

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

В. С. САДОЯН, Р. А. ЛЕНЧИК

О КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ  
БОЛЕЗНЬЮ И ГАСТРИТОМ

В течение последних лет в условиях стационара мы провели наблюдение и лечение 164 больных язвенной болезнью и 570 больных гастритом. Возраст больных: от 21 до 30 лет имели 530 человек, от 31 до 40 лет—160, от 41 до 52 лет—44. Давность заболевания: у 396 человек—от 3 до 6 месяцев, 273,—от 6 до 12 месяцев и у 65 человек—более 2-х лет.

Перед лечением у больных производились: рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта, анализы желудочного сока (фракционно или по методу К. М. Быкова и И. Т. Курцина [1], исследования дуоденального содержимого, крови, кала (на скрытую кровь, гельминты и простейшие); у группы больных определялась экскреторная функция желудка, снималась гастрограмма. Больные обследовались и со стороны нервно-психической сферы. Болевой симптом, являющийся основным симптомом болезни, имелся в 100% случаев, рвоты, повторяющиеся периодически, до или после еды, — в 82% случаев, причем рвоты с примесью крови были у 8% больных. Из 164 больных язвенной болезнью у 64 имелась ниша в области малой кривизны или луковицы двенадцатиперстной кишки, у 100—деформация луковицы. Повышение секреции и кислотности было отмечено у 68% больных, понижение—у 22%; желудочная секреция и кислотность были в норме у 10% больных; наибольший процент больных (32) имел (по классификации К. М. Быкова и И. Т. Курцина) возбудимый тип секреции, меньший процент (10)—астенический тип секреции. Из 570 больных гастритом при рентгеноскопии у 440 имелись изменения слизистой желудка, свойственные гиперпластическому или гипопластическому гастриту, у 58 были изменения функционального характера, у остальных 72 больных изменения слизистой желудка не были обнаружены. Повышение секреции и кислотности желудочного сока отмечалось у 52% больных гастритом, понижение—у 20%; желудочная секреция и кислотность были в норме у 28% больных; у большого числа больных гастритом (30%) отмечен нормальный тип желудочной секреции, у наименьшего числа (8%)—инертный тип. Гастрограммы у большинства больных язвенной болезнью и гастритом показывали выраженные

перистальтические сокращения с резкими и неровными подъемами, у других они имели волнистый характер с едва заметными амплитудами. Гастротометрия указывала на повышение тонуса желудка (в пределах от 24 до 34 см водяного столба, в отдельных случаях от 36—40 до 43—63 мм) у 85% обследованных больных. Экскреторная функция желудка у большинства больных была в пределах нормы; у некоторых больных с тормозным и инертным типом желудочной секреции появление нейтральрота запаздывало до 25—28 минут, в единичных случаях у больных с инертным типом желудочной секреции задержка нейтральрота доходила до 40—65 минут.

Результаты исследования указывали, что у большинства больных язвенной болезнью и гастритом имелся ряд вегетоневротических симптомов и характерные болезненные зоны, локализованные преимущественно в правой верхней половине живота, изменения со стороны рельефа и целостности слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушения секреторной, двигательной, а у некоторых больных и экскреторной функции желудка. Эти изменения явились результатом нарушения кортико-висцеральной динамики, как и работы желудочных желез.

Поэтому и лечебные мероприятия были направлены на устранение возможных причин, способствовавших возникновению или обострению болезни, и на восстановление регулирующей роли центральной нервной системы.

У некоторых больных гастритом при обследовании были выявлены паразиты кишечного тракта: у 25 человек—аскариды, у 11—лямблии, у 12—гистолитическая энтамеба; кроме того у 8 человек установлено поражение желчного пузыря, у 10—мезентериальных желез, у 6— хронический аппендицит. Наличие в органах брюшной полости кишечных паразитов или воспалительных процессов вызывало, по-видимому, рефлекторным путем, через интестинальные рецепторы пищеварительного тракта, симптомы со стороны желудка, напоминающие гастритическую болезнь. Дегельминтизация, противоамебная и противолямблиозная терапия улучшила состояние больных. Последние были выключены из общего количества больных гастритом и лечились соответствующими средствами.

