

доха, является операцией выбора, ибо позволяет ревизовать устье вирсунгова протока и при его стенозе рассечь перегородку между протоками. Осложнений после вмешательства на фатеровом соске не было ни разу.

При стриктуре панкреатического протока производили резекцию левой части поджелудочной железы. У больных с кистами железы благоприятный результат достигался цистогастротомией.

Билиодигестивный анастомоз явился эффективной операцией при индуративном панкреатите со сдавлением дистального отдела холедоха.

При хроническом болевом панкреатите у 2 больных после маргинальной невротомии получен удовлетворительный исход.

Длительность заболевания оказывает определенное влияние на эффективность лечения. У больных, страдающих хроническим панкреатитом менее 5 лет, неудовлетворительные отдаленные результаты выявлены в 16,6%, при длительности анамнеза свыше 5 лет — у 35,3% больных. Наиболее неутешительные отдаленные результаты лечения получены у леченных консервативно больных с длительностью заболевания свыше 5 лет — эффект отсутствовал у 17 из 25 обследованных. Хронический панкреатит при длительном течении приводит к органическим изменениям в печени, желчевыводящих путях, двенадцатиперстной кишке, что значительно затрудняет оздоровление больных, способствует рецидивам заболевания, ухудшает исход лечения.

Выявлена прямая зависимость исходов лечения больных хроническим панкреатитом от сроков наблюдения. У больных, обследованных в течение 3 лет после выписки из стационара, хорошие результаты установлены в 33%, а неудовлетворительные — у 27,9%. С увеличением срока наблюдения улучшались и отдаленные результаты лечения. При сроке наблюдения свыше 3 лет хорошие исходы отмечены у 57,7% больных, неудовлетворительные — у 9%.

Улучшению исходов лечения способствовала диспансеризация больных. Всех страдающих хроническим панкреатитом после выписки из стационара брали на диспансерный учет и периодически обследовали в поликлинике. Им назначали соответствующую диету, панкреатин и мексазу, спазмолитики, физиотерапию, санаторно-курортное лечение, в некоторых случаях седативные средства. Эти мероприятия приводили к окончательному стиханию воспалительного процесса в поджелудочной железе, нормализации нарушенных нейрогуморальных связей, подтверждением чего может служить влияние санаторно-курортного лечения на исход заболевания. У больных, прошедших после выписки из стационара курс санаторно-курортного лечения, неудовлетворительные результаты отмечены только в 17,1%, тогда как у остальных пациентов — в 24,3%.

ВЫВОДЫ

1. Лечение больных хроническим панкреатитом должно быть индивидуализированным и включать по показаниям как рациональные методы консервативной терапии, так и адекватные оперативные вмешательства.

2. Ранняя патогенетически обоснованная операция позволяет у большинства больных получить хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты.

3. Диспансеризация больных хроническим панкреатитом, тщательная курация их в амбулаторных условиях улучшали исходы лечения.

Поступила 7 июня 1977 г.

УДК 616.379—008.64:616.33+616.36+616.37

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГЛАВНЫХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Доц. Н. А. Калинина

Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. Л. И. Анохина) Пермского медицинского института

Реферат. Исследовано функциональное состояние желудка, поджелудочной железы и печени у 105 больных сахарным диабетом. У 52,4% из них выявлены сочетанные нарушения деятельности главных пищеварительных желез, у 38% снижение секреторной и кислотообразующей функции желудка сочеталось с явлениями полного диспанкреатизма и с понижением антитоксической и белковообразовательной функций печени.

По данным ряда авторов, у больных сахарным диабетом обнаруживаются существенные изменения в деятельности желудка [4], состоянии печени [1, 5, 7] и внешне-секреторной функции поджелудочной железы [2, 3, 6]. Сообщений о комплексном изучении этих трех органов и сочетанных нарушений их функции у больных сахарным диабетом в литературе нет.

Нами у 105 больных (45 мужчин и 60 женщин), ранее не получавших медикаментозного лечения, проведено комплексное исследование функционального состояния же-

лудка, поджелудочной железы и печени. У большинства больных была среднетяжелая форма сахарного диабета (у 68,8%), длительность заболевания не превышала одного года (у 83,8%). 72% обследованных были в возрасте 21—50 лет.

Тяжесть заболевания страдающих сахарным диабетом при поступлении мы оценивали согласно классификации, предложенной В. Г. Барановым (1968). К группе больных среднетяжелой формой были отнесены лица с гипергликемией 7,8—13,9 ммоль/л по Хаджорну — Йенсену, с преходящим кетозом, высокой глюкозурией (610,6—1665,3 ммоль). В процессе обследования и лечения уточнялась тяжесть заболевания, все больные этой группы получали инсулин от 32 до 40 ед.

