

## ДИНАМИКА РАДИОТЕЛЕМЕТРИЧЕСКИХ И ЭЛЕКТРОГАСТРОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Проф. Ю. А. Панфилов, В. А. Куликов

*Кафедра внутренних болезней стоматологического и педиатрического факультетов (зав. — проф. Ю. А. Панфилов) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова, железнодорожная больница № 1 ст. Куйбышев (главврач — М. А. Томир)*

Нами проведены исследования рН желудка (с помощью эндорадиозондирования) и электрогастрограммы (ЭГГ) у 40 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки до и после лечения холинолитиками, викалином, витаминами группы В с подключением дието- и физиотерапии и у 8 практически здоровых лиц (контрольная группа).

В изучении кислотообразующей функции желудка использована отечественная радиотелеметрическая система «Капсула-М». Радиозонд, укрепленный на шелковой нитке, предлагали исследуемому проглотить и фиксировали на уровне 50—55 см от края передних зубов. Активный электрод-присоску электрогастрографа ЭГС-4 М фиксировали под мечевидным отростком в промежутке между краями поясной антенны. Больной во время исследования находился в полусидячем положении в кресле.

У половины обследованных больных был типичный вариант течения язвенной болезни. Преимущественная локализация язвы — в луковице двенадцатиперстной кишки. Длительность заболевания колебалась от 5 до 10 лет.

Интрагастральный базальный рН здоровых людей исследовали в течение 30 мин., после чего проводили щелочной тест — определяли время нейтрализующего эффекта 0,5 г бикарбоната натрия. При восстановлении кислотности вводили пробный завтрак Боаса — Эвальда и учитывали время возвращения рН к исходному уровню, что давало представление об интенсивности кислотообразования. Затем на протяжении 30 мин. изучали общий характер кривой интрагастральной кислотности в пищеварительном периоде сокоотделения и вновь определяли щелочное время на фоне стимуляции. Базальная величина рН здоровых находилась в пределах 3,0—5,5 (в среднем 4,2). Щелочные периоды натошак и на фоне стимуляции составляли у них соответственно 24,0 и 15,1 мин. Время восстановления рН после пробного завтрака равнялось 27,0 мин. Стимулированный рН был в пределах 1,5—1,7, что соответствовало концентрации свободной НСl в 30—40 титрационных единиц. Соотношения между рН и титрационными единицами мы рассчитывали по графику В. В. Калининско.

На ЭГГ у всех здоровых людей выявлен правильный тип кривой с ритмом тонических сокращений 3 в мин. и средней амплитудой биопотенциала 0,2—0,35 мв. В латентный период секреции перистальтическая деятельность желудка была выражена интенсивно: на ЭГГ отмечались колебания высокой амплитуды, достигающие 0,5—0,7 мв. С нарастанием кислотности происходило постепенное снижение амплитуды до исходных величин, что свидетельствовало о торможении перистальтической активности желудка.

ЭГГ больных, снятые в период обострения заболевания, часто имели неправильный ритм электрических колебаний: зубцы электрогастрограммы были разной высоты, достигая иногда 0,75—1,0 мв, регистрировались признаки «раздраженного» желудка. Все это отмечалось на фоне высокой кислотности желудочного содержимого.

Изучение базального интрагастрального рН у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки показало непрерывное выделение соляной кислоты значительной интенсивности. Уровень рН у большинства больных соответствовал функциональному максимуму (менее 1,5). Наибольшая концентрация водородных ионов внутрижелудочной среды наблюдалась у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки типичного варианта течения в период выраженного обострения (рН — 0,9). Исследования базального интрагастрального рН у больных с послеязвенным процессом (рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки) показали колебания в пределах 1,3—1,4.

2/3 больных старше 40 лет с длительностью заболевания свыше 5 лет имели интрагастральный рН в интервале 1,5—2,0. Интрагастральная кислотность, оцененная при помощи «Капсулы-М», была значительно выше, чем определенная путем титрования. В пустом желудке радиокapsула охватывается его стенками, благодаря чему регистрируется пристеночная концентрация водородных ионов, отвечающая так называемой первичной кислотности, еще не нейтрализованной щелочным секретом антральных желез.

