

Содержание связанного белками йода и холестерина крови у здоровых (по возрастам)

Возрастные группы	Связанный белками йод, мкг%		Холестерин крови, мг%	
	число обследованных	M ± m	число обследованных	M ± m
Беременные (16—26 недель)	10	7,75 ± 0,46	15	171
Родильницы	15	4,51 ± 0,48	15	203 ± 3,65
В крови из пупочной вены	15	4,58 ± 0,38	15	80,1 ± 4,07
2,5—3,5 года	18	4,00 ± 0,34	21	128 ± 2,90
8—9 лет	21	5,38 ± 0,29	21	157 ± 3,09
13—14 лет	16	5,53 ± 0,28	18	141 ± 3,88
17—19 лет	20	4,67 ± 0,22	30	137 ± 3,66
Доноры 20—50 лет	87	5,58 ± 0,15	88	174 ± 3,11

Наши данные о содержании белка крови и его фракций совпадают с данными, полученными в аналогичных условиях Г. Н. Саралидзе (1965), И. О. Сахарчук (1966) и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комарова Т. Ф., Тендлер Д. С., Соколова Е. В. Пробл. эндокринологии и гормонотерапии, 1964, 4.—2. Степанов Г. С. Лаб. дело, 1965, 10.—3. Шляхтина Л. Г. Пробл. эндокринологии и гормонотерапии, 1966, 5.

УДК 616.37—008.6

ИЗМЕНЕНИЯ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ

Кандидаты мед. наук В. В. Певчих и В. В. Трусов

Кафедра госпитальной терапии (зав.—проф. Л. А. Лецинский) Ижевского медицинского института

Внешнесекреторная функция поджелудочной железы изменяется под влиянием различных лечебных воздействий. Используя методический опыт М. М. Губергрица, А. Я. Губергрица, Н. К. Шлыгина, К. М. Простякова и др., мы изучали влияние на экзокринную функцию поджелудочной железы холинолитических (гексоний, ганглерон, диколин) и гормональных (АКТГ, преднизолон, метиландростендиол) препаратов, а также радиоактивного йода (при лечении больных диффузной токсической струмой). Исследования по комплексной методике были проведены в клинических условиях у 357 больных.

Внешнесекреторную функцию поджелудочной железы мы изучали в динамике, до и после лечения, у 43 женщин (в возрасте от 20 до 49 лет), больных диффузной токсической струмой средней тяжести. Более чем у половины больных выявлены нарушения внешнесекреторной деятельности панкреатической железы, что прежде всего проявлялось в диссоциации отделения различных ферментов и в извращении «кривой» ферментоотделения. У всех больных мы повторили определение внешнесекреторной функции поджелудочной железы через 5—8 месяцев после курса лечения радиоактивным йодом (суммарная активность его составляла 6—20 мккюри). Лечение радиоактивным йодом было вполне успешно у 39 больных. Вместе с ликвидацией или значительным уменьшением симптомов тиреотоксикоза оно способствовало улучшению функционального состояния поджелудочной железы: восстановился параллелизм в отделении ферментов у 9 больных из 23, в большей части случаев кривая выделения ферментов приобретала более правильный, физиологический характер.

Влияние на поджелудочную железу гормонотерапии (АКТГ, преднизолоном) мы изучали у больных ревматизмом (60), ревматоидным полиартритом (17) и бронхиальной астмой (8). Исследование проводили до и на фоне гормонотерапии у 85 больных,

у 40 исследование повторили через 2 недели после отмены гормонов. Наиболее выраженные сдвиги произошли в концентрации диастазы и трипсина: на фоне лечения гормонами концентрация этих ферментов увеличилась (статистически достоверно, $P < 0,05$ и $0,01$). Под влиянием лечения нормализовались кривые ферментоотделения. Явления диспанкреатизма, выражающиеся в отсутствии параллелизма между отделением различных ферментов, встречались на фоне лечения примерно в 1,5 раза реже, чем до лечения. После отмены АКТГ или преднизолона частота диспанкреатизма несколько возрастала. Следует отметить также, что на фоне лечения выявлялись более высокие показатели диастазы мочи. В связи с этим целесообразно контрольные тесты, необходимые при гормонотерапии, дополнить исследованием диастазы мочи (особенно при терапии высокими дозами глюкокортикоидов).

