

ՍՐՏԻ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԻՇԵՄԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՌԵՅՆԵԿՏՈՐ
 ԲՈՒԺՄԱՆ ՈՐՈՇ ՄԵԹՈԴԵՆԵՐԻ ՀԻՄՆԱՎՈՐՈՒՄԸ

Վերլուծվել է սրտի իշեմիկ հիվանդությամբ հիվանդների մոտ սրտի ռեֆլեքսոզեն շրջանների բուժման արդյունքները տզրուկներով, ջեռուկով և քլորեթիլով:

Ապացուցվել է հիրոդոթերապիայի և ջերմարուժության բարձր արդյունավետությունը և առաջարկվել է նրա լայն կիրառումը սրտի իշեմիկ հիվանդության ժամանակ:

G. S. ISAKHANIAN

SUBSTANTIATION OF SOME METHODS OF REFLECTORY
 THERAPY OF CHRONIC ISCHEMIC HEART DISEASE

Collation of the effectiveness of ergotherapy, heat therapy and ethyl chloride irrigation in ischemic heart disease has been conducted. Reliable tendency to normalization of electrophysiologic indices and [the general state of the patients has been observed after their treatment with leeches and heat.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Алешина Ф. И. В кн.: Вопросы патологии крови и кровообращения. Л., 1959, стр. 131.
2. Бородулин Ю. Д. Тер. архив, 1963, 2, стр. 37.
3. Быховская Г. Х., Эйдинова М. Б. Невропатология, психиатрия, психогигиена, 1935, 4, 9—10, стр. 39.
4. Глазова О. И. Дисс. докт. М., 1956.
5. Демин Ю. С. В кн.: Труды научной сессии кафедры госпитальной терапии № 2 Военно-медицинской академии. Л., 1958, стр. 109.
6. Дорогова М. В. Клин. мед., 1935, 7, стр. 955.
7. Лауцевичус Э. Л. Кардиология, 1962, 3, стр. 83.
8. Незлин В. Е. Коронарная болезнь. М., 1951.
9. Соколова А. Д. Дисс. канд. М., 1965.
10. Стамболцян Р. П., Михаелянц Л. М. Ж. exper. и клинич. мед. АН Арм. ССР, 1967, 6, стр. 33.
11. Халфен Э. Ш. Дисс. докт. Баку, 1960.
12. Bergan B., McGuirl. Am. J. of the Medical Science, 1950, 219, 1, 82.

УДК 616.345—006.5—072.1

Л. У. НАЗАРОВ, А. Г. ДАВТЯН, Г. А. ҚАЗАРЯН,
 А. К. ЭНФЕНДЖЯН, Э. Б. АКОПЯН

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЛИПОВ
 ТОЛСТОЙ КИШКИ

Приведены результаты анализа эндоскопических исследований больных полипами толстой кишки, а также сравнительная оценка диагностических возможностей различных методов исследования. Показано, что наиболее эффективным методом исследования является колоноскопия, которая позволяет выявить почти все образования указанной локализации.

Полипы толстой кишки относятся к распространенным заболеваниям. По литературным данным [2, 5, 8, 10], среди проктологических больных 1,8—22,3% составляют лица, страдающие полипами прямой и ободочной кишки. Как указывают Ю. М. Милитарев с соавт. [1], во время массовых профилактических осмотров рабочих и служащих некоторых промышленных предприятий полиповидные образования были выявлены у 2—3% человек.

Принято считать, что полипы прямой и ободочной кишки являются облигатным предраком. Индекс малигнизации при них довольно высок, особенно это касается полипоза, а также множественных полипов железистой и железисто-ворсинчатой структуры, где процент малигнизации достигает 87 [5]. В этой связи вопросы своевременной диагностики и лечения полипов имеют важное значение и приобретают роль реальной профилактики рака толстой кишки.

Еще два десятилетия тому назад основными методами диагностики полипов прямой и ободочной кишки являлись ректороманоскопия и ирригоскопия. Оба эти метода имеют определенные пределы своих возможностей и не всегда выявляют объективный характер поражения прямой и ободочной кишки. Так, по данным ряда авторов [4, 8], полипы меньше 1,0 см в диаметре не всегда удается диагностировать при ирригоскопии. Между тем у 40—50% больных преобладают полипы небольших размеров [4, 9]. Ректороманоскопия, являясь эффективным методом диагностики указанных заболеваний, позволяет произвести осмотр прямой кишки и только дистальной трети сигмы, т. е. до уровня 30 см от края ануса. В то же время известно, что у 26—36,4% больных полипы располагаются выше указанного уровня [4, 8, 9]. Кроме того, не всегда удается провести тубус ректоскопа на всю его рабочую длину—резкие изгибы, стриктуры, выраженная болезненность препятствуют полноценной ректороманоскопии.

В последние годы достигнуты значительные успехи в диагностике и лечении полипов кишечного тракта. Это обусловлено внедрением в клиническую практику фиброволоконных эндоскопов [3, 6—8].

