

проявления, ранее для больных не характерные. Их родственники отмечали, что у последних появлялись новые черты: склонность к накопительству, достигающая патологических размеров; желание всех поучать, читать правозуния и нотации; непримиримость, категоричность в суждениях. У таких больных возникли различные хобби; коллекционирование, разведение рыб, покупка дачи, машины, охота и т. д. Возможно, все эти черты были характерными для них и до заболевания, но лишь в редуцированной форме. В новых условиях воздержания они выступали в гиперболлизированных формах. Отказываясь от такого эмоционального тонизатора, как алкоголь, больные отдавались новым увлечениям, находя в них удовлетворение, получаемое ранее от спиртных напитков. Подобными переключениями на хобби они как бы подстегивали свои эмоции и волю, которые в новой обстановке были направлены не на воздержание от приема вина, а на новые увлечения. Мы, как и некоторые другие авторы, считаем это доказательством ущербности эмоционально-волевой сферы [2].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Авербах Я. К. В кн.: Алкоголизм и алкогольные психозы. М., Медицина, 1963.— 2. Менделевич Д. М., Муравьев А. А. Казанский мед. ж., 1981, 2.— 3. Пятницкая И. Н. В кн.: Алкоголизм. М., Медгиз, 1959.

Поступила 14 июля 1982 г.

УДК 616.33—002.44+616.34—002.44]:577.11:547.962.9

## МЕТАБОЛИТЫ КОЛЛАГЕНА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ю. А. Панфилов, С. Г. Кочетков

*Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов (зав.— проф. Ю. А. Панфилов) и Центральная научно-исследовательская лаборатория (зав.— проф. М. В. Углова) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова*

Внедрение в клиническую практику эндоскопа на волоконной оптике создало оптимальные условия для динамического обследования и оценки эффективности проводимого лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Однако гастроскопическое исследование является сложным инструментальным методом. При гастроскопии в 0,04—0,1% случаев могут развиться такие грозные осложнения, как перфорации и трещины пищевода и желудка [2].

По одной эндоскопической картине бывает затруднительно судить об эволюции язвенного процесса. При язвенной болезни претерпевают значительные изменения соединительнотканые структуры слизистой желудка, возникают нарушения различных видов обмена, в частности коллагенового [7]. В стадии неполной ремиссии при язвенной болезни обнаруживаются уменьшение пролина, глицина, аланина в сыворотке крови, используемых, вероятно, для синтеза коллагена при заживлении язвы [1].

Оксипролин — своеобразный метчик соединительной ткани. В крови человека и животных оксипролин находится в свободной, пептидно- и белковосвязанной форме. Мы попытались установить содержание оксипролина в крови и моче у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, чтобы судить о характере репаративных процессов в зоне повреждения. Определение свободного и пептидносвязанного оксипролина и общего оксипролина мочи проводили по методу Бергмана и Локсея в модификации М. А. Осадчука (1979).

Исследование осуществлено у 56 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и у 20 практически здоровых лиц (контрольная группа). Большинство больных были мужского пола в возрасте от 18 до 56 лет. У 8 больных язва локализовалась в желудке, у 48 — в двенадцатиперстной кишке. Диагноз подтверждался эндоскопически. Интерпретацию эндоскопической картины проводили по классификации В. Н. Сотникова и соавт. (1981).

При поступлении в стационар у большинства больных эндоскопически наблюдался процесс развития язвы (фаза плоских краев язвы или фаза нарастания отека краев язвы). Биохимические показатели при этом (свободный оксипролин —  $9,9 \pm 1,5$  мкмоль/л; пептидносвязанный оксипролин —  $45,9 \pm 9,2$  мкмоль/л; общий оксипролин мочи —  $204,8 \pm 13,0$  мкмоль/сут) не изменены по сравнению с аналогичными показателями в контрольной группе (свободный оксипролин —  $10,7 \pm 1,3$  мкмоль/л; пептидносвязанный оксипролин —  $48,9 \pm 4,6$  мкмоль/л; общий оксипролин мочи —  $195,7 \pm 16,0$  мкмоль/сут). Контрольную гастродуоденоскопию выполняли перед выпиской из стационара, то есть через 28—35 дней.

У 43 больных эндоскопически наблюдалась фаза «эпителизаций», фаза «красного пятна» или фаза «послеязвенного рубца». Содержание свободного, пептидносвязанного и общего оксипролина увеличилось по сравнению с данными контроля ( $20,6 \pm 2,3$  мкмоль/л;  $74,1 \pm 13,8$  мкмоль/л;  $272,1 \pm 20,6$  мкмоль/сут соответственно).

