

Асп. Е. М. ЗВЕРЕВ

Лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки эритемными дозами ультрафиолетовых лучей

Из 1-й терапевтической клиники (директор заслуж. деятель науки проф. Р. А. Лурия) Центрального института усовершенствования врачей

Клинический опыт показывает, что существующие методы лечения язвы желудка и 12-перстной кишки, рассчитанные на местное воздействие и имеющие в виду лишь больной орган, не всегда разрешают проблему лечения этого страдания.

Идеи современной клиники, ее представления о целостности организма и роли нервного компонента в патогенезе болезней, переключившие наши понятия и представления от органной патологии к более широким понятиям антропологии, намечают новые пути в терапии и в частности в терапии язвенной болезни. В настоящее время, как известно, в развитии и течении язвы желудка и 12-перстной кишки придают большое значение роли нервной системы, считая, что данное заболевание, как и всякое другое, не является только местным процессом, а является локальным проявлением заболевания всего организма.

Согласно учению проф. Сперанского, участие нервной системы обязательно при всяком патологическом процессе. В частности, проф. Сперанский считает, что язвенное страдание в желудке или 12-перстной кишке является следствием дистрофических процессов в организме, возникающих в результате всевозможных раздражений нервной системы.

В связи с указанными теоретическими соображениями возникла мысль найти и применить такой метод влияния на больной орган, при котором непосредственным объектом воздействия на него являлась бы преимущественно нервная система.

Существующие теоретические предпосылки и ряд работ нашей клиники побудили нас, по предложению проф. Р. А. Лурия, воспользоваться в качестве метода воздействия на язвенный процесс эритемными дозами у.-ф. лучей, примененными на отдаленных от болезненной области участках—на голени.

Методика заключалась в следующем: больным давалась на область голени эритемная доза облучения кварцевой лампой, приблизительно одной и той же интенсивности и площади; интенсивность эритемы определялась одной биодозой, площадь 12×5 см. Индивидуальное отношение к ультрафиолетовым лучам выявлялось перед курсом лечения у каждого больного. Процедуры назначались ежедневно, в количестве 10—15 сеансов.

Физиотерапевтическая часть нашей темы, на основании полученного нами материала, разрабатывается д-ром Любимовым и будет представлена отдельной работой.

Обследование наших больных сводилось к следующему: после подробного ознакомления с их жалобами и субъективными ощущениями, анамнезом и объективными данными при поступлении, производился ряд клинико-лабораторных исследований—анализ мочи, общий анализ крови, исследовалось желудочное содержимое методом тонкого зонда, определялась экскреторная функция желудка методом хромоскопии, определялась скрытая кровь в кале, производилась рентгеноскопия и рентгенография желудка и 12-перстной кишки. Все исследования от времени до времени повторялись, что позволяло судить о динамике болезненного процесса в связи с примененной терапией.

В течение проводимого курса лечения назначалась первые 3—4 дня умеренно-щадящая диета, а затем мезодиета; всякая другая терапия отменялась.

В настоящее время мы располагаем материалом в 30 случаев язвенной болезни, леченной эритемными дозами у.-ф лучей, приложенных к отдаленным от желудка участкам. Выводы наши базируются на клинических данных и непосредственном результате, полученном в связи с проведенным лечением. Материал по выявлению отдаленных результатов у нас ограничен, и поэтому мы в настоящее время еще не имеем возможности делать какие-либо выводы.

Мы имели среди наших больных 12 рабочих и лиц физического труда, 17 служащих и лиц умственного труда и 1 домашнюю хозяйку; мужчин—27, женщин—3. Характеристика нашего материала по возрасту, длительности заболевания и диагнозам приводится в таблице 1.

Таблица 1.

