

терапию (без применения гормонов), и в базальном, и в постгистаминном желудочном секрете отмечалось статистически достоверное повышение содержания кислого секрета и концентрации пепсина, по-видимому, в результате уменьшения воспалительных изменений в слизистой под влиянием лечения. Таким образом, применение эстрогенов для лечения больных язвенной болезнью препятствует повышению кислото- и пепсинообразования, имеющему место у больных, получавших аналогичный курс лечения, но не включавший эстрогены.

Однако одними функциональными изменениями слизистой оболочки желудка нельзя полностью объяснить положительное действие эстрогенов в терапии язвенной болезни. Морфологические изменения слизистой, происходящие под влиянием эстрадиола-монобензоата, свидетельствуют о фибробластическом эффекте женских половых гормонов, что выражается в развитии в слизистой молодой соединительной ткани. Кроме того, у больных язвенной болезнью, протекающей на фоне хронического гастрита с умеренной атрофией железистого аппарата, эстрогены оказывают присущее им трофическое действие, что проявляется некоторой нормализацией структуры слизистой. По-видимому, следует признать, что действие эстрогенов на структурные изменения слизистой оболочки желудка является наиболее важным элементом их терапевтического воздействия на больных пептической язвой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Резницкая Е. Я. Врач. дело, 1952, 10.—2. Шевлягина М. И. Лечебное действие половых гормонов при сердечно-сосудистых заболеваниях и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Автореф. докт. дисс., М., 1957.—3. Korbach R. Dtsch. med. Wschr., 1937, 63, 15, 599.—4. Tangari C. Archivio «de Vecchi» per vanat patol. evlamedie clin., 1940, 2, 644, 708, 722.

УДК 616—33—002. 44—615. 857. 06

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА U (МЕТИЛМЕТИОНИНСУЛЬФОНИЙХЛОРИДА) НА ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

И. В. Старкова, В. Я. Жирнов

Кафедра факультетской терапии (зав.— проф. В. Е. Анисимов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и рентгено-радиологическое отделение Республиканской клинической больницы (зав.— В. Я. Жирнов)

Витамины занимают важное место в комплексе средств лечения язвенной болезни (С. М. Рысс, 1963; П. И. Шилов и Т. Н. Яковлев, 1964, 1967, и др.). Наряду с витаминами В₁, В₂, РР, С и А, в последние годы с успехом применяют витамин U. Хорошие результаты при лечении язвенной болезни капустным соком и таблетками капусты, содержащими противоязвенный фактор — витамин U, получены многими исследователями [4, 9, 10, 11]. Полагают, что благоприятный эффект при лечении витамином U обуславливает группа сульфония, которая принимает участие в разнообразных синтезах путем доставки метильных радикалов. Вероятно, это способствует укреплению слизистой желудка и повышению ее сопротивляемости к действию НС1 и пепсина.

По данным В. Е. Анисимова и Л. Г. Уразаевой (1969), в механизме влияния витамина U определенную роль играет периферическая антигистаминная и антисеротонинная активность препарата.

Мы наблюдали 47 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. 32 из них (26 мужчин и 6 женщин) в течение 30 дней получали витамин U (по 200 мг в сутки) и диету № 1. Применялся отечественный препарат, синтезированный в лаборатории витаминного института биохимии АН СССР В. Н. Букиным и Г. Н. Хучуа (1968).

5 больных испытуемой группы были в возрасте от 17 до 30 лет, 12 — от 31 до 40 лет, 12 — от 41 до 50 лет и 3 — от 51 до 64 лет. У 14 чел. была язвенная болезнь желудка (у 10 «ниша» располагалась на малой кривизне, у 2 — на задней стенке, у 1 — в антральном и у 1 — в субкардиальном отделе желудка), у 18 — двенадцатиперстной кишки (с «нишей» в области луковицы). У 6 чел. длительность заболевания была от 1,5 месяцев до года, у 20 — от года до 10 лет, у 6 — от 10 до 20 лет и у 2 — свыше 20 лет. Больные контрольной группы (15 чел.) получали микстуру Лашкевича, 1% раствор никотиновой кислоты (5 мл внутривенно), викалин.

У 24 больных испытуемой группы с неосложненной язвенной болезнью к концу 3-й недели полностью исчезли боли в эпигастрии, обложенность языка, изжога, отрыжка, тошнота, причем у большинства из них улучшение наступило в первые 4—5 дней от начала лечения.

При сочетании язвенной болезни с хроническим гепатохолециститом, гастродуоденитом, колитом, оперированным желудком симптомы исчезали в основном на 10—20-й день лечения витамином U. Необходимо отметить зависимость результатов лечения от давности заболевания, величины и формы «ниши». У 3 больных симптом «ниши» исчез на 45—60-й день лечения (2 из них страдали язвенной болезнью свыше 20 лет и один — 18 лет). При остроконечной нише и небольшой величине ее заживление, как правило, было более быстрым. В результате 30-дневного лечения витамином U исчез симптом «ниши» у 29 из 32 больных.

