

6. Кумыс и кислая диета (белковая) могут вызывать сдвиг AR крови в ацидоз, который, в свою очередь, сопровождаясь процессами асимилаторной анаболии (отложение жира, повышение защитных сил организма), может вести к положительным результатам лечения туберкулеза легких.

Литература: 1) В. И. Скворцов. Ацидоз и алкалоз в медицине. Москва. 1928.—2) А. Н. Володин и С. М. Беляев. Клинич. медиц. № 17, 1929.—3) С. С. Зимницкий. Врачебн. дело №№ 17, 18, 1926. 4) С. Я. Капланский и Н. Ф. Толкачевская. Терап. арх., том VII, вып. 3, 1929.—5) И. М. Липец. Терапев. арх., том VII, вып. 1, 1929. 6) Р. М. Бирштейн и А. Я. Цигельник. Вopr. тубер., т. VI, № 12, 1928.—7) F. Sauerbruch и Hermannsdorfer. Mün. mediz. W. № 1, 1928.—8) L. Pincussen. Микрометодика. Берлин.—9) Müller и Anthes. D. Arch. f. kl. Med. Bd. 158, 1927.—10) P. Müller. D. Arch. f. kl. Med. Bd. 158, 1927.—11) F. Sauerbruch, A. Hermannsdorfer и M. Gerson. Mün. med. W. №№ 2 и 3, 1927.—12) H. Straub. Kl. Woch. № 1—6, 1929. 13) Kroetz, прения по докладу Hermannsdorfer'a. Med. Kl. № 29, 1929.

Из Ардатовской районной больницы Мордовской области.

К вопросу о патологии желудочной секреции крестьянского населения.

Врача В. Е. Родинова.

Как известно, большинство желудочных страданий в основе своей имеют патологию секреторной и двигательной функции желудка, в зависимости или без таковой от органических изменений анатомо-физиологического строения его. При наличии комплекса анамнестических и объективных данных состояние секреции при каждом данном случае кладется в основу для диагностики желудочных заболеваний, почему исходным материалом в нашей статье служат данные лаборатории в связи с клиникой. Мы взяли результат химических исследований желудочного сока, произведенных в Ардатовской лаборатории за 10 лет с 1919 по 1928 г. включительно в количестве 2277 случаев. Данный материал мы полагаем достаточным для того, чтобы выявить некоторые моменты патологии функции желудочных желез в зависимости от условий питания и быта крестьянского населения, тем более что в отношении питания в этот промежуток времени население находилось в самых различных условиях.

Методика определения секреторной деятельности желудка во всех случаях была обыкновенной, т. е. применялся пробный завтрак по Boas-Ewald'у и полученный через 45-50 минут толстым зондом сок титровался по способу Törfer'a. В незначительном числе случаев в качестве раздражителя применялся свекольный сок, рыбная уха и алкоголь. Исследования сока до завтрака, хотя и производились, но в таблицах не приводятся.

Лабораторный материал является большей частью амбулаторным и в меньшей—стационарным.

Из таблицы № 1 результатов химического исследования желудочного сока за 10 лет мы видим преимущественное преобладание случаев с пониженной кислотностью как в отношении соляной кислоты, так и

ТАБЛИЦА № 1
Распределения желудочной секреции у 2277 больных за 10 лет.

Год обра- щения в б-цу	Количество исследо- ваний за год	Subaciditas		Hyperaci- ditas		Anaciditas		Norma		Средняя кислот- ность		
		Число случ. за год	%	Число случ. за год	%	Число случ. за год	%	Число случ. за год	%	Общ. к-ть	Своб. HCl	Связ. HCl
1919	213	113	53	14	6	44	21	42	20	42	15	23
1920	83	39	47	16	19	12	15	16	19	51	21	26
1921	76	29	38	18	24	19	25	10	13	45	22	19
1922	95	33	35	22	23	12	13	28	29	50	24	23
1923	143	45	31	40	28	23	16	35	25	52	27	24
1924	251	102	41	57	23	43	17	49	19	36	16	15
1925	265	122	47	19	7	79	30	45	16	34	13	15
1926	315	146	46	38	12	89	28	42	14	36	20	16
1927	413	210	51	26	6	137	34	40	9	30	14	13
1928	423	215	51	49	11	84	21	75	17	35	19	15
За 10 лет	2277	1054	46	299	13	542	24	382	17	41	19	20

