

ման մեթոդներից կատարվել է նաև հիվանդների հոգեբանական առանձնահատկությունների ուսումնասիրություն: Նշված ուսումնասիրությունը բացահայտել է զրգոված հաստ աղո համախտանիշով տառապող հիվանդների մոտ որոշակի փոփոխություններ, որոնք հիմք են ծառայել համալիրային բուժման մեջ կիրառել հոգեբանական ոլորտի վրա ազդող մեթոդներ, մասնավորապես համապատասխան դեղամիջոցների օգտագործում և ասեղնաբուժություն:

K.S.Gabuzian, K.A.Sarkissian, D.L.Eloyan, N.L.Grigorian

REMOTE RESULTS OF THE TREATMENT OF IRRITABLE COLON SYNDROME

Remote results of the treatment of 143 patients with irritable colon syndrome have been studied. Besides conventional methods of investigation the study of psychoemotional sphere of patients has been carried out. Investigation revealed definite changes in patients with irritable colon syndrome that resulted in using methods having an effect upon psychoemotional sphere, particularly, psychopharmacologic preparations, akupuncture and reflexotherapy.

The study of remote results confirmed high effectivity of complex treatment of patients with irritable colon syndrome including psychopharmacologic means, akupuncture and reflexotherapy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Логинов А.С., Лорие Н.Ю., Далецкая Г.В. МРЖ, раздел 17, 5, 1983, с.11.
2. Радбиль О.С. МРЖ, раздел 17, 1979, 5, с.11.
3. Рысс Е.С. Клин.мед., 1986, 5, с.28.
4. Эседов Э.М. Тер.архив, 1986, 58, 6, с.96.
5. Drossman D.A. Gastroenterology, 1984, 87, 224.
6. Ciarniello P., Pasquali C., Varnia P. et al. Italia central 2 Congress-Padova, 1988, 101, 29.
7. Creed F., Guthrie E. Gut., 1987, 28, 10, 1307.

УДК 616.348-002.44:616.15

К.А.Саркисян, К.С.Габузян, Н.Л.Григорян, З.Г.Азатян

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Синдром раздраженной толстой кишки (СРТК) представляет наиболее частую патологию кишечника [2-5]. Между тем многие вопросы патогенеза заболевания до настоящего времени недостаточно изучены. В развитии СРТК существенное значение могут иметь не только развитие патологического процесса в толстой кишке, но и функциональные нарушения верхних отделов пищеварительной системы, что может поддерживать кишечные нарушения, создавая "порочный круг" с постоянной сменой причинно-следственных отношений [1].

Целью настоящего исследования является изучение функционального состояния желудка у больных с СРТК.

Под нашим наблюдением находилось 92 больных с СРТК в возрасте от 23 до 47 лет (45 мужчин и 47 женщин). Диагноз устанавливали на основании клинических проявлений заболевания, данных эндоскопического и морфоло-

электроколографии, электрогастрографии и исследования желудочного сока.

При поступлении в клинику больные предъявляли характерные для СРТК жалобы: боли по ходу толстой кишки (92%), нерегулярный стул (96%), вздутие живота (88%), урчание (76%). Кроме того, часть больных указывала на чувство тяжести в эпигастральной области (19%), отрыжку (21%), изжогу (23%).

При пальпации живота отмечались болезненность по ходу толстой кишки (89%), спастически сокращенная сигмовидная кишка (34%), урчание и шум плеска в слепой кишке (21%). Фиброколоноскопическое обследование выявило у 24% больных катаральное воспаление ректосигмоидного отдела толстой кишки, у 76% установлена картина нормальной слизистой кишки. Однако при морфогистологическом исследовании слизистой оболочки толстой кишки у этих больных выявлены признаки поверхностного воспаления, что проявилось в виде отека собственного слоя и лимфоплазмозитарной инфильтрации.

Исследование желудка с помощью гастродуоденоскопии выявило у 21% больных с СРТК картину поверхностного гастрита, что подтверждалось при морфогистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки желудка.

