

1. Беклемишев Н. Д. Кортизон и его производные в клинике. Алма-Ата, 1963.—2. Виноградский А. Б. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1960, 5.—3. Зайцев В. Ф. Сов. мед., 1956, 11.—4. Збарский Б. И. Биологическая химия. М., 1954.—5. Ибрагимова А. Г. Казанский мед. ж., 1963, 4.—6. Протасова Т. Н. Успехи совр. биол., 1954, 2.—7. Саламатина В. В. Казанский мед. ж., 1959, 4.—8. Юдаев Н. А. Биохимия стероидных гормонов коры надпочечников. Медгиз, М., 1956.—9. Юдаев Н. А., Крехова М. А. Проблемы эндокринол. и гормонотерап., 1960, 2.—10. Юдаев Н. А. и Панков Ю. А. Там же, 1961, 2.—11. Adlersberg D., Schaefer L., Drachman S. J. Clin. Endocrinol., 1951, v. 11.—12. Conn J., Vogel W., Lonis L. a. oth. J. Lab. a. Clin. Med., 1950, v. 35.—13. Powers B. S., Di Luzio N. P. Ann. J. Physiol., 1958, v. 195.—14. Schotz M. C., Masson G. M. Цит. по Вopr. патол. серд.-сосуд. системы, 1956 4. 15. Savers G., Sayers M., White A. a. Long C. Proc. Soc. exper Biol. a. Med., 1943, 52, 200.—16. Zaffaroni A., Hechter C. a. Pincus G. J Am. Ch. Soc., 1951, 73.

Поступила 20 мая 1963 г.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОПЕПСИНА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Канд. мед. наук Н. И. ИONOBA

Вторая кафедра терапии (зав.—проф. О. С. Радбиль) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина, на базе Казанской дорбольницы (главврач—В. Г. Колчин)

О существовании протеолитического фермента в моче было известно еще в 1861 г. из работ Брюкке. Несколько позже установлено его желудочное происхождение (Сали, Лео, Н. Н. Мешерин, Готлиб и др.). На основании этих, а также более поздних наблюдений высказано предположение о возможности оценки по содержанию уропепсина в моче секреторной функции желудка. Однако сложность методик количественного определения уропепсина ограничивала применение этого метода в клинических условиях. Лишь за последнее десятилетие введение весьма простых способов, основанных на осаждении казеина из молочного раствора, позволило широко использовать определение уропепсина для анализа уровня желудочной секреции.

Отечественная и, в большей степени, зарубежная литература располагает значительными, но противоречивыми данными относительно диагностической ценности этого теста. Так, Готлиб, Грегор, определяя уропепсин у больных после резекции желудка, нашли, что в моче этих больных он отсутствует. По наблюдениям Г. Д. Смодинцевой, количество уропепсина после резекции желудка снижалось до нормальных и более низких цифр, а рецидив язвенной болезни при резецированном желудке сопровождался значительным повышением содержания уропепсина.

При раке желудка, а также желудочной ахилии (в том числе у больных болезнью Аддисона — Бирмера), по данным большинства авторов (Подоре, Грегор, Грей, Л. И. Идельсон, Г. Д. Симбирцева и др.), уропепсин в моче отсутствует или количество его значительно снижено. В то же время Штраус при раке желудка находил нормальное содержание уропепсина, а Бендерски — повышенное.

У больных язвенной болезнью, по мнению значительного числа авторов (Сиркус, Грегор, Веннес, Рамес и Симон, Флоркевич, Л. И. Идельсон, Г. Д. Симбирцева, Л. И. Васильев, Э. М. Куленко, Н. Я. Кузнецова и др.), количество уропепсина повышено. Высокий уровень уропепсина чаще отмечается на фоне повышенной кислотности желудочного содержимого и при дуоденальной локализации язвы.

И. К. Ищенко и О. С. Иванова у большей части больных язвенной болезнью нашли нормальное содержание уропепсина при нормальной кислотности желудочного содержимого.

В наблюдениях Л. И. Идельсона у 2 больных с дуоденальной язвой, протекающей с нормальной кислотностью, содержание уропепсина было повышенным. По данным Подоре, Грегора, при желудочной локализации язвы количество уропепсина не отличается от содержания последнего у здоровых людей.

