

14. Mier P. D., Cotton D. W. K. The molecular bio'logy of skin, Oxford. 1976.
15. Rouse B. T. et al. Nature, 1977, 266, 456.
16. Kyan T. J. Eharmae. Ther., 1979, 10, 27.
17. Srisinha S., Suskind R., Edelman R., Kulapongs P., Olson R. E. In: Malnutrition and the Immune Response Ed. R. Suskind. New York Paven Press, 1977, 309.
18. Strohl W. A., Schlainger R. W. Viro'logy, 1965, 26, 203.
19. Salo O. P., Kousa M., Mustikallo K. K. and Lassus A. Acta Dermatovener (Stockh), 1972. 52, 295.

УДК 616,37—002—08

Э. Г. ГРИГОРЯН, Г. Г. ОВСЕПЯН, М. В. АМАМЧЯН

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Разработана тактика дифференцированной терапии больных с хроническим панкреатитом в зависимости от преобладания воспалительных или дегенеративных изменений в поджелудочной железе. Установлена высокая эффективность этапного лечения больных хроническим панкреатитом физическими и курортными факторами в ранние сроки после обострения заболевания.

В связи с трудностями ранней диагностики хронических воспалительных заболеваний поджелудочной железы лечение хронических панкреатитов (ХП) является сложной проблемой [2—4, 8]. Терапевтическая тактика должна проводиться в зависимости от степени воспалительных проявлений в поджелудочной железе, наличия сопутствующих заболеваний [5, 6].

Под нашим наблюдением находились 500 больных ХП, лечившихся различными методами в зависимости от клинического течения заболевания. Среди больных преобладали мужчины в среднем возрасте от 40 до 60 лет. В основном это были больные с вторичным ХП, развившимся вследствие различных заболеваний органов пищеварения. Согласно Марсельской классификации [7], у 63% больных установлена рецидивирующая, у 37% — болевая форма ХП.

По клиническому течению заболевания больные были разделены на 3 группы: с тяжелой формой—22%, со средней тяжестью—50%, с легким течением—28%.

Результат лечения оценивался по клиническим данным и лабораторным показателям, в частности по определению ферментативной активности поджелудочной железы в различных биологических средах организма. Лечение проводилось с учетом клинического течения заболевания и состояния поджелудочной железы.

При ХП с тяжелым течением заболевания на фоне диеты 5¹ с резким ограничением углеводов и жиров назначался один из ингибиторов протеаз — гордокс, контрикал по 10—15000 ед. в/в капельно ежедневно в 100 мл 0,9% NaCl (10—15 инъекций), симптоматически — баралгин или платифиллин. Учитывая воспалительные отечные проявления в

поджелудочной железе, одновременно назначали глюконат кальция, в отдельных случаях — антибиотики.

Под влиянием проведенной терапии наряду с улучшением в клинической картине заболевания отмечалась положительная динамика в лабораторных показателях. Уменьшались боли, диспептические нарушения и интенсивность симптомов, характеризующих поражения поджелудочной железы (боль в треугольнике Шоффара, симптомы Керта, Кача, Мейо-Робсона).

К концу лечения в сыворотке крови снижалась активность трипсина, липазы и амилазы, которые в исходном состоянии превышали норму, особенно трипсин. Улучшалась картина крови: замедлялась СОЭ, снижалась активность фибринолитической системы.

Наблюдения показали, что при тяжелом течении ХП нецелесообразно производить дуоденальное зондирование с целью определения панкреатических ферментов. Введение раздражителей внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы является излишней травмой для данного органа в этом периоде заболевания.

Ввиду выделения ферментов в кровь и мочу достаточно ограничиться их определением в данных средах. 85% больных этой группы закончили лечение со значительным улучшением и улучшением.

Основную группу (250 чел.) составляли больные со средней тяжестью течения ХП. Болевой синдром и диспептические расстройства были слабее, чем в предыдущей группе, но объективные показатели проявлялись резко, особенно боль в треугольнике Шоффара, по проекции тела поджелудочной железы, и симптом Керта. У 50 больных данной группы на фоне умеренных болевых проявлений преобладали диспептические расстройства. Отмечалась болезненность по ходу кишечника, положительные симптомы Образцова, Вааля, боль в точке Поргеса.

Часто констатировалось увеличение печени с воспалительными проявлениями в гепатобилиарной системе, гастроитоз разной степени выраженности. При оценке параклинических исследований установлено, что в сыворотке крови нарастает активность трипсина, липазы, амилазы с некоторым понижением ингибитора трипсина. Причем в отличие от больных с тяжелым течением здесь не отмечалось резкого повышения трипсина.

