

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 соблюдает 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, питания, рационального трудоустройства и др.).

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

## ЛИТЕРАТУРА

1. 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. Маврина З. Г. Ближайшие и отдаленные результаты консервативного лечения язвенной болезни. Дисс., Л., 1941. — 6. Новиков А. Г. Воен.-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. Клини. мед., 1959, 10. — 10. Стражеско Н. Д. В сб. Язва желудка, Киев, 1928. — 11. Флекель И. М. Язвенная болезнь, 1958. — 12. Черкасский М. А. Вopr. 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.

При изложении мы объединили больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в одну группу, а больных с оперированным желудком отнесли к другой. Большинство больных имело длительные сроки заболевания — от 5 до 10 лет, а двое — больше 20 лет.

При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки болезненность при пальпации отмечалась в эпигастральной области, преимущественно справа от средней линии (у 53 больных из 73), у 16 — по всей эпигастральной области, у 2 — слева от средней линии, а у 2 болезненность при пальпации отсутствовала. У больных язвенной болезнью желудка болезненность преимущественно локализовалась в эпигастральной области по средней линии или под мечевидным отростком, у 10 она была более выражена справа от средней линии, у 5 живот был болезнен при пальпации.

Симптом Менделя оказался положительным у 77 из 120 язвенных больных, напряжение мышц брюшной стенки было у 5.

Повышенная кислотность наблюдалась у 57 больных, нормальная — у 36, пониженная — у 10, отсутствовала свободная соляная кислота — у 2. У 15 больных исследование желудочного сока не проводилось.

Реакция на скрытое кровотечение была положительной у половины больных.

Прямые рентгенологические признаки язвенной болезни были обнаружены у 98, косвенные — у 22 больных. Кроме того, у 85 были отчетливо выражены рентгенологические симптомы гастрита (складки слизистой желудка грубые, утолщенные). У 60 больных наблюдалась субфебрильная температура. Из этого числа у 20 мы могли объяснить ее сопутствующими заболеваниями (холецистит, холангит, пиелит, остеомиелит, туберкулез легких и др.), а у остальных причина повышения температуры оставалась не совсем ясной.

Изменения со стороны красной крови в случаях, осложненных желудочным кровотечением, сводились к гипохромной анемии. У 5 больных обнаружен эритроцитоз, количество гемоглобина колебалось в пределах 105—107%, количество эритроцитов — 5 130 000—6 240 000.

Со стороны белой крови в небольшом проценте случаев отмечен нейтрофильный лейкоцитоз от 9 200 до 12 000. Он был вызван в основном сопутствующими заболеваниями, а у некоторых — обострением язвенного процесса. РОЭ была ускорена у 11. У 21 больного обнаружена эозинофилия в пределах 6—10%. У одного больного высокий процент эозинофилов был связан с глистной инвазией (карликовый цепень), а у остальных причина эозинофилии для нас осталась непонятной.

У 24 больных наблюдались желудочные и кишечные кровотечения. Несколько чаще кровотечений были при язвах желудка.

Примерно у 25% больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки обнаружены патологические изменения со стороны печени, желчных путей и желчного пузыря (мезенхимальные гепатиты, холангиты, холециститы). Эти сопутствующие заболевания почти полностью отсутствовали при язвенной болезни желудка.

Основная масса из группы ранее оперированных больных подверглась в свое время хирургическому вмешательству по поводу перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, лишь отдельные больные — по поводу стеноза привратника. Из них у 15 было произведено ушивание язвы, а у 25 — резекция желудка.

Необходимо отметить, что основной жалобой больных этой группы, так же, как и среди неоперированных, были боли. Но характер их резко изменился после операции. Чаще всего они носили постоянный характер или возникали тотчас после приема пищи; лишь у 4 больных (из 40) боли отсутствовали, а имелись лишь жалобы на диспепсические явления. По-видимому, это связано с воспалительными спаянными процессами вокруг желудка и двенадцатиперстной кишки, возникшими после операции.

26 больных с ранее оперированным желудком имели длительность заболевания от 10 до 20 лет. Некоторые отмечали сезонность обострения в весеннее и осеннее время.

Период хорошего самочувствия после операции продолжался у 9 больных около года, у 16 — до 5 лет, у 7 — до 10 лет; у 8 установить его длительность не удалось. Болезненность при пальпации в эпигастральной области справа от средней линии отмечалась у 17 больных, слева от нее — у 4, в эпигастральной области — у 16.

Повышенная кислотность редко встречается среди больных этой группы (только у 7): у большей части она была пониженной, а у 14 наблюдалось отсутствие свободной соляной кислоты. Низкие цифры кислотности и отсутствие свободной соляной кислоты встречались преимущественно у больных с резецированным желудком. После операции ушивания язвы кислотность остается, как правило, повышенной.

