

были выраженная гиперпротромбинемия (111—125%), ограничение движений в конечностях, ослабление мышечной силы и явления гемигипестезии болевой чувствительности, у некоторых — патологические сухожильные рефлексы, нарушение речи, головная боль. На курс лечения больные получали 1,6—6,0 дикумарина, в ряде случаев назначались физиотерапевтические процедуры и лечебная гимнастика.

В качестве примера приводим следующие две выписки из истории болезни.

Б-ной К., 50 лет. Правосторонний гемипарез с моторной афазией вследствие эндартерита. Протромбин — 111%. В течение 18 дней получил 1,6 дикумарина. Появились движения в ноге, улучшилась речь, б-ной выписан.

Б-ной Б., 56 лет. Специфический эндартериит сосудов головного мозга, эндартериит нижних конечностей. Протромбин — 118,8%. В течение 26 дней получил 2,4 дикумарина. Состояние больного постепенно улучшалось, сила в правой руке значительно восстановилась, речь стала свободной.

В итоге проведения лечения из 77 больных у 49 состояние улучшилось, у 18 видимых изменений не отмечено, у 10 наступил смертельный исход (у 5 — с кровоизлиянием в мозг и у 5 — с тромбозом мозговых сосудов).

## ВЫВОДЫ

1. Наблюдение за содержанием протромбина крови при сосудистых заболеваниях головного мозга важно для диагностики, прогноза, а также для контроля за течением заболевания и своевременного назначения антикоагулянтной терапии.

2. Дифференциальная диагностика различных форм сосудистых поражений головного мозга трудна; гиперпротромбинемия и лабильность уровня протромбина в крови у больных геморрагиями и тромбозами сосудов головного мозга являются неблагоприятным симптомом в отношении исхода заболевания.

3. Клинические наблюдения подтверждают целесообразность антикоагулянтной терапии при тромбоэмбологических поражениях сосудов головного мозга.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Астафатуров М. И. Ошибки в диагностике и терапии, 1930.— 2. Вацковская Л. И. Вопросы диагностики тромботических поражений головного мозга. Канд. дисс., 1956.— 3. Корейша Л. А. О роли больших полушарий головного мозга человека в регуляции функций сердечно-сосудистой системы, дисс., 1939.— 4. Кроль М. Б. Невропатологические синдромы. М., 1936.— 5. Кушелевский Б. П. Очерки по антикоагулянтной терапии, 1958.— 6. Лурье З. Л. Рак-стройства мозгового кровообращения. Медгиз, 1953.— 7. Растворова А. А. Нарушения мозгового кровообращения. Канд. дисс., 1946.— 8. Сепп Е. Н. Тр. 1 МОЛМИ им. Сеченова, т. I, 1956.— 9. Пантихова О. Н. Сб. тр., посв. М. И. Астафатурову, 1937.— 10. Шефер Д. Г. и сотр. Тез. 1-й межобл. конф. терапевтов Урала и Предуралья, 1960.— 11. Foley and Wright. Med. clin. N. Amer., 1950, 34, 3.

Поступила 19 мая 1960 г.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

И. К. Ищенко

(Казань)

Как известно, отдаленные результаты консервативного лечения язвенной болезни многими авторами расцениваются как неутешительные, поскольку с каждым годом наблюдений процент рецидивов язвенной болезни возрастает. И. М. Флекель пишет, что при оценке отдаленных результатов консервативного лечения язвенной болезни более или менее стойкое излечение наблюдается примерно у 35—40% боль-

ных. М. А. Черкасский хорошие отдаленные результаты консервативной терапии у больных язвенной болезнью отметил в еще меньшем проценте случаев (в 17—20% наблюдений). Лучшие отдаленные результаты были получены Е. И. Самсон при применении ею новокаина (в течение ближайших трех лет обострение заболевания неступило у 46% больных). Р. А. Лурия, отмечая непрочность отдаленных результатов лечения язвенной болезни, приводит следующие данные. Из 140 больных 102 в течение первого года после лечения повторяли и не раз консервативное лечение, а в четырех случаях, кроме того, было проделано и хирургическое вмешательство.

Наблюдения ряда авторов показывают, что рецидивы язвенной болезни в большинстве случаев возникают через 6—12 месяцев после курса противоязвенной терапии.

