

сопутствующего гастрита, его форму, клиническую стадию. Так, по нашим данным, при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке слизистая желудка без существенных отклонений от нормы наблюдается у 35% больных, признаки хронического поверхностного гастрита — у 43%, хронический гастрит с поражением желез без атрофии — у 12%, атрофический гастрит — у 10% больных. Что касается морфологических изменений при локализации язвы в желудке, то они более выражены: хронический атрофический гастрит выявлен у 12 из 36 больных.

Обращает на себя внимание тот факт, что дуодениты часто симулируют клинику обострения язвенной болезни: так, из 127 осмотренных больных язва была выявлена лишь у 62, у остальных 65 было обострение хронического дуоденита. Результаты исследования показали, что при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке признаки поверхностного дуоденита встречаются у 13,8%, выраженного — у 21,2%, резко выраженного — у 17,5% и атрофического — у 14,5% больных.

Проведение диспансеризации с учетом выявленных эндоскопических особенностей позволяет в значительной мере повысить ее эффективность.

Литература

Васильев Ю. В., Коржукова П. И., Соколова Г. Н. и др. В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии, М., 1972.— Рятсеп И. Ю. Фиброгастроскопия в диагностике язвенной болезни желудка. Исследования по гастроэнтерологии, Таллин, 1972, с. 141.— Соколов Л. К. Автореф. докт. дис., М., 1970.

Поступила 10.07.80.

УДК 616.33-002.2:616.33/342+616.361/367]-085+615.31:547.333.4

ПРИМЕНЕНИЕ ЭТОНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ГАСТРОДУОДЕНИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

И. К. ВЛАДКОВСКИЙ, И. К. МОХУНЬ, Я. Д. КРИЧИН, Д. Г. ЛУКЬЯНЧУК

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав.—проф. И. К. Владковский)
Черновицкого медицинского института

Хронический гастрит и гастродуоденит у большинства больных сопровождаются вовлечением в патологический процесс других органов пищеварительной системы. В литературе имеются обширные сведения о сочетании хронического гастрита, язвенной болезни и хронического холецистита (С. М. Рысс, 1966; Н. А. Скуя, 1972, 1976 и др.). Однако вопросы патогенеза, клиники, лечения хронического гастрита и гастродуоденита, сочетающихся с хроническими заболеваниями желчевыводящих путей, изучены недостаточно.

В комплексной терапии больных хроническим холециститом и ангиохолитом значительное место занимают антибиотики. Большинство авторов отмечает высокую чувствительность микрофлоры желчи к левомецетину, неомицину, биомицину и в меньшей степени — к мономицину, стрептомицину, эритромицину и тетрациклину (Ю. М. Авров с соавт., 1973). В последние годы довольно часто наблюдается полная нечувствительность микрофлоры к большинству антибиотиков. Так, кишечная палочка почти в 100% случаев резистентна к пенициллину (Ю. М. Авров с соавт., 1973). На резистентность микрофлоры желчи к биомицину, стрептомицину, левомецетину и эритромицину у лиц пожилого возраста указывает в своих работах И. А. Боривец (1979). В ряде случаев наблюдается повышенная сенсibilизация к антибиотикам, их непереносимость, развиваются дисбактериоз и аллергические реакции.

Следовательно, одной из важных задач в лечении больных хроническими холециститами в настоящее время является поиск новых эффективных терапевтических средств, оказывающих антибактериальное и противовоспалительное действие и не вызывающих аллергических и других побочных реакций. Одним из таких препаратов является этоний (дихлорид-этилен-1,2-бисаммоний), синтезированный на кафедре об-

щей химии Черновицкого медицинского института в 1960 году и разрешенный Фармакологическим комитетом Министерства здравоохранения СССР к использованию в лечебной практике. Основанием для применения нового химиопрепарата этония послужили экспериментальные и клинические исследования, результаты которых свидетельствовали о положительном трофическом влиянии на поврежденные ткани, антимикробном, обезболивающем и противовоспалительном действии препарата (Л. Г. Бордяковская, Г. К. Палий, 1969; Н. А. Ковтуняк, Л. Г. Бордяковская, 1972; В. И. Кучер, Л. С. Истратова, 1972; Т. А. Мотуз, 1973; В. П. Денисенко, Д. П. Сало, 1974 и др.).

Под нашим наблюдением находились 116 больных (74 мужчины и 42 женщины), в том числе 70 больных хроническим гастритом с пониженной секреторной функцией, 18 — с нормальной и 28 больных гастродуоденитом. Контрольную группу составили 30 здоровых. У 102 больных основному заболеванию сопутствовал хронический холецистит и ангиохолит. Возраст больных — от 17 до 55 лет; продолжительность заболевания — от года до 17 лет.