У 10 из 105 больных при поступлении была легкая степень декомпенсации сахарного диабета, у 72 — средняя и у 23 — тяжелая.

Кроме жалоб, обусловленных диабетом, только 10 чел. отмечали периодические боли в подложечной области и в правом подреберье и диспептические нарушения, чему не придавали значений. В анамнезе у них нет указаний на перенесенные ранее явные заболевания пищеварительной системы. У 18 лиц имелась умеренная болезненность при пальпации в точке желчного пузыря. В остальном в объективном статусе не выявлялось симптоматики заболеваний органов пищеварения.

Изучение основных показателей функционального состояния желудка, поджелудочной железы, печени, так же как и общеклиническое обследование, мы проводили в первые дни пребывания больных в клинике. Секреторную, ферментную и кислотообразующую функцию желудка исследовали путем фракционного анализа желудочного сока по методике Н. И. Лепорского с применением алкогольного пробного завтрака, определением остатка пробного завтрака, часового напряжения секреции, дебит-часа свободной соляной кислоты, уробилина мочи: кроме того, проводили рентгеноскопию желудка. Для выяснения внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы пользовались динамическим методом исследования ферментов в дуоденальном соке, предложенным М. М. Губергрицем и Гольдштейном. Трипсин определяли по Фульду — Гроссу — Михаэлису, липазу — по Бонди в модификации Рожковой, диастазу — по Вольгемуту, карбонатную щелочность — методом обратного титрования с фенолфталеином. На основании полученных данных строили кривые ферментативной активности, по их характеру судили о внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы. Результаты сравнивали с показателями, полученными у здоровых лиц.

Функциональное состояние печени оценивали по клиническим проявлениям, данным анамнеза и объективного статуса, содержанию билирубина в сыворотке крови и желчных пигментов в моче, электрофоретическому исследованию белков сыворотки крови, осадочным пробам, холестерину сыворотки крови, пробе Квика — Пытеля и др. У всех больных проводили дуоденальное зондирование с последующим бактериологическим исследованием желчи.

У 55 пациентов (52,4%) были выявлены сочетанные нарушения деятельности главных пищеварительных желез, в том числе у 10 с тяжелой, у 41 со среднетяжелой и у 4 с легкой формой диабета. У 40 больных нарушение внешнесекреторной функции поджелудочной железы сочеталось со снижением секреторной и кислотообразующей функции желудка. Явления полного диспанкреатизма установлены у 16, частичного — у 18, а нарушение отделения одного фермента (чаще липазы) — у 21 больного. Только у 19 пациентов резервная щелочность была нормальной; у 44 отмечено снижение диастазы мочи.

У тех же больных констатированы изменения некоторых показателей функционального состояния печени. Чаще это были нарушения антитоксической функции (у 40 из 55 больных), удлинение или укорочение коагуляционной ленты Вельтмана и повышение холестерина сыворотки в крови.

У 29 больных обнаружены рентгенологические изменения слизистой оболочки желудка, выражающиеся чаще ее гипертрофией.

Иллюстрацией сочетанных нарушений функционального состояния главных пищеварительных желез может служить следующее наблюдение.

М., 32 лет, поступил с жалобами на сухость во рту, похудание, жажду. Болен 2 месяца. Не лечился. Рост пациента 174 см, масса 68 кг. Кожные покровы чистые, живот мягкий. В легких и сердце патологии не выявлено.

