

ды исследования в клинике. М., 1969.—7. Морозов В. Г., Лепоринский Ю. Н. и др. Хирургия, 1982, 1.—8. Савельев В. С. Там же, 1981, 12.—9. Сейфетдинов Е. А., Лапшин В. Н. В кн.: Острый панкреатит (биохимические аспекты). Л., 1978.—10. Синчук В. П. В кн.: Нейромедиаторы в норме и патологии. Казань, 1979.—11. Соломская Е. А. Лабор. дело, 1969, 1.—12. Филин В. И. Острые заболевания и повреждения поджелудочной железы. Л., 1982.—13. Чернов Г. А., Липац А. А. Пат. физиол., 1962, 3.—14. Юдаев Н. А., Панков Ю. Н. Пробл. эндокринол., 1958, 2.—15. Kogler W., Sheifart S. Acta Haemat. (Basel), 1961, 25, 1.

Поступила 30 июня 1983 г.

УДК 616.33—002.44—02:[577.175.522+577.175.852]:616.1

СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ, КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВОЙ И СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Г. М. Керимов, К. С. Карамов, Ф. Д. Мурадов, Э. В. Самарская,
С. Б. Сулейманова

Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной медицины (директор — проф. Н. М. Рзаев) МЗ Азербайджанской ССР

В связи с углубленным изучением патогенеза язвенной болезни в настоящее время большое значение придается роли вазоактивных аминов, являющихся важным звеном в приспособительных реакциях организма, направленных на поддержание гомеостаза. Известно, что при язвенной болезни в связи с нарушением нервно-гуморальной регуляции организма в патологический процесс вовлекаются не только желудок и двенадцатиперстная кишка, но и другие органы и системы, в частности сердечно-сосудистая [1, 2].

Целью настоящей работы являлось изучение основных показателей гемодинамики, симпатико-адреналовой и калликреин-кининовой систем у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Нами обследовано 108 больных с данной патологией без сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы и 25 здоровых лиц. Возраст больных колебался от 18 до 76 лет, длительность заболевания — от 5 до 20 лет. Большую часть больных составляли мужчины.

У обследуемых регистрировали ЭКГ в покое, ортостатическую нагрузочную ЭКГ, осциллограмму, измеряли артериальное и венозное давление. В качестве показателя объема циркулирующей крови использовали величину гематокрита [4]. Для характеристики кининовой системы крови определяли общую БАЭЭ-эстеразную активность сыворотки крови, содержание калликреина, калликреиногена и кининогена, кининазную активность сыворотки крови [6]. Содержание адреналина, норадреналина, дофамина и ДОФА устанавливали в суточной моче флюориметрическим методом [5].

Анализ ЭКГ у больных язвенной болезнью показал удлинение интервала QRST, отклонение электрической оси сердца вправо, низкий вольтаж зубцов, преимущественно в стандартных отведениях, изредка двухфазные зубцы Т во II, III и avF отведениях, что было обусловлено функциональной неполноценностью миокарда. По выраженности данных сдвигов можно было выделить несколько степеней функциональной неполноценности миокарда. У 33% обследованных больных эти изменения были выражены слабо, у 48% — умеренно и у 19% — значительно. В группе здоровых лиц отклонений не обнаружено.

На ЭКГ, снятой в положении больного стоя, отмечались более заметные нарушения: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси вправо, выраженные двухфазные и даже отрицательные зубцы Т во II, III и avF отведениях при резко выраженном удлинении интервала QRST. У 5 больных в положении стоя появлялись резкие желудочковые экстрасистолы и небольшое удлинение интервала P—Q до 0,21 — 0,22 с.

При нагрузочной ЭКГ также отмечались дополнительные изменения, указывающие на скрытую функциональную неполноценность миокарда: отчетливое смещение интервала S—T в стандартных грудных отведениях, удлинение интервалов QRST и P—Q (не более 0,20 с при частоте 90 — 100 уд. в 1 мин).