Таким образом, по литературным данным, абсолютного соответствия между содержанием уропепсина и уровнем кислотности желудочного содержимого нет, хотя и существует некоторый параллелизм обоих показателей.

В настоящей работе мы ставили перед собой задачу изучить возможности данного метода с точки зрения оценки секреторной функции желудка у больных язвенной болезнью.

Под нашим наблюдением находились 37 больных с дуоденальной язвой, 13 — с язвой желудка и 2 — с хроническим гиперацидным гастритом. Большую часть больных составляли мужчины в возрасте от 20 до 40 лет. У всех больных был выражен болевой синдром, у многих диспепсические явления (изжога, тошнота, рвота, отрыжка, запоры).

Всем больным исследовалось желудочное содержимое фракционным методом с кофеиновым завтраком. При этом у 42 больных кислотность оказалась повышенной, преимущественно при дуоденальной локализации язвы; у 7 кислотность оказалась нормальной; в том числе у 4 с желудочной локализацией язвы и у 3 с дуоденальной, у 2 с язвой желудка кислотность была пониженной.

При рентгеноскопическом исследовании у 21 больного определялась «ниша», у остальных — косвенные признаки язвенной болезни.

Для определения уропепсина мы пользовались методикой Уэста в модификации Л. И. Идельсона (Тер. арх., 1958, 2). За нормальное содержание уропепсина принимали 15—40 ед./час.

У 42 больных содержание уропепсина исследовалось повторно, у 18 проведено сопоставление между содержанием уропепсина и кислотностью желудочного содержимого.

Из 37 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки количество уропепсина оказалось повышенным (в среднем 70,7 ед./час) у 23, из них у 20 была высокой кислотность желудочного содержимого. У 10 из этой группы содержание уропепсина оказалось нормальным (15—40 ед./час) при повышенной кислотности, у 4 больных — сниженное содержание уропепсина (в среднем — 9 ед./час), у 3 из них кислотность была повышенной. В то же время у 3 больных с нормальной кислотностью количество уропепсина оказалось повышенным.

Из 13 больных язвенной болезнью желудка повышенное количество уропепсина наблюдалось у 6 (в среднем 55 ед./час), из них у 4 была повышена кислотность желудочного содержимого; у 6 содержание уропепсина было нормальным, из них у 2 кислотность была повышенной, у 3 нормальная, у одного — снижена. У одного больного с пониженным содержанием уропепсина кислотность оказалась нормальной.

Из 2 больных хроническим гиперацидным гастритом у одного количество уропепсина оказалось повышенным, у второго — нормальным.

Итак, при дуоденальной локализации язвы у преобладающего большинства больных уровень уропепсина повышен параллельно повышению кислотности желудочного содержимого. Иначе говоря, повышенное содержание уропепсина достаточно убедительно ориентирует о характере секреторных нарушений при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. При нормальном и сниженном количестве уропепсина, что наблюдается в меньшем числе случаев, судить окончательно о характере секреторных нарушений при этом заболевании не представляется возможным, однако не подлежит сомнению, что секреция сохранена, и ахилии у этих больных нет. Сходные данные получены и при желудочной локализации язвы.

Повторное исследование уропепсина у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки показывает, что под влиянием комплексной терапии (диетолечение — стол 1-а, 1-б, 1 — по Певзнеру; спазмолитические средства; новокаин сегментарно, внутривенно, шейная вагосимпатическая блокада; щелочи, ганглиоблокаторы, седативные средства, переливание плазмы и крови, физиотерапевтические процедуры) повышенные исходные цифры имели тенденцию к снижению (у 10 из 18), а нормальные и сниженные исходные цифры — к повышению (у 8 из 12). У остальных больных отмечались незначительные колебания содержания уропепсина, не превышающие 3—5 ед./час.

При язвенной болезни желудка из 6 больных с повышенным исходным уровнем уропепсина у 4 количество его после лечения уменьшилось, у 2 увеличилось. Повторное исследование у 6 чел. с нормальным исходным содержанием уропепсина у 4 выявило незначительные колебания в пределах нормы, а у 2 наблюдалось повышение уровня уропепсина. Следовательно, и при желудочной локализации язвы выступает тот же характер реакций, что и при дуоденальной язве.

