

Наименование болезни	Число больных	Кишечная палочка			Энтерококк			Протей			Гемолитический стафилококк			Гемолитический стрептококк		
		+	++	+++	+	++	+++	+	++	+++	+	++	+++	+	++	+++
Язвенная болезнь желудка и дуоденум . . .	37	3	5	7	1	2	—	8	4	—	4	3	—	4	2	—

на и внутрикожных бактериальных проб констатировано, что из 10 больных с положительной реакцией Бойдена интрадермальные пробы оказались положительными у 6 (с кишечной палочкой на ++ и на +++ и с протеем мирабилис на + и на ++), а у 8 больных, давших положительные интрадермальные пробы с бактериальными аллергенами из кишечной группы, реакция Бойдена была отрицательной. Таким образом, полной корреляции между этими тестами установить не удалось.

Наши наблюдения, имеющие предварительный характер, свидетельствуют о нарушении иммунологической реактивности при язвенной болезни, преимущественно при длительном, упорном течении заболевания, с частыми рецидивами, а также при осложненных формах. В этих случаях нередко удается выявить аутосенсibilизацию к тканям желудка и дуоденум независимо от локализации язвенного процесса. Специфичность реакции подтверждается отрицательными ее результатами с антигенами из других тканей у этой же группы больных. Заслуживают внимания положительные интрадермальные пробы с бактериальными аллергенами у больных с язвенной болезнью, что указывает на определенное значение бактериальной сенсibilизации в клинике и течении этого заболевания. Иммунологическая реактивность организма, по-видимому, должна учитываться при лечении больных язвенной болезнью.

УДК 616.988.51—616.37—008.6

## НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ У ДЕТЕЙ

*Р. Х. Тенишева*

*Кафедра детских болезней (зав.— проф. Л. Д. Гатауллина) Башкирского медицинского института*

Частота поражения поджелудочной железы при эпидемических паротитах, проявляющегося в виде острого панкреатита, по данным различных авторов составляет от 2 до 20%. Нередко явления панкреатита протекают легко, без выраженных клинических симптомов.

Мы исследовали функцию поджелудочной железы у 74 детей, больных эпидемическим паротитом (возраст — от 3 до 15 лет). Преобладали среднетяжелые формы заболевания. У 49 больных было повышенное содержание диастазы (от 128 до 512 ед. по Вольгемуту), при этом только у 2 была выражена клиническая картина острого панкреатита, у 5 наблюдались отдельные симптомы, которые могли быть отнесены к проявлениям вовлечения в процесс поджелудочной железы: рвота, повторное повышение температуры, боли в поджелудочной области. Таким образом, увеличенная диастаза свидетельствует не только о раздражении слюнных желез, но и о значительной частоте поражения поджелудочной железы при эпидемическом паротите, хотя клинически эти явления имели место лишь у 7 больных. Следует также подчеркнуть, что повторные исследования в период исчезновения острых воспалительных явлений со стороны слюнных желез выявляли у ряда больных стойкое увеличение диастазы в моче. Это следует считать несомненным признаком поражения поджелудочной железы при остром паротите.

Для суждения о внутрисекреторной функции поджелудочной железы мы определяли содержание сахара в крови с двойной нагрузкой. Для первой нагрузки давали 1,5 г сахара, для повторной — 1,0 г на кг веса ребенка. Вторую нагрузку проводили через 1—1,5 часа после первой. Всего нами сделано 108 исследований у 74 больных.

При анализе сахарных кривых мы учитывали величину гипергликемического коэффициента и тип гликемической кривой. Как и большинство авторов, мы за патологический гипергликемический коэффициент принимали цифры более 1,5.

У 27 больных сахарные кривые были нормальной конфигурации и величины, у остальных 47 были выявлены 4 основных варианта патологических сахарных кривых.