Изучение состояния моторики толстой кишки показало нарушение ритма сокращений и амплитуды колебаний кривой электроколограммы у большинства больных. По характеру колограмм больные подразделялись следующим образом: у 53% установлен гиперкинетический тип (амплитуда колебаний в области сигмовидной кишки выше 400 мкВ при ритме сокращений чаще трех минут), у 38,5% - гипокинетический тип (амплитуда колебаний ниже 150 мкВ, ритм сокращений реже 1 в минуту), у 8,5% - нормокинетический тип колебаний колограммы, однако с дискоординацией функции (т.е. при нормальном ритме сокращений амплитуда колебаний отклонялась от нормы - 150-400 мкВ).

В результате электрогастрографического обследования у 47% больных с СРТК установлены следующие отклонения от нормы: гиперкинетический характер дискинезии выявлен у 15% больных (амплитуда колебаний выше 300 мкВ при ритме сокращений чаще 3,2 в минуту), гипокинетический тип установлен у 29% больных (амплитуда колебаний ниже 200 мкВ при ритме сокращений реже 2,7 в минуту). В 56% случаев выявлен нормокинетический тип гастрограммы.

Надо отметить, что гиперкинез желудка в большинстве случаев сопровождался гипокинезом толстой кишки, а при гипотонусе желудка чаще выявлялись гиперкинетические нарушения со стороны кишечника. Моторные нарушения желудка сопровождалось отклонениями со стороны его кислотно-секреторной функции той или иной степени выраженности (таблица).

Как видно из таблицы, нормальные показатели кислотно-секреторной функции желудка констатированы у 59% больных с СРТК. У 20% больных объем желудочного сока (как базального, так и стимулированного) был повышен, что сопровождалось умеренным повышением кислотности и дебита соляной кислоты. Снижение этих показателей установлено у 21% больных.

Показатели кислотно-секреторной функции желудка у больных с СРТК

Чи сло об- следо- ванных	Объем желу- дочного сока		Общая кис- лотность		Свободная кислотность		Дебит-час НСІ	
	(мл)		(ммоль/л)		(ммоль/л)		(ммоль/л)	
	базальн.	стимулир.	базальн.	стимулир.	базальн.	стимулир.	базальн.	стим улир.
47	50-100	100-140	40-60	80-100	20-40	65-85	1-4	6,5- 12,0
23	24±1,2 P>0,1	58±3,1 P<0,001	21±2,0 P>0,5	39±1,4 P<0,1	11±0,7 P<0,01	26,4±1,3 P<0,01	0,26 P<0,01	1,54 P<0,1
22	120,5±2,1 P<0,01	162±3,2 P>0,1	87±2,1 P<0,1	131±4,8 P<0,1	72±2,3 P<0,1	92±2,5 P<0,01	8,64 P<0,01	14,74 P<0,1

Таким образом, как показали наши наблюдения, функциональные нарушения при СРТК у части больных распространяются и на верхние отделы желудочно-кишечного тракта, в частности на желудок, что следует учитывать при выборе лечебных мероприятий.

НИИ проктологии МЗ РА

Поступила 3.7.1992г.

Կ.Ա.Սարգսյան, Կ.Ս.Ղաբուզյան, Ն.Լ.Գրիգորյան, Զ.Գ.Ազատյան

ՍՏԱՄՈՒՔՍԻ ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ ՎԻՃԱԿԸ ԳՐԳՌՎԱԾ ՀԱՍՏ ԱՂՈՒ ՀԱՄԱԽՍՏԱՆԻՉՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԳՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ստամոքսի և հաստ աղու ֆունկցիոնալ վիճակը պարզելու նպատակով համալիր ձևով հետազոտվել են զրգոված հաստ աղու համախտանիշով տառապող հիվանդները /ԳՀԱՀ/:

Հայտնաբերվել է, ԳՀԱՀ-ով հիվանդների որոշ մասի մոտ ֆունկցիոնալ խախտումները տարածվում են նաև ստամոքս-աղիքային ուղու վերին հատվածների, մասնավորապես ստամոքսի վրա: Հետազոտված հիվանդների 47-ի մոտ 62% էլ են ստամոքսի շարժունակության խախտումներ, որոնք ուղեկցվում են 62% թիվ մեծամասնության մոտ թթվասեկրետոր ֆունկցիայի փոփոխություններով, իսկ 21-ի մոտ նաև լորձաթաղանթի ձևաբանական պատկերի փոփոխություններով, մակերեսային գաստրիտի ձևով:

K.A.Sarkissian, K.S.Gabouzian, N.L.Grigorian, Z.G.Azatian

FUNCTIONAL STATE OF THE STOMACH IN PATIENTS WITH IRRITABLE COLON SYNDROME

It is established that the functional disorders at irritable colon syndrome in a number of cases extend to the upper sections of the gastrointestinal tract, particularly to the stomach, and this fact must be taken into consideration while choosing the therapeutic measures.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бейол Е.А., Шаховская А.К., Лукаш Л.К. Клин. мед., 1983, 7, с. 89.
2. Радбиль О.С. МРЖ, раздел 17, 1979, 5, с. 11.
3. Рысс Е.С. Клин. мед., 1986, 5, с. 28.
4. Almy T. Med. clin. N. amer., 1978, 62, 203.
5. Fahrlander H. Klin. gastroent. Hrsg. L.Stuttgart, 1973, 14-s, 125.

УДК 616.348-002:576.8

А.С.Агабян, С.С.Агамалян, А.Г.Авакян, А.А.Акопян, Д.И.Элоян

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В КЛИНИКЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Неспецифический язвенный колит /НЯК/ - хроническое заболевание толстой кишки невыясненной этиологии, характеризующееся диффузным воспалением слизистой оболочки толстой кишки, образованием язв и нередко кровотечением. Среди хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта неинфекционной природы НЯК отличается наиболее тяжелым течением и неблагоприятным прогнозом. Наряду со специфической клиникой заболевания сопровождается выраженными сдвигами в бактериологическом, биохимическом и иммунологическом статусах организма. Так, в последние годы изменение состава кишечной микрофлоры рассматривают как один из механизмов, поддерживающих хроническое течение заболевания. Характерным проявлением патологических сдвигов в микрофлоре кишечника является заметное увеличение общего количества микробов за счет аэробных групп [4]. Отмечается существенное снижение количества бифидобактерий вплоть до их полного исчезновения [1]. Такое элиминирование из состава микрофлоры бифидобактерий расценивается в качестве патологического признака, определяющего состояние дисбактериоза.

Иммунологические сдвиги при НЯК изучены достаточно подробно. Установлено закономерное повышение уровня иммуноглобулина А (IgA) [3]. В ряде работ отмечается также повышение уровня иммуноглобулина Г (IgG) в сыворотке крови, что, по-видимому, связано с реакцией на гетерологичные антигены [7]. За последние годы накоплены убедительные доказательства участия кишечной палочки в иммунопатологическом механизме развития язвенного колита [6]. Приводятся данные о наличии связи между выраженностью бласттрансформации лимфоцитов, происходящей в присутствии экстракта, полученного из *E. Coli*, и выраженностью проявлений НЯК.

Клиническое течение НЯК характеризуется частым стулом, рвотой, дегидратацией, присоединением интоксикации, выражающейся увеличением количества мочевины, креатинина, молекул средней массы (МСМ), гипопроteinемией, повышением активности щелочной фосфатазы и энтерокиназы.

Сказанное выше определило задачу, поставленную в настоящей работе, - изучить возможную связь между нарушениями бактериологического, иммунологического и биохимического звеньев и клиническим проявлением НЯК.

В связи с поставленной задачей было обследовано 75 больных с НЯК, 30 с синдромом раздраженной толстой кишки (СРТК). Диагноз был установлен на основе клинического, инструментального, лабораторного обследований и