

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ГАСТРОЦЕПИНОМ И ДЕ-НОЛОМ В ПОЛИКЛИНИКЕ

И. Л. Билич, Ф. Г. Шигабутдинова, И. А. Илюхин, К. Н. Агишева,  
Э. Р. Лукоянова

*Кафедра внутренних болезней лечебного факультета (зав.— проф. И. Г. Салихов)  
Казанского государственного медицинского университета, поликлиника № 3  
(главврач — В. А. Богданова), г. Казань*

Не вызывает сомнения, что язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки относится к патологии со сложным и еще до конца не раскрытым патогенезом. Полностью распознать механизмы заболевания весьма затруднительно, и это связано, возможно, с тем, что желудок подвергается воздействию разнообразных факторов внешней среды раньше, чем другие отделы пищеварительного тракта. В то же время благополучие его функциональной деятельности зависит от нейрорегуляторных систем организма. В связи с этим в научной гастроэнтерологии появляются все новые гипотезы этиологии и патогенеза данного заболевания. В последние годы определенное значение придается обнаружению инфицирования слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* [2, 8, 10, 15].

Среди внешнесредовых причин немаловажное значение имеет образ жизни людей в каждом отдельном историческом социально-экономическом периоде. Ярким примером может служить проведенный нами анализ заболеваемости язвенной болезнью в отдельных пятилетиях до Великой Отечественной войны, во время нее и после этого события [1].

Как видно из табл. 1, заболеваемость ЯБ была весьма высокой в первом послевоенном десятилетии

(12,3—11,1%). Существенные отличия в заболеваемости в военное время можно объяснить уменьшением численности в тылу мужчин. В 70—80 годы заболеваемость ЯБ соответствовала довоенному периоду и вновь возросла к 1989—1991 гг. до 10—11% по отношению к числу общетерапевтических больных. Изменился контингент больных: увеличился процент лиц с вновь выявленными язвами, особенно у молодых допризывного возраста, среди учащихся и студентов [16]. ЯБ стала чаще встречаться у женщин, а у мужчин участились случаи локализации язв в желудке. До 2—3 раз в году возросла частота рецидивов заболевания, а также осложнений ЯБ рефлюксным синдромом, желудочно-кишечными кровотечениями и др. Часто выявляются язвенные дефекты больших размеров.

Отсутствие кардинальных методов лечения, индивидуальность этиологии и патогенеза ЯБ приводят к появлению все новых противоязвенных фармакологических препаратов. Эффективность их оценивается обычно по купированию болевого синдрома и рубцеванию язвенного дефекта. Однако непосредственно положительный результат не может служить полным критерием эффективности проведенного курса лечения. Для хронического рецидивирующего заболевания наибо-

Таблица 1

Анализ заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с 1936 по 1965 год

Частота заболеваемости	1936—1940	1941—1945	1946—1950	1951—1955	1956—1960	1961—1965
В процентах к общему числу госпитализированных	3,5	7,2	12,3	11,1	7,7	7,8
В процентах к числу госпитализированных по поводу язвенной ЖКТ	48,0	73,4	81,3	58,3	56,9	44,2

лее важными показателями являются длительность ремиссии и частота рецидивов заболевания.

Не отрицая участия в развитии ЯБ всевозможных механизмов, большинство авторов в конечной цепи ее развития ставят равновесие между факторами «агрессии» и протективными возможностями слизистой оболочки желудка [13, 14]. В связи с этим доминирующее значение в терапии имеют препараты с антацидными свойствами — холиноблокаторы (гастроцепин) [3], блокаторы  $H_2$ -рецепторов гистамина различных поколений [5, 7]. В последние годы рекомендуются препараты, тормозящие «кислотный насос» на уровне париетальной клетки (омепрозол). Вторую группу составляют препараты, обладающие протекторно-репаративными свойствами [11—13]. Среди них особое место занимает де-нол, являющийся высокоэффективным антибактериальным средством в отношении *Helicobacter pylori* [4, 6].

В настоящее время растет число дорогостоящих схожих препаратов, выпускаемых под различными названиями разными фирмами, что затрудняет выбор медикаментов. Покупательные возможности основной группы больных обычно ограничены. Это обстоятельство создает дополнительный стресс у больных и может сказаться на течении ЯБ. Лечащему врачу при подборе терапии необходимо учитывать материальные возможности пациентов, особенно в амбулаторных условиях.

Поскольку важной клинической характеристикой ЯБ является высокая частота рецидивов, целью наших исследований было сравнительное изучение эффективности гастроцепина и де-нола как для непосредственного заживления язвы, так и для обеспечения продолжительности ремиссии в амбулаторных условиях. Гастроцепин действует преимущественно на фактор «агрессии», выступая специфическим ингибитором как базальной, так и желудочной секреции. Он уменьшает секрецию соляной кислоты на 48% в течение 1-го часа после приема пищи и на 30% в течение 2-го часа, воздействуя на мускариновые рецепторы. Снижение секреции соляной кислоты под действием гастроцепина достигается преимущественно за счет умень-

шения объема, а не концентрации секретлируемой соляной кислоты. Известно, что ночная гиперсекреция, наблюдающаяся у больных ЯБ, обусловлена как раз большим объемом.

