

Зовнішньосекреторна функція підшлункової залози, скоротлива функція жовчного міхура і пілоричного затвора шлунка у хворих на хронічний нормацидний гастрит

П. В. Смоліговець

Український науково-дослідний інститут харчування, Київ

Вивчаючи функціональний стан шлунка і підшлункової залози у хворих на виразкову хворобу і хронічний гастрит, ми встановили, що частота і ступінь порушення зовнішньосекреторної функції підшлункової залози у цих хворих залежить від локалізації виразкового процесу, тривалості захворювання, кислотності шлункового вмісту, ступеня поширеності гастриту і втягнення в патологічний процес жовчного міхура, жовчних шляхів і печінки.

В цьому повідомленні викладені дані, що стосуються зовнішньосекреторної функції підшлункової залози, скоротливої функції жовчного міхура і пілоричного затвора шлунка у хворих на хронічний гастрит з нормальною кислотністю шлункового вмісту.

Всього було досліджено 40 хворих. У 30 з них, які поступили в клініку з діагнозом хронічний гастрит, в дуоденальному вмісті під час зондування були виявлені запальні елементи — пластівці і лейкоцити, які вказують на наявність у них хронічних холециститів і ангіохолітів.

Розподіл обслідуваних хворих за діагнозами захворювання, статтю і віком можна бачити з табл. 1. З таблиці видно, що більшість хворих з поєднаними ураженнями органів травлення була віком від 30 до 50 років. Значно рідше поєднані ураження шлунка, жовчного міхура і жовчних шляхів спостерігаються у осіб молодших за 30 років.

Розподіл обслідуваних за тривалістю захворювання наведений в табл. 2. Ознайомлення з цією таблицею показує, що тривалість захворювання у осіб з поєднаними ураженнями шлунка, жовчного міхура і

Таблиця 1

Склад хворих і діагнози захворювання

Діагноз	Всього хворих	В тому числі		Вік (роки)									
				18—20		21—30		31—40		41—50		51—60	
		чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.
Хронічний нормацидний гастрит . . .	10	7	3	1	1	6	1	—	1	—	—	—	—
Хронічний нормацидний гастрит, холецистоангіохоліт	30	12	18	1	1	2	1	3	7	5	8	1	1
Всього	40	19	21	2	2	8	2	3	8	5	8	1	1

жовчних шляхів перевищувала два-три роки, тобто майже в усіх випадках захворювання мало хронічний характер з тривалим перебігом.

Таблиця 2

Тривалість захворювання обслідуваних

Діагноз	Всього хворих	Тривалість захворювання									
		до 1 року	до 2 років	до 3 років	до 4 років	до 5 років	до 6 років	до 7 років	до 8 років	до 9 років	до 10 років
Хронічний нормацидний гастрит	10	6	2	1	—	—	—	—	—	—	1
Хронічний нормацидний гастрит, холецистоангіохоліт	30	2	4	5	1	5	2	2	1	—	2
Всього	40	8	6	6	1	5	2	2	1	—	2

У хворих на хронічний гастрит без уражень жовчного міхура і жовчних ходів тривалість захворювання у більшості випадків була до одного року.

При об'єктивному дослідженні у значної кількості хворих виявилась патологічно збільшена печінка.

Таблиця 3

Збільшення розмірів печінки обслідуваних

Діагноз	Всього хворих	Збільшення розмірів печінки				
		біля краю реберної дуги	до 1 см	до 2 см	до 3 см	до 4 см
Хронічний нормацидний гастрит	10	5	1	—	—	—
Хронічний нормацидний гастрит, холецистоангіохоліт	30	5	2	14	6	1
Всього	40	10	3	14	6	1

Клінічний прояв захворювання у осіб з поєднаними ураженнями шлунка, жовчного міхура і жовчних шляхів багато в чому відрізнявся від його характеру у осіб з хронічним гастритом. Із десяти хворих на хронічний гастрит на біль під грудьми скаржились дев'ять осіб, у двох була печія, у трьох — нудота та у двох — відрижка. Біль під грудьми у цих хворих здебільшого посилювався після їди. В осіб, хворих на хронічний гастрит у поєднанні з холециститом, ангіохолітом і гепатитом, біль у животі не завжди пов'язаний з прийманням їжі і часто має постійний характер. Локалізація болю здебільшого виходить за межі підложечкової ділянки і поширюється на праве під ребер'я, іноді з іррадіацією у праву половину грудної клітки і в праву підлопаткову ділянку. У частини хворих при посиленні болю відзначається іррадіація і в ділянку серця.

