

Г. А. МИНАСЯН, В. М. АРУТЮНЯН

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ФАРМАКОТЕРАПИИ ВЯЛОЗАЖИВАЮЩИХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

При обследовании больных с вялозаживающими гастродуоденальными язвами установлено, что торпидное течение язвенного процесса обусловлено наличием выраженных психо-эмоциональных нарушений—депрессии и ригидности аффекта. Показано, что положительный терапевтический результат у этих больных достигается при проведении адекватных психокорригирующих мероприятий. Рекомендуется использование антидепрессантов, рассматриваются принципы их назначения и подбора оптимальных дозировок.

В последние годы возросло число больных с вялозаживающими гастродуоденальными язвами [2, 3, 6, 8]. Проблемы вялозаживающих язв не существовало до относительно недавнего времени, т. к. при затягивании процессов рубцевания больных обычно оперировали. В настоящее время в связи с появлением и внедрением в практику новых высокоэффективных противоязвенных средств (блокаторы H_2 -гистаминорецепторов, M_1 -холинорецепторов, препараты «барьерного» типа, синтетические простагландины и т.п.) появилась возможность консервативного лечения вялозаживающих язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Шансы на успех еще более увеличились после разработки ряда новых методов терапии, таких как гипербарическая оксигенация или «местное» лечение через эндоскоп. Однако, как показывает опыт и анализ данных литературы [5, 6, 7, 9], проблема вялозаживающих язв сохраняет остроту и актуальность, поскольку применение даже самых современных фармакологических средств и методов консервативной терапии нередко оказывается безуспешным.

В данной работе приведены результаты изучения особенностей заболевания и эффективности различных противоязвенных средств у лиц с вялозаживающими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.

Под наблюдением находилось 28 пациентов с язвой желудка (5 мужчин, 2 женщины) и двенадцатиперстной кишки (14 мужчин, 7 женщин), у которых двухмесячный курс комплексной противоязвенной терапии (антациды, холинолитики, репаранты, транквилизаторы) или приема стандартных доз блокаторов H_2 -гистаминорецепторов (циметидин) и M_1 -холинорецепторов (пиренцепин) не привел к эндоскопически регистрируемому уменьшению размеров язвы и регрессии клинической симптоматики. Возраст больных составлял 25—48 лет, длительность заболевания—от 3 до 7 лет. В контрольную группу были включены 25 мужчин и 6 женщин в возрасте 20—42 года с язвой желудка (4 человека) и двенадцатиперстной кишки (27 человек), у которых месячный курс общепринятой терапии привел к полному рубцеванию язвы.

Всем больным в начале лечения проводились психологический опрос и тестирование методикой ММРП [1], анализ клинико-эндоскопических и анамнестических данных. Больные с вялым рубцеванием язв (т. е. лица с неза рубцевавшейся после двухмесячной стандартной тера-

пии язвой) были подразделены на две группы по принципу «случайного отбора»; одна группа (14 больных) получала обычное комплексное противоязвенное лечение с широким использованием репарантов (солкосерил, оксиферрискорбон), другая (14 пациентов)—стандартное лечение с включением в комплекс антидепрессантов—тримипрамина (герфонал, 50—150 мг/день) и amitриптилина (25—75 мг/день). Через месяц у всех больных с вялым рубцеванием язвы были проведены эзофагогастродуоденоскопия и ретестирование методикой ММРІ.

Сопоставление таких показателей, как возраст, пол, длительность заболевания, частота рецидивов, курение и прием алкоголя, не выявило достоверных различий у лиц с вялым заживлением язв и больных контрольной группы. В то же время сопоставление симптоматики показало, что клинические проявления при вялозаживающих язвах имели свои особенности, выражавшиеся в атипичности течения заболевания и в большом «разбросе» выраженности симптомов. Так, у 7 из 28 больных наблюдалось субклиническое течение заболевания с неопределенными жалобами на дискомфорт в области эпигастрия, у 3—выраженный, упорный моносимптом (постоянное чувство вздутия или мучительная изжога); 5 человек жаловались на выраженные боли натощак, изжогу, отрыжку, вздутие, тошноту; у 6 больных отмечалась пестрая симптоматика, при которой наряду с типичными для язвенной болезни жалобами имелись иррадиирующие боли в позвоночник, поясницу, в правое и левое подреберье и т. п.; у 5 пациентов острые болевые приступы сопровождались вегетативными кризами различной интенсивности (резкая слабость, холодный пот, падение артериального давления, брадикардия и т. д.). У больных контрольной группы клиническая картина заболевания была относительно более стереотипной и однородной (боли натощак, купируемые приемом пищи при дуоденальной язве, боли после еды при желудочной язве, ночные боли, изжога, тошнота и др.).

У лиц с торпидным течением заболевания язвы локализовались в основном на задней стенке (13 больных) и у 6—на передней стенке луковицы, у 3—в постбульбарной зоне, у 4—в субкардиальной области, у 3—в области тела желудка, у 2—в антральном отделе.

Эндоскопическая оценка состояния моторной функции желудка показала, что у лиц с вялозаживающими язвами имеются более выраженные, чем у больных контрольной группы, тонико-кинетические расстройства. Эти нарушения в значительной мере детерминировались характером психо-эмоциональных сдвигов. Так, например, при астенической депрессии наблюдались гипотония и гипокинезия желудка, а при высокой внутренней напряженности, страхе, ригидности аффекта—гипертония и гиперкинезия.

