

Болен с 1929 г. Лечился амбулаторно и в 1933 г. стационарно. Было назначено азотнокислое серебро. Это лекарство больной пил по столовой ложке 3—4 раза в день (доза 0,01—0,03) и после выписки из больницы в продолжение одного месяца. Азотнокислое серебро получал из аптеки несколько раз без дополнительной подписи врача. В начале второго месяца после приема лекарства посторонние люди заметили, что кожа лица у больного черная. С тех пор лицо приняло темную окраску.

В 1941 г. по поводу язвы двенадцатиперстной кишки наложен задний гастроэнтероанастомоз.

Больной среднего роста, правильного телосложения. Упитанность понижена. Видимые слизистые оболочки и склеры глаз окрашены в серый цвет. Кожа лица, головы, шеи, туловища и верхних конечностей окрашена в серовато-черный цвет, а кожа нижних конечностей почти нормальной окраски. Лимфатические узлы — шейные, подмышечные, паховые — не увеличены.

Пульс — 60, удовлетворительного наполнения, ритмичен. Легкие, сердце — без отклонений от нормы.

Живот правильной конфигурации, активно участвует в акте дыхания, по срединной линии имеется послеоперационный рубец. Болезненность и напряжение мускулатуры в левой подложечной области, положительный симптом сотрясения справа. Печень, селезенка не прощупываются. Запоры. Мочиспускание в пределах нормы.

Психически здоров, нервная система без патологических изменений.

Гем. — 66%, РОЭ — 10 мм/час, Э. — 3 500 000, Л. — 5 000, п. — 9%, с. — 56%, л. — 26%, м. — 6%, э. — 3%.

Желудочный сок после пробного завтрака: общ. кисл. — 60; свободная HCl — 40.

Рентгеноскопия. Задний гастроэнтероанастомоз, желудок располагается довольно высоко, складки слизистой грубые, расширены, местами деформированы. Эвакуация замедлена, через анастомоз протекает отдельными небольшими порциями, пилорус проходим, двенадцатиперстная кишка деформирована, заполняется неравномерно, продвижение контрастной массы по двенадцатиперстной кишке и тонкому кишечнику замедлено. Подвижность желудка и двенадцатиперстной кишки ограничена. В области отводящего конца анастомоза «ниша» с местной болезненностью.

28/XI 1949 г. произведена высокая резекция желудка. При ревизии обнаружено: задний гастроэнтероанастомоз, анастомоз сужен с пептической язвой на тощей кишке. Кроме того, на малой кривизне желудка обнаружены каллезная язва и спаянный процесс. Желудок и кишечник окрашены в темный цвет.

Произведено микроскопическое исследование кожи, стенки желудка и кишечника; обнаружено громадное количество мельчайших черных зернышек в стенках кровеносных сосудов, сосочкового слоя кожи, в стенках потовых желез.

Данное сообщение преследует цель напомнить врачам о возможности такого осложнения. Необходимо предупреждать больных о возможности осложнений подобного рода.

Поступила 21 декабря 1961 г.

ПРИМЕНЕНИЕ ГАНГЛЕРОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Канд. мед. наук Л. Н. Переводчикова

Кафедра факультетской терапии (зав.— доц. С. В. Базанова) Башкирского
медицинского института

Ганглерон синтезирован в 1950 г. проф. А. Л. Мджояном (Ереван) — хлоридрат аминосоединения, принадлежащего к классу аминоэфиров р-алкоксибензойных кислот ($C_{12}H_{23}O_3NHCO$).

Основанием для применения ганглерона при язвенной болезни желудка является тот факт, что ганглиоблокирующие препараты, действуя на узлы вегетативной нервной системы, блокируют проведение патологических импульсов (М. Д. Машковский, 1957).

А. Т. Поваляевой (1959) ганглерон применен у 20 больных при язвенной болезни с хорошим терапевтическим эффектом (исчезновение болевого симптома, нормализация секреторной функции желудка и исчезновение симптома «ниши» у всех больных). С. М. Рысс (1960) при сравнительном изучении ганглиолитиков при лечении язвенной болезни подчеркивает особую ценность ганглерона как средства, способствующего быстрому исчезновению болей с тенденцией к нормализации секреторной и кислотообразующей функций желудка и заживлению язвенной ниши; последнее, по его наблюдению, произошло у 82,5% всех больных, леченных ганглероном.

Мы начали применять ганглерон в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с конца 1959 г.

