

*Проф. Т. Т. ГЛУХЕНЬКИЙ, доц. М. С. ЛЕВИНСОН,
В. А. КУШКО*

Лечение желудочно-кишечных больных каротином

Из пропедевтической терапевтической клиники Ижевского медицинского института (зав. проф. Т. Т. Глухенький) и пропедевтической терапевтической клиники Ростовского медицинского института (зав. проф. Б. А. Коган)

Вопрос о патогенезе язвы желудка является одной из интереснейших проблем. В свете современного учения о витаминах заслуживают особого внимания вопросы витаминной недостаточности и влияния неполноценного питания на желудочно-кишечный тракт. Работами Девис и Мур установлено, что питание молодых животных в продолжение длительного времени пищей, лишенной витамина А, ведет к стойким изменениям пищеварительного тракта, трудно потом восстанавливаемым. Мак Коррисон, Москвиль, Степп и др. указывают, что витаминная недостаточность, в частности, недостаток витамина А в пище, ведет к образованию язв в пищеварительном тракте.

Таким образом, имеются указания на то, что в некоторых случаях этиологическим фактором язвенной болезни может быть недостаток приема с пищей витамина А. На основании этого мы решили провести лечение желудочно-кишечных больных каротином.

Кроме того, согласно литературным данным каротин повышает иммунно-биологическую стойкость организма (Мур, Пари, Эглиш). По мнению Балаховского каротин оказывает местное защитное действие на эпителий.

В то время, когда мы проводили лечение желудочно-кишечных больных каротином, появилась работа Боллера о лечении желудочных заболеваний препаратом витамина А („воганом“)

Данные этого автора таковы: у желудочных больных после дачи вогана исчезали желудочные боли, тошнота, появлялся аппетит, и больные прибавляли в весе. На желудочную секрецию и рентгеновскую картину применение вогана влияния не оказывало.

При лечении желудочно-кишечных больных нами сначала применялся каротин в масляных растворах в виде подкожных инъекций по 10—20 мг чистого каротина. Инъекции безболезненны, жалоб со стороны больных на неприятные ощущения не было, но было замечено, что введенный подкожно масляный раствор каротина плохо всасывался, вследствие чего образовывались подкожные инфильтраты. Поставленные нами затем опыты на крысах с подкожным введением масляных растворов каротина и контрольных с персиковым маслом показали, что у подопытных крыс в подкожной клетчатке оказалось значительное число осумкованных круглых кист, наполненных масляным раствором каротина, чего не было у контрольных крыс.

Вследствие этого нам пришлось отказаться от применения подкожных инъекций каротина в масляном растворе. Мы стали давать

масляный раствор каротина в желатиновых капсулах, а иногда и чайной ложке три раза в день.

В большинстве случаев мы проводили лечение внутривенными инъекциями водноколлоидного раствора каротина в дозе от 5 до 8 см³ в количестве до 20 мг чистого каротина. Инъекции делались через день. Количество инъекций 10—12 на курс лечения. Больные, получившие инъекции, никаких субъективных явлений как в момент инъекции, так и после не отмечали.

Всего под нашим наблюдением находилось 38 мужчин и 2 женщины в возрасте от 30 до 43 лет. С большинством из них мы продолжали поддерживать связь и по настоящее время для суждения о длительности терапевтического эффекта. Давность заболевания у наших больных колебалась от одного года до 10 лет.

По диагнозам больные распределяются следующим образом: язва желудка и 12-перстной кишки с повышенной кислотностью — 12 сл., с нормальной кислотностью — 10, гастрит с повышенной кислотностью — 11 сл., гастрит с пониженной кислотностью — 6, язвенный колит — 1 случай.

При поступлении в клинику, а также после проведенного курса лечения каротином, больные подвергались исследованию желудочного содержимого тонким зондом, рентгеноскопии желудка, анализу крови на количество лейкоцитов, эритроцитов, гемоглобина и на лейкоцитарную формулу.

Терапевтический эффект от применения каротина во всех случаях был хорошим. К концу лечения субъективные симптомы, как боль в области желудка, рвота и тошнота, исчезали. Самочувствие больных становилось лучше, появлялся аппетит, они прибавляли в весе. В среднем каждый больной прибавил в весе 2—3 кг. Отмечено уменьшение болезненности при ощупывании в области желудка и 12-перстной кишки во всех случаях и уменьшение напряжения брюшной стенки в этом месте.

На желудочную секрецию лечение каротином особого влияния не оказывало; только в случаях гастрита с пониженной кислотностью, после лечения наблюдалось незначительное повышение как общей кислотности, так и свободной соляной кислоты. Картина крови: количество эритроцитов к концу лечения во всех случаях увеличивалось на один миллион и более, соответственно этому увеличивалось и количество гемоглобина.

Рентгеновская картина у большинства больных, лечившихся каротином, осталась без изменений, только в одном случае отмечено исчезновение ниши и в некоторой части случаев — исчезновение деформаций луковицы.