1-й вариант сахарной кривой, установленный у 8 больных, характеризуется двугорбым типом с подъемом первой и второй ее части, с высоким гипергликемическим коэффициентом в первом подъеме, превышающим второй гипергликемический коэффициент или равным ему. Эти данные свидетельствуют о нарушении гликогенообразовательной функции печени и одновременном угнетении внутрисекреторной функции поджелудочной железы, о чем говорит высокий второй подъем гипергликемии.

2-й вариант (8 больных) характеризуется двугорбыми кривыми, в которых второй подъем гипергликемии нередко превышал первый. Превышение второго гипергликемического коэффициента над первым свидетельствует о еще большем угнетении инкреторной функции поджелудочной железы у больных этой группы по сравнению с первой.

К 3-му варианту отнесены сахарные кривые с высоким вторым гипергликемическим подъемом, значительно превышающим первый (7 больных). Эти кривые свидетельствуют о выраженном угнетении инсулярного аппарата и могут считаться псевдодиабетическими.

Наконец, к 4-му варианту мы отнесли одnogорбые сахарные кривые с подъемом в первой части и отсутствием подъема во второй. Такие сахарные кривые определены у 24 больных. Здесь нужно отметить, что даже первый подъем у большинства больных был невысоким, у 3 больных он совсем отсутствовал и у некоторых уровень сахара крови оказался ниже исходной величины. Второй подъем уровня сахара крови отсутствовал у всех больных, и в дальнейшем содержание сахара носило характер монотонной гипогликемии до конца исследования. Такой характер сахарных кривых говорит о функциональном нарушении поджелудочной железы, связанном с гиперпродукцией инсулина.

Таким образом, у детей, больных эпидемическим паротитом, найдены нарушения не только внешнесекреторной, но и инкреторной функции поджелудочной железы. Выявленные у 47 больных детей (63,5%) нарушения инкреторной функции поджелудочной железы выразились у 23 из них в угнетении инсулярного аппарата различной степени, а у 24 — в раздражении инсулярного аппарата. В наших наблюдениях гиперпродукция инсулина (4-й тип сахарной кривой) установлена у детей с четкими симптомами острого панкреатита, с более стойкой и выраженной диастазурей.

УДК 611.36.

## АРХИТЕКТНИКА И ТОПОГРАФИЯ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

*М. С. Арбузова, Г. И. Сонголов*

*Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией (зав. — проф. В. Х. Фраучи) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Наложение билиодигестивных анастомозов у новорожденных (при атрезии желчевыводящих путей), выполнение резекции печени у детей более старшего возраста и других оперативных вмешательств у этого же контингента больных требуют знания архитектоники желчевыводящих путей и их взаиморасположения с другими трубчатыми структурами как в самой печени, так и вне ее.

В настоящей работе дан анализ строения и топографии желчевыводящих путей 67 детей (25 новорожденных, 26 детей грудного возраста и 16 детей от 10 мес. до 3 лет<sup>1</sup>), погибших от причин, не связанных с заболеваниями или повреждениями печени. Используются методы анатомической препаровки и коррозии. Кровеносные сосуды мы наливали акриловыми смолами, желчные пути — латексом. Коррозию производили в 70% растворе соляной кислоты.

К моменту рождения количество сегментарных ветвей и типы формирования печеночных протоков те же, что и у взрослых. Поэтому в работе нами использована схема деления печени на сегменты по Кунноду (1957).

Классическое формирование общего печеночного протока при слиянии левого и правого печеночных протоков мы нашли на 36 препаратах. Всего же дихотомическое формирование общего печеночного протока встретилось на 47 препаратах, но в 11 из них правый печеночный проток отсутствовал, и его заменял один из секторальных протоков правой доли печени.

При дихотомическом типе формирования общего печеночного протока можно выделить 5 вариантов его формирования: 1-й — классическое слияние левого и пра-

<sup>1</sup> Систематизация материала произведена на основании возрастной схемы периодизации, принятой в 1965 г. на 7-й научной конференции по возрастной морфологии, физиологии и биохимии.