

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,

у остальных обнаружены более или менее выраженные гастритические изменения слизистой. У 10 больных выявлена инфильтрация слизистой оболочки плазматическими клетками и лейкоцитами (нейтрофилами, лимфоцитами) с образованием у 8 из них лимфоидных фолликулов в слизистой или подслизистом слое. Желудочные ямки при этом углублены и ветвисты. У некоторых больных слизистая несколько истончена, в железах — дисконкомплексация клеток с неравномерной гиперхромией и неправильным расположением ядер. У 5 больных этой группы отмечено «ослизнение» желез, проявляющееся наличием ШИК-положительных веществ в главных и обкладочных клетках (дедифференцировка клеток), у такого же количества больных констатирована слабая пиронинофилия ядер клеток эпителия желез, связанная с уменьшением количества РНК в них.

У 2 больных найдена поверхностная энтеролицизация слизистой оболочки желудка; у 3 наряду с трансформированными поверхностными и, частично, нижележащими железами наблюдались участки сохранившихся неперестроенных желез, отек межжелезистой ткани, у 2 была полная кишечная метаплазия слизистой оболочки желудка в сочетании с резко выраженным разрастанием молодой соединительной ткани, богатой фибробластами.

На нашем небольшом материале мы не смогли установить отчетливой зависимости степени морфологических изменений слизистой оболочки желудка от продолжительности заболевания сахарным диабетом, тяжести страдания, наличия ангиопатий или дистрофии печени. Складывается впечатление, что более пожилой возраст больных располагает к скорому и значительному развитию явлений гастрита при данном заболевании.

Возникновение при сахарном диабете гастрита различных степеней (с явлениями атрофии и перестройки эпителия) и, как следствие этого, снижение секреторной функции желудка объясняет столь редкое сочетание диабета с дуоденальной язвой (О. С. Радбиль, Бэрри, Дотевалл): в формировании язвенного дефекта ведущую роль играет повышение активности лептического фактора.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Макось Р. П. Тер. арх., 1961, 3.—2. Радбиль О. С. Там же, 1961, 11.—3. Салупере В. П. Там же, 1965, 9.—4. Спиридонова В. Г. Функциональное состояние главных пищеварительных желез у больных некоторыми эндокринными заболеваниями. Автореф. канд. дисс., Ижевск, 1968.—5. Angervall L. a. o. Acta med. scand., 1961, 168, 339.—6. Berry M. Am. J. Gastroent., 1957, 27, 31.—7. Bianco G. R. e. a. Fegato, 1966, 3, 283.—8. Dotevall G. Acta med. scand., 1959, 164, 463.—9. Krentz K. Diabetologia, 1966, 3, 205.—10. Tripathy A. M., Satpathy B. J. Indian med. Ass., 1968, 1, 13.

УДК 612.33

### ИЗМЕНЕНИЯ РЕЗОРБЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Проф. Л. А. Лещинский, доц. В. В. Трусов, Р. А. Пластинина, канд. мед. наук В. И. Рябов

Кафедра госпитальной терапии (зав.—проф. Л. А. Лещинский)  
Ижевского медицинского института

Проблема резорбции в пищеварительном аппарате привлекает широкое внимание исследователей.

Для оценки всасывательной функции тонкого кишечника Л. А. Лещинский и В. И. Рябов (1959) вводили йодистый калий (20 мл 2% раствора) непосредственно в двенадцатиперстную кишку через