Де-нол является высокоактивным противомикробным препаратом в отношении *Helicobacter pylori*. Его протекторное действие на слизистую оболочку желудка разнообразно: он увеличивает секрецию бикарбонатов, простагландина Е, образует защитную пленку с белком на дне язвы, не оказывая существенного влияния на продукцию соляной кислоты.

Исследование проводили на базе поликлиник № 2 и № 3 г. Казани. Под наблюдением находились 92 пациента с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в возрасте от 15 до 66 лет (мужчин — 58, женщин — 34). Проведено сравнительное изучение эффективности лечения гастроцепином и де-нолом, а также проанализированы отдаленные исходы лечения при наблюдении в течение трех лет.

Исследованию подлежали больные с эндоскопически подтвержденным диагнозом ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки. Общеклиническое обследование включало ФГС-контроль спустя 3—4 недели от начала лечения. После завершения лечения оценивали сроки заживления язвы и купирования болевого синдрома, частоту и тяжесть рецидивов, длительность ремиссии. Показателями эффективности терапии служили уменьшение и исчезновение болевого синдрома и сроки заживления язвенного дефекта. О динамике размеров язвенного дефекта мы судили по данным ежедневного тепловизионного исследования с определением площади изотермы и снижения температуры. Контрольную группу составили 37 больных ЯБ в возрасте от 15 до 23 лет, получавших традиционную терапию (табл. 2).

Все больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 58 больных в возрасте от 25 до 66 лет (мужчин — 40, женщин — 18). У 14 пациентов этой группы была диагностирована ЯБ желудка. Больных лечили де-нолом (по одной таблетке за 30 минут до еды и одна таблетка на ночь). 10 больным была назначена трехкомпонентная терапия: де-нол в указанной дозировке в сочетании с

## Сравнительное изучение эффективности лечения ЯБ гастропепином и де-нолом

Группы наблюдения	Число больных	Заживление язвы		Отсутствие ремиссии		Рецидивы в течение 3 лет	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-я	58	56	96,5	2	3,5*	6	10,3*
2-я	34	30	88,2	4	11,8	14	41,2
Контрольная	37	33	89,2	4	10,8	15	40,5

\*  $P < 0,05$ .

оксациллином (2 г/сут) и трихололом (3 таблетки в день). Благодаря де-нолу у всех больных наблюдалось значительное улучшение самочувствия; полное заживление язвенного дефекта к концу лечения отмечено у 56 (96,5%) пациентов. Лечение де-нолом повысило качество жизни и позволило существенно расширить диету. Отдаленные наблюдения в течение трех лет свидетельствуют об эффективности проведенной терапии: рецидивы возникли лишь у 6 (10,3%) больных, причем они протекали довольно легко и купировались в более короткие сроки.

2-ю группу составили 34 пациента в возрасте от 15 до 40 лет (мужчин — 22, женщин — 12). ЯБ желудка диагностирована у 4 лиц. Больные этой группы получали лечение гастропепином в виде монотерапии (26) либо в сочетании с репарантами (8). В результате лечения интенсивность болевого синдрома уменьшилась у 31 больного уже в первые 3 дня, однако в целом небольшие боли сохранялись на протяжении всего лечения. Заживление язвенного дефекта наступило у 30 (88%) больных, лишь у 4 лиц не было достигнуто эндоскопической ремиссии. Рецидивы заболевания наблюдались с такой же частотой, как и при лечении другими препаратами. Однако использование гастропепина в качестве противорецидивного лечения примерно за месяц до предполагаемого обострения приводило к удлинению сроков ремиссии до 2 и более лет.

В качестве контроля мы взяли группу больных — учащиеся и студенты, которые в силу экономических причин не могли пользоваться при лечении современными дорогостоящими препаратами. В эту группу вошли 37 человек в возрасте от 15 до 23 лет (из них 17 женщин). ЯБ желудка выявлена у 7 пациентов, ЯБ двенадцати-

перстной кишки — у 30. Учитывая, что у этих пациентов часты первые перегрузки, стрессовые моменты и нарушения питания, которые обычно и приводят к ЯБ и ее обострениям, мы включили в комплекс терапии диету, рациональную психотерапию, порошки Боаса, содержащие спазмо-холинолитики, антациды, фенобарбитал и фитотерапию, а 10 больным с выраженными вегетативными расстройствами и астенизацией назначили и иглорефлексотерапию. В этой группе результаты практически не отличались от полученных при терапии гастропепином. У 33 (89,2%) больных язвы зажили через 3—4 недели, у 29 болевой синдром был купирован уже на 2-й день.

