

Таким способом исследована внешняя секреция поджелудочной железы у 28 больных калькулезным холециститом, подтвержденным холецистограммами. Дебит амилазы и липазы в дуоденальном содержимом этих больных был снижен: уровень амилазы — до 59,3% ($1390 \pm 161,6$ ед./мин), дебит липазы — до 72,4% ($1097 \pm 128,4$ ед./мин). Дебит трипсина был близок к норме.

Выраженность снижения внешней секреции поджелудочной железы зависела от длительности заболевания калькулезным холециститом. Дебит амилазы при длительности заболевания до 5 лет составил 63,4%, 5—10 лет—52,6%, более 10 лет—49,9% от дебита здоровых лиц. Дебит липазы и в меньшей степени трипсина также постепенно снижался по мере увеличения продолжительности заболевания. В то же время дебит бикарбонатов несколько возрастал, особенно при длительности заболевания более 10 лет.

Полученные клинические данные согласуются с результатами исследований морфологов, которые закономерно обнаруживают при хронических панкреатитах повреждение и гибель ацинарных клеток, вырабатывающих ферменты, замещение их соединительной тканью. В то же время они отмечают значительно меньшее повреждение и частую гиперплазию эпителия мелких выводных протоков поджелудочной железы, продуцирующего бикарбонаты.

Таким образом, предлагаемый способ исследования внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы проводится одновременно с классическим дуоденальным зондированием. Общее время исследования при этом сокращается в 3 раза.

Кроме того, сохраняется возможность микроскопического и биохимического исследования всех порций желчи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Геллер Л. И. Современная диагностика заболеваний поджелудочной железы. Хабаровск, 1979.—2. Климов П. К. Внепеченочные желчные пути и их функция. В кн.: Физиология пищеварения. «Наука», Л., 1974.—3. Левин А. М. Дуоденальное зондирование и его применение в диагностике и терапии. М.—Л., 1929.

Получила 5 апреля 1984 г.

УДК 616.12—002.77—072

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВОЗВРАТНОГО РЕВМОКАРДИТА

*Н. В. Старкова, И. А. Бронзов, С. И. Щербатенко, В. Я. Жирнов,
Р. А. Зарипов, Ю. Н. Кудрявцев*

Кафедра внутренних болезней педиатрического и санитарно-гигиенического факультетов (зав.—проф. С. И. Щербатенко) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Куршова

В современной литературе сведения о критериях распознавания ревмокардита немногочисленны. Критерии Джонса (1944), пересмотренные в 1956 и 1965 гг. американской кардиологической ассоциацией, способствовали улучшению выявления первичного ревмокардита [1, 7]. У нас в стране диагностика ревмокардита разработана А. И. Нестеровым (1973), В. А. Насоновой и И. А. Бронзовым (1978). Однако и в настоящее время признаки возвратного ревмокардита и его вариантов по степени выраженности нуждаются в конкретизации для своевременной диагностики и дифференцированного лечения этого заболевания.

Под нашим наблюдением находилось 206 больных с возвратным ревмокардитом. Признаки ярко выраженного кардита выявлены у 22 пациентов, умеренно выраженного— у 97, слабо выраженного— у 67. В качестве контроля обследованы 20 больных с пороком сердца в неактивной фазе ревматизма. Основные результаты клиническо-лабораторного обследования больных представлены в табл. 1. Больные основной и контрольной групп были идентичными по возрасту, длительности заболевания,

Клинико-лабораторная характеристика больных в зависимости от выраженности ревмокардита

Клинико-лабораторные признаки ревмокардита	Контрольная группа, %	Клинико-лабораторная характеристика больных с ревмокардитом		
		ярко выраженным, %	умеренно выраженным, %	слабо выраженным, %
Степени активности:				
I	—	13,6	17,5	88,4
II	—	18,2	82,5	11,6
III	—	68,2	—	—
Варианты течения ревматического процесса:				
острое	—	50,2	—	—
подострое	—	13,6	17,0	7,5
непрерывно-рецидивирующее	—	27,4	40,2	20,9
затяжное	—	9,0	36,2	32,9
латентное	—	—	6,6	38,9
Недостаточность кровообращения:				
0	51,0	—	—	22,4
I	38,2	18,1	13,4	67,2
II-A	10,8	50,0	86,6	10,4
II-B	—	31,9	—	—
Поражение клапанного аппарата сердца:				
сочетанный митральный порок	55,0	45,4	48,4	46,3
митрально-аортальный порок	25,0	40,9	23,7	29,8
недостаточность аортальных клапанов, стеноз устья аорты	5,0	4,5	—	—
митрально-аортальный порок + недостаточность трехстворчатого клапана	—	4,5	7,2	—
недостаточность митрального клапана	5,0	4,5	8,2	22,4
недостаточность митрального и аортальных клапанов	20,0	—	12,4	1,5
Лабораторно-биохимические показатели:				
коэффициент завершенности фагоцитоза, %	$2,7 \pm 0,10$	$3,8 \pm 0,19$	$1,6 \pm 0,09$	$0,8 \pm 0,18$
<i>P</i>		$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$
кислая фосфатаза, ммоль/(ч·л)	0	$0,13 \pm 0,1$	$0,42 \pm 0,12$	$0,41 \pm 0,05$
<i>P</i>		$< 0,05$	$< 0,002$	$< 0,001$
титр стрептококкового антигена	0	1 : 1280	1 : 320	1 : 160