У 70% больных выявились патологические амилазные, а в 50% — сахарные кривые. Наблюдения показали, что содержание амилазы в моче при ее фракционном исследовании (прозеринный тест) в определенной степени коррелирует с клинической картиной заболевания. В основном констатировался II—III тип патологических диастазных кривых по М. М. Богеру [1] с подтипом А и В.

У вышеуказанных 50 больных с выраженными проявлениями кишечной диспепсии регистрировался IV (истошающий) тип кривой или нормальная кривая с тенденцией к понижению. Тактика лечения проводилась в зависимости от клинической симптоматики.

У 200 больных с преобладанием болей на фоне диеты 5^п назначался один из ингибиторов протеаз (7—8 инъекций), плазма или гидролизин

по 100—150 мл (3—4 раза), препараты кальция, инъекции но-шпы, платифиллина, по показаниям препараты, улучшающие состояние гепатобилиарной, панкреатодуоденальной систем—метилурацил, липоевая кислота. 50 больным с преобладанием диспептических расстройств назначалась заместительная терапия: панзинорм-форте, фестал, панкреатин, анаболические средства—нерабол или ретаболил, витамины группы В и С, препараты кальция, алоэ.

В обеих группах установлена положительная клинико-лабораторная динамика. Уменьшились болевой синдром, диспептические явления.

У больных с преобладанием воспалительного процесса в поджелудочной железе отмечалось резкое снижение ферментативной активности в сыворотке крови, моче и некоторое нарастание секреторно-ферментативной активности в дуоденальном содержимом.

Определенная коррелятивная взаимосвязь выявлена между улучшением в клиническом течении заболевания и показателями амилазы в моче по прозериновой пробе. Наряду с закономерным снижением амилазы в порциях мочи выравнивались патологические типы кривых.

Этот легко доступный метод, имеющий объективную информативность о состоянии поджелудочной железы, должен найти широкое применение, особенно в амбулаторной практике.

Улучшение в состоянии больных с преобладанием диспептических расстройств наступало позже, чем у больных с преобладанием болевого синдрома, и зачастую имелись остаточные явления. Это связано с преобладанием дегенеративных изменений в поджелудочной железе и наличием ряда сопутствующих заболеваний, в частности хронического энтероколита. Истожающий тип прозериновой кривой (IV) существенно не изменился после лечения. В дуоденальном содержимом констатировали лишь некоторое усиление секреторной реакции поджелудочной железы и бикарбонатной щелочности.

Фиброзно-склеротические формы ХП трудно поддаются терапии в течение 20—30 дней. Поэтому требуется длительный прием ферментных препаратов, которые выполняют заместительную роль.

Больные ХП с легким течением составляли 28%. Лечение этих больных представляет определенные затруднения. Если в предыдущих группах клинические проявления были очерчены более четко и можно было думать о преобладании отечно-воспалительных или фиброзно-склеротических проявлений, то в данной группе дифференциация затруднена. Поэтому в этих случаях следует обращать внимание на различные клинические проявления, особенно на объективные показатели, в частности на микросимптоматику. При доминировании болевых ощущений следует проводить противовоспалительное лечение.

При отсутствии сильных болей и преобладании чувства тяжести в эпигастриуме, метеоризме на фоне антиспастических средств, препаратов кальция, метилурацила следует назначать ферментные препараты. После проведения консервативной терапии в стационаре в ранние сроки (через 1,5—2 месяца) больные направлялись на курорт Джермук (этапное лечение). Те больные, у которых доминировали боли, вегета-

тивные проявления с небольшой давностью заболевания, ограничились бальнеотерапией. В 92% случаев лечение заканчивалось улучшением и значительным улучшением.

При преобладании диспептических проявлений, сопутствующем хроническом холангиогепатите, энтероколите целесообразно на фоне бальнеотерапии назначать электроторф на верхнюю половину живота или на весь живот при 38—40°C, что дает хорошие результаты.

По прохождении острого периода во внекурортных условиях больным можно назначить внутренний прием бутылочной минеральной воды «Джермук», тубажи, диадинамические токи или дециметровые волны по проекции поджелудочной железы, парафиновые аппликации на верхнюю половину живота. Это способствует резкому уменьшению или исчезновению воспалительных явлений, а диадинамические токи оказывают заметное болеутоляющее действие.

Таким образом, при проведении консервативной терапии ХП следует придерживаться дифференцированного использования различных средств в зависимости от клинического течения заболевания.

Больница IV Гл. управления МЗ Арм. ССР,
НИИ курортологии и физиотерапии МЗ Арм. ССР

Поступила 20/V 1982 г.