Сначала мы применили больным ганглерон внутрь, но, не получив эффекта, перешли к подкожным инъекциям по 1—2 мл 1,5% водного раствора 3 раза в день. В течение 1960 г. ганглерон таким путем применялся 40 больным. С начала 1961 г. мы изменили методику лечения, перейдя на электрофорез ганглероном в сочетании с однократным введением его подкожно, а иногда внутрь. Больному накладывалось два электрода: один на подложечную область, другой соответственно на поясничную область. Прокладка переднего электрода смачивалась 0,24% раствором ганглерона. Сеансы проводились по 20 мин в течение 15—20 дней. Основанием для применения ганглерона таким путем послужили описанные наблюдения над лечением электрофорезом ганглерона больных коронарной недостаточностью с положительным терапевтическим эффектом (Л. И. Фишер, 1960) и лечение язвенной болезни желудка лекарственными веществами путем электрофореза — в частности витамина В₁ или новокаина (Изаков, 1957). При лечении язвенной болезни желудка электрофорезом ганглерона мы рассчитывали на блокирование патологических импульсов, идущих по висцеро-кожным рецепторам к желудку (соответственно зона Геда — Захарьина), не только ганглероном, но и гальваническим током. Кроме того, мы имели в виду, что ганглерон будет депонироваться в коже и во внутренних органах и, следовательно, будет медленнее выводиться из организма. Этот вид лечения применялся 20 больным.

Всего за 1960—61 гг. мы провели лечение ганглероном 60 больным, из них с язвенной болезнью желудка было 7, с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки — 53, с длительностью болезни от 1 года до 11 лет. Мужчин было 50, женщин 10, в возрасте от 21 до 62 лет.

Длительность пребывания больных в стационаре в среднем была 25—35 койко-дней. Больным назначались столы 1, 1а, 1б (по Певзнеру).

Больные поступали в клинику обычно в период обострения с жалобами на боли в подложечной области, часто на изжогу и другие диспепсические явления.

В результате лечения подавляющее большинство больных выписалось в удовлетворительном состоянии с прибавлением в весе от 1 до 4 кг. У 6 больных с начальными явлениями стеноза привратника облегчения не наступило, и они были переведены в хирургическую клинику. После лечения болевой симптом исчез полностью у 22 (из 60) больных, значительно уменьшился у 23, слегка уменьшился у 9 и у 6 остался без изменения. Диспепсические явления исчезли у 12 из 24 больных.

Симптом «ниши» после лечения не был обнаружен у 25 (из 60) больных, уменьшение размеров «ниши» и исчезновение «воспалительного вала» отмечалось у 15, у 22 изменений в состоянии «ниши» не наступило. Переход гипотонуса желудка в ортоноус наблюдался только у 5 из 14 больных с нормализацией опорожнения желудка.

В отношении влияния ганглерона на секрецию и кислотность желудочного содержимого следует отметить некоторую тенденцию к повышению кислотности, что иногда сопровождалось появлением изжоги у больных, причем повышалась не только пониженная, но и нормальная и даже повышенная кислотность. Ахилия оставалась без изменения.

Мы не могли подтвердить данные А. Т. Поваляевой и С. М. Рысс (1960) о нормализации желудочного содержимого у больных язвенной болезнью после лечения ганглероном. По нашим данным, можно говорить лишь о нормализации пониженной кислотности.

В отношении количества желудочного сока четких изменений в сторону повышения или понижения установить не удалось.

Из числа больных, у которых до лечения была пониженная кислотность или ахилия, у подавляющего большинства исчезли боли и симптом «ниши».

Однократное введение ганглерона вызывало в большинстве случаев урежение пульса. После курсового лечения существенных изменений со стороны пульса и АД установить не удалось.

У 3 больных пожилого возраста с атеросклерозом после лечения ганглероном понизилось АД и исчезла стенокардия.

У части больных наблюдались побледнение фона и сужение капилляров ногтевого ложа после введения ганглерона через 30 мин, что соответствовало иногда и умеренному повышению АД. ЭКГ-данные после однократного, а также курсового лечения оставались прежними, тем более, что они у подавляющего большинства были нормальными.

Большинство больных (38 из 60) были людьми раздражительными, мнительными, страдали бессонницей, пониженной работоспособностью, плохим настроением; у них чаще всего был стойкий красный дермографизм, холодные потные ладони, повышенные сухожильные рефлексы, тремор пальцев вытянутых рук (превалирование процессов возбуждения). У 5 человек преобладали процессы торможения: они были вялы, слабо реагировали на окружающее, лучше поддавались лечению ганглероном.