общей, доходящее до 53% (1919 г.), а за 10-летний период колеблющееся в пределах от 31 до 53% на общее количество исследований. Средний % subaciditas за 10 лет на 2277 случаев мы имеем равным 46. На втором месте по количеству случаев стоит anaciditas: от 21% до 34% в различные годы, в среднем составляет 24%, из которых 20% не имеют свободной HCl, а 4% полной ахилии. На третьем месте стоит погма- aciditas—от 9 до 20% в различные годы, а за 10 лет—17%. И наконец, на последнем месте мы имеем hyperaciditas, давшую наибольший % в 1923 г. 28%, наименьший—в 1927 г.—6%, а на общее количество за 10 лет, составивший только 17%. В общем надо считать, что угнетенная функция желудочных желез (subaciditas 46%) и временно или постоянно утраченная (anaciditas 24%) составляет в сумме 70% на все случаи исследований за 10 лет. Означенный факт обильного преобладания формы желудочных страданий с пониженной и отсутствующей секрецией среди крестьянского населения даже в годы питания суррогатом (19—20 и 22 год) идут в разрез с материалом д-ра Сперанского М. Н. из пропедевтической клиники внутрен. бол. Нижегород. ун-та, („Общественно-желудочный невроз“, Врачебн. газета № 3 за 1924 год), где, наоборот, указывается на увеличение количества больных с повышенной кислотностью за период 1920—1923 г. По нашим материалам как в эти годы, так и за все десять лет резко превалирует subaciditas и только 13% составляет hyperaciditas.

За 10 лет из приводимых 2277 случаев—194 человека были оперированы по поводу язвы желудка. ¹⁾ В таблице № 2 мы видим распределение кислотности желудочного сока у язвенных больных.

¹⁾ Всего оперировано по поводу язвы гораздо больше, но у этих 194 человек исследован перед операцией желудочный сок.

ТАБЛИЦА № 2

Кислотность сока при язвах желудка у 194 больных за 10 лет.

Год обращения в б-цу	Количество больных язвой желудка	Язвы, протекавшие с повышен. кислотностью		Язвы, протекавшие с понижен. кислотностью		Язвы, протекавшие с нормальной кислотностью	
		Число за год	‰	Число за год	‰	Число за год	‰
1919	25	6	24	11	44	8	32
1920	18	7	39	5	28	6	33
1921	12	6	50	4	33	2	17
1922	16	8	50	3	19	5	31
1923	12	7	58	2	17	3	25
1924	29	11	38	13	45	5	17
1925	15	3	20	8	54	4	26
1926	35	8	22	18	52	9	26
1927	16	2	12	9	56	5	32
1928	16	6	38	8	50	2	12
За 10 лет . .	194	64	35	81	40	49	25

Здесь мы встречаемся снова с тем фактом, что большинство язв (40%) протекают с пониженной кислотностью, с повышенной—35% и с нормальной 25%. Количество язвенных больных, несомненно, за годы голодовки и после было колоссально и о нем судить по числу оперированных больных нельзя, т. к. из среды крестьянского населения только немногие оперируются, но факт тот, что язвы по нашему материалу в большинстве протекают с пониженной, а не с повышенной кислотностью. Последнее положение возможно объяснимо отсутствием защитной реакции со стороны слизистой желудка на язву, если рассматривать, hyperaciditas при язве именно как защитное приспособление от оптимального пепсинного переваривания с точки зрения Г. Г. Яуре („Кислотность желудочного сока и язва“, Вестник хирургии и погр. област. за 1930 г. кн. 56-57). В общем, из сопоставления разработанного материала видно, что для нашей местности ярко преобладают желудочные страдания с секрецией в сторону минуса. Это массовое явление расстройства желудочной секреции имеет, несомненно, большой как теоретический, так и практический интерес.

Прежде всего субацидные гастриты или неврозы, несомненно, вызывают определенные страдания у больного, которые ведут его в больницу. Хотя некоторые авторы и отрицают это, утверждая, что пониженная кислотность не вызывает никаких жалоб и в сущности не должна рассматриваться как болезнь, пока дело не доходит до полной achilia gastrica (Врач. газ. за 1926 г., № 2, стр. 134—Bogendorfer). Но данное положение, видимо, не соответствует действительности.

Чем же объяснить это преобладание больных с пониженной секрецией среди наших больных? Здесь, на наш взгляд, имеет значение состав пищи крестьянского населения.

В нашей местности крестьяне питаются преимущественно углеводной пищей. 60—75% суточного пищевого пайка состоит из углеводов; 30—25% белка и 10—15% жира, причем и белок преимущественно растительный, т. к. в основе пищи лежит ржаной хлеб, содержащий 49,6% крахмала (Хлопин). В годы голодовки 20—21—22 пищевой паек состоял больше чем наполовину из почти не поддающихся перевариванию компонентов—желуди, древесина, лебеда, кора деревьев и др. суррогатов, которые травмировали слизистую желудка, вызывая язвенные заболевания и атрофии ее. Углеводный рацион, как известно из физиологии, сам по себе не является сокогонным, и желудок не несет пищеварительной функции по отношению к углеводам: его деятельность в данном случае сводится к простой эвакуации крахмала и углеводов в кишечник, где они подвергаются уже расщеплению. По выражению проф. Лондона—для углеводов желудок является простым резервуаром.

