

панкреатический сок собирался фракционно в течение часа. После угасания секреции поджелудочной железы, вызванной секретинном, интрадуоденально вводилось 30 мл 0,5% раствора соляной кислоты. Панкреатический сок, полученный после введения секретина, был значительно светлее, бикарбонатная щелочность его была больше, а концентрация ферментов такая же, как при раздражении поджелудочной железы соляной кислотой.

Содержание амилазы в крови и моче исследуемых больных колебалось в нормальных пределах. Содержание сахара в крови было в пределах 80—120 мг%.

Копрологическое исследование также не давало исчерпывающих данных: у 27 больных были обнаружены в небольшом количестве непереваренные мышечные волокна, у 31 — единичные капли нейтрального жира, у 14 — большое количество клетчатки.

ВЫВОДЫ

Хронические заболевания желчевыводящей системы печени закономерно сопровождаются нарушениями внешнесекреторной функции поджелудочной железы, выражающимися в снижении активности всех или отдельных ферментов. Наиболее часто наблюдается нарушение липолитической активности панкреатического сока, реже — триптической и амилалитической.

У большинства больных (у 49 из 60) наблюдался диспанкреатизм, выражающийся в диспропорции содержания панкреатических ферментов в разных порциях дуоденального содержимого.

Определение содержания панкреатических ферментов в порциях дуоденального содержимого, получаемых в процессе желчно-дуоденального рефлекса, делает более доступным в практике изучение внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиршберг А. С. Тр. X съезда тер. СССР. М., 1928. — 2. Губергриц М. М. Клини. мед. 1939, 17. — 3. Закржевский Е. С. Функциональная диагностика заболеваний поджелудочной железы. Медгиз, Л., 1961. — 4. Красуцкая М. И. О функциональном состоянии поджелудочной железы при болезнях желчевыводящих путей. Автореф. дисс. Одесса, 1947. — 5. Кулакова Е. П. Тер. арх. 1963, 1. — 6. Лаврентьев Л. И. Клини. мед. 1963, 12. — 7. Лапчинский И. Д. Тез. докл. науч. конф. по пробл. «Физиол. и патол. пищеварения». Ивановский мед. ин-т, 1962. — 8. Мажраков Г. Болезни поджелудочной железы. «Медицина и физкультура». София, 1961. — 9. Рожкова М. С. Поджелудочная железа при заболеваниях печени и желчных путей. Изд. комитета АН УзССР, Ташкент, 1937. — 10. Циммерман Я. С. Состояние внешнесекреторной функции поджелудочной железы при гепатохолеститах. Автореф. дисс., Ижевск, 1956.

Поступила 22 июля 1964 г.

УДК 616.37—008.6

ФУНКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕЛКИ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

В. П. Тихонов

Кафедра пропедевтической терапии (зав. — проф. И. В. Жерднн)
Волгоградского медицинского института

Поражение поджелудочной железы является частым спутником хронических заболеваний органов пищеварения. Однако роль ее в происхождении белковых сдвигов у этих больных освещена недостаточно. Между тем приводимые литературные данные, как экспериментальные, так и клинические, указывают на участие поджелудочной железы в регуляции не только углеводного и жирового, но и белкового обмена.

И. М. Джаксон и Г. Ф. Милюшкевич (1957) нашли в поджелудочном соке собаки вещества, влияющие на белковый обмен. Р. И. Поляк (1960) показал, что удаление даже части поджелудочной железы у собаки сопровождается выраженными белковыми сдвигами.

В. В. Чаплинский (1961) при острых панкреатитах наблюдал снижение общего количества белка за счет альбуминов. С. А. Карпюк (1961) отметил при панкреонекрозе

увеличение α_1 и β -глобулинов. Де Маркос (1961) при обострении хронического панкреатита наблюдал снижение альбуминов и увеличение α_2 и γ -глобулинов.

В данной работе мы поставили перед собой задачу изучить роль нарушения функции поджелудочной железы в изменении белкового обмена при хронических заболеваниях органов пищеварения. С этой целью изучалось функциональное состояние поджелудочной железы у 80 больных. Определялась концентрация ферментов в 15-минутных порциях дуоденального содержимого до и после введения в двенадцатиперстную кишку соляной кислоты; амилаза исследовалась по Гольдштейну, липаза — по Черри-Гренделла в модификации Лоренгардта, трипсин — по Голтге, бикарбонатная щелочность — методом обратного титрования 0,1 н. NaOH. В крови определялась амилаза по Смит-Рою и антитромбиновый титр по Иннерфильд, в моче — диастаза по Вольгемуту.

