

(М $55,2 \pm 0,5\%$) в сыворотке крови. Изучение гепатоцитогрaмм у этих больных показало преобладание белковой дистрофии I ст. Таким образом, эта стадия заболевания отличается совпадением функциональных и морфологических изменений печени.

Для стадии обострения процесса, помимо продолжающегося увеличения уровня γ -глобулинов и уменьшения альбуминов, свойственно нарастание α -глобулинов, низкие показатели реакции Гринстеда, левый сдвиг ленты Вельтмана, т. е. грубые нарушения белкового состава крови как количественного, так и качественного порядка. Сравнение с гепатоцитогрaммами показало, что выраженная диспротеинемия соответствует столь же отчетливой белковой дистрофии клеток печени. Из 30 больных у 23 отмечена II ст. ее.

В фазе вспышки атеросклеротического процесса преобладали изменения в виде жировой инфильтрации гепатоцитов, одновременно определялась гиперхолестеринемия у всех обследованных больных. У $2/3$ больных обнаружены патологические изменения показателей пробы с галактозой (нарушение темпа выделения, повышение концентрации галактозы в моче). В фазе относительной ремиссии жировая инфильтрация гепатоцитов, значительно менее выраженная, как правило, сопровождалась нормальным уровнем холестерина крови. Таким образом, наибольший параллелизм наблюдался между диспротеинемией и белковой дистрофией клеток печени, гиперхолестеринемией и жировой инфильтрацией гепатоцитов. Первое характерно для гипохолестеринемии и второе — для атеросклероза. Отмеченные изменения следует учитывать при построении комплексной терапии и проведении профилактических мероприятий у больных атеросклерозом и хроническими легочными нагноениями.

ЛИТЕРАТУРА

Абрамов М. Г. Цитологическая диагностика методом пункции. М., Медгиз, 1948.

УДК 616—006.5—031.81—616.345

КОПРОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОЛИТА У БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ И ПОЛИПОЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Проф. А. М. Аминев, канд. мед. наук В. С. Крамарь, Е. Н. Каторкин

*Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав.— проф. А. М. Аминев) Куйбышевского
медицинского института*

Вопрос об этиологии и патогенезе полипов и полипоза толстой кишки не выяснен. В литературе нет единого мнения о роли воспалительных процессов в пищеварительном тракте и самой толстой кишке в генезе полипов.

Одним из сопутствующих заболеваний при полипах и полипозе толстой кишки является колит, диагностика которого основана на данных клинического обследования больного включая ректороманоскопическую картину конечного отрезка толстой кишки [4 и др.].

В доступной нам литературе нет работ, освещающих вопросы копрологической диагностики и направленности химических процессов в толстой кишке при полипозном поражении ее. Между тем известно, что при колитах изменяется кишечный химизм, в нем преобладают процессы либо брожения, либо гниения [3, 14 и др.].

Брожение и гниение, происходящие в толстой кишке, совершаются за счет микробов, населяющих конечные отделы тонкой и толстую кишку. Активизация жизнедеятельности бродильной микрофлоры связана с повышенным содержанием углеводов в толстой кишке. Чаще всего причиной этого служит воспалительный процесс в тонкой кишке, при котором вследствие ускоренной перистальтики углеводы не успевают полностью всосаться и частично попадают в толстую кишку. Конечными продуктами деятельности кишечной бродильной флоры являются органические кислоты, создающие кислую реакцию среды.

Процесс гниения в толстой кишке осуществляется анаэробными гнилостными бактериями. Усиление его, как правило, не связано с пищевыми белками, так как последние под действием протеолитических ферментов даже при усиленной перистальтике успевают расщепиться до аминокислот и всосаться в тонкой кишке. Аммиак, органические соединения и другие продукты разложения белка образуются при воздействии микробной флоры на белки, продуцируемые самой кишечной стенкой,— белки клеток и воспалительного экссудата, и придают среде щелочную реакцию [5].

В толстой кишке здорового человека оба процесса протекают с малой интенсивностью, примерно уравнивают друг друга, и реакция испражнений близка к нейтральной [12].

При возникновении патологического брожения или гниения образующиеся продукты могут рассматриваться как патогенетический фактор при колите, так как они раздражают слизистую оболочку толстой кишки и поддерживают воспаление. При

этом слизистая оболочка реагирует гиперсекрецией слизи и серозной жидкости, содержащей белок [8, 13].