Применяемая нами терапия больных язвенной болезнью и гастритом заключалась в предварительной подготовке больного и в назначении одного из последующих средств.

Имея в виду, что „Внушение есть наиболее упрощенный типичнейший условный рефлекс человека“ и учитывая, что „...слово удерживает свое действие, оставаясь независимым от других раздражителей“ (И. П. Павлов [5]) и в своем взаимодействии с первой сигнальной системой влияет на все функции человеческого организма, на деятельность тесно связанных между собой анимальных и вегетативных систем (А. Т. Иванов-Смоленский [3]), мы, назначая больному покой, убеждали в соблюдении необходимого при его заболевании

режима. У многих больных язвенной болезнью и гастритом отмечалась лабильность психо-эмотивной сферы, поэтому индивидуальная беседа с ними о характере и причине, вызвавшей данное заболевание, в комплексе терапевтических мероприятий занимала определенное место. Мы старались также выключить причины, способствующие нарушению желудочной секреции. Известна важная роль блуждающих нервов в регуляции секреторной и моторной функций желудочно-кишечного тракта, а также в осуществлении трофических влияний на органы пищеварения. Длительное раздражение блуждающих нервов желудка может привести к гиперсекреции, эрозиям слизистой и образованию язвы желудка. На это указывают и экспериментальные исследования В. А. Иванова [2].

Одним из раздражающих факторов на иннервацию блуждающих нервов желудка у больных язвенной болезнью и гастритом является никотин. Действительно, при исследовании нами группы больных, которые в течение ряда лет курили табак, отмечена выраженная гиперсекреция; желудочный сок, взятый натощак, был в пределах 150—225 мл. Поэтому для предохранения железистого аппарата желудка от сильных химических и физических раздражителей больным запрещалось курение. С этой же целью назначалось лечебное питание. Такой предварительной подготовке больного мы придавали важное значение; лишь после этого больным назначался один из нижеописанных методов терапии. С целью установления эффективных методов лечения, больных, сходных по тяжести заболевания, мы распределили на шесть групп.

*Лечение первой группы* проводилось длительным прерывистым сном. Больные находились в специально оборудованной палате, где был установлен охранительный режим. Предварительные наблюдения по испытанию препаратов барбитурата и хлорал-гидрата в разных дозировках показали, что сравнительно лучшим снотворным средством является люминал, назначаемый больным по 0,2 г два или три раза в день в течение 12—14 дней с однодневным перерывом в каждый шестой день. Этим препаратом возможно было вызвать у больных сон, близкий к физиологическому, продолжительностью от 12 до 14 часов. Некоторые больные спали от приема половинной дозы препарата, которую мы продолжали давать за весь период лечения. Другим больным мы назначали люминал в течение 4—5 дней, затем заменяли индифферентным порошком. В этих случаях снотворное влияние люминала продолжалось условнорефлекторным путем еще в течение 4—6 дней, затем мы вновь применяли препарат до окончания курса лечения. Больные спали глубоким сном и просыпались в бодром состоянии.

Побочные явления у больных почти не наблюдались. Периодические анализы крови, производимые до назначения барбитурата, в период лечения (через каждые 2—3 дня) и после сонной терапии, не обнаружили выраженных изменений, кроме увеличения количества

