

К вопросу о функциональной диагностике надпочечников.

Проф. М. Н. Чебоксарова и ассистента д-ра З. И. Малкина.

Диагностика заболеваний надпочечников является одним из труднейших вопросов внутренней патологии. Если классическую форму Аддисоновой болезни без всякого труда может распознать даже малоопытный врач, то различные формы гипер- и гипофункции надпочечников нелегко поддаются учету и для крупного специалиста. Признаки нарушения функции надпочечников, как астения, известные трофические расстройства, изменения пигментации и пр., часто бывают настолько нерезко очерченными, расплывчатыми, что не дают достаточно солидной базы для диагностики. Различные методы, предложенные для функциональной диагностики надпочечников, как проба Эррингера и Несса с адреналином, проба с амил-нитритом, белая линия Сергента и пр., имеют только относительное и притом косвенное значение, ибо указывают настолько на заболевания самих надпочечников, сколько на сопутствующие расстройства вегетативной нервной системы. В виду этого нам кажется не лишним как теоретического, так и практического интереса сообщить о применяемом нами методе функциональной диагностики надпочечников, основанном на определении в крови надпочечниковой органо-липазы по способу Рона.

Как известно, при нормальных условиях в крови имеется одна только так называемая сывороточная липаза; при заболеваниях же различных паренхиматозных органов, благодаря, вероятно, аутолизу их клеточных элементов, в кровь может поступать и липолитический фермент, содержащийся в клетках этого органа, т. наз. органолипаза, напр., печеночная, почечная и пр. Как показали исследования Рона и его сотрудников, липазы различных органов различным образом относятся к известным ядам (хинину, атоксилу и др.), благодаря каковому свойству представляется возможным дифференцировать их между собой.

В № 31 *Klin. Wochenschrift* за 1927 г. и в № 3 Казанского медицинского журнала за тот же год мы сообщили о наших экспериментальных исследованиях над надпочечниковой липазой. На основании многочисленных наблюдений мы пришли к заключению, что надпочечниковая липаза резистентна к хинину и чувствительна к хлорал-гидрату и атоксилу. Подавляющее действие хлорал-гидрата на надпочечниковую липазу является наиболее характерным свойством ее, ибо липазы других органов (напр., печени, почек, поджелудочной железы) к этому яду вполне устойчивы. Таким образом, благодаря указанным свойствам надпочечниковой липазы, ее легко дифференцировать от других органолипаз.

В цитируемой работе мы высказали мысль, что, пользуясь этим своеобразным отношением надпочечниковой липазы к хинину и главным образом к хлорал гидрату, можно будет определять присутствие надпочечниковой липазы и в крови человека, при заболевании у него надпочечников, т. е. можно будет использовать метод этот в целях функциональной диагностики.

И на самом деле, дальнейшие клинические наблюдения подтвердили это предположение. Мы находили надпочечниковую липазу, с одной стороны, в сыворотке больных, у которых уже предварительно был поставлен диагноз того или иного заболевания надпочечников, а с другой,—что особенно интересно,—надпочечниковую липазу в крови нам приходилось находить у таких больных, у которых поражения надпочечников мы и не подозревали, и где только дальнейшее клиническое наблюдение или патолого-анатомическое вскрытие заставляло нас убеждаться в патологическом состоянии надпочечников.

Для иллюстрации мы приводим здесь таблицу, где приведены данные о 10 наших больных, у которых в крови была обнаружена надпочечниковая липаза. Первый случай приведен в качестве примера для демонстрации протекания сталагмометрической реакции у здорового человека (методика подробно описана нами в вышеприведенной нашей работе). Из таблицы видно, что у нормального человека в крови мы обнаруживаем только сывороточную липазу, чувствительную к хинину и атоксилу и устойчивую по отношению к хлорал-гидрату. У всех же больных с тем или иным поражением надпочечников обнаружена была в крови липаза нечувствительная к хинину и чувствительная к хлорал-гидрату, а также к атоксилу, т. е. надпочечниковая липаза. Эту последнюю мы находили в крови при Аддисоновой болезни, притом как при выраженной форме ее, так и при *formes frustes*, при плюригландулярной недостаточности, в некоторых случаях брюшного и сыпного тифов, при дифтерите, при тяжелом легочном туберкулезе (подтверждено аутопсией) и в одном случае рака печени. Позволим себе остановиться на двух интересных случаях.

Первый случай (№ 5) относится к больному, который лежал в нашей клинике с диагнозом хронического продуктивно-фиброзного туберкулеза легких, артериосклероза и хронического миокардита; заболевание протекало при явлениях какой-то своеобразной интоксикации, причину которой мы не могли себе с достаточной определенностью объяснить. Исследование крови показало присутствие в ней надпочечниковой липазы. Больной вскоре умер при явлениях острой сердечной слабости. Труп был отправлен в Патолого-анатомический институт для вскрытия с диагнозом поражения надпочечников. И действительно, при патолого-гистологическом исследовании было обнаружено со стороны коркового слоя последних резкое уменьшение липоидного вещества и неравномерное распределение его, а в мозговом веществе обнаружены дегенеративные процессы.

