

## 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 (главрач — 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 илеостаза.

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-

тонуса, просвет кишки узкий, неравномерный, гаустрация глубокая, аритмичная, эвакуация содержимого замедленная — до 72 часов и более; у 12 установлен спастический дистальный тип дискинезии, характеризующийся спастическими явлениями, иногда до симптома «шнура» по ходу дистальных отделов толстой кишки при относительно нормальном тоне проксимальных отделов; у 31 определялся атоническо-спастический тип дискинезии с гипотонией или атонией слепой и восходящей ободочной кишки, нередко с явлениями цекального стаза на фоне гипертонуса или спазма дистальных отделов толстой кишки. Последний вид дискинезии проявлялся более замедленной эвакуацией кишечного содержимого по сравнению с двумя предыдущими.

Дискинетические расстройства тонкой и толстой кишки отсутствовали или были незначительными при легком течении и небольшой протяженности основного процесса. Спастическая аритмическая дискинезия тонкой и спастическая дистальная дискинезия толстой кишки отмечались у больных в активной фазе заболевания с обширными поражениями мезентериальных лимфоузлов.

Дискинетические расстройства различных отделов кишечника у больных мезоаденитом имели сочетанный характер. Так, при спастической или атоническо-спастической дискинезии тонкой кишки с большой закономерностью наблюдается спастическая или атоническо-спастическая дискинезия толстой кишки.

Наиболее выраженные дискинетические расстройства кишечника возникают при вовлечении в процесс лимфоузлов илеоцекальной области, являющейся одним из «узловых пунктов» брюшной полости с высокой рефлексогенной активностью.

Функциональные нарушения тонуса и двигательной функции кишечника обуславливают вариативность клинической картины специфического мезоаденита. Замедленное опорожнение кишечного содержимого, нередко с илеостазом или цекальным стазом, приводят к запорам, столь часто сопутствующим заболеванию туберкулезным мезоаденитом. Упорные запоры ведут к развитию бродильно-гнилостных процессов в кишечнике с явлениями метеоризма и способствуют с течением времени развитию воспалительных изменений. Боли при регионарном спазме терминального отрезка подвздошной кишки или в результате спазма сфинктеров слепой и восходящей ободочной кишки нередко симулируют аппендицит.

При оценке клинической картины туберкулезного мезоаденита следует учитывать сопряженные функциональные двигательные расстройства тонкой и толстой кишки.

Комплекс терапевтических мероприятий при туберкулезном мезоадените должен включать средства, направленные на нормализацию тонуса и моторики кишечника.

УДК 616.366—002—616.37—008.6—616—053.2

## ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХОЛЕЦИСТОПАТИЯХ У ДЕТЕЙ

Р. А. Закирова

*Кафедра детских болезней (зав.— проф. Ю. В. Макаров) и ЦНИЛ (зав.— канд. биол. наук Н. П. Зеленкова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей у детей наблюдаются довольно часто.

В ряде работ указывается, что при заболеваниях желчевыводящих путей в патологический процесс вовлекается поджелудочная железа с развитием морфологических изменений в ней. Мнение же большинства исследователей склоняется в пользу функциональных изменений в поджелудочной железе.

И. Н. Осиповым (1952) было установлено, что при хронических заболеваниях желчевыводящих путей изменяется состояние всей гастро-дуоденально-панкреатической системы. Л. Н. Лаврентьева (1963) отмечает, что длительное заболевание холециститом повышает возможность поражения поджелудочной железы. Частота поражения поджелудочной железы при холециститах по данным разных авторов колеблется в пределах 15—90%.

И. Д. Асс (1961), А. Н. Кожемяка (1961), А. С. Костин, И. М. Путницкая (1961), З. И. Кузнецова (1949), Н. Г. Плотникова (1963) отметили снижение ферментативной активности поджелудочной железы при хроническом холецистите у детей.

До сих пор нет единого мнения о характере и степени нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы при заболеваниях желчевыводящих путей. Так, Н. Г. Потапова (1963) отмечает при болезнях печени и желчного пузыря снижение активности диастазы чаще, чем активности липазы и трипсина. По наблюдениям Я. С. Циммермана (1959, 1960), Н. Г. Плотниковой (1963), И. Т. Абасова (1965), снижается липолитическая функция поджелудочной железы, а по данным Л. И. Лаврентьева (1963), Н. А. Бирга (1963), К. Г. Пикулиной (1964), страдает в основном триптическая функция. Неясен вопрос о сроках вовлечения в процесс поджелудочной железы.