

## ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНТРАДУОДЕНАЛЬНОЙ рН-МЕТРИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Н. К. Алексеева

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав.—проф. В. Ф. Машагатов) Ижевского медицинского института*

**Реферат.** Изучена продолжительность закисления дуоденум у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в зависимости от возраста, давности заболевания и наличия сопутствующей патологии со стороны желчевыделительной системы. Выявлены выраженные нарушения кислотонейтрализующей функции в ранние сроки заболевания и при сопутствующих поражениях желчных путей. Применение диадинамических токов оказывает положительное влияние на кислотонейтрализующую функцию дуоденум.

Ключевые слова: двенадцатиперстная кишка, язвенная болезнь, рН-метрия. 2 иллюстрации. Библиография: 8 названий.

В образовании язвы двенадцатиперстной кишки ведущее значение придается действию на слизистую оболочку кислотно-пептического фактора. Этому способствует продолжительное закисление проксимальных отделов двенадцатиперстной кишки вследствие нарушения ее ощелачивания [3, 6, 7].

Вместе с тем у многих больных при исследовании рН интрадуоденальной среды наблюдается неоднотипность структуры волн закисления, причины которой во многом остаются неясными.

В связи с этим нами проведено исследование дуоденального закисления у 112 больных в возрасте от 16 до 55 лет (мужчин — 90, женщин — 22). С продолжительностью заболевания до года было 15 больных, от года до 5 лет — 48, от 6 до 10 лет — 26, от 11 до 15 лет — 10, свыше 15 лет — 13 человек. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц.

У всех обследованных язва рентгенологически и эндоскопически локализована в луковичной зоне двенадцатиперстной кишки.

Графическая регистрация колебаний интрадуоденального рН в проксимальном отделе осуществлялась натощак (20—30 мин) и на протяжении 3 ч после стимуляции желудочной секреции стандартным хлебным завтраком.

У обследованных лиц контрольной группы сдвиг рН интрадуоденальной среды в кислую сторону после хлебного завтрака суммарно составил в среднем  $29,5 \pm 2,5\%$ , в том числе в течение первого часа —  $14,5 \pm 1,2\%$ , второго —  $9,2 \pm 1,1\%$  ( $P < 0,01$ ) и третьего —  $5,8 \pm 0,9\%$  ( $P < 0,05$ ). Следовательно, кривая закисления дуоденум у здоровых лиц имеет экспоненциальный характер и отражает, по-видимому, состояние эвакуаторной функции желудка. Это подтверждают и экспериментальные данные [4].

У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки общая продолжительность дуоденального закисления была равна  $57,3 \pm 2,7\%$  и превосходила аналогичный показатель здоровых лиц почти в два раза ( $P < 0,001$ ). Почасовые значения закисления также носили экспоненциальный характер и равнялись соответственно  $25,5 \pm 1,0\%$ ,  $19,1 \pm 1,2\%$  ( $P < 0,001$ ) и  $12,7 \pm 1,6\%$  ( $P < 0,01$ ).

При анализе рН-дуоденограмм у больных различных возрастных групп достоверной разницы в этих показателях не выявлено. Следовательно, возраст пациентов существенного влияния на характер дуоденального закисления не оказывает. Сопоставление показателей закисления в группах больных с различной длительностью заболевания показало, что общая продолжительность ее у больных с давностью заболевания до года составила  $63,3 \pm 2,6\%$ , от 1 года до 5 лет —  $53,4 \pm 1,4\%$ , от 6 до 10 лет —  $58,9 \pm 1,9\%$ , от 11 до 15 лет —  $55,9 \pm 2,0\%$ , свыше 15 лет —  $55,4 \pm 2,5\%$ . Таким образом, ацидификация содержимого луковицы дуоденум оказалась наибольшей в начальном периоде заболевания (до 1 года), что, возможно, объясняется более интенсивным выделением кислоты, увеличением ее дебита и гипермоторикой гастродуоденальной зоны [5, 8].

