

616.3(061)  
Г-22

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

# ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

*Межведомственный республиканский сборник*

ВЫПУСК 10

Издается с 1969 года

8

7

244014



Здоров'я  
мед. институт  
БІВЛІОТЕКА

2

Киев «Здоров'я» 1978



В сборнике научных работ помещены новые данные о состоянии печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, хронический гастрит, хронический энтероколит и др.).

Важное место в нем занимают статьи по изучению распространенности болезней желудочно-кишечного тракта, их сочетания с болезнями гепато-панкрео-билиарной системы, а также качества и эффективности лечебно-профилактического обслуживания (диспансеризации) больных.

Сборник рассчитан на широкий круг врачей и научных работников, занимающихся вопросами гастроэнтерологии.

**Редакционная коллегия при Днепропетровском научно-исследовательском институте гастроэнтерологии:**

*В. И. Архипенко, И. С. Белый, Г. И. Бурчинский (зам. отв. редактора), А. Я. Губергриц, П. А. Канищев, А. Ф. Косенко, А. А. Кривицкий (отв. секретарь), П. Ф. Крышень (отв. редактор), И. С. Петрова, Ю. И. Рафес, Я. П. Скляров.*

**Рецензенты:** докт. мед. наук Ю. В. ВАСИЛЬЕВ  
канд. мед. наук В. Ф. АЛЕКСЕЕВ

**Электролитный состав (в экв/л) сыворотки крови у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной хроническим холециститом**

Электролиты	Контингент обследованных	Язвенная болезнь с сопутствующим холециститом, $M \pm m$	P	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, $M \pm m$
Натрий	Группа больных	132,6 ± 6,3	>0,05	134,2 ± 3,9
	мужчины	132,5 ± 3,8	>0,05	134,2 ± 4,7
Калий	женщины	133,1 ± 4,2	>0,05	135,2 ± 3,9
	Группа больных	5,4 ± 0,31	<0,05	4,2 ± 0,50
Кальций	мужчины	5,4 ± 0,40	<0,05	4,2 ± 0,29
	женщины	5,3 ± 0,21	<0,05	4,1 ± 0,15
Кальций	Группа больных	4,2 ± 0,81	>0,05	5,2 ± 0,61
	мужчины	4,3 ± 0,41	>0,05	4,7 ± 0,32
Хлориды	женщины	4,1 ± 0,32	<0,05	5,5 ± 0,48
	Группа больных	116 ± 8,2	>0,05	107 ± 6,5
Хлориды	мужчины	108 ± 7,4	>0,05	110 ± 9,8
	женщины	118 ± 4,5	<0,05	104 ± 4,3

содержание натрия по сравнению с контрольной группой не изменялось как у больных всей группы так и, в частности, у мужчин и у женщин. В противоположность этому концентрация калия в сыворотке крови повышалась у женщин, мужчин и у всей группы больных язвенной болезнью с сопутствующим холециститом. Следует отметить, что содержание кальция у женщин с комбинированной патологией снижалось. По-видимому, это связано с понижением его резорбции при усложнении патологии пищеварительного аппарата. Содержание хлоридов, наоборот, у женщин с язвенной болезнью, осложненной хроническим холециститом, повышалось.

Результаты проведенных исследований отражают лишь некоторые стороны обмена указанных электролитов, тем не менее они расширяют наши представления о патогенезе сочетанных поражений органов пищеварения и должны учитываться при назначении лечения.

УДК 616.33—002.44.361—003.725

**Показатели серотонина и кининовой системы крови при язвенной болезни, осложненной заболеваниями желчевыводящих путей**

*А. Д. Визир, Т. А. Сулима, И. В. Степанова.* Запорожский медицинский институт

По данным современной литературы, в развитии воспалительных реакций значительная роль принадлежит биологически активным веществам, в частности серотонину и брадикинину. Эти

вещества принимают участие в формировании основных симптомов воспаления — гиперемии, увеличении проницаемости сосудистой стенки, процесса экссудации, отека [53, 66].

При заболеваниях печени и желчевыводящих путей воспалительного характера обмен этих веществ изучен недостаточно. М. Д. Подильгак с соавторами указывают на увеличение содержания серотонина в ткани желчного пузыря при различных формах холецистита [39]. Результаты исследования уровня серотонина в крови при этих заболеваниях неоднородны. Проведенные исследования свидетельствуют о снижении уровня кининогена и калликреиногена плазмы крови при заболеваниях печени [37]. Во многих случаях снижение калликреиногена было более чувствительным тестом, чем другие функциональные печеночные пробы. Указанные изменения в кининовой системе крови рассматриваются авторами как следствие ослабления белковосинтетической функции печени.

