

### Клиническая и теоретическая медицина.

Из 1 терапевтической клиники ЦИУ и 1-го терапевтического отделения больницы им. Боткина (зав. заслуженный деятель науки проф. Р. А. Лурья, главврач В. А. Шимелиович).

#### Новые пути в лечении язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Доц. Я. И. Дайховский.

Если до настоящего времени по вопросу о патогенезе язвы желудка взгляды большинства авторов еще расходятся, то в оценке роли нервной системы в развитии и течении язвы желудка и 12-перстной кишки существует полное единодушие, язва желудка и 12-перстной кишки давно уже перестала рассматриваться как местное заболевание, она является проявлением заболевания всего организма с локализацией процесса в области желудка или 12-перстной кишки, что находит свое выражение в термине „язвенная болезнь“. Этот прочно установившийся в медицине взгляд на язву желудка и 12-перстной кишки нельзя, разумеется, не учитывать, когда речь идет о лечении этого страдания.

Как по отношению ко всякому болезненному процессу, так и по отношению к язвенной болезни наиболее действительным методом лечения является тот, который строится с учетом патогенетической сущности страдания и направлен против нее. Существующие до настоящего времени методы лечения язвенной болезни, поскольку они рассчитаны на местное воздействие и имеют в виду лишь больной орган, являются большей частью паллиативом и не могут разрешить проблему лечения этого страдания. Вот почему при современном состоянии наших знаний, когда мы от локалистических представлений вступили в эпоху синтетического понимания болезненных процессов, когда в клинике все больше и больше начинают говорить об антропатологии,—методы лечения болезненных процессов должны быть направлены не на больной орган, а на весь организм, и только через весь организм, вызывая ряд изменений в нем, современные методы лечения должны способствовать изменению течения болезненного процесса в органе.

С этой точки зрения огромное значение приобретает учение проф. Сперанского, которое намечает пути и механизмы воздействия на человеческий организм и через последний—на больной орган. Проф. Сперанский, как известно, считает, что клиническая картина всякого болезненного процесса является лишь внешним выражением реакции организма на раздражение, идущее по нервным путям, и, следова-

тельно, участие нервного компонента неотъемлемо от всякого патологического процесса в организме. В частности, в отношении язвы желудка проф. Сперанский считает, что существует связь между нею и язвами других частей тела, и что как те, так и другие должны рассматриваться как результат дистрофических процессов в организме, которые возникают в результате перегруппировки внутринервных отношений, обуславливая собой возникновение новой патологической нервной комбинации. Исходя из этих предпосылок можно, очевидно, рассчитывать путем изменения установившихся внутринервных отношений влиять на течение язвенного процесса и ускорить его заживление.

Эти соображения легли в основу при выборе нами метода лечения язвенных больных. В качестве метода воздействия на нервный компонент, а, следовательно, и лечения, мы воспользовались новокаиновой блокадой, которая была предложена проф. А. В. Вишневым и проверена в лабораториях и клиниках отдела патологии ВИЭМ'а (Пигалев, Бабкова, Камаревская, Пшеничников и др.). Методика заключалась в том, что больным впрыскивалось 100 *кб. см*  $1/2$  % раствора новокаина в околопочечную капсулу. Обычно мы ограничивались однократным впрыскиванием новокаинового раствора, и только в тех случаях, когда не наступало заметного улучшения, мы, спустя 8—10 дней после первого впрыскивания, прибегали к повторному впрыскиванию этого раствора в той же дозировке.

В настоящее время мы располагаем материалом в 100 случаев язвенной болезни, леченной новокаиновой блокадой. Наши выводы мы базируем на материале наших первых 60 случаев, в отношении которых мы располагаем и *отдаленными* наблюдениями в смысле результатов лечения. Последующие наши наблюдения полностью подтверждают те закономерности, которые нами отмечены на основании первых 60 случаев. Порядок исследования наших больных заключался в следующем: После знакомства с субъективными жалобами больных и данными объективного исследования—производилось исследование мочи, общий анализ крови и ряд биохимических анализов, затем производилось тонким зондом исследование желудочного содержимого, определялась хромокопия желудка, производилось определение скрытой крови в испражнениях и, наконец, производилась рентгенокопия и рентгенография желудка—всегда по методике рельефа с дозированной компрессией. Затем больному назначался умеренно щадящий стол и производилась блокада; всякая терапия отменялась и в дальнейшем устанавливалось динамическое наблюдение за больным.

Распределение нашего материала по диагнозам:

Язвы малой кривизны желудка—22 случая, язвы 12-перстной кишки—24, язвы желудка и 12-перстной кишки—4, язвы тощей кишки—1, пилородуоденит—8, раздраженный желудок—1 случай.

Распределение материала по возрастным группам: до 20 лет—5 чел., 20—40 лет—37, выше 40 лет—18 чел.

Распределение материала по длительности заболевания: до 1 года—10 чел., от 1 года до 5 лет—23, от 5 лет до 10 лет—15, от 10 лет до 20 лет—9, выше 20 лет—3 чел.

В качестве опорных пунктов для суждения о влиянии блокады и роли нервного компонента в течении язвенного процесса мы кроме субъективных ощущений больного и пальпаторных данных использовали данные

динамического наблюдения над изменением кривой секреции желудка, изменением экскреторной функции желудка путем повторного исследования ее методом хромоскопии и, наконец, повторной рентгенографией, базируясь во всех случаях лишь на *прямых* симптомах язвы. У наших больных повторно исследовалось желудочное содержимое тонким зондом и методом хромоскопии спустя 5—6 дней после блокады и спустя 2 недели после нее.

Однократная блокада применена в 51 случае и двукратная—в 9 случаях.

Влияния новокаиновой блокады на течение язвенного процесса определяются следующими результатами: исчезновение ниши в 22 случаях, улучшение—в 25, без изменений—в 13 случаях.

По времени наступления улучшения в связи с блокадой материал распределяется следующим образом: до 5 дней—12 чел., до 10 дней—7, до 15 дней—20, выше 15 дней—8 чел.

Ниже приведены таблицы 1 и 2, представляющие результаты блокады, в связи с возрастом больных и длительностью заболевания.

Таблица 1.

Сопоставление возраста и результата блокады.

	В о з р а с т		
	до 20 л.	20—40 л.	40—60 л.
Исчезновение ниши . . . . .	2	16	4
Улучшение . . . . .	3	17	5
Без изменения . . . . .	0	4	9

Таблица 2.

Сопоставление длительности заболевания и результата блокады.

	Длительность заболевания				
	до 1 года	1—5 лет	5—10 лет	10—20 лет	выше 20 л.
Исчезновение ниши . . . . .	4	8	8	2	0
Улучшение . . . . .	5	11	6	3	0
Без изменений . . . . .	1	4	1	4	3

Наиболее благоприятный результат от применения блокады получился у больных в возрасте до 40 лет, т. е. как раз в том возрасте, к которому относится большинство язвенных больных; вместе с тем, как показывает таблица 2, успешнее всего блокада оказывалась в случаях язвенного страдания с давностью до 5 лет, и чем длительность страдания была больше, тем менее успешным оказался результат применения блокады.

Нас интересовала, наконец, зависимость результата блокады от характера и локализации патологического процесса.

Таблица 3.

Локализация язвенного процесса и результат блокады.

	Характер и локализация процесса					
	Язва малой кривиз- ны	Язва 12-пер- стной кишки	Язва тощей кишки	Язва желудка и 12- перстн. кишки	Пилоро- дуоде- нит	Раздра- женный желудок
Исчезновение ниши . . .	6	11	1	4	—	—
Улучшение . . . . .	11	10	—	—	3	1
Без изменений . . . . .	5	3	—	—	5	—
Всего случаев . . . . .	22	24	1	4	8	1

Приведенная таблица 3 показывает, что наиболее благоприятный результат от применения блокады получился при язвах 12-перстной кишки.

Переходя к анализу влияния блокады новокаином, следует прежде всего отметить, что мы ни разу не наблюдали у наших больных каких-либо неприятных ощущений, связанных с применением блокады. Как правило, непосредственно после блокады больные отмечали кратковременное стихание болей примерно в течение 12—24 часов, вслед затем боли вновь появлялись и даже несколько *обострялись* с тем, чтобы в дальнейшем *постепенно* вновь исчезнуть на более длительный период времени. Этот период обострения процесса в ряде случаев бывал до того выражен, что у некоторых больных, у которых предварительное исследование испражнений на скрытую кровь давало отрицательный результат, на второй или третий день после блокады наряду с обострением болей реакция на скрытую кровь в испражнениях оказывалась положительной. Отсюда следует, что в периоде резкого обострения язвенного процесса, особенно вскоре после язвенного кровотечения, применение блокады требует известной осторожности.

Период улучшения субъективных ощущений, который наступает вслед за обострением процесса, отличается большой постепенностью и характеризуется тем, что далеко не всегда субъективные жалобы больного и объективные данные совпадают и идут параллельно. Так, например, мы наблюдали случаи, когда заживление язвенного процесса шло очень быстро, между тем как жалобы со стороны больных на боли продолжались, и, наоборот, мы наблюдали случаи, когда боли прекращались, объективно же констатировать исчезновение язвы не удавалось. Диспептические расстройства исчезали также не сразу.

При объективном исследовании больных можно было констатировать постепенное прекращение болезненности в связи с блокадой; в 22 случаях выздоровления, в связи с блокадой, которое мы наблюдали на нашем материале, срок исчезновения ниши колебался от 12 до 16 дней. К тому же времени исчезли также и жалобы больных. В 4 случаях

комбинированной язвы желудка и 12-перстной кишки мы наблюдали выздоровление и в соответствии с этим исчезновение двух ниш в течение 16 дней после блокады. Однако наряду с этим приходится отметить, что были случаи, когда, несмотря на исчезновение ниши, боли время от времени возобновлялись и причиняли больному большие неприятности.

Анализируя изменения кривой желудочного содержимого под влиянием блокады, можно отметить, что как правило под влиянием блокады резко меняется секреция натошак в сторону выраженной гиперсекреции. Сама кривая желудочного содержимого в связи с блокадой протекает на более высоких цифрах, обнаруживает по истечении 2 часов высокую кислотность и длительную последовательную секрецию. Пользуясь методом хромоскопии, мы во всех случаях наблюдали, резкое ускорение выделения желудком нейтральрота, введенного парентерально в количестве 2 куб. см. 1% раствора его.

Все эти функциональные изменения желудка, которые с большой закономерностью наступают под влиянием новокаинового блока, характеризуют собой состояние раздраженного желудка — тот Reizmagen, о котором говорит Westphal, и возобновляющиеся боли связаны, очевидно, с этими функциональными нарушениями, несмотря на то, что органические изменения уже успели исчезнуть.

Перечисленные изменения со стороны желудочного содержимого наступают не сразу; повторные исследования желудочного содержимого, произведенные нами у больных на 5—6-й день после новокаинового блока, обнаруживали лишь тенденцию к изменению кривой желудочной секреции, но не давали еще тех резких изменений, которые наблюдались в дальнейшем у этих же больных. Как правило, мы наблюдали описанные выше изменения со стороны желудочного содержимого на 14—16-й день после блокады. Эти изменения секреторной и экскреторной функции желудка наблюдались нами преимущественно в тех случаях, когда под влиянием блокады язва заживала. В ряде случаев функциональные изменения желудка не оказывались заметно выраженными. Усиление болей и болезненности, которые возникают вскоре после блокады, характеризуют первую фазу влияния блока — *обострение* процесса. Обострение процесса с своей стороны показывает, что при помощи блокады мы действительно активно вмешиваемся в течение болезненного процесса, изменяем его и подчас в более благоприятном для организма направлении.

Рентгеновское исследование желудка (д-р Тарнопольская) производилось у наших больных до блокады, через 6 и 14 дней после блокады. На изученном нами материале мы могли констатировать в 22 случаях язвы желудка и 12-перстной кишки полное исчезновение ниши в течение 12—16 дней после применения блокады; мало того, в 4 случаях комбинированной язвы желудка и 12-перстной кишки мы могли констатировать исчезновение ниши в этот же срок. В 25 случаях язвенного процесса, где в связи с применением блокады наступило улучшение, мы могли не только констатировать уменьшение и полное исчезновение болей и диспептических расстройств, не только уменьшение и исчезновение болезненности при пальпации, но мы могли также и рентгенологически, путем сопоставления снимков динамического исследования больных — констатировать улучшение. В значительной части этих случаев мы

обнаруживали спустя 2 недели лишь остатки язвенного процесса в виде Nischenfleck или обнаруживали уменьшение и менее выраженный характер рельефа слизистой желудка, свидетельствующий об улучшении гастритических изменений. Наконец, в большинстве случаев вслед за заживлением язвенного процесса и исчезновением ниши рентгеновское исследование обнаруживало типичный Reizmagen, *рельеф слизистой которого в отличие от рельефа слизистой при гастрите изменял свою структуру под влиянием инъекции атропина*. Помимо этого, рентгенологическая картина Reizmagen полностью соответствовала тем данным функционального исследования желудка, которые, как выше было сказано, мы обнаруживали у наших больных в связи с применением блокады.