Оценить истинную эффективность того или иного метода лечения ЯБ весьма нелегко, поскольку причина зависит во многом от изменений окружающей среды, питания, стрессовых ситуаций, особенно в молодом возрасте. Тем не менее, исходя из полученных результатов, мы можем сделать вывод, что при индивидуальном подходе к профилактике рецидивов даже традиционная терапия ведет к положительным исходам, существенно не отличимым от таковых при терапии гастропепином. Предпочтение следует отдавать де-нолу как препарату выбора, поскольку он заметно улучшает качество жизни больного и обеспечивает более длительную ремиссию.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Билич И. Л. Сравнительные данные о состоянии нейро-гуморальной регуляции и обменных процессов при различном течении язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук.— Казань, 1966.
2. Билич И. Л., Мартынова Л. А. Материалы научно-практической конференции врачей санитарно-курортных учреждений.— Казань, 1992.
3. Гребнев А. Л., Шенгулин А. А.//Тер. арх.—1993.— № 4.— С. 83—86.

4. Григорьев П. Я., Исаков В. А.//Тер. арх.—1991.— № 2.— С. 27—30.  
 5. Григорьев П. Я., Исаков В. А.//Клин. мед.—1991.— № 10.— С. 93—98.  
 6. Григорьев П. Я. и др.//Тер. арх.—1992.— № 8.— С. 101—104.  
 7. Ивашкин В. Г., Минасян Г. А.//Клин. мед.—1987.— № 1.— С. 24—31.  
 8. Ивашкин В. Т. и др.//Тер. арх.—1993.— № 2.— С. 11.  
 9. Логинов А. С., Аруин Л. И.//Клин. мед.—1987.— № 8.— С. 20—25.  
 10. Логинов А. С., Аруин Л. И. Язвенная болезнь и Helicobacter pylori — М., 1993.

11. Ногаллер А. М. и др.//Клин. мед.—1991.— № 10.— С. 16—23.  
 12. Радбиль О. С.//Клин. мед.—1990.— № 4.— С. 31—38.  
 13. Рысс Е. С.//Клин. мед.—1990.— № 4.— С. 134—143.  
 14. Рысс Е. С., Фишзон-Рысс Ю. И.//Тер. арх.—1990.— № 2.— С. 134—136.  
 15. Цилмерман Я. С.//Сов. мед.—1990.— № 11.— С. 12—16.  
 16. Шигабутдинова Ф. Г., Агишева К. Н., Закирова В. А. Тезисы докладов «Перспективные проблемы в гастроэнтерологии».—1994.— Т. 3.— С. 161.

Поступила 28.12.94.

УДК 616.345—007.271—007.272—073.75

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА СТЕНОЗОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ И ПРОЯВЛЕНИЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

С. И. Авдонин, М. К. Михайлов

Кафедра лучевой диагностики (зав.— проф. М. К. Михайлов)  
 Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Применение контрастных методов рентгенологического исследования при подозрении на кишечную непроходимость (КН) находит в настоящее время все большее признание среди хирургов и рентгенологов [4, 5, 6, 10, 11], ибо открывает реальные возможности для более точной диагностики указанной патологии. Вместе с тем дооперационное выяснение этиологической принадлежности КН продолжает оставаться сложной и недостаточно разработанной проблемой.

Данное сообщение посвящено вопросам дифференциальной рентгенодиагностики довольно часто встречающегося в практике синдрома органического сужения просвета толстой кишки, сопровождающегося явлениями непроходимости. На нашем материале из 237 больных с различными видами механической КН с острым и более медленным развитием синдром органического сужения (стеноза) был выявлен путем перорального или ретроградного контрастирования кишки у 87 (36,7%) больных. На операции с последующим патоморфологическим исследованием были верифицированы следующие причины стеноза: раковая опухоль (86,2%), осложненная форма дивертикулярной болезни (5,8%), болезнь Крона (4,6%), лимфо- и ретикулосаркомы (2,3%), ретроперитонеальный фиброз (1,1%).

Среди причин непроходимости толстой кишки наибольший удельный вес составляли раковые стенозы, что согласуется с данными литературы [3, 7,

9]. По материалам крупных хирургических клиник, рак занимает среди причин КН второе место после спаек. Закономерна и следующая постановка вопроса: действительно ли рак чаще осложняется явлениями КН по сравнению с другими заболеваниями? Для выяснения этого вопроса нами был проанализирован многолетний клинико-рентгенологический архив по четырем заболеваниям — болезни Крона, рака, лимфо- и ретикулосаркомы, дивертикулярной болезни (за исключением ретроперитонеального фиброза, относящегося к казуистике). Оказалось, что наиболее часто явлениями КН осложняются болезнь Крона, несколько реже рак и далее в убывающем порядке следует лимфо- и ретикулосаркомы, дивертикулярная болезнь. В то же время среди причин непроходимости толстой кишки доминируют в силу большей распространенности рак, а затем дивертикулярная болезнь.

Успех хирургического лечения определяется своевременностью распознавания не только самого факта КН, но и по возможности причинного фактора. Использование с этой целью рентгеноконтрастных методов исследования отвечает поставленным требованиям. Выбор метода контрастирования — перорального или контрастной клизмы — определялся нами на основе данных клинического обследования и обзорной рентгенографии брюшной полости [2, 8, 12]. При не-