

Мы позволим себе резюмировать следующим образом свои выводы: клиническая проверка показала, что гравидан является несомненно активным препаратом, со сложным многообразным воздействием на больший организм и дающим в ряде заболеваний отчетливый положительный эффект. Требуются дальнейшие клинические и экспериментальные исследования для выяснения механизма действия гравидана.

Из Терапевтической клиники (им. проф. Р. А. Лурья) Института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани (директор проф. Р. И. Лепская).

Лечение язв желудка и 12-перстной кишки гравиданом¹⁾.

А. И. Миркин и М. Э. Винников.

Гравидан—препарат мочи беременных женщин—был предложен А. А. Замковым в 1929 г. с терапевтической целью при некоторых внутренних и других заболеваниях.

Нам еще очень мало известно о свойствах, составе гравидана и еще меньше о характере производимого им влияния на больной и здоровый организм. Богатая разнообразными гормонами моча беременных благоприятно действует на многие органы и ткани и, особенно, как это выявилось за последнее время рядом русских и иностранных работ, на вегетативную и центральную нервную систему.

С этой точки зрения представлялось весьма интересным применение гравидана для лечения таких заболеваний во внутренней клинике, где ярко выступает участие нервной системы. К таким страданиям относятся язвенные процессы желудка и 12-перстной кишки.

Наша клиника в течение ряда лет занималась вопросами терапии язв желудка и 12-перстной кишки. Укажу на работы—„Лечение язв желудка и 12-перстной кишки новопротивом“ (проф. Р. А. Лурья),—„Метод откачивания желудочного сока“ (д-р Могилевский и Биткова), и—„Бессолевая диета в лечении язвенных процессов желудка“ (бригадная работа терапевтической клиники ГИДУВ'а).

Мы продолжаем разрабатывать эти вопросы, привлекая все новые методы и способы для получения наиболее положительных и стойких результатов.

Ровно сто лет тому назад Крювелье выступил в Парижской медицинской академии наук с подробным описанием клинической картины язвы желудка, выделив ее в отдельную возологическую единицу. Но несмотря на столь давнее знакомство с этим заболеванием, этиология и патогенез язвы желудка и 12-перстной кишки до настоящего времени в достаточной степени нам еще неизвестны.

Большинство же авторов все же склоняется в сторону значительного участия в образовании язвенного процесса нервной системы. Одни авторы придают значение в этиологии образования язв желудка автономной нервной системе, другие

¹⁾ Доложено на объединенном заседании Научной ассоциации врачей г. Казани 13 марта 1934 г.

как, например, проф. Губергриц—трофической нервной системе, сравнивая язвы желудка с *mal perforant du pied* при *tabes dorsalis*, которая трактуется как заболевание трофических нервов. Губергриц говорит о двух возможностях трофических изменений, или путем рефлекса на трофические нервы через симпатическую или парасимпатическую нервную систему, либо как заболевание самих трофических нервов—неврит трофических нервов.

Болезненный процесс может находиться в самой стенке желудка, в ее автономных нервных узлах, в стволах самого *n. vagi* или *sympatici*, их трофических волокнах, наконец, это может быть заболевание различных отделов спинного и головного мозга.

Участием трофической нервной системы в образовании язвенных процессов желудка легко объясняется периодичность, хроническое течение и рецидивы язв в зависимости от постоянства или периодичности процессов, влияющих на трофические нервы.

Под нашим наблюдением находилось 25 больных с язвами желудка, 12-перстной кишки и 2 случая послеоперационных осложнений с гастро-энтеростомическим симптомокомплексом. Подавляющее большинство наших язвенных больных относилось к группе хронических язв с длительным анамнезом и частыми рецидивами. У них определялось наличие ясно выраженных (рентгенологически) ограниченных перивисцеритов в области привратника и 12-перстной кишки, слайки с желчным пузырем и проч.

Наши больные, как правило, систематически в прошлом лечились, соблюдали диетотерапию, бывали на курортах. Полученные ими улучшения обычно бывали не особенно стойкими. Приводило же их в клинику новое ухудшение, главным образом, сильные постоянные боли, не поддававшиеся обычной терапии.

Приступая к лечению этих больных, приходится учитывать и то обстоятельство, что и сама язвенная болезнь с ее волнообразным течением имеет большую склонность к самозатиханию и что часто покой, правильно подобранная и назначенная диета дают в условиях стрыва от обычной повседневной жизни быстрый и благоприятный результат. Не будет преувеличением утверждать, что в этих условиях любая терапия (бессолевая, протеинотерапия, откачивание, атропин, тепло и т. д.) быстро оказывается эффективной.

