

Из факультетской терапевтической клиники Госуд. педиатрич. медицинского ин-та (директор клиники проф. В. А. Вальдман).

Сахар в терапии язвенной болезни.

М. А. Черкасский.

Диететика представляет собою до сих пор основной метод лечения язвенной болезни. Диететическое лечение при язвенной болезни не может рассматриваться только как симптоматическое; путем регулирования отдельных пищевых веществ в рационе (белки, жиры, углеводы, витамины и минеральный состав) можно глубоко воздействовать на межуточный обмен, на окислительные процессы в клетках, на весь организм.

Мною проводились длительные наблюдения над диететическим лечением язвенных больных в стационаре и поликлинике.

В диету включались значительные количества сахара. Пользуясь сахаром, можно легко увеличивать калораж пищи; сахар широко доступен. Но сахару как диететическому ингредиенту при язве почему-то уделялось сравнительно мало внимания.

Многие авторы (Штраус, Рот, Фрейнд и Штейнгард, Фиссанже, Мальго, Лепер и др.) рекомендуют сахар, главным образом, в виде глюкозы для введения парентерально и в капельных клизмах, а сахар в пище допускается ими в сравнительно небольших количествах (по 40—50 г в день).

Рехт с успехом применял значительные порции сахара в рационе язвенных больных, правда на амбулаторном материале. Золотова-Костомарова также получила хорошие результаты у гастритиков и язвенных больных (в подострых случаях).

С другой стороны, Певзнер рекомендует ограничение углеводов, считая, что они обладают сенсibiliзирующим действием на организм.

Мои исследования в отношении воздействия сахарных растворов на секрецию и периодическую деятельность желудка обнаружили уменьшение моторики и секреции желудка после дачи сахарного завтрака, по сравнению с водным (Тер. архив, № 3, 1938 г.).

Эти данные как будто оправдывают назначение сахара при явлениях тонического и секреторного возбуждения желудка.

Мною прослежено влияние диететического лечения сахаром на 183 язвенных больных (116 в стационаре и 67 в поликлинике). Все язвенные больные как стационарные, так и поликлинические находились под моим диспансерным наблюдением в продолжение 3 лет.

В моем материале преобладали мужчины (147), рабочие, в возрасте от 18 до 58 лет. Наибольшее число случаев (70%) приходится на возраст 24—39 лет.

У половины всех больных была дуоденальная локализация язвы, у трети—желудочная. Остальные случаи приходятся на оперированных в прошлом язвенных больных (гастроэнтероана-

стомозы и пилоропластика) и на язвенные пилородуодениты. Парапилорические язвы отнесены мною условно в число дуоденальных.

У 77 больных было произведено 404 специальных зондирования (по методу Лепорского) для сравнительного изучения действия различных раздражителей (бульон, 5% раствор алкоголя, 20 и 40% растворы сахара, дистиллированная вода).

У 22 больных сделано 56 гастрографических записей моторной функции желудка (баллонным методом) до и после вливания бульона, концентрированных растворов сахара и дистиллированной воды. Во время последующих наблюдений у больных предпринимались повторно необходимые исследования и рентгено-скопия желудка.

При поступлении язвенных больных мы назначали короткий голодный период в зависимости от случая: при кровоточащих язвах, после кровавой рвоты или при наличии дегтеобразных испражнений голодный период ограничивался 1—2 сутками (лишь в 1 случае он был продлен до 5 дней). В это время применялись капельные клизмы из 5% глюкозы или сахара в количестве 500—700 г в течение суток. Для уменьшения жажды разрешались полоскания рта прохладной водой.