Диагнозы	Кол. случаев	Возраст					Длительность забол.				
		до 30 л.	30—40 л.	40—50 л.	выше 50 л.		до 1 г.	1—3	3—5	5—10 л.	Выше 10 л.
Язвы малой кривизны желудка . .	8	—	5	1	2		1	3	2	—	2
Язвы 12-перстн. кишки	8	2	5	—	1		2	1	—	4	1
Периододениты	8	1	4	2	1		—	1	2	3	2
Гастриты	3	1	1	1	—		—	1	—	2	—
Пилоро-дуодениты	2	—	1	—	—		—	2	—	—	—
Рак желудка	1	—	—	1	—		1	—	—	—	—
Итого	30	5	16	5	4		4	8	4	9	5

Отправным симптомом, на котором мы базируем наши выводы, является боль, ибо это наиболее существенная жалоба язвенных больных, которая главным образом, заставляет их обращаться к врачу. Изучение нашего материала показывает, что в большем числе случаев, непосредственно после первых же сеансов кварцевого облучения, боли несколько уменьшались в своей интенсивности. В дальнейшем, с увеличением количества эритемных доз, обычно после 3—5 сеансов, первоначальное уменьшение болей сменялось резким усилением их, которое держалось 1—2 дня; затем боли вновь уменьшались и в дальнейшем, постепенно уменьшаясь, совершенно прекращались. Наблюдаемое нами обострение болей у наших больных под влиянием эритемных доз кварца аналогично обострению, кото-

рое наблюдали Дайховский и Тарнопольская у язвенных больных после новокаиновой блокады поясничного отдела симпатической системы. В меньшем числе случаев такого обострения не наблюдалось, и первоначальные боли, становясь все слабее и слабее, прекращались и переставали беспокоить больного. На нашем материале боли прекратились у 23 и уменьшились у 7 больных. Только в одном из наших случаев мы имели возможность наблюдать своеобразную реакцию, которая выражалась в возникновении после каждой процедуры резких болей в подложечной области, вздутия живота, ощущения распираания и т. п.; для прекращения беспокоивших больного ощущений мы были вынуждены прибегать к лекарственной терапии (атропин, папаверин и пр.).

Если ведущий симптом—боли—исчезал сравнительно быстро, то объективный симптом—болезненность—являлся более стойким. У 16 больных из 30, т. е. в 53,3% случаев, при выписке можно было еще отметить чувствительность в подложечной области.

Диспептические расстройства, как правило, начинали уменьшаться с первых же сеансов, уменьшались постепенно и сравнительно редко усиливались в периоде обострения болей.

Исследование желудочного содержимого у наших больных до лечения и после лечения показали, что под влиянием курса лечения эритемными дозами кварца, секреция и кислотность, как правило, имеют тенденцию к повышению; повышение наблюдалось у 17 из 25 больных; выделение желудком нейтральнота довольно резко ускоряется, переходя в некоторых случаях от замедления к ускоренному выделению. Такие результаты отмечены у большинства, именно у 14 больных из 25, в ряде же других случаев наблюдалось понижение всех или некоторых из этих показателей. Тщательное изучение всего материала привело нас к убеждению, что полученные результаты, кажущиеся на первый взгляд противоречивыми, на самом деле выявляют определенную закономерность, будучи не столько следствием раздражения, сколько результатом ответной реакции органа и всего организма. Реакция организма, надо полагать, зависит от исходного функционального состояния: в одних случаях она идет в сторону повышения, в других же, достигнув определенного порога возбудимости, идет в сторону понижения. Нельзя согласиться с данными Куденко и Федорова („Курортология и физиотерапия“, № 3, 1934, и в других журналах), которые отмечают, что при применении эритемных доз у.-ф. лучей на различные области функциональные изменения со стороны желудочно-кишечного тракта идут только по линии понижения.

Влияние эритемных доз на функции кишечника сказывается в его действии на моторику кишечника. Стул, который у язвенных больных является чаще задержанным, после нескольких сеансов становится более частым и регулярным.

Нужно отметить, что во время проводимого курса лечения мы никогда не наблюдали появления скрытого кишечного кровотечения.

Рентгеновское исследование желудка и 12-перстной кишки проводилось у наших больных до и после лечения. Мы констатировали в 5 случаях из 10 полное исчезновение симптома ниши, в течение 12—16 дней от начала курса лечения, в 2 случаях—уменьшение ниши, и в 3 случаях кварцевое облучение не оказало действия на заживление процесса, и ниша оставалась без изменения. В громадном боль-

шинстве случаев рентгеноскопически можно было обнаружить уменьшение спазма пилорического отдела желудка.