У 201 больного мы исследовали внешнюю секрецию поджелудочной железы при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, используя, наряду с химическими, метод радиоактивной индикации. Последний основан на том, что при дефиците панкреатической липазы нарушается усвоение меченого по ^{131}I триолеата, в то время как усвоение жирных кислот (олеиновой, меченой ^{131}I) не нарушается. Мы применили следующую методику. Больной натощак принимал 10 мккюри триолеат-глицерина- ^{131}I в 20 мл оливкового масла, после чего каждые 60 мин. на протяжении 8 часов определяли концентрацию усвоенного агент-теста в крови. Через 4 дня исследование повторяли с той разницей, что больному давали принять внутрь 10 мккюри олеиновой кислоты- ^{131}I (вместо триолеата). При достаточной липолитической активности сока поджелудочной железы (по результатам химического исследования с применением трибутирина) у 18 здоровых максимальная концентрация резорбированной олеиновой кислоты- ^{131}I наступала через 180 мин., а количество усвоенного триолеат-глицерина- ^{131}I достигало «пика» через 120—180 мин. Более значительная диссоциация в усвоении нейтрального жира и жирных кислот может быть обусловлена лишь нарушением липолиза. При указанной диссоциации, как правило, мы находили снижение липолитической способности дуоденального сока. Наш опыт применения радиоиндикационного теста, совпадающий с данными К. М. Простякова и соавт. (1955, 1967), позволяет сделать вывод с его высокой точности и практической ценности.

При язвенной болезни (126 больных) внешняя секреция поджелудочной железы также характеризовалась функциональными расстройствами, что прежде всего проявлялось в нарушении параллелизма в отделении ферментов (трипсина, липазы и диастазы), а также в уменьшении их концентрации. Наблюдалась довольно большая частота аномального характера кривой отделения ферментов в ответ на введение HCl (примерно у половины обследованных до лечения больных). При хронических гастритах диспанкреатизм отмечался примерно с той же частотой, что и при язвенной болезни. Из 67 больных гипацидным и анацидным гастритами те или иные нарушения в ферментоотделении обнаружены у 40. Значительная диссоциация в усвоении нейтрального жира и жирных кислот зарегистрирована у 29 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (из 126) и у 12 с хроническими анацидными и гипацидными гастритами (из 67). Как правило, у этих больных выявлялись также различные отклонения в выделении ферментов, определяемых химическим путем (монотонное ферментоотделение, длительное падение ферментной силы, резкое снижение концентрации липазы).

В связи со значительной частотой функциональных нарушений поджелудочной железы при язвенной болезни и хронических гастритах немалый интерес представляет их коррекция с помощью различных медикаментозных воздействий. Внешняя секреция железы при язвенной болезни исследована до и после лечения ганглероном у 42, диколином — у 28, гексонием — у 38 больных, а при хронических гастритах при лечении гексонием — у 23. Нормализующее воздействие ганглиолитиков на экзокринную функцию поджелудочной железы проявлялось в уменьшении частоты волнообразного и извращенного отделения ферментов; значительного изменения концентрации ферментов, как правило, не происходило. В ряде случаев (обычно под влиянием гексония) отмечено снижение концентрации ферментов. В целом терапия ганглиолитиками способствовала нормализации динамики отделения ферментов в ответ на физиологический раздражитель.

У 30 чел. с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и у 4 с язвенной болезнью желудка внешнесекреторная функция поджелудочной железы изучена до и после лечения метиландростендиолом. При назначении этого препарата мы исходили из того, что при язвенной болезни нарушаются трофические процессы, возникает язва и диспротенемия. Метиландростендиол назначали по 75 мг в день в течение 3 недель. Курсовое лечение у большинства больных дало положительный клинический эффект. В процессе лечения метиландростендиолом концентрация липазы в дуоденальном содержимом, определяемая по расщеплению трибутирина, повышалась. Кривая отделения липазы в ответ на кислотный раздражитель также меняла свой характер: уменьшалось число случаев с монотонной кривой ферментоотделения, увеличивалось число наблюдений, когда отделение липазы было скачкообразным. Снижалась концентрация трипсина одновременно с увеличением числа случаев с длительным падением и «монотонностью» протеолитической активности дуоденального сока. Концентрация амилазы в дуоденальном соке и в моче существенных изменений не претерпевала. Отмечалось некоторое уменьшение случаев правильного, физиологического отделения

амплазы и учащение случаев извращенного ее отделения в ответ на интрадуоденальное введение НСІ. Выявленные в ходе лечения изменения функции поджелудочной железы требуют дальнейшего внимания к физиологическому действию метиландростендиола при язвенной болезни.

