

ПРИМЕНЕНИЕ СПАЗМОЛИТИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ и ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРИТАМИ

Канд. мед. наук Ю. И. Фишзон-Рысс
(г. Солнечногорск, Московской области)

В клинической симптоматологии хронических гастритов и особенно язвенной болезни центральное место принадлежит болевому синдрому. Проблема успешного лечения этого синдрома не может считаться полностью разрешенной. Так, И. Ф. Лорие (1949) выделяет «атропинопорные» формы болей при язвенной болезни и подчеркивает трудность их устранения. У больных антральным гастритом (гастродуоденитом) болевой синдром часто отличается значительным упорством и плохо поддается общепринятым методам терапии (Р. А. Лурия, 1941; И. М. Флекель, 1936; П. И. Шилов и Б. М. Донат, 1956). Сказанное оправдывает поиски новых, более эффективных методов лечения болевого синдрома при данных заболеваниях.

Наше внимание привлек недавно освоенный отечественной промышленностью препарат спазмолитин. Последний, по С. В. Аничкову (1958), относится к холинолитическим средствам с преимущественно центральным местом приложения. Кроме того, он обладает ганглиоблокирующим, миотропным, атропиноподобным и местно-анестезирующим действием (С. С. Либерман, 1950; Т. Н. Томилина, 1951).

Отдельные сообщения в литературе свидетельствуют об эффективности спазмолитина при язвенной болезни (М. П. Семенова, 1959; Т. Н. Томилина и Е. И. Корелова, 1954) и хроническом гастрите (П. А. Петров, 1954). Однако механизм действия спазмолитина при данных заболеваниях был выяснен недостаточно. Это побудило нас изучить влияние однократного введения спазмолитина на основные функции желудка больных хроническими гастритами и язвенной болезнью (Ю. И. Фишзон-Рысс, 1959). Исследования, выполненные с помощью методики Быкова—Курцина, показали, что наиболее выраженное действие спазмолитин оказывает на моторную, менее значительное — на секреторную и относительно слабое — на кислотообразующую функцию желудка. Это действие зависело от исходного уровня функции: повышенная снижалась, пониженная возрастала, нормальная обычно изменялась незначительно. Парентеральное введение влияло на моторную функцию желудка сильнее, чем прием спазмолитина внутрь. На рис. 1 приводим фотокопии гастрограмм, иллюстрирующие снижение гиперкинетической желудочной перистальтики после введения в мышцу 0,1 спазмолитина.

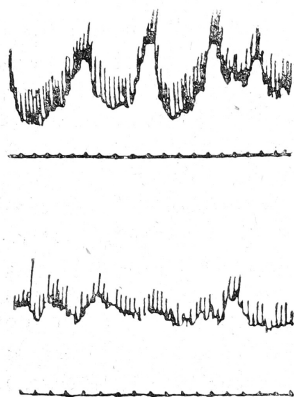


Рис. 1. Гастрограммы больного В. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: сверху — при исследовании без введения спазмолитина; внизу — через 30 мин после введения в мышцу 0,1 спазмолитина.

Из изложенного следует, что спазмолитин оказывал нормализующее действие на функциональные, в особенности моторные нарушения желудка. Как показали наши наблюдения над 108 больными хроническими гастритами и 64 — язвенной болезнью, упомянутое действие

проявлялось и при курсовом применении данного препарата. Последний при этом назначался внутрь по 0,25 три раза в день в продолжение 16—21 суток. Некоторым больным, кроме того, через 3—4 дня производилась анестезия метамерных желудку участков кожи 50 мл 0,5% раствора спазмолитина (блокады).

Положительное влияние спазмолитина на секреторные и моторные нарушения желудка сочеталось у большинства больных с выраженным клиническим эффектом. Так, при язвенной болезни боли прекратились у 70%, при хронических гастритах — у 66%, а диспепсические явления — соответственно у 83 и 82% больных.

Особого внимания заслуживает то обстоятельство, что у части больных спазмолитин снимал боли, когда общепринятыми средствами этого не достигалось. Применение блокад усиливало этот эффект (Ю. И. Фишзон-Рысс, 1958).

Сопоставив сказанное с более сильным влиянием на желудочную моторику парентерального введения спазмолитина, мы предположили, что такое совпадение не

случайно. Его можно понять, если учесть роль моторных нарушений желудка в генезе болевого синдрома при его заболеваниях.