Второй случай (№ 7) относится к молодой женщине, у которой после только что перенесенного в клинике брюшного тифа развилась стойкая тахикардия (пульс 140 в 1 м.) с гипертонией (Mx 160, Mn 105), без каких-либо объективных изменений со стороны сердца. Несмотря на постельный режим, диету и соответствующую лекарственную терапию (*roborationis, sedativa, cardiaca*), никакого улучшения в состоянии больной не наступало в течение 1½ месяцев. Наконец, была исследована кровяная сыворотка, и в ней найдена была надпочечниковая липаза. Проба *Erpinger'a* и *Hess'a* с адреналином дала чрезвычайно бурную реакцию. Мы поставили тогда диагноз гиперфункции надпочечников с резкими явлениями гиперсимпатикотомии, развившейся на почве брюшнотифозной интоксикации. Дабы повысить тонус парасимпатической нервной системы, мы назначили большой ежедневные впрыскивания инсулина. Эффект получился чрезвычайно демонстрационный: через какую-нибудь неделю пульс у больной пришел к норме, кровяное давление понизилось (Mx 124, Mn 74), и общее состояние резко улучшилось.

№№	Диагноз		30'	60'	Раз-ница	Примечания.	
1	Здоров.	Сыворотка	108	100	96	12	
		„ +хинин	108	108	107	1	
		„ +хлор.-гидрат	108	99	96	12	
		„ +атоксил	108	108	108	0	
2	Аддисонова болезнь.	Сыворотка	104	95	91	13	
		„ +хинин	104	101	100	4	
		„ +хлор.-гидрат	104	98	95	9	
		„ +атоксил	104	104	104	0	
3	Хрон. сепсис с пюриглан- дулярным синдромом.	Сыворотка	109	102	96	13	У больн. бронз. окраска кожи. адиамаия, ки- шечн. расстр.
		„ +хинин	109	107	105	4	
		„ +хлор.-гидрат	109	105	101	8	
		„ +атоксил	109	109	108	1	
4	Аддис. бол., forme fruste.	Сыворотка	99	94	90	9	
		„ +хинин	99	98	97	2	
		„ +хлор.-гидрат	99	95	92	7	
5	Тbc легких, артериосклер.	Сыворотка	108	103	100	8	На вскрытии найденo пора- жение обоих надпочечник.
		„ +хинин	108	106	104	4	
		„ +хлор.-гидрат	107	105	103	4	
		„ +атоксил	108	107	107	1	
6	Atrophia cya- notica digitor.	Сыворотка	100	95	92	8	Большая ин- фантильн. типа. Поражены пальцы рук.
		„ +хинин	101	98	98	3	
		„ +хлор.-гидрат	100	96	94	6	
7	Брюшной тиф.	Сыворотка	112	107	102	10	
		„ +хинин	111	109	107	4	
		„ +хлор.-гидрат	111	111	107	4	
8	Рак печени.	Сыворотка	107	102	100	7	
		„ +хинин	107	106	105	2	
		„ +хлор.-гидрат	107	103	103	4	
		„ +атоксил	107	107	107	0	
9	Тbc легких.	Сыворотка	108	105	100	8	На вскрытии обнаружен тbc надпочечников.
		„ +хинин	108	107	105	3	
		„ +хлор.-гидрат	108	106	105	3	
		„ +атоксил	100	100	108	0	
10	Аддис. бол., f. fruste.	Сыворотка	104	95	91	13	
		„ +хинин	104	101	100	4	
		„ +хлор.-гидрат	104	98	95	9	
11	Сыпной тиф.	Сыворотка	107	105	100	7	
		„ +хинин	107	106	105	2	
		„ +хлор.-гидрат	107	105	103	4	
		„ +атоксил	107	107	107	0	

Примечание. Для реакции бралось: сыворотки—1,0, хинина—1 mlg., хлор.-гидрата—0,1 mlg., атоксила—0,1 mlg.

Таким образом первый случай может служить примером, где нахождение в крови надпочечниковой липазы дало нам возможность поставить правильный диагноз, хотя мы не имели никаких других клинических данных, указывающих на заболевание надпочечников, а второй,—где нахождение липазы не только помогло нам распознать заболевание надпочечников, но и поставить на правильный путь нашу терапию.

Конечно, метод определения липазы не указывает нам, имеем ли мы в каждом отдельном случае дело с гиперфункцией или гипофункцией надпочечников, с поражением коркового или мозгового их слоя,—он указывает только, что функция надпочечников патологически нарушена. Но и этого, кажется нам, более, чем достаточно, дабы, в сочетании с другими клиническими данными и другими способами исследования, можно было уточнить нашу диагностику заболеваний надпочечниковых желез.

На основании наших исследований и клинических наблюдений мы считаем возможным придти к следующим выводам:

1) Пользуясь избирательным отношением надпочечниковой липазы к ядам, мы можем определять присутствие ее в крови у больных.

2) Надпочечниковая липаза обнаруживается в крови больных с поражением надпочечников и отсутствует в крови людей с здоровыми надпочечниками.

3) Метод определения надпочечниковой липазы в крови в значительной мере облегчает распознавание заболеваний надпочечников.

4) Практическое значение имеют только положительные результаты реакции.