ВЫВОДЫ

1. При различных внутренних заболеваниях (диффузная токсическая струма, ревматизм, язвенная болезнь и др.) развиваются нарушения внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы, носящие характер диспанкреатизма. Эти нарушения характеризуются лабильностью и сравнительно легко восстанавливаются при лечении основного заболевания.

2. Под влиянием глюкокортикоидов и анаболитаторов экзокринная функция поджелудочной железы в ряде случаев активизируется, что диктует необходимость соответствующего контроля в процессе гормонотерапии.

3. Ганглиоблокирующие препараты способствуют более правильной, физиологической реакции поджелудочной железы на физиологический раздражитель, они нередко снижают концентрацию ферментов в панкреатическом соке.

4. Большим подспорьем в исследовании внешней секреции поджелудочной железы является тест с последовательным введением триолеат-глицерина и олеиновой кислоты, меченных радиоидом.

УДК 616—003.4—616—007.253—616.37—616—089

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ КИСТАХ И СВИЩАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Г. Д. Вилявин, Э. В. Гришкевич, М. В. Данилов и О. Г. Залуговский

III хирургическое отделение (зав.—проф. Г. Д. Вилявин) Института хирургии
им. А. В. Вишневского АМН СССР

Кисты поджелудочной железы относятся к числу довольно редких хирургических заболеваний. Отечественная литература содержит описание всего около 300 случаев этой формы патологии [7]. Даже крупные клиники обычно располагают опытом единичных или немногочисленных наблюдений. В таком крупнейшем лечебном учреждении, как 1-я городская больница Москвы, за 30 лет (1926—1956 гг.) находилось на лечении всего 25 больных панкреатическими кистами [2]. Редкость этого заболевания в практике повседневной хирургической работы и неясность многих вопросов лечебной тактики оправдывают новые попытки обобщения опыта лечения больных кистами поджелудочной железы.

Кисты поджелудочной железы в большинстве случаев являются осложнением остро деструктивного воспаления поджелудочной железы или следствием травмы ее. В результате некроза участка железы возникает полость с последующим образованием соединительнотканной капсулы, содержащей некротические массы и панкреатический сок. Сзади стенка кисты образована тканью самой железы, прилежит к задней брюшной стенке, спереди обычно ограничена задней стенкой желудка, поперечно-ободочной кишкой и ее брыжейкой. Характерным признаком такой кисты является тесное сращение с окружающими органами, что часто делает невозможным ее удаление. При хроническом панкреатите могут возникать и истинные ретенционные кисты на почве закупорки или рубцевания протоков поджелудочной железы; встречаются также кистозные опухоли, как доброкачественные (цистаденомы), так и злокачественные. Нередко кисты поджелудочной железы неотличимы от опухолевых ни по клиническому течению, ни даже на операционном столе, и диагноз может быть установлен только после гистологического исследования. Наиболее распространенным видом доброкачественных кист поджелудочной железы являются так называемые псевдокисты.

В Институте хирургии им. А. В. Вишневского с 1952 по 1967 г. оперировано 12 больных с кистами поджелудочной железы, причем у 3 кисты были опухолевого происхождения. Из 9 больных с неопухолевым формой патологии лишь у 2 кисты могли рассматриваться как истинные. У 6 больных кисты образовались после тяжелого приступа острого панкреатита, у 2 возникли на фоне хронического панкреатита без приступов, у 1 образованию псевдокисты предшествовала закрытая травма верхнего отдела живота.

В настоящее время можно считать общепризнанным, что кисты поджелудочной железы подлежат хирургическому лечению. Отказ от оперативного лечения и попытки консервативной терапии тяят в себе опасность нагноения кист, перфорации с развитием разлитого перитонита, кровотечения, а также злокачественного перерождения стенки кисты. Предложенные для лечения кист поджелудочной железы операции мо-