лимфоцитов (в пределах 4—10%) в период приема люминала, которое вскоре приходило к норме после прекращения лечения. Начиная с 3—5 дня от начала сонной терапии, а у некоторых — с 10—12 дня, боли в области живота и диспептические явления у больных язвенной болезнью и гастритом уменьшились, а затем прекратились. К концу лечения больные чувствовали себя хорошо, прибавили в весе на 0,5—2,5 кг. При лечении больных проводились периодические измерения кровяного давления (за 30 минут до сна, в период глубокого сна и после просыпания). Оказалось, что у большинства больных во время глубокого сна артериальное давление снижалось на 15—25 мм Нд, которое приходило к исходному в период бодрствования. Сахар в крови у обследованных 38 больных язвенной болезнью и гастритом был в пределах 60—82 мг%; после лечения у 26 человек количество сахара равнялось 80—100 мг%. У 20 больных после нагрузки глюкозой отмечалась патологическая кривая (слабый или запоздалый подъем кривой), которая после лечения у 15 человек стала нормальной. Количество остаточного азота и билирубина до и после лечения у больных язвенной болезнью и гастритом было почти в пределах нормы.

В результате сонной терапии наступило улучшение у 33 из 40 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. После лечения желудочная секреция и кислотность стала нормальной у 13 больных; ниша, выявленная у 22 больных, спустя 30—38 дней от начала лечения, исчезла или заметно уменьшилась у 16 человек. У остальных больных имелась деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Из 123 больных гастритом наступило улучшение у 110 человек. После проведенного лечения мы выписывали и назначали им диетическое питание. Наблюдения за отдаленными результатами после сонной терапии проводились периодически в течение от 6 месяцев до 2 лет и 6 месяцев. Из 31 больного язвенной болезнью, оставшегося под наблюдением, был рецидив язвы в период от 4 до 10 месяцев после лечения у 12 человек. Из 86 больных гастритом наступило обострение, спустя 3—8 месяцев, у 14 человек.

*Лечение второй группы* проводилось тканевой подсадкой. Для подсадок применялась ткань селезенки, яичка и надпочечника. Из 22 больных язвенной болезнью было улучшение у 18 (из 4 больных, имевших нишу, было отмечено рубцевание или уменьшение ниши у 2); из 60 больных гастритом наступило выздоровление у 48. Последующие наблюдения показали, что из 10 оставшихся больных язвенной болезнью имели рецидив в период от 4 до 6 месяцев 8 человек; из 45 больных гастритом наблюдалось обострение за тот же период у 22.

*Лечение третьей группы* проводилось комбинированным методом — длительным прерывистым сном и подсадкой ткани. После лечения из 16 больных язвенной болезнью наступило улучшение у 12 (рубцевание ниши отмечено у 6); из 76 больных гастритом выздоровели 68.

*Лечение четвертой группы* проводилось длительным прерывистым сном, тканевой подсадкой и парафиновой аппликацией на область живота. Последняя проводилась в часы перерыва от сна и назначалась ежедневно в течение 25–30 минут на область верхней половины живота или туловища — на участок поверхности спины от V до XII грудного позвонка, соответствующий 6–12 грудным сегментам спино-мозговой иннервации. Последняя, как известно, связана нервными путями с желудком и 12-перстной кишкой. Парафиновую аппликацию больных мы проводили на основе идей А. Д. Щербака о сегментарно-рефлекторной терапии. Каждый больной за период лечения получил от 12 до 20 парафиновых процедур.

В результате комплексного лечения из 40 больных язвенной болезнью улучшение наступило у 35 человек, рубцевание ниши наступило у 24 из 28 больных; у остальных была деформация луковицы 12-перстной кишки. Из 101 больного гастритом выздоровление наступило у 91 человека. В последующем, в период наблюдения от 11 до 30 месяцев, из 30 больных язвенной болезнью наблюдалось обострение у 6, и из 82 больных гастритом — у 14.

*Пятую группу мы лечили* длительным прерывистым сном и парафиновой аппликацией. В результате лечения было отмечено улучшение у 21 из 24 больных язвенной болезнью и у 94 из 106 больных гастритом; из 8 больных, имевших нишу, было отмечено рубцевание язвы у 6. В последующем, в период от 8 до 28 месяцев наступило обострение у 3 из 18 больных язвенной болезнью и у 10 из 76 с гастритом.