Է. Հ. ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ, Գ. Գ. ՀՈՎՍԵՓՅԱՆ, Մ. Վ. ՀԱՄԱՄՉՅԱՆ

ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՊԱՆԿՐԵԱՏԻՏՈՎ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ՏԱՐԲԵՐԱԿԻԶ ԿՈՆՍԵՐՎԱՏԻՎ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Հետազոտվել են տարբեր կլինիկական արտահայտումներով 500 խրոնիկական պանկրեատիտով հիվանդներ: Մշակված է հիվանդների տարբերակիչ բուժման տակտիկա, նայած ենթաստամոքսային գեղձում ինչն է գերակշռում՝ բորբոքային, թե դեգեներատիվ փոփոխությունները:

Հաստատված է նաև խրոնիկական պանկրեատիտով հիվանդների ֆիզիկական և կուրորտային գործոններով էտապային բուժման բարձր արդյունավետությունը հիվանդության սրացումից հետո վաղ ժամկետներում:

E. H. GRIGORIAN, G. G. HOVSEPIAN, M. V. HAMAMCHIAN

DIFFERENTIATED CONSERVATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

The tactics of differentiated therapy of patients with chronic pancreatitis is worked out, depending on the prevalence of inflammatory or degenerative changes in the pancreas. The high effectiveness of the stage treatment of such patients by physical-sanatorial factors is revealed in early stages after acute attack of the disease.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бюгер М. М. Тер. арх., 1970, 5, стр. 62.
2. Валенкович Л. Н., Морозов К. А., Орлова Э. И. Сов. мед., 1979, 2, стр. 54.

3. Губергриц А. Я. Клин. мед., 1979, 6, стр. 93.
4. Климов П. К. Клин. мед., 1980, 2, стр. 11.
5. Орлов О. Б. Врач. дело, 1979, 8, стр. 50.
6. Орлов В. А. Клин. мед., 1980, 3, стр. 107.
7. Шеллагузов А. А. В кн.: Болезни поджелудочной железы. М., 1970, стр. 221.
8. Siedew W. Z. Gastroent., 1975, 13, 1, 35.

УДК 616.346.2—002:616.15

С. Д. ШАПОВАЛ

ФЕРМЕНТАТИВНЫЕ СДВИГИ В ЛЕЙКОЦИТАХ И СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Проанализирована динамика изменений щелочной фосфатазы, пероксидазы, сукциндегидрогеназы, фосфолипидов, гликогена, сульфгидрильных групп, лейкоцитов, церулоплазмينا, щелочной фосфатазы в сыворотке крови у больных острым аппендицитом старше 60 лет. Установлено достоверное изменение большинства исследуемых показателей при деструктивном процессе и отсутствие таковых при катаральном аппендиците. Показано влияние оперативной травмы на активность изучаемых ферментов. Результаты исследования свидетельствуют о выраженной биологической блокаде в указанном возрасте.

Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый аппендицит у больных старше 60 лет составляет 33,1% [9]. По данным ряда авторов, диагностические затруднения в этой возрастной группе колеблются от 7,8—9,7 до 29,6 и 36% [2, 3, 6, 7]. Высок и уровень послеоперационных осложнений—от 12 [9] до 27,4% [2]. Летальность колеблется от 1,4 [6] до 4,2, а при перфоративных формах—до 30% [11].

В связи с изложенным важное значение приобретает проблема диагностики деструктивных форм, которые встречаются у больных старше 60 лет в 60,5 и даже 88,9% случаев [4]. Деструктивные формы имеют обычно смазанную симптоматику, протекают без определенных особенностей в лейкоформуле и дают повод к диагностическим заблуждениям и поздней операции [1, 8, 10 и др.].

В поисках объективных тестов воспалительных сдвигов в организме больных пожилого возраста нами изучены цитохимические показатели состояния нейтрофилов и лимфоцитов периферической крови у 74 больных старше 60 лет и 32 практически здоровых лиц (контрольная группа). Одновременно исследовалась ферментативная активность щелочной фосфатазы и церулоплазмينا сыворотки крови. Цитохимические констелляции, составившие ферментный спектр, включали изменение щелочной фосфатазы (ЩФ), пероксидазы (ПО), сукциндегидрогеназы (СДГ), фосфолипидов (ФЛ), гликогена, сульфгидрильных групп (SH-группы).

Исследования проводились перед операцией (для решения вопросов диагностики) и через 1, 3, 7 суток после нее для выбора корректирующей терапии и прогнозирования исхода заболевания. Форма аппен-