Индекс миграции лейкоцитов по I, II, III фракциям

	I			II			III			IV		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
РТМЛ, %	107,8 $\pm 9,0$	90,0 $\pm 5,6$	127,0 $\pm 11,7$	56,0 $\pm 3,3$	54,0 $\pm 1,4$	68,0 $\pm 4,4$	62,6 $\pm 0,7$	45,4 $\pm 1,0$	76,8 $\pm 1,7$	69,0 $\pm 0,8$	59,0 $\pm 0,8$	75,0 $\pm 0,8$
<i>P</i>				$< 0,001$	$< 0,02$	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,002$	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$

особенностям поражения клапанного аппарата сердца. Обследование больных проводили с учетом признаков Киселя—Джонса—Нестерова. Для выявления признаков ярко, умеренно и слабо выраженного кардита были взяты одни и те же симптомы с определением их выраженности в процентах. Для разграничения вариантов ревмокардита определялись активность кислой фосфатазы (КФ) сыворотки крови, титр стрептококкового антигена сыворотки крови, показатели завершенного и незавершенного фагоцитоза, реакция торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ). Также регистрировали ЭКГ, ФКГ, выполняли рентгенокардиографию [6] и гемодинамические исследования [2]. Результаты обследования больных представлены в табл. 2 и 3.

Выделение признаков возвратного кардита было проведено на основании статистического анализа [6], в дальнейшем применяли метод синдромной диагностики.

Частота (в %) некоторых признаков ревмокардита у больных с различными вариантами течения

Признаки ревмокардита	Контроль- ная группа	Частота признаков ревмокардита		
		ярко выра- женного	умеренно вы- раженного	слабо выра- женного
Ревматический анамнез <i>P</i>	75±10	95±5 <0,001	75±4 >0,05	81±5 >0,05
Обострение хронического тонзил- лита <i>P</i>	5±5	74±9 <0,001	51±5 <0,001	32,6±6 <0,001
Носоглоточная инфекция, в том чис- ле ангина <i>P</i>	—	3±3 <0,001	18±4 <0,001	19±5 <0,001
Одышка а) в состоянии покоя <i>P</i>	—	35±10 <0,001	14±3 <0,001	3±2 <0,001
б) при незначительной физической нагрузке <i>P</i>	10±7	60±10 <0,001	52±5 <0,001	27±5 =0,05
в) в положении ортопноэ <i>P</i>	—	5±5 <0,001	—	—
Сердцебиение <i>P</i>	5±5	39±10 <0,001	18±4 <0,02	16±4 <0,05
Утомляемость, слабость, понижение трудоспособности <i>P</i>	15±8	100 <0,001	100 <0,001	98 <0,001
Боли, неприятные ощущения в об- ласти сердца <i>P</i>	5±5	85±8 <0,001	63±5 <0,001	21±5 <0,01
Артралгии <i>P</i>	—	24±9 <0,001	5±2 <0,001	2±2 <0,001
Тяжесть в правом подреберье <i>P</i>	5±5	65±10 <0,001	33±5 <0,001	10±4 >0,05

Таблица 3

Изменения частоты некоторых физикальных симптомов (в %) при различных вариантах ревмокардита

Симптомы	Контроль- ная группа	Частота физикальных симптомов при ревмокардите		
		ярко выраженном	умеренно выраженном	слабо выраженном
Шумы, изменения характера, возник- новение новых	—	90±6	69±5	36±6
Шум трения перикарда	—	27	9	—
Изменение тонов	—	100	79±4	56±6
Нарушения сердечного ритма:				
а) тахикардия	—	87±7	57±5	34±5
б) брадикардия	—	—	3±2	9±3
в) экстрасистолия	—	28±10	20±4	10±3
г) мерцательная аритмия	—	—	10±3	17±5

Примечание. Сравнение изменения симптомов выявило статистически досто-
верные различия ($P < 0,001$) по всем показателям. Исключение составили экстрасистолия ($P > 0,05$), мерцательная аритмия ($P > 0,05$), брадикардия ($P > 0,05$).

