

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 оксалатрии чаще наблюдаются гипоацидные состояния и ахилия, а при фосфатурии — нормальная или повышенная кислотность желудочного сока.