В результате проведенных исследований была выделена группа больных (40) с клиническими и лабораторными данными поражения поджелудочной железы. У этих больных мы диагностировали первичный хронический панкреатит (по терминологии Н. И. Лепорского), развившийся на фоне других заболеваний органов пищеварения. У остальных больных (25 — с хроническим холецистогепатитом и 15 — с язвенной болезнью) ни клинических, ни биохимических признаков заболевания поджелудочной железы не выявлялось.

Изучение белков сыворотки крови проводилось методом электрофореза на бумаге в аппарате ЭФА-1 при $V = 125$ в, $I = 0,15$ мА/см, $T = 18$ часов. После проведения электрофореза бумажные ленты высушивались при 90° в течение 15 мин, затем окрашивались бром-феноловым синим, высушивались при комнатной температуре, элюировались 0,1 н. NaOH и колориметрировались при зеленом светофильтре в ФЭК-М. Общее количество белка определялось рефрактометром.

У больных хроническим холецистогепатитом белковые сдвиги выражались в умеренном снижении альбуминов (45,0—55,0) — у 11 и увеличении γ -глобулинов (21,0—32,0) — у 15 больных. У 2 больных отмечено увеличение α_1 и у 2 других α_2 -глобулинов. Эти данные соответствуют литературным материалам.

У больных с хроническим холецистопанкреатитом белковые сдвиги были выражены более резко. Альбумины снижены у 18 человек, из них у 7 — ниже 45%. Увеличение глобулинов отмечалось: α_1 — у 4, α_2 — у 8, β — у 12, γ — у 16 больных, из них у 5 одновременно были увеличены α_2 , β , γ -глобулины, у 3 — β и γ -глобулины. Общий белок оказался пониженным у 3 больных.

Из 15 больных с язвенной болезнью альбумины были снижены у 7 человек, из них у 1 — ниже 45%. Глобулины увеличены: α_1 — у 2, α_2 — у 3, γ — у 6 больных. Общий белок был снижен у одного больного.

По литературным данным, при язвенной болезни отмечено снижение альбуминов, увеличение α_1 и α_2 -глобулинов, а при осложнении язвенной болезни может появляться увеличение β и γ -глобулинов.

В тех же случаях, где язвенная болезнь сочеталась с панкреатитом, белковые сдвиги были более значительны. Альбумины были снижены у всех 8 больных, из них у 3 ниже 45%, глобулины увеличены: α_1 — у 3, α_2 — у 5, β — у 7, γ — у 3, из них одновременно увеличены α_2 , β , γ — у 2, а β и γ — у одного. Общий белок был снижен у одного больного.

Аналогичные белковые сдвиги отмечались и у больных хроническим панкреатитом без сопутствующих заболеваний органов пищеварения. Альбумины были снижены у всех 7 больных, из них у 2 — ниже 45%. Глобулины были увеличены: α_1 — у 2, α_2 — у 3, β — у 5, γ — у 7, из них одновременно α_2 , β , γ -глобулины увеличены у 2 больных.

Таким образом, в отличие от больных с хроническим холецистогепатитом и язвенной болезнью, вовлечение в патологический процесс поджелудочной железы сопровождается более выраженным и закономерным снижением альбуминов, увеличением наряду с α_2 и γ -глобулинами также и β -глобулинов.

По данным И. Мадьяра (1962), увеличение β -глобулинов зависит от застоя желчи. Н. А. Заславская (1961) также отметила при осложнении гепатита холангитом увеличение β -глобулинов. З. А. Бондарь (1960) связывает увеличение β -глобулинов с жировой дистрофией печени. Особенно значительное увеличение β -глобулинов (до 29,9%) отмечено при остром гепатите (М. Г. Денисова, 1960).

По нашим данным, поражение поджелудочной железы часто сопровождалось не изолированным увеличением β -глобулинов, а сдвигом белковой формулы в сторону грубодисперсных фракций. При этом увеличение β -глобулинов не превышало 17,8%, а γ -глобулинов — 32%.

Наиболее вероятной причиной этих изменений может быть влияние поджелудочной железы на состояние белкового обмена в печени. В литературе имеются указания на то, что у больных с длительно протекающим хроническим панкреатитом в поздней стадии заболевания может развиться цирроз печени.

Нельзя не учитывать также роль внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы в нарушениях белкового обмена. Так, из 5 больных, у которых в дуоденальном содержимом снижены все 3 фермента, грубые нарушения белкового обмена отмечены у 4. Правда, аналогичные белковые сдвиги отмечались и без внешнесекреторной недостаточности.

