

терапевтов, 1958.— 6. Малкин З. И. и сотр. Тр. Казанского мед. ин-та, 1942, в. 1.— 7. Маянская К. А. и Чудина М. Х. Тр. Казанского мед. ин-та, 1944, в. 2.— 8. Пермяков Ф. К. Клин. мед., 1943, 9.— 9. Пятницкий Н. П. и Седакова М. Н. Вопр. пит., 1958, 4.— 10. Поваляева А. Т. В кн.: Витамины. Тр. ЛСГМИ, 1958, 15.— 11. Рысс С. М. Клин. мед., 1948, 4.

УДК 612.014.464—616.33

ВЛИЯНИЕ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ НА МОТОРИКУ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Канд. мед. наук З. Г. Лебедева, канд. мед. наук Ю. М. Иванов

Кафедра факультетской терапии педиатрического факультета
(зав.— доц. З. А. Горбункова) Саратовского медицинского института

При атеросклерозе и гипертонической болезни нередко развивается ишемия или гипоксия различных органов с неодинаковой степенью нарушения их функций. По мере развития атеросклеротических изменений сосудов тканевая гипоксия нарастает. Нередко у пожилых людей и у больных атеросклерозом нарушения функций желудочно-кишечного тракта обусловлены не воспалительными изменениями, а ишемией его в результате недостаточности мезентериального кровообращения. Исходя из изложенного энтеральная оксигенотерапия больных атеросклерозом и гипертонической болезнью, предложенная в 1958 г. Н. Н. Сиротининым, может быть отнесена к патогенетическому методу лечения.

Нашей задачей явилось выяснение влияния беззондовой энтеральной оксигенотерапии на моторную активность желудка у больных атеросклерозом и гипертонической болезнью. У этих больных в клинической картине нередко выявлялись различного рода диспепсические расстройства (опрыжка, изжога, тошнота, рвота и особенно часто запоры, метеоризм), а также иногда боли в животе преходящего характера по типу брюшной жабы. Наряду с изучением клиники мы проводили электрогастрографические (ЭГГ) исследования с помощью отечественного электрогастрографа ЭГС-4. Исходные данные сопоставляли с ЭГГ здоровых (12 мужчин и 9 женщин в возрасте от 21 до 31 года).

Все 80 обследованных больных (возраст — от 37 до 73 лет; мужчин — 33, женщин — 47) не имели сопутствующих заболеваний органов брюшной полости; у всех была преимущественно аортально-коронарная локализация атеросклероза и недостаточность кровообращения 0—1 стадии. У 31 больного атеросклероз сочетался с гипертонической болезнью, у 4 наблюдалась симптоматическая атеросклеротическая гипертония. 10 больных перенесли в прошлом инфаркт миокарда, у 27 была хроническая коронарная недостаточность.

Кислородную пену больным давали в смеси с фруктовыми соками по способу З. А. Горбунковой. Энтеральную оксигенотерапию (ежедневно около 2000 мл пены в 2—3 приема, за 30 мин. до еды) проводили в комплексе с общепринятым лечением. При записи ЭГГ в качестве пробного завтрака давали 1000 мл кислородной пены, которая вызывала на ЭГГ такие же сдвиги ($P > 0,5$), как и применение у 10 чел. углеводного завтрака по М. А. Собакину. По нашим данным на ЭГГ здоровых лиц средняя величина биопотенциала составляла $0,314 \pm 0,016$ мв, что совпадает с нормативами некоторых других авторов, а также наблюдалась ритмичность появления зубцов гастрোগраммы с частотой колебаний около 3 в 1 мин.

Как до, так и после лечения существенных изменений ритмики зубцов ЭГГ и частоты колебаний их за минуту ни у кого из больных не обнаружено. У 25 из 45 больных атеросклерозом без гипертонии до лечения выявлено снижение амплитуды биопотенциалов желудка — гипокINETический тип ЭГГ-кривой. Исходная средняя величина ($M \pm m$) биопотенциалов у этих больных равнялась $0,257 \pm 0,017$ мв и была достоверно снижена ($P < 0,02$), что свидетельствует о понижении моторики желудка. У больных с артериальной гипертонией прослеживалась статистически несущественная по сравнению с нормой тенденция к повышению моторной деятельности желудка ($0,369 \pm 0,026$, $P > 0,05$).