Наши данные показали, что улучшение и даже устранение болевого синдрома, а также диспептических явлений не всегда соответствовали морфологическим изменениям в органе. Мы имели много случаев, когда нельзя было отметить какого-либо сдвига в смысле заживления язвенного процесса, между тем как субъективные ощущения и даже объективные данные физикального исследования обнаруживали резкое улучшение; и наоборот: в ряде случаев заживления ниши можно было отметить боли и болезненность при пальпации. В этих случаях, повидимому, дело заключалось в сопутствующих функциональных и воспалительных изменениях, которыми и обуславливались эти симптомы.

Применение эритемных доз у-ф. лучей обнаружило еще одну особенность, которую необходимо отметить. Создалось впечатление, что освещение кварцевой лампой стимулирует действие некоторых лекарственных веществ, в частности, атропина, эффект от применения которого становился более выраженным.

Результаты применения лечения кварцевой лампой суммарно представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Диагнозы	Кол. случ.	И с х о д ы		
		клин. выздор.	клин. улучшен.	без изменен.
Язвы малой кривизны жел-ка	8	3	5	—
Язвы 12-перстной кишки	8	4	4	—
Периодуодениты	8	4	4	—
Гастриты	3	—	3	—
Пилоро-дуодениты	2	2	—	—
Рак желудка	1	—	—	1
Итого	30	13	16	1

В графу „клиническое выздоровление“ входят те случаи, у которых было обнаружено заживление ниши, отсутствие каких-либо объективных симптомов и отсутствие субъективных болей при хорошем общем самочувствии.

В графу „клиническое улучшение“ (или практическое выздоровление) отнесены случаи, у которых отмечено улучшение общего самочувствия, резкое уменьшение болезненности, уменьшение субъективных ощущений или уменьшение ниши.

В графу „без улучшения“ отнесен только один случай, в котором оказался рак желудка.

Случаев ухудшения нами не было отмечено.

Наиболее благоприятное действие получено у больных среднего и молодого возраста, продолжительность страдания которых не была велика.

Для иллюстрации приводим выдержку из истории болезни:

Больной Ф., 33 лет, чернорабочий, поступил в клинику 13/X 19 5 г. с жалобами на резкие боли в подложечной области, появляющиеся спустя час после приема пищи, изжогу, отрыжку, тошноту, рвоту, запоры по несколько дней, общую слабость

и плохой сон. Болен около года. Появление болей в подложечной области, изжогу и отрыжку больной стал замечать с осени 1931 г., а несколько позднее — тошноту и рвоту. Временами, особенно при диетическом питании, чувствовал себя хорошо. Однако, постепенно болезненные явления нарастали и в конце-концов вынудили лечь в клинику.

При поступлении: Астеник, умеренного питания, язык немного обложен. Живот умеренно вздут, болезнен при пальпации в области epigastrii, особенно в точке, соответствующей малой кривизне. Исследование желудочного содержимого: натощак добыто 6 см³; максимальные цифры кислотности после завтрака по Катчу и Кальку: своб. HCl—40, общ. к.—44; нейтральрот выделился на 10-й минуте; при микроскопии отмечено много слизи. При рентгеноскопии и рентгенографии отмечалась на малой кривизне, в среднем отделе тела желудка, небольшая ниша.

В период с 13/X по 29/X 1935 г. больной провел обычный диетно-медикаментозный курс лечения, принятый в клинике, но без какого-либо результата. 29/X были назначены облучения голени эритемными дозами у-ф. лучей. Непосредственно после первых же сеансов, несмотря на большую диетическую нагрузку, боли уменьшились, а затем, после незначительного однодневного обострения, исчезли и больше не беспокоили больного. Одновременно с успокоением болей прекратились диспептические явления, стул стал нормальным, клинко-лабораторные данные показали довольно резкие сдвиги, в частности, желудочного содержимого, натощак добыто 100 см³, цифры кислотности незначительно повысились, т. е. своб. HCl—44, общ. к.—48; нейтральрот выделился нормально, на 10-й минуте. Рентген показал исчезновение ниши.