Согласно результатам проведенных исследований, к основным признакам возвратного ревмокардита (без разграничения вариантов) были отнесены: а) изменение размеров сердца; б) динамика аускультативных данных, происходящая в пределах 3—14 дней; в) возникновение или усиление недостаточности кровообращения в сочетании с лабораторными признаками активности ревматического процесса; г) изменения ЭКГ, ФКГ, гемодинамических показателей; д) сдвиги лабораторно-биохимических и иммунологических показателей.

К основным признакам ярко выраженного кардита были отнесены: а) изменение размеров сердца с индексом Мура, соответствующим III степени его увеличения; б) динамика аускультативных данных, происходящая за 3—5 дней; в) шум трения перикарда (ввиду его высокой специфичности); г) сдвиги лабораторно-биохимических показателей, соответствующих II и III степени активности, ревматического процесса; д) возникновение или усиление недостаточности кровообращения, соответствующее II и III степени в сочетании с изменением лабораторных показателей активности ревматического процесса; е) динамика ЭКГ, наблюдаемая в течение 5—6 дней, ФКГ и показателей гемодинамики.

К основным признакам умеренно выраженного кардита отнесены: а) динамичность размеров сердца, соответствующую увеличению индекса Мура II степени; б) изменение аускультативных данных, выявленное в сроки не менее 6—8 дней; в) изменение лабораторных показателей, соответствующее II степени активности; г) усиление или возникновение недостаточности кровообращения, соответствующее II степени в сочетании с изменением лабораторно-биохимических и иммунологических показателей; д) сдвиги ЭКГ, происходящие в сроки 8—10 дней, ФКГ и показателей гемодинамики.

Основными признаками слабо выраженного возвратного кардита являются: а) динамичность аускультативных данных, выявленная за 8—14 дней и более; б) возникновение или усиление недостаточности кровообращения, соответствующее I и II степени; в) изменение иммунологических показателей (РТМЛ и др.); г) сдвиги ЭКГ, происходящие в сроки 14 и более дней, ФКГ и показателей гемодинамики. Увеличение индекса Мура.

Сопоставление изученных показателей с вариантами кардита выявило достоверную разницу во всех случаях, за исключением активности КФ сыворотки крови при умеренно и слабо выраженном кардите ($P > 0,05$) и РТМЛ по III антигенной фракции между ярко и умеренно, а также умеренно и слабо выраженным кардитом ($P > 0,05$). По данным статистической обработки к дополнительным признакам возвратного кардита отнесены: ревматический анамнез, боли в области сердца, повышение температуры, утомляемость, слабость, тахикардия, лабильность пульса, обострение очаговой инфекции, ослабление I тона, одышка.

Для достоверного диагноза возвратного кардита достаточно наличия всех основных признаков или же четырех основных и трех дополнительных признаков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бюллетень ВОЗ, 1978, т. 56, 6.—2. Кудрявцев Ю. Н. Состояние гемодинамики у больных ревмокардитами, инфекционным, системной красной волчанкой и влияние терапии кортикостероидами и анаболическими стероидами на ее показатели. Автореф. канд. дисс., Казань, 1971.—3. Насонова В. А., Бронзов И. А., Ревматизм, М., Медицина, 1978.—4. Нестеров А. И., Ревматизм, М., Медицина, 1973.—5. Пихлак Э. Г. *Вопр. ревмат.*, 1982, 2.—6. Рабкин Р. Х., Ожеганова Г. Н. Рентгенокардиометрия. Ташкент, 1975.—7. Jones T. D. J. A. M. A., 1944, 126, 481.

Поступила 10 сентября 1984 г.

УДК 616.127—005.8—08: [615.38+615.357]

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АМИНОКИСЛОТНЫХ СМЕСЕЙ В СОЧЕТАНИИ С РЕТАБОЛИЛОМ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Л. А. Лещинский, А. Е. Второв

*Кафедра госпитальной терапии № 1 (зав.— проф. Л. А. Лещинский) Устиновского
ордена Дружбы народов медицинского института*

Одним из наиболее перспективных и интенсивно разрабатываемых лечебных воздействий при инфаркте миокарда (ИМ) являются мероприятия, направленные на