

### Н. А. Черкасова, Х. С. Бикбулатова, В. Н. Леонова (Казань), Особенности течения язвенной болезни у детей и подростков

Под наблюдением было 26 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (17 мальчиков, 9 девочек) в возрасте от 9 до 18 лет. Локализация язвы в двенадцатиперстной кишке констатирована у 22 человек, в теле желудка — у 4. Длительность заболевания до года была у 7, от года до 2 лет — у 4, от 2 до 3 — у 6, от 3 до 4 — у 3, от 4 до 5 — у 5, свыше 5 лет — у одного больного. Вредные привычки (курение, грубое нарушение режима питания) выявлены у 8 больных. Половина пациентов обратилось к врачу по поводу выраженного болевого синдрома, связанного с приемом пищи, болей натощак. Изжога была у 17 человек, ощущение кислой отрыжки — у 9, рвота — у 12.

Следует отметить, что у 7 из 26 больных диагноз язвенной болезни был поставлен в поздние сроки. У 5 человек заболевание впервые проявилось кишечным кровотечением. Желудочно-кишечные кровотечения в анамнезе были отмечены еще у 2 больных. Двое поступили в дежурную клинику по поводу перфорации язвы двенадцатиперстной кишки, причем предязвенного состояния в анамнезе у них не выявлено.

У 19 пациентов язвенная болезнь развилась на фоне гиперхлоридрии. Вегетативная дисфункция и симптомы ваготонии диагностированы у 12 больных. 8 пациентов жаловались на ежегодное ухудшение состояния в весеннее время, что вынуждало их к госпитализации.

Итак, в молодом возрасте преобладает язва двенадцатиперстной кишки, которая протекает с гиперхлоридрией. Заболевание чаще проявляется на фоне дисфункций вегетативного отдела нервной системы — ваготонии. Наряду с яркой симптоматикой могут быть безболевые, «немые» язвы, которые проявляются после перфорации желудка или желудочно-кишечного кровотечения. Ювенильные язвы отличаются торпидностью течения. Начавшись в детском возрасте, они могут протекать с выраженным болевым синдромом и частыми рецидивами.

Профилактика язвенной болезни должна проводиться с раннего возраста и заключаться в естественном вскармливании, организации правильного питания школьников, санации хронических очагов инфекции, длительном поэтапном, включая санаторное, лечении детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, исключении курения и приема алкоголя.

Ввиду торпидности течения с частыми рецидивами и осложнениями больные с ювенильными язвами нуждаются в более длительном лечении в стационаре и в очень внимательном диспансерном наблюдении в течение 5 лет с ежегодным проведением противорецидивного лечения весной и осенью.

### В. М. Андреев, С. В. Шмелева (Казань). К методике исследования альвеолярной вентиляции быстродействующим анализатором кислорода

Для отработки методики исследования альвеолярной вентиляции с помощью быстродействующего газоанализатора кислорода «Медфизприбор» изучали содержание  $O_2$  в выдыхаемом воздухе у 35 здоровых, 30 больных ХНЗЛ и у 20 лиц с ревматическими пороками сердца. При анализе оксиграмм мы столкнулись с трудностями. У большинства здоровых при свободном дыхании в конце выдоха концентрация кислорода оказывалась выше, чем после углубленного выдоха. Еще выше содержание кислорода было в выдыхаемом воздухе при поверхностном частом дыхании. Создавалось впечатление, будто при поверхностном частом дыхании содержание кислорода в легких выше, то есть альвеолярная вентиляция эффективнее. Так, если у здоровых содержание кислорода в конце свободного выдоха при спокойном дыхании в среднем составляло  $13,7 \pm 1,6\% / pO_2$  ( $97,8 \pm 11,3$  мм рт. ст.), то в конце глубокого выдоха —  $11,7 \pm 2,1\% pO_2$  ( $80,2 \pm 22,8$  мм рт. ст.). Разница концентрации кислорода в выдыхаемом воздухе при обычном и углубленном выдохе зависит от величины дыхательного объема. Известно, что первые примерно 750 мл выдыхаемого воздуха все еще содержат воздух анатомического мертвого пространства, где содержание кислорода выше, поэтому при обычном или частом поверхностном дыхании, когда величина дыхательного объема меньше 750 мл, в конце выдоха регистрируется более высокое содержание кислорода в смешанном воздухе мертвого и альвеолярного пространств. В конце углубленного выдоха, когда величина дыхательного объема больше или равна 750 мл, концентрация кислорода в выдыхаемом воздухе приближается к альвеолярной и оказывается ниже. Исследование нельзя проводить и при глубоком дыхании, что повышает содержание кислорода в альвеолярном пространстве в результате гипервентиляции.