Все эти функциональные и морфологические изменения следует рассматривать как результат изменения в течении болезненного процесса, под влиянием воздействия на нервный компонент при помощи новокаиновой блокады.

Суммируя полученные данные, можно отметить, что *в результате воздействия на нервный компонент язвы желудка и 12-перстной кишки в сравнительно короткий срок заживают, оставляя иногда после себя функциональные нарушения, которые способны обусловить в дальнейшем жалобы больного и данные объективного, лабораторного и рентгеновского исследования*.

Имеющийся в нашем распоряжении клинический материал показывает, что, несмотря на сокращение срока заживления язвы желудка и 12-перстной кишки, боли могут сохраниться даже тогда, когда *фактически язвы уже больше нет*. Это обстоятельство показывает, что при лечении язвенного процесса недостаточно заботиться только об исчезновении самой язвы, необходимо стремиться и к прекращению болей, а, следовательно, к исчезновению тех изменений, которые обуславливают возникновение болей, ибо фактически они-то и являются тем основным симптомом страдания больного, который делает его нетрудоспособным. Мы очень хорошо знаем случаи язвенного процесса, протекающие совершенно латентно; они долго не распознаются только потому, что нет основного симптома болей, которые приводят больного к врачу, и больной продолжает работать. Очевидно, симптом болей является ведущим и им следует руководствоваться при выборе метода лечения. Вот почему метод блокады не может быть рекомендован в качестве единственного метода лечения язвенных процессов желудка и 12-перстной кишки. Специфичность желудка как органа требует, очевидно, комбинированного метода лечения язвенного процесса, при котором диетотерапия должна занимать первое место. Нельзя поэтому не согласиться с проф. Сперанским, который заявляет, что та переустановка работы нервной системы, которая создается при помощи блокады, является лишь *почвой*, на которую должны лечь различные обычно применяемые терапевтические средства.

Как ближайшие результаты, так и имеющиеся в нашем распоряжении отдаленные наблюдения показали, что лечение язвенной болезни методом новокаиновой блокады заслуживает большого внимания. Эти наблюдения показали, с одной стороны, что больные, возвращаясь после лечения на производство, отмечали большую бодрость и работоспособность и по заявлению наблюдавших их врачей оставались долго трудо-

способными; с другой стороны, у ряда больных, которые спустя 5—6 и больше месяцев вновь обращались к нам по поводу болей, мы при самом тщательном обследовании их клинически и рентгенологически не могли обнаружить язвы. В этих случаях речь шла либо об обострении гастрита, либо о нарушениях чисто функционального характера.

Применение метода блокады для лечения язвенной болезни явилось лишь первым шагом в изучении той проблемы, которую мы перед собою поставили. Уже à priori можно было предположить, что столь заманчивого воздействия на больной орган через весь организм можно достигнуть, очевидно, не одной только новокаиновой блокадой. Нужно было только подыскать соответствующие раздражители, способные воздействовать на нервный компонент. С этой целью мы стали применять для лечения язвенной болезни эритемные дозы кварца (Зверев и Любимов). В настоящее время в нашем распоряжении имеется материал в 12 случаев, но уже эти первые наблюдения дают вполне ободряющие результаты. Эти больные в связи с освещением кварцем отмечали улучшение самочувствия; жалобы на боли и диспептические расстройства исчезали, язвы заживали, так же, как и при новокаиновой блокаде, в кратчайший срок 12—16 дней, и больные прекрасно поправлялись. Наряду с эритемными дозами кварца мы в другом ряде случаев язвенной болезни стали применять в клинике ионизацию цинком (Шемелева, Соловей, Цехер). Ионизация цинком как лечебный метод применяется уже давно, и заслуга наиболее полного изучения механизма действия ионов цинка принадлежит проф. Щербак и его школе. Проф. Щербак считает, что ионы цинка являются мощным нейротрофическим фактором, который действует как ионо-вегетативный рефлекс. Наряду с этим, сотрудники проф. Щербака показали, что применение ионтофореза цинка оказывает свое действие независимо от места приложения его, что полностью совпадает с нашими представлениями о путях воздействия на нервный компонент.