*Шестой группе назначалась трансфузия крови и парафиновая аппликация.* Переливание крови получили 22 больных с язвой 12-перстной кишки и 34 больных с хроническим гастритом. Из них 26 человек трансфузию крови получили по 1 разу, остальные — от 2 до 3 раз. Гемотерапия назначалась тем больным, которые имели пониженное питание и частые рецидивы болезни. После лечения наступило улучшение у 18 больных с язвой 12-перстной кишки и у 27 больных гастритом. В дальнейшем, за время от 7 до 18 месяцев было обострение у 3 с язвенной болезнью и у 5 из 22 больных гастритом.

С целью сравнения результатов лечения больных язвенной болезнью и гастритом разными методами приводится нижеследующая таблица.

Из данных таблицы видно, что указанные способы дают хороший эффект почти у всех групп больных, особенно в ближайший период лечения. В последующем наибольшее число обострений отмечалось у больных, лечившихся тканевой подсадкой, наименьшее число рецидивов было при лечении длительным прерывистым сном и комбинированными методами.

Комплексная терапия, проведенная у больных язвенной болезнью и гастритом, способствовала улучшению общего состояния больных путем усиления компенсаторной работы организма и восстановления

через высшие регуляторные центры правильного соотношения между процессами возбуждения и торможения. В этом отношении указанные способы лечения относятся к патогенетической терапии.

Группа больных	Метод лечения	Название болезни	Число больных	Результаты лечения					
				ближайшие		отдаленные			
				улучшение	без эффекта	продолжительность наблюдения в мес.	число больных, оставшихся под наблюдением.	имели рецидив	
				абсолютное число	%				
I	Длительный прерывистый сон	язвенная болезнь	40	33	7	6—24	31	12	—
		гастрит	123	110	13	8—30	86	14	16
II	Тканевая подсадка	язвенная болезнь	22	18	4	12—24	10	8	—
		гастрит	60	48	12	12—24	45	22	49
III	Сонная и тканевая терапия	язвенная болезнь	16	12	4	12—20	12	5	—
		гастрит	76	68	8	12—20	62	12	19
IV	Сонная, тканевая и парафино-терапия	язвенная болезнь	40	35	5	11—30	30	6	—
		гастрит	101	91	10	12—28	82	14	17
V	Сонная и парафино-терапия	язвенная болезнь	24	21	3	6—28	18	3	—
		гастрит	106	94	12	8—20	76	10	13
VI	Переливание крови	язвенная болезнь	22	18	4	8—14	15	3	—
	Парафино-терапия	хронич. гастрит	32	27	5	8—17	22	3	13

### В ы в о д ы

1. Для эффективности лечения больных язвенной болезнью и гастритом необходимо исключить у них кишечные инвазии (гельминты, простейшие), болезни желчных путей и мезентериальных желез, которые часто протекают с симптомами, сходными с указанными выше заболеваниями;

2. Комплексное лечение больных язвенной болезнью и гастритом, начавшееся предварительной подготовкой больного (индивидуальная беседа о характере и причине заболевания, соблюдении покоя, диетпитании, прекращении курения), продолжалось назначением сон-

ной и парафиновой терапии или трансфузии крови и парафиновой аппликации.

3. Сравнительные результаты лечения больных язвенной болезнью и гастритом длительным прерывистым сном, тканевой подсадкой, парафиновой аппликацией и комбинированными способами указывают, что наилучший эффект получается от применения длительного прерывистого сна и от сочетанного проведения сонной и парафиновой терапии или переливания крови и парафиновой аппликации.

4. Комплексная терапия, основанная на принципе одновременного воздействия на причину болезни и регуляцию защитительных механизмов организма, является рациональным методом лечения больных язвенной болезнью и гастритом.

Военный госпиталь № 372  
г. Ереван

Поступило 12 II 1957 г.

Վ. Ս. ՍԱԳՈՅԱՆ, Ռ. Ա. ԼԵՆԶԻԿ

ԽՈՅԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԳՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԳԱՍՏՐԻՏՈՎ ՀԻՎԱՆԳՆԵՐԻ  
ԿՈՄՊԼԵՔՍՆԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ու մ

Վերջին տարիներում ստացիոնարում մեր պիտոպոթյան և բուժման ներքո կղել են 164 խոցային և 570 գաստրիտով հիվանդներ: Ըստ հասակի՝ 21-ից 30 տարիք տներին 530 մարդ, 31-ից 40՝ 160 և 41-ից 52 տարեկան 44 մարդ: Ըստ հիվանդության տեղագրության՝ 396 մարդ հիվանդ էին 3-ից 6 ամիս, 273-ը՝ 6-ից 12 ամիս և 65 մարդ 2՝ տարուց ավելի:

Բոլոր հիվանդներին բուժումից առաջ և հետո կատարված է ստամոքսապիթային ուղու աննագենոսկոպիա, ստամոքսահյութի դոզոլենալ պարունակության, արյան և կղանքի քննություններ: Մի խումբ հիվանդների մոտ որոշված է ստամոքսի տոնուսը և էկսիրետոր ֆունկցիան:

Բուժման համեմատական արդյունքը պարզերև նպատակով հիվանդներին բուժանել էինք վեց խմբի: Հիվանդների առաջին խումբը բուժվում էր ընդհատվող քնով: Երկրորդ խումբը ստանում էր հյուսվածքային պատվաստում: Երրորդ խումբը բուժվում էր կոմբինացիոն ձևով (ընդհատվող քուն և հյուսվածքի պատվաստում): Չորրորդ խումբը բուժվում էր ընդհատվող քնով, հյուսվածքի պատվաստումով և պարաֆինային ապլիկացիայով՝ որովայնի վրա: Հինգերորդ խումբը՝ ընդհատվող քնով և պարաֆինով: Վեցերորդ խումբը ստանում էր արյան փոխներարկում և պարաֆինային ապլիկացիա:

Վերջ հիշված հիվանդների բուժման համեմատական արդյունքից հնարավոր է կրակացնել.

1. Ստամոքսի խոցով և գաստրիտով հիվանդներին արդյունավետ կերպով բուժելու նպատակով անհրաժեշտ է քննել նրանց նաև աղիքային պարապիտների (հեմիինաների պրոտոզոաների), լիզոլիտների և մեղկնաների ալգիձերի հիվանդությունների գծով, որոնք հաճախ իրենց ընթացքով նմանվում են վերոհիշյալ հիվանդություններին:

2. Սոցալին հիվանդության և գաստրիտ ունեցողների կոմպլեքսային բուժումն սկսելուց առաջ, անհրաժեշտ է նախապես պատրաստել հիվանդին (ուսենալ անհատական զրույց այն հիվանդությունը առաջացնող պատճառների ու բնույթի մասին, զիետիկ սննդի անցնելու և ծխելը դադարեցնելու անհրաժեշտության վերաբերյալ և նշանակել քնային ու պարաֆինային բուժում):

3. Սոցալին հիվանդությամբ և գաստրիտով տառապողների բուժման համեմատական արդյունքից պարզվում է, որ ամենալավ էֆեկտ նկատվում է քնաբուժումից՝ զուգորդված պարաֆինային բուժման հետ, ինչպես և արլան փոխներարկումից ու պարաֆինից:

4. Հիշված հիվանդությունների կոմպլեքսային բուժումով հնարավոր է լինում ներգործել հիվանդության պատճառի վրա և միաժամանակ կարգավորել օրգանիզմի պաշտպանողական մեխանիզմները:

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Быков К. М. и Курцин И. Т., Кортико-висцеральная теория патогенеза язвенной болезни, М., 1952.
2. Иванов В. А., Цит. по К. М., Быкову и И. Т. Курцину, М., 1952.
3. Иванов-Смоленский А. Г., Учение И. П. Павлова и патологическая физиология, М., 1952.
4. Павлов И. П., Полное собрание сочинений, т. IV, 1951.