При сопоставлении показателей кислотности и содержания уропепсина, проведенном у 18 больных (12 с дуоденальной язвой и 6 — с язвой желудка), оказалось, что у больных с повышенным исходным содержанием уропепсина количество его после лечения снижалось (у 9 из 10). При нормальном исходном уровне после лечения наблюдались либо повышение, либо незначительные колебания в его содержании.

Повышенная кислотность у 11 из 14 больных продолжала оставаться на прежних цифрах или слегка возрастала, у остальных 3 имела тенденцию к снижению. Из 4 больных с нормальной кислотностью у одного больного уровень ее повысился, у остальных не изменился.

Из приведенного следует, что содержание уропепсина в моче является более динамичным показателем секреторных сдвигов под влиянием терапии по сравнению с уровнем желудочной секреции.

Снижение уровня уропепсина под влиянием комплексного лечения наблюдалось в основном при дуоденальной локализации язвы, кислотность желудочного содержимого при этом продолжала держаться на высоких цифрах.

Полученные нами данные, как нам кажется, могут быть использованы не только для оценки секреторной функции желудка у больных язвенной болезнью, но и при решении некоторых вопросов, связанных с диагностикой пептической язвы после резекции желудка. В свете наших наблюдений можно предположить, что резекция желудка при язвенной болезни повлечет за собой снижение не только продукции соляной кислоты, но и уропепсина, и тем больше, чем большая часть секреторной зоны будет удалена. Повышение уровня уропепсина при рецидиве язвенной болезни после резекции желудка в наблюдениях некоторых авторов (Г. Д. Симбирцева), очевидно, связано с сохранением значительной части секреторной зоны желудка.

Мы неоднократно убеждались в том, что рецидив язвенной болезни после резекции возникает лишь в том случае, если сохранена секреторная функция желудка, иными словами, если произведена недостаточная по объему резекция, или секреторная зона столь обширна, что выходит за рамки обычно удаляемых $\frac{2}{3}$ желудка.

Таким образом, если после резекции желудка уропепсина в моче нет, то можно считать, что изменения, трактуемые рентгенологом как язвенный дефект, в действительности представляют собой артефакт. С этих же позиций можно подойти и к оценке существующих в литературе взглядов о значении отсутствия или резкого снижения количества уропепсина при ахилии. Следует согласиться с тем, что определение уропепсина у больных с ахилией, несомненно, имеет диагностическую ценность.

ВЫВОДЫ

1. Определение содержания уропепсина при язвенной болезни преимущественно при дуоденальной локализации язвы оправдывает себя как метод функциональной диагностики, особенно в тех случаях, когда применение желудочного зонда исключается.

2. Уровень уропепсина при язвенной болезни повышен наряду с повышенной кислотностью желудочного содержимого, в большей степени при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

3. Повторное исследование уропепсина может быть использовано как показатель секреторных сдвигов в процессе противоязвенной терапии.

4. Сочетание определения желудочной секреции и уропепсина дает более ясное представление о функциональной деятельности желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев Л. И., Куленко Э. М., Кузнецова П. Л. Казанский мед. ж., 1960, 6.—2. Грегор Ота. Клини. мед., 1959, 2.—3. Идельсон Л. И. Тер. арх., 1958, 2.—4. Ищенко И. К., Иванова О. С. Казанский мед. ж., 1960, 6.—5. Смородинова Г. Д. Клини. мед., 1959, 2.—6. Пятницкий П. П. Клини. мед., 1955, 4.—7. Bucherova G. K., Ivy A. C. Am. J. Physiol., 1947, v. 150. 8. Gottleb E. Scand. Arch. f. Physiol., 1925, Bd. 45.—9. Podore C., Broh-Kahn R., Mirsky I. A. J. Clin. Invest., 1948, v. 27.—10. Spiro H., Reifstein R. W., Gray S. J. J. Lab. a. Clin. Med., 1950, v. 35.—11. Spiro H. M. J. Amer. med. Ass., 1956, v. 161, № 1.—12. Vennes I., Rames E., Simon W. Gastroenterology, 1958, 35, 4.

Поступила 13 сентября 1962 г.

ИСХОДЫ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

В. П. Самофалов

Клиника общей хирургии (зав.—проф. А. А. Поляnceв)

Волгоградского медицинского института

С 1951 по 1961 гг. в нашей клинике лечилось 1027 чел., страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Оперировано 775 больных (75%). Произведена 671 резекция желудка (при хронической болезни — 503, остром язвен-