

Проф. Е. Я. Резницкая

(г. Орджоникидзе)

Если роли женского полового гормона при язвенной болезни уделяется за последнее время в отечественной литературе все больше внимания (Е. Я. Резницкая, А. А. Грицай и др.), то андрогенотерапии этого заболевания посвящено сравнительно мало работ (М. С. Вовси, М. И. Шевлягина и др.).

В наших прежних работах по вопросам язвенной болезни мы обращали внимание на значение возрастных и половых особенностей при язвенной болезни. В соответствии с нашими и другими данными, на материале в 231 случай язвенной болезни было подчеркнуто превалирование мужчин (87%) по сравнению с женщинами (13%). Нельзя согласиться с объяснением этого факта только тем, что именно среди мужчин можно встретить чаще курящих лиц, а также злоупотребляющих алкоголем. Нами давно уже было подмечено, что язвенной болезнью заболевают чаще всего именно те женщины, которые перенесли много аборт, операции на гениталиях, страдают инфантилизмом или находятся в состоянии преклимакса или климакса.

В отношении же лиц мужского пола обычно не удается отметить связи язвенной болезни с дисфункциями гениталий. Наши наблюдения последних лет позволили отметить частоту сочетаний язвенной болезни с проявлениями тиреотоксикоза у лиц обоего пола.

Примерами, иллюстрирующими роль нейро-эндокринной системы в генезе язвенной болезни и значение при этом гормонотерапии, в частности андрогенов, могут служить следующие наблюдения.

1. Б-ной К., 16 лет, учащийся ремесленного училища, поступил с явлениями обострения язвенной болезни. Обнаружена ниша на малой кривизне желудка. Отмечалась выраженная картина мужского псевдогермафродитизма, в связи с чем назначена андрогенотерапия в виде внутримышечных инъекций 5% масляного раствора тестостерон-пропионата по 25 мг через день, с одновременным введением сублингвально таблеток метилтестостерона (0,005) по 2 таблетки 3 раза в день. Уже на 5-й день лечения боли заметно уменьшились, позже исчезли вовсе; через 3 недели рентгенологически было отмечено рубцевание язвы (б-ной пользовался только столом № 1 по Певзнеру, без дополнительных лечебных воздействий); в дальнейшем, после двухнедельного перерыва, указанная терапия андрогенами была возобновлена и периодически повторялась. Через полгода можно было отметить заметное улучшение общего и полового развития; у б-ного в дальнейшем были удалены обе развитые по женскому типу грудные железы; появился пушок над верхней губой, увеличилось оволосение в подмышечных частях и над лобком, появились эрекции. Через 2 года вступил в брак. На протяжении трех лет дальнейшего диспансерного наблюдения рецидивов язвенной болезни не отмечалось.

Различные гормоны, как известно, оказывают не только специфическое, но и неспецифическое положительное воздействие на организм, это побудило нас воспользоваться андрогенами в терапии язвенной болезни даже в тех случаях, где не было никаких клинических указаний на нарушения со стороны генитальных функций. Мы и ранее включали в ряде случаев при язвенной болезни не только эстрогены и инсулинотерапию у лиц обоего пола, но и андрогены — в качестве компонента комплексной терапии, в соответствии с показаниями, и отмечали обычно положительный эффект.

В настоящем сообщении мы касаемся лишь использования андрогенов при почти полном выключении других видов терапии (больные оставались лишь на столе № 1 по Певзнеру).

Под наблюдением находилось 20 больных язвенной болезнью мужчин в возрасте от 15 до 57 лет (в том числе 3 юношей); язва желудка

отмечена была у 9; язва в области луковицы двенадцатиперстной кишки — у 11. В стационарных условиях лечилось 8 и в амбулаторных — 12.

Андрогенотерапия проводилась в отдельных случаях на протяжении 2—4 недель, в ряде случаев 5—6 недель, чаще же 3—4 недель, что составляло 1 курс лечения.