Методом артериальной осциллографии у больных язвенной болезнью констатировано максимальное давление на правом плече, равное в среднем 12,2 кПа (норма — 16,6 кПа), среднее давление — 8,8 кПа (норма — 12 кПа), минимальное —

7 кПа (норма — 8,2 кПа). При этом осцилляторный индекс на правом плече составлял 6 (норма — 12). Аналогичные данные были получены и на левом плече. Так, максимальное давление равнялось в среднем 12,7 кПа (норма — 17,6 кПа), среднее и минимальное давление — соответственно 8,8 и 7 кПа, осцилляторный индекс — 5,8.

Гематокрит у больных язвенной болезнью составлял в среднем 42,3%. Систолическое АД оказалось равным 14 кПа, диастолическое — 8 кПа при несколько повышенном венозном давлении (0,9 кПа).

Таким образом, из приведенных выше данных видно, что у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки имеются синусовая брадикардия и аритмия, скрытая или ясно выраженная функциональная неполноценность миокарда, снижение максимального, минимального и среднего АД, которые носят в основном функциональный характер.

Данные о состоянии калликреин-кининовой и симпатико-адреналовой систем в зависимости от локализации язвенного процесса проиллюстрированы рис. 1, 2.

При обследовании лиц контрольной группы было установлено, что суммарная эстеразная активность сыворотки крови равнялась в среднем $0,63 \pm 0,12$ КЕ/мл, кининазная активность — $0,113 \pm 0,010$ мкм ГА/ (мл·мин), содержание калликреина и калликреиногена соответственно $8,4 \pm 0,2$ и $365,1 \pm 32,8$ мед/мл, а уровень кининогена в плазме составлял $4,32 \pm 0,35$ мкг/мл.

У обследуемых больных содержание кининогена в плазме крови оказалось существенно сниженным (рис. 1) и при локализации язвы в желудке составляло 50%, а при локализации ее в двенадцатиперстной кишке — около 60% от нормы. Усиление кининогенеза подтверждало также понижение содержания калликреиногена (в среднем на 25%) и возрастание общей БАЭЭ-эстеразной активности (при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке — на 225%, в желудке — на 200%). Почти в 8 раз превышала норму активность калликреина в крови больных обеих групп. Наряду с этим возрастала, хотя и не столь значительно, активность фермента, инактивирующего свободные кинины — карбоксипептидазы.

Приведенные данные свидетельствуют об активации кининовой системы крови с преимущественным усилением кининогенеза у больных язвенной болезнью, наиболее выраженной при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке.

У больных язвенной болезнью по сравнению со здоровыми лицами наблюдается достоверное уменьшение экскреции с мочой норадреналина и ДОФА (рис. 2). При сравнении средних величин у больных обеих групп в зависимости от локализации язвы было установлено, что образование адреналина наиболее повышенным оказалось

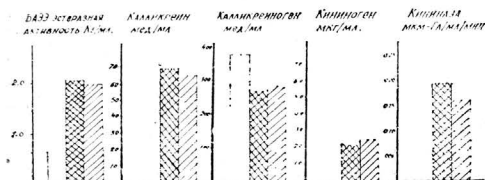


Рис. 1. Показатели калликреин-кининовой системы у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

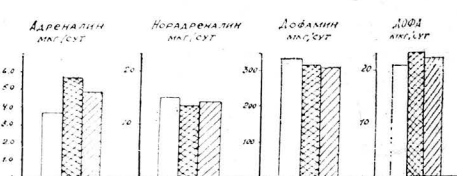


Рис. 2. Показатели симпатико-адреналовой системы у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Обозначения: незаштрихованные столбцы — здоровые, заштрихованные перекрестными линиями — больные с язвой двенадцатиперстной кишки, заштрихованные косыми линиями — больные с язвой желудка.

у больных с язвой двенадцатиперстной кишки, в то время как экскреция норадреналина и дофамина у больных обеих групп была почти одинаковой, ее снижение по сравнению с нормой составляло соответственно 20,4% и 10,4%.

Наши исследования показали, что у больных язвенной болезнью происходит параллельное повышение активности симпатико-адреналовой и калликреин-кининовой систем, непосредственно влияющих на состояние гемодинамики. Мы полагаем, что первично мобилизуется калликреин-кининовая система, которая в свою очередь вызывает повышенное выделение адреналина. Нарушения сердечно-сосудистой системы носят функциональный характер и, по-видимому, зависят от активации обеих регуляторных систем.

