

3. Буховцев П. П. Вопросы практической медицины. Львов 1975, с. 123.
4. Васильев В. Н., Чугунов В. С. Симпатоадреналовая активность при различных функциональных состояниях человека. М., 1985.
5. Дильман В. М. Эндокринологическая онкология. Л.—М., 1974.
6. Матлина Э. Ш. В сб.: Регуляторная функция биогенных аминов. Л., 1970.
7. Матлина Э. Ш., Меньшиков В. В. Клиническая биохимия катехоламинов. М., 1967.
8. Ожерельев А. С., Чижиков Б. А. и др. Вopr. онкол., XXXII, 7, 1980, с. 40.
9. Тарутинов В. И., Маевская Л. И. Вopr. онкол., 1977, 5, с. 45.
10. Утевский А. М. В кн.: Всесоюз. съезд физиологов, биохимиков и фармакол. Минск, 1959.
11. Федоров Н. А. Биологическое и клиническое значение циклических нуклеотидов. М., 1979.
12. Шаталова А. А. Вopr. мед. химии, 1969, XV, 3, с. 323.
13. Шевелева В. С., Мельников В. А., Симонов Н. Н. Вopr. онкол., 1980, XXVI, 8, с. 35.
14. Шевелева В. С., Филатова Н. А. и др. Вopr. онкол., XXXI, 5, 1985, с. 72.
15. Apel A., Spitz P. Therapiewoche, 1979, 29, 3, 4042.
16. Axelrod J., Mueller R., Henry J. et al. Nature, 1970, 225, 5237, 105.
17. Costa E., Guidotti A., Hanbauer I. In: Cyclic nucleotides in disease. Univ. Park Press, Baltimore-London-Tokyo, 1975, 167.
18. De Rubertis F., Chayoth R. et al. J. Clin. Invest., 1976, 57, 641.
19. Shore P., Olin J. J. Pharmacol. Exp. Ther., 1958, 122, 295.
20. Stone E. A. Catecholamines and Behav., 1975, 2, 31.
21. Weil-Matherbe H., Bone T. Biochem. J., 1958, 2, 14.

УДК 616.348—072.1+616.34—079.1

А. Г. ДАВТЯН, В. О. ГАБРИЕЛЯН, Г. А. КАЗАРЯН

СОСТОЯНИЕ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

С помощью эзофагогастродуоденоскопии изучено состояние верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных с воспалительно-функциональными нарушениями толстой кишки. Установлено, что у большинства пациентов проктологического профиля имеется некая патология желудка и двенадцатиперстной кишки, при этом выявлена определенная корреляция между характером, тяжестью, распространенностью изменений толстой кишки и заболеваниями гастродуоденальной зоны.

Вопрос взаимосвязи между состоянием верхнего отдела желудочно-кишечного тракта и толстой кишки остается недостаточно изученной областью гастроэнтерологии и проктологии. По данным немногочисленных исследований [1—7], эта связь обнаружена в основном у больных с предраковыми и онкологическими поражениями прямой и ободочной кишок, при этом указывается на частое выявление у них различных органических изменений слизистой оболочки гастродуоденального отдела. Наши наблюдения также свидетельствуют о наличии таких изменений при эзофагогастродуоденоскопии и у больных с банальными колитами, проктосигмоидитами и тоническими нарушениями функции толстой кишки. В связи с этим представляется целесообразным изучение состоя-

ния верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у пациентов с воспалительно-функциональными нарушениями прямой и ободочной кишок.

В настоящей работе приводится анализ результатов фиброэндоскопического обследования желудка и двенадцатиперстной кишки 678 больных (388 женщин и 290 мужчин в возрасте 20—70 лет).

При предварительной ректороманоскопии и колоноскопии констатированы тонические нарушения толстой кишки (74), банальные колиты и проктосигмоидиты (298), воспалительные изменения, сочетающиеся с функциональными нарушениями толстой кишки (306).

У большинства обследованных в симптоматике доминировали проявления, характерные для проктологического заболевания (нарушение стула, боли по ходу толстой кишки, вздутие живота, выделение слизи с калом и др.). Наряду с этим 65 (9,6%) больных отмечали жалобы, свойственные поражениям верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (голодные боли, чувство тяжести и вздутия в эпигастрии, изжога, тошнота и др.). Проведенные же эзофагогастродуоденоскопии выявили воспалительные, эрозивно-язвенные и полипозные поражения у 83,3% больных (табл. 1).

