

отметить, что у больных хроническими панкреатитами наиболее часто выявляется 1-й тип нарушений усвоения жиров, у больных язвенной болезнью и хроническими анацидными гастритами стеаторея возникает чаще в результате извращения гидролиза жира (сопутствующее поражение поджелудочной железы) и относительно реже — из-за нарушений всасывания в кишечнике. Стеаторея второго типа отмечается при хронических энтероколитах, процесс гидролиза жиров у этих больных в основном нарушается вследствие изменений скорости эвакуации содержимого кишечника.

Комплексная оценка резорбционной функции тонкого кишечника позволила установить наличие прямой корреляции между йодкалиевой пробой и пробой с этанолом, некоторая корреляция отмечалась также между пробой с этанолом и тестом Бенда, между остальными тестами корреляционной зависимости выявить не удалось (табл. 4).

Таблица 4

Результаты корреляционного анализа различных методов оценки резорбционной способности тонкого кишечника (коэффициент корреляции  $M \pm m$ )

	Йодкалиевая проба (y)	Проба с этанолом (y)	Проба Бенда (y)	Проба с триолеатом-J <sup>131</sup> (y)
Проба с этанолом (x) . . . . .	0,36±0,079	—	—	—
Проба Бенда (x) . . . . .	0,027±0,083	0,31±0,069	—	—
Проба с триолеат-глицерином-J <sup>131</sup> (x) . . . . .	0,16±0,076	0,12±0,057	0,09±0,013	—
Проба с олеиновой кислотой-J <sup>131</sup> (x) . . . . .	0,13±0,084	0,11±0,045	0,087±0,009	0,18±0,056

Очевидно, развитие патологического процесса в желудочно-кишечном тракте, приводящее к нарушению резорбционных процессов; не сопровождается закономерным, одинаково выраженным снижением всасывания всех ингредиентов. Отсутствие параллелизма в нарушениях резорбции того или иного теста-агента, избирательность, элективность нарушения всасывания обуславливают необходимость для более полной характеристики резорбционной функции кишечника применять комплексные методики ее оценки с исследованием ряда индикаторов (солей, спиртов, меченых липидов и др.).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко В. Х., Виноградова М. А. Клин. мед., 1967, 2; 1967, 3.—
2. Губергрин А. Я., Лещинский Л. А., Рябов В. И. Тер. арх., 1962, 8.—
3. Лещинский Л. А., Рябов В. И. Тер. арх., 1959, 3.—4. Лещинский Л. А. Тр. конф. по пробл. физиологии и патологии пищеварения. Иваново, 1960.—5. Пластинина Р. А., Трусов В. В., Певчих В. В. Тр. Ижевского мед. ин-та. Ижевск, 1968, том XXXI.

УДК 616.36—004—616.411—089.87

### РОЛЬ СПЛЕНЭКТОМИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Акад. АМН СССР проф. Б. А. Королев, В. А. Гагушин

Кафедра госпитальной хирургии (зав.—акад. АМН СССР проф. Б. А. Королев)  
ГГМИ им. С. М. Кирова

Спленэктомия без сочетания с различными видами портокавальных анастомозов почти повсеместно оставлена. Оспаривается целесообразность ее применения вместе с сосудистыми и органами анастомоза-

ми. Нам представляется, что применительно к лечению больных с портальной гипертензией на почве цирроза печени этот вопрос нельзя считать окончательно решенным.

В последние годы прослеживается тенденция оценивать эффект спленэктомии только с точки зрения ее влияния на повышенное портальное давление. В 20—30 годах, предлагая спленэктомию в качестве патогенетического вмешательства, И. Л. Фаерман (1928), Е. Л. Березов (1932), Майо (1928) обосновывали свои взгляды благоприятным влиянием операции на течение цирротического процесса в печени. С развитием учения о портальной гипертензии результаты спленэктомии стали рассматриваться в зависимости от ее влияния на пищеводно-желудочные кровотечения, в связи с чем и выявилась ее недостаточная эффективность.

При изучении отдаленных результатов [2, 3, 9] было отмечено, что у ряда больных циррозом печени после спленэктомии улучшались функциональные показатели печени, исчезал асцит, уменьшались клинические проявления заболевания. У отдельных больных спленэктомия становилась как бы радикальной операцией, избавляя от многих тягостных симптомов заболевания. З. А. Бондарь и соавт. (1964), тщательно исследовавшие функцию печени до и после спленэктомии, нашли, что операция значительно улучшает состояние больных, нормализуя функции печени. Исчезают явления дисспленизма, нормализуются функции кроветворения, уменьшаются геморрагические проявления. И. А. Кассирский (1970) считает показанной спленэктомию при прогрессирующем циррозе, а также в профилактическом плане в зависимости от степени агрессии патологического процесса.

