

Л. И. Геллер, Е. Д. Рыбалка, М. В. Грязнова

ЛЕКАРСТВЕННАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОТОНИЧЕСКОЙ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра госпитальной терапии (зав.— проф. Л. И. Геллер) Хабаровского медицинского института

Снижение сократительной активности желчного пузыря характерно для многих случаев сахарного диабета [3]. Гипотоническая дискинезия желчного пузыря негативно сказывается на процессах пищеварения, а также благоприятствует развитию или отягощению нарушений состояния печени [4, 6, 9]. Это обуславливает необходимость поиска средств терапии гипотонии желчного пузыря при сахарном диабете. В связи с широким клиническим использованием при гипомоторных нарушениях верхних отделов пищеварительного тракта различного генеза (в том числе диабетических) метоклопрамида (церукала, реглана) мы сочли целесообразным провести анализ его действия на сократительную активность желчного пузыря у больных сахарным диабетом. Кроме того, мы исследовали у них действие на моторику желчного пузыря сорбита как стимулятора инкреции холецистокинина — основного физиологического регулятора сократительной функции желчного пузыря [5, 12].

Обследовали больных диабетом II типа (инсулиннезависимым) в стадии компенсации, достигнутой пероральными антидиабетическими препаратами. В одной серии исследований определяли влияние разовой инъекции обычной дозы церукала (10 мг внутримышечно) на базальный, нестимулируемый объем желчного пузыря, в других анализировали реакцию сократительной активности желчного пузыря на эндогенный холецистокинин (проба с приемом двух яичных желтков) накануне и на следующий день после завершения курса церукала (10 дней по 10 мг перорально 3 раза в день) или сорбита (5 дней по 5 г 2 раза в день за 40 мин до еды). Сократительную способность желчного пузыря регистрировали ультразвуковым методом, не уступающим по информативности рентгено- и радиосцинтиграфии [8, 11] и в то же время безопасным для обследуемых. Использовали эхокамеру SSD-280 («Алока», Япония) и расчеты по «сумме цилиндров» [10]. Для определения нормативов изучавшихся показателей моторики желчного пузыря формировали группу здоровых людей, сопоставимую по возрастно-половому составу с группой больных.

Из табл. 1 видно, что уже через 15 мин после введе-

ния церукала появлялась тенденция к сокращению желчного пузыря, а спустя 30 и 45 мин после инъекции препарата различия с исходными величинами объема пузыря становились достоверными. Данные табл. 2 показывают, что курсовое назначение церукала способствует закономерному усилению реакции мышцы желчного пузыря на физиологический возбудитель холецистокинин (по критериям пробы с приемом желтков как стимуляторов инкреции холецистокинина). В желчном пузыре имеются рецепторы дофамина [13], и действие церукала как антидофаминергического средства, видимо, в определенной мере связано с этим механизмом. Не исключено также усиление церукалом инкреции холецистокинина дуоденальными эндокринными I-клетками, насколько можно судить по результатам исследований с определением экскреции урохолецистокинина [7].

Данные табл. 2 указывают и на реальный стимулирующий эффект малых доз сорбита на сократительную активность желчного пузыря у больных диабетом. Послабляющее действие сорбита в использовавшихся дозах было минимальным и наблюдалось лишь в 3 случаях.

Усиление инкреции холецистокинина под действием сорбита, доказанное радиоиммунологическими исследованиями [13], вероятно, лежит в основе повышения им сократительной способности желчного пузыря.

Как видно из табл. 1 и 2, исходные величины мышечной активности желчного пузыря у больных диабетом существенно меньше, чем у здоровых. Коррекцию церукалом или сорбитом гипотонической дискинезии желчного пузыря можно в этой ситуации рассматривать как клинически полезную. Поддерживающая доза антидиабетического препарата до начала и в процессе получения больными церукала или сорбита была одинаковой, других лекарственных средств не назначали, поэтому эффект повышения сократительной активности желчного пузыря можно с достаточной достоверностью связать с примененными воздействиями.

