

А. Т. СИМОНЯН, В. П. БУНАТЯН, В. А. ШАХНАЗАРЯН,
Э. З. ОВСЕПЯН, Г. А. ОГАНЕСЯН, С. М. КИРАКОСЯН

КВАТЕЛЕРОН В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

(Предварительное сообщение)

Вопросы лечения язвенной болезни до настоящего времени не потеряли своей актуальности. Поэтому не случайно, что постоянно идут изыскания и проверка новых медикаментозных средств, оказывающих наилучший терапевтический эффект в лечении ряда заболеваний внутренних органов, в частности язвенной болезни.

В Институте тонкой органической химии АН АрмССР был синтезирован новый препарат «квателерон».

Экспериментальными исследованиями института были установлены фармакологические свойства квателерона. Выяснилось, что квателерон относится к антиацетилхолиновым (холинолитическим) средствам. Холинолитическое действие препарата направлено на холинореактивные структуры вегетативной нервной системы и иннервируемые ею органы. Действие это выражается в способности квателерона ослаблять проведение импульсов в парасимпатических и, в меньшей степени, в симпатических ганглиях. Квателерон блокирует ганглии блуждающего нерва в сердце и легких, холинорецепторы мозгового вещества надпочечников; он расширяет коронарные сосуды, обладает выраженным гипотензивным действием, снимает спазм гладкой мускулатуры брюшных органов и т. д.

Учитывая фармакологические свойства квателерона, мы приступили к его клиническому испытанию при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, патогенетически связанной с нарушением кортико-висцеральной динамики.

Квателерон—кристаллическое вещество, легко растворимое в воде, на вкус горькое. Препарат давали внутрь (per os) в порошках или в капсулах по 0,03 (разовая доза), в день 3 раза. В отдельных случаях, при переносимости препарата, разовую дозу увеличивали до 0,06, 3 раза в день. Курс лечения колебался от 2 до 4 недель, в зависимости от течения заболевания.

До назначения квателерона проводилось общеклиническое обследование больных, включая и рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта. Все исследования проводились динамически—в начале и в конце лечения.

Квателерон, как и многие применяющиеся средства лечения, не обладает универсальными свойствами. Поэтому подробным клиническим

изучением каждого случая язвенной болезни мы учитывали разные ее фазы, различную ее продолжительность неодинаковый характер осложнений у различных больных и держались определенной тактики. В отдельных случаях проводили сочетанное лечение квателерона с переливанием крови. Подобное лечение было предписано 8 больным, имевшим скрытое или явное желудочное или кишечное кровотечение.

Лечение квателероном язвенной болезни нами проведено в 40 случаях. Среди больных мужчин было 25, женщин—15. По возрасту: от 20 до 40 лет—26 человек, от 41 и выше—14. Давность заболевания: до одного года—5, от 1 до 4—20, от 5 до 10 лет—10, от 11 и выше—5 человек. По локализации преобладали и больные, страдающие язвой луковицы двенадцатиперстной кишки—28 человек, язвой желудка—12 человек. Из 40 случаев имелись комбинированные язвы: с одновременной локализацией в желудке и двенадцатиперстной кишке—3 и так называемые «зеркальные» или «целующиеся» язвы двенадцатиперстной кишки—3.

В клинической картине язвенной болезни с одновременной локализацией в желудке и двенадцатиперстной кишке, в наблюдаемых нами случаях, обращало внимание постоянство и интенсивность болей, появляющихся и в связи с приемом пищи, и поздние боли, и боли натощак.

Рентгенологически из 40 наших больных симптом ниши был установлен у 29, в остальных 11 случаях язвенная болезнь была установлена на основании анамнеза, клинической картины и косвенных рентгенологических данных. У большинства больных язвенной болезни предшествовали явления гастрита. Заболевание обычно начиналось с диспептических расстройств, изжоги, отрыжки с последующим присоединением постепенно усиливающихся болей, и только в одном случае заболевание началось остро и первой жалобой больного явилась внезапная резкая боль в животе. У другого больного заболевание сопровождалось явлениями гастрита без болевых симптомов в течении нескольких лет; язвенная болезнь не была установлена ни клинически, ни рентгенологически. При последней госпитализации больного в нашей клинике была установлена большая ниша желудка.

