

кровоизлияний на эндокарде во время травмы, создавших почву для активизации начавшегося еще до травмы процесса.

Исходя из вышесказанного и учитывая существующую установку страхового законодательства СССР, мы пришли к выводу, что заболевание у нашей б-ной является результатом травмы на производстве и должно быть квалифицировано как инвалидность по увечью. Принимая во внимание то, что по анамнезу эндокардит у б-ной держится около 2 лет и в настоящее время, по наблюдению в кл-ке, максимальные подъемы т-ры изредка $37,7-37,8^{\circ}$, чаще ниже при митральном поражении недавнего происхождения, о чем свидетельствует отсутствие правограммы при электрокардиографическом исследовании, следует полагать, что у нее имеется хронический доброкачественный эндокардит. По мнению проф. Фогельсона, держать в постели б-ного с малыми субъективными ощущениями и ненарушенным кровообращением нецелесообразно, так как длительное бездействие резко сказывается на миокарде и на психике б-ного. Учитывая эту точку зрения, общее состояние б-ной, ее молодой возраст, мы сочли целесообразным предоставить ей возможность выполнять, хотя бы нерегулярно, какую-либо легкую работу — разрешить переобучение на счетоводных курсах (ее желание), вследствие чего постановили признать ее инвалидом III группы по заболеванию, связанному с травмой.

Б-ная при этом продолжает оставаться под врачебным наблюдением института.

Из Института экспертизы трудоспособности ВЦСПС (директор Р. М. Гладштейн, зав. отделен. Н. В. Коновалов) (Москва).

НЕВРО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА У ОПЕРИРОВАННЫХ ЯЗВЕННЫХ БОЛЬНЫХ.

О. А. Хондкариан и Н. К. Боголепов.

Язвенной болезни посвящена огромная, почти необозримая литература. Из многочисленных теорий и гипотез патогенеза этого заболевания следует отметить три основных: механическую, сосудистую и неврогенную. Неврогенная теория, созданная Бергманом, выросла в целое учение и в настоящее время привлекает все больше и больше внимания.

Экспериментальные данные легли в основу этой теории. Роки-танский при раздражении *n. vagi*, Шифф при одностороннем поперечном разрезе через ножку мозга и зрительный бугор, Эбштейн при разрушении четверохолмия, Броун-Секар при разрушении полосатого тела, ножек мозга и спинного мозга — все они находили изменения в виде геморагий, эрозий, пептических язв

и перфораций в стенках желудка и 12-перстной кишки. В этих опытах вегетативная нервная система не выделялась. Бурденко и Могиляницкий в последнее время показали, что именно разрушение вегетативных центров в межуточном мозгу дает язвенные явления в желудочно-кишечном тракте. Николаев при разрушении боковых отделов спинного мозга, Лебеденко, Егоров и др. при повреждении периферического вегетативного аппарата нашли также изменения в стенках желудка и кишок. Таким образом, язвенные явления могут быть следствием повреждения на любом отрезке вегетативной нервной системы; это обстоятельство может говорить в пользу новейшей теории учения о трофике Сперанского.

Однако, как бы ни была заманчива неврогенная теория, освещенная прожектором блестящих экспериментов,—она все еще не может полностью объяснить патогенез язвенной болезни. Но несомненно одно: в общей цепи патологических факторов при язвенной болезни неврогенной теории принадлежит главная и направляющая роль. Больше того, мы склонны допустить, в согласии со многими авторами, что без участия нервной системы, особенно ее вегетативного аппарата и, вероятнее, его высших центров, — язвенная болезнь не может проявиться.

В клинике и течении язвенной болезни не совсем безразлична невро-психическая сфера. Она может несомненно не только измениться под влиянием язвенного процесса, но еще в большей степени оказывать влияние на весь комплекс язвенных проявлений.

Нами изучены и динамически обследованы 90 человек; все они были оперированы по поводу язвы желудка или 12-перстной кишки; некоторые подвергались повторным операциям (2—3 и даже 7 раз). Весь материал условно можно разбить на три группы.