В данной работе приводится анализ эндоскопических исследований больных полипами толстой кишки, а также сравнительная оценка диагностических возможностей различных методов исследования (ректороманоскопии, ирригоскопии, колоноскопии).

В эндоскопическом кабинете 8-й клинической больницы г. Еревана при кафедре проктологии ЕрГИУВ МЗ СССР с января 1976 г. по сентябрь 1980 г. проведено более 1400 колоноскопий у 1243 больных. Все больные в обязательном порядке подверглись предварительному пальцевому исследованию анального канала и ректороманоскопии. У части больных (36%) произведена также и ирригоскопия с двойным контрастированием. Полипы диагностированы у 203 обследованных, т. е. в 16% случаев. Доброкачественные новообразования толстой кишки преобладают у больных в возрасте от 40 до 60 лет и чаще встречаются у мужчин (70%). По одному полипу диагностировано у 119 человек, по два—у 53, по три и более—у 25 обследованных. Диффузный полипоз выявлен у 6 пациентов.

У 197 больных (исключая случаи диффузного полипоза) были диагностированы в общей сложности 326 одиночных и множественных полипов. При этом у 140 человек выявлено 196 полипов, которые располагались преимущественно в прямой кишке и сигме (таблица). В этой группе больных предварительный диагноз был установлен с помощью ректороманоскопии, при этом лишь в 8 наблюдениях полипы обнаружить не удалось. Контрольная ирригоскопия диагностировала образования только в 13 случаях. И, наконец, заключительная колоноскопия оказалась наиболее эффективной и позволила выявить даже небольшие по размеру (меньше 0,5 см) полипы, не диагностированные на предварительных этапах исследования. У части больных из этой же группы при колоноскопии были выявлены также и другие полипы, расположенные в проксимальных сегментах ободочной кишки. У 32 больных 45 образований, локализующихся в вышележащих отделах толстой кишки, как правило, сочетались с множественными полипами прямой кишки и дистальной трети сигмы.

Таблица 1

Оценка методов диагностики полипов толстой кишки

Размеры полипов, см	До уровня 30 см от края ануса				Выше 30 см от края ануса			Всего в толстой кишке
	ректороманоскопия	ирригоскопия	колоноскопия	всего	ирригоскопия	колоноскопия	всего	
До 0,5	82	—	86	86	—	61	61	147
0,6—1,0	63	—	65	65	—	32	32	97
1,1—2,0	27	1	28	28	7	23	23	51
Более 2,0	16	12	17	17	11	14	14	31
Итого	188	13	196	196	18	130	130	326

У остальных 57 пациентов 130 полипов располагались только в проксимальных отделах толстой кишки. Диагностическая ценность колоноскопии здесь могла конкурировать лишь с результатами ирригоскопии. 93 полипа имели размер менее 1,0 см, т. е. относились к разряду тех образований, для диагностики которых разрешающая способность рентгенологического метода наиболее низка. Остальные 37 полипов были крупнее, имели в диаметре более 1,1—2,0 см. Между тем при ирригоскопии удалось установить наличие лишь 18 полипов. Другие 19 образований ввиду их локализации в печеночном и селезеночном изгибах ободочной кишки рентгенологически выявить не удалось. Они были диагностированы только при колоноскопии.

В каждом случае эндоскопический диагноз дополняли гистологическим исследованием биоптата, взятого прицельно при колоноскопии. По микроскопическому строению все полипы распределялись следующим образом: аденоматозные—89, аденоматозные с элементами атипии—26, аденопапилломатозные—103, аденопапилломатозные с различной степенью атипии—34, ворсинчатые—31, воспалительные—30, полипы с выраженной атипией и признаками озлокачествления—13.

Среди 203 больных у 136 человек, кроме полипов, выявлены также другие сочетанные заболевания толстой кишки; колит и проктосигмоидит—у 77, неспецифический язвенный колит—у 12, рак—у 11, функциональные нарушения толстой кишки—у 31 и дивертикулез—у 5 обследованных.

Таким образом, в диагностике полипов толстой кишки независимо от размеров и места их расположения колоноскопия играет важную роль. Эндоскопия ободочной кишки предоставляет большие возможности в диагностике также сочетанных поражений толстой кишки и, в первую очередь, злокачественных новообразований, что имеет определенное значение при выборе рациональной тактики лечения.

Յ-յա կլինիկական հիվանդանոց, քոլոլոգիական բաժնի

Поступила 21/XI 1980 г.

