

PROGNOSIS OF THE CONDITION OF HEALTH OF THE CHILDREN UNDER SCHOOL AGE IN YEREVAN DURING THE PERIOD 1900—2000 YEARS

The tentative prognosis of the change of the health condition of children under school age is worked out for the period 1990—2000 years, which can become the basis for taking a number of social and general health-improvement measures.

ЛИТЕРАТУРА

1. Количественная оценка сочетанного влияния факторов среды, и социально обусловленных, на состояние здоровья детей дошкольного возраста (метод. рекоменд.). М., 1984.
2. Сидоренко Г. И. В кн.: Матер. пленума Проблемной комиссии союзного значения «Научн. основы гигиены окружающей среды». М., 1981, с. 17.
3. Хачатрян Т. С. Гигиена и санитария, 1982, 7, с. 48.
4. Хачатрян Т. С. Гигиена и санитария, 1983, 7, с. 18.

УДК 616.361—08+616.361—084]:616—002

В. М. АРУТЮНЯН, Г. А. МИНАСЯН

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Обследованы больные с язвенной болезнью с патологией желчевыводящих путей. Отмечены особенности протекания и клинической картины язвенной болезни, установлены некоторые патогенетические механизмы возникновения билиарной патологии, показаны ятрогенные факторы риска. Даны рекомендации по профилактике и лечению заболеваний желчевыводящей системы у больных язвенной болезнью.

Вопросы взаимосвязи язвенной болезни и заболеваний желчевыводящих путей освещены в литературе достаточно широко [1—9]. Однако, несмотря на большое внимание к патогенетическим аспектам поражений желчевыводящей системы при язвенной болезни, вопросы их профилактики и лечения мало разработаны. Между тем профилактика и лечение поражений желчных путей при язвенной болезни актуальны, поскольку наблюдаются у значительной части больных язвенной болезнью, отягощая течение и прогноз основного заболевания.

Обследовано 98 (58 мужчин, 40 женщин) больных с язвой желудка (20) и двенадцатиперстной кишки (68), страдающих желчекаменной болезнью (39), бескаменным холециститом (25) и дискинезией желчевыводящих путей (34). Возраст больных составлял 23—68 лет, длительность язвенной болезни—от 2 до 14 лет. Обследовались лица, у которых желчная патология развивалась на фоне язвенной болезни, а не наоборот. Диагностика язвенной болезни и динамическое наблюдение за ее течением осуществлялось эндоскопически и рентгенологически, а поражений желчевыводящей системы—посредством ультразвукового исследования, холецистографии и дуоденального зондирования.

психоэмоциональный статус контролировался психологическим опросом и тестированием методикой ММРІ. Лекарственные средства назначались по принципу фармакологического скрининга с учетом клинической эффективности, объективных изменений и достижения долгосрочных результатов. В контрольную группу вошли 40 (25 мужчин, 15 женщин) больных с язвой желудка (12) и двенадцатиперстной кишки (28) в возрасте 25—60 лет без субъективных и объективных признаков поражения желчевыводящей системы.

Клиническая картина язвенной болезни, сочетающейся с патологией желчевыводящих путей, была более пестрой и атипичной, чем у лиц контрольной группы—наблюдалось «накладывание» клинических проявлений заболеваний с трансформацией их течения и патогномоничных симптомов. Так, болевой синдром не всегда купировался после еды, связь болей с приемом пищи была менее закономерной, нередко голодные боли усиливались после еды с изменением характера (ноющие, схваткообразные, «сосущие» боли сменялись тупыми, распирающими); наблюдались упорные, трудноустраняемые моносимптомы (постоянное вздутие и отрыжка или тяжесть и чувство переполнения в эпигастрии); намного чаще отмечалась иррадиация болей в спину, позвоночник, подлопаточную область; в ряде случаев болевой синдром сопровождался выраженными вегетативными кризами (резкая слабость, холодный пот, падение артериального давления и т. п.); реже встречалась типичная осенне-весенняя сезонность обострений язвы, последняя протекала более прогрессивно; реже происходили спонтанные язвозаживления, констатировалась повышенная резистентность к лечению, а прием раствора двууглекислой соды или антацида (алмагель, фосфалугель) не приводил к ожидаемому облегчению болевых синдромов.

Сопоставление данных ММРІ показало, что у больных язвенной болезнью с поражением желчевыводящих путей выше уровень депрессии и ригидности аффекта ($p < 0,01$ и $< 0,05$ соответственно). Уровень депрессии положительно коррелировал с выраженностью клинической симптоматики, определяемой по 5-балльной шкале ($r = +0,59$ при наличии желчной патологии и $r = +0,68$ —при ее отсутствии) и отрицательно—со скоростью рубцевания язвенного дефекта ($r = -0,71$ при сопутствующих желчных поражениях и $r = -0,78$ —при «чистой» язве), т. е. при наличии сочетанной патологии процесс был более инертным и менее зависимым от психического статуса; при этом также наблюдалась более высокая резистентность больных к действию антидепрессантов.

Высокий уровень депрессии сопровождался гипотонически-гипокинетической, а выраженная ригидность аффекта—гипертонически-гиперкинетической дискинезией желчного пузыря, желудка и двенадцатиперстной кишки. Дискинетические нарушения в желудке, двенадцатиперстной кишке и желчном пузыре почти всегда носили аналогичный характер, диссоциации наблюдались крайне редко.

Анализ анамнестических данных показал, что у больных язвенной болезнью, сочетанной с патологией желчевыводящих путей, в прошлом

наблюдались более глубокие психоэмоциональные нарушения и достоверно чаще и длительнее использовались для лечения язвенной болезни холинолитики и транквилизаторы. Кроме того, эти больные дольше придерживались в периоде ремиссии однообразной, лишенной экстрактивных веществ, щадящей диеты, строго ограничивали прием жиров, реже, но более обильно питались в течение дня.