Рентгенологически у больных с оперированным желудком, помимо анастомоза и деформации желудка, у 17 из 40 больных был обнаружен симптом ниши, у 4 отмечались симптомы гастрита, у 17, помимо гастрита, были симптомы перигастрита, перидуоденита; лишь у 2 отсутствовали патологические изменения со стороны желудка.

Таким образом, у большинства боли в желудке были связаны не столько с обострением язвенной болезни, сколько с гастритом и перигастритом.

Положительная реакция на скрытое кровотечение обнаружена у половины больных. Субфебрильная температура наблюдалась у 18 из 40.

Со стороны белой крови в 11 случаях обнаружен нейтрофильный лейкоцитоз в пределах 9 550—13 150. РОЭ оказалась ускоренной у 25% больных.

Повышение температуры, ускорение РОЭ и лейкоцитоз в основном были обусловлены перигастритом, перидуоденитом, а у 10 больных — сопутствующим холециститом. У 9 человек была эозинофилия в пределах 6—7%.

У 2 больных обнаружены изменения со стороны красной крови, которые выражались в умеренном эритроцитозе, цифры гемоглобина колебались от 100 до 105%, количество эритроцитов — от 5 750 000 до 5 850 000.

Методика лечения больных индивидуализировалась в зависимости от длительности заболевания, его проявлений, осложнений, реакции больного на те или иные процедуры или лекарственные вещества. Но индивидуализируя назначения, мы все-таки придерживались следующих общих положений.

Всем больным назначался полупостельный режим, а при желудочном кровотечении или резком обострении — строгий постельный.

Для питания использовались столы № 1 и № 1-а по Певзнеру. При кровотечении — 1—2 дня назначалось голодание, а затем стол № 1-а и в последующем стол № 1. Больным с длительным, торпидным течением заболевания назначались эритемные дозы кварцевых облучений в количестве 6—7 сеансов. Этим мы рассчитывали достигнуть некоторой активации регенеративных процессов. Затем переходили к лечению диатермией по 20 мин. ежедневно, 10—15 сеансов.

Одновременно назначали внутривенное вливание 10% раствора бромистого натрия по 10 мл ежедневно, всего 10—15 вливаний. Некоторые получали 3% раствор бромидов внутрь и, кроме того, 0,6% раствор азотнокислого серебра по 1 столовой ложке 3 раза в день натощак; последнее применялось как прижигающее, вяжущее и стимулирующее регенерацию средство. Для уменьшения секреции и спазмов подочно вводились растворы платифиллина или реже — атропина по 0,5 мл 2 раза в день (утром и на ночь). После того как стихали острые боли, платифиллин и атропин заменяли белладонной с папаверином, а у некоторых (при повышенной кислотности) с жженой магнезией; назначался также витамин В<sub>1</sub>. В тех случаях, когда после этого курса лечения оставались боли, мы прибегали к двусторонней паранефральной новокаиновой блокаде по А. В. Вишневскому. После 1—2 блокад боли обычно, за небольшим исключением, исчезали.

Необходимо заметить, что мы сравнительно редко пользовались новокаиновой блокадой, так как и без нее после курса лечения наступало улучшение.

Тем, у которых функциональные расстройства нервной системы были резко выражены, наряду с перечисленными лечебными мероприятиями, применяли хвойные ванны и ионогальванизацию по Щербаку.

У больных с оперированным желудком при спаечном процессе медикаментозная терапия в основном оставалась той же, а из физиотерапевтических процедур назначали парафиновые аппликации, ионогальванизацию с новокаином, диатермию.

При обострении язвенной болезни, сопровождающемся напряжением мышц брюшной стенки, повышением температуры, лейкоцитозом, применялись антибиотики.

Если язвенная болезнь осложнялась кровотечением, физиотерапевтические методы не применялись. Назначались повторные переливания крови капельным методом, обычно малыми дозами (100 мл), внутривенно 10% раствор бромистого натрия в чередовании с введением раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой. Применялись также стимулирующие кровотоки, вяжущие и прижигающие, кровоостанавливающие, спазмолитические средства, витамины В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>. Обнадеживающие результаты в отношении уменьшения болевой симптоматики мы получили после внутривенного вливания смеси бромистого натрия, новокаина, атропина на растворе глюкозы.