Помимо общеклинических методов исследования, нами изучались секреторная и кислотообразующая функции желудка по Н. И. Лепорскому с применением 7% капустного отвара, методом рН-метрии по Е. Ю. Линару с применением простого и двойного гистаминового теста. Определялась ферментативная функция желудка по В. Н. Туголукову, проводились рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта, электрогастрография, дуоденальное зондирование, исследовались функциональные пробы печени. Для более достоверного суждения о функциональном состоянии печени определялось содержание липидного комплекса в желчи порций В и С методом электрофореза на бумаге и белковые фракции крови по А. Е. Гурвич. Результаты исследований обработаны методом вариационной статистики. Различия средних величин считали достоверными при $P < 0,05$.

В клинической картине больных хроническим гастритом в сочетании с хроническими заболеваниями желчевыводящих путей преобладали в основном жалобы на постоянные нерезкого характера боли в эпигастральной области и в правом подреберье, которые иррадиировали в правую половину грудной клетки и в область правой лопатки. При гастродуодените боли в определенной степени были связаны с приемом пищи, нередко возникали «голодные» и «ночные» боли. Явления желудочной диспепсии отмечены у 95, кишечной — у 78 больных.

При объективном обследовании пальпаторно определялась болезненность под мочевидным отростком у 77 больных, в пилородуоденальной зоне — у 28 и в эпигастрии слева — у 11. Кроме этого, у 102 больных выявлялась болезненность в правом подреберье (в пузырной точке) и положительные симптомы Грекова, Георгиевского, Лепене, Мерфи и др.

При исследовании дуоденального содержимого в желчи порций В и С выявлялись слизь, хлопья, понижение прозрачности и повышение вязкости желчи. Микроскопически наблюдалось увеличение количества лейкоцитов, главным образом в слизи, и цилиндрического эпителия.

Содержание липидного комплекса в желчи изучено у 66 больных и белковый спектр крови — у 48. В результате проведенных исследований установлено, что концентрация липидного комплекса в желчи порции В у больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью в сочетании с хроническим холециститом была значительно ниже ($0,21 \pm 0,01$ ед. экстинции; $P < 0,001$), чем у здоровых ($0,43 \pm 0,07$ ед. экстинции). При сочетании хронического гастрита с резко выраженной секреторной недостаточностью с хроническим холециститом и ангиохолитом обнаружено более выраженное снижение липидного комплекса в желчи порции В ($0,19 \pm 0,02$ ед. экстинции; $P < 0,001$). Аналогичные данные получены и при исследовании желчи порции С ($0,03 \pm 0,05$ ед. экстинции; $P < 0,001$), при контроле $0,07 \pm 0,01$ ед. экстинции. Также выявлено понижение содержания липидного комплекса в желчи порции В, но менее выраженное и при хроническом гастрите с нормальной секреторной функцией в сочетании с хроническим холециститом и ангиохолитом ($0,32 \pm 0,02$; $P < 0,001$).

При сочетании гастродуоденита с хроническими заболеваниями желчевыводящих путей, несмотря на повышенную кислотообразующую функцию желудка, обна-

ружено достоверное снижение уровня липидного комплекса в желчи порции В ($0,27 \pm 0,03$ ед. экстинции; $P < 0,001$). В желчи порции С понижение уровня липидного комплекса было недостоверным ($0,056 \pm 0,01$; $P < 0,05$). Понижение уровня липидного комплекса в желчи у больных хроническим гастритом и гастродуоденитом, сочетающихся с хроническими заболеваниями желчевыводящих путей, по-видимому, обусловлено нарушением функции гепатоцитов, внутрипеченочным холестаазом, нарушением всасывания желчных кислот в кишечнике и возникновением дискинезий желчных путей (В. А. Галкин и Г. И. Старожук, 1973; А. С. Логинов с соавт., 1973 и др.).

Общее количество белка в сыворотке крови больных хроническим гастритом и гастродуоденитом в сочетании с хроническим холециститом и ангиохолием мало отличалось от такового в контрольной группе. Обострение заболевания сопровождалось диспротеинемией, которая выражалась уменьшением относительного количества альбуминов и увеличением α_1 -, α_2 - и γ -глобулиновых фракций ($P < 0,05$), а также снижением величины альбумино-глобулинового коэффициента ($P < 0,05$). На изменение белкового спектра крови при хронических воспалительных заболеваниях желчного пузыря и желчевыводящих путей указывают в своих работах С. Г. Федорук (1968), В. К. Дидыч (1971); М. М. Ковалев с соавт. (1972) и др.

Наряду с общепринятым лечением (диета, антиспастическая и желчегонная терапия, антациды, ганглиоблокаторы, витамины группы В, аскорбиновая кислота) применяли этоний (электрофорез 0,3% водного раствора на область правого подреберья). На курс лечения в среднем назначали 10—12 процедур. Каких-либо осложнений или побочных явлений при применении этония нами не отмечено.

В результате проведенного лечения установлено, что электрофорез этония в комплексной терапии больных хроническим гастритом и гастродуоденитом, сочетающихся с поражением желчевыводящих путей, оказывает положительный эффект. Так, боли в эпигастральной области и правом подреберье после лечения исчезли или значительно уменьшились у 94,8% больных, изменение характера болей наступало на пятый-десятый день. Пальпаторно болезненность в эпигастральной области и в пузырной точке значительно уменьшилась у 81%. Уменьшение или исчезновение болевого синдрома при применении этония обусловлено его противовоспалительным и обезболивающим действием (Г. Т. Писько с соавт., 1969). Следует отметить, что желудочная и кишечная диспепсия, а также болезненность в пузырной точке сохранялись более длительное время, чем болевой синдром.