У 10 из 15 леченных церукалом и 10 из 14 получавших курс сорбита больных диабетом мы имели возмож-

Таблица 1

Влияние разового введения церукала (10 мг внутримышечно) на объем желчного пузыря у больных сахарным диабетом ($M \pm m$)

Обследованные	n	Объем желчного пузыря, мл						
		исходный	через 15 мин	p	через 30 мин	p	через 45 мин	p
Здоровые люди	14	20,8±1,8	21,1±2,0	>0,1	19,6±1,7	>0,1	20,2±1,8	>0,1
Больные диабетом	17	27,9±1,7	23,8±2,0	>0,1	17,5±1,9	<0,001	18,7±2,0	<0,01
p ₁		<0,01	>0,1		>0,1		>0,1	

Примечание. p — достоверность различий с исходными показателями в каждой из групп, p₁ — различия между показателями у больных и здоровых в каждый из изученных сроков.

Таблица 2

Влияние курсов церукала или сорбита на сократительную активность желчного пузыря (по результатам пробы с усилением инкреции холецистокинина) у больных сахарным диабетом ($M \pm m$)

Обследованные	n	Степень сокращения объема желчного пузыря в пробе с приемом яичных желтков, % от исходного объема					
		проба до начала курса		проба после завершения курса		p	
		через 15 мин	через 45 мин	через 15 мин	через 45 мин	через 15 мин	через 45 мин
Здоровые люди	12	23,8±2,2	80,7±3,7	—	—	—	—
Больные диабетом:							
курс церукала	15	16,1±2,0	40,9±3,4	27,0±2,2	56,9±3,1	<0,01	<0,001
курс сорбита	14	15,9±1,9	47,7±3,3	25,3±2,0	64,7±3,8	<0,01	<0,01

Таблица 3

Последствие курсов церукала или сорбита на моторику желчного пузыря у больных сахарным диабетом ($M \pm m$)

Лечебное воздействие за 4—5 нед до исследования	Степень сокращения объема желчного пузыря по сравнению с исходным в пробе с приемом желтков, %		р в сравнении с показателями непосредственно после завершения курса препарата	
	через 15 мин	через 45 мин	через 15 мин	через 45 мин
Курс церукала	28,1 $\pm$ 2,1	56,8 $\pm$ 2,9	>0,1	>0,1
Курс сорбита	23,9 $\pm$ 2,3	60,8 $\pm$ 3,0	>0,1	>0,1

ность провести через 4—5 нед после завершения курса терапии еще одно исследование моторики желчного пузыря, изучив тем самым последствие препаратов. Кроме прежней поддерживающей дозы антидиабетического средства, другого лечения больные в этот период не получали.

Из табл. 3 видно, что стимулирующее сократительную активность желчного пузыря действие курсов церукала или сорбита сохранялось не менее 4—5 нед после окончания курса терапии одним из этих препаратов.

Ранее, используя электроманометрический метод, мы убедились в частой гипотонии желудка и двенадцатиперстной кишки у больных сахарным диабетом [1]. Применяя в настоящей работе ту же методику, мы могли отметить параллелизм стимулирующего действия церукала на исходно сниженную мышечную активность гастродуоденальной зоны и желчного пузыря. Следовательно, у больных сахарным диабетом показания к назначению церукала определяются возможностями коррекции им как сниженного гастродуоденального мышечного тонуса, так и одновременно гипотонической дискинезии желчного пузыря. При использовании сорбита нужно учитывать тот факт, что наряду с обнаруженной в настоящем исследовании стимуляцией им исходно сниженной сократительной способности желчного пузыря у больных диабетом он обладает и определенными гепатопротективными свойствами, опосредованными тем же усилением инкреции холецистокинина [2]. Следовательно, коррекция церукалом и сорбитом гипотонической дискинезии желчного пузыря является важным и полезным компонентом более широкого положительного действия этих средств у больных сахарным диабетом.

Выводы

1. Ультразвуковая регистрация динамики объема желчного пузыря впервые использована у больных сахарным диабетом для изучения возможностей лекарственной коррекции гипотонической дискинезии этого органа, часто наблюдаемой у таких больных.

