

Խաղաղ. և կիլիկի. օրոգւմէ՝ շնորհալի
բժշկ. նաեղիս

XII, № 2, 1972

Журн. exper. и
клинич. медицин

УДК 616.33—002

А. А. ТОРОСЯН

К НЕКОТОРЫМ ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ С АХИЛИЧЕСКОЙ СЕКРЕЦИЕЙ

Предложенный комбинированный метод лечения хронических ахилических гастритов (кватерон в малых дозах, кислородный коктейль, сочетанный с переливанием кровозаменительных средств) благоприятно влияет на течение данной болезни.

В патологии желудка первое место по частоте занимают хронические гастриты. Хроническим гастритам соответствуют определенные морфологические изменения в слизистой желудка, проявляющиеся не столько в воспалительных, сколько в структурных изменениях слизистой, обусловленных процессами дегенерации и регенерации.

Среди разных видов гастритов привлекают внимание гастриты с ахилической секрецией, при которых особенно часто возникают осложнения: гастрогенная анемия, нарушение всасывания некоторых витаминов, разные аллергические, нутритивные изменения, гипопроteinемия и т. д. Гастриты с ахилической секрецией нередко приводят к раковому перерождению слизистой оболочки желудка, вызывают функциональные и анатомические сдвиги печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и кишечника. Ю. М. Лазовский [22], пользуясь морфологическими исследованиями, доказал, что ахлоргидрия, являясь одним из основных симптомов ахилии, представляет собой функциональное страдание, для которого не всегда требуется морфологический субстрат. Известно, что патогенез ахилии объясняется атрофическими изменениями в слизистой оболочке желудка, которые могут быть первичными и вторичными.

Трудность в установлении точного диагноза функциональной и органической ахилии заключается в том, что четкого параллелизма между разными функциями желудка не существует. Однако общий анализ различных важнейших тестов желудка в клинических условиях оправдывает себя.

Под нашим наблюдением находилось 36 больных, страдающих хроническим ахилическим гастритом, с давностью заболевания от 5 до 32 лет, из них 21 женщина и 15 мужчин свыше 40 лет.

У всех больных желудочный сок получали фракционным способом тонким резиновым зондом М. А. Горшкова. В качестве пробного завтрака использовали 5%-ный раствор этилового спирта. Из парэнтеральных раздражителей использовали основной гистамин в дозе 0,01 мг/кг веса

обследуемого. После гистамина откачивание желудочного сока продолжалось еще один час. Определялось количество сока натошак, в базальной фазе и часовое напряжение сока после откачивания пробного завтрака из желудка. У всех больных определялась свободная и связанная HCl, слизь, гастромукопротеиды, пепсин, плазмопепсин и уропепсин. Измерение температуры слизистой оболочки желудка производилось универсальным электротермометром типа ТЭМП-60 Казанского медицинского инструментального завода.

Была определена всасывательная и элиминационная функции желудка общеизвестными методами. В крови больных определяли мочевины по методу Коварского и ставили йодную пробу по Маллену с соавт. [46]. Все больные подвергались рентгенологическому обследованию желудочно-кишечного тракта. Моторная функция желудка изучалась с помощью аппарата ЭГС-4 м.

Все вышеуказанные методы исследования проводились до и после лечения. Лечение больных хроническим ахилическим гастритом проводилось планированной методикой, разработанной нами. Всем больным назначались: ганглиоблокатор кватерон, кислородный коктейль и белковые гидролизаты.

Ганглиоблокаторы нормализуют соотношение между центром и патологическим органом. Однако малые дозы препаратов этой группы не блокируют нервных передач, как считают некоторые авторы [28, 42], а, наоборот, накапливая большие дозы ацетилхолина в преганглионарных синапсах, передают секреторное и моторное возбуждение, в частности желудочно-кишечного тракта [11, 14, 30, 33, 38, 40, 41]. Ганглиоблокаторы одновременно обладают спазмолитическими, болеутоляющими свойствами в патологии желудочно-кишечного тракта [6, 35, 36, 40, 41].

Применение оксигенотерапии желудка путем кислородного коктейля при хронических ахилических гастритах мы сочли целесообразным, так как из всех органов пищеварительного тракта желудок обладает наибольшей чувствительностью к кислородному голоданию [22]. Одновременно Э. С. Зельмановой [16] доказано, что выделение молочной кислоты в желудке увеличивается при гипоксии. Мы считаем, что желудок в состоянии ахилической секреции больше нуждается в кислороде, потому что из 36 больных с ахилическим гастритом у 30 реакция Уффельмана была интенсивно положительной. По данным В. Н. Груша [12], гипоксия является одним из патогенетических моментов, на почве которой развивается ряд поражений слизистой желудка.