В характері диспептичних явищ у хворих цієї групи поряд з печією (14 осіб), відрижками (11), нудотою (17) і блюванням (2), 6 хворих скаржились на гіркоту в роті. У цих хворих спостерігалось чергування нормального випорожнення з кашцеподібним.

При аналізі функціонального стану шлунка виявлено, що у хворих на хронічний гастрит без поєднання його з ураженнями жовчного мі-

хура, жовчні в межах від шлунка за 30,4 мл).

Максимальна натще коливань, а вільних одиниць. Кількість

коливалась в секретії порож

Максимальна у фазу наступ титраційних о

нього шлунка, 28,2) титрацій

ції порожнього

Наведені д

мальною секре і секретія шлу

і секретії. У фа в фазу наступ

шлунка. Максимальна секретії колива

ниць, а вільної раційних одини

Отже, мож

мальною секрет сту досягає нев

поступово підви зміни кислотнос

людей. Латентний і

рих здебільшого 10 хв, у другого

Тривалість д

дорівнювала 40- евакуація проб

70 хв (в середнь

Перетравлю

Аналогічні д

ка, нами одержав ністю холецистоа

лотності шлунков

функції шлунка.

Аналізуючи д

функції підшлунк

без одночасних ур

бачимо, що кільк

рефлекторна фаза

Після введення з

в дванадцятипалу

вмісту у більшост

жветься і наприкін

5—Фізіологічний журнал

хура, жовчних шляхів і печінки шлункова секреція натще коливалась в межах від 8 до 30 мл (в середньому 20,5 мл), а секреція порожнього шлунка за 30 хв коливалась в межах від 21 до 63 мл (в середньому 50,4 мл).

Максимальні показники загальної кислотності шлункового вмісту натще коливались від 12 до 50 (в середньому 32,3) титраційних одиниць, а вільної соляної кислоти від 0 до 40 (в середньому 20,6) титраційних одиниць.

Кількість шлункового вмісту за 30 хв у фазу наступної секреції коливалась від 26 до 60 мл (в середньому 41,5 мл), що трохи менше секреції порожнього шлунка.

Максимальні показники загальної кислотності шлункового вмісту у фазу наступної секреції коливались від 28 до 60 (в середньому 38,1) титраційних одиниць і дещо перевищували загальну кислотність порожнього шлунка, а вільної соляної кислоти — від 16 до 50 (в середньому 28,2) титраційних одиниць, що також трохи більше, ніж у фазу секреції порожнього шлунка.

Наведені дані показують, що у хворих на хронічний гастрит з нормальною секреторною функцією шлунка кислотність шлункового вмісту і секреція шлунка різні за своєю інтенсивністю в різні фази шлункової секреції. У фазу порожньої секреції активніша секреторна функція, а в фазу наступної секреції активніша кислотоутворювальна функція шлунка.

Максимальні величини загальної кислотності у фазу аліментарної секреції коливались від 20 до 50 (в середньому 35) титраційних одиниць, а вільної соляної кислоти — від 14 до 40 (в середньому 24,6) титраційних одиниць.

Отже, можна сказати, що у хворих на хронічний гастрит з нормальною секреторною функцією шлунка кислотність шлункового вмісту досягає невисокого рівня у фазу порожньої секреції, а в дальшому поступово підвищується, але не виходить за межі норми. Аналогічні зміни кислотності шлункового вмісту спостерігаються і у здорових людей.

Латентний період з відсутністю вільної соляної кислоти у цих хворих здебільшого тривав менше 10 хв і тільки в одного він дорівнював 10 хв, у другого — 20 хв і у третього — 30 хв.