Мы пользовались в основном следующей, разработанной нами методикой лечения: 18—24 внутримышечные инъекции 2,5% масляного раствора тестостерон-пропионата, содержащего 25 мг гормона, с одновременным введением сублингвально (под язык) метилтестостерона (3 раза в день по 0,01); внутримышечно препарат вводился в хорошо подогретом виде; в дальнейшем мы сохраняли (в качестве поддерживающей дозы) еще 1 месяц только сублингвальное введение метилтестостерона. Больные наблюдались от полугода до трех лет. Отбирались только «нехирургические» случаи язвенной болезни.

Противопоказания для андрогенотерапии: 1) юный возраст лиц мужского пола (вне проявлений у них инфантилизма, гипогенитализма); 2) юный возраст лиц женского пола во всех случаях, за исключением проявлений гиперсексуализма и геморрагической метроррагии; 3) гипогенитализм у взрослых женщин; 4) наличие раковой болезни у мужчин; 5) все случаи, подлежащие хирургическому лечению (органический стеноз привратника, пенетрация язв и др.).

Трое юношей (15, 16 и 19 лет) страдали в той или иной степени гипогенитализмом: 1) описанный выше страдал псевдогермафродитизмом, 2) инфантилизмом II и 3) инфантилизмом III ст.; у одного из них язва была на малой кривизне желудка и у двух — в области луковицы двенадцатиперстной кишки. Во всех этих случаях мы наблюдали особенно быстрый и довольно стойкий терапевтический эффект, прослеженный от 1,5 до 3 с лишним лет; из числа остальных 17 случаев мы не наблюдали выраженного снятия болевого синдрома только у одного больного, страдавшего на протяжении 16 лет язвенной болезнью; у него отмечены были перивисцерит, а также смешанная глистная инвазия (аскаридами, власoglавами) и картина спастического колита; частые обострения язвенной болезни мешали проведению действенной дегельминтизации. Больному предложено хирургическое лечение. Во всех остальных 16 случаях (из 20) мы могли отметить вполне ободряющие результаты от лечения андрогенами даже и у взрослых больных, у которых никаких проявлений гипогенитализма не было.

Таким образом, можно считать, что андрогены оказывали в этих случаях именно неспецифическое положительное воздействие на трофические функции.

Приводим некоторые из наших наблюдений над использованием андрогенов при язвенной болезни в амбулаторных условиях (без отрыва от производства).

I. Б-ной К., 37 лет, слесарь, был представлен на консультацию по поводу часто обостряющейся язвенной болезни. Болен 5 лет. Ниша в области луковицы двенадцатиперстной кишки; имеются также гипацидный гастрит и гастроптоз. Проба Грегерсена отрицательна.

Две недели б-ной получал только сублингвально метилтестостерон, после чего включены были и внутримышечные инъекции тестостерон-пропионата по 25 мг 1 раз через день. Курс лечения продолжался около 5 недель. Болевой синдром почти исчез. Через полтора месяца при контрольной рентгеноскопии обнаружено только наличие перигастрита и перидуоденита; осталась незначительная болезненность в зоне проекции луковицы двенадцатиперстной кишки; общее самочувствие заметно улучшилось. Влияния андрогенотерапии на картину гипацидного гастрита отметить не удалось. Первичные результаты амбулаторного лечения андрогенами в данном случае мы оцениваем как удовлетворительные.

