

К вопросу о диететическом лечении язв желудка и гиперацидных катарров¹⁾.

Прив.-доц. Н. Е. Кавецкого и д-ра К. С. Промахина.

Диететическому лечению язв желудка и 12-перстной кишки в настоящее время придается большое значение, и для этой цели предложено довольно много способов (Leube, Lenhartz, Senator, Rosenfeld, Petren, Riegel, Steesma, Васильев, Schnabel, Zweig, Boas, Яроцкий, Sipru и др.). Не имея возможности останавливаться здесь на всех этих способах, мы коснемся лишь диеты, предложенной проф. А. П. Яроцким. Диета эта, базирующаяся на работах школы И. П. Павлова, направлена к тому, чтобы изменить самый характер желудочной секреции. Задача ее — не только устранить субъективные страдания больного, но и привести его к полному излечению и понижению кислотности желудочного сока (последнему проф. Яроцкий придает особенное значение).

Лихачева на основании 12 случаев, из коих в 8 наблюдалось полное клиническое выздоровление, отмечает следующие положительные стороны диеты Яроцкого: понижение кислотности, отсутствие механического раздражения, покой желудка, обволакивающее действие белков и быстрый переход их в кишки. Денисова-Сущевская, испытав эту диету, кроме исчезания субъективных жалоб и болевых точек, также могла констатировать под ее влиянием падение кислотности желудочного сока. Наоборот, Варыпаев не наблюдал при ней уменьшения кислотности и считает этот метод лечения чисто-припадочным. Шубин, проводивший лечение диетой проф. Яроцкого в послеоперационном периоде, отмечает, что „кислотность при ней, как правило, оказывалась пониженной, но незначительно“. Надо заметить, что как в случаях Варыпаева, так и в случаях Шубина диета проводилась непродолжительное время, причем оба этих автора отмечают падение в весе больных, а субъективно — слабость и головокружение. Лихачева наблюдала падение больных в весе только в первые дни диеты, а затем начиналось повышение, достигавшее нескольких кило. Сам проф. Яроцкий на большом материале наблюдал понижение кислотности под влиянием своей диеты.

Все авторы, применявшие эту диету, отмечают быстрое исчезание субъективных жалоб и резкое улучшение субъективного состояния больных. Проф. Яроцкий считает при лечении этой диетой, излишним какие-либо лекарственные назначения; только при расширении диеты он допускает назначение $\frac{1}{2}\%$ раствора соды за 1—1 $\frac{1}{2}$ часа до еды, в количестве 150 куб. сант.

¹⁾ Доложено в Самарском Научном Об-ве Врачей 23 февраля 1927 года.

Мы проводим лечение язв желудка и гиперацидных катарров диетой проф. Яроцкого с 1925 г. Диета применялась нами в следующем виде: в острых случаях язв желудка и 12-перстной кишки, сопровождавшихся кровотечениями, давались исключительно белки утром и сливочное масло во вторую половину дня, введение какой-либо другой пищи, а также воды, запрещалось. Когда острые явления стихали, а равно в хронических случаях язв и при гиперацидных катаррах, диета состояла из постных супов с большим количеством крупы, полужидких манных и рисовых каш на воде без соли с маслом, картофельного пюре с маслом, также совершенно без соли, и сливочного масла, которое больные ели кусочками; введение жидкости ограничивалось двумя стаканами жидкого чая с сахаром; кроме того, разрешались, в виде лакомства, 2—3 кусочка белого „вчерашнего“ хлеба. При улучшении процесса к диете прибавлялись морковная котлета, компот с большим количеством сахара и сладкое, без косточек, варенье. На такой диете больной оставался не