Углеводное пищеварение в желудке совершается лишь только в незначительном объеме от действия проглоченного с пищей пивалина слюны, которое быстро слабеет от действия на него HCl. Из приведенных чисто физиологических данных явствует, что углеводная пища не дает полной нагрузки железам желудка. Таким образом одностороннее, преимущественно углеводное питание устанавливает желудочную секрецию на низких цифрах кислотности, и эту монотонность низких цифр желудка и поддерживает, т. к. получает однообразный слабый углеводный раздражитель, а в случаях более сильного раздражителя, как-то животный белок, мясные экстрактивные вещества, он плохо справляется с ним, и налицо диспептические явления. В зависимости от питания, видимо, устанавливается и определенный тип секреции, так что и средние (книжные) цифры нормальной кислотности при различных условиях питания будут различны.

Для крестьянского населения, питающегося преимущественно углеводно-крахмальной пищей нормальные цифры кислотности будут ниже обычно принятых. В отношении колебаний норм средней кислотности у совершенно здоровых людей примером может служить работа Spiethoft'a из Иены („Врач. газ. 1928 г. № 2, Ст. Шаверина), который произвел исследования желудочного сока у 400 человек здоровых в отношении желудка и кишечника лиц. На этом материале оказалось, что субацидоз имел место в 55% всех случаев (за среднюю норму брались обычные цифры 60—40). Субацидоз возможно и не дает субъективных и объективных симптомов как болезнь до тех пор, пока секреция желудка приспособлена к данной пище и последняя не предъявляет повышенных требований к пищеварению, но как только пищевой режим меняется, в особенности в случаях резкого изменения состава пищи, что несколько раз в год встречается у крестьянского населения в связи с религиозными и бытовыми условиями, то он, несомненно, проявляется как болезнь.

Выводы: 1) Из патологии секреции желудочных желез среди крестьян чаще встречаются формы с пониженной (46%) и отсутствующей (24%) кислотностью, вместе составляющие 70% всех заболеваний на 2277 случаев. Повышенная кислотность встретила лишь в 13%.

2) Язвы желудка (установленные оперативно) протекают в 40% сл. с пониженной кислотностью и в 35% с повышенной.

3) Пониженная секреция желудочных желез зависит у крестьян от преимущественно углеводной пищи, не вызывающей усиленной секреции.

4) Средние нормы кислотности у крестьян в зависимости от пищи ниже обычно принимаемых за норму (общ. к.—60; своб.—40; связ. 20—26).

5) Субацидоз может не давать субъективных явлений при обычной привычной пище, но в случаях резких перемен ее он проявляется, как болезнь.

Из Инфекционной клиники Казанского гос. ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина. (Завед. прив.-доц. А. Ф. Агафонов).

Применение антивируса при скарлатине.

Д-ра Е. И. Адо-Агафоновой.

За последнее время скарлатине уделяется чрезвычайно много внимания. Хотя вопрос об этиологии не решен окончательно и до настоящего времени, все же нужно признать неоспоримым тот факт, что гемолитический стрептококк играет исключительную роль в патогенезе скарлатины. Пусть не решен еще вопрос об этиологии скарлатины, но меры борьбы со скарлатиной, направленные главным образом против гемолитического стрептококка (антитоксическая сыворотка), практически себя оправдали. Антискарлатинозная сыворотка дала прекрасные результаты при лечении токсических форм скарлатины, но неудачи при ее применении в тяжелых септических случаях, отсутствие полной гарантии в предупреждении появления скарлатинозных осложнений и ее бессилие при лечении уже наступивших осложнений, заставляет все же считать проблему лечения скарлатины нерешенной и искать еще и других путей для лечения скарлатины и профилактики ее осложнений.

Носоглотка, как известно, является главными входными воротами для скарлатинозного вируса, здесь же разыгрываются тяжелые местные поражения при скарлатине (некротическая ангина). В силу этого естественно возникла мысль попытаться создать местный иммунитет тканей в целях как профилактики самого заболевания, так и профилактики и лечения скарлатинозных осложнений методом применения антивируса по Безредка. Появился ряд работ с указанием на благоприятный эффект от применения местной иммунизации зева и носоглотки стрептококковым антивирусом. Белоновский и Миллер, в целях профилактики скарлатины, предложили свой способ активной иммунизации, а именно, распыление в зеве стрептококкового вирус-токсина, в котором, по утверждению Белоновского, имеются и вещества типа антивируса. На X Съезде бактериологов и эпидемиологов Бардах сообщил о хороших результатах, полученных им при применении стрептококкового антивируса для профилактики осложнений при скарлатине. Морозкин и Гуревич отмечают уменьшение гнойных осложнений и снижение % смертности от септических форм скарлатины при применении антивируса и вакцинации. Ратнер и Натансон подчеркивают профилактическое действие анти-