Тестовое исследование методикой ММРІ показало, что усредненный личностный профиль язвенных больных характеризовался акцентуацией шкал 2 (депрессия), 4 (импульсивность), 6 (ригидность аффекта), 7 (фиксация тревоги) и низкими показателями по шкале 9 (гипоманиакальные тенденции). Сопоставление усредненных профилей больных контрольной группы и лиц с вялым язвозаживлением показало, что

у последних достоверно более высоки показатели по шкале 2 ($p < 0,001$) и 6 ($p < 0,05$). Психологический опрос подтвердил эти данные—у больных с вялым рубцеванием язвы была более выражена как депрессия, так и обусловленные ею нарушения (бессонница, раннее пробуждение и др.) Это обстоятельство и явилось основанием для назначения 14 больным с вялым заживлением язвы антидепрессантов—амитриптилина (7) и тримипрамина (7). Результаты повторной эндоскопии лиц с вялым заживлением язвы через месяц после начала стандартной терапии (антациды, холинолитики, репаранты) на фоне приема антидепрессантов и без них представлены в таблице.

Лечение	Число больных	Рубцевание (+) (—)		F	Fst	P
Стандартная терапия	14	2	12	5,92	{ 15,5 7,6 4,2	<0,05
Стандартная терапия+антидепрессанты	14	9	5			

Примечание. Статистическая обработка результатов методикой χ^2 с применением критерия Фишера F.

Включение в противоязвенный комплекс антидепрессантов достоверно стимулировало заживление язвы ($p < 0,05$). При применении тримипрамина язва зарубцевалась у 6 из 7 больных, а амитриптилина—у 3 из 7. Заживление язв наблюдалось в основном у тех больных, у которых прием антидепрессанта сопровождался антидепрессивным эффектом, т. е. язвозаживление было обусловлено не фактом применения антидепрессанта, а достижением антидепрессивного действия. С другой стороны, не оправдались надежды, связанные с применением репарантов. Это, в общем, совпадает с литературными данными [4, 5], согласно которым в зоне торпидно протекающих язв наблюдается ускорение клеточного обновления, в силу чего нецелесообразно назначение репарантов, стимулирующих и без того ускоренный процесс обновления.

Таким образом, согласно полученным данным, при вялозаживающих гастродуоденальных язвах обычное противоязвенное лечение (как комплексное, так и монотерапия блокаторами H_2 -гистаминорецепторов и M_1 -холинорецепторов и др.) недостаточно эффективно. В этих случаях рубцевание язвы достигается включением в лечение антидепрессантов. Это позволяет расценивать антидепрессанты в качестве специфического средства дополнительного назначения при вялотекущих язвенных процессах. Однако при назначении антидепрессантов необходимо учесть, что положительный терапевтический результат—рубцевание язвы—во многом зависит от достижения антидепрессивного эффекта. Это обстоятельство предъявляет высокие требования как к подбору антидепрессивного препарата, так и к установлению его оптимальных дозировок.

Кафедра внутренних болезней № 1
Ереванского медицинского института

Поступила 11/VI 1986 г.

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԵՎ 12-ՄԱՏՆՅԱ ԱՂՈՒ ԴԱՆԴԱՂ ՍՊԻԱՑՈՂ ԽՈՑԻ ԲՈՒԺՄԱՆ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ուսումնասիրված են դանդաղ սպիացող խոցով տառապող 28 հիվանդներ: Յույց է տրված, որ բոլոր այդ հիվանդներն ունեն հույզային և անձնային շեղումներ: Հակադեպրեսանտ դեղամիջոցներ տրիմիպրամինի և ամիտրիպտիլինի օգտագործումը նպաստեց խոցերի մեծամասնության սպիացմանը: Խորհուրդ է տրվում դանդաղ սպիացող խոցերի դեպքում հակադեպրեսանտների լայն կիրառումը:

H. A. MINASSIAN, V. M. HAROUTUNIAN

ABOUT SOME PECULARITIES OF TREATMENT OF SLOW HEALING
GASTRODUODENAL ULCERS

There were studied 28 patients with slow healing gastroduodenal ulcers.

It was shown, that these patients had some psycho-emotional disturbances. The use of antidepressive drugs trimipramine and amitriptyline effectively stimulated ulcer healing.

It is recommended to use antidepressants in treatment of patients with slow healing ulcer.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Березин Ф. Б., Мирошников Б. П., Рожанец В. В. Методика многостороннего исследования личности. М., 1976.
2. Буянов В. М. Клин. жур., 1981, 8, с. 1.
3. Васильев Ю. В., Козина Л. М. В кн.: Заболевания органов пищеварения. М., 1980, с. 100.
4. Калинин Р. Ф. Сов. мед., 1981, 8, с. 52.
5. Майоров В. М. Тер. архив, 1985, 2, с. 43.
6. Салупере В. П., Маарос Х. И. Г. Тер. архив, 1982, 2, с. 19.
7. Mason J. B. et al. S. Afr. med. J., 1981, 60, 91, 734.
8. Piper D. W. et al. Scand. J. Gastroenterol., 1980, 15, 113.
9. Thomas J. et al. Gastroenterol., 1980, 75, 5.

УДК 616—018:615.38

А. М. ОРДЯН

ИЗМЕНЕНИЯ ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КРОВИ
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ АМИЛОИДОЗА
У БОЛЬНЫХ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Выявлены определенные закономерности в динамике фибринолитической активности крови в различных стадиях амилоидоза, которые могут быть учтены при организации лечения и профилактики.

Вопросы изучения состояния гемокоагуляции у больных периодической болезнью (ПБ) в зависимости от стадии развития амилоидоза привлекают особое внимание в связи с возникновением сосудистых ос-