Под нашим наблюдением находилось 240 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, у 43 из них диагностирован сопутствующий холецистоангиохолит.

Симптомы сопутствующего холецистоангиохолита отмечались наряду с признаками рецидива язвенной болезни. У большинства пациентов проявления сопутствующего заболевания были четко выражены, иногда преобладали и подтверждались данными лабораторных методов исследования (лейкоцитоз и увеличенная СОЭ, воспалительные элементы в дуоденальном содержимом, изменения показателей функционального состояния печени).

Содержание серотонина и кининогена крови изучалось биологическим методом, суммарная эстеразная активность сыворотки крови (БАЭЭ) — спектрофотометрическим.

Уровень серотонина в крови у больных с сопутствующим холецистоангиохолитом ( $0,060 \pm 0,010$  мкг/мл) несколько превышал норму ( $0,052 \pm 0,006$  мкг/мл,  $P < 0,05$ ) и был достоверно выше, чем у лиц с неосложненной язвенной болезнью ( $0,017 \pm 0,003$  мкг/мл,  $P < 0,001$ ). Таким образом, различия в содержании серотонина в крови у больных обеих групп были существенными. Это позволяет предположить, что сопутствующие заболевания желчевыводящих путей воспалительного характера оказывают влияние на уровень амина в крови при язвенной болезни.

При исследовании желудочного сока у больных с сопутствующим холецистоангиохолитом определились, как правило, низкие показатели кислотности, дебит-часа свободной соляной кислоты, кислого компонента секреции. Отмечалось преобладание щелочного компонента как в базальном (73%), так и в стимулированном (71%) секрете.

У больных с неосложненной формой язвенной болезни при повышенной кислотности содержание серотонина в крови было наиболее низким ( $0,009 \pm 0,001$  мкг/мл,  $P < 0,001$ ). Наряду с повышенной кислотностью наблюдалось увеличение кислого компонента секреции, дебита свободной соляной кислоты желудочного сока. Объем и процент щелочного компонента были значительно снижены как в базальном (52%), так и в стимулированном (44%) секрете.

Полученные данные могут служить подтверждением экспериментальных исследований, обнаруживающих антагонизм серотонина и соляной кислоты. Механизм влияния серотонина на показатели секреции связан, очевидно, со свойством усиливать щелочную секрецию желудка, в результате чего снижаются показатели кислотности.

С этой точки зрения серотонин может рассматриваться как фактор, повышающий устойчивость слизистой оболочки желудка к действию кислоты и пепсина.

Изучение компонентов кининовой системы крови показало, что у лиц с сопутствующим холецистоангиохолитом содержание кининогена было низким, что свидетельствует об усиленном высвобождении активного брадикинина. В среднем уровень кининогена составил  $0,55 \pm 0,05$  мкг/мл, что достоверно ниже по сравнению с содержанием его как у здоровых лиц ( $2,60 \pm 0,15$  мкг/мл,  $P < < 0,001$ ), так и у больных с неосложненной язвенной болезнью ( $1,24 \pm 0,14$  мкг/мл,  $P < 0,001$ ).

При неосложненной язвенной болезни содержание кининогена было наиболее высоким у лиц с повышенной секреторной функцией желудка ( $1,33 \pm 0,23$  мкг/мл). Это может быть проявлением минимальной активации кининовой системы крови у больных данной группы по сравнению с лицами, у которых была сохранена или снижена секреторная функция желудка.

При изучении взаимосвязи уровня кининогена плазмы крови и щелочного компонента желудочного сока методом корреляции выявлена обратная зависимость между этими показателями, статистически достоверная в большинстве случаев.

Полученные результаты позволяют предположить, что брадикинин оказывает влияние на секреторную функцию желудка, усиливая щелочную секрецию. Эти данные соответствуют результатам экспериментальных исследований, согласно которым брадикинин усиливает желудочную секрецию с одновременным повышением рН желудочного сока.

Суммарная БАЭЭ, отражающая активность ферментов, способствующих образованию брадикинина, была выше ( $39,15 \pm 3,65$  КЕ), чем у здоровых лиц ( $30,45 \pm 1,90$  КЕ).

При сравнении показателей БАЭЭ у лиц обеих групп была отмечена более низкая ее активность при осложненной язвенной болезни. Возможно, что это снижение является биологической защитной мерой, предохраняющей от истощения кининовую систему крови при условии пониженного содержания кининогена.

Таким образом, проведенные исследования выявляют некоторые особенности обмена серотонина и состояния кининовой системы крови у больных язвенной болезнью, осложненной холецистоангиохолитом.

Полученные данные клинических наблюдений в какой-то мере могут служить подтверждением участия серотонина и брадикинина в воспалительных реакциях.