Что касается употребления белковых гидролизатов (гидролизин, аминокептид, полиглукин и др.) при лечении хронических ахилических гастритов, то известно, что они благоприятно воздействуют на трофику слизистой оболочки желудка при ее язвенном поражении [1, 3, 9, 43 и др.].

После клинического и лабораторного обследований каждому больному назначался кватерон по 0,02 2—3 раза в день в течение трех недель. Такая дозировка ганглиоблокатора является исходной [40]. Кислородный коктейль назначался общеизвестным способом, ежедневно, нато-

шак, всего 16—18 процедур [5, 10, 15, 18, 19], а белковые гидролизаты вливали больным под кожу по 300—400 мл, всего 4—6 раз. Все больные содержались на диете, стол № 2 (по Певзнеру). Лечение больными переносилось без побочных явлений.

Диагностические показатели желудка до и после лечения приведены в табл. 1, 2, 3.

Как видно из данных таблиц, секреция желудка у больных абсолютной ахилией в среднем ниже нормы, свободная соляная кислота отсутствует, наблюдается определенный параллелизм, понижение активности пепсина и уропепсина, что соответствует данным литературы [13, 17, 24, 31, 39, 45 и др.], тогда как между кислотообразующей и пепсиновыделительной функциями желудка четкого параллелизма нет.

При полной ахилии с атрофическими изменениями слизистой оболочки желудка нередко выделяется в достаточном количестве пепсин. Такой казуальный диспропорционализм, по мнению А. Я. Губергрица [13], обусловлен активизацией гипофизо-надпочечниковой системы. Характерно, что из 36 больных с ахилическим гастритом гистаминорезистентными оказались 22. После проведения вышеуказанного курса лечения свободная соляная кислота появилась у 12 больных (из них 3 были гистаминорезистентными).

Четкой закономерности между гастропепсином и плазмопепсином, а также плазмопепсином и уропепсином мы не отмечали. Очевидно, плазмопепсин, как указывают и некоторые другие авторы [23, 31], не всегда может точно отражать состояние желудка, тогда как ряд авторов [4, 34 и др.] придает большое значение определению плазмопепсина.

Мукопротеиды, основная часть гастроглобулинов при атрофических процессах желудка отсутствуют в желудочном соке, уступая место мукопротеозам, которые появляются в виде слизи, как мукополисахариды [35]. При ахилических хронических гастритах количество нерастворимой слизи часто увеличивается [7, 20, 22, 25]. После лечения количество слизи, играющей определенную роль в диагнозе хронического гастрита с пониженной секрецией, у наших больных значительно уменьшилось. Одновременно прибавилось количество мукопротеидов, что статистически достоверно.

Была отмечена четкая закономерность нормализации между пепсином, уропепсином и мукопротеидами. Подобные данные были получены также И. К. Асаулук с соавт. [2].

Заслуживает внимания измерение температуры слизистой оболочки желудка. Как видно из табл. 1, при исходном положении во всех фазах желудочной секреции у больных с ахилическим гастритом температура желудка была ниже нормы. После проведения вышеуказанного курса лечения температура желудка в статистически достоверных пределах повышалась. Нам кажется, что существует определенный параллелизм между температурой и элиминационной функцией желудка. Последняя связана одновременно с сецернацией свободной HCl. Такую корреляцию

Таблица 1

Некоторые диагностические показатели желудка у 36 больных с ахилическим гастритом

Фазы секреции	Д о л е ч е н и я					П о с л е л е ч е н и я				
	колич. сока в мл	свобод. HCl в мг	пепсин в мг %	мукопротеи- ды в мг %	t° желудка	колич. сока в мл	свобод. HCl в мг	пепсин в мг %	мукопротеи- ды в мг %	t° желудка
Натощак	13±4	0	803±140	5±0,8	37±0,1	22±8 P<0,02	2±0,3 P<0,05	1130±180 P<0,05	21±8 P<0,01	37,6±0,3 P<0,05
Базальная в течение 0,5 ч.	23±8	0	1118±203	7±0,8	37±0,2	38±6 P<0,05	11±6 P<0,05	1482±490 P<0,05	27±11 P<0,01	37,6±0,4 P<0,05
После пробного завтра- ка в течение 1 ч.	62±13	0	1132±236	11±0,3	37±0,2	108±18 P<0,01	18±8 P<0,05	1720±362 P<0,05	33±12 P<0,02	37,7±0,5 P<0,05

Таблица 2

Некоторые показатели желудка у 36 больных с ахилическим гастритом

Таблица 3

Электрогастрографические данные у 36 больных с ахилическим гастритом

Тесты	До лечения	После лечения	Статист. досто- в.	Типы моторики	Акинез	Гипокинез	Гипогене- тический дискинез	Нормоки- нез	Гиперкине- тический дискинез	Гиперкинез
Уропепсин	1±0,3 мг/ч.	2,6±0,6 мг/ч.	P<0,02	До лечения	4	8	11	8	4	1
Плазмопепсин	2±0,5 мг %	2,3±0,6 мг %	P>0,05	После лече- ния	1	3	7	24	1	0
Элиминация	28±5 мин.	18±4 мин.	P<0,05							
Всасывание	5±2,5 мин.	6±3,4 мин.	P>0,05							
Мочевина	17±4 мг %	32±7 мг %	P<0,01							

между HCl и выделительной функцией желудка отмечали Глесснер и Витгенштейн [44], Лурья Р. А. [25] и другие авторы [26, 32].

Нормализуется также элиминационная функция у больных (табл. 2).

Что касается всасывательной функции желудка, то у наших больных она была несколько ускорена и после лечения замедлялась, однако полученные данные статистически недостоверны. Ускорение всасывания йодистого калия при ахилических гастритах В. И. Менцлова с соавт. [29] связывают с отсутствием свободной HCl, в связи с чем раствор йодистого калия через зияющий пилорус проходит в кишечник и быстро проникает в кровяное русло. Авторы нашли связь между всасывательной и кислотообразующей функциями желудка.

В последнее время синтез HCl и его стимуляция разными фармакологическими факторами привлекают особое внимание. Ряд авторов доказывают, что мочевины не только является стимулятором HCl, но и веществом, от которого синтезируется HCl, и находят прямую связь между этими двумя компонентами [24, 27]. В то же время С. Г. Вайнштейн [8] при язвенной болезни, сопровождающейся повышенной кислотностью, в крови больных обнаружил повышение количества мочевины. Согласно нашим данным, у больных, страдающих ахилическим гастритом, особенно при гистаминорезистентной ахилии, количество мочевины в крови ниже нормы, после лечения оно нормализуется. Полученные данные статистически достоверны.

Представляет особый интерес моторная функция желудка (табл. 3). При ахилической секреции у наших больных преобладает в основном гипокINETический тип моторики. Подобные данные были получены рядом авторов [21, 28, 37 и др.]. Однако после эффективного лечения у многих больных, наряду с нормализацией секреторнообразующей, кислотообразующей, пепсиновыделительной и ряда других функций желудка, в большинстве случаев восстанавливается нормальный тип моторики.

Положительная йодная проба, которая указывает на степень диспротеинемии у разных хронических больных, в том числе и при гастритах [15, 46 и др.], стала отрицательной или слабopоложительной у большинства больных.

После лечения многие больные отмечали прекращение ноющих болей в области желудка, тошноты, рвоты, разных нутритивных и диспепсических явлений, прибавление веса, нормализацию картины крови и т. д.

Выводы

1. В патологии желудка хронические ахилические гастриты занимают особое место. Ряд клинико-диагностических тестов имеет огромное значение в точном распознавании и эффективном лечении ахилического гастрита.

2. Комбинированное лечение (ганглиоблокаторы, белковые гидролизаты, кислородный коктейль) благоприятно влияет на течение болез-

ни и нередко более или менее регулирует сокоотделение и моторную функцию желудка.

Дилижанская городская
больница

Поступила 8/IV 1971 г.

Ա. Ա. ԹՈՐՈՍՅԱՆ

ԱՆԻՒԼԻԿ ՍԵԿՐԵՑԻԱՅԻ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԳԱՍՏՐԻՏՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ
ՄԻ ՔԱՆԻ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

Ախիլիկ սեկրեցիայի փրոնիկական գաստրիտների ախտորոշման և բուժման հարցերը մեծ հետաքրքրություն են ներկայացնում ներքին հիվանդությունների կլինիկայում: Բացի ասպիրացիոն բիոպսիայից, այս հիվանդության ախտորոշման համար խոշոր նշանակություն ունեն ստամոքսաճյուղի ժամային լարվածությունը սեկրեցիայի տարբեր փուլերում, աղաթթվի դեբետ-ժամը, պեպսինային ակտիվությունը ստամոքսաճյուղի մեջ, արյան շիճուկում և մեզում, ստամոքսի շարժողական ֆունկցիայի գրանցումը, նրա ներխոռոչային շերտավան չափումը, էլիմինացիոն ֆունկցիայի ու արյան շիճուկում միզանյութի որոշումը և այլն:

Ելնելով ախիլիկ գաստրիտների որոշակի պաթոգենոմոնիկ հանգամանքներից, մենք առաջարկում ենք այս հիվանդության համակցված բուժում՝ քվաթերոն-թթվածնային կոկտեյլով և արյանը փոխարինող միջոցներով: Բուժման այս մեթոդը կիրառվել է խրոնիկական ախիլիկ գաստրիտով տառապող 36 հիվանդների մոտ: Հիմնականում տաքցվել է հուսալի արդյունք:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Андреев Л. В. Терапевтический архив, 1965, 3, стр. 26.
2. Асауляк И. К., Кривизин А. Ф., Коршунова Е. П. Врачебное дело, 1969, 6, стр. 48.
3. Атагалов Э. И. Терапевтический архив, 1967, 6, стр. 11.
4. Афаюнова В. И. Врачебное дело, 1967, 2, стр. 16.
5. Бабицкий Е. Л. Врачебное дело, 1960, 8, стр. 132.
6. Базанова С. В., Сгибова В. В. В кн.: Химия и медицина, в. 15. М., 1960, стр. 115.
7. Бурсаков М. И. В кн.: Хронические гастриты, т. 75. Л., 1957, стр. 156.
8. Вайнштейн С. Г. Советская медицина, 1966, 11, стр. 66.
9. Васильев П. С., Суздалева В. В. Клиническая медицина, 1966, 7, стр. 20.
10. Визир А. Д., Груша В. Н. Врачебное дело, 1968, 4, стр. 19.
11. Вирабян Т. Л. Автореферат канд. дисс. Ереван, 1965.
12. Груша В. Н. Врачебное дело, 1968, 8, стр. 128.
13. Губергриц А. Я. Врачебное дело, 1968, 2, стр. 19.
14. Денисенко П. П. Автореферат докт. дисс. Л., 1962.
15. Жеребцов Л. А. Лабораторное дело, 1968, 8, стр. 502.
16. Зельманова Э. С. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1937, 4, 6, стр. 524.

17. Идельсон Л. И. Терапевтический архив, 1958, 2, стр. 52.
18. Каплан Ф. С. Терапевтический архив, 1967, 8, стр. 100.
19. Клавкин И. М. Врачебное дело, 1969, 10, стр. 120.
20. Кончаловский М. П. Желудочная ахилия. М., 1911.
21. Красильников Л. Г., Фишзон-Рыс Ю. И. Терапевтический архив, 1963, 8, стр. 56.
22. Лазовский Ю. М. Функциональная морфология желудка в норме и патологии. М., 1948.
23. Латышев Н. Н. Врачебное дело, 1968, 1, стр. 30.
24. Линда А. В кн.: Труды совещания по проблеме физиологии и патологии пищеварения. Тарту, 1957, стр. 263.
25. Лурия Р. А. Болезни желудка и кишок и их предупреждение. М., 1939.
26. Малов Ю. С. Врачебное дело, 1969, 3, стр. 9.
27. Мартинсон Э., Линд Х., Холло В. В кн.: Труды совещания по проблеме физиологии и патологии пищеварения. Тарту, 1957, стр. 221.
28. Масевич Ц. Г. Терапевтический архив, 1963, 6, стр. 38.
29. Менцлова В. И., Афанасьева М. С., Видре М. П. Врачебное дело, 1969, 9, стр. 142.
30. Мирзоян С. А., Татевосян Т. С., Назаргян Р. А. и др. Тезисы докладов совещания, посвященного препарату кватерон и опыту его клинического применения. Ереван, 1963, стр. 48.
31. Норкина С. А. Педиатрия, 1969, 11, стр. 67.
32. Попов Г. В. Терапевтический архив, 1965, 3, стр. 31.
33. Проценко Н. Л. В кн.: Вопросы гастроэнтерологии. Киев, 1963, стр. 172.
34. Пэрэт Р. и Землянский С. В кн.: Научная конференция по проблеме физиологии и патологии пищеварения. Киев, 1962, стр. 21.
35. Рыс С. М. Врачебное дело, 1960, 4, стр. 351.
36. Рыс С. М. Терапевтический архив, 1963, 8, стр. 49.
37. Рябоконь Г. Е. Терапевтический архив, 1963, 3, стр. 23.
38. Саркисян А. М. Автореферат канд. дисс. Ереван, 1965.
39. Смирнов И. П. Физиологический журнал СССР, 1962, 1, стр. 82.
40. Торосян А. А. Автореферат канд. дисс. Ереван, 1966.
41. Торосян А. А. Журнал экспериментальной и клинической медицины АН Арм. ССР, 1964, 4, стр. 87.
42. Трусов В. В. Советская медицина, 1962, 10, стр. 46.
43. Шкодин Л. Е. Терапевтический архив, 1965, 9, стр. 84.
44. Glässner K., Wittgenstein H. Wien. klin. Wschr., 1923, 36, 45. 791.
45. Janowitz H. D. et al. Am. J. med. Sci., 1950, 220, 679.
46. Mallen M. et al. Am. J. clin. Path., 1950, 20, 39.