Разный процент положительных результатов лечения язвенной болезни зависит от разных сроков наблюдения, от различного подхода к определению результатов, а также от различий в возрасте больных и давности заболевания.

С целью подойти к оценке возрастного фактора мы в первую очередь сосредоточивали внимание на отдаленных результатах лечения лиц молодого возраста, поскольку в доступной нам литературе мы таких данных не нашли.

Под нашим наблюдением находились 113 больных язвенной болезнью. Все наши больные — мужчины в возрасте от 20 до 25 лет. Язвенная болезнь желудка была у 16 больных, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки — у 86, больных язвенной болезнью и желудка и двенадцатиперстной кишки было 11. В момент начала болезни большинство больных было в возрасте 20—22 лет. В возрасте до 20 лет заболело 56 человек. Сравнительно короткий анамнез (до 2 лет) имел 71 больной.

Симптом ниши был у 78 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (из них у 71 отмечалась еще и деформация луковицы) и у 14 больных язвенной болезнью желудка. У остальных 11 имелись те или иные прямые рентгенологические признаки язвенной болезни.

Нормальная кислотность желудочного сока была у 53 больных, повышенная — у 42 и пониженная — у 18.

Осложнение язвенной болезни перфорацией было у 10 больных (у 5 с язвой желудка и у 5 с язвой двенадцатиперстной кишки).

Кровотечения были у 8,8% больных (у 7 с язвой двенадцатиперстной кишки и у 3 — с язвой желудка).

У подавляющего большинства было применено комплексное лечение, включающее лечебное питание, тепловые процедуры, атропин, щелочки и др. У 19 больных, кроме того, применено лечение новокаином внутривенно и в виде новокаиновых блокад, у 14 — лечение сном, у 18 — применялось переливание крови, у 17 — подсадка ткани. У 5 больных с перфоративной язвой сделано ее ушивание.

У 98 человек из 113 (86,7%) наступила стойкая ремиссия язвенной болезни: не стало болей и диспепсических расстройств, улучшилось самочувствие, и только у 15 не удалось добиться полного снятия болевого синдрома и диспепсических расстройств, в связи с чем терапевтический эффект у них должен рассматриваться как не вполне удовлетворительный. Высказаться определенно, какой из методов примененного лечения оказался более эффективным, трудно, так как у подавляющего большинства, как уже сказано выше, применялось комплексное лечение.

Длительность наблюдения после выбытия из стационара наших больных — от 4 до 10 лет.

Выводы об отдаленных результатах лечения язвенных больных делались нами на основании изучения специальных карт (анкет) и подробных ответов, присланных больными на наши запросы. Из 113 ранее лечившихся больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки 25 (22%) через 4—10 лет здоровы, работают и никаких проявлений болезни не имеют, что следует отнести к хорошим результатам лечения. Остальные 88 (78%) считают себя больными, так как у них проявляются те или иные признаки язвенной болезни: так, из них страдают частыми обострениями, плохо себя чувствуют 35 (31%), поэтому отдаленные результаты лечения у них следует считать плохими. У 53 больных (47%) отмечаются редкие обострения заболевания, не препятствующие работе, что позволяет результат лечения расценивать как удовлетворительный.

В группе страдающих только язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (86 человек) хороший терапевтический эффект получен у 17 (в 19,8% случаев), плохой — у 28 (в 32,6%) и удовлетворительный — у 41 (в 47,6%).

У больных язвенной болезнью желудка получен несколько лучший эффект. Из 16 больных этой группы у 6 получен хороший терапевтический эффект, у 5 — плохой и у 5 — удовлетворительный.

Диспансерным наблюдением были охвачены только отдельные больные, которые периодически наблюдались врачами и при обострениях лечились стационарно.

По полученным сведениям, из 88 больных, у которых после стационарного лечения в дальнейшем возникали те или иные проявления язвенной болезни, побуждавшие их считать себя больными, при обострении заболевания 64 пользовались амбулаторным и реже — стационарным лечением. 13 человек не лечились, так как не имели этой возможности лечиться (по различным причинам), один человек не получал лечения,

поскольку у него врачами не диагностировалась язвенная болезнь, один оставил лечение из-за безуспешности, один лечится народными средствами, и у 8 больных не удалось получить указаний, по какой причине ими не проводится лечение. На поставленный в анкете вопрос — имеете ли инвалидность — конкретный ответ получен от 91 из 113 больных, причем оказалось, что 64 человека инвалидности не имеют и 27 являются инвалидами третьей и второй групп (24 — III группы и 3 — II группы). Из этих 27 человек, имевших инвалидность, 3 к моменту опроса чувствовали себя субъективно хорошо и восстановили свою работоспособность, в связи с чем прекратили лечение. Периодически, не часто, по данным опроса, болеют 12 человек и часто болеют также 12.