Естественно, проводя лечение гравиданом, мы поставили перед собой задачу избежать этого возможного возражения. Наши больные не соблюдали никакой диеты: они получали обычный, часто грубый, больничный стол. Мы им разрешали употреблять кислую капусту, соленые огурцы и т. д. с самого начала гравиданотерапии. Понятно, что никаких лекарств и процедур наши больные не получали. Вначале лечения прием грубой и острой пищи еще вызывал у больных усиление болей, однако вскоре же боли проходили полностью или появлялись временно с тем, чтобы впоследствии исчезнуть окончательно. В 16 случаях боли прекратились после 1—3 инъекций, в 4 случаях после 5 инъекций, в 3 случаях после 6—7 инъекций, в 2-х случаях улучшения не наступило. Другие методы лечения (откачивание, бессолевая диета), примененные в последних двух случаях, также не имели успеха.

Самым поразительным в действии гравидана нужно считать его болеутоляющий эффект, наступающий у большинства больных очень быстро после начала лечения. Исчезновение болей нами наблюдалось в случаях, где ни применение тепла, ни атропинизация, ни бессолевая диета не дали эффекта. Даже однократная инъекция гравидана

вызывает уменьшение или исчезновение боли, наступающее через 1—2 часа после инъекции.

Кислотность желудочного содержимого после инъекции гравидана в 18 случаях оставалась без изменений, в 7 случаях уменьшилась.

Вес после инъекций гравидана в большинстве случаев (19) повышался—до 4 kgr.

Рентгеновская картина в 22 случаях оставалась без изменений. В 3 случаях в конце лечения наблюдалось исчезновение ниши (все 3 случая с язвой на малой кривизне).

Диспептические явления держатся еще довольно продолжительное время после начала лечения, в особенности отрыжка. Только к концу лечения исчезают и они. Почти у всех больных после первых же инъекций гравидана наблюдалось улучшение общего состояния, наступал хороший сон, появлялся хороший аппетит, улучшалась память, увеличивалась работоспособность. У ряда больных значительно резко возрастало половое чувство.

5 кратких выдержек из историй болезней язвенных больных, леченных гравиданом.

1. Больной Андр. (история болезни № 185), 29 лет, поступил в терапевтическую клинику ГИДУВа 3 марта 1934 г. по поводу периодических с 1929 г. сильных, режущих болей в подложечной области, появляющихся через 2 часа после приема пищи, изжоги, отрыжки, ночных болей. Боли успокаиваются приемом соды и вынужденным положением. Желудочный сок (тонкий зонд, фракционный способ, коффиновый завтрак), максимальная кислотность общая—90, свободная HCl—80. Рентгеноскопия: Bulbus duodeni деформирован с diverticuloобразным выпячиванием. Диагноз: *ulcus duodeni, periduodenitis*. Применение Extr. Belladonae, бес-солев й диеты не могли успокоить появившихся при поступлении в клинику сильнейших болей в подложечной области. Инъекция гравидана купировала через час боли. Через 2—3 дня боли вновь появились. Инъекция гравидана вновь через час купировала эти боли. В виду подозрения на каллезную язву больной был направлен в хирургическую клинику, где на операции была обнаружена каллезная язва пилорического отдела.

2. Больной Фрид. (история болезни № 1119)—45 лет, поступил в терапевтическую клинику ГИДУВа 25 ноября 1933 г. с жалобами на острые боли под ложечкой, наступающие через 20—30 минут после еды, изжогу, рвоты. Боли и рвота периодически с 1914 года. В 1930 г. операция на желудке (гастро-энтеростомоз). Хорошее состояние после операции длилось 1½—2 месяца, а затем боли и рвота возобновились с той же силой. Больной неоднократно лечился, но боли не прекращались. Желудочный сок (тонкий зонд, фракционный способ) максимальная кислотность—общая—80, своб. HCl—76. Рентгеноскопия—явления гастрита в области анастомоза и язва 12 перстной кишки. Лечение атропином не имело успеха. После первой же инъекции гравидана боли исчезли, хорошее общее самочувствие, исчез *defense musculaire*. Больной после 3-х инъекций гравидана выписан для амбулаторного лечения. При повторном обследовании через год боли и рвота не возобновились.