С 1953 по 1966 г. мы произвели 64 спленэктомии при циррозе печени. У 39 больных спленэктомия выполнена в чистом виде, у остальных — в сочетании с органными анастомозами. Портальный цирроз в стадии компенсации был у 16 больных, в стадии субкомпенсации — у 20, в декомпенсированной стадии — у 11, постнекротический — соответственно у 4; 9 и 4. Спленомегалия с явлениями дисспленизма наблюдалась у всех больных, асцит — у 13, пищеводные кровотечения — у 12.

В ближайшем послеоперационном периоде эффективность операции в определенной степени зависела от травматичности и величины операционной кровопотери, но при отсутствии осложнений к моменту выписки из стационара можно было отметить отчетливое улучшение функциональных показателей печени по сравнению с исходными данными; у больных с постнекротическим циррозом оно было кратковременным и менее выраженным. Повторные обострения снижали эффективность операции. При портальном циррозе результаты были значительно лучше. В первые годы после операции закономерно наступало улучшение общего состояния, и у ряда больных эффект держался в течение длительного времени. Гораздо менее благоприятным оказалось воздействие спленэктомии на портальную гипертензию. Кровотечение после операции наблюдалось у 15 больных, в то время как до операции было только у 12. У других больных было отмечено при рентгеноскопии пищевода увеличение протяженности расширенных вен или их варикозная трансформация. При изучении отдаленных исходов операции необходимо учитывать длительность послеоперационного периода. Некоторые авторы (В. А. Журавлев, 1964) при сравнении результатов спленэктомии в чистом виде и спленэктомии в сочетании с органными анастомозами, выполненными в разные сроки, приходят к выводу о значительно меньшей эффективности спленэктомии. Цирроз печени — это непрерывно протекающий процесс, в котором фактор времени играет решающую роль. Исторически спленэктомия выполнялась раньше, чем органные анастомозы, поэтому длительность наблю-

дений дольше, конечные результаты хуже, чем у больных после спленэктомии в сочетании с органными анастомозами.

У некоторых больных спленэктомия становилась как бы радикальной операцией, обеспечивая ремиссию в течении заболевания на многие годы.

Мы считаем, что непригодность спленэктомии для профилактики пищеводаых кровотечений при портальной гипертензии не должна служить основанием для категорического отказа от ее применения у больных циррозом печени. При решении вопроса о необходимости спленэктомии надо учитывать степень ее иммунного воздействия в процессе заболевания у данного больного, участие селезенки в коллатеральном кровообращении и целесообразность спленэктомии в данной стадии заболевания. Спленэктомия, выполненная по правильным показаниям, является патогенетическим средством воздействия на цирротический процесс в печени. Лучшие результаты применения спленэктомии — при портальном компенсированном циррозе печени.

#### ВЫВОДЫ

1. Необходимо дальнейшее экспериментальное и клиническое изучение влияния селезенки на цирротический процесс в печени.

2. У больных с портальной гипертензией на почве цирроза печени при показаниях целесообразно производить спленэктомию в комплексе с другими оперативными вмешательствами.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алымов В. А. В кн.: Материалы к научн. конф. по пробл. регенерации патологически измененных органов и обратимости патологических изменений. Горький, 1967.— 2. Апакова С. А. В кн.: Цирроз печени и портальная гипертензия. Медицина, М., 1968.— 3. Ашрапова М. А. К вопросу диагностики и лечения синдрома портальной гипертензии. Автореф. докт. дисс., Ташкент, 1964.— 4. Березов Е. Л. Тр. Астраханского мед. ин-та, т. 1, вып. II. Астрахань, 1932.— 5. Бондарь З. А., Узянова В. Л., Злотницкая Р. П. Тер. арх., 1964, 4.— 6. Геллер Л. П. Физиология и патология селезенки. Медицина, 1964.— 7. Журавлев В. А. Хирургическое лечение портальной гипертензии. Автореф. канд. дисс., Горький, 1964.— 8. Кассирский И. А. Клин. мед., 1970, 8.— 9. Титов В. К. В кн.: Цирроз печени и портальная гипертензия. Медицина, М., 1968.— 10. Mayo W. J. Ann. Surg., 1928, 68, 3, 409—416.— 11. Streicher H. J., Hartung H. Bull. Société Intern. Chirurgie, 1968, XXVII, 4, 345—350.

УДК 616.432—008.6—612.35

### ФУНКЦИЯ ПЕЧЕНИ И МЕТАБОЛИЗМ КОРТИЗОЛА ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО — КУШИНГА

*Проф. Е. А. Васюкова, А. А. Ясько, Р. И. Скворцова*

*Кафедра эндокринологии ЦОЛИУВ (зав.— проф. Е. А. Васюкова)*

Вопросу о влиянии глюкокортикоидов на развитие и течение патологических состояний в печени уделяется все больше внимания. Многочисленными клиническими и экспериментальными исследованиями показано, что избыток глюкокортикоидов приводит к существенным изменениям функциональной активности и морфологической структуры печени [2, 3, 5, 13].

Как известно, метаболизм кортизола осуществляется главным образом в печени. Скорость превращения кортизола зависит от ряда факторов, среди которых большое значение имеет функциональное состояние печени [12, 15]. В связи с отсутствием единого мнения о влиянии корти-