ВЫВОДЫ

1. Поражение поджелудочной железы ухудшает состояние белкового обмена у больных с хроническим холецистопатитом и язвенной болезнью.
2. Наступающие белковые сдвиги характеризуются более выраженным снижением альбуминов, увеличением β и γ и в некоторых случаях — α_2 -глобулинов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарь З. А. Сов. мед. 1959, 4. — 2. Билич И. П. Тер. арх. 1960, 3. — 3. Гурская А. И. Здравоохр. Белоруссии. 1962, 8. — 4. Денисова М. Г. Тр. I Всеросс. съезда терапевтов. М., 1960. — 5. Двужильная Е. Д., Соколовский А. М. Клини. хир., 1962, 5. — 6. Заславская Н. А. Тер. арх. 1961, 6. — 7. Капланский С. Я. Хирургия, 1961, 7. — 8. Карпюк С. А. Нов. хир. арх. 1962, 3. — 9. Крылов А. А., Богоявленский И. Ф., Ушаков Б. Н., Положенцев С. Д. Тер. арх. 1959, 12. — 10. Мадьяр И. Заболевания печени и желчных путей. Будапешт, 1962. — 11. Ногаллер А. М. Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры, 1962, 3. — 12. Милюшкевич Г. Ф., Джаксон И. М. Физиол. журн. СССР, 1961, 8. — 13. Хамидова М. Х. Медиц. журн. Узбекистана, 1963, 4.

Поступила 6 декабря 1963 г.

УДК 616.36-004-615.7

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТОСТЕРОН-ПРОПИОНАТА ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ

Н. А. Сулимовская и С. Ф. Кудря

Первая кафедра терапии (зав. — проф. Н. А. Сулимовская)
Украинского ГИДУВа (Харьков)

За последнее время в литературе появились указания относительно целесообразности лечения тестостерон-пропионатом цирроза печени и тяжелых форм хронического гепатита (Марно, Джиролами, 1958). В работах, посвященных изучению механизма действия половых гормонов, была установлена их способность положительно влиять на сердечно-сосудистую систему (Мюллер, Рачов и др.). Шуман, применяя сексуальные гормоны при грудной жабе, нашел, что они влияют не только на коронарное кровообращение, но и на обмен веществ в миокарде, увеличивая содержание гликогена и фосфогена в мышце сердца. По мнению этого автора, половой гормон оказывает центральное регулирующее влияние через гипофиз — промежуточный мозг.

При циррозе печени с асцитом, гидротораксом, отечностью тела тестостерон-пропионат проявляет диуретическое действие и улучшает функциональное состояние печени (Джиролами).

Наиболее выраженное и быстрое действие тестостерон-пропионат оказывает при лечении гипертрофических циррозов, но он эффективен и при атрофических.

Лечение обычно проводилось (Джиролами) большими дозами (не менее 100 мг) тестостерон-пропионата в течение 12—40 дней, а потом по 100 мг через день на протяжении нескольких недель и даже месяцев. Непрерывное лечение, по данным автора, должно быть продолжительным и при выраженном терапевтическом эффекте, и когда у больного нет улучшения, так как улучшение может наступить иногда только после многих месяцев лечения.

В течение 1960—1962 гг. мы лечили тестостерон-пропионатом 20 больных (мужчин — 9, женщин — 11) циррозом печени, у 8 из которых была гипертрофическая форма и у 12 был цирроз печени с явлениями портальной гипертензии.

В возрасте до 40 лет было 5 и старше — 15 больных.

У 4 больных в анамнезе была болезнь Боткина, у 5 — малярия, у 7 этиологическое значение имели токсические факторы.

Назначалась диета с достаточным количеством белка (100 г) и некоторым ограничением поваренной соли, вводились витамины (B_6 и B_{12}) и антибиотики.

При применении антибиотиков (пенициллин и стрептомицин, тетрацилин) имелось в виду и стимулирующее их влияние на кору надпочечников.

В начале лечения (12—15 дней) больные получали тестостерон-пропионат по 100 мг ежедневно внутримышечно, потом по 100 мг через день в течение 1—2 месяцев и постепенно переходили на поддерживающую терапию по 100 мг 1—2 раза в неделю в течение нескольких месяцев.

Такие симптомы, как слабость, снижение аппетита, желтуха, кожный зуд, олигурия, отеки и асцит, обычно исчезали полностью или резко уменьшались. Почти у всех