2. Церукал (метоклопрамид) при разовом введении сокращает исходно расслабленный у больных диабетом желчный пузырь, а курсовое 10-дневное назначение препарата закономерно повышает степень сократительной реакции желчного пузыря на эндогенный холецистокинин (по критериям пробы с приемом яичных желтков).

3. Пятидневный курс применения малых доз сорбита, усиливающего инкрецию холецистокинина, повышает у больных диабетом исходно сниженную сократительную способность желчного пузыря.

4. Стимулирующее сократительную активность желчного пузыря действие курсов церукала или сорбита сохраняется у больных сахарным диабетом не менее 4—5 нед после завершения курса терапии одним из этих препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Геллер Л. И., Грязнова М. В., Петренко В. Ф. // Тер. арх.— 1983.— № 12.— С. 81—84.
2. Геллер Л. И. Основы клинической эндокринологии системы пищеварения.— Владивосток, 1988.
3. Геллер Л. И., Грязнова М. В., Рыбалка Е. Д. // Пробл. эндокринологии.— 1991.— № 3.— С. 8.
4. Коржукова П. И., Григорьева Т. В. // Клин. мед.— 1987.— № 6.— С. 71—74.
5. Крышень П. Ф., Рафес Ю. И. Сорбит, ксилит, глицерин и их применение в медицине.— Киев, 1979.
6. Маев И. В., Воробьев Л. П., Салова Л. М. и др. // Врач. дело.— 1991.— № 3.— С. 28—29.
7. Пашко М. М. // Всесоюзное науч. о-во гастроэнтерологов: Пленум: Материалы.— М.; Смоленск, 1988.— С. 300—301.
8. Цыб А. Ф., Дергачев А. И. // Тер. арх.— 1989.— № 4.— С. 150—154.
9. Brugge W., Brand D., Atkins H. et al. // Dig. Dis. Sci.— 1986.— Vol. 31.— P. 461—467.
10. Everson G., Braverman D., Johnson M. // Gastroenterology.— 1980.— Vol. 79.— P. 40—46.
11. Hansen W., Felgenträger B. // Leber, Magen, Darm.— 1987.— Bd 17.— S. 166—172.
12. Van Erpecum K., Van Berge Henegouwen G., Stolk M. et al. // Gastroenterology.— 1990.— Vol. 99.— P. 836—842.
13. Van Nueten J., Schuurkes J. // Scand. J. Gastroent.— 1984.— Vol. 19, Suppl. 96.— P. 89—96.

Поступила 09.04.92

◆ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ САМОКОНТРОЛЯ ПРИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1993

УДК 616.379-008.64-085.874.2-038.8-07

Э. П. Касаткина, Е. А. Одуд, В. Е. Степанов

ГЛИКЕМИЧЕСКИЕ ИНДЕКСЫ ПРОДУКТОВ И БЛЮД В ПЛАНИРОВАНИИ ПИТАНИЯ БОЛЬНОГО ИНСУЛИНЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ¹

Кафедра эндокринологии детского и подросткового возраста (зав.— проф. Э. П. Касаткина) Центрального института усовершенствования врачей, Москва

Гликемический индекс (ГИ) был предложен в 80-х годах для оценки влияния различных продуктов на сахар крови при условии одинакового содержания в них углеводов [3].

Знание ГИ отдельных продуктов позволяет больному грамотно ориентироваться в выборе блюд, включая в пищевой рацион те продукты, прием которых не повлечет за собой

высокого подъема уровня сахара в крови. Диета, составленная преимущественно из продуктов с невысокими ГИ, может считаться наиболее рациональной при сахарном диабете, так как способствует компенсации обменных нарушений в течение длительного времени [4].

Замена продуктов с учетом ГИ

ГИ представляет собой сравнительную характеристику углеводсодержащих продуктов по уровню подъема уровня сахара в крови после их приема. Для больных, получающих

¹ См. лекцию «Использование гликемических индексов в диетотерапии сахарного диабета» в разделе «В помощь практическому врачу» (Э. П. Касаткина, Е. А. Одуд).