В некоторых случаях применялись и внутривенные вливания гипертонических растворов глюкозы (25—40%—40 г), вводился подкожно сернокислый атропин в количестве 1,—5 мг. pro die, назначался лед на живот. Как правило, всегда проводился строгий постельный режим (—10 дней). Со 2—4-го дня лечения назначались внутрь 10—30% растворы сахара в прохладной воде или чаще на жидком перловом (овсяном) отваре. Разрешались сладкие, введенные водой сливки (с оловыми ложками) и взбитые белки с сахаром. В последующие 1—2 дня в диету вводилась сладкая молочно-сливочная смесь следующего состава: молока 10 г, сливок—40 г, сахара 20 г. Эта смесь в количестве 10 г давалась с интервалами в 1,5—2 часа 3—4 раза в день, а с 4-го дня количество ее доходило до 1 литра в сутки. Больной кроме этого получал еще протертую овсянку с маслом, сладкую манную кашу, безе. Дальше диета быстро расширялась за счет тщательно протертой рисовой каши с сахаром, омлета или сырых яиц с сахаром (желтки отдельно от белков), сладкого молочного киселя, молочного пломбира. С этого же времени вводилась витаминизация пищи (сырой морковный, капустный, апельсиновый соки—чайными ложками). В начале 3-й недели разрешались: нежный бисквит, овощное пюре (главным образом картофельное), разварная вермишель и небольшие количества масла (30—50 г pro die). К концу 3-й недели количества молочно-сливочной смеси уменьшались до 600—700 г, а масло увеличивалось до 60—80 г. Приемы проводились каждые 2,5—3 часа. С 4-й недели давались рыбные и мясные кнели, сухари, паровые рыбные и овощные блюда. К концу 4-й недели разрешался свежий белый хлеб. При назначении диететического режима в период с обострением, проводился строгий индивидуализации в прибавлении блюд. В последующее время, после первого периода лечения, больные значительно расширяли диету; однако исключались пряности, острые приправы, копчености, черный хлеб и т. д. Ограничивалось жареное, а мясо рекомендовалось лишь в умеренном количестве (рубленое, нежирные сорта). Сахар входил в пищевой режим в количестве 150—200 г в день. Из медикаментозной терапии применялся лишь в ряде случаев периодически назначаемый атропин—один или в комбинации с пептаверинном.

Атропинизацию больных мы считаем полезной, так как в опытах с гастрографией даже после назначения минимальных доз (0,25—0,4 мг) атропина наблюдалось длительное торможение моторики желудка. Диететический режим язвенных больных в случаях, когда обнаруживалось лишь скрытое кровотечение, отличался ранним переходом к основной диете (1 литр сладкой молочно-сливочной смеси, кашицы с сахаром, молочного киселя, безе, масло). Уже с 3-го дня при помощи сахара калораж доводился до значительных цифр, примерно 2600—2800 калорий.

Таким образом к основным особенностям проводимой нами диеты должны быть отнесены: 1) ранние назначения сахара в количестве 180—200 г в день; 2) сравнительно быстрый переход к основной диете второго периода с большим калоражем; 3) сравнительно долгое пребывание на диете 2-го периода; 4) составление всего диететического режима за время курса лечения из общедоступных блюд и простота в кулинарной обработке их.

За время трехлетнего проведения этого диететического режима мы имели возможность убедиться в том, что больные хорошо себя чувствуют, приучаются к употреблению в течение длительного времени значительных количеств сахара, что особенно важно во время перерывов в посещении диет-столовых. Многие больные проводят самостоятельно „короткие профилактические курсы лечения“ у себя на дому, причем сахар в их диете занимает почетное место. По полученным данным обследований надому потребление сахара колеблется у больных от 140 до 180 г, нередко и превышает рекомендуемые количества его. Больные отмечают насыщающий и болеутоляющий эффект сахара.

Если трудно дать общую схему диететического лечения язвенных больных, то еще труднее очертить грани индивидуализации в отдельных случаях, особенно при плохой толерантности к отдельным ингредиентам в диете.

Затруднения в этом смысле отмечались в отношении молока у больных с рецидивирующей язвенной болезнью, чаще из числа оперированных (Г-Э). Сравнительная частота вторичных кишечных явлений в виде энтерита, энтеротифлита и колита, заставляла нас идти на прибавление к молоку известковой воды, исключение цельного молока и дробных кормлений и, наконец, на полное исключение молока из диеты. Заменой здесь служили сахар, крупы и отчасти яйца и масло. Сахар в этих случаях хорошо переносился в дробных дозах в комбинации с протертыми кашами. Нередко приходилось и уменьшать калораж до 2100—2300 калорий.

У второй, меньшей группы, с гипотоническими и эктазирванными желудками удалось отметить лучшее действие диеты с ограничением жидкости. Овсяные отвары давались лишь 1 раз в сутки, уменьшались количества молочно-сливочной смеси и молока. Раньше назначалась сухарная каша, увеличилось количество манной каши и риса, вермишели и т. д.

При более резких степенях моторной недостаточности желудка, например при парапилорических язвах с частичным стенозом привратника или при дуоденальных стазах, приходилось урезать приемы пищи и давать ее в меньших количествах, т. к. иным путем не удавалось добиться разгрузки.