Определение активности симпатико-адреналовой и калликреин-кининовой систем

при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки наталкивает на мысль о целенаправленной и своевременной коррекции выявленных сдвигов включением в комплекс лечебных мероприятий таких препаратов, как гордокс, контрикал и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев Л. Б., Лер-Белова А. Г. Сердечно-сосудистая система при патологии пищеварения. Ростов-на-Дону, 1970.— 2. Гуревич-Рабкина Ф. П. Здравоохран. Белоруссии, 1980, 9.— 3. Дзизинский А. А., Гомазков О. А. В кн.: Кинины в физиологии и патологии сердечно-сосудистой системы. Новосибирск, 1976.— 4. Караванов А. Г. Ошибки в диагностике и лечении острых заболеваний и травм живота. Киев, 1970.— 5. Матлина Э. Ш. В кн.: Методы исследования некоторых гормонов и медиаторов. М., 1965.— 6. Пасхина Т. С. В кн.: Современные методы в биохимии. М., 1968.

Поступила 13 сентября 1983 г.

УДК 616.36—002.14—036.12

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ПЕРИОДА РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ И ИСХОДОВ ПРИ HB_sAg -ПОЗИТИВНОМ И HB_sAg -НЕГАТИВНОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В

С. Н. Соринсон, В. И. Паращенко

Кафедра инфекционных болезней (зав.— проф. С. Н. Соринсон) Горьковского медицинского института имени С. М. Кирова

Функциональные исследования последнего времени привели к открытию HB_sAg и к широкому внедрению в клиническую практику его индикации, а также позволили глубже оценить различные аспекты проблемы вирусного гепатита В. В частности, большой интерес представляет сравнительный анализ течения периода реконвалесценции и исходов при HB_sAg -позитивном и HB_sAg -негативном гепатите. В связи с этим целью настоящей работы являлось получение информации, важной для понимания роли разных факторов в формировании исходов гепатита В в зависимости от индикации HB_sAg .

В работе обобщены материалы Горьковского городского гепатологического центра за четырехлетний период начиная с 1976 г., когда была введена обязательная индикация HB_sAg . За эти годы реконвалесценция и исходы гепатита были изучены у 2187 взрослых больных. Клинические, эпидемиологические, лабораторные критерии диагноза вирусного гепатита В соответствовали общепринятым.

Индикацию HB_sAg проводили методом встречного иммуноэлектрофореза, в последние годы дополненного высокочувствительными методами (иммуноауторадиография, «сэндвич»-обработка, пассивная гемагглютинация). Частота выявления HB_sAg в разные годы колебалась от 48 до 60%, а при использовании высокочувствительных методов достигала 73%. В настоящую разработку вошли результаты обследования 1049 больных с положительными (1-я группа) и 1138 с отрицательными результатами индикации HB_sAg (2-я). У подавляющего большинства больных 1-й группы антиген был обнаружен при первичном обследовании.

Течение периода реконвалесценции оценивали при выписке больных из стационара, а в дальнейшем в процессе диспансерного наблюдения на базе консультативно-диспансерного кабинета, организованного при городском гепатологическом центре.

Контрольное обследование реконвалесцентов включало детальную оценку клинических данных, проведение рутинных лабораторных исследований (ферментные тесты — АлАТ, АсАТ; осадочные пробы — тимоловая, сулемовая, определение свободного и связанного билирубина; повторная индикация HB_sAg), а также ультразвуковое исследование печени на одномерном отечественном приборе ЭХО-11. В соответствии с существующими рекомендациями дифференцировали два варианта течения реконвалесценции — нормальную и затянувшуюся [1, 9]. При этом, наряду с динамикой клинических данных, первоепенное значение имел динамический контроль за ферментными тестами. Нормальную реконвалесценцию отличало закономерное устранение гиперферментемии в обычные сроки (при легкой и среднетяжелой форме до 3—4, при тяжелой — до 5—6 мес от начала заболевания). Более медленные темпы нормализации ферментных тестов свидетельствовали о затянувшейся реконвалесценции. Сохраняющиеся клинические отклонения (гепатомегалия, дис-