

боли и крапивнице, один раз — в повышении температуры. Они наблюдались после первых двух трансфузий и купировались под влиянием димедрола и хлористого кальция.

После вливаний протеина у 3 больных из 18 вслед за первыми двумя трансфузиями возник озноб и у 1 повысилась температура. Димедрол и хлористый кальций купировали эти явления.

На основании полученных результатов мы считаем, что 20% альбумин и протеин ЦОЛИПК являются эффективными препаратами в лечении белковой недостаточности у больных циррозом печени.

Проводя сравнительную оценку клинической эффективности обоих препаратов, необходимо указать, что 20% альбумин высоко активен в снотическом отношении и показан для борьбы с гипоальбуминемией и отеками даже при тяжелых циррозах печени. Протеин, как более доступный препарат, может широко применяться при нарушениях белкового обмена у больных циррозом печени средней тяжести.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аграненко В. А., Скачилова Н. Н., Виноградова И. Л.; Каратаева Г. К. Тез. итог. научн. конф. Киев, 11—13/V 1967.—2. Альперин П. М. Клин. мед., 1949, 2.—3. Альперин П. М., Виноградов В. В. Тер. арх., 1950, 4.—4. Альперин П. М., Жеребцов Л. А., Замчий А. А., Шатунова Л. В. Тез. 42 пленума Уч. совета ЦОЛИПК, 1965.—5. Киселев А. Е., Фром А. А., Никитенко А. А., Русанов В. М. Пробл. гемат. и перелив. крови, 1967, 4.—6. Andrasina J., Milar A., Mervart Z. Rozhl. Chir., 1964, 43, 4.—7. Dykes P. W. Quart. J. Med., 1961, 30, 297.—8. Losowsky M. S., Atkinson M. Lancet, 1961, 2, 386.

УДК 616.33—002.44—612.34

ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

З. Ш. Хасанов

Кафедра госпитальной терапии № 1 (зав.—проф. К. А. Маянская) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Вопросы, связанные с изучением функции поджелудочной железы при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, нельзя считать окончательно разрешенными, так как имеющиеся литературные данные разноречивы. Одни авторы [1, 2] наблюдали усиление ферментативной активности поджелудочной железы при язвенной болезни, протекавшей с повышенной секрецией, другие [11, 14] не отмечают такой закономерности. Нет единого мнения и о характере нарушений ферментативной активности поджелудочной железы при язвенной болезни. В. Т. Поздняков, Я. С. Циммерман и др. считают, что при этом нарушается преимущественно амилолитическая функция; по мнению З. В. Смирновой, Е. Н. Нечаева и др., в основном страдает липолитическая активность панкреатического сока; по данным О. Г. Гогиберидзе, А. М. Костюкова, А. И. Веннера, чаще наблюдается расстройство триптической функции.

Мы изучали внешнюю секрецию поджелудочной железы у 52 больных язвенной болезнью в периоде обострения. С язвой желудка было 7 чел., двенадцатиперстной кишки — 42, с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки — 3. У 18 больных язвенная болезнь была осложнена рубцовыми изменениями и перивисцеритом. Из диспепсических расстройств наиболее часто наблюдалась тошнота (у 27) и рвота (у 24). У большинства больных была нарушена функция кишечника, что выражалось по преимуществу в запорах спастического типа (у 24 больных).

Внешнесекреторную функцию поджелудочной железы изучали методом двухканального зондирования одновременно с секрецией и кислотностью желудка. Желудочную секрецию исследовали с применением аскорбинового пробного завтрака (по И. А. Данилову) или после внутримышечного введения 0,5 мл 0,1% раствора гистамина.

Секреция и кислотность желудочного сока были нормальными у 14, повышенными у 26 и пониженными у 12 больных.

Мы определяли ферментативную активность поджелудочной железы с учетом длительности и тяжести течения язвенной болезни, а также секреторной активности желудка.

Ферменты поджелудочной железы определяли до и после опорожнения желчного пузыря (порции А и С дуоденального содержимого) и в последующем фракционно в 15-минутных порциях в течение часа после интрадуоденального введения 30 мл

0,5% раствора HCl. Во всех порциях определяли количество дуоденального содержимого, pH, бикарбонатную щелочность методом обратного титрования, содержание амиллазы методом Воллгемота в модификации Г. К. Шлыгина, трипсина — методом Гросса в модификации Г. К. Шлыгина, липазы — методом Г. К. Шлыгина и Л. С. Фоминой. Полученные данные сравнивали с показателями активности ферментов поджелудочной железы у 22 практически здоровых лиц с нормальной кислотностью желудочного сока. В контроле наибольшая концентрация ферментов поджелудочной железы была в порции С дуоденального содержимого; это можно объяснить тем, что желчь является активатором внешней секреции поджелудочной железы. Последующее введение раствора HCl вызывало отделение большего количества менее богатого ферментами панкреатического сока. Закономерность эта сохранялась и при функциональной недостаточности поджелудочной железы.