Значительные трудности представляло установление диеты при плохой толерантности к сахару. Сюда относятся отдельные случаи особенно среди курильщиков. Постепенное увеличение количества сахара у этих больных не всегда удавалось.

Нужно отметить, что значительный процент больных приходится на случаи обострения язвенной болезни, осложненные кровотечением, спаечными процессами (с давностью от 3 до 6 лет). Остро-кровотокающих больных мы имели 30. Положительные рентгенологические находки (ниши) обнаружены у 89 человек. Желудочная локализация ниш наблюдалась у 33 больных, дуоденальная и привратниковая у 56.

Боли и ряд субъективных расстройств, частые и длительные периоды нетрудоспособности, повторные госпитализации в прошлом, не дававшие удовлетворительного эффекта, приводили значительную часть больных к неизбежному в этих случаях

скептическому отношению к лечению и к нарушению диетических предписаний. Проведение лечения при таких условиях представлялось особенно затруднительным и требовало настойчивости и систематичности.

При этих „плохо идущих язвах“ лечебный эффект особенно показателен, здесь легче составить себе суждение о показаниях, оптимальности дозировки сахара, сроках лечения и т. д.

Приведем пример:

М., болен 11½ года; поступил в клинику через 10 дней после 2-месячного лечения в одной из больниц (молочная диета, каши, овощи). При выписке определялась ниша (0,5 см). Реакция в испражнениях на скрытую кровь была положительна. Из-за болей М не мог присесть к работе, боится кушать, за декаду потерял 2 кг в весе. Астеник, пониженного питания, вес 61,3 кг. Органы грудной клетки в пределах нормы. Язык обложен. Симптом Менделя+. При глубокой пальпации, вправо от белой линии в подложечной области ясно локализованная болевая точка. Привратник сокращен, болезнен. Серийные исследования на скрытую кровь в испражнениях ярко положительные.

Исследование желудочного содержимого:

Пробный завтрак		Натощак	Максим. цифры кислоты	Остаток	Часовое напряжение секции
Бульон	200,0	34/48	82/92	80	120
Дистиллир. вода	200,0	44/54	78/88	70	175
40% раств. сахара	200,0	26/46	48/58	180	95

Рентгеноскопия желудка: утолщение складок слизистой желудка. Ниша размерами 0,4×0,5 см на малой кривизне луковицы 12-п. к.; здесь же локализованная болезненность. Диагноз: обострение язвы 12-п. к., гастрит.

Лечение и течение болезни: в первые 2 дня—2% глюкозы 4,0—внутривенно 1 раз в день. На 3—4-й день: 100 г сахара в 500,0 воды плюс 2 взбитых белка. Боли и изжога значительно меньше, запор. 5—6-й день: 100 г сахара на 50,0 молока, 2 сырых яйца, сладкая манная каша, сладкий молочный кисель. 7-й день: то же и овсянка с 25 г масла. С 8-го дня—„основная диета“ с добавлением морковного сока. Реакция Грегерсена отрицательна с конца 2-й недели. Самостоятельный стул, небольшие ноющие боли ночью, переходящая изжога. С 11-го дня болей нет. С 16-го дня прибавлено к диете карбонильное пюре. С 4-й недели рыбные и мясные кнели, белые сухари. Рентген при выписке (2 раза): ниша не определяется. Напряжение брюшных мышц исчезло в правой половине подложечной области. Реакция Грегерсена отрицательная. Вес 70,6 кг. Больной выписан на 40-й день с прибавкой в весе в 5,7 кг.

Последующие наблюдения через 2 месяца: жалобы на ноющие боли при больших промежутках между приемами пищи. Питается в диет-столовой. Регулярно прибавляет к пище 100 г сахара. Лекарств не принимает. Через 7 месяцев: профилактический курс (10 дней) строгой диеты. Рентген ниши не обнаруживает (контроль в 1936 и 37 гг.). Самочувствие хорошее. Полная работоспособность.

В литературе встречаются указания о том, будто сахар, примененный в больших дозах у язвенных больных и гастритиков, является решающим лечебным фактором даже при обычном питании, „либеральной“ диете (Рехт, Золотова-Костомарова).

Однако мы далеки от такой переоценки значений сахара. По нашим данным результаты лечения при нарушениях в проведении диететического режима неблагоприятны.