Приводим две истории болезни.

Б-ной Д., 33 лет, рабочий; диагноз: язва желудка; поступил в клинику 4/1 1934 г. с жалобами на боли в области желудка, рвоту после приема пищи, на отрыжку и изжогу. Больным считает себя второй год. Сначала стал замечать боли после приема пищи, а в последний год присоединились рвота, отрыжка и изжога.

Из перенесенных заболеваний отмечает сыпной тиф в 1914 г. и малярию в 1923 г. Больной среднего роста, немного пониженного питания. Со стороны сердца и легких отклонений нет. Живот немного напряжен. Резко болезненна точка Боаса. Печень, селезенка не прощупываются. Анализ мочи — норма.

Кровь: эритроцитов 3,600,000, гемоглобина 70%, лейкоцитов 8.200, формула: палочек — 0, яд. — 10%, сегм. — 65%, лимф. — 26%, моноц. — 6%, эоз. — 2%.

Желудочное содержимое:

	Св. HCl	Общ. кисл.
Натощак	4	12
После пробного завтрака	1 пор.—28	68
	2 „ —46	68
	3 „ —58	78

Реакция на кровь—положительная во всех порциях.

При рентгеноскопии желудка $\frac{9}{1}$ ясно выражена в области antrum pylori большая ниша малой кривизны желудка.

Больному было назначено лечение каротином сначала внутрь в масляном растворе, а затем внутривенно было сделано 10 инъекций водноколлоидного раствора каротина.

К концу лечения больной уже не чувствовал болей в области желудка, исчезла отрыжка, появился аппетит, самочувствие было хорошее, и он прибавил в весе 2 кг.

При произведенных обследованиях после лечения мы имели следующие данные: желудочная секреция осталась без изменений, количество эритроцитов увеличилось на один миллион. Рентгеноскопия $\frac{1}{11}$ —желудок формы крючка, не опущен. Ниши не видно. Болевая точка нерезко выражена в области малой кривизны.

Интерес представляет приводимая ниже история болезни больного, поступившего в клинику по поводу язвенного колита.

Больной Ч., служащий, 33 лет, диагноз—язвенный колит. Поступил в терапевтическую клинику $\frac{2}{XII}$ 36 г. с жалобами на боли в подложечной области спустя полчаса после приема пищи, поносы 5—6 раз в день с кровью.

Больным считает себя с 1925 года, часто обращался к врачам. Лечился на курорте Ессентуки. После лечения чувствовал себя хорошо, но стоило ему только изменить диету, как снова появлялись поносы и боли в животе. Последнее обострение, по поводу которого он поступил в клинику, началось $\frac{11}{XI}$. Перенесенных заболеваний не отмечает.

Больной среднего роста, правильного сложения, кожа бледна, подкожный жировой слой развит слабо. Со стороны сердца и легких отклонений нет. При ощупывании живота имеется болезненность в области прямой кишки. Печень не прощупывается, селезенка слегка прощупывается, безболезненна.

Анализ крови $\frac{3}{XII}$ —эритроцитов 3190000, гемоглобина 40%, лейкоцитов 5600, Формула: палочкояд.—20%, сегмент.—73%, лимф. 16%, мон.—8%, эоз.—1%, Тюрка—1:100. Пойкилоцитоз. RW—отрицательная. Кислотность желудочного содержимого после завтрака: общая 12, св. HCl—4. В кале яиц глист и амеб не обнаружено.

Ректоскопия $\frac{3}{XII}$ в хирургической клинике: язвы на слизистой прямой кишки на расстоянии 10—12 см от сфинктера. Размер их 3х5 м/м. Края ровные, дно покрыто грануляциями, чистое, легко кровоточит.

Больному стали применять каротин в масляном растворе в виде клизм ежедневно. На 10-й день лечения стул уже был оформлен, безболезненный, самочувствие больного хорошее. При ректоскопии $\frac{14}{XII}$ вместо язв обнаружены уже рубцы на слизистой прямой кишки. Слизистая имеет более нормальную окраску, чем при прошлом исследовании.

$\frac{20}{XII}$ больной выписался из клиники по собственному желанию.

В феврале 1937 г. больной снова обратился в клинику для проверки состояния своего здоровья. $\frac{20}{II}$ 1937 года ему снова в хирургической клинике сделали ректоскопию, которая показала, что слизистая на глубине 15 см слегка бледновата, а других отклонений от нормы не имеет.

Таким образом, каротинотерапия в данном случае оказала хорошее влияние, в то время как другие лечения были безрезультатны.

Заканчивая свое сообщение, мы можем сказать, что каротинотерапия при желудочно-кишечных заболеваниях дает хороший эффект не только в смысле уменьшения субъективных жалоб больных, но в некоторых случаях оказывает влияние и на объективную картину болезни (например, приводит к зарубцеванию язв). Поэтому мы считаем, что наряду с другими методами лечения желудочно-кишечных заболеваний может применяться и каротинотерапия.

Поступила 14.IX. 1938.