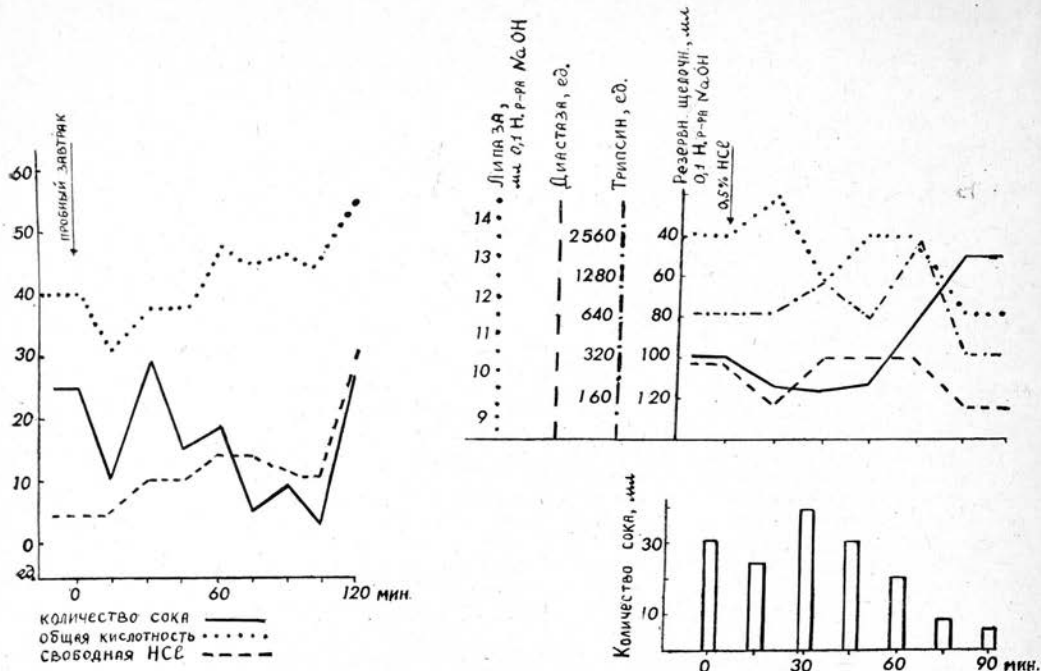
Анализ крови: Гем. 138 г/л, Э. 4,15 · 10⁶ в 1 мкл, Л. 8 · 10³ в 1 мкл, э. — 2%, п. — 90%, с. — 62%, л. — 22%, м. — 5%; СОЭ 14 мм/час. Сахар крови — 17,2—13,4 ммоль/л, суточная глюкозурия 1110—955 ммоль.

Динамика показателей функционального состояния главных пищеварительных желез представлена на рисунке.

Данные рентгеноскопии: желудок правильной формы, эвакуация замедлена. Складки слизистой грубые.

Биохимические исследования крови: общий белок — 68 г/л, альбумины — 54%; глобулины: α₁ — 5,7%, α₂ — 10,4%, β — 11,2%, γ — 18,7%. Остаточный азот 24,3 ммоль/л, холестерин 7,1 ммоль/л, билирубин — 0,7 мг%, проба Вельтмана — 5-я пробыра, проба Квика — Пытеля — 52,6%.

Дуоденальное зондирование: порция А не получена; порция В — 70 мл, темно-коричневого цвета, лейкоцитов до 36 в поле зрения, единичные кристаллы холестерина; порция С — золотисто-желтого цвета, лейкоцитов до 20 в поле зрения. Диастаза мочи — 4 ед.



Показатели секреторной, кислотообразующей функции желудка и внешнесекреторной функции поджелудочной железы у больного П.

Клинический диагноз: сахарный диабет средней тяжести.

У данного больного установлено нарушение функционального состояния главных пищеварительных желез: понижение секреторной и кислотообразующей функции желудка, замедление эвакуаторной функции, явление полного диспанкреатизма при пониженном типе кривой отделения диастазы, нарушение антитоксической, холестеринобразующей функции печени при некотором нарушении белковообразовательной. Однако это не нашло отражения ни в жалобах больного, ни в данных объективного исследования.

У 46 (43,8%) больных оказалось нарушенным функциональное состояние двух главных пищеварительных желез при нормальных показателях третьей. Чаше обнаруживалась патология печени и внешнесекреторной функции поджелудочной железы (в основном у больных с выраженными формами сахарного диабета). У 17 (16,2%) больных выявлено расстройство функционального состояния желудка и печени при нормальной внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Значительно реже (у 5 чел.) наблюдалось сочетание нарушений функционального состояния желудка и поджелудочной железы. Только у 3 больных отмечено изменение состояния лишь одной из главных пищеварительных желез (печени). У 1 больной с легкой формой сахарного диабета функции пищеварительных желез были нормальными.

Таким образом, при одновременном исследовании функционального состояния желудка, поджелудочной железы и печени у 99% больных сахарным диабетом были обнаружены различные сочетания нарушений деятельности этих главных пищеварительных желез.

При сахарном диабете весьма типична диссоциация между лабораторными данными и клиническими симптомами, могущими свидетельствовать о поражении главных пищеварительных желез. Нужно считать целесообразным изучение функционального состояния главных пищеварительных желез у больных сахарным диабетом даже при отсутствии жалоб, свидетельствующих о нарушении деятельности пищеварительного аппарата. Это позволит индивидуализировать лечебные мероприятия в отношении диеты и медикаментозной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В. Г. Руководство по внутренним болезням. Медицина, М., 1968.
2. Васте З. Г. Тер. арх., 1971, 1.
3. Геллер Л. И., Козлова З. П., Светочева Э. А. Прobl. эндокринол., 1970, 6.
4. Калинина Н. А. Клин. мед., 1972, 7.
5. Мосин В. И. Там же, 1974, 7.
6. Сейдеметов В. С. Тер. арх., 1971, 8.
7. Славнов В. Н. Прobl. эндокринол., 1972, 3.

Получила 7 июня 1977 г.