

616-3 (061)

ISSN 0367-5203

Г 22

# ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

*Республиканский  
межведомственный сборник*

Издается с 1969 года

Выпуск 18

304425

ОБРАТНЫЙ  
304425



2

Киев «Здоров'я» 1986

Киевский  
Медицинский  
Университет  
513

В сборнике научных трудов рассмотрены вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкой и толстой кишки. Особое внимание уделено передовому опыту лечебно-профилактического обслуживания больных, их диспансеризации и реабилитации.

Для научных работников, организаторов здравоохранения, врачей-гастроэнтерологов.

Редакционная коллегия при Днепропетровском научно-исследовательском институте гастроэнтерологии:

*В. И. Архипенко, И. С. Белый, Г. И. Бурчинский (зам. отв. редактора), Э. Н. Галенко (отв. секретарь), А. Я. Губергриц, Н. Ф. Дейнеко, П. А. Канищев, А. О. Косенко, П. Ф. Крышень (отв. редактор), Н. В. Лукаш, Е. Н. Панасюк, И. С. Петрова, Ю. И. Рафес, В. П. Спивак, П. С. Фецишин.*

Адрес редколлегии: 320037, г. Днепропетровск, проспект Правды, 96, Днепропетровский НИИ гастроэнтерологии, тел.: 27-59-16.

Рецензенты проф. А. П. ПЕЛЕЩУК, канд. мед. наук  
А. И. СМІКОДУБ

## Применение $\Sigma$ -аминокапроновой кислоты при хроническом энтероколите

А. Д. Визир, С. В. Поливода. Запорожский медицинский институт

Вопросы раннего распознавания хронического энтероколита — одного из наиболее распространенных заболеваний пищеварительной системы — и эффективности его лечения продолжают оставаться актуальными.

Состояние кининовой системы крови при хроническом энтероколите еще недостаточно изучено. Известно, что кинины вызывают гиперемию, боль, повышение сосудистой проницаемости, влияют на всасывание и моторную функцию тонкой и толстой кишок.

В связи с этим мы поставили перед собой задачу исследовать динамику кининовой системы крови у больных хроническим энтероколитом в процессе лечения  $\Sigma$ -аминокапроновой кислотой. Под наблюдением находились 62 больных хроническим энтероколитом. Диагноз заболевания ставили на основании клинических и лабораторных данных, результатов ректороманоскопии, копрологиче-ских и рентгенологических исследований.

Об активности кининовой системы судили по содержанию в крови кининогена, прекалликреина, калликреина, кининазы-1 (карбоксипептидазы),  $\alpha_2$ -макроглобулина и общей БАЭЭ-эстеразной активности. У здоровых лиц (28 человек) эти показатели были следующими: кининоген —  $(2,6 \cdot 10^{-3} \pm 0,16 \cdot 10^{-3})$  г/л; прекалликреин —  $(541,8 \pm 28,9)$  ед/л; калликреин —  $(36,4 \pm 6,1)$  ед/л; кининаза —  $(302,6 \pm 6,2)$  нмоль ГК/мин·мл;  $\alpha_2$ -макроглобулин —  $(4,55 \cdot 10^{-3} \pm 0,19 \cdot 10^{-3})$  ИЕ/л; общая БАЭЭ-эстеразная активность сыворотки крови —  $(30,45 \pm 1,9)$  КЕ.

Анализ полученных результатов показал, что при хроническом энтероколите в период обострения происходит значительная активация кининовой системы крови, выражающаяся снижением содержания кининогена до  $(0,68 \cdot 10^{-3} \pm 0,02 \cdot 10^{-3})$  г/л, прекалликреина — до  $(328,9 \pm 21,2)$  ед/л;  $\alpha_2$ -макроглобулина — до  $(1,41 \cdot 10^{-3} \pm 0,26 \cdot 10^{-3})$  ИЕ/л и повышением уровня калликреина до  $(194,76 \pm 12,41)$  ед/л, кининазной и БАЭЭ-эстеразной активности соответственно до  $(496,8 \pm 17,2)$  нмоль ГК/мин·мл и  $(48,3 \pm \pm 2,9)$  КЕ. Проведено сравнение показателей компонентов кининовой системы у больных и здоровых ( $P < 0,001$ ).

Исходя из полученных нами данных, можно предположить, что нарушение обмена кининов является одним из звеньев патогенеза хронического энтероколита, а активация этой системы — показателем обострения заболевания.

В комплекс терапии мы включили ингибитор калликреина —  $\Sigma$ -аминокапроновую кислоту. Вводили 5 % раствор препарата

эндоректально капельно по 100 мл, на курс лечения назначали 6—7 процедур.

Все больные были распределены на 2 группы: 1-ю группу составили 28 больных, в комплекс лечения которых входило орошение кишок  $\Sigma$ -аминокапроновой кислотой; 2-ю группу — 34 больных, которым антикининовые препараты не назначались.

После проведенного лечения активность кининовой системы крови у всех больных достоверно снизилась, хотя ее показатели и не достигли контрольного уровня. Так, повысилось содержание кининогена у больных 1-й и 2-й групп: соответственно  $(1,93 \cdot 10^{-3} \pm 0,03 \cdot 10^{-3})$  г/л и  $(1,17 \cdot 10^{-3} \pm 0,1 \cdot 10^{-3})$  г/л; прекалликреин —  $(483,3 \pm 29,4)$  ед/л и  $(421,4 \pm 32,6)$  ед/л;  $\alpha_2$ -макроглобулин —  $(3,17 \cdot 10^{-3} \pm 0,16 \cdot 10^{-3})$  ИЕ/л и  $(2,86 \cdot 10^{-3} \pm 0,23 \cdot 10^{-3})$  ИЕ/л. Уровень калликреина снизился и достиг:  $(86,47 \pm 11,26)$  ед/л и  $(133,56 \pm 12,32)$  ед/л. Достоверно снизилась кининазная активность:  $(368,6 \pm 20,3)$  нмоль ГК/мин·мл и  $(418,1 \pm 11,3)$  нмольГК/мин·мл; БАЭЭ-эстеразная активность у больных 1-й группы снизилась и составила  $(39,8 \pm 2,6)$  КЕ, у больных 2-й группы существенно не изменилась:  $(42 - 32 \pm 3,1)$  КЕ.

Следует отметить, что динамика изменений содержания компонентов кининовой системы у больных 1-й группы была более выражена, чем у больных 2-й группы. Выявлены достоверные различия в показателях изучаемых компонентов у больных этих групп.

К концу лечения у всех больных под влиянием комплексной терапии наблюдалось клиническое улучшение. Оно выражалось в уменьшении или исчезновении болевого синдрома, вздутия живота и урчания, исчезновении диспепсических явлений, нормализации стула. Положительная динамика была более отчетливо выражена и наблюдалась на 5—6 дней раньше у больных 1-й, чем у больных 2-й группы.

Проведенные нами исследования показали, что включение в комплексную терапию больных хроническим энтероколитом  $\Sigma$ -аминокапроновой кислоты существенно влияет на обмен кининов, снижает активность кининовой системы крови, обеспечивает благоприятные терапевтические результаты и может быть рекомендовано как один из видов патогенетического лечения.

Поступила в редколлегию 19.11.84

<i>Визир А. Д., Поливода С. В.</i> Применение $\Sigma$ -аминокапроновой кислоты при хроническом энтероколите . . . . .	93
<i>Нейко В. Е., Нейко Е. М., Скробач Н. В.</i> Применение этимизола и феникаберана в комплексном лечении больных вторичным колитом . . . . .	95
<i>Петий С. И.</i> Опыт лечения больных болезнью Крона . . . . .	97
<i>Залевский В. И., Василевская И. В.</i> Применение диетических продуктов при лечении различных хронических заболеваний органов пищеварения, сопровождающихся запорами . . . . .	99

#### Организация лечебно-профилактической помощи населению

<i>Кривицкий А. А., Петречук Л. Н., Сиротенко А. С., Коврова А. А., Левенец Г. Г., Ярош В. Н.</i> Комплекс обязательных диагностических исследований и объем лечебно-профилактической помощи при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в городских поликлиниках . . . . .	102
<i>Самсон Е. И.</i> Пути дальнейшего совершенствования реабилитационно-этапного лечения больных язвенной болезнью . . . . .	105
<i>Аверина Н. И., Щербак Н. А., Зырянова К. Э., Козырь В. И., Гарьковец С. И.</i> Особенности течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у работников промышленного предприятия . . . . .	107
<i>Чебыкина Н. В., Луковская О. Л.</i> К вопросу диспансеризации больных хроническим энтероколитом . . . . .	109