

О ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОПЕПСИНА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

И. К. Ищенко и О. С. Иванова

(Казань)

В повседневной практике врач нередко нуждается в определении желудочной секреции при таких состояниях и заболеваниях, когда получение желудочного содержимого путем зондирования невозможно или является противопоказанным, например, у лиц с резко повышенной нервной возбудимостью, у ослабленных больных, при гипертонической болезни, аневризме аорты, стенокардии, язвенной болезни, осложненной кровотечением, и др.

Поэтому уже давно предпринимались попытки разработать метод, позволяющий судить о желудочной секреции без анализа желудочного сока. Одним из таких методов является определение уропепсина, предложенное почти 100 лет назад немецким ученым Брюкке.

За последние 10—13 лет исследованию уропепсина стали уделять большое внимание, особенно за рубежом, однако до сих пор нет единого мнения о ценности этого метода, поскольку одни авторы установили наличие прямой зависимости между кислотностью желудочного сока и содержанием пепсина в моче (Готтлиб, Г. Д. Симбирцева), другие этого не находили (Бро-Кан, Мирский, Подоре, Л. И. Идельсон).

Нет единого мнения и в определении цифр уропепсина, принимаемых за норму. Г. Д. Симбирцева приводит цифры уропепсина для здоровых людей в пределах 12—35 ед./час. Ближние к этим цифрам дает и Л. И. Идельсон (14—40 ед./час). Ота Грегор средний уровень уропепсина для здоровых лиц принимает за 35,6 ед./час.

Для установления клинической ценности метода определения уропепсина нами было проведено сопоставление его с общепринятыми методами исследования желудочной секреции. Под нашим наблюдением находились 5 больных с язвой желудка и 82—двенадцатиперстной кишки. Всем им были исследованы желудочное содержимое фракционным методом и переваривающая способность желудочного сока по Метту. В качестве пробного завтрака применялся капустный навар.

Моча больными собиралась в течение одного часа и всегда в определенное время (с 7 до 8 час. утра). Перед собиранием мочи в 7 часов утра больные опорожняли мочевого пузыря. Режим питания у всех больных был одинаков — в начале лечения, при первом исследовании, больные получали стол № 1 и в конце лечения (при контрольном исследовании) — стол № 2-а¹.

Основную массу больных составляют мужчины в возрасте до 25 лет. Все больные обследованы в стадии обострения язвенной болезни и в период ремиссии (контрольное исследование). Для оценки содержания уропепсина мы придерживались нормативов, приводимых Г. Д. Симбирцевой (норма для здоровых людей 12—35 ед./час).

Пониженная кислотность желудочного сока была у 8 больных, а пониженное содержание уропепсина — у трех. У двух больных с нормальным содержанием уропепсина были цифры, близкие к 12 ед./час, поэтому можно считать, что совпадение было у 5 из 8. Всего больных с пониженным содержанием уропепсина было 20. У 41 больного была нормальная кислотность желудочного сока, а нормальное содержание уропепсина у больных этой группы было у 23. Всего же лиц с нормальным содержанием уропепсина было 44. Больных с повышенной кислотностью желудочного сока было 37 человек, а повышенное содержание уропепсина встретилось у 14. Всего же больных с повышенным содержанием уропепсина было 23. Итак, наибольшую группу больных составляют лица с нормальной кислотностью (41 человек) и нормальным содержанием уропепсина (44 человека).

У 36 больных нами проведено повторное контрольное исследование (после лечения) кислотности желудочного сока и уропепсина, которое показало, что в одном случае у больного с пониженной кислотностью было пониженное содержание уропепсина. Из 24 больных с нормальной кислотностью у 12 было нормальное содержание уропепсина и у 12 — пониженное, из 11 с повышенной кислотностью у 6 было пониженное содержание уропепсина и у 5 нормальное.

Как до, так и после лечения мы не обнаружили строгого соответствия между кислотностью желудочного сока и выделением уропепсина. Это и понятно, так как нет строгой зависимости между выделением свободной соляной кислоты и пепсина желудком. Полученные нами данные исследования отчасти согласуются с таковыми Л. И. Идельсона.

В процессе наблюдения у части больных уропепсин исследован 3—4 раза, причем нередко обнаруживались значительные колебания его содержания в разные дни.

¹ Описание методики определения уропепсина см. в предыдущей статье данного журнала.

Мы попытались выяснить, в какой зависимости находятся переваривающая способность желудочного сока по Метту, то есть активность пепсина, и содержание уропепсина. Всего нами было проведено 73 таких параллельных исследования.

Наиболее частое совпадение между переваривающей способностью желудочного сока (активностью пепсина) и содержанием уропепсина обнаружено у больных с нормальной переваривающей способностью желудочного сока (у 29 из 45). Значительно реже отмечено такое совпадение при повышенной переваривающей способности желудочного сока.

Таким образом, между содержанием уропепсина и переваривающей способностью желудочного сока имеется более тесная зависимость, чем между уропепсином и кислотностью желудочного сока. По содержанию уропепсина можно ориентировочно судить о секреторной функции желудка, о степени распространения патологического процесса в нем.

ВЫВОДЫ:

1. Строгой зависимости между кислотностью желудочного сока и содержанием уропепсина при язвенной болезни не имеется.

2. Эта зависимость более выражена между уропепсином и переваривающей способностью желудочного сока.

3. При невозможности получения желудочного содержимого путем зондирования, повторное определение уропепсина может помочь ориентировочно судить о степени нарушения секреции пепсина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Идельсон Л. И. Тер. арх., 1958, 2.—2. Ота Грегор. Клин. мед., 1959, 2.—3. Симбирцева Г. Д. Клин. мед., 1959, 2.—4. Broh-Kahn R. H., Podore C. J., Mirsky I. A. J. Clin. Invest., 1948, v. 27.—5. Gottlieb E. Scand. Arch. f. Physiol., 1925, Bd. 45.

Поступила 3 марта 1960 г.

ПРОБЛЕМА РАДИОТЕРАПИИ РАКА МАТКИ В ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОСВЕЩЕНИИ

(Сообщение 2).

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КРОВИ У ЛЕЧЕННЫХ РАДИЕМ¹

Проф. Х. Х. Мещеров

(Казань)

Вопрос о разработке рационального метода радиотерапии злокачественных опухолей сохраняет до сих пор свою актуальность.

В практике лечения радием злокачественных новообразований ощущается недостаточность достоверных критериев для суждения об эффективности данной дозировки лучистой энергии и построения лечебного курса в целом, которые могли бы заранее дать уверенность в безусловной эффективности лечения в каждом конкретном случае. Обычно дело ограничивается использованием установок, вытекающих из представления об общепатологическом действии радиолучей на нормальные и раковые клетки. Существуют работы, в которых излагаются данные об особенностях влияния радиолучей на различные ткани в отдельные стадии их эмбрионального развития (В. С. Груздев, Т. П. Колчина, О. Е. Нудольская и др.).

Достаточно хорошо изучены те морфологические изменения, которые происходят в связи с радиооблучением в клетках опухолей различного типа. Неоднократно делались попытки подойти к этому вопросу при помощи биохимических методов. Однако подавляющее большинство относящихся сюда литературных материалов построено на гистопатологическом принципе и в состоянии создать представление лишь о характере местного воздействия радиолучей. Поскольку данный вопрос должен изучаться более широко — с учетом взаимоотношений организма с внешней средой, одним из перспективных методов такого изучения является гематологический.

¹ Сообщение 1 см. «Казанский мед. журн.» 1960, 2.