Здесь же отметим, что после приема спазмолитина внутрь у части больных возникало ощущение жжения в желудке, а выполнение блокад довольно трудоемко. Эти обстоятельства не изменяют в целом положительной оценки применявшейся методики лечения спазмолитином. В то же время они заставили нас искать и другие возможности его применения. В итоге мы избрали внутримышечный путь введения данного препарата. Раствор спазмолитина готовится на дистиллированной воде. Стерилизация обычная. Небольшая опалесценция раствора не мешает его применению.

Для более убедительного суждения об эффективности внутримышечного назначения спазмолитина мы включали его в комплекс лечения больных хроническими гастритами и язвенной болезнью только после безуспешного применения в течение 10—15 и более дней атропина, папаверина, новокаина и других средств. При этом спазмолитин вводился 7—12 суток подряд по 10 мл 1% раствора за $\frac{1}{2}$ —1 час до отхода больного ко сну (имея в виду использовать снотворное действие данного средства).

По такой схеме спазмолитин применялся 122 больным с упорным болевым синдромом. В том числе: с язвенной болезнью — 58, гастродуоденитом — 47, хроническим диффузным гастритом — 17. Болели до 1 года — 12, от 1 до 3 лет — 46, от 4 до 5 лет — 47, свыше 5 лет — 27. Возраст больных: от 20 до 25 лет — 63, от 26 до 30 лет — 9, от 31 до 40 — 42, старше — 18.

Симптом «ниши» обнаружен у 49 больных язвенной болезнью (в двенадцатиперстной кишке — у 46, в желудке — у 3), а у остальных этот диагноз установлен на основании перидуоденита, сочетавшегося с характерной клинической картиной. Свежая форма данного заболевания имела у 29, хроническая рецидивирующая — у 19. Гастродуоденит протекал с язвенноподобным синдромом у 38 из 47 больных этим заболеванием.

Большинство наших больных в прошлом с временным эффектом лечилось стационарно. В том числе: однократно — 31, двукратно — 27, три и более раз — 16 человек.

Методика обследования больных включала изучение желудочного содержимого по методу Н. И. Лепорского с хлебным пробным завтраком и рентгеновское исследование пищеварительного тракта до и после лечения.

При язвенной болезни повышенная концентрация свободной соляной кислоты в желудочном содержимом установлена у 40, нормальная — у 14, пониженная — у 4, а при хронических гастритах — соответственно у 43, 8 и 13 обследованных. Таким образом, у большинства наблюдаемых имела гиперхлоргидрия, в известной мере характерная для желудочных заболеваний с выраженным болевым синдромом.

Таблица 1

Динамика болевого синдрома у лечившихся спазмолитином

Диагноз	Число больных	Боли в животе			Болезненность брюшной стенки		
		исчезли	уменьшились	не изменились	исчезла	уменьшилась	не изменилась
Язвенная болезнь	58	42	14	2	37	17	4
Гастродуоденит	47	29	15	3	32	13	2
Хронический диффузный гастрит	17	14	2	1	15	1	1
Всего	122	85	31	6	84	31	7

Болезненность брюшной стенки у больных гастритами исчезала обычно несколько ранее болей, а при язвенной болезни чаще отмечались обратные соотношения.

Заслуживает внимания выраженный болеутоляющий эффект спазмолитина у большинства (у 29 из 47) больных гастродуоденитом, при котором, как отмечалось выше, болевой синдром часто трудно поддается лечению.

Введение препарата вызывало у больных чувство легкого опьянения и головокружения, сменявшееся спустя 20—30 мин сонливостью, затем стихали боли, и, как правило, наступал длившийся до утра сон. Более стойкое болеутоляющее действие выявлялось на 4—6 дни лечения спазмолитином, причем положительный результат не получен только у 6 человек.

До назначения спазмолитина диспепсические явления сохранились у 26 больных язвенной болезнью и 29 с гастритами. После лечения они исчезли соответственно у 20 и 25, а уменьшились у четырех и трех.

Со стиханием болей и диспепсических явлений улучшалось и общее самочувствие больных. У большинства нормализовались сон и аппетит, многие прибавили в весе.