Наиболее характерным признаком воспалительного процесса в толстой кишке, по мнению Л. Б. Берлина (1951), является обнаружение слизи и растворимых белков в испражнениях.

С целью копрологической характеристики колита при полипах и полипозе толстой кишки обследовано 157 больных (87 мужчин и 70 женщин в возрасте от 4 лет до 71 года), из которых у 42 были одиночные полипы, у 30 — групповые, у 70 — множественные, у 15 — диффузный полипоз толстой кишки, а также 70 практически здоровых лиц.

128 больных (81,5%) жаловались на патологические выделения из прямой кишки, причем у 90 из них (70,3%) были кровянистые выделения.

Вторым важным симптомом заболевания следует считать неприятные ощущения, которые беспокоили 103 больных (65,6%). Чаще всего это были боли внизу живота, в левой, реже в правой подвздошной и эпигастральной областях (у 86 больных, 83,5%).

Частым симптомом заболевания является нарушение функции кишечника, что обнаружено у 64 наших больных (40,7%). У 47 (73,4%) из них наблюдались поносы.

Качественное определение растворимого белка и муцина проведено по методике А. В. Вишнякова, основанной на применении реактивов, осаждающих белок. Преимуществом этой методики является возможность отдельного выявления муцина и белка. К 3% водной эмульсии испражнений прибавляли 20% раствор уксусной кислоты, осаждающей муцин, 5—6% водный раствор сулемы и 20% раствор трихлоруксусной кислоты, выявляющих белок. Содержание пробирок перемешивали и оставляли при комнатной температуре на сутки. По степени просветления жидкости над осадком по сравнению с контрольной пробиркой (прибавляется дистиллированная вода) оценивали пробу резко положительной (++++) , полное просветление), положительной (++) , слабая муть), слабо положительной (+), муть слабее, чем в контроле), сомнительной (+). В норме проба на муцин и растворимый белок в испражнениях отрицательная.

Таблица 1

Качественные реакции на муцин и растворимый белок в испражнениях ($M \pm m$)

Группа обследованных	Число обследованных	Реакция с уксусной кислотой	Реакция с сулемой	Реакция с трихлоруксусной кислотой
С одиночными полипами	42	$3,95 \pm 0,03$	$3,09 \pm 0,12$	$3,21 \pm 0,11$
С групповым полипозом	30	$3,87 \pm 0,10$	$2,93 \pm 0,16$	$3,23 \pm 0,16$
С множественным полипозом	70	$3,94 \pm 0,03$	$3,13 \pm 0,09$	$3,26 \pm 0,09$
С диффузным полипозом	15	4,00	$2,93 \pm 0,21$	$3,27 \pm 0,24$
Здоровые	70	—	—	—

У больных всех групп выявлена резко положительная реакция на муцин, что указывает на воспалительный процесс в толстой кишке. Реакция с раствором сулемы у большинства также значительно выражена. У всех больных определена резко положительная реакция с раствором трихлоруксусной кислоты, осаждающей белки.

Клиницисты, применяющие качественные реакции на муцин и растворимый белок в испражнениях при различных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, считают, что эти пробы позволяют судить о силе экссудации, то есть о наличии или отсутствии воспалительного процесса в толстой кишке [1, 6, 9, 11 и др.].

На основании исследования испражнений больных с полипами и полипозом толстой кишки можно сделать вывод о наличии у них колита. При этом достоверных различий в силе выраженности реакций в зависимости от групповой принадлежности больных не получено ($t < 3$).

Важную роль в диагностическом отношении играет исследование химических процессов, происходящих в толстой кишке при колите: посредством его определяется принадлежность последнего к бродильному или гнилостному.

О направленности кишечного химизма можно судить по активной реакции (рН) испражнений, являющейся результатом равновесия между кислотами и щелочами. Однако рН испражнений дает лишь общее, суммарное представление о химизме кишечного содержимого. Для более точного выявления характера изменений кислотного щелочного равновесия в толстой кишке пользуются определением количественного содержания органических кислот и аммиака как конечных продуктов процесса брожения и гниения. Большинство клиницистов считает этот метод ценным способом наблюдения за химизмом кишечника. Довольно верным критерием деятельности бродильной

флоры является значительное содержание органических кислот, а верным признаком нарастания гнилостных процессов в толстой кишке — наличие в испражнениях повышенного количества аммиака [10, 14, 15].

Активная реакция испражнений у обследованных определялась колориметрическим способом с помощью аппарата макро-Михаэлис, органические кислоты и аммиак — методом Ру — Гуаффона в модификации Б. Е. Вотчала.

Содержание аммиака в 10 г испражнений в норме при смешанном питании равно 2—4 усл. ед., органических кислот — 14—16 усл. ед. Реакция испражнений нейтральная или слабо щелочная.

Таблица 2

Химизм кишечного содержимого у больных и в контрольной группе ($M \pm m$)

Группа обследованных	Число обследованных	pH	Органические кислоты	Аммиак
С одиночными полипами	42	$6,37 \pm 0,03$	$28,61 \pm 1,31$	$2,68 \pm 0,26$
С групповым полипозом	30	$6,33 \pm 0,04$	$27,57 \pm 1,68$	$3,25 \pm 0,44$
С множественным полипозом	70	$6,29 \pm 0,03$	$29,33 \pm 1,05$	$3,08 \pm 0,17$
С диффузным полипозом	15	$6,36 \pm 0,06$	$29,65 \pm 2,81$	$3,25 \pm 0,35$
Здоровые	70	$7,41 \pm 0,06$	$15,63 \pm 0,12$	$2,74 \pm 0,05$

У больных всех групп реакция испражнений кислая. Статистическая обработка полученных сведений дает достоверный сдвиг ($t > 3$) кислотно-щелочного равновесия в кислую сторону у больных с полипами и полипозом толстой кишки по сравнению с данными pH у здоровых. Исследование испражнений больных на количественное содержание органических кислот показало статистически достоверное увеличение его по сравнению с результатами у здоровых. Достоверных различий в количестве органических кислот в зависимости от групповой принадлежности больных не отмечено. Количественное определение содержания аммиака у больных и в контрольной группе не выявило статистически достоверного различия.

Таким образом, у больных с полипами и полипозом толстой кишки преобладают процессы брожения, что проявляется кислой реакцией испражнений и повышенным содержанием органических кислот при нормальном количестве аммиака.

С целью изучения возможной связи между реакцией испражнений, содержанием в них органических кислот и аммиака и функциональным состоянием толстой кишки произведено исследование показателей химизма у больных с нормальным и нарушенным стулом в сравнении с данными у практически здоровых людей.

Из 157 обследованных больных у 91 функция кишечника не была нарушена, 47 страдали поносами. Запоры или наклонность к ним отмечены у 7 больных, у 10 стул неустойчивый (смена нормального поносом). У 2 больных с подвздошными анусами после оперативного лечения полипоза толстой кишки клинически степень нарушения функции кишечника оценить было затруднительно. Достоверной зависимости показателей кишечного химизма от состояния функции толстой кишки не найдено.

Сопоставляя данные клинического и копрологического исследования больных, можно говорить о наличии бродильного колита в стадии клинической компенсации у 91 больного с нормальным стулом и в стадии декомпенсации — у 64 больных с нарушенным стулом, причем бродильная диаррея выявлена у 47 из них.

ВЫВОДЫ

1. Качественные реакции на присутствие в испражнениях больных с полипами и полипозом толстой кишки муцина и растворимого белка указывают на наличие колита.

2. Определение активной реакции испражнений и количественного содержания органических кислот и аммиака выявляет усиление процесса брожения.

3. Сопоставление данных клинического и копрологического обследования больных с полипами и полипозом толстой кишки показало наличие бродильного колита в стадии клинической компенсации у 58,7% больных и бродильного колита в стадии декомпенсации — у 41,3%.

4. У большинства (73,4%) больных с бродильным колитом в стадии декомпенсации имеется бродильная диаррея.

