

В. С. САДОЯН, С. Г. МУСЕЛИМЯН, Р. А. АРИСТАКЕСЯН

ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПАРАФИНОМ И ЭЛЕКТРОФОРЕЗОМ НОВОКАИНА

По современным представлениям, язвенная болезнь считается заболеванием всего организма с местным поражением желудка и 12-перстной кишки.

В патогенезе этой болезни важную роль играет нарушение функций нервного аппарата, дисгармония вегетативной и эндокринной систем, а также рефлекторные воздействия на стенку желудка, в результате чего происходит спастическое сокращение желудка, расстройство кровообращения и трофики слизистой с последующим перевариванием ее желудочным соком. Поэтому, исходя из патогенетических основ язвенной болезни, применяемое лечение имеет цель регулировать деятельность нервной сферы, способствовать нормализации желудочной секреции и восстановлению пораженного участка желудка.

При лечении язвенной болезни применяется множество средств: покой, тепло, щелочи, диета, охранительный режим, атропик, папаверин, переливание крови, биогенные стимуляторы, витамины и т. д. За последние годы рекомендованы также ганглиоблокирующие препараты, которые, по наблюдениям ряда авторов, оказывают положительное действие. Надо отметить, что при лечении язвенной болезни этими медикаментами, наряду с блокированием парасимпатических ганглиев, блокируются также и симпатические ганглии, что значительно нарушает процесс проведения импульсов. Нежелательными свойствами ганглиоблокаторов является непродолжительность эффекта их действия и привычка больного к этим препаратам. Весьма незначительный эффект получен также от применения других новых препаратов: метилдиазила [1], бензогексония, гастробамата. По данным И. О. Неймарка [3], после курса лечения больных язвенной болезнью ганглиоблокирующими препаратами (мерпанит, гексоний, гастрипон) у 86% больных ниша осталась без изменения. Если при этом учесть, что назначение указанных препаратов вызывает у некоторых больных и побочные явления (общая слабость, учащение пульса, сухость во рту, расширение зрачков), то станет очевидным, что больные язвенной болезнью нуждаются в более эффективных методах лечения.

Учитывая сложный патогенетический механизм язвенной болезни, более правильным будет применение комплексного лечения: покой, тепло, диетическое питание, устранение факторов, отрицательно действующих на организм.

Проведенное нами лечение 375 больных язвенной болезнью различными способами и средствами (атропин, новокаин внутрь, переливание крови, биостимуляторы, парафин) [5] установило, что относительно лучший эффект получен в результате комбинированного метода лечения (парафиновая аппликация, трансфузия крови, охранительный режим).

Нами исследованы 45 больных (мужчин—32, женщин—13) язвенной болезнью 12-перстной кишки в возрасте: от 20 до 30 лет—5 больных, от 31 до 40 лет—26, от 41 до 50 лет—8, от 51 до 60 лет—6 больных. Давность заболевания: у 3 больных—до 1 года, у 14—от 1 до 30 лет, у 9—от 3 до 5 лет, у 19 больных от 5 до 10 лет.

Больные жаловались на сильные боли, локализованные главным образом в правой верхней половине живота, временами на тошноту, изжогу, иногда—на рвоту. Боли в области живота имели приступообразный характер, появлялись чаще натощак и в ночное время.

До поступления в клинику больные лечились многократно в больницах, поликлиниках, в санаториях, после чего отмечался незначительный кратковременный эффект. В течение последних 6—12 мес. боли в области живота стали более сильными и продолжительными. За период болезни у них появилась общая слабость, понижение трудоспособности, раздражительность, лабильность психоэмотивной сферы, плохой аппетит, беспокойный сон, потеря в весе.

До начала лечения больных, кроме общеклинического обследования, производились исследования желудочного сока (фракционным методом), дуоденального содержимого, кала (на скрытую кровь и на кишечные паразиты), рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта. Больные обследовались и со стороны нервно-психической сферы.

Повышение секреции и кислотности отмечалось у 27 больных, понижение—у 6, желудочная секреция и кислотность были в норме у 12 больных. В дуоденальном содержимом в порции «В» и «С» у 3 больных имелось большое число лейкоцитов; гемограмма 2 больных указывала на гипохромную анемию, у остальных картина крови была в пределах нормы. У 3 больных в кале были найдены яйца аскарид.

Из 45 больных у 23 имелась ниша, причем у 2 она была обнаружена на обеих стенках двенадцатиперстной кишки; у 22 была деформация луковицы. У 22 больных имелись изменения со стороны рельефа слизистой и двигательной функции желудка и 12-перстной кишки (гипермотильность, спазм луковицы, атрофия, сглаживание складок слизистой).

Артериальное давление у 6 больных колебалось в пределах 150/90 и 170/100 мм. У 12 больных имелись сопутствующие заболевания: у 2—гепатохолецистит, у 2—гастропатоз, у 4—хронический колит, у 2—комбинированный порок сердца, у 1—сальпиноофорит, у 1—спаечная болезнь после лапаротомии.

У некоторых больных отмечался ряд вегетоневротических симптомов (тремор рук, пальцев вытянутых рук, гипергидроз), лабильность психоэмотивной сферы. Поэтому до назначения лечения проводилась предварительная подготовка больных, которая заключалась в индиви-

дуальных беседах с ними о причинах, способствующих болезни, и о необходимости соблюдения режима покоя.

Известно, что в регуляции секреторной и моторной функции желудочно-кишечного тракта, а также в осуществлении трофических влияний на органы пищеварения важную роль играют блуждающие нервы, длительное раздражение которых может вызывать гиперсекрецию, эрозии и язвы желудка [2]. Одним из факторов, раздражающе действующих на иннервацию блуждающих нервов желудка, у больных язвенной болезнью является никотин.

При исследовании больных, которые в течение продолжительного времени курили, отмечена выраженная гиперсекреция. Количество желудочного сока, полученное у них натощак, равнялось 150—225 мл [4]. Поэтому в целях предотвращения воздействия сильных химических и физических раздражителей на железистый аппарат желудка больным запрещалось курение. У 2 больных, имевших аскариды, проведена дегельментизация.

Питание больных было полноценное, с дробным приемом пищи в течение дня (4—5 раз). В основу составления диеты положен основной принцип—как можно больше щадить моторную и секреторную функции желудка. В первые 5—7 дней больным с острыми явлениями со стороны желудка назначали № 1а и 1. В дальнейшем (чаще со второй недели) рекомендовали разнообразное питание, содержащее достаточное количество белков, жиров, углеводов, минеральных солей и витаминов.

Наряду с этим с первого же дня поступления больных в клинику мы настаивали на соблюдении ими физического покоя и охранительного режима, которым мы придавали очень большое значение.

Учитывая, что в возникновении язвенной болезни существенную роль играет нервный фактор, мы выбрали в качестве лечебного воздействия средства, способствующие регуляции деятельности нервного аппарата и улучшению функции желудка. Мы назначили больным парафин на область живота или туловища—на участок поверхности спины от V до XII грудного позвонка, который соответствует 6—12 грудным сегментам спинномозговой иннервации. Последняя, как известно, связана с нервными путями желудка и 12-перстной кишки. Лечение парафином мы проводили на основе идей о сегментарно-рефлекторной терапии.

Назначая больным парафин, мы имели в виду его антиспастическое, рассасывающее и болеутоляющее действие. Известно, что под влиянием парафиновых аппликаций улучшаются кровообращение, тканевой обмен и репаративные процессы в организме.

Эффект от парафина осуществляется путем висцерального рефлекса, вызывающего гиперемию слизистой желудка и 12-перстной кишки, и подавлением возбужденной моторики желудка.

Парафиновые аппликации больные принимали через день в течение 30—40 мин., всего 12 раз. Лечение больных язвенной болезнью парафином проводилось в сочетании с электрофорезом 10%-ного раствора новокаина: анод с новокаином располагался на эпигастральной области, катод—на пояснице. Сила тока 15—20 мА, продолжительность проце-

дуры—15—20 мин., через день, всего 12 раз. Лечение электрофорезом новокаина представляет особый интерес, так как при этом воздействие гальванического тока и лекарственного вещества происходит одновременно. Последнее вследствие поступления из кожного депо в ток проявляет свое действие в малых дозах и длительное время.

Электрофорез новокаина назначали больным с целью ослабления у них болевого синдрома, воздействия на функциональное состояние нервной системы, урегулирования секреторной функции желудка и усиления тормозных процессов.

В литературе имеется ряд работ по лечению больных язвенной болезнью парафиновой аппликацией на область живота, а также электрофорезом новокаина. Наблюдений же по сочетанному применению парафина и электрофореза новокаина у больных язвенной болезнью весьма мало. Поэтому мы выбрали метод комбинированного лечения больных язвенной болезнью 12-перстной кишки парафином и электрофорезом новокаина.

За время лечения у большинства больных на 3—5-й день отмечалось уменьшение болей в области живота, исчезновение диспептических явлений. На 10—12-й день лечения наступило улучшение общего состояния, аппетита, настроения, боли в области живота исчезали. К концу лечения общее состояние больных было хорошее, настроение бодрое, больные прибавили в весе на 1—3 кг. Наряду с клиническим улучшением состояния больных наступила регуляция секреторной и моторной функций желудка. При сравнении результатов исследования желудочной секреции до и после лечения оказалось, что повышенная кислотность имела до лечения у 15 больных, после лечения она была только у 6; пониженная кислотность до лечения—у 6 и после лечения—у 3 больных. Нормальная кислотность желудочной секреции была до лечения у 12 больных, после лечения—у 32 больных.

После лечения были выявлены также морфологические изменения язвы 12-перстной кишки: симптом ниши до лечения имелся у 22, после лечения он был выявлен только у 5 больных, при этом ниша оказалась малых размеров. Наступило улучшение также со стороны рельефа и моторики слизистой желудка и 12-перстной кишки. За период лечения у 6 больных нормализовалось артериальное давление, стала нормальной картина крови у 2 больных гипохромной анемией. Из 45 больных клиническое улучшение наступило у 42, у 3—эффект был незначителен (у 2 из них имелся хронический холецистит, у 1—спаечная болезнь после лапаротомии). Продолжительность лечения больных колебалась от 32 до 37 дней.

Отдаленные результаты лечения от 8 до 12 мес. наблюдались у 35 больных. Из них 32 человека за это время чувствовали себя удовлетворительно.

За период лечения и после него побочных нежелательных явлений у больных не было. Больные хорошо переносили парафиновые аппликации и электрофорез новокаина.

В ы в о д ы

1. Комбинированное лечение язвенной болезни парафином и электрофорезом новокаина оказало благоприятное действие на общее состояние больных. В результате этого боли в области живота, диспептические явления и симптом ниши у большинства больных исчезли, секреция и кислотность желудка отрегулировались.

2. Результаты лечения язвенной болезни 12-перстной кишки во многом зависели также от предварительной подготовки больных: прекращение курения, соблюдение охранительного режима, применение дробного полноценного питания и (по необходимости) дегельментации.

3. Эффективность комплексного лечения парафином и электрофорезом новокаина заключается в их сочетанном влиянии на функциональное состояние нервной системы.

Институт курортологии и физических методов лечения АрмССР

Поступило 10/IX 1964 г.

