

# СЕКРЕТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Канд. мед. наук Р. А. Закирова

*Кафедра детских болезней (зав. — проф. Е. В. Белогорская) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова на базе 2-й детской клинической больницы (главрач — В. К. Мельникова)*

Внешнесекреторной функции поджелудочной железы при холецистите и ангиохолецистите у детей посвящены единичные работы [1, 3]. Данных о состоянии функции поджелудочной железы у больных холециститом в периоде диспансерного наблюдения мы в литературе вовсе не встретили.

Нами проводилось изучение внешнесекреторной функции поджелудочной железы у 91 ребенка в возрасте 4—14 лет с диагнозами холецистит (56 чел.) и ангиохолецистит (35 чел.). Больных мы обследовали в условиях стационара при поступлении, при выписке (через 1 месяц), через 1 год, а 30 детей — через 3 года диспансерного наблюдения. Все дети находились на одинаковом пищевом режиме.

Дети жаловались в основном на боли в животе, преимущественно в правом подреберье (60 из 91). У большинства больных отмечались диспепсические расстройства: понижение аппетита (у 64), тошнота (у 58), периодическая рвота (у 35), непереносимость жирной пищи (у 56), склонность к запорам (у 52). У всех детей наблюдались те или иные симптомы общей интоксикации: повышенная утомляемость, слабость, головные боли, головокружения, боли в области сердца, общее исхудание.

В периоде обострения заболеваний у детей преобладали приступообразные боли (у 62), у 36 было повышение температуры до 38—39°, у 18 — субфебрильная температура. При объективном исследовании обнаруживали увеличенную и болезненную печень. Боли чаще локализовались в области желчного пузыря (у 68), положительные симптомы Кера и Ортнера были у 62 чел. Ускорение РОЭ (до 20—55 мм/час) выявлено у 18 больных, лейкоцитоз (8500—19500) — у 15, нейтрофильный сдвиг (до 72—74%) — у 8, эозинофилия — у 11.

При дуоденальном зондировании ускорение или замедление желчно-дуоденального и желчно-пузырного рефлексов, а также увеличение или уменьшение порций выделяемой пузырной желчи установлены у 52 детей. Большое скопление лейкоцитов в пузырной желчи найдено у 76 больных, повышенное содержание лейкоцитов и в порции С — у 35. У 38 детей, больных холециститом, обнаружены в желчи лямблии. Бактериологическое исследование пузырной желчи показало более частый высев кишечной палочки (у 51 из 91), чем стафилококка (31 чел.).

Для оценки внешней секреции поджелудочной железы исследовали панкреатические ферменты (липазу, трипсин и амилазу), рН, объем и бикарбонатную щелочность в шести 15-минутных порциях дуоденального сока: в порциях А и С до введения 0,5% раствора соляной кислоты и в 15-минутных порциях, собранных в течение 60 мин. после введения раздражителя. Активность липазы определяли по методу Г. К. Шлыгина, Л. С. Фоминной и М. З. Павловой (1963), трипсина — по видоизмененному методу Фульд — Гросса, амилазы — по модифицированному в Институте питания АМН СССР способу Вольгемута. Активность всех ферментов выражали в условных единицах. Контролем служили данные, полученные у 24 практически здоровых детей соответствующего возраста. Результаты статистически обработаны по методу ранжирования с использованием критерия Ван-дер Вардена (1965) и разностным методом [2].

Активность липазы в дуоденальном соке больных холециститом в порции А равнялась в среднем 341—384 ед. при норме 616,8—649 ( $P < 0,001$ ), в порции С 537—674 ед. при норме 1151—1277 ( $P < 0,001$ ). Активность трипсина дуоденального сока у этих больных составляла в среднем в порции А 214—219 ед. при норме 462,5—506 ( $P < 0,001$ ), в порции С 239—282 ед. при норме 967—990 ( $P < 0,001$ ). Среднеарифметический показатель активности амилазы в порции А равнялся 388—469 ед., в порции С 360—407 ед., что было ниже показателей у здоровых детей: в порции А 512—543 ( $P < 0,001$ ) и в порции С 995—1114 ед. ( $P < 0,001$ ).

У больных детей выявлено снижение объема сока в порциях А (4,1—4,3 мл) и С (6,6—7 мл) по сравнению со здоровыми детьми (А 5,9—6,3 мл; С 11—12 мл,  $P < 0,001$ ). Оказалась сниженной также бикарбонатная щелочность дуоденального содержимого в порциях А и С (соответственно 1,8 и 1,9—2,0 мм р/10 NaOH при норме 1,9—2,0 и 2,1—2,2 мм р/10 NaOH,  $P < 0,01$ ). рН дуоденального сока составляла в порции А 6,7—6,8, в порции С 7,0—7,1 при норме в порции А 7,4—7,5 ( $P < 0,01$ ) и в порции С 7,5 ( $P < 0,01$ ).