Таблица 1
Состояние верхнего отдела желудочно-кишечного тракта при воспалительных заболеваниях и тонических нарушениях толстой кишки

Гастроскопия Колоноскопия	Норма	Гастро- дуоде- ниты	Эрозии	Язвы	Полипы	Всего
	абс. %	абс. %	абс. %	абс. %	абс. %	абс. %
Тонические нарушения	28 37,8	39 52,7	5 6,7	1 1,4	1 1,4	74 100
Проктосигмоидит	50 26,5	111 8,7	19 10,1	9 4,7	—	189 100
Проктосигм.+тонич. нарушения	13 12,0	74 67,9	12 11,0	8 7,3	2 1,8	109 100
Колит	19 8,7	145 66,5	30 13,8	21 9,6	3 1,4	218 100
Колит+тонические нарушения	3 3,4	53 60,2	17 19,3	12 13,7	3 3,4	88 100
Итого	113 16,7	422 62,2	83 12,2	51 7,5	9 1,4	678 100

Из приведенных данных следует, что наиболее распространенными среди заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта были различные формы хронических гастродуоденитов (62,2%). В большинстве случаев (33%) эти изменения соответствовали картине атрофического гастрита, реже—поверхностного гастродуоденита (22,4%) и атрофического гиперпластического гастрита (6,3%).

Эрозивные изменения были диагностированы у 12,2% обследованных и в основном протекали на фоне воспалительных изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Неполные эро-

эрозии развивались в сочетании с поверхностными гастродуоденитами, а полные—преимущественно с атрофическими гастритами. Примерно у 2/3 больных эрозии были единичными. В значительном большинстве случаев эрозивные поражения слизистой оболочки явились находкой при эндоскопии. У 36 пациентов из 83 эрозивные поражения сочетались с выраженным дуоденогастральным рефлюксом, недостаточностью кардиального жома и рефлюкс эзофагитом.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки была установлена у 51 (7,5%) больного, при этом язва желудка—у 7, двенадцатиперстной кишки—у 44 человек. У 30 больных язвы были острыми, представляли собой поверхностные дефекты слизистой оболочки с четкими краями, располагались на гиперемизированных участках слизистой, у 21 язвы были диагностированы на фоне рубцово-язвенной деформации привратника или луковицы двенадцатиперстной кишки и имели умеренную глубину, оформленные края и кратерообразное дно.

Полипы, доброкачественность которых была подтверждена данными гистологического исследования, диагностированы у 9 пациентов (1,4%). У 5 больных образования были одиночными, имели диаметр до 1,0 см и располагались в желудке, у 3—полип до 0,5 см был выявлен в луковице двенадцатиперстной кишки, у одного—множественные полиповидные образования локализовались в области верхней трети тела желудка и в двенадцатиперстной кишке.

При анализе характера и частоты изменений в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта выяснилось, что частота заболеваний этой локализации у больных старших возрастных групп повышается (табл. 2).

Таблица 2
Состояние верхнего отдела желудочно-кишечного тракта в различных возрастных группах

Возраст \ Гастроскопия	Гастроскопия					
	Норма	Гастро- дуоден.	Эрозии	Язвы	Полипы	Всего
	абс. %	абс. %	абс. %	абс. %	абс. %	абс. %
До 19 лет	11 84,6	2 16,4	—	—	—	13 100
20—29	32 24,8	85 65,9	8 6,2	3 2,3	1 0,8	129 100
30—39	30 16,5	119 65,4	22 12,1	11 6,0	—	182 100
40—49	20 12,9	100 64,5	17 11	17 11	1 0,6	155 100
50—59	18 13,1	79 57,7	23 16,8	14 10,2	3 2,2	137 100
60—69	1 2	28 55	12 24	6 12	3 6	50 100
70 и старше	1 8,3	9 75,1	1 8,3	—	1 8,3	12 100
Итого	113 16,7	422 62,2	83 12,2	51 7,5	9 1,4	678 100

В молодом возрасте чаще диагностировались поверхностные гастродуодениты, а если наблюдались атрофические изменения, то они носили очаговый характер. У больных старше 40 лет были выявлены в основном диффузные, атрофические изменения слизистой оболочки, а поверхностные воспалительные изменения были более выраженными, сопровождалась отеком, гиперемией и кровоизлияниями.

Установлена зависимость частоты эрозивно-язвенных поражений от возраста. Однако случаи выявления эрозивных поражений несколько снижаются в возрастной группе 40—49 лет в сравнении с группой 30—39 лет. В последующих возрастных группах эти изменения наблюдались чаще, чем у больных в возрасте до 30 лет. С возрастом повышалась также вероятность обнаружения полипозных поражений. Основная часть больных с полипами желудка и двенадцатиперстной кишки были старше 40 лет.