Больной был выписан в прекрасном состоянии.

Дать в настоящее время исчерпывающее объяснение механизма действия эритемных доз кварцевых облучений не представляется возможным. В литературе существуют две основные точки зрения по вопросу о механизме действия ультрафиолетовых лучей на организм и его функции: 1) одни считают, что ультрафиолетовые лучи воздействуют на окончания периферической нервной системы, ведут к перегруппировке внутринервных отношений и тем самым влияют на функции организма и органов и 2) другие выдвигают теорию, что в местах воздействия лучистой энергией внутрикожно образуется ряд химических веществ: гистаминоподобных (Льюис, Диль и др.), продуктов распада (Фреинд и Готтлиб), некрогормонов (Дессауер, Каспари и др.), которые, поступая в кровь, могут производить в организме свойственное им действие. Наиболее распространен взгляд на образование гистаминоподобных веществ.

Ряд полученных нами данных можно объяснить как с точки зрения действия химических веществ, тождественных по своим фармакодинамическим свойствам действию гистамина, так и с точки зрения роли нервного компонента. Однако трудно объяснить одной из этих теорий все полученные нами показатели. Мы полагаем, что происходит комбинированное воздействие на болезненный процесс при эритемных дозах кварцевых облучений голени—нервно-гуморального характера. Теория действия ультрафиолетовых лучей путем образования в коже гистаминоподобных веществ не противоречит теории действия через нервную систему, так как сами гистаминоподобные вещества являются мощным раздражителем нервной системы, и последняя, при действии на организм и его функции, играет основную роль (Залькиндсон и Крумберг).

Таким образом, полученные нами данные выявляют роль и подчеркивают значение нервного компонента в лечении язвенного процесса.

Настоящая работа не была предпринята с целью дать „новый“ метод лечения язвенного страдания, а имелось в виду клинически выявить значение нервного компонента при язвенном страдании или

при остаточных достаточно ярко выраженных явлениях последнего. Однако, накопившиеся наблюдения дают возможность рекомендовать метод эритемных доз кварцевого облучения голени и в качестве лечебного метода, особенно в тех случаях, где местное лечение в силу тех или иных условий, например, склонности к кровотечениям, является противопоказанным.

Выводы

1. Клинические наблюдения над 30 случаями язвенной болезни, леченной эритемными дозами кварцевых облучений голени показывают, что этот метод благоприятно влияет на течение язвенного процесса.

2. Интенсивность воздействия на нервный компонент, а тем самым и на болезненный процесс, зависит от возраста больного и давности процесса: у более молодых субъектов и при меньшей продолжительности процесса результаты получались более благоприятные.

3. При применении эритемных доз кварцевых облучений в большинстве случаев отмечаются две фазы в течении язвенного процесса: кратковременное улучшение, затем непродолжительный период возврата болезненных симптомов (обострение), и уже после этого наступает стойкое постепенное улучшение, до полного прекращения страдания.

4. Секретная, двигательная и экскреторная функции желудка под влиянием эритемных доз кварцевого облучения меняются то в сторону повышения, то в сторону понижения, в зависимости от исходного состояния этих функций: от понижения к повышению и от повышения к понижению, т. е. зависят не только от раздражителя, но и от степени реактивности организма.

5. В ряде случаев, где необходимо изменить течение процесса, путем изменения внутринервных отношений, например, при трудно поддающихся лечению хронических страданий, склонности к кровотечениям и т. п., у.-ф. облучения голени эритемными дозами могут быть использованы с успехом, особенно в комбинации с другими методами (атропинизация и пр.).

6. У.-ф. облучения голени эритемными дозами безопасны и не имеют по существу противопоказаний.

7. Наша методика является лишним подтверждением правильности новой идеи в медицине—принципа антропотерапии.

Поступила 7.III. 1938.