Введение 0,5 г питьевой соды (щелочной, тест) натощак или на фоне стимуляции вызывало повышение рН. Одновременно проводимая ЭГГ регистрировала увеличение амплитуды электрических колебаний независимо от исходного состояния кислотности, что указывало на активацию моторно-эвакуаторной функции желудка. Параллельно восстановлению кислотности происходило постепенное снижение амплитуды ЭГГ.

После лечения констатируется ослабление интенсивности базального и стимулированного кислотообразования, однако нормального уровня оно не достигло. Это лишней раз подтверждает необходимость продолжения профилактической терапии и пребывания больных на курорте. Повторная радиотелеметрия выявила повышение интрагастрального рН, базального и стимулированного, в среднем соответственно с 1,37 до 1,48 и с 1,0 до 1,11. На снижение интенсивности кислотообразования указывало увеличение длительности нейтрализующего эффекта 0,5 г бикарбоната натрия (натощак — на 4,5 мин. и на фоне стимуляции — на 3,2 мин.), а также замедленное восстановление рН после пробного завтрака (в среднем на 3,2 мин.).

Как правило, клиническое улучшение сопровождалось и положительной динамикой ЭГГ. Исчезали признаки «раздражения» желудка (восстанавливался ритм, снижалась амплитуда тонических сокращений, исчезала разноамплитудность и пикообразность зубцов).

Радиотелеметрия и электрогастрография, выполненные синхронно, наглядно продемонстрировали, что клиническая ремиссия у больных язвенной болезнью сопровождается снижением кислотообразования и моторики, восстановлением нормальных физиологических взаимоотношений между кислотообразовательной и моторной функцией желудка, нарушенных в стадии обострения.

## ЛИТЕРАТУРА

К а л и н и ч е н к о В. В. Тер. арх., 1967, 8.

Поступила 8 октября 1973 г.

УДК 616.33—002.44:612.322

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ОКСИФЕРРИСКОРБОНА НАТРИЯ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Проф. В. В. Трусов, Я. М. Вахрушев*

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

Среди большого количества средств, применяемых для лечения язвенной болезни, особое место занимают стимуляторы регенерации. К их числу относится оксиферри-корбон натрия.

В настоящем сообщении мы приводим результаты лечения этим препаратом 72 больных язвенной болезнью (65 мужчин и 7 женщин). У 61 из них язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке и у 11 — в желудке. 16 чел. были в возрасте до 30 лет, 32 — от 31 года до 40 лет, 18 — от 41 года до 50 лет и 6 — старше. У 5 больных язва выявлена впервые, у 37 длительность заболевания была от 1 до 3 лет, у 8 — от 4 до 10 лет и у 10 — свыше 10 лет. Все больные поступали в стационар в стадии обострения заболевания. У 32 чел. констатированы сопутствующие заболевания пищеварительной системы (у 20 — хронический холецистолангит, у 14 — хронический колит и у 2 — хронический панкреатит).

Оксиферрикорбон натрия назначали по 1 ампуле (0,03 г сухого вещества) в 3 мл физиологического раствора внутримышечно 1 раз в день. Курс лечения — 20 дней.

При оценке клинической эффективности изучаемого препарата мы уделяли большое внимание динамике самочувствия больных, результатам физического исследования. О функциональном состоянии желудка судили по данным рентгенокопии и рентгенографии. У всех больных дважды проводили гастрофиброскопию и дуоденоскопию с помощью гастроскопа и дуоденоскопа (Л. А. Риффель). Двигательную функцию желудка оценивали электрогастрографически. Определяли также секреторную и кислотообразующую функцию (по часовому дебиту свободной HCl) желудка, пепсин желудочного сока, пепсинген крови и уропепсин по методу В. Н. Туголукова (1962); концентрацию гастромукопротеина по Глассу и Бойду; электролиты — методом пламенной фотометрии; гекозсы, связанные с белками, в желудочном содержимом. Экскреторную функцию слизистой желудка изучали оригинальным методом по элиминации внутривенно введенного <sup>131</sup>I. Кроме того, в процессе лечения исследовали функциональное состояние печени и всасывательную функцию тонкого кишечника.