При анализе частоты и характера поражений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта в зависимости от распространенности и тяжести патологического процесса в толстой кишке было установлено, что эрозивно-язвенные поражения чаще имеют место у больных с выраженными колитами в сочетании с функциональными нарушениями. Так, если у пациентов только с тоническими нарушениями толстой кишки язвенная болезнь была диагностирована лишь в 1,4% случаев, то в группе больных с тотальным колитом и тоническими нарушениями толстой кишки — в 13,7%. При этом сопутствующие язве воспалительные изменения слизистой оболочки были более выраженными, вплоть до эрозивных гастродуоденитов (табл. 1). Из вышеизложенного следует, что имеется определенный параллелизм между тяжестью, характером и распространенностью патологического процесса в толстой кишке и развитием воспалительных изменений в желудке и двенадцатиперстной кишке. Заболевания, выявленные при эзофагогастродуоденоскопии, возможно, имеют вторичный характер и обусловлены длительно существующими заболеваниями толстой кишки, тем более что у многих больных с эрозивно-язвенными поражениями и гастродуоденитами при клиническом обследовании не было выявлено факторов, способствующих возникновению этих поражений (сердечно-сосудистые и легочные заболевания, прием лекарственных препаратов, нарушение диеты и т. п.).

Таким образом, профилактические эзофагогастродуоденоскопии более чем в половине случаев позволили выявить болезни, своевременная диагностика которых представляет определенный практический интерес. Протекая латентно или под маской проктологического заболевания, некоторые поражения желудка и двенадцатиперстной кишки могут прогрессировать и привести к различным осложнениям (кровоотечения, перфорации). С другой стороны, своевременная диагностика заболеваний и лечение, диспансерное наблюдение за этими больными явились бы реальной мерой профилактики онкологических трансформаций.

Латентность течения, отсутствие выраженных рельефных изменений слизистой оболочки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта,

значительно ограничивающих диагностические возможности рентгенологического метода, указывают на целесообразность проведения гастро-дуоденоскопий во всех случаях воспалительных и тонических нарушений толстой кишки. Это исследование особенно показано больным с выраженными колитами и проктосигмоидитами, протекающими на фоне функциональных нарушений прямой и ободочной кишок, лицам старше 40 лет, а также больным с жалобами, характерными для заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

НИИ проктологии МЗ АрмССР

Поступила 22/IX 1987 г.

Ա. Գ. ԴԱՎԻԴՅԱՆ, Վ. Հ. ԳԱԲՐԻԵԼՅԱՆ, Գ. Ա. ԴԱԶԱՐՅԱՆ

ԱՂԵՍԱՄՈՔՍՈՅԻՆ ՏՐԱԿՏԻ ՎԵՐԻՆ ՀԱՏՎԱԾԻ ՎԻՃԱԿԸ ՀԱՍՏ ԱՂՈՒ ՖՈՆԿՑԻՈՆԱԼ-ԲՈՐԲՈՐԱՅԻՆ ԽԱՆՔԱՐՈՒՄՆԵՐՈՎ ՄԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ՄՈՏ

Էնդոսկոպիկ ըննությունների օգնությամբ ուսումնասիրված է աղեստամոքսային տրակտի վերին հատվածի լորձաթաղանթի վիճակը՝ հաստ աղու ֆունկցիոնալ-բորբոքային խանգարումներով տառապող հիվանդների մոտ: Հայտնաբերվել է, որ 83,3% կազմող այդ խումբը ունի ստամոքսի և 12-մատնյա աղու համար ընթացող տարբեր հիվանդություններ: Ընդ որում, հետազոտությունների վերլուծությունը ցույց է տվել, որ տեղի ունի որոշակի համահարաբերակցություն հաստ աղու և աղեստամոքսային տրակտի վերին հատվածի հիվանդությունների հաճախականության և ծանրության միջև:

A. G. DAVTIAN, V. H. GABRIELIAN, G. A. GHAZARIAN

THE STATE OF THE UPPER SECTION OF THE CASTROENTERIC TRACT IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL AND INFLAMMATORY DISEASES OF THE LARGE INTESTINE

By means of esophagogastroduodenoscopy the state of the upper section of the gastroenteric tract has been studied in patents with inflammatory-functional disorders of the large intestine. It is established, that in most of the proctologic patients there exists a mute gastric or duodenal pathology. A definite correlation between the character, gravity and prevalence of the changes in the large intestine and gastroduodenal diseases is revealed.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Баранов О. Н., Большова Л. П., Тушикова А. Н. В кн.: О болезнях прямой и ободочной кишок. М., 1977, с. 84.
2. Захарян В. Г. Канд. дис. М., 1983.
3. Колесникова Г. Д., Стрекаловский В. П. В кн.: Тез. Всес. конф. по проктологии. М., 1978, с. 72.
4. Колесникова Г. Д., Капуллер Л. Л., Илышева Г. Н. и др. Клин. мед., 1981, 2, с. 44.
5. Луцевич Э. В., Белов И. Н., Нефедов Н. Е. и др. Хирургия, 1977, 7, с. 38.
6. Партин Д. Ф., Тушикова А. П., Левитан М. Х. и др. В кн.: Диагностика и лечение заболеваний прямой и ободочной кишок. Куйбышев, 1974, с. 171.
7. Стрекаловский В. П., Колесникова Г. Д., Никитин А. М. и др. Клин. мед., 1979, 3, с. 55.