II. Б-ной Ш., 28 лет, работник литейного цеха, страдал язвенной болезнью около трех лет. Был также гипацидный гастрит. В кале периодически отмечалась скрытая кровь. Несмотря на наличие ниши в области большой кривизны желудка, болевой синдром не всегда был ярко выражен. В результате использования андрогенов по вышеупомянутой методике с первых же дней лечения б-ной почувствовал улучшение, стал бодрее, трудоспособность повысилась; аппетит и стул нормализовались (страдал ранее запорами); боли заметно уменьшились. При рентгеноскопии через месяц после начала андрогенотерапии локализовавшаяся ранее на большой кривизне желудка ниша более не определялась. Больной использовал в дальнейшем поддерживающее лечение

метилтестостероном (сублингвально). Наблюдение над результатами андрогенотерапии на протяжении года убеждает в эффективности проведенного лечения. Больной пользуется умеренно щадящим диетрежимом, не всегда его строго выполняя. Влияние I-го курса лечения андрогенами на картину гипацидного гастрита и в данном случае мы не могли подметить.

В 5 случаях нами изучались данные анамнеза на протяжении трех лет у 3 больных и от 1,5 до двух лет — у 2. Катамнестическое изучение андрогенотерапии затруднялось иногда нарушением диетрежима, курением, использованием спиртными напитками, работой в ночное время, а также наличием нередко и смешанного гельминтоза — аскаридоза и трихоцефалеза, сопровождающегося картиной спастического колита.

В заключение следует отметить, что среди средств комплексной терапии, как убеждают в этом данные литературы и наш скромный, но все же положительный опыт, должна найти себе широкое применение и андрогенотерапия, в частности в амбулаторных условиях. При этом следует учитывать лишь вышеприведенные противопоказания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вовси М. С. Клини. мед., 1951, 7. — 2. Грицай А. А. Врач. дело, 1952, 10. — 3. Резницкая Е. Я. Врач. дело, 1948, 1. — 4. Она же. Врач. дело, 1952, 10. — 5. Она же. Тез. докл. на II научн. сесс. Респуб. противозобного диспансера, Минск, 1958. — 6. Шевлягина М. И. Лечебное действие половых гормонов при сердечно-сосудистых заболеваниях и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Автореф. канд. дисс., М., 1957.

Поступила 19 апреля 1960 г.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОПЕПСИНА У СТРАДАЮЩИХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Л. И. Васильев, Э. М. Куленко, Н. Я. Кузнецова

Клиническая больница № 6 Мосгорздравотдела (главврач — И. Н. Курганников)

За последние годы возрастает интерес к определению уропепсина, как к одному из методов функциональной диагностики желудка.

Впервые пепсин в моче обнаружил немецкий ученый Брюкке в 1861 г., а Миа и Бельфанти (1886) назвали вещество в моче, переваривающее фибрин, уропепсином.

Было доказано Сали, что пепсин постоянно содержится в нормальной моче и что количество его в течение суток подвержено колебаниям, в зависимости от приема пищи (максимум — перед завтраком, минимум — после обеда). Тогда же было высказано мнение, что в моче содержится не чистый пепсин, а пепсиноген, поскольку пепсин разрушается в щелочной среде.

Эллингер и Шольц считали, что уропепсин — это смесь пепсина и пепсиногена, так как при сравнении стойкости к слабой щелочи желудочного сока, пепсиногена и уропепсина оказалось, что уропепсин более стабилен, чем желудочный сок, но менее стабилен, чем пепсиноген.

В настоящее время большинство авторов считает, что уропепсин является пепсиногеном.

Фруэн показал, что в моче гастроэктомированных собак уропепсин отсутствует. Он нашел, что уропепсин происходит из пептических клеток как продукт их эндокринной функции.

Вопросу о выделении пепсина мочой вскоре после его освещения в западноевропейской медицинской печати было уделено внимание и в русской медицинской прессе.

Так, еще в 1887 г. была напечатана работа Василевского «О присутствии в моче пепсина и трипсина», а в 1890 г. — работа Бруннера, который считал, что при раке желудка в моче пепсин отсутствует.

Виленко придавал большое значение количественному определению пепсина в моче, так как оно дает представление о состоянии желез слизистой желудка. По его мнению, железы, потерявшие способность выделять пепсин в полость желудка, в известных случаях продолжают вырабатывать пепсин, причем иногда он даже в большем количестве поступает в кровь и затем в почки.