Тривалість перебування збудника секреції в шлунку здебільшого дорівнювала 40—50 хв, евакуація була нормальною; у двох хворих евакуація пробного сніданку настала через 60 і в одного хворого через 70 хв (в середньому 51,6 хв).

Перетравлююча сила соку, за Меттом, не виходила за межі норми.

Аналогічні дані, що характеризують функціональний стан шлунка, нами одержані і у хворих на хронічний нормацидний гастрит з наявністю холецистоангіохолітів з тенденцією до зниження секреції і кислотності шлункового вмісту та незначним уповільненням евакуаторної функції шлунка.

Аналізуючи дані, одержані при дослідженні зовнішньосекреторної функції підшлункової залози у хворих на хронічний нормацидний гастрит без одночасних уражень жовчного міхура, жовчних шляхів і печінки, ми бачимо, що кількість дуоденального вмісту в порції натще (складно-рефлекторна фаза) коливалась від 12 до 32 мл (в середньому 23,2 мл). Після введення збудника секреції (0,5%-ний розчин соляної кислоти) в дванадцятипалу кишку кількість дуоденального (панкреатичного) вмісту у більшості хворих різко підвищується, а потім поступово знижується і наприкінці першої години найчастіше досягає вихідних вели-

чин (в середньому в порції наприкінці першої години — 28,7 мл, а наприкінці другої години — 24 мл).

Майже аналогічна картина відзначається і щодо карбонатної лужності дуоденального вмісту що, як відомо, відображає кількісні показники панкреатичної секреції. В порції натще величина карбонатної лужності коливається від 17,5 до 62 об% CO_2 (в середньому 45,3); наприкінці першої години — в середньому 59,6, наприкінці другої години — 63 об% CO_2 .

Активність ферментів дуоденального вмісту у хворих цієї групи характеризувалась такими даними.

В порції натще активність амілази у окремих хворих коливалась в межах 160—2560 одиниць (в середньому — 696,6). Після введення збудника секреції активність амілази здебільшого дещо знижується, а наприкінці першої години знову підвищується і досягає вихідного рівня. При дослідженні з дворазовим введенням збудника секреції з інтервалом в одну годину підвищення активності амілази в кінці дослідження проявляється більш виразно.

Аналогічна картина спостерігається і при визначенні активності трипсину і ліпази дуоденального вмісту. В порціях натще активність трипсину коливалась в межах 160—2560 (в середньому 1000) одиниць; наприкінці першої години 320—2560 (в середньому 1305,4) одиниць. Більш значні коливання в порції натще виявлялись при визначенні активності ліпази — 20—116 (в середньому 55,5) одиниць; наприкінці першої години — 58,2, а наприкінці другої години — 78 одиниць.

Активність амілази крові і сечі у хворих цієї групи була на рівні норми — 8—32 одиниці при визначенні методом Вольгемута і 1,58—2,62 мг% цукру при визначенні методом Енгельгардта і Герчука.

Спостерігаючи за станом активності ферментів і концентрацією карбонатної лужності дуоденального вмісту в кожній його 15-хвилинній порції, ми бачимо, що концентрація ферментів у дуоденальному вмісті у хворих цієї групи після введення збудника секреції знижується і лише в деяких випадках трохи збільшується, а через годину повертається до вихідних величин.

Лужність і кількість дуоденального (панкреатичного) вмісту спочатку підвищуються, а потім знижуються; через годину досягають початкового рівня.

Така динаміка активності ферментів і коливання лужності дуоденального вмісту свідчать про нормальну зовнішню секрецію підшлункової залози. Нормальні показники активності амілази крові і сечі доповнюють уявлення про нормальний перебіг зовнішньої секреції підшлункової залози обслідуваних нами хворих.

Наведені дані клінічного вивчення зовнішньосекреторної функції підшлункової залози повністю узгоджуються з результатами експериментальних досліджень Вольтера, Линтварьова, Долинського, Попельського та ін. і спостереженнями Бикова та ін. за хворими з фістулою підшлункової залози, які показали, що секретин сприяє виділенню великої кількості соку. Цей «секретинний» сік характеризується високою лужністю і низькою концентрацією ферментів. Наприкінці «секретинної» секреції, тобто в кінці першої години, концентрація ферментів під впливом вегетативної нервової системи підвищується. Цьому «нервовому» соку властива менша лужність.