Վ. Ս. ՍԱԴՈՅԱՆ, Ս. Գ. ՄՈՒՍԵԼԻՄՅԱՆ, Ռ. Ա. ԱՐԻՍՏԱԿԵՍՅԱՆ

12-ՄԱՏՆՅԱ ԱՂԻԻ ԽՈՅԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵԹՈԴԻԿԱՆ ՊԱՐԱՖԻՆՈՎ ԵՎ ՆՈՎՈԿԱՅԻՆԻ ԷԼԵԿՏՐՈՖՈՐԵԶՈՎ

Ա մ փ ո փ ու մ

Նկատի առնելով խոցային հիվանդության պատոգենետիկ բարդ մեխանիզմը ավելի ճիշտ կլիներ նշանակել նման հիվանդներին կոմպլեքսային բուժում:

Հիվանդները մինչև կլինիկա ընդունվելը կրկնակի անգամներ բուժվել էին հիվանդանոցներում, պոլիկլինիկաներում, ոմանք նաև սանատորիաներում կարճատև արդյունքով:

Մենք աշխատում էինք վերացնել այն պատճառները, որոնք նպաստում էին ստամոքսի սեկրեցիայի խանգարմանը: Այդ նպատակով հիվանդներին արգելում էինք ծխախոտ գործածելը:

Նշանակվում էր նրանց լիարժեք կոտորակային սնունդ՝ առաջիկա 5—7 օրերը խնայողական 1բ և 1 սեղանները, հետագայում՝ բազմազան հարուստ սպիներով, ածխաջրերով, ճարպերով, հանքային աղերով և վիտամիններով: Դրանց հետ նաև խորհուրդ էր տրվում հիվանդներին պահպանել հանգիստը: Այդ միջոցառումներին տրվում էր մեծ կարևորություն:

Նկատի ունենալով, որ խոցային հիվանդության առաջացմանը էական դեր էր կատարում ներվային ազդակը, մենք նշանակում էինք դեղանյութեր, որոնք նպաստելու էին ներվային համակարգության կարգավորվելուն: Այդ նրպատակով նշանակում էինք հիվանդներին պարաֆին որովայնի կամ մեջքի շրջանում, 30—40 րոպե տևողությամբ, ընդամենը 12 անգամ:

Բուժումը զուգակցում էր նովոկայինի 10% լուծույթի էլեկտրոֆորեզի հետ, որը նույնպես կատարվում էր օրը մեջ, ընդամենը 12 անգամ:

Կոմպլեքսային բուժումից՝ առաջիկա 3—5 օրերին նկատվեց ստամոքսի շրջանի ցավերի մեղմացում, իսկ հետագա 10—12 օրերին բարելավվում էր հիվանդների ընդհանուր դրուժյունը: Շատ հիվանդների մոտ նկատվում էր նախ 12-մատնյա աղիքի խոցի սպիացում: Բուժման տևողությունը հավասար է 32—37 օր:

Հետազայում 8—12 ամիսների ընթացքում հիվանդներից շատերը զգում էին իրենց բավարար: Բուժման ընթացքում և հետազայում, հիվանդները հավելյալ ախտանիշներ չունեցան:

Այսպիսով, պարաֆին-նովոկահին էլեկտրոֆորեզ կոմպլեքսային բուժումը նպաստեց 12-մատնյա աղիքի խոց ունեցողներից մեծ մասի լավանալուն, որը արտահայտվում էր հիվանդների ընդհանուր դրուժյան բարելավմամբ, խոցի սպիացումով ստամոքսահյուսվածքի արտադրությամբ և թթվության կարգավորմամբ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Залмавенюк В. С. Терапевтический архив, 1962, 4.
2. Иванов В. А. цит. по Быкову К. М. и Курцину И. Т. Кортиковисцеральная теория патогенеза язвенной болезни. М., 1952.
3. Неймарк И. О. Клиническая медицина, 1964, 2.
4. Садоян В. С., Ленчик Р. А. Известия АН Арм. ССР, 6, 1958.
5. Садоян В. С., Ляликова Л. А., Оганесян Е. А. Сборник научных трудов Института гематологии Арм. ССР, 1961.