Первую группу составляют 20 больных. Это—больные, у которых имелись абсолютные показания к оперативному вмешательству. У всех диагностировалась прободная язва. Как правило, заболевание начиналось внезапно, среди полного здоровья, с острых язвенных явлений, больные доставлялись в хирургические отделения и оперировались. Послеоперационное течение всюду гладкое, больные выписывались в хорошем состоянии. Почти у всех этих больных невро-психическая сфера не представляла каких-либо особенных изменений. Во всяком случае она нисколько не влияла ни на послеоперационное течение, ни на последующее, после полного выздоровления, состояние больного. Во всех этих случаях операция являлась прямой необходимостью и единственным правильным методом лечения.

Вторую группу составляет большинство наших больных—60 человек. Это — больные с хроническим течением язвенной болезни. Как правило заболевание у них начинается постепенно, тянется нередко десятки лет, пока дело не доходит до операционного стола. Нередко у б-ных бывают приступообразные

обострения, и они купируются соответствующим режимом и диетлечением. Наибольший интерес представляет их невротическая сфера, точнее их психика. В огромном большинстве это астеники; по характеру робкие, стеснительные, легко волнующиеся. Всегда тревожно-мнительные. Малообщительные, скорее замкнутые, мало доверчивые, на людях им всегда трудно; с людьми с трудом сходятся, друзей почти не имеют, им приятно одиночество; лабильны, очень чувствительны, легко плачут. Обычно бред, галлюцинации и припадки они отрицают.

У этих больных появляются боль и диспептические явления. Клиническое исследование в дальнейшем устанавливает язвенную болезнь, рентген подтверждает диагноз, и больного оперируют. После операции первое время как будто улучшение, но вскоре, через 2-3 месяца, а иногда и без этого промежутка времени, боли начинаются вновь и в дальнейшем больного не покидают.

Наблюдение 1-е. Больной П., 28 лет, контролер. Жалобы: боли в подложечной области, отрыжка, тошноты. Боли в области сердца, в правой подвздошной области. Больным себя считает с 1930 г. Появились боли и диспептические явления. Постепенно эти явления усилились. Лечился диетпитанием с улучшением. 2 раза был в Эссендуках со значительным улучшением. С 1932-33 г. боли в подложечной области усилились и стали постоянными. Неоднократные клинические и рентгенологические исследования устанавливали язву желудка. Весною 1933 г. был оперирован по этому поводу. Наложена задняя гастроэнтеростомия, удалили слепой отросток. После операции улучшения не наступило, наоборот, появились еще добавочные боли в области удаленного отростка и сердца. Объективно: исследование желудочного сока показало лишь пониженную кислотность. Рентгенологически — состояние после гастроэнтеростомии. Со стороны нервной системы органических изменений нет. Вазомоторен, цианоз кистей; резкий красный дермографизм, расплывчатый, стойкий. Повышенная пилomotorная реакция, потливость. Психика: раньше был веселый, жизнерадостный; было много интересов, легко и хорошо работал. С момента заболевания стал нервным, раздражительным. Всегда был робким, стеснительным, легко волновался; после болезни изменился в характере: стал вялым, подозрительным, молчаливым; люди к нему нехорошо относятся, почему — сам не знает. Часто задумывается, не понимает, что ему говорят. Тревожен, мнителен. Боится болезни, думает, что никогда не выздоровеет. Погружен в свои соматические ощущения. Галлюцинации и бред отрицает. Интерес к семье сохранен. Диагноз: состояние после гастроэнтеростомии. Астенические реакции у шизоидной личности (конс. Зиновьев).

У тревожно-мнительной личности развивается язвенная болезнь; клиника и рентген подтверждают диагноз не один раз. Больной подвергается операции; после операции улучшения не наступает; личность больного, наоборот, меняется еще больше; шизоидные черты больного усугубляются; и теперь в картине болезни превалируют не язвенные явления, а скорее всего сдвиги в нервно-психической сфере. И ясно, что оперативное вмешатель-

ство ничуть не улучшило состояния больного, наоборот, — ухудшило.