Исходя из вышеизложенных концепций, мы, применяя в клинике для лечения язвенной болезни эритемные дозы кварца и ионизацию цинком, избрали в качестве места приложения означенных терапевтических агентов отдаленные от желудка участки тела, ибо по нашим представлениям всякое даже слабое раздражение отдаленных от желудка участков тела оказывает влияние на нервный компонент и может способствовать изменению течения болезненного процесса в органе, в данном случае— в желудке. При применении эритемных доз кварца нами освещалась область голени; точно также при применении ионизации цинком один электрод (анод) помещался на голень—на область разветвления седалищного нерва, а другой (катод)—на область поясницы.

В отношении применения цинковой терапии при язвенной болезни мы располагаем уже несколько большим материалом—около 25 случаев, которые также позволяют отметить благоприятное действие этой терапии. Мы получили в большом проценте всех случаев значительное улучшение общего состояния, прекращение болей и исчезновение других жалоб больных; рентгенологически же мы могли убедиться в заживлении язв. Огромное внимание заслуживают те изменения секреторной и экскреторной функции желудка, которые наступают под влиянием лечения язвенной болезни как эритемными дозами кварца, так и ионизацией цинком.

Оказывается, что так же, как при новокаиновой блокаде, мы при ионизации цинком и при применении эритемных доз кварца наблюдали увеличение секреции, повышение кривой кислотности и ускорение выделения нейтральрота. Так же, как и при новокаиновой блокаде, эти изменения наступали спустя примерно 14 дней от начала применения лечения. Таким образом, при лечении язвенной болезни, независимо от примененного метода лечения—будь то новокаиновая блокада или эритемные дозы кварца или ионизация цинком, повторяются в одинаковой мере определенные вышеприведенные закономерности.

Это показывает, что точка приложения всех трех приведенных методов лечения язвенной болезни одна и та же и, что, следовательно, механизм действия во всех этих случаях также, очевидно, один и тот же. Речь идет, повидимому, о воздействии на нервный компонент, который лежит в основе антропопатологии.

Приведенные данные с несомненностью показывают, что как в области понимания болезненных процессов, так и в области терапии, мы в настоящее время стоим на новых позициях, позициях, далеко отстоящих от прежних локалистических представлений. Намечаются новые пути в лечении болезненных процессов, в борьбе с которыми роль и участие самого организма весьма велики; речь идет о возможности активного вмешательства нашего в организм и активного воздействия на течение болезненного процесса. Речь идет о лечении всего организма, о синтезе в терапии, который весьма удачно назван проф. Л у р и я „антропотерапией“.

*Выводы.* 1. Клинические наблюдения над применением новокаиновой блокады при язвенных процессах желудка и 12-перстной кишки и отдаленные результаты применения блокады показывают, что благоприятный результат воздействия на нервный компонент зависит от возраста больного, давности процесса, характера и локализации его.

2. В связи с применением блокады мы ни разу не наблюдали каких-либо неприятных явлений у больных, которые могли бы составить противопоказание к применению блокады.

3. Как правило, при применении блокады отмечаются две фазы: кратковременное обострение процесса и постепенное улучшение.

4. Под влиянием блокады исчезновение болей не всегда идет параллельно с заживлением язвенного процесса.

5. Секреция под влиянием блокады в зависимости от состояния порога возбудимости меняется в сторону повышения или понижения. Экскреторная функция в форме выделения нейтральрота также меняется.

6. Метод блокады не может быть рекомендован как единственный метод лечения язвенного процесса и не является единственным методом воздействия на нервный компонент.

7. Ионизация цинком и эритемные дозы кварца *отдаленных от желудка участков* при лечении язвенной болезни оказывают также благоприятное действие и обнаруживают те же закономерности, что и блокада симпатической нервной системы.

8. Предлагаемые методы представляют собою новые пути лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и являются осуществленным принципа антропотерапии.