

железы выявлена у 9 больных, ультрапарадоксальная — у одного. Таким образом, у половины больных язвенной болезнью отмечена утрата дифференцированных ответных реакций слюнной железы.

В процессе лечения слюнные железы вновь обретают способность дифференцированно отвечать на раздражители разной силы, что может служить, при учете других показателей, комплексного обследования больного, критерием стихания или ликвидации патологического процесса.

В группе больных гастритами у 11 отмечена утрата количественных дифференцированных ответных реакций слюнной железы в зависимости от силы раздражителя. Латентный период был удлиннен у 13 больных. Утрата дифференцировки в латентности отмечена у 20 больных. У 8 больных определена парадоксальная секреция слюнной железы, у одного — ультрапарадоксальная. Таким образом, у больных гастритами слюнная железа также утрачивает тонкую приспособляемость к пищевым раздражителям.

Тяжелое течение патологического процесса в желудке сопровождается ярко выраженными изменениями секреции околоушной слюнной железы.

Итак, изучение секреторной деятельности слюнных желез методом дозированных раздражений рецепторов полости рта может дать представление о тяжести заболевания и его прогнозе.

УДК 616. 33-002-615. 834

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КРАСНОУСОЛЬСКОМ КУРОРТЕ НА МОТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДКА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

М. Н. Фридман

Госпитальная терапевтическая клиника (зав.— проф. З. Ш. Загидуллин)
Башкирского медицинского института

Изучение моторной функции желудка способствует более глубокому пониманию некоторых особенностей клинической картины хронического гастрита и позволяет судить об успешности лечения этого заболевания.

С целью установления эффективности комплексного лечения больных хроническим гастритом на Красноустьском курорте мы провели клинико-лабораторные исследования 100 больных, из них у 72 проводилась электрогастрография (ЭГГ), отражающая перистальтическую деятельность желудка.

ЭГГ записывалась по методу М. А. Собакина аппаратом ЭГС-3 до и после лечения, с калибровкой 0,2, 0,5, 1 мв, через 20 мин. после хлебного завтрака, в течение 30—40 мин. Всего нами сделано 186 ЭГГ.

Мужчин было 59, женщин — 41. В возрасте до 30 лет было 6 больных, от 31 до 50 лет — 85 и старше — 9.

Давность заболевания до года была у 5 больных, до 3 лет — у 11, до 5 лет — у 23, до 10 лет — у 31 и более — у 30.

Помимо гастрита, у 8 больных был хронический холецистит, у 8 — хронический колит, у 10 — гастроптоз, у 4 — рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, у 2 — оперированный желудок, у 14 — полиартрит, у 12 — радикулит, у 9 — неврастения, у 7 — аднексит.

В результате комплексного лечения у большинства больных исчезли боли, диспепсические явления, плохой аппетит, раздражительность.

Кривая ЭГГ с высотой зубцов и амплитудой ниже 0,2—0,25 мв нами трактовалась как гипокINETическая, 0,3—0,4 мв — нормокINETическая и выше 0,4 мв — гиперкINETическая.

При гиперкINETической кривой ЭГГ нарушался правильный ритм сокращений, количество их было более 3 в мин., высота зубцов доходила у некоторых до 0,8—1 мв.

До начала лечения нормокINETический тип ЭГГ был у 22 больных, гипокINETический — у 36, гиперкINETический — у 42.

Курортное лечение способствовало нормализации моторики желудка у 70% больных, у 7% она осталась пониженной, у 23% — повышенной. Повышение или понижение моторной функции желудка не всегда сочетается с повышением или понижением секреции и кислотности. Следует отметить, что повышение моторной функции желудка оставалось в основном у тех больных, у которых, помимо гастрита, были хронический холецистит, хронический колит, компенсированный гастроптоз,

рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки (перидуоденит) и невращения. У большинства больных вид кривой оставался прежний, менялись в основном высота зубцов, амплитуда. Нормализация моторной функции желудка совпадает с нормализацией секреторной деятельности и улучшением субъективного и объективного состояния больных.

У 14 больных хроническим гастритом проводилась запись ЭГГ после предварительного однократного приема минеральной воды источника № 11 Красноусольского курорта. Установлено, что и однократный прием минеральной воды способствует некоторой нормализации моторной функции желудка. При гипокINETических состояниях выявляется повышение моторной деятельности желудка после приема натошак минеральной воды за 15 или 30 мин. до исследования, при гиперкинетических — тенденция к нормализации кривой после приема воды за 1,5 часа в подогретом виде. Это подтверждает эффективность минеральной воды источника № 11 и ее действие не только на желудочную секрецию, но и на моторику желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Красильников Л. Г. Сов. мед., 1960, 3.—2. Красильников Л. Г. и Фишзон-Рысс Ю. И. Тер. арх., 1963, 8.—3. Левин Л. Г. и Белоусов А. С. Клин. мед., 1963, 7.—4. Масевич Ц. Г., Туголуков В. Н. Тер. арх., 1961, 12.—5. Собакин М. А. В кн.: Вопросы физиологии и патологии пищеварения. М., Медгиз, 1958.

УДК 616. 62—003. 7—612. 32

О НЕКОТОРЫХ НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Л. К. Байкалов и М. Н. Абрамов

(Курорт Трускавец)

Под нашим наблюдением находилось 85 мужчин и 45 женщин, больных мочекаменной болезнью при сохраненной функции почек и без сопутствующих воспалительных процессов.

В возрасте до 30 лет было 100 больных, от 31 до 50 лет — 18 и старше — 12.

Болеют до 2 лет — 38 чел., от 2 до 6 лет — 56 и свыше 6 лет — 36.

30% больных жаловались на изжогу, изменчивый аппетит, тяжесть и боли в подложечной области, метеоризм. К сожалению, на эти мало выраженные симптомы не обращали должного внимания ни больные, ни врачи.

Гиперацидное состояние кислотности желудочного сока было у 17, нормацидное — у 35, гипоацидное — у 35, ахилия — у 43 больных.

Эвакуация у большинства больных нефролитиазом была ускоренной.

Экскреторная функция, определявшаяся у 80 больных по времени выделения 1% нейтролрота после внутримышечной инъекции, оказалась ускоренной у 17 больных, нормальной — у 39 и замедленной — у 24.

В ферментативной активности желудочного сока и всасывании отклонений от нормы не обнаружено.

Рентгенологически у 43 больных выявлена сглаженность и атрофичность складок слизистой желудка, повышенное количество слизи натошак и усиленная перистальтическая деятельность, у 12 больных определялись грубые контуры складок, переходящие спазмы пилорического отдела и замедленная моторика желудка. У остальных больных нефролитиазом изменений рельефа слизистой желудка не зафиксировано.

На основании совокупности клинических и рентгенологических данных у 43 больных нефролитиазом диагностирован хронический гастрит (у 6 чел. — гиперацидный, у 5 — с сохраненной секрецией и у 32 — гипоацидный или анацидный), по поводу которого проводилось соответствующее лечение.

Следует отметить, что в группе больных со значительной давностью мочекаменной болезни различные нарушения функций желудка более распространены и отчетливее выражены, чем у недавно заболевших. При мочекислых диатезах и оксалатурии чаще наблюдаются гипоацидные состояния и ахилия, а при фосфатурии — нормальная или повышенная кислотность желудочного сока.