Интерес представляет эффективность диеты с прибавлением сахара в группе язвенных больных с желудочными кровотечениями. За исключением двух все эти случаи приведены без переливания крови (и хирургического вмешательства), несмотря на значительные кровопотери.

Из 30 бывших под нашим наблюдением больных этой группы— 21 мужчина и 9 женщин. Кровавая рвота при поступлении была у 10 чел., дегтеобразные испражнения у 6. У остальных 12 была кровавая рвота до поступления в клинику за 7—20 дней. Болевой синдром был выражен лишь у половины больных и то не в очень значительной степени. Преобладали желудочные диспептические явления. Сроки пребывания больных в клинике были различны (в среднем 36 дней). При выписке у 27 человек отсутствовала скрытая кровь в испражнениях, исчезли боли и прочие субъективные расстройства. Рентгенологически наблюдалось гранулирование ниш в 19 случаях. После стационарного лечения все больные, кроме двух, приступили к работе.

Приведем иллюстрацию:

2. Ш., 49 лет, служащий, находился в клинике 42 дня. Вес: 57,9—61,4 кг. Диагноз: обострение язвы желудка с внутренним кровотечением (дегтеобразные испражнения). Исследование желудочного сока (тонкий зонд—бульон—subaciditas. Св. HCl при зондировании получена только после жевания мяса (психогенная фаза). Реакция на скрытую кровь в испражнениях стала отрицательной с 11-го дня лечения.

Рентгеноскопия: в области малой кривизны желудка—ниша размерами 1,5×0,7 см, а через две недели—1,0×0,5 см. При выписке: конвергенция складок с чуть намечающимся выпячиванием на месте прежней язвы. Гемоглобин поднялся с 36 до 62%; число эритроцитов с 3·10000 до 4200000. Резкий пойкилоцитоз и олигохромия сменились умеренным анизоцитозом и резкой полихроматофилией. Ш. выписался без жалоб и приступил к работе. Диетотерапия: сахарный раствор внутрь, а с 3-го дня сладкое молоко. Первые 2 дня вводилась глюкоза в вену и давались сырые яичные белки, а с 4-го дня молочно-сливочная смесь с сахаром. Переход на основную диету начался с 6-го дня. Медикаментозное лечение не проводилось.

В отношении отдельных результатов у этой группы больных, мы имеем данные о рецидивах у 3 больных—у одного через 4 мес. и у двоих через 8 мес. Последние 2 больных были оперированы. Одному проделана резекция желудка, другому наложено желудочно-кишечное соустье. Через 2 года зарегистрировано еще 5 случаев с рецидивами, из которых 1 больной был повторно нами госпитализирован, а остальные 4 с успехом проведены амбулаторно.

Таким образом отдаленный положительный эффект лечения на протяжении 2 лет—из 30 больных отмечался лишь у 20 чел.

В отношении группы язвенных больных с кровотечениями, нужно подчеркнуть сравнительно большую продолжительность курса лечения, равного здесь в среднем 36 дням (для всего материала он равен 31 дню). Средняя прибавка в весе больных через месяц составляла 2,3 кг. Ни один наш больной не потерял в весе к концу язвенного лечения. В отношении данных исследований крови отмечался значительный подъем гемоглобина и эритроцитов; впрочем, числу эритроцитов нами придавалось

меньше значения, т. к. язвенной болезни, как известно, свойственна некоторая полиглобулия.

Группа больных с антральным гастритом и пилородуоденитом составляет у нас 16 человек (мужчин—11, женщин—5. Возраст от 23 до 48 лет). Средняя давность болезни—4 года. Жалобы больных на „тянущие“, сосущие боли, наступающие часто натощак. Периодичность плохо выражена. Запоры. Данные желудочного зондирования: повышенные цифры кислотности наблюдались лишь у трети больных. Рентгеноскопически характерны—недолго длящиеся спазмы привратника, разлитая чувствительность выходного отдела желудка и луковицы 12-п. к., извилистость, петлистость рельефа слизистой в антральной части. Нередко наблюдались расстройства двигательной функции 12-п. к.—спастическое ее состояние, сопровождающееся некоторой задержкой в прохождении контрастной массы, или, наоборот, быстрая ее опорожняемость.

Больные проводились на более либеральной диете с включением сахара. С 3—4-го дня лечения калораж диеты здесь достигает значительных цифр (1200—2000 калорий).