5. Статистически достоверных различий pH, содержания органических кислот и аммиака, качественных реакций на муцин и белок в испражнениях больных с полипами и полипозом толстой кишки в зависимости от групповой принадлежности и степени нарушения функции толстой кишки не обнаружено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев-Беркман И. А. Клин. мед., 1943, 7—8.—2. Берлин Л. Б. Хронические колиты. Медгиз, М., 1951.—3. Берлин Л. Б., Левин Б. С. Тр. клиники лечеб. питания НКЗ СССР, 1940.—4. Брайцев В. Р. Заболевания прямой кишки. Медгиз, М., 1952.—5. Буткевич В. С. Аммиак как продукт превращения белковых веществ плесневыми грибами и условия его образования. М., 1916.—6. Бушкова Р. К. В кн.: Вопросы патологии кишечника и желудка. Смоленск, 1966.—7. Вихерт М. И., Смотров В. Н. Колиты. Медгиз, М.—Л., 1928.—8. Вихерт М. И., Смотров В. Н. и Розанова М. Д. Врач. дело, 1927, 18.—9. Вишняков А. В. Сов. мед. 1940, 7.—10. Вотчал Б. Е. Тер. арх., 1932, 3.—11. Зейтленок Н. А. Сов. мед., 1950, 4.—12. Михайлова Н. Д. Пособие по копрологическим исследованиям. Медгиз, М., 1962.—13. Певзнер М. И. и Линденбратен Д. Я. Тр. II Всеукр. съезда терапевтов. Одесса, 1928.—14. Пинес А. В. Врач. дело, 1940, 2.—15. Фролькис А. В. Функциональные взаимосвязи кишечника и желудка. Медицина, М., 1964.

УДК 616.428—002.5—611.95—616—073.75

О СОПРЯЖЕННЫХ НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ МЕЗОАДЕНИТЕ ПО КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ДАННЫМ

А. П. Качаева

Кафедра госпитальной терапии (зав.—проф. К. А. Маянская) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова на базе 1-й горбольницы г. Казани (главврач — З. А. Синявская)

В связи с полиморфизмом абдоминального болевого синдрома туберкулезный мезоаденит относится к труднодиагностируемым заболеваниям. Нередко он протекает под «маской» хронического аппендицита и других заболеваний органов брюшной полости. Причиной разнообразных пищеварительных расстройств, сопровождающих туберкулезный мезоаденит, являются сочетанные нарушения функции различных органов пищеварения.

Мы изучали состояния тонуса и двигательной функции тонкой и толстой кишки у 58 больных, страдающих специфическим мезоаденитом. У всех больных были положительные результаты специфических проб.

Рентгенологическое исследование пищеварительного тракта обнаруживало характерный для мезоаденита так называемый симптом «пустоты» по ходу расположения петель тонкой кишки с нависанием отдельных петель над «пустотой», смещение увеличенных лимфоузлов вместе с петлями тонкой кишки. У 14 больных мезентериальные лимфоузлы были обызвестлены. Все больные жаловались на боль в брюшной полости разной интенсивности (от непостоянных ноющих до весьма сильных, порой схваткообразных) и локализации. У подавляющего большинства больных не удавалось проследить связи болей с приемами пищи. Многие больные жаловались на плохой аппетит, неприятные ощущения во рту, периодическую тошноту. У всех больных отмечался выраженный метеоризм, у 21 — упорные запоры, у 29 — неустойчивый стул со склонностью к запорам, у 8 — чередование запоров и поносов. 11 больных в течение различного времени трактовались как страдающие колитом.

Мы различали гипертоническую — гиперкинетическую дискинезию тонкой кишки, характеризующуюся повышенным тонусом и усиленной перистальтической активностью с ускоренным продвижением содержимого; спастическую аритмическую дискинезию с множественными спазмированными участками по ходу кишечника и неравномерным распределением содержимого в петлях тонкой кишки; атонически-спастическую дискинезию с атонией и дилатацией отдельных петель и застоем в них содержимого на фоне регионарных спазмов и нередко илеоостаза.

Дискинетические расстройства толстой кишки характеризуются гипертонусом, нередко со спастическими явлениями по ходу всего кишечника или его дистальных отделов. Смешанный или атонически-спастический тип дискинезии отличается гипотонией или атонией слепой и восходящей ободочной кишки на фоне гипертонуса или спазма дистальных отделов.

У всех больных туберкулезным мезоаденитом констатированы более или менее глубокие нарушения тонуса и двигательной функции тонкой кишки. Наиболее выраженные функциональные расстройства — атонически-спастическая дискинезия тонкой кишки — наблюдались при локализации процесса в илеоцекальной области, обладающей, как известно, высокой рефлексогенной активностью, а также при распространении процесса соответственно всей линии Штерберга с вовлечением в процесс и лимфоузлов илеоцекальной группы.

Дискинетические расстройства толстой кишки были обнаружены у 53 из 58 больных туберкулезным мезоаденитом: у 10 вся толстая кишка была в состоянии гипер-