

расширением пищевода — у 3. У 4 больных отмечено острое, а у 6 постепенное начало заболевания, причем у всех оно возникло вскоре после психотравмы или на фоне отрицательных астенических эмоций.

Патологические нарушения проявлялись эмоциональной лабильностью или депрессией, мнительностью, бессонницей, приступами головокружения (у 2 больных с потерей сознания на короткое время), наличием изолированных участков потоотделения, тахикардией, стойким ярким красным дермографизмом и т. п.

У всех больных диагноз кардиоспазма был подтвержден рентгенологически и в процессе операции, причем 4 из них произведена экстрамукозная эзофагокардиомиотомия с пластикой мышечного дефекта диафрагмальным лоскутом на питающей ножке по способу Б. В. Петровского (1957), а 5 — эзофагогастростомия в сочетании с кардиотомией по способу Грондаля (1916) в модификации нашей клиники с помощью механического шва (В. И. Кукош и А. А. Чернявский). Одна больная повторно оперирована: ввиду рубцовой деформации и непроходимости первого пищеводно-желудочного анастомоза ей был вторично наложен эзофагофундоанастомоз по способу Гейровского (1913) в модификации Е. Л. Березова и Б. А. Королева.

У всех больных наблюдались хорошие непосредственные и отдаленные результаты операции в сроки от 2 месяцев до 2,5 лет. У 2 больных после эзофагогастростомии и у одной после эзофагокардиоластики в первые 4—6 месяцев имелись проявления эзофагеального рефлюкса, которые затем исчезли. Однако вышеописанные вегетоневротические и неврастенические нарушения сохранились у всех больных.

С целью снятия этих невротических наложений и следовых реакций мы и использовали гипносуггестивный метод лечения по описанной ниже методике.

Наша методика гипносуггестии (А. Н. Кабановский, 1964) представляет общепринятую технику словесных внушений в состоянии внушенного сна в 8—12 сеансов по 40—50 мин. каждый. Метод применялся у тех больных, у которых была достаточная внушаемость. Сеансам внушения предшествовала разъяснительная беседа о безвредности и научной обоснованности метода. После сеансов в бодром статусе проводилась рациональная психотерапия, во время которой закреплялась реализация внушений, достигнутых в состоянии гипнотического сна.

Надо отметить, что устранение следовых реакций дисфагии и невротических наложений в первые 2—3 сеанса является хорошим прогностическим признаком. Последующие сеансы обычно закрепляют достигнутый положительный эффект.

При контрольных вызовах больных в сроки от 2 месяцев до 2,5 лет (в сроки до года — 4 больных) у всех отмечен стойкий положительный результат. При наличии отдельных проявлений невротических состояний целесообразно повторно провести два-три сеанса гипносуггестивной психотерапии.

Мы применяли гипносуггестивный метод без сочетания с медикаментозным и физиотерапевтическим лечением, преследуя цель получить впечатление об эффективности гипносуггестивной психотерапии в лечении оперированных больных по поводу кардиоспазма. В то же время мы считаем, что от сочетания гипносуггестии с медикаментозным, физиотерапевтическим, санаторным и другими видами лечения следует ожидать лучших результатов.

УДК 616. 33—002—615. 857. 06

ВЛИЯНИЕ ТИАМИНА И НИКОТИНОВОЙ КИСЛОТЫ НА МОТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ АНАЦИДНЫМ ГАСТРИТОМ

В. И. Чернышенко

Кафедра гастроэнтерологии и диетотерапии ЦИУ (зав.— проф. Ф. К. Меньшиков)
на базе больницы № 50 (главврач — Н. П. Брусова), Москва

За последние годы в литературе появилось несколько работ по изучению моторной функции желудка при помощи аппарата ЭГС-3, предложенного М. А. Собакиным (аппарат смонтирован им совместно с инженерами М. А. Гуревич и С. М. Яковлевым).

Так, в частности, изучались изменения электрогастрограммы (ЭГГ) при пищеварении под влиянием однократного введения витаминов, различных медикаментозных препаратов и др. А. С. Белоусов установил, что под влиянием солянокислого морфина и двууглекислой соды амплитуда электрических колебаний усиливается, а под влиянием сернокислого атропина и соляной кислоты — уменьшается.

А. Г. Саакян, Н. Л. Арутюнова, Е. А. Николаева пришли к выводу, что под влиянием пиридоксина и витамина В₁₂ моторная функция желудка не изменяется, под влиянием аскорбиновой кислоты понижается, а под влиянием тиамина усиливается. С работами вышеприведенных авторов согласуются исследования В. М. Золотаревой в отношении действия тиамина на моторную функцию желудка.

Л. Г. Красильников и Ю. И. Фишзон-Рысс при исследовании 59 здоровых лиц выделили три варианта ЭГГ — нормокинетический тип с преобладанием зубцов 0,2—0,4 мв, гиперкинетический — с преобладанием зубцов выше 0,4 мв и гипокинетический — с преобладанием зубцов менее 0,2 мв. По их данным, во всех случаях наблюдалось три сокращения в минуту.