Оценка результатов лечения показала более низкую эффективность стандартного противоязвенного лечения при наличии желчной патологии, чем при «чистой» язве. Применение холинолитиков усугубляло атонию желчного пузыря, а прием транквилизаторов усиливал депрессию со всеми вытекающими последствиями. Попытки использования холинолитиков с целью улучшения оттока желчи при спазме сфинктера желчевыводящего протока увенчались лишь частичным успехом из-за одновременного угнетения сократительной способности желчного пузыря. Обычно назначаемые желчегонные (берберин, фламин, аллохол, лиобил), раздражая язву, усиливали болевой синдром, а нередко и изжогу, и поэтому были непригодны для данной группы больных. Раздражающее действие производили и антибиотики (левомицетин, тетрациклин, олететрин, метациклин), перорально назначенные с целью подавления воспалительного процесса в желчном пузыре (в этом смысле при приеме внутрь лучше переносились рифампицин и капсулированный ампиокс), что свидетельствует о большей целесообразности в этих случаях парентерального введения антибиотиков, дополнительным условием выбора которых является способность концентрироваться в желчи или выводиться ею. Эффективность антибиотиков была выше после недельного приема больными оливкового, вазелинового или персикового масла (например, прием подогретого оливкового масла по утрам натощак, в количестве 50—250 г с последующим прогреванием правого подреберья грелкой в положении лежа на правом боку). У некоторых больных хорошие результаты достигались при назначении стандартных доз метронидазола (флагил, трихопол) или тинидазола (фазижин). Эти препараты, обладая антипротозойным и противомикробным действием, в ряде случаев эффективнее антибиотиков устраняли воспалительный процесс в желчных путях (особенно при наличии лямблий и анаэробной флоры) и, кроме того, в отличие от антибиотиков положительно влияли на течение язвенной болезни.

Наилучшие результаты при нормализации двигательной функции желчевыводящих путей достигались при назначении антидепрессантов. При этом было установлено, что симптоматика в основном обусловлена дискинетическими явлениями, а не наличием, например, камней в желчном пузыре. При пониженной сократительно-тонической функции желчевыводящих путей назначались антидепрессанты стимулирующего типа (нуредал, индопан, трансамин, хлорацизин, мелипрамин), а при повышенной—антидепрессанты, обладающие также седативным эффектом (амитриптилин, тримипрамин, фторацизин). Достижение антидепрессивного эффекта оказывало выраженное положительное влияние также и на течение язвенной болезни и скорость язвозаживления.

Таким образом, согласно полученным данным, с целью профилактики поражений желчевыводящей системы у больных язвенной болезнью правомерно включение в противоязвенное лечение антидепрессантов, ограничение использования транквилизаторов и холинолитиков (или замена последних селективными блокаторами мускариновых рецепторов—пиренцепином или пуфамином), а в период ремиссии язвы—назначение разнообразной, полноценной диеты с сбалансированным составом углеводов, белков и жиров. В период обострения язвенной болезни при наличии патологии желчных путей необходимо с осторожностью назначать желчегонные и антибиотики, отказаться от применения холинолитиков и обязательно включить в терапевтический комплекс антидепрессанты, конкретный выбор которых должен проводиться исходя из психического статуса больного и состояния моторики его гастродуодено-билиарной системы.

Кафедра внутренних болезней № 1
Ереванского медицинского института.

Поступила 8/X 1986 г.

Վ. Մ. ՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆՅԱՆ, Հ. Ա. ՄԻՆԱՍՅԱՆ

ԼԵՂԱՏԱՐ ՈՒՂԻՆԵՐԻ ԱՆՏԱՀԱՐՄԱՆ ՊՈՐՑԻԼԱԿՏԻԱՆ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ԿՈՑԱՑԻՆ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Հետազոտված են 98 խոցային հիվանդներ, միաժամանակ տառապող լեղուղիների հիվանդություններով (խուլցիտիս, լեղաքարային հիվանդություն, դիսկինեզիա): Նշված են խոցային հիվանդության առանձնահատկությունները այդ հիվանդների մոտ, ցույց են տրված խոցային հիվանդների մոտ լեղուղիների ախտահարման պաթոգենետիկ մեխանիզմները: Տրված են պրոֆիլակտիկ և բուժական ցուցումներ:

V. M. HAROUTYUNIAN, H. A. MINASSIAN

PROPHYLAXIS AND TREATMENT OF BILIOUS PATHOLOGY IN PATIENTS WITH ULCEROUS DISEASE

The clinical and other peculiarities of the ulcerous disease have been studied in 96 patients with ulcerous disease combined with bilious pathologies (cholecystitis, cholelithiasis etc.).

The risk factors of bilious pathologies are found out and recommendations are given for the prophylaxis and treatment of these complications.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Белянин В. И. Тер. арх., 1975, 9, с. 137.
2. Бурчинский Г. И. Врач. дело, 1960, 4, с. 355.
3. Игнатова Н. Э. Тер. арх., 1971, 12, с. 35.
4. Комаров Ф. И., Иванов А. И. Тер. арх., 1972, 3, с. 10.
5. Black R. Gastroenterology, 1971, 61, 178.
6. Kantzsch E. Med. Klin., 1977, 12, 501.
7. Mercereau W., Hinchey E. Ann. Surg., 1974, 179, 883.
8. Ritchie W. Gastroenterology, 1975, 68, 699.
9. Valenzuela J., De Filippi C. Dig. Dis., 1976, 26, 299.