Из 64 человек, не имеющих инвалидности, 20 часто болеют и часто лечатся, но по каким-то причинам инвалидности не имеют. Надо полагать, что часть больных этой группы должна была бы иметь инвалидность. Два человека часто болеют, но не обращались за получением инвалидности, и 49 чувствуют себя настолько удовлетворительно, что сохранили работоспособность.

Из 113 больных, ранее лечившихся от язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, регулярно соблюдают диету только 24 человека, нерегулярно — 38, и совсем не соблюдают диету 51 человек. Из 24 больных, регулярно соблюдающих диету, часто болеют 9, болеют редко 12 и считают себя здоровыми 3 человека.

В группе нерегулярно соблюдающих диету (38 человек) 20 чувствуют себя удовлетворительно, поэтому и не считают нужным регулярно соблюдать диету. Остальные же 18 не соблюдают регулярно диету по различным причинам (характер работы, отсутствие диетстоловых и др.). Хорошо себя чувствуют из этих 18 только 3 человека, остальные же 15 — плохо.

Из 51 больного, не соблюдающего диету, только 19 чувствуют себя хорошо, считают себя здоровыми, поэтому и не соблюдают диету, а остальные 32 не соблюдают диету в основном по тем же причинам, что и предыдущая группа больных (основная масса живет в сельской местности). Из 32 не соблюдающих диеты часто болеют 11 человек и редко — 21.

Судя по ответам больных, их трудоустройству не уделяется должного внимания. Так, из 113 больных тяжелую физическую работу выполняют 14, работу средней тяжести — 67 и легкую — 32.

## ВЫВОДЫ

1. Отдаленные результаты после успешного консервативного лечения язвенной болезни в молодом возрасте настолько неудовлетворительны, что значительная часть больных теряет работоспособность из-за частых обострений заболевания.

2. У значительной части больных нестойкий результат лечения связан с необеспеченностью комплексом лечебно-профилактических мероприятий по выписке из стационара (отсутствие диспансерного наблюдения, противорецидивного лечения, диетпитания, рационального трудоустройства и др.).

3. Для коренного улучшения отдаленных результатов лечения язвенных больных необходим охват всех их упомянутым комплексом лечебно-профилактических мероприятий.

## ЛИТЕРАТУРА

- Лорие И. Ф. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1949.—2. Он же. Язвенная болезнь. М., 1958.—3. Лорие И. Ф. и Воронцовская А. И. Тер. арх., 1933, вып. 7—8.—4. Лурия Р. А. В сб. Проблемы теоретической и практической медицины, 1937.—5. Марина З. Г. Ближайшие и отдаленные результаты консервативного лечения язвенной болезни. Дисс., Л., 1941.—6. Новиков А. Г. Вопр.-мед. журн., 1957, 5.—7. Певзнер М. И. Тр. IV научн. обл. конфер. врачей МОКИ, 1935.—8. Он же. Тр. клиники лечебного питания, М.—Л., 1940.—9. Самсон Е. И. Клин. мед., 1959, 10.—10. Стражеско Н. Д. В сб. Язва желудка, Киев, 1928.—11. Флекель И. М. Язвенная болезнь, 1958.—12. Черкасский М. А. Вопр. клиники и терапии язвенной болезни. Курск, Л., 1954.

Поступила 15 июля 1960 г.

## ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Доц. А. М. Токарева

Клиника внутренних болезней (зав. — проф. С. В. Шестаков)  
Куйбышевского медицинского института

Из 160 больных язвенной болезнью, находившихся на стационарном лечении в клинике с 1954 по 1958 гг., с поражением желудка было 47 чел., двенадцатиперстной кишки — 73 и с оперированным желудком — 40. Большинство из них (142) были мужчины молодого и среднего возрастов.