Нами было прослежено влияние витамина U на состояние желудочной секреции. При исходной пониженной секреции желудочного сока под влиянием препарата у большинства больных наблюдалось повышение ее. При исходной повышенной секреции у большинства отмечено снижение содержания HCl. Таким образом, по нашим данным, витамин U оказывает нормализующее действие на кислотность желудочного сока. У больных контрольной группы исчезновение клинических симптомов наблюдалось в более поздние сроки (на 10—21-й день и позднее). Симптом «ниши» к 30-му дню лечения исчез только у 40% больных.

Параллельно мы изучали в динамике содержание ацетилхолина в сыворотке крови больных (по методу Хестрина), холинэстеразы (по его же методу), серотонина (по методу Чернова), гистамина (по методу Риессера) и белковых фракций (методом электрофореза на бумаге).

У больных язвенной болезнью с исходным повышенным уровнем гистамина в крови под влиянием витамина U происходило его снижение до субнормальных цифр, тогда как у лиц с пониженным или нормальным содержанием гистамина наблюдалось повышение его уровня.

Нами отмечено наличие параллелизма между изменением желудочной секреции и содержанием гистамина. В соответствии с этим мы разделили наблюдаемых больных, получавших витамин U, на 2 группы. У больных 1-й гр. желудочная секреция вначале была повышена, а под влиянием лечения снижалась. Уровень гистамина при этом также снижался (статистически достоверно, $P = 0,05$). У больных 2-й гр. желудочная секреция была понижена и повышалась под влиянием лечения. Уровень гистамина при этом также повышался ($P < 0,001$). Аналогичные данные получены и в отношении серотонина. При исход-

ном повышенном уровне серотонина отмечалось отчетливое его снижение, при исходном пониженном — некоторое его повышение. Нами выявлена обратная зависимость между уровнем серотонина и состоянием желудочной секреции. При пониженной исходной секреции желудочного сока параллельно с ее повышением наблюдалось понижение вначале высоких цифр серотонина. При повышенной секреции желудочного сока под влиянием лечения происходило нерезкое ее снижение, причем уровень серотонина также несколько повышался.

Итак, содержание гистамина, серотонина и состояние желудочной секреции под влиянием лечения витамином U изменялись в сторону нормализации, что все же было более выражено при пониженной секреции желудочного сока. Вероятно, нормализация этих показателей зависит от местного воздействия витамина U на слизистую оболочку желудка.

Содержание ацетилхолина (АЦХ) перед началом лечения у наших больных было отчетливо повышенным, а активность холинэстеразы (ХЭС), наоборот, понижена. К концу 30-дневного курса лечения витамином U наблюдалось повышение АЦХ и нормализация ХЭС.

В процессе лечения больных витамином U наблюдалась и нормализация фракции альбуминов протеинограммы. В контрольной группе из биохимических показателей мы исследовали только АЦХ, ХЭС и альбуминовую фракцию сыворотки крови. У больных этой группы также регистрировалось увеличение сниженной ХЭС и увеличение сниженного АЦХ. Однако в отличие от испытуемой группы эта динамика ХЭС и АЦХ была гораздо менее выраженной. Альбуминовая же фракция белков у больных контрольной группы не менялась.

Всех больных испытуемой группы проверяли через 1—2 месяца после лечения. Состояние их было вполне удовлетворительным, жалоб они не предъявляли. «Ниша» обнаружена только у 1 больного, который, в отличие от других, нарушал диетический и бытовой режим.

Применяя отечественный препарат витамина U, мы не отметили непереносимости и какого-либо побочного действия его.

ВЫВОДЫ

1. Отечественный препарат витамина U является эффективным средством лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

2. Витамин U может быть рекомендован для широкого клинического применения при лечении язвенной болезни. Суточная доза препарата — 200 мг. Курс лечения — 30 дней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов В. Е. Каз. мед. ж., 1970, 2.—2. Анисимов В. Е., Уразаева Л. Г. В сб.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии. Казань, 1969.—3. Букин В. Н., Хуча Г. Н. Усп. биохим., 1969, 10.—4. Вермель Е. М. Клин. мед., 1960, 4.—5. Заиконникова И. В., Уразаева Л. Г., Полозкова С. А. В сб.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии. Казань, 1969.—6. Радбиль О. С. Язвенная болезнь и ее лечение. Изд. Казанского ун-та, 1969.—7. Рысс С. М. Витамины. Л., 1963.—8. Рысс С. М., Рысс Е. С. Язвенная болезнь. Медицина, М., 1968.—9. Лещинский Л. А., Рябов В. И. Тер. арх., 1962, 8.—10. Миронов П. Н. и др. Сб. трудов ин-та им. И. П. Павлова. Пловдив, 1956, т. 8.—11. Bersin T., Muller A., Strehler E. Arzneimittel-Forsch., 1956, 6, 174.