Язвенная болезнь с определенной закономерностью сопровождается нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы, выражающимся по преимуществу в снижении концентрации ферментов в дуоденальном содержимом. Снижение триптической и липолитической активности наблюдалось почти с одинаковой частотой, амиллитическая функция была изменена значительно реже. Следует отметить, что липолитическая активность чаще страдала у больных с пониженными цифрами кислотности желудочного сока. pH дуоденального содержимого у больных с пониженным триптической активности поджелудочной железы колебалось от 7,0 до 7,2, в то время как оптимальная среда для действия трипсина находится в пределах pH 8.

Характерным было нарушение внешнесекреторной функции поджелудочной железы в виде диссоциации ферментов. Снижение концентрации одного фермента было выявлено у 18, 2 — у 15, всех 3 — у 4 больных.

Повышение ферментативной активности наблюдалось редко (в основном у больных с неосложненной язвенной болезнью, с небольшой давностью процесса и нечастыми рецидивами заболевания) и относилось преимущественно к трипсину, причем было выражено нерезко по сравнению с максимальными цифрами в контрольной группе. Секреция и кислотность у всех этих больных были повышены. У больных с большими сроками и частыми рецидивами заболевания закономерно обнаруживалось угнетение ферментативной активности поджелудочной железы независимо от состояния секреторной активности желудка. У большинства больных с давностью заболевания свыше 5 лет и почти у всех больных, страдающих 10 и более лет, констатировано снижение концентрации 2 или 3 ферментов поджелудочной железы.

Нужно учитывать, что нарушение внешнесекреторной функции поджелудочной железы у наших больных можно было установить только при изучении дуоденального содержимого, так как уровень диастазы в моче и в крови у всех больных был нормальным; при копрологическом исследовании также не выявлялись симптомы недостаточности поджелудочной железы. Нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы при язвенной болезни не дают характерных клинических проявлений, в то же время они несомненно играют определенную роль в течении заболевания.

Наши предварительные наблюдения дают право сделать заключение о тесной функциональной взаимосвязи желудка и поджелудочной железы. Вторичное вовлечение в процесс поджелудочной железы, особенно у больных с длительным течением и частыми обострениями язвенной болезни, должно учитываться в процессе комплексной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонова Р. И. Клиническая медицина, 1926, 3.—2. Ануфриева В. К. Казанский медицинский журнал, 1964, 4.—3. Ахунзянова Р. Х. Советская медицина, 1964, 7.—4. Василенко В. Х., Кочерин И. Т. Клиническая медицина, 1960, 8.—5. Гогиберидзе О. Г. Функциональное состояние поджелудочной железы при язвенной болезни. Автореферат кандидатской диссертации, Тбилиси, 1964.—6. Данилов И. А. Лаб. дело, 1961, 1.—7. Закржевский Е. Б. В кн.: Функциональная диагностика заболеваний поджелудочной железы. Медгиз, М., 1961.—8. Козырева И. И. Клиническая медицина, 1965, 2.—9. Мармур Я. Н. Тер. арх., 1929, 3.—10. Нечаев Е. Н. Ферментативная активность и электролитный состав панкреатической секреции при некоторых заболеваниях системы пищеварения. Автореферат кандидатской диссертации, Донецк, 1965.—11. Поздняков В. Т. Функциональные нарушения поджелудочной железы при язвенной болезни. Автореферат кандидатской диссертации, М., 1958.—12. Рустамов Б. Р. Функция поджелудочной железы при заболеваниях желудка. Автореферат кандидатской диссертации, Самарканд, 1953.—13. Рысс С. М. Тер. арх., 1961, 8.—14. Рысс С. М. и Шаталова А. А. Тер. арх., 1933, 7—8.—15. Рязанова Л. Л. Внешнесекреторная функция поджелудочной железы у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и хроническим холецистоангиохолитом. Автореферат кандидатской диссертации, Ивано-Франковск, 1962.—16. Смирнова З. В. Изучение функции поджелудочной железы у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим гастритом до и после консервативного лечения. Автореферат кандидатской диссертации, Свердловск, 1961.—17. Циммерман Я. С. В кн.: Язвенная болезнь. Ижевск, 1959.—18. Шелагуров А. А. В кн.: Панкреатиты. Медицина, М., 1967.—19. Шлыгин Г. К. В кн.: Ферменты кишечника в норме и патологии. Медгиз, М., 1967.—20. Маждраков Г. В кн.: Болезни поджелудочной железы. София, 1962.