У 13 больных эндоскопической динамики не отмечалось, показатели были сходными с контрольными.

У 28 пациентов уровень общего оксипролина мочи на фоне двухдневной безбелковой диеты изучали в динамике через каждые 5 дней. В моче продукты распада коллагена были представлены свободным (1—3%) и пептидосвязанным оксипролином [4]. Наиболее высокое содержание общего оксипролина в моче обнаружено в фазе «эпителизации», то есть на 20—25-й день стационарного лечения ( $311,1 \pm 39,0$  мкмоль/сут). В фазе «послеязвенного рубца» (26—35-й день пребывания в стационаре) уровень оксипролинурии уменьшался до  $234,6 \pm 15,3$  мкмоль/сут ( $P < 0,05$ ). Однако у 7 больных с клинико-рентгенологической картиной стеноза уровень оксипролинурии оставался высоким как в фазе «эпителизации», так и в фазе «послеязвенного рубца» ( $346,2 \pm 20,5$  мкмоль/сут и  $338,6 \pm 27,5$  мкмоль/сут соответственно). Такие же биохимические показатели наблюдались у 4 пациентов с деформацией луковицы двенадцатиперстной кишки ( $303,4 \pm 31,3$  мкмоль/сут и  $314,1 \pm 33,6$  мкмоль/сут).

Таким образом, стенозирование выходного отдела желудка развивается вследствие многих причин, но в значительной степени в результате разрастания соединительной ткани [3]. Биохимикоэндоскопическое сопоставление показало, что репаративные процессы в области язвенного дефекта можно обнаружить предложенным методом определения содержания оксипролина в крови и моче.

## ВЫВОДЫ

1. Исследование метаболитов коллагена в сыворотке крови и в моче может применяться для динамического контроля за эволюцией язвенного процесса и является дополнением к эндоскопическому наблюдению.

2. Содержание общего оксипролина мочи служит более надежным и более чувствительным показателем репарации при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, чем уровень свободного и пептидосвязанного оксипролина.

3. Выраженная оксипролинурия в фазе «послеязвенного рубца» при локализации язвы в пилорическом канале и в двенадцатиперстной кишке, возможно, является клиническим признаком формирования стеноза.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бурчинский Г. И., Дегтярева И. И. В кн.: Тезисы XVIII Всесоюзного съезда терапевтов. М., 1981, ч. 2.—2. Виллако К. П., Рятсеп В. И., Салу-пере В. П. В кн.: Эндоскопические методы в гастроэнтерологии. Тарту, 1970.—3. Вирсаладзе К. С. Пилородуоденальные стенозы язвенного происхождения. Тбилиси. Грузмедгиз, 1956.—4. Крель А. А., Фурцева Л. Н. *Вопр. мед. химии*, 1968, 6.—5. Осадчук М. А. Лабор. дело, 1979, 8.—6. Сотников В. Н., Верховод С. А., Несветов А. М. В кн.: Тезисы XVIII Всесоюзного съезда терапевтов. М., 1981, ч. 2.—7. Хомутовский О. А., Дегтярева И. И. *Ультраструктура слизистой желудка при язвенной болезни*. Киев, 1978.

Поступила 27 ноября 1982 г.

УДК 616—34—002.44—089.8:616.33:612.015

## ДИНАМИКА УРОВНЯ ГАСТРИНА В КРОВИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А. Я. Мальчиков

*Кафедра факультетской хирургии (зав.— проф. В. С. Чуднова), кафедра госпитальной терапии № 2 (зав.— проф. В. В. Трусов) Ижевского медицинского института*

В последнее время внимание клиницистов привлечено к расшифровке роли гастрина в патогенезе язвенной болезни. Данные литературы о содержании гастрина в крови больных дуоденальной язвой весьма разноречивы. В большинстве исследований уровень гастрина изучался в зависимости от возраста больных, локализации язвы, фазы активности. Сведения о динамике гастрина в сыворотке крови после оперативного лечения представлены в единичных публикациях [1, 2, 5].

В связи с этим целью настоящей работы явилось определение уровня гастрина в сыворотке крови у больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в процессе оперативного лечения. Были изучены не только изменения базальной концентрации гастрина, но и особенности реакции на инсулиновую гипогликемию.