У всех наших больных этой группы мы не видели существенного улучшения после оперативного вмешательства. Боли, приведшие больного к оперативному столу, так и остались, а в нередких случаях усиливались или к имеющимся присоединялись новые. Помогаем ли мы в этих случаях своим оперативным вмешательством? Нет, в большинстве случаев не помогаем. Здесь недостаточно учитывается невро-психическая сфера больных. Хрупкая, тревожная, постоянно настороженная личность жадно прислушивается и ловит каждое слово врача. И нередко страшное название — язва желудка — отнимает у больного последнюю надежду на выздоровление. Невольно мы становимся причиной ятрогении. Таким образом, операция не помогает, а, наоборот, создает новый патологический очаг — послеоперационные спайки, откуда исходят новые боли. Эти боли влияют на тревожную психику, а последняя — на боли и тем самым на все течение болезни, проявляясь в виде ипохондрической погруженности в свои соматические ощущения. Из этого круга больной не в состоянии выбраться, и нередко все дальнейшие мероприятия оказываются бессильными, чтобы направить больного на правильный путь.

Больных с хроническим течением язвенной болезни — астеников, в большинстве сензитивных шизоидов — следует лечить, как правило, консервативно, но не оперативно. Последнее нередко ухудшает состояние больного, особенно его психику, во всяком случае существенного улучшения не дает.

Последнюю и третью группу составляют 10 больных. По роду невро-психических расстройств они не однородны. Если в первой группе больных были прямые и неотлагательные показания к операции, а во второй — относительные показания, где мы с точки зрения оценки невро-психической сферы высказались против операции, то в этой последней группе — оперативные вмешательства были прямо противопоказаны. Эта группа больных ясно показывает, насколько нужно быть осторожными и как тщательно следует обследовать больного, прежде чем высказаться за операцию. И прав И. Г. Руфанов, который в своих работах придает столь большое значение невро-психической сфере. У двух больных был обнаружен сифилис, в остальных 8-ми случаях — шизофренический процесс.

Наблюдение 2-е. Больная Б-а, 23 лет, комплектовщица. Жалобы: боли в подложечной области, внизу живота, диспептические явления. Считает себя больной с 1932 г., появились боли в животе, тошноты, отрыжки. Постепенно эти явления усилились; больная была направлена в терапевтическое отделение больницы. Выписалась через месяц с диагнозом язва желудка. С 1933 г. стала нервной, раздражительной; в себе замечала какую-то перемену, сама не понимала в чем дело. Постоянные боли в животе усилились, и тогда была направлена в хирургический стационар. Под общим наркозом была произведена операция, но язвы не нашли, рассекли спайки, удалили слепой

отросток. Выписалась без значительного улучшения, с постоянными болями в животе. Поступила к нам в институт для выяснения диагноза. Со стороны общей соматики обнаружены явления спастического колита и послеоперационные спайки в брюшной полости. Никакой язвы не было. Вегетативная сфера: вазомоторна, игра сосудов; резкий, красный дермографизм, стойкий, расплывчатый; акроцианоз, повышенная потливость, повышенная механическая возбудимость мышц; блеск глаз. Симптомы Хвостека III степени и Бехтерева II. Психика: всегда была робкая, стеснительная, легко волновалась. Особой общительностью никогда не отличалась, страдала излишней мнительностью. В прошлом все же была веселая, живая, но эгоцентричная, капризная. Характер заметно меняется с 1932 г., стала раздражительной, неустойчивой; люди раздражают. Пропали интересы, апатична, вяла. Никуда не тянет, никуда не ходит. Читанное не усваивает, порою не понимает, что ей говорят. Появилась какая-то ранимость, большая обидчивость, подозрительность. Людям не верит, про нее говорят, над ней смеются. Слуховые галлюцинации. В голове что-то творится, «мозги кто-то сжимает, давит», «мозги горят». Бойся читать, мысли не вяжутся. Инфантильна, полового влечения нет. Диагноз: шизофрении (?). Спастический колит (конс. Гейер).