УДК 616.33—002. + 616.33—002 41] 8—008—05

### **Динамика личностных особенностей больных язвенной болезнью и хроническим гастритом в процессе стационарного лечения**

*М. М. Нагорный.* Днепропетровский НИИ гастроэнтерологии

При гастро-дуоденальных заболеваниях наблюдается нарушение высшей нервной деятельности. Мы изучили личностные особенности больных язвенной болезнью и хроническим гастритом в динамике в процессе стационарного лечения с помощью адаптированного варианта многофазного личностного теста (МЛТ). В литературе мы нашли единичные работы, отражающие лишь статику некоторых личностных особенностей при этих заболеваниях [8, 17, 23].

Под нашим наблюдением находилось 164 больных, из них у 64 диагностирована язвенная болезнь с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, у 100 — хронический гастрит. У всех пациентов проведено рентгенологическое и эндоскопическое исследование как при поступлении в стационар, так и после курса лечения.

Длительность заболевания язвенной болезнью составляла от полугода до 23 лет, хроническим гастритом — от 1 года до 29 лет. Возраст больных язвенной болезнью колебался от 20 до 52 лет, хроническим гастритом — от 22 до 59 лет.

У 47 больных язвенной болезнью, по данным максимальной секреции желудка на введение гистамина, кислотообразующая функция была повышена, у 15 — нормальная, у 2 — понижена. Гипокинетический тип моторики желудка по данным электрогастрограммы (ЭГГ) отмечен у 24 человек, гипокинетический — у 25, нормокинетический — у 15. При хроническом гастрите се-

Буглак Н. П., Сегалов В. М., Кулинич М. И., Бутылин Л. П. Функциональное состояние печени у больных с постгастрорезекционными синдромами	53
Кузнецов В. Г., Гравировская Н. Г., Бородин В. Г. Рентгенологическое исследование сократительной функции желчного пузыря при синдроме приводящей петли и демпинг-синдроме	56
Бондаренко Н. М. Морфологические изменения в ткани печени при экспериментальном остром холецистите и после холецистэктомии	58
Ковалев М. М., Шевченко В. С., Гятос Д. В., Арихьянц М. С. О нарушении секреторной и моторно-эвакуаторной функций желудка и двенадцатиперстной кишки у больных острым холециститом после холецистэктомии	61
Шелекетина И. И. Патогенетическое значение изменения состава фосфолипидов в желчи при биллярной недостаточности	64
Губергриц Е. А., Архипова А. И. Ферментативная активность печени у больных хроническим колитом	66
Селезнева С. И., Луковская О. Л. Внешнесекреторная функция печени у больных хроническим энтероколитом	69
Сердюк Д. В. Оценка антитоксической функции печени по данным бромсульфалеиновой пробы у больных с химическими ожогами пищевода	71
Арделян В. Н., Крышень В. П., Закопка В. М., Невельштейн Б. А., Яровая А. З. Изменение функциональной деятельности печени при эфирной нитоксикации	74
Крекнин А. Ф., Троцан Л. К. Состояние поджелудочной железы при некоторых заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки и после операции на этих органах	77
Губергриц А. Я. Компенсаторная функция внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы у больных хроническим гастритом и язвенной болезнью с секреторной недостаточностью	81
Мельниченко Л. Я., Богданович Е. А. Влияние секретина и раствора соляной кислоты на уровень сахара и амилазы в крови	83
Чебыкина Н. В. Функциональное состояние панкреато-биллярной системы при хроническом энтероколите	86
Давидич Л. Н. Внешнесекреторная функция поджелудочной железы у больных хроническим энтероколитом	90
Пругло Ю. В., Сливак В. П. Сравнительное изучение морфологического состояния печени и поджелудочной железы при язвенной болезни и пептической язве анастомоза	93
Крышень П. Ф., Пругло Ю. В. Патологическая морфология печени и поджелудочной железы при синдроме приводящей петли и демпинг-синдроме	96
Евтушенко В. П. Особенности содержания некоторых электролитов сыворотки крови у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, сочетающейся с хроническим холециститом	102
Визир А. Д., Сулима Т. А., Степанова И. В. Показатели серотонина и кининовой системы крови при язвенной болезни, осложненной заболеваниями желчевыводящих путей	103
Нагорный М. М. Динамика личностных особенностей больных язвенной болезнью и хроническим гастритом в процессе стационарного лечения	106
Илларионов Ю. А., Педоренко Г. И. О взаимоотношении процессов возбуждения и торможения по данным альфа-индекса в центральной нервной системе при гастро-дуоденальной патологии	108
Дмитриев А. И. О роли пищи в возникновении патологии желудочно-кишечного тракта	110