Известно, что при нарушении функции центральной нервной системы, в том числе и вегетативной, изменяется соотношение содержания ацетилхолина крови и активности холинэстеразы в сыворотке крови.

Мы исследовали 18 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки на присутствие ацетилхолина в крови (на спинной мышце пивавки) и на ак-

тивность холинэстеразы в сыворотке крови (по методу Шейнера) до и после лечения ганглероном.

До лечения ацетилхолин в крови был обнаружен у 9 больных, после — только у 5. Исчезновение ацетилхолина совпадало с улучшением общего состояния, исчезновением болей, но не сопровождалось понижением кислотности желудочного сока.

Активность холинэстеразы до лечения у 3 была высокой, у 6 — нормальной, у 9 — пониженной. После лечения установлено нормальное содержание холинэстеразы у 11, пониженное осталось у 7 больных.

Из этих наблюдений выявляется некоторая тенденция к нормализующему действию ганглерона на содержание ацетилхолина и активность холинэстеразы сыворотки крови больных. Эти данные подтверждают и фармакологические свойства ганглерона как ганглиоблокирующего препарата, действующего на парасимпатическую систему.

Лечение подкожными инъекциями ганглерона следует проводить в условиях стационара, имея в виду побочные явления. Ряд больных жаловались на головокружение, шум в ушах, слабость, ввиду этого инъекции делали в лежачем положении. Эти побочные явления и заставили нас перейти на лечение электрофорезом ганглерона в сочетании с однократным введением его подкожно или внутрь.

При сравнении результатов применения ганглерона различными методами оказалось, что существенной разницы в конечном итоге не было. Если в результате лечения 40 больных трехкратными подкожными введениями ганглерона боли исчезли у 15 и симптом «ниши» не был обнаружен у 18, то при втором методе лечения боли исчезли у 7 из 20 больных и симптом «ниши» не был обнаружен у 6. Второй вид лечения переносился больными без побочных явлений.

Учитывая сказанное, а также меньшую затрату препарата, мы рекомендуем лечение больных язвенной болезнью электрофорезом ганглерона в сочетании с однократным подкожным введением или применением его внутрь (чайная ложка 1,5% раствора).

Резюмируя свои наблюдения, мы можем сделать вывод, что ганглерон как ганглиоблокирующее средство может быть рекомендован при лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Применение его показано лицам с пониженной кислотностью желудочного содержимого. Лечение больных язвенной болезнью ганглероном путем электрофореза возможно в условиях поликлиники.

Поступила 11 июня 1962 г.

ГАНГЛЕРОН В ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Канд. мед. наук К. В. Марков

Терапевтическое отделение (зав.— канд. мед. наук К. В. Марков) Чебоксарской первой городской больницы (главврач — С. Н. Самостюк)

В настоящее время приводятся данные о клинической эффективности ганглерона в лечении страдающих язвенной болезнью.

Ганглерон применялся в виде инъекций 1,5% водного раствора по 2 мл три раза в день. После двух недель парентерального введения препарат применялся перорально в этой же концентрации в течение 7—10 дней. Таким образом, курс лечения в условиях стационара — 20—25 дней. У 3 больных продолжительность лечения доводилась до 28—30 дней. Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре — 30 дней.

Лечению ганглероном подвергнуто 43 страдающих язвенной болезнью в периоде обострения (язва желудка была у 10 и двенадцатиперстной кишки — у 33).

Страдали язвенной болезнью от 1 года до 5 лет 23 человека. Большинство (34) были в возрасте от 20 до 40 лет.

У подавляющего большинства (26) больных болеутоляющий эффект наступил в течение первых 4 дней лечения ганглероном. Ни при каком другом методе лечения боли не исчезают так быстро. Одновременно с прекращением боли уменьшается напряжение в эпигастральной области.

У 7 больных кислотность до лечения была в пределах нормы, после она не изменилась. Повышенная кислотность была у 32 больных, после лечения снизилась у 30, у 2 не изменилась. У 4 до лечения кислотность была понижена, после лечения у 3 повысилась. Таким образом, отмечается тенденция к нормализации кислотности желудочного сока.

Рентгенологически ниша в желудке обнаружена у 10, в двенадцатиперстной кишке — у 25 и рубцовые изменения луковицы — у 8 больных. После лечения ниша определялась только у 3 больных, у них результат лечения был менее значительным.