У наблюдаемых нами больных, помимо ниши, рентгенологически были установлены: длительный спазм привратника у 8 больных и у 3—спастическое заполнение кишечника. Обращаясь к анализу результатов лечения квателероном язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, нами было отмечено, что в первые же дни лечения боли стали уменьшаться и были менее интенсивными. К концу лечения боли совершенно прекратились у 38 больных, у двух же сохранились до конца лечения, по-видимому, связанные с наличием у этих больных сопутствующих заболеваний—холецистита, дуоденита. Характерным для действия квателерона являлся его болеутоляющий эффект и у тех больных, которые до этого безуспешно лечились другими средствами. Имевшие место тошноты, упорные рвоты также проходили в процессе лечения, а к концу курса терапии квателероном совершенно прекращались.

Что касается повторных рентгенологических данных после курса

лечения квателероном, то ниша была установлена только у 2 больных из 29, а в одном случае ниша, бывшая до этого большой, значительно уменьшилась в размерах. Исчезали спазм привратника и спастическое заполнение кишечника.

Нередко при желудочных заболеваниях имеется несоответствие между быстро достигаемыми субъективными данными и сохраняющимся морфологическим субстратом—нишей.

Как нами было отмечено выше, субъективные жалобы больных—боли, тошноты, рвоты—прекращались у всех больных с первых же дней лечения квателероном и больные чувствовали себя почти выздоровевшими. Заживление язвы едва ли возможно было за такой короткий срок.

Результаты действия квателерона на секреторную, кислотообразующую, моторную и экскреторную функции желудка были следующими. Мы изучали секреторную, моторную и экскреторную функции желудка до и после лечения квателероном. Секреторную функцию определяли фракционным методом. Количество желудочной секреции натощак было не более 60 мл.

Повышенная секреция при рентгенологическом исследовании наблюдалась у 12 больных. При определении кислотообразующей функции желудка у 21 больного отмечалась повышенная, у 12—нормальная, у 5—пониженная и у 2—ахилия. Экскреторная функция желудка методом хромоскопии определялась у 16 больных. Краска выделялась через 5—10 мин. у 7 больных, через 15—20 мин.—у 4, через 25—40 мин.—у 4 и вовсе не выделялась у одного больного. Совпадение экскреторной функции желудка с его секреторной функцией отмечалось у 13 больных, несовпадение—у 3 (замедленное выделение краски при повышенной кислотности у 2 больных, ускоренное выделение краски при повышенной кислотности—у одного).

Моторную функцию желудка определяли гастротонометром Булита у 25 больных. Тонус желудка по данным гастротонометра находился в пределах от 8 до 15 см водного столба у 2 больных, от 16 до 20—у 3, от 21 до 40 см—у 20 больных. За нормальный тонус мы считали давление в пределах 20 см водного столба. Тонус желудка по данным гастротонометрии у большинства больных оказался повышенным. Эти данные подтвердились и рентгенологическим исследованием. Совпадение рентгенологических данных с гастротонометрическими отмечено было у 11 больных.

При рентгеноскопии отмечался спазм привратника, усиленная перистальтика и спастическое заполнение кишечника.

Результаты функциональных исследований желудка после лечения квателероном были таковыми. Нормализация кислотности отмечалась у 18 больных; в 3 случаях кислотность оставалась повышенной. Нормализация повышенного тонуса отмечалась у 9 больных; в остальных случаях тонус оставался повышенным.

Учитывая фармакологическое свойство квателерона, оказывающее, наряду с болеутоляющими, сосудорасширяющее действие, естественно,

у нас возник вопрос—каково его действие на сердечно-сосудистую систему у язвенных больных тем более, что при этом заболевании преобладает склонность к гипотонии и брадикардии. У наших больных язвенной болезнью мы отметили гипотоническую реакцию—90/60—110/70—у 32 больных, склонность к гипертензии—у 3, у 5 артериальное давление было нормальным.