Լ. Հ. ՆԱԶԱՐՈՎ, Ա. Գ. ԴԱՎԹՅԱՆ, Գ. Ա. ԳԱԶԱՐԻԱՆ,
Ա. Կ. ԷՆՖԵՆԴՅԱՆ, Է. Բ. ՀԱԿՈՅԱՆ

ՀԱՍՏ ԱՂՈՒ ՊՈԼԻՊՆԵՐԻ ԷՆԴՈՍԿՈՊԻԿ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Հոդվածում բերված է հաստ աղու պոլիպներով 203 հիվանդի կոլոնոսկոպիկ քննության արդյունքները:

Ցույց է տրված օբյեկտիվ քննության տարբեր մեթոդների (ռեկտորոմանոսկոպիայի, իրիզոսկոպիայի և կոլոնոսկոպիայի) ախտորոշիչ նշանակությունը հաստ աղու բարորակ ուռուցքների ախտորոշման հարցում՝ կախված պոլիպների տեղակայումից և չափերից:

Կոլոնոսկոպիայի ենթարկված 1243 հիվանդներից 203-ի մոտ (16%) հայտնաբերվել է վերը նշված պաթոլոգիան:

140 հիվանդների մոտ նորագոյացությունները առավելապես տեղակայվել են ռեկտոսկոպիայի զոնայում, իսկ մնացած 57 հիվանդի մոտ հաստ աղու մոտակա մասերում: Այս երկու հատվածում էլ կոլոնոսկոպիան հանդիսացել է 100 տոկոսանոց ախտորոշման մեթոդ, այն դեպքում, երբ ռեկտոսկոպիայի ժամանակ 196 պոլիպից 8-ը չէին ախտորոշվել, իսկ իրիզոսկոպիայի ժամանակ հայտնաբերվել էին միայն 31-ը՝ 326-ից:

Կոլոնոսկոպիան հնարավորություն է տալիս մեծ ճշտությամբ ախտորոշել համակցվող հիվանդությունները:

L. H. NAZAROV, A. G. DAVTIAN, G. A. GHAZARIAN,
A. K. ENFENDJIAN, E. B. HAKOPIAN

ENDOSCOPIC DIAGNOSIS OF THE LARGE INTESTINE POLYPS

Results of the analysis of the large intestine polyps endoscopic studies and the comparative evaluation of the diagnostical methods of investigation are brought in the paper. It is shown that the most effective method of investigation is endoscopy, which allows to reveal all formations of the given localization.

1. Милитарев Ю. М., Слуцкая П. Ф. *Здравоохранение СССР*, 1973, 12, стр. 23.
2. Мищенко Т. Н. Канд. дисс. М., 1974.
3. Панцырев Ю. М., Галлингер Ю. И. *Практическая эндоскопия в хирургической клинике*. М., 1977.
4. Покровский Г. А., Стрекаловский В. П., Кузьмин А. И. *Хирургия*, 1976, 3, стр. 132.
5. Ривкин В. Л., Инозтов И. М., Славин Ю. М., Людоговская Л. А. *Полипы и диффузный полипоз прямой и толстой кишок*. М., 1969.
6. Савельев В. С., Буянов В. М., Балалыкин А. С. *Эндоскопия органов брюшной полости*. М., 1977.
7. Соколов Л. К., Барчунов Б. Н. *Клин. мед.*, 1980, 3, стр. 3.
8. Федоров В. Д., Стрекаловский В. П., Покровский Г. А. *Вопр. онкологии*, 1976, 2, стр. 117.
9. Федоров В. Д., Стрекловский В. П., Ривкин В. Л. и др. *Эндоскопия при заболеваниях прямой и ободочной кишки*. М., 1978.
10. Watanbe H., Numazawa M., Yamagata S., Tohuku J. *Exp. Med.*, 1976, 119, 3, 275.

УДК 616.62—003.7:615.25

Ю. А. БАБЛУМЯН

ДИНАМИКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПАРАЛЛЕЛЕЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАЗНАЧЕНИИ ОРТОСИФОНА БОЛЬНЫМ МОЧЕКИСЛЫМ УРОЛИТИАЗОМ

Рассматриваются клиничко-лабораторные параллели при длительном назначении ортосифона—одного из наиболее популярных диуретиков. Показано, что диуретический эффект ортосифона сопровождается ощелачиванием мочи, повышением почечной экскреции мочевой кислоты. Эти данные свидетельствуют о соответствии препарата патогенетической терапии мочекислотного уролитиаза.

Ортосифон с незапамятных времен используется в народной медицине в качестве мочегонного средства.

Данные литературы о клиническом испытании ортосифона [2—7] свидетельствуют о диуретическом действии препарата, его способности выводить хлориды, мочевую кислоту и мочевины.

Целью настоящего исследования явилось изучение клиничко-лабораторных параллелей при длительном назначении препарата больным с активным камнеобразовательным процессом. Исследованиям подвергнуты больные мочекислым диатезом. Изучено в динамике влияние настоя ортосифона на клиническое течение заболевания, рН мочи, функцию почек, плазменное содержание и экскрецию кальция, неорганического фосфора и мочевой кислоты.

В группе исследованных больных было 12 женщин и 22 мужчины. Большинство пациентов находились в возрасте 41—60 лет. Длительность заболевания превышала 1 год.

Характерными жалобами (в порядке убывающей частоты) были: тупые боли в области почек, отхождение песка, дизурия, диспепсия, отхождение мелких конкрементов. Реже больные отмечали боли в костях и суставах, слабость, головные боли, жажду, наличие крови в моче, уменьшение количества мочи, потерю аппетита и нарушение сна.