

шению средней продолжительности временной нетрудоспособности и к появлению позитивных сдвигов в течении заболеваний. Лазеропунктура хорошо переносится больными, что подтверждалось отсутствием нарушений со стороны кроветворной и сердечно-сосудистой систем. На особенно значительный клинический эффект можно рассчитывать у больных атопической и инфекционно-аллергической формами бронхиальной астмы ранних стадий. Гормонозависимость (на уровне 15—20 мг преднизолона в день) не является противопоказанием к проведению лазерной терапии, в большинстве случаев в итоге терапии удается снизить поддерживающую дозу гормонов или отказаться от их использования.

УДК 616.24—002.2+616.33—002.44]—02:616.33—008.64—076

Н. А. Бирг (Чебоксары). Нервный аппарат слизистой оболочки желудка при хронических неспецифических заболеваниях легких и при их сочетании с гастродуоденальной язвой

Внимание клиницистов и морфологов привлекает изучение условий и патогенетических механизмов довольно частого возникновения гастродуоденальных язв у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ).

Обследовано 944 больных ХНЗЛ (557 мужчин и 387 женщин) преимущественно в возрасте от 25 до 45 лет. У 710 из них был диагностирован хронический бронхит, у 55 — бронхоэктатическая болезнь, у 92 — бронхиальная астма и у 87 — хроническая пневмония. Гастродуоденальные язвы были выявлены у 76 человек. Следовательно, их распространенность среди обследованных с ХНЗЛ достигала $8,1 \pm 0,9\%$, что превосходило показатель распространенности язвенной болезни, полученный нами в результате обследования взрослого населения ($0,69 \pm 0,1\%$, $P < 0,001$).

С целью выяснения взаимосвязи между патологией органов дыхания и гастродуоденальной зоны изучали обеспеченность холинэстеразами, катехоламинами и серотонином, а также полисахаридными соединениями микроструктур слизистой оболочки желудка у 55 больных ХНЗЛ (1-я группа) и у 51 больного ХНЗЛ с гастродуоденальными язвами (2-я группа). Материалом для гистологического исследования послужили биоптаты слизистой оболочки средней трети передней стенки тела желудка.

Нарушения холинергических и адренергических процессов установлены у каждого второго больного хроническим необструктивным бронхитом и у всех больных хроническим гнойным, обструктивно-гнойным бронхитом и бронхоэктатической болезнью. При этом обнаружен параллелизм между клинической симптоматикой ХНЗЛ и давностью бронхолегочного воспаления, с одной стороны, и характером, а также выраженностью морфологических и нейромедиаторных нарушений — с другой. Так, при давности воспалительного процесса менее 5 лет и отсутствии функциональных расстройств дыхания и кровообращения у каждого второго обследованного выявлены признаки хронического гастрита, преимущественно поверхностного, и нейромедиаторные нарушения. При давности бронхолегочной патологии свыше 5 лет и явлениях легочной недостаточности признаки хронического гастрита, нередко с поражением желез и атрофией, наблюдались у $\frac{2}{3}$ больных, а нейромедиаторный дисбаланс — у всех обследованных.

При сопоставлении клинических данных с изменениями холинергического и адренергического обеспечения структур желудка было отмечено, что понижение активности АХЭ в структурах желудка оказалось более значительным у больных с явлениями бронхиальной обструкции, обусловленной преимущественно бронхоспастическим синдромом, и менее выраженной у больных гнойным бронхитом и бронхоэктатической болезнью. Изменения симпатических нервных терминалей наблюдались чаще у больных хроническим обструктивным и обструктивно-гнойным бронхитом на фоне различной выраженности легочно-сердечной недостаточности.

Изменения адренергических процессов были более существенными и обнаруживались чаще при желудочной локализации язвы, а снижение холинергических процессов преобладало при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке. Симптоматическая гастродуоденальная язва независимо от ее локализации выявлялась у больных ХНЗЛ с наиболее существенным истощением катехоламинов и снижением активности холинэстераз в нервных терминалях, а также в окружающих структурах и межклеточных пространствах слизистой оболочки желудка.

По мере прогрессирования нарушения бронхиальной проходимости, нагноительного процесса, обструктивной эмфиземы и пневмосклероза, особенно в сочетании с желудочной локализацией язвы, снижалась реакция структурных элементов слизистой оболочки желудка на серотонин. Кроме того, более частой была отрицательная или слабо положительная реакция на кислые мукополисахариды и гликопротеиды в покровных эпителиальных клетках, а также эпителии желудочных желез.