Пульс у всех 40 больных был неустойчивым, он колебался от 60 до 80—90 ударов в 1 мин. Электрокардиографически ни у одного больного изменений не было установлено.

Динамика исследования сердечно-сосудистой системы нас убедила в том, что на нормальное сердце квателерон не оказывает никакого действия; артериальное давление, будучи повышенным у 3 больных, нормализовалось.

Обобщая все данные, полученные у наших больных после лечения квателероном язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, в 40 случаях следует считать предварительными. Тем не менее, мы можем отметить определенный терапевтический эффект. В процессе лечения в большинстве случаев уже на 2—3-й день лечения прекратились приступообразные боли, прошли явления тошноты и рвоты. Самочувствие больных значительно улучшилось: сон стал спокойным, больные принимали пищу безбоязненно, большинство больных прибавило в весе от 2 до 4—5 кг и стали вполне трудоспособными.

Рентгенологически было установлено заживление язвы в 26 случаях, а в остальных 3 случаях, хотя ниша и сохранилась, но субъективно эти больные также чувствовали себя хорошо, не предъявляя никаких жалоб. Все эти данные были получены нами после лечения квателероном в короткий срок лечения (от 20 до 35 дней).

На основании наших данных можно сделать предварительные выводы:

- а) квателерон быстро снимает болевой синдром язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки,
- б) нормализует моторную функцию желудка,
- в) способствует быстрому заживлению язвы (от 20 до 30 дней),
- г) квателерон не токсичен, не оказывает вредного действия на другие органы.

Кафедра госпитальной терапии
Ереванского медицинского института

Поступило 21.I 1962 г.

Ա. Տ. ՍԻՄՈՆՅԱՆ, Վ. Պ. ԲՈՒՆԱԹՅԱՆ, Վ. Ա. ՇԱՀՆԱԶԱՐՅԱՆ, Ե. Վ. ՀՈՎՍԵՓՅԱՆ,
Հ. Ա. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ, Ս. Մ. ԿԻՐԱԿՈՍՅԱՆ

ԽՈՑԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ՔՎԱԹԵԼԵՐՈՆՈՎ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Քվաթելերոնը նոր գանգլիոբլոկատորների շարքին պատկանող դեղանյութ է, որը սինթեզվել է Հայկական ՍՍՌ Գիտությունների ակադեմիայի Նուրբ օրգանական քիմիայի ինստիտուտում: Հաշվի առնելով քվաթելերոնի ֆարմակոլոգիական հատկությունները, որոնք ուսումնասիրվել են նշված ինստիտուտում էքսպերիմենտալ հետազոտություններով, մենք ձեռնարկեցինք նրա կլինիկական փորձարկումը խոցային հիվանդություններով տառապող հիվանդների վրա:

Ըստ մեր տվյալների քվաթելերոնը թողնում է որոշակի թերապևտիկ ազդեցություն ստամոքսի և 12 մ. աղիքի խոցի ժամանակ: Բուժման 2—3 օրից սկսած հիվանդների զգալի մասի մոտ վերացել են նոպային բնույթ կրող ցավերը, նողկանքի և փսխման երևույթները, լավացել է հիվանդների ինքնազգացումը, կանոնավորվել է քունը: Բուժման վերջում վերականգնվել է հիվանդների քաշը և աշխատունակությունը: Դրական տվյալներ է տվել նաև ստամոքսա-աղիքային տրակտի ռենտգեն հետազոտությունը 29 հիվանդներից, որոնց մոտ մինչև բուժումը հայտնաբերվել է «նիշա», 26-ի մոտ այն փակվել է բուժումից հետո:

Այսպիսով, քվաթելերոնը արագորեն վերացնում է ցավային ախտանիշը, կանոնավորում է ստամոքսի շարժողական և հյութազատող ֆունկցիան, նպաստում է խոցի ապաքինմանը և զուրկ է տոքսիկ հատկություններից, որով և ստեղծվում են հնարավորություններ նրա լայն օգտագործման համար խոցային հիվանդությունների բուժման ժամանակ: