

616-3 (061)

ISSN 0367-5203

Г 22

# ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

*Республиканский  
межведомственный сборник*

Издается с 1969 года

Выпуск 18

304425<

ОБРАТНЫЙ  
304425<



2

Киев «Здоров'я» 1986

Киевский  
Медицинский  
Университет  
513

В сборнике научных трудов рассмотрены вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкой и толстой кишки. Особое внимание уделено передовому опыту лечебно-профилактического обслуживания больных, их диспансеризации и реабилитации.

Для научных работников, организаторов здравоохранения, врачей-гастроэнтерологов.

Редакционная коллегия при Днепропетровском научно-исследовательском институте гастроэнтерологии:

*В. И. Архипенко, И. С. Белый, Г. И. Бурчинский (зам. отв. редактора), Э. Н. Галенко (отв. секретарь), А. Я. Губергриц, Н. Ф. Дейнеко, П. А. Канищев, А. О. Косенко, П. Ф. Крышень (отв. редактор), Н. В. Лукаш, Е. Н. Панасюк, И. С. Петрова, Ю. И. Рафес, В. П. Спивак, П. С. Фецишин.*

Адрес редколлегии: 320037, г. Днепропетровск, проспект Правды, 96, Днепропетровский НИИ гастроэнтерологии, тел.: 27-59-16.

Рецензенты проф. А. П. ПЕЛЕЩУК, канд. мед. наук  
А. И. СМІКОДУБ

## Клиническое течение и состояние основных факторов агрессии и защиты при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у женщин

*В. Н. Медведев, В. Ф. Орловский, Л. М. Зеленская, Н. Я. Доценко, Ю. И. Решетилов, И. А. Довгань, Е. Г. Лямцева, Л. В. Таранюк, Л. Г. Зуевич.* Запорожский институт усовершенствования врачей

По данным ряда авторов, язвенная болезнь встречается у женщин значительно реже, чем у мужчин (в 3—7 раз), и имеет более благоприятное клиническое течение. Среди больных с перфорацией язвы женщин в 10—15 раз меньше, чем мужчин [1, 2]. В литературе мы не нашли работ, посвященных изучению кислотопептического фактора и защитного барьера у женщин при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Цель исследования — изучение у женщин особенностей клинического течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, а также секреторной функции желудка по данным интрагастральной рН-метрии. В условиях гастроэнтерологического кабинета поликлиники и гастроэнтерологического отделения больницы проведено сравнительное обследование 105 женщин и 100 мужчин, больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Диагноз язвенной болезни, поставленный в поликлинике, при тщательном обследовании в условиях стационара был подтвержден у 63 (62 %) женщин и у 94 (94 %) мужчин. Комплекс обследования в условиях стационара включает, кроме общеклинического исследования, фиброгастродуоденоскопию с прицельной биопсией (2 биоптата из двенадцатиперстной кишки, 1 — из привратниковой пещеры желудка по малой кривизне, 2—3 — из тела желудка), рентгенологическое исследование пищеварительного канала, интрагастральную рН-метрию, зондовое исследование секреции желудка по субмаксимальному гистаминовому тесту. Было проведено также морфометрическое исследование биоптатов с измерением толщины слизистой оболочки длины желез и их плотности. В главных железах подсчитано количество главных, обкладочных и добавочных клеток. Процент обкладочных клеток у женщин оказался ниже (в среднем на 30), чем у мужчин, и выше (на 20), чем у здоровых женщин.

Клиническая картина язвенной болезни двенадцатиперстной кишки была типичной у 50 % женщин и 90 % мужчин. При атипичном течении заболевания у женщин наиболее часто диагностировали первичный хронический холецистит (28 %). У женщин, по сравнению с мужчинами, страдающими язвенной болезнью, боль

была меньшей интенсивности и продолжительности, в 50 % случаев отсутствовала локальная болезненность при пальпации в надчревной области и пилородуоденальной зоне. Боль купировалась приемом антацидных средств в дозе, вдвое меньшей, чем для мужчин. У женщин в 2 раза реже наблюдались изжога, «голодные» и ночные боли, практически не выявлено пониженного питания, повышенного тонуса блуждающего нерва. Хронический холецистит, сопутствующий язвенной болезни, диагностирован у 28 % женщин и 8 % мужчин.

По данным фиброгастродуоденоскопического исследования, у женщин, по сравнению с мужчинами, были меньший размер язв и площадь перифокального воспаления, а также более легкое клиническое течение дуоденита и антрального гастрита. У женщин эрозивный дуоденит развился в 5 %, эрозивный антральный гастрит в 4 % случаев, у мужчин — соответственно в 10 и 9 %. При микроскопическом исследовании биоптатов слизистых оболочек фундальный гастрит выявлен у 18 % женщин и 25 % мужчин, антральный гастрит — у 86 % женщин и 92 % мужчин. У обследованных больных обеих групп частота дуоденита была примерно одинаковой и наблюдалась у всех больных язвенной болезнью. Однако атрофический дуоденит, как показали гистологические исследования, чаще обнаруживался у мужчин (на 12 %), особенно при длительном течении заболевания. Таким образом, у женщин выявлена меньшая выраженность сопутствующего гастрита и дуоденита.

При исследовании стимулированной секреции желудка по субмаксимальному гистаминовому тесту методом интрагастральной рН-метрии у женщин в теле желудка рН в среднем составила  $1,1 \pm 0,05$ , у мужчин —  $0,95 \pm 0,05$ , а в привратниковой пещере — соответственно  $1,8 \pm 0,21$  и  $1,5 \pm 0,32$ . При зондовом исследовании желудочного сока дебит соляной кислоты у женщин был на 30 % меньше, чем у мужчин, как в базальную, так и стимулированную фазу секреции.

У женщин наблюдались меньшая частота и выраженность осложнений язвенной болезни: дуоденальные кровотечения у 4 % женщин и 18 % мужчин; стеноз привратника у 1 % женщин и 5 % мужчин; пенетрирующая язва — соответственно у 2 и в 8 %.

Проводимая базисная терапия язвенной болезни с обязательным включением антацидных, холинолитических средств и репарантов купировала выраженный болевой синдром: у женщин на 3—4-й день лечения, у мужчин — на 5—8-й день. Полностью болевой синдром исчезал у женщин на 8—10-й день лечения, у мужчин он продолжался 14—16 дней.

Таким образом, у женщин, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, по сравнению с мужчинами, выявле-

на меньшая выраженность антрального гастрита и дуоденита. Количество обкладочных клеток в главных железах незначительно больше, чем в норме, и меньше, чем у мужчин. Секреторная функция желудка у женщин ниже, чем у мужчин. У женщин при язвенной болезни в патологический процесс часто вовлекается желчный пузырь. При лечении язвенной болезни женщинам реже, чем мужчинам, назначаются разовые дозы антацидных средств.

1. *Василенко В. Х., Гребенев А. Л.* Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. — М.: Медицина, 1981. — 344 с.

2. *Василенко В. Х., Широкова К. И., Виноградова М. А.* Особенности клинического течения язвенной болезни у женщин. — В кн.: Материалы Всесоюз. конф. врачей терапевтов-гастроэнтерологов. Минск, 1966, с. 9—11.

Поступила в редколлегию 19.09.84.

УДК 616.329/342—076

### **Гистотопографические особенности слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного канала при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки**

*Т. В. Майкова.* Днепропетровский НИИ гастроэнтерологии

Изучение морфофункционального состояния слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного канала у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки имеет немаловажное значение, так как может стать основанием для разработки диагностических критериев, а также оценки тяжести заболевания.