В литературе появились сообщения о высокой эффективности ганглиоблокирующих средств при лечении больных язвенной болезнью. В качестве ганглиоблокирующего средства мы применяли тексоний в дозе 0,1 2—3 раза в день в течение 2—3 недель. Мы пришли к выводу, что ганглиолитики, по сравнению с другими средствами, более быстро снимают болевой симптом; что же касается сроков заживления язвы, то преимуществ перед другими средствами и методами лечения они не имеют.

Помимо лечения основного заболевания, при сопутствующих заболеваниях проводился их терапия. В отдельных случаях применяли курсы лечения алоэ, хлоралгидратом.

В среднем больные проводили в клинике 3—4 недели, лечение иногда продолжалось до 6—8 недель.

В результате описанной комплексной терапии мы получили следующие результаты.

Из 120 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки наступило улучшение общего состояния и исчезновение болей у 87 чел., уменьшились боли у 29, не наступило улучшения лишь у 4. Рентгенологически из 98 больных (у которых при первичном рентгенологическом исследовании была обнаружена ниша) повторно исследовано 62, из них у 29 симптом ниши исчез, у 3 ниша уменьшилась в размерах, у 28 осталась без изменений, у одного стала больше и еще у одного появилась вторая ниша.

Из числа 40 больных с ранее оперированным желудком после лечения боли исчезли у 21, резко уменьшились — у 18, остались — у 1.

Следует отметить, что лечение ранее оперированных больных представляет большие трудности, так как перипроцессы (перидуодениты, перигастриты) вызывают у них упорный и стойкий болевой синдром. Это обстоятельство удлиняет сроки пребы-

вания их в стационаре, а у некоторых, несмотря на интенсивное и длительное лечение, боли остаются. Из 17 больных, у которых рентгенологически был обнаружен симптом ниши, повторному исследованию после курса лечения подверглись 9, причем у 7 из них ниша исчезла, а у 4 — осталась.

Таким образом, наиболее целесообразным следует считать комплексную терапию с учетом индивидуальных особенностей.

В результате лечения мы добились у преобладающего большинства больных улучшения состояния, исчезновения болей, а у трети — исчезновения симптома ниши.

Поскольку описанный клинический эффект отражает лишь непосредственные и ближайшие результаты, следует направлять больных после выписки под наблюдение поликлиники, санчасти или других лечебных учреждений (диспансеризация) и в случае необходимости — на лечение в поликлинике, стационаре, в период ремиссии — в условиях курортов. Лишь в случаях, когда консервативное лечение оказывается безуспешным, а также при абсолютных показаниях (стеноз привратника, угроза ракового перерождения, перфорация язвы) и относительных (частые повторные кровотечения, каллезная глубокая язва, не поддающаяся консервативному лечению), оперативное лечение является необходимым.

Поступила 8 декабря 1959 г.

## ИЗМЕНЕНИЕ ПЕПСИНО- И КИСЛОТООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОД ВЛИЯНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ

*Асс. С. А. Валитов*

Кафедра госпитальной хирургии № 2 (зав.—проф. **И. В. Домрачев**) Казанского  
медицинского института и кафедра патофизиологии (зав.—проф. Н. А. Крылова)  
Казанского ветеринарного института

Новокаиновая терапия широко применяется не только в клинике, но и в условиях врачебного участка и районной больницы. Растворы новокаина при язвенной болезни вводятся энтерально, внутрикочно, внутривентриально — по методу Н. И. Лепорского, внутривенно, интраартериально.

Эксперименты на животных дают различный эффект в зависимости от способов введения новокаина, показывая неоднородность рецептивных полей, на которые действует раствор новокаина [Г. И. Мухамедьяров (1939), В. И. Михайлов (1939), Т. С. Мирющенко (1953), Т. А. Чумакова (1957), В. В. Мосин (1951)].

Несмотря на множество способов новокаиновой терапии, показания к ее применению при язвенной болезни разработаны еще не достаточно. В связи с этим мы поставили себе задачей выработать показания к применению некоторых форм новокаиновой блокады — паранефральной, вагосимпатической, чревных нервов и пограничных симпатических стволов — в связи с характером клинического течения язвенной болезни и терапевтического эффекта.

Объектами изучения были пепсино- и кислотообразовательная функции желудка. Наш интерес к изучению активности ферментов желудочного содержимого диктовался тем, что специфический метаболизм тех или иных желез проявляется в особенностях ферментобразования. Качественный состав секрета (органический состав, количество фермента, степень его активности, вязкость) свидетельствует о функциональном, трофическом состоянии желез (Гейденгайн, И. П. Павлов, Л. А. Орбели). Мы полагали, что количественные сдвиги в содержании составных частей секрета желез желудка после новокаиновой блокады должны быть результатом изменения трофической регуляции, показателем функционального состояния железистых клеток.