У 26 больных с рентгенологическими признаками дуоденальной дискинезии в виде гипертонуса и парциального стаза на протяжении трехчасового исследования «кислые» волны регистрировались в форме непрерывной кривой или через небольшие промежутки — кратковременной нейтрализацией дуоденальной среды. Поэто-

му сдвиг интрадуоденального pH в сторону кислой реакции был у них более продолжительным ( $66,1 \pm 1,7\%$ ), без существенной разницы в почасовых интервалах наблюдений ( $25,3 \pm 0,7\%$ ;  $20,6 \pm 1,1\%$ ;  $20,2 \pm 0,9\%$ ). У 16 из них отмечалось сопутствующая патология желчевыведительной системы.

В связи с этим были отобраны две группы больных (по 34 чел.) с одинаковым возрастным составом и давностью заболевания. Результаты наблюдений показали, что у больных с сопутствующим холециститом (1-я группа) заболевание сопровождалось более выраженным дуоденальным закислением, чем у больных без него (2-я группа). Так, у больных 1-й группы (рис. 1) общая продолжительность закис-

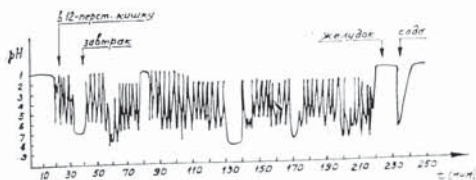


Рис. 1. pH-дуоденограмма больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и холециститом.

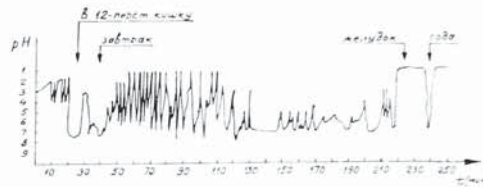


Рис. 2. pH-дуоденограмма больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

ления в среднем составила  $60,9 \pm 1,9\%$ , а у больных 2-й группы (рис. 2) —  $49,3 \pm 1,2\%$  ( $P < 0,001$ ). Значительное увеличение степени дуоденального закисления у больных с сопутствующим холециститом было обусловлено, по-видимому, наряду с усиленным сбросом кислого содержимого желудка и нарушением заброса щелочного панкреатического сока в луковицу, уменьшением бикарбонатной щелочности.

Определение особенностей дуоденальной ацидификации может иметь существенное значение не только для общей оценки кислотонейтрализующей функции двенадцатиперстной кишки, но и в проведении дифференцированной терапии. При комплексном лечении больных с более выраженным закислением и дискинетическими нарушениями двенадцатиперстной кишки наилучший эффект достигается при назначении им диадинамических токов в модуляции «очень длинными периодами» [1]. Последние, как известно, оказывают тормозное действие на тонус гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта [2].

Таким образом, у больных язвенной болезнью с дуоденальной локализацией более выраженные расстройства кислотонейтрализующей функции двенадцатиперстной кишки наблюдаются в ранние сроки заболевания на фоне повышения ее моторной активности и при сопутствующих холециститах, что должно учитываться при проведении лечебных мероприятий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Н. К. Врач. дело, 1978, 12.—2. Бернар П. Д. В кн.: Диадинамическая терапия. М., Медицина, 1961.—3. Горшков В. А., Броун Л. М., Гончаров Е. Ф. Тер. арх., 1977, 10.—4. Гройсман С. Д., Бегека А. Д. Физиол. журн. СССР, 1974, 5.—5. Коростовцев С. Б. В кн.: Материалы II Всесоюзного съезда гастроэнт. М.—Л., 1978.—6. Машагатов В. Ф., Солопаева С. Н., Лучкин С. Л. Клин. мед., 1971, 10.—7. Borgström S., Arbo-relius M. Scand. J. Gastroenterol., 1978, 13, 3.—8. Kronborg O., Christiansen P. M. Ibid., 1977, 12, 8.

Поступила 12 мая 1981 г.