Нами проведено морфологическое исследование прицельных биопсий, взятых из средней трети и дистального отдела пищевода, кардиальной части, дна и привратниковой пещеры желудка, луковицы двенадцатиперстной кишки, у 81 больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Для определения состояния гистоструктуры слизистой оболочки указанных зон пищеварительного канала исследовали парафиновые срезы эпителия, окрашенные гематоксилин-эозином. Проллиферативную активность эпителия изучали после инкубации биоптатов в среде 199, содержащей 0,2 МБК Н<sup>3</sup>-тимидина в течение 1 ч, с последующими фиксацией их в жидкости Карнуа и заключением в парафин. На депарафинированные срезы наносили фотозмульсию типа «М» и после 30-дневной экспозиции и проявления окрашивали их гематоксилин-эозином. Проллиферативную активность оценивали по индексу меченых ядер. Для этого в срезах подсчитывали количество меченых и немеченых ядер и определяли их процентное соотношение. Для каждого препарата подсчет индекса меченых ядер проводили на 1000 клеток камбиальной зоны. При количественном определении содержания ДНК в ядрах эпителия слизистой оболочки изучаемых отделов пищеварительно-

## Содержание

### Этиология и патогенез

<i>Крышень П. Ф., Кругликов И. Т.</i> Системные механизмы патогенеза язвенной болезни	3
<i>Косенко А. Ф., Кожевникова Л. А.</i> Влияние вазопрессина на развитие экспериментальных язв желудка	9
<i>Пругло Ю. В.</i> Количественные аспекты морфогенеза язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	11
<i>Косыко Е. В.</i> Влияние вагусной активации на кислотообразующий аппарат желудка в зависимости от его исходного морфофункционального состояния	14
<i>Гайдар Ю. А.</i> Иммуновоспаление слизистой оболочки пищеварительного канала	16
<i>Арделян В. Н., Аверянова Л. П., Невельштейн Б. А., Гарбузюк Г. Н., Яровая А. З.</i> Патофизиологические механизмы демпинг-реакции в динамике развития экспериментальной язвы желудка	19
<i>Руденко А. И., Рябенко Е. В.</i> Секреторная деятельность желудка, вызванная введением стимуляторов, и регулирующие ее механизмы	22
<i>Крышень В. П., Шамшонкова Т. П., Вчерашняя Н. Н.</i> Особенности иммунологической реактивности организма у больных язвенной болезнью желудка с различной кислотообразующей функцией	24
<i>Люлька И. В., Стародубцев И. С., Богатырев Б. И.</i> Проницаемость капилляров у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки	27

### Клиника и диагностика

<i>Шелекетина И. И., Кожухарь Н. П., Минко А. Ф., Руденко А. И.</i> К методике определения общего белка в желудочном соке	29
<i>Долганов С. Ю., Сорока А. Н., Свиридюк В. З., Евтушенко В. П.</i> Частота желудочно-кишечного рефлюкса у больных с сочетанными поражениями органов пищеварения	31
<i>Мосийчук Л. Н.</i> Изучение содержания сывороточных иммуноглобулинов у больных хроническим гастритом	33
<i>Бондарь Н. И., Правоторова Л. И.</i> Пенетрирующие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	35
<i>Медведев В. Н., Орловский В. Ф., Зеленская Л. М., Доценко Н. Я., Решетиллов Ю. И., Довгань И. А., Лямцева Е. Г., Таранюк Л. В., Зуевич Л. Г.</i> Клиническое течение и состояние основных факторов агрессии и защиты при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у женщин	38
<i>Майкова Т. В.</i> Гистотопографические особенности слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного канала при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки	40
<i>Канищев П. А., Грисенко С. Ю., Крекнин А. А.</i> Морфологическая картина энтеро- и колонобиоптатов при хронических заболеваниях тонкой и толстой кишки	43
<i>Мосалова Н. М.</i> Клиническая оценка специфической агломерации лейкоцитов у больных хроническим энтероколитом с сопутствующим гастритом	45