У 39 здоровых испытуемых (из 59) имелся нормокинетический тип ЭГГ. М. А. Собакин указывает только на один тип нормальной ЭГГ, соответствующей нормокинетическому варианту по Л. Г. Красильникову.

В связи с разноречивостью данных о нормальном типе ЭГГ мы, работая на аппарате ЭГС-3, вынуждены были установить свой стандарт, выведенный на 9 здоровых молодых людях призывного возраста (17—19 лет).

По нашим данным, нормальная ЭГГ у молодых людей имеет среднюю величину зубцов в 0,45 мв и 3 сокращения в минуту.

Как известно, под влиянием никотиновой кислоты усиливаются тормозные процессы в коре больших полушарий. Ряд исследователей (Е. Н. Сердюк, В. И. Зайцева, В. Ф. Мейлунас и др.) в эксперименте и в клинике показал, что под влиянием никотиновой кислоты нормализуется секреторная деятельность желудка: повышенная кислотность желудочного сока снижается, пониженная повышается до нормы, увеличивается количество выделенного сока, в ряде случаев появляется (там, где она отсутствовала) свободная соляная кислота, улучшается переваривающая способность желудочного сока, а также усиливается моторная функция желудка (В. И. Зайцева, В. И. Смотров и др.).

Под влиянием тиамина мало изменяется секреторная деятельность желудка (В. Ф. Мейлунас), но усиливается моторная (А. И. Мордовцев, В. Ф. Мейлунас). Из работ Х. С. Коштойнц, А. М. Магницкого, Е. Н. Сердюк известно, что действие тиамина направлено на улучшение обменных и трофических процессов в нервной ткани, что приводит к улучшению передачи импульса с нервного волокна на клетку, к нормализации деятельности коры больших полушарий и ее вегетативного отдела.

В своих исследованиях мы применили методику, предложенную М. А. Собакиным. Больному в день исследования на трахоскопе намечали положение электрода, для этого давали 2—3 глотка бария и под экраном намечали проекцию антрального отдела желудка на среднюю линию живота. Затем давали 150,0 белого хлеба, стакан сладкого чая и через 30 минут начинали запись, продолжая ее в течение 1—1,5 часов.

Всего под нашим наблюдением было 11 мужчин и 36 женщин в возрасте от 20 до 50 лет, страдающих гастритом с секреторной недостаточностью, с отсутствием свободной соляной кислоты. Болели до 5 лет 29 чел., до 10 лет — 9, до 15 лет — 7, до 20 лет — 2. У 10 больных был анацидный гастрит без осложнений, у 10 — в сочетании с воспалительными заболеваниями желчных путей, у 18 — с хроническим энтероколитом и колитом, у 9 — с энтероколитом и ангиохолециститом.

Фракционное исследование желудочного сока с завтраком по Зимницкому (бульон) было проведено у 22 больных однократно, а у 25 — до и после лечения. Из 25 больных у 4 после первого курса лечения появилась соляная кислота.

До лечения ЭГГ у больных, страдавших анацидным гастритом, характеризовались низким вольтажем зубцов, средняя величина зубцов не превышала 0,2 мв.

Под влиянием диеты (второго стола), после курсового лечения никотиновой кислотой и тиамином у больных наряду с благоприятной динамикой основных клинических симптомов заболевания наблюдались изменения в моторной деятельности желудка, что нашло свое отражение на ЭГГ и при рентгеноскопии. Эвакуаторная функция желудка во всех случаях была не нарушена. После лечения у 40 из 47 больных произошла нормализация амплитуды зубцов ЭГГ-кривой (средняя величина зубцов — 0,45 мв при трех сокращениях в минуту). У 7 больных отмечен гиперкинетический тип кривой со средней величиной зубцов больше 0,45 мв.

После 1—3-кратного введения никотиновой кислоты вместе с тиамином у 17 из 27 обследованных больных средняя величина зубцов была 0,2—0,3 мв и у 10 ЭГГ осталась без изменений.

В последующем нами было выяснено, что параллелизма между ЭГГ и рентгеноскопическими данными не наблюдается. Так, при рентгеноскопии желудка до лечения у 10 больных отмечена глубокая перистальтика, в то время как на ЭГГ был низкий вольтаж зубцов (ниже 0,2 мв).

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнова Н. А., Саакян А. Г., Николаева Е. А. Вopr. пит. 1964, 5. — 2. Белоусов А. С., Левин Б. Л. Клин. мед., 1962, 8. — 3. Венчиков А. И. Биохимические потенциалы желудка. Медгиз, М., 1954. — 4. Зайцева В. И. Тр. Таджикского мед. ин-та, 1947, 2. — 5. Золотова В. М. Клин. мед., 1961, 10. — 6. Коштойнц Х. С. Физиол. журн. СССР, 1950, 1. — 7. Красильников Л. Т. Сов. мед., 1960, 3. — 8. Красильников Л. Т., Фишзон-Рысс Ю. И. Воен.-мед. журн., 1964, 1; Тер. арх., 1963, 8. — 9. Сердюк Е. Н. Вopr. пит., 1935, 2. — 10. Собакин М. А. Вopr. патол. и физиол. пищ., Медгиз, М., 1958.