У 40 из 116 больных на десятый день лечения этонием нормализовалась субфебрильная температура, которая у 19 больных наблюдалась в течение нескольких месяцев и не снижалась при применении различных лекарственных средств, в том числе и антибиотиков. У 52 из 66 обследованных больных после лечения этонием отмечалось исчезновение мутности, уменьшение вязкости, хлопьев и слизи в желчи порций В и С, а также уменьшение количества лейкоцитов в слизи и эпителиальных клеток при микроскопии.

Достоверное повышение концентрации липидного комплекса в желчи порции В после лечения этонием наблюдалось только при хроническом гастрите с нормальной секреторной функцией, сочетающемся с хроническим холециститом и ангиохолием ($P < 0,05$). У больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью и гастродуоденитом в сочетании с хроническими заболеваниями желчевыводящих путей повышение уровня липидного комплекса в желчи порций В и С оказалось недостоверным ($P > 0,05$).

У 37 из 48 обследованных больных после лечения отмечалось достоверное снижение уровня α_2 - и γ -глобулинов ($P < 0,05$), снижение количества α_1 -глобулинов и повышение величины альбумино-глобулинового коэффициента было недостоверным ($P > 0,05$).

Таким образом, положительная динамика общеклинических проявлений заболевания и некоторых лабораторных показателей у обследованных нами больных свидетельствует, что этоний оказывает активное терапевтическое действие на воспалительный процесс в желчном пузыре и желчных путях и способствует нормализации функций печени.

Этоний хорошо переносят больные, его применение не вызывает никаких по-

бочных явлений, и поэтому препарат может быть рекомендован для комплексной терапии при хроническом гастрите и гастродуодените, сочетающихся с хроническими заболеваниями желчевыводящих путей, в стационаре, в амбулаторных условиях и при проведении противорецидивного курса.

Литература

Авров Ю. М., Климов Ю. С., Хавина Е. М. Труды Горьковского медицинского института, 1973, в. 50, с. 44—46.—Бордяковская Л. Г., Палий Г. К. Патол. физиол. и эксперим. терап., 1969, т. 13, № 6, с. 70—71.—Боривец И. А. Актуальные вопросы заболеваний печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы (Тезисы VIII Республиканской научной конференции), Днепропетровск, 1979, с. 130—131.—Галкин В. А., Старожук Г. И. Тер. арх., 1973, т. 45, № 2, с. 116—121.—Денисенко В. П., Сало Д. П. Фармакология, 1974, т. 23, № 5, с. 46—49.—Дидыч В. К. Клин. хирург., 1971, № 6, с. 46—49.—Ковалев М. М., Танасиенко И. Д., Гелескул В. Ф. Клин. хирург., 1972, № 10, с. 1—5.—Ковтуняк Н. А., Бордяковская Л. Г. Фармакол. и токсикол., 1972, т. 35, № 1, с. 44—46.—Кучер В. И., Истратова Л. С. Антибиотики, 1972, т. 17, № 11, с. 1011—1013.—Логинов А. С., Амиров Н. Ш., Крюкова Л. В. и др. Клин. мед., 1973, № 12, с. 57—61.—Мотуз Т. А. Автореф. докт. дис., К., 1973.—Пісько Г. Т., Гладушевська Л. І., Кірпенко Ю. О. В кн.: Развитие медицинской науки та охорони здоров'я на Північній Буковині за роки Радянської влади К., 1969, с. 170—173.—Рысс С. М. Болезни органов пищеварения, Л., 1966, с. 591.—Скуя Н. А. Хронические заболевания желчных путей, Л., 1972, 230 с.—Скуя Н. А. В кн.: Современные аспекты практической гастроэнтерологии, Рига, 1976, с. 3—12.—Федорук С. Г. Вопросы медобслуживания больных с заболеваниями пищеварительной системы в условиях поликлиники (Тезисы Республиканской научно-практической конференции врачей-гастроэнтерологов), Черновцы, 1968, с. 254—256.

USE OF ETHONIUM IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC GASTRITIS AND GASTRODUODENITIS IN ASSOCIATION WITH DISEASE OF THE BILIARY TRACT

I. K. Vladkovsky, I. K. Mokhun, Ya. D. Krichin, D. G. Lukianchuk (Chernovtsy)

SUMMARY

The clinical manifestations of the disease and the content of the lipid complex in the bile and blood protein fractions were investigated in 116 patients suffering from chronic gastritis and gastroduodenitis associated with diseases of the biliary tract.

It was established that ethonium produces an active therapeutic effect on the general clinical manifestations of the disease, inflammatory process in the gallbladder and biliary tract and promotes normalization of the liver function.

Поступила 10.06.80.