3. Больной Петроп. (история болезни № 816), 34 лет, поступил в клинику 14 июня 1933 г. по поводу периодических острых приступов болей в подложечной области, наступающих через 2—3 часа после еды, ночные и голодные боли. Успокаиваются боли приемом соды и искусственной рвотой. Болен 8 лет. Неоднократно лечился, но без большого успеха. Желудочный сок (тонкий зонд, фракционный способ); максимальная общая кислотность—110, своб. HCl—90. Рентгеноскопия—деформация *bulbi duodeni*. После первой же инъекции гравидана боли исчезли. После 3-х инъекций больной был выписан и закончено лечение амбулаторно (10 инъекций). Обследование больного через 11 месяцев показало некоторое снижение кислотности и полное отсутствие каких-либо болевых симптомов (диету не соблюдал).

Все три вышеприведенные истории болезни указывают на болеутоляющее действие гравидана.

4. Больной Каряк, 21 года (история болезни № 69), рабочий, поступил в клинику 21 января 34 г. с жалобами на периодические острые боли в эпигастриальной области, наступающие через 1—2 часа после еды. Болен 2 года. Лечился стационарно в больнице. В декабре 1933 года кровавая рвота. Желудочный сок (тонкий зонд, фракционный способ) максимальная общая кислотность — 80, свободная HCl—72. Рентгеноскопия: ниша на малой кривизне. После первой же инъекции гравидана боли исчезли. Было проделано 10 инъекций. Повторное рентгеноскопическое исследование ниши не обнаружило.

5. Больной Тимофеев, 32 лет (история болезни № 91), колхозник. Поступил в клинику с жалобами на острые боли в подложечной области, наступающие спустя 1/2—1 час после приема пищи, рвоты. Болен с 1930 года. Желудочный сок: общая кислотность—8, свободная HCl—52. Рентгеноскопия желудка: ниша на малой кривизне. После 2-х инъекций гравидана боли исчезли. Всего проделано 12 инъекций. Повторная рентгеноскопия: ниша не определяется.

Насколько продолжителен эффект влияния гравидана?

4 больных находятся под нашим наблюдением 1 год, все они на обычной диете и в обычных условиях труда, рецидивов за этот период не наблюдалось. Остальные 21 больных с давностью наблюдения менее 1 года также чувствуют себя хорошо.

Техника применения гравидана. Как правило, дозировка гравидана была 3—5 к. с. Инъекции гравидана делались через день внутримышечно. В отдельных случаях при сильных болях делались инъекции 2—3 дня подряд с последующим днем отдыха, а затем вновь 2—3 дня подряд (метод залпов) до исчезновения субъективных жалоб. Наконец, в очень редких случаях, впрыскивания делались ежедневно и даже дважды в день. Обычно мы оставались в дозах 3—5 к. с. в течение всего курса лечения. Однако там, где эффект лечения быстро не наступает, каждая последующая инъекция шла с увеличением количества гравидана 7—8—10 к. с., а самые инъекции производились чаще по системе залпов.

Имеет значение и время введения гравидана. При ночных болях мы переносим время инъекции на вечер, что позволяло нашим больным спокойно проводить ночь. Курс охватывает 10—12 инъекций. В случаях с небольшой длительностью заболевания количество инъекций приходилось применять значительно меньше, чем в тех, где имелся длительно протекавший процесс.

Местная реакция при впрыскивании гравидана была незначительная. Отмечалась лишь незначительная боль на месте укола.

Температурной реакции на впрыскивание гравидана мы не отмечали. В 2-х случаях нам пришлось наблюдать очаговую реакцию через 2 часа после инъекции в виде сильных болей в подложечной области с последующей рвотой.

Последующие инъекции также сопровождались усилением болей в животе и только после 5-й инъекции боли исчезли окончательно.

На основании нашего материала намечаются следующие выводы:

1. У большинства язвенных и гиперацидных больных наблюдается довольно быстрое прекращение болевых явлений.

2. Устранение болевого комплекса наблюдается независимо от характера диеты.

3. При впрыскивании гравидана в редких случаях может наблюдаться очаговая реакция, которая в большинстве случаев отсутствует.

4. На ряду с воздействием на болевой синдром при лечении гравиданом наблюдается улучшение общего состояния, аппетита, сна, увеличение половой силы, веса.

Наши опыты применения гравидана у язвенных больных с удовлетворительными результатами дают нам право рекомендовать вести дальнейшие наблюдения над этим методом лечения и только на основании большого материала можно будет окончательно решить вопрос о повседневном, практическом применении гравидана у язвенных больных.