Клінічна картина перебігу основного патологічного процесу у хворих з описаною вище динамікою ферментативної активності і карбонатної лужності дуоденального вмісту не вказувала на наявність будь-яких порушень зовнішньосекреторної функції підшлункової залози.

Хронічний норма
Хронічний норма
гіохоліт . . .

Всього

У частини
ної активності,
нального вміст
зовнішньосекре
з даних табл. 4
З табл. 4.
без одночасних
порушення зовн
межі диспанкре
секреторної фун
частіше спостері
ураженнями жов
цих хворих вияв
стану підшлунко
процесу і фермен
рих з великою т
змінами в жовчно
Багаторічний
функції підшлунк
вання із застосув
збудника секреції
функцію пілоричн
міхура.

У здорових л
надцятиспалу кишк
критим і спостері
дуоденального вмі
15-хвилинній порці
зує на своєчасну с
фізіологічний збуд
виділяється одноча
панкреатичних фер
В дальшому, в мір
ного вмісту стає мен
ного вмісту підвищу
Наприкінці пер
ясно-жовтий, а ферм
вихідний рівень.

Таблиця 4

Порушення зовнішньосекреторної функції підшлункової залози

Діагноз	Кількість хворих	Зовнішня секреція підшлункової залози			
		нормальна	диспанкреатизм	порушення ферментовиділення	Порушення секреторного процесу
Хронічний нормацидний гастрит	10	6	4	—	—
Хронічний нормацидний гастрит, холецистоангіохоліт	30	5	21	2	2
Всього	40	11	25	2	2

У частини обслідуваних нами хворих при визначенні ферментативної активності, концентрації карбонатної лужності і кількості дуоденального вмісту були виявлені більш або менш виражені порушення зовнішньосекреторної функції підшлункової залози. Це можна бачити з даних табл. 4.

З табл. 4. видно, що у хворих на хронічний нормацидний гастрит без одночасних уражень жовчного міхура, жовчних шляхів і печінки порушення зовнішньої секреції підшлункової залози не виходять за межі диспанкреатизму. Крім того, функціональні порушення зовнішньосекреторної функції підшлункової залози у вигляді диспанкреатизму частіше спостерігаються у хворих на хронічний гастрит у поєднанні з ураженнями жовчного міхура і жовчних шляхів. В деяких випадках у цих хворих виявляються і більш глибокі порушення функціонального стану підшлункової залози, які полягають у порушеннях секреторного процесу і ферментовиділення. Ці порушення виявляються тільки у хворих з великою тривалістю захворювання і вираженими патологічними змінами в жовчному міхурі, жовчних шляхах і печінці.

Багаторічний досвід клінічного вивчення зовнішньосекреторної функції підшлункової залози показує, що метод дуоденального зондування із застосуванням 30 мл 0,5%-ного розчину соляної кислоти як збудника секреції підшлункової залози дозволяє також судити про функцію пілоричного затвора шлунка і скоротливої функції жовчного міхура.

У здорових людей після введення фізіологічного збудника в дванадцятипалу кишку пілорус шлунка протягом 50—60 хв лишається закритим і спостерігається ритмічне виділення через зонд прозорого дуоденального вмісту. Забарвлення дуоденального вмісту в першій 15-хвилинній порції звичайно оливкове або ж насичено-жовте, що вказує на своєчасну скоротливу функцію жовчного міхура у відповідь на фізіологічний збудник і на домішки міхурової жовчі, яка синхронно виділяється одночасно з виділенням панкреатичного соку. Активність панкреатичних ферментів у цій порції завжди нижча вихідного рівня. В дальшому, в міру спорожнення жовчного міхура, колір дуоденального вмісту стає менш жовтим, а ферментативна активність дуоденального вмісту підвищується.

Наприкінці першої години колір дуоденального вмісту звичайно ясно-жовтий, а ферментативна активність його досягає або перевищує вихідний рівень.