В результате лечения кислородной пеной у большинства больных улучшились общее самочувствие, сон и аппетит, уменьшились диспепсические расстройства, в частности исчезли запоры. Положительные ЭГГ-сдвиги наблюдались у 20 чел., т. е. у четверти всех больных, причем у 11 из них отмечена нормализация моторной функции желудка. Однако статистически достоверных изменений этой функции как в группе больных атеросклерозом без гипертонии, так и в группе с гипертонией не произошло (в обоих случаях $P > 0,5$).

Полученные нами данные подтверждают значение ЭГГ-метода в выявлении функциональных нарушений желудка у больных атеросклерозом и гипертонической

болезню; кроме того, они с несомненностью свидетельствуют о возможности применения кислородной пены как в качестве пробного завтрака, так и с лечебной целью. Поскольку метод лечения кислородной пеной легко осуществим, не обременителен для больного, в ряде случаев эффективен, в том числе и в отношении склонности к нормализации нарушенной моторики желудка при атеросклерозе, его можно рекомендовать для использования в условиях стационара и поликлиники.

ЛИТЕРАТУРА

Сиротинин Н. Н. В сб.: Энтеральная оксигенотерапия (материалы республ. научно-практ. конф.). Киев, 1968.

УДК 616.379—008.64—616.33

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Проф. О. С. Радбиль, С. Г. Вайнштейн, Ю. Г. Забусов

Кафедра терапии № 2 (зав.— проф. О. С. Радбиль) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и кафедра патологической анатомии (зав.— доц. В. А. Добрынин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Известно, что секреторная функция желудка у больных сахарным диабетом снижена [1, 4, 7, 10]. Причины этого: угнетение секреции желудка за счет гипергликемии, дистрофия нервного аппарата желудка, сдвиги во взаимоотношениях эндокринных желез и наступающий вследствие этого полидисгормоноз, нарушение синтеза соляной кислоты на клеточном уровне в результате измененного метаболизма и пр. Не исключено, что важная роль принадлежит дегенеративным и воспалительным явлениям в самой слизистой оболочке желудка.

Работ, посвященных прижизненному изучению слизистой желудка при сахарном диабете, немного. Ангервалл и соавт. при аспирационной биопсии слизистой желудка у 8 больных сахарным диабетом с гипохлоргидрией во всех случаях отметили наличие хронического атрофического гастрита, ассоциированного с уменьшением просвета сосудов слизистой оболочки и PAS-положительным утолщением стенки капилляров. В. П. Салупере при обследовании 21 больного сахарным диабетом у 7 обнаружил гастрит без атрофии и у стольких же — атрофический гастрит. Крентц наблюдал атрофический гастрит у больных сахарным диабетом с сопутствующим поражением желчного пузыря или печени.

Нами проведено гистологическое изучение полученных при аспирационной биопсии кусочков слизистой оболочки из области передней стенки средней трети желудка у 18 больных сахарным диабетом (у 2 мужчин и 16 женщин в возрасте от 14 до 60 лет). Срезы мы окрашивали гематоксилином-эозином и по Ван-Гизону, проводили реакции Браше (выявление рибонуклеиновой кислоты) и ШИК—PAS (выявление полисахаридов), а также окраску толуидиновым синим (выявление метакрохроматического окрашивания).

У 14 больных была среднетяжелая форма сахарного диабета, у 4 — тяжелая. 5 больных страдали диабетом менее 1 года, 5 — около 3 лет, 4 — свыше 5 лет и 4 больных — 10 лет. 10 больных получали заместительную терапию инсулином, 3 — сульфаниламидные препараты, 5 — инсулин и сульфаниламиды. Ни у одного из больных не было заболеваний желудочно-кишечного тракта (исключая диабетическую дистрофию печени), никто не предъявлял «желудочных» жалоб. Лишь у 1 больной, 14 лет, страдающей в течение 3 лет сахарным диабетом средней тяжести, слизистая оболочка желудка была нормальной,