Для оценки механизма лечебного действия спазмолитина важно отметить, что у целого ряда больных, несмотря на достигнутое клиническое благополучие, сохранялись морфологические проявления рассматриваемых заболеваний. Например, рентгенологически определявшиеся изменения слизистой оболочки желудка у большинства оставались и по окончании курса лечения. Симптом «ниши» перестал выявляться у 33 и сохранился у 16 больных. То же наблюдала М. П. Семенова (1959): несмотря на выраженное болеутоляющее действие, спазмолитин заметно не ускорял заживление язвенного дефекта. По Лагертону (1959), анальгетический эффект холинолитических средств связан главным образом с подавлением усиленной перистальтики и спазмов желудка, а не с действием на структурные изменения этого органа.

Отмеченные Лагертоном особенности действия указанных средств отражают, видимо, более общие закономерности. В этой связи сошлемся на результаты наших предыдущих наблюдений (П. И. Шилов и Ю. И. Фишзон-Рысс, 1960), показавших, что улучшение, наступавшее под влиянием лечения у больных хроническими гастритами и язвенной болезнью, находилось в определенном соответствии со степенью нормализации моторной деятельности желудка.

Подтверждением могут служить и результаты динамического рентгеновского наблюдения над эвакуаторно-моторной деятельностью желудка у наших больных. Так, из 67 больных с нарушениями данной деятельности желудка эти расстройства перестали обнаруживаться к концу лечения у 43, уменьшились у 17 и остались без изменений только у 7.

Все вышеизложенное позволяет считать, что применение спазмолитина особенно целесообразно в случаях, когда упорный болевой синдром при рассматриваемых заболеваниях связан в первую очередь с выраженными функциональными нарушениями, а не с грубыми структурными изменениями желудка. Это, в частности, наблюдается при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в молодом возрасте — нейровегетативном типе язвы по М. И. Певзнеру (1946) и И. Ф. Лорие (1949). Именно у этой категории больных спазмолитин оказывал наиболее быстрый и полный болеутоляющий эффект.

Серьезных побочных явлений после внутримышечного введения спазмолитина не отмечалось. У 6 больных первые инъекции данного средства вызывали тошноту и выраженное головокружение, но последующие, при условии снижения дозы до 5—7 мл 1% раствора, переносились хорошо.

Следует воздерживаться от парентерального назначения спазмолитина лицам с нарушениями коронарного кровообращения и выраженным невропатом. У первых спазмолитин может усиливать боли в области сердца, а у вторых иногда вызывает возбуждение. Инъекции спазмолитина болезненны, но образования на их месте инфильтрата ни разу не наблюдалось.

ВЫВОДЫ

1. Внутримышечное применение спазмолитина оказывает выраженное болеутоляющее действие при упорном болевом синдроме у больных язвенной болезнью и хроническими гастритами.

2. Это действие связано с положительным влиянием спазмолитина на функциональные и в особенности моторные нарушения желудка.

3. Полученные данные позволяют рекомендовать включение внутримышечного введения спазмолитина в комплексную терапию больных язвенной болезнью и хроническими гастритами, особенно в случаях со стойким болевым синдромом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аничков С. В. В кн.: Новые лекарственные средства в эксперименте и в клинике. Л., 1958.
2. Либерман С. С. Фармакол. и токсикол., 1950, 6.
3. Лорие И. Ф. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1949.
4. Лурья Р. А. Болезни пищевода и желудка. М., 1941.
5. Певзнер М. И. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1946.
6. Петров П. А. Тр. Воен.-мед. Акад., Л., 1954, т. 60.
7. Семенова М. П. Сов. мед., 1959, 3.
8. Томили-на Т. Н. Фармакология дифенилуксусного эфира диэтиламиноэтанола (спазмолитин, дифацил). Дисс., Л., 1951.
9. Томили-на Т. Н. и Корелова Е. И. В кн.: Новые данные о язвенной болезни, Л., 1954.
10. Фишзон-Рысс Ю. И. В кн.: Новые лекарственные вещества в эксперименте и в клинике, Л., 1958; Тр. Воен. Акад. им. С. М. Кирова, Л., 1959, т. 88.
11. Флекель И. М. Клини. мед., 1936, 9.
12. Шилов П. И. и Донат Б. М. Клини. мед., 1956, 11.
13. Шилов П. И. и Фишзон-Рысс Ю. И. Клини. мед., 1960, 8.

Поступила 21 марта 1961 г.