У вегетативно-эндокринно-стигматизированной личности появляются боли в животе, диспептические явления. Эти явления усиливаются и приводят больную к операции. После этого состояние еще больше ухудшается, во всяком случае, первоначальные явления не исчезают. В последующем развивается шизофреноподобный статус, зачатки которого были, очевидно, и в начале ее общего заболевания. Соматические изменения при шизофрении сейчас общеизвестны, и у нашей больной несомненно ее соматические ощущения были частным проявлением общего процесса. Конечно, ни о какой операции не должно было быть и речи, ибо операция лишь ухудшила состояние больной.

Этот случай не единственный, но и он ярко показывает, какую роль играет в общей соматике больных невро-психическая сфера и насколько чревато последствиями невнимательное отношение к психике больных. Надо видеть перед собою личность, надо хотя бы в общих чертах познакомиться с психикой больного, прежде чем решиться на операцию, особенно там, где для этого нет достаточных оснований.

В настоящей работе мы далеки от каких бы то ни было исчерпывающих выводов. Мы хотели лишь подчеркнуть, что при соматических заболеваниях вообще и язвенной болезни в частности невро-психической сфере принадлежит не последняя роль. И интернист и хирург должны помнить, что прежде чем решить вопрос в отношении диагноза и методов лечения, необходимо познакомиться с невро-психической сферой больного, и тогда сами по себе отпадут операции при язвенных и шизофренических процессах. Если при прободных язвах имеются абсолютные показания к операции, и последняя в этих случаях является единственным методом лечения, то при хроническом течении

язвенной болезни, когда она тянется десятками лет, с оперативным вмешательством надо быть сугубо осторожным. В этих случаях, как показал наш материал, от операции существенного улучшения не получается, наоборот, нередко случаи ухудшения состояния больных, особенно в невро-психической сфере. Более правильным в этих случаях является консервативное лечение и трудовой режим.

Из эндокринологического отделения объединенной поликлиники НКПС
(начальник Л. А. Чудновская, научн. руков. проф. Н. М. Николаев).

О ЛИЗАТОТЕРАПИИ ГЕПАТО-ХОЛЕЦИСТОПАТИЙ.

С. И. Лагов.

Заболевания пищеварительного тракта у транспортников наблюдаются главным образом у лиц, связанных со службой движения, и стоят, повидимому, в связи с нерегулярным питанием и сухоядением. Наиболее часто встречается воспаление желчного пузыря в чистом виде или в сочетании с другими заболеваниями.

Мы остановились на этой группе больных потому, что гепато-холецистопатии дают частые рецидивы и чрезвычайно невыгодно отражаются на работоспособности транспортников.

Нами было проведено лечение органопрепаратами (тканевыми гидролизатами) гепато-холецистопатий в случаях, где обычные методы лечения оказывались безуспешными.

Теоретические предпосылки, взятые в основу органотерапии заболеваний печени и желчных путей, следующие:

Клиницистами уже давно применяется печень и различные препараты, полученные из нее, при пернициозных анемиях, экземах, артритизме, кровотечениях и друг. заболеваниях; Видаль применял экстракты печени *per os* и парентерально при атрофическом циррозе печени с хорошими результатами.

Физиологическая активность и специфичность действия многих веществ, полученных из органов, не являющихся внутрисекреторными, установлена рядом экспериментов и в клинике. Некоторые из такого рода веществ выделены в чистом виде, о существовании других известно по фармакологическому действию экстрактов и продуктов гидролиза этих органов.

Активные вещества, находящиеся в различных тканях и органах, действующие часто на фоне неспецифических раздражителей, являются, повидимому, или интерэксекретами — продуктами диссимиляции в представлении Тушнова, или гистогормонами — специфическими веществами, составляющими как бы индивидуальную особенность данного органа с точки зрения его физиологического действия и химического состава. Эти вещества могут быть, как и гормоны, продуктами синтетического происхождения, или как интерэксекреты — продуктами аналитического происхождения.