Таблиця 5

Функція пілоричного затвора і скоротлива функція жовчного міхура
у досліджених хворих

Діагноз	Кіль- кість хво- рих	Функція пілоричного затвора		Скоротлива функція жовчного міхура			
		нормаль- на	поруше- на	своєчас- на	через 15 хв	через 30 хв	пізніше цього строку
Хронічний нормацидний гастрит	10	5	5	8	—	2	—
Хронічний нормацидний гастрит, холе- цистоангіохоліт	30	19	11	21	6	1	2
Всього	40	24	16	29	6	3	2

В дальшому, якщо повторно не ввести в дванадцятипалу кишку фізіологічного збудника, то майже в усіх випадках до дуоденального вмісту домішується кислий шлунковий сік, що свідчить про відкриття пілоричного затвора шлунка.

У хворих з наявністю дискінезій за ходом шлунково-кишкового тракту ці фізіологічні закономірності порушуються. Скорочення жовчного міхура не завжди відбуваються слідом за введенням фізіологічного збудника, а проходження шлункового вмісту в дванадцятипалу кишку, яке вказує на відкриття пілоруса, здійснюється безладно. У частини хворих спостерігається відходження по черзі то жовчі майже без домішки панкреатичного соку, то чистого панкреатичного соку без домішки жовчі.

Наведене дає підставу твердити, що дуоденальне зондування із застосуванням фізіологічного збудника (30 мл 0,5%-ного розчину соляної кислоти), є надійним клінічним методом для розпізнавання дискінезій.

Відомості про стан функції пілоричного затвора шлунка і скоротливої функції жовчного міхура у досліджених нами хворих наведені в табл. 5.

З табл. 5 видно, що у частини обслідуваних хворих, поряд з наявністю органічних змін у шлунку, були виразні порушення скоротливої функції жовчного міхура і функції пілоричного затвора. У хворих з поєднаними ураженнями шлунка і жовчовивідних шляхів ці функціональні порушення виявляються частіше.

Слід вказати, що в одного хворого з цієї групи з хронічним гастритом і холецистоангіохолітом спостерігалось по черзі виділення жовчі і панкреатичного соку.

Наведені факти є об'єктивним підтвердженням висловлювань класиків вітчизняної терапевтичної школи С. П. Боткіна, Г. А. Захар'їна, А. А. Остроумова, які вказували, що між органічними і функціональними розладами існує найтісніший зв'язок і що тривалі функціональні порушення можуть призвести до органічних змін. Поділ захворювань органів травлення на функціональні й органічні має умовний характер. Наведені дані показують також, що функціональні розлади шлунка, дванадцятипалої кишки, жовчного міхура і жовчних шляхів, а також підшлункової залози завжди супроводжуються їх структурно-морфологічними змінами; між ними існує постійний взаємозв'язок.

1. Методного збудникаджувати дуодези, але й є надро-дуоденально
2. У хворихторною і кислопатологічного птурно-морфологале при наявнос
3. При більна хронічний гасі структурно-моваються хронічні
4. Зовнішньпервинний хроніжовчного міхуранепорушеною. Упорушення у вигл
5. У хвориххолі і гепатит ззовнішньосекреторреатизму, а в деяня секреторного п
6. Викладеніванні і лікуванні зобслуговування.

- Бурчинский Г. И., Бовенная болезнь, ГосБурчинский Г. И.,Бурчинский Г. И.,бот (Киевский окрБульгинский Г. НБыков К. М. и Давного аппарата челоГоворова М. С., ТруГольдштейн Б. И.,Гордон О. Л., Хрон. гГубергриц А. Я. иЗакржевский Е. Б.,Медгиз, 1961.
- Лепорский Н. И., БоМихнев А. Л. и ГанПавлов И. П., ПолноеРыс С. М., Клин. медРыс С. М. и ШатаСмоліговець П. В.,терапевтов УССР, 196Врач. дело, № 8, 10терапевтов Молд. ССРФунт И. М., Гастриты, МЧеботарев Д. Ф., КазВрач. дело, № 6, 1956;Шилов П. И., Терап. арWohlgemuth J., Враче

Висновки

1. Метод дуоденального зондування із застосуванням фізіологічного збудника панкреатичної секреції дає можливість не тільки досліджувати дуоденальний вміст і секреторну функцію підшлункової залози, але й є надійним клінічним методом розпізнавання дискінезій гастро-дуоденальної системи.