При изучении динамики выделения панкреатических ферментов в группе больных, как правило, наблюдалась закономерность, присущая для детей контрольной группы с наибольшим содержанием ферментов в порции С дуоденального содержимого после опорожнения желчного пузыря и снижением активности ферментов на фоне увеличения количества сока после введения 0,5% раствора HCl. У больных детей степень

снижения активности ферментов после введения раствора HCl была выраженнее, чем у здоровых. У части исследованных в отличие от контроля отмечалось повышение активности ферментов в отдельных фракциях выше уровня в порции С дуоденального сока, в других — снижение до уровня в порции А и ниже.

Из 56 больных активность трипсина была понижена во всех порциях дуоденального содержимого у 36, амилазы — у 18 и липазы — у 16, диспанкреатизм был обнаружен у 13 (23%).

При ангиохолецистите из 35 больных снижение активности трипсина в порциях дуоденального содержимого было у 22, амилазы — у 14 и липазы — у 9, диспанкреатизм — у 8. Уменьшение объема, бикарбонатной щелочности, pH и активности панкреатических ферментов в порциях дуоденального сока свидетельствует о нарушении секреторной и ферментативной функций поджелудочной железы. Его степень и характер зависят от давности и тяжести заболевания. Так, из 56 больных холециститом выявлено снижение ферментативной активности дуоденального сока у 22 детей со сроком заболевания свыше 1 года, диспанкреатизм — у 9, при ангиохолецистите из 35 больных детей активность панкреатических ферментов оказалась сниженной у 15, диспанкреатизм установлен у 2.

В периоде клинического улучшения через 1 мес. от начала лечения показатели ферментативной активности, бикарбонатной щелочности и объем дуоденального сока у большинства (92%) больных холециститом, а при ангиохолецистите — у 100% оставались ниже, чем у здоровых детей. Особенно стойким было снижение активности амилазы, уровень ее мало изменился по сравнению с показателями до лечения. По нашим данным, клиническое выздоровление больных холециститом не сопровождалось нормализацией функции поджелудочной железы.

Исследование функции поджелудочной железы у детей с хроническим холециститом и ангиохолециститом через 1 и 3 года диспансерного наблюдения выявило нормализацию показателей у многих больных. Если через 1 месяц лечения содержание панкреатических ферментов во всех порциях дуоденального сока было нормальным только у 8% детей, то через 1 год число детей с нормальной активностью ферментов увеличилось до 36%, а через 3 года — до 88%.

Через 3 года ни у одного из обследованных не отмечено одновременного нарушения 2 и 3 ферментов, частота диспанкреатизма уменьшилась с 23% до 6%. При исследовании через 3 года у больных констатирована нормализация показателей секреторной функции поджелудочной железы: объема, бикарбонатной щелочности и pH дуоденального сока.

Более замедленное восстановление внешнесекреторной функции поджелудочной железы происходило у больных ангиохолециститом: через 1 мес. лечения у всех больных детей в дуоденальном содержимом панкреатические ферменты оставались сниженными, через 1 год нормальная активность ферментов выявлена лишь у 9%, через 3 года — у 57%. Отсюда следует, что больные ангиохолециститом дети требуют более продолжительной терапии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бычкова М. А. Педиатрия, 1967, 5.
2. Каминский Л. С. В кн.: Применение статистики в научной и практической работе врача. Л., 1949.
3. Плотникова Н. Г. Тез. научн. сесс. Крымского мед. ин-та, 1964.
4. Шлыгин Г. К., Фомина Л. С., Павлова М. З. Вopr. мед. химии, 1963, 9, 2.

Поступила 19 февраля 1973 г.

УДК 616.366—089.85

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Проф Ю. И. Малышев, О. М. Горбунов

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. А. М. Аминев) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

Некоторые положения лечебной тактики при остром холецистите до сих пор остаются спорными. Поэтому мы подвергли анализу истории болезни 1327 пациентов, выпитанных после консервативного лечения из трех крупных хирургических стационаров г. Куйбышева за период с 1957 по 1966 г. Отдаленные сведения в сроки от 3 до 13 лет получены о 716 пациентах, из них 44 за время наблюдения умерли: 5 от калькулезного холецистита, 3 от рака поджелудочной железы, 1 от сахарного диабета, 19 от сердечно-сосудистых заболеваний, 8 от злокачественных новообразований других органов, не связанных с желчевыделительной системой, и 5 от других заболеваний; у 3 больных причину смерти выяснить не удалось. Все умершие были старше 60 лет.