Под влиянием такой диеты боли у наших пациентов быстро проходили (через 3—5 дней), уменьшались изжога, отрыжка и прочие расстройства.

Средняя продолжительность лечения не превышала 2,5—3 недели.

Однако в двух случаях улучшение наступило медленнее, чем обычно.

Что касается оценки отдельных результатов лечения язвенных больных, то нужно отметить, что параллельно с удлинением последующих сроков процент „выздоровевших“ значительно уменьшается. Уже через 10 месяцев ниши рентгеноскопически не определяются лишь у 39% леченных в стационаре больных, а через 2,5 года всего у 23%. Поликлинический материал дает еще меньшие цифры процента стойкого выздоровления.

Интересно, что данные рентгеноскопии далеко не всегда совпадали с субъективными ощущениями больных. Целый ряд больных с нишевым признаком не испытывал болей и, наоборот, встречались случаи, когда (при рецидивах диспептических явлений и болей) рентгеноскопия не давала прямых указаний на обострение язвенной болезни.

Отсутствие болей и прочих жалоб в течение года после лечения мы имели у 33% больных, в течение 2 лет—у 28% и в течение 2 лет и 8 мес.—у 21% больных.

В 90% случаев рецидива ниши определяются рентгеном на прежнем месте. Локализация язв при рецидивах у трети больных—желудочная, у остальных пилородуоденальная.

Суммируем наши наблюдения в следующих выводах:

1. Непосредственные и отдаленные (до 3 лет) клинические наблюдения при проведении диетотерапии у 183 язвенных больных позволяют рекомендовать включение 150—200 г сахара в диету. Сахар хорошо переносится больными уже с первых дней

лечения (после кровотечения) как в водных растворах, так и в блюдах. Сахар дает насыщающий эффект, легко восполняет дефицит в калораже, что особенно важно при пониженном питании больных. Предпочтительнее применение сахара в виде чайных, дробных доз в течение дня, т. к. здесь наступает свойственное сахару ограничение секреции желудочных желез и связывание свободной HCl в желудке.

2. Концентрированные растворы сахара, как это нами установлено путем гастрографических записей, оказывают тормозящий эффект на моторную функцию желудка. Сахар поэтому особенно показан при явлениях раздражения мышечного аппарата желудка. Он действует и болеутоляюще, обуславливая некоторый покой желудка.

3. Сахар может быть применен в виде глюкозы внутривенно или в капельных клизмах сразу же после кровотечения. Сахар в дробных порциях показан и при состояниях, когда плохо переносится молоко. Сахар показан при комбинациях язвенной болезни с заболеваниями печени, сердечно-сосудистой системы, легких и пр. Плохая толерантность к сахару (особенно среди курильщиков, картофелееды и потребляющих много мяса) не служит абсолютным противопоказанием к его применению. Путем осторожных назначений его в возрастающих количествах можно довести у большинства больных суточную дозу сахара до 80—100 г. Не следует, конечно, переоценивать значение сахара, как какого-то специфически действующего на течение язвенной болезни фактора. Один сахар без соответствующей щадящей диеты не может купировать обострения язвенной болезни.

4. Сахар в водных растворах, слизистых отварах или в блюдах рекомендуется назначать в концентрации, не превышающей 20—30%, т. к. 40% и более насыщенные растворы могут усиливать воспалительные явления слизистой желудка. Однако в случаях подострых язв с плохими репаративными способностями и с задержкой в гранулировании можно воспользоваться этой особенностью сахара, т. к. известно, что после обострения легко происходят процессы заживления.

Литература. 1. Золотова-Костомарова, Тер. арх., т. X, стр. 255, 1932.—2. Неймарк, Тер. арх., т. XII, стр. 50, 1934.—3. Певзнер, Тер. арх., № 4, стр. 349, 1932.—4. Он же и сотр. Основы лечебного питания, Биомедгиз, 1937.—5. Черкасский. Тер. арх., № 3, 1938.—6. Fiessinger N, Journ. des pract., № 50/51, 1928.—7. Loéper, Progr. Méd., № 49, 1928.—8. Molhaut, Le Scalpel, № 85, 1932.—9. Recht, Med. Review of Reviews, 37, 1, 1931.—10. Roth u. Strauss, Zeitschr. f. kl. Med., Bd 37, s. 144.—11. Strauss, ibid.—H. 29, 1896.

Поступила в ред. 10.VI. 1938 г.