2. У хворих на первинний хронічний гастрит з нормальною секреторною і кислотоутворювальною функцією шлунка у початковій стадії патологічного процесу захворювання проходить без виражених структурно-морфологічних змін жовчного міхура, жовчних шляхів і печінки, але при наявності дискінезії.

3. При більш тривалому перебігу патологічного процесу у хворих на хронічний гастрит, поряд з наявністю дискінезій виразно проявляються і структурно-морфологічні зміни в жовчовидільній системі, розвиваються хронічні холециститу, ангіохоліти і гепатити.

4. Зовнішньосекреторна функція підшлункової залози у хворих на первинний хронічний нормацидний гастрит без поєднаних уражень жовчного міхура, жовчних шляхів і печінки здебільшого залишається непорушеною. У меншій частині хворих виявляються її функціональні порушення у вигляді диспанкреатизму.

5. У хворих на хронічний нормацидний гастрит, холецистит, ангіохоліт і гепатит здебільшого виявляються функціональні порушення зовнішньосекреторної функції підшлункової залози у вигляді диспанкреатизму, а в деяких випадках і більш глибокі її ураження — порушення секреторного процесу і ферментовиділення.

6. Викладені дані необхідно враховувати при клінічному обслідуванні і лікуванні зазначених хворих і при організації їх диспансерного обслуговування.

ЛІТЕРАТУРА

- Бурчинский Г. И., Врач. дело, № 2—3, 1947; Военно-мед. журн., № 3, 1951; Язвенная болезнь, Госмедиздат УССР, 1954; Труды VII съезда терап. УССР, 1962.
- Бурчинский Г. И., Путилин Н. И., Врач. дело, № 7, 1962.
- Бурчинский Г. И., Колотова Н. Н. и Прошарук Е. В., Сб. научных работ (Киевский окр. военный госпиталь), № 4, 1962.
- Булыгинский Г. Н., Механизм патол. реакций, изд. ВММА, Л., 1947.
- Быков К. М. и Давыдов Г. М., Нервно-гумор. регуляция в деят. пищеварительного аппарата человека, 1935, с. 19.
- Говорова М. С., Труды VII съезда терапевтов УССР, 1962.
- Гольдштейн Б. И., Врач. дело, № 4, 1934.
- Гордон О. Л., Хрон. гастрит и так наз. функцион. забол. желудка, Медгиз, 1959.
- Губергриц А. Я. и Циммерман Я. С., Терап. архив, т. XXXI, № 8, 1959.
- Закржевский Е. Б., Функцион. диагностика заболеваний поджелудочной железы, Медгиз, 1961.
- Лепорский Н. И., Болезни поджелудочной железы, Медгиз, 1951.
- Михнев А. Л. и Ганджа И. М., Врач. дело, № 2, 1960.
- Павлов И. П., Полное собр. соч., т. II, кн. II, М.—Л., 1951.
- Рысс С. М., Клин. мед., № 10, 1961; Терап. архив, т. XXXIII, № 8, 1961.
- Рысс С. М. и Шаталова А. А., Терап. архив, т. XI, вып. 7—8, 1933.
- Смолиговец П. В., Фізіол. журн. АН УРСР, т. III, № 2, 1957; Труды VII съезда терапевтов УССР, 1962; в кн. «Вопросы питания», Госмедиздат УССР, 1962, с. 158; Врач. дело, № 8, 10, 1963; в кн. «Доклады IV республ. научной конферен. терапевтов Молд. ССР, Кишинев, 1963, с. 101.
- Фунт И. М., Гастриты, М., 1953.
- Чеботарев Д. Ф., Казанский мед. журн., № 2, 1940; Клин. мед., т. XIX, № 5, 1941; Врач. дело, № 6, 1956; № 2, 1958.
- Шилов П. И., Терап. архив, т. XXXIII, № 8, 1961.
- Wohlgenuth J., Врачебное дело, № 23-24, 1927.

Внешнесекреторная функция поджелудочной железы, сократительная функция желчного пузыря и пилорического затвора желудка у больных хроническим нормацидным гастритом

П. В. Смолиговец

Украинский научно-исследовательский институт питания, Киев

Резюме

В настоящей работе изложены данные о внешнесекреторной функции поджелудочной железы, сократительной функции желчного пузыря и пилорического отдела желудка у больных хроническим гастритом с нормальной секрецией и кислотностью желудочного содержимого.

Пользуясь ранее описанными методами клинико-физиологических исследований желудка и поджелудочной железы в комплексе со всесторонним клиническим обследованием больных и динамическим наблюдением за состоянием их здоровья мы обследовали 40 больных. У 30 обследованных в дуоденальном содержимом выявлялись воспалительные элементы — хлопья и лейкоциты, указывающие на наличие у них хронических холециститов и ангиохолитов. У части больных, наряду с органическими изменениями в желудке, были обнаружены отчетливые нарушения сократительной функции желчного пузыря и функции пилорического затвора. У больных с сочетанными поражениями желудка и желчевыводящих путей эти функциональные нарушения выявляются чаще.

Исследования показали, что метод дуоденального зондирования с применением физиологического возбудителя панкреатической секреции (30 мл 0,5%-ного раствора HCl) позволяет не только изучать внешнесекреторную функцию поджелудочной железы и выявлять воспалительные изменения в желчном пузыре и желчных ходах, но и является хорошим клиническим методом для распознавания дискинезий.

У больных первичным хроническим гастритом в начальной стадии заболевание протекает без выраженных структурно-морфологических изменений желчного пузыря и желчных ходов, но при наличии дискинезий. При более длительном течении патологического процесса наряду с дискинезиями у больных хроническим гастритом отчетливо выявляются и структурно-морфологические изменения в желчно-выделительной системе, развиваются хронические холециститы и ангиохолиты.

Внешнесекреторная функция поджелудочной железы у больных первичным хроническим нормацидным гастритом без сопутствующих поражений желчного пузыря, желчных путей и печени в большинстве случаев не нарушается. У меньшей части больных выявляются функциональные нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы в виде диспанкреатизма. У больных хроническим нормацидным гастритом, холецистоангиохолитом и гепатитом в большинстве случаев обнаруживаются проявления диспанкреатизма, а в отдельных случаях и более глубокие поражения поджелудочной железы — нарушения секреторного процесса и ферментовыделения.

Data are
creas, the con
of the stomac
function of th

In patient
disease took a
changes of the

With a lo
there are disti
creting system
giocholitis deve

The extern
primary chroni
gall bladder, bi
nal disturbance
the form of dys

In patients
cholitis and he
function of the
dyspancreatism;
disturbance of th

External Secretory Function of the Pancreas, the Contractile Function of the Gall Bladder and the Pyloric Seal of the Stomach in Patients with Chronic Normacidal Gastritis

P. V. Smoligovets

Ukrainian Research Institute for Nutrition, Kiev

Summary

Data are presented on the external secretory function of the pancreas, the contractile function of the gall bladder and the pyloric seal of the stomach in patients with chronic gastritis with normal secretory function of the stomach at various stages of the pathological process.

In patients with primary chronic gastritis at the initial stage the disease took a course without pronounced structural and morphological changes of the gall bladder and bile ducts, but with dyskinesia.

With a longer course of the pathological process in these patients there are distinct structural and morphological changes in the bile excreting system along with dyskinesia, and chronic cholecystitis and angiocholitis develop.

The external secretory function of the pancreas in patients with primary chronic normacidal gastritis without attending lesions of the gall bladder, bile ducts and liver is not disturbed in most cases. Functional disturbances of the external secretory functions of the pancreas, in the form of dyspancreatism, are found in the minority of the patients.

In patients with chronic normacidal gastritis, cholecystitis, angiocholitis and hepatitis functional disturbance of the external secretory function of the pancreas was found in most cases, taking the form of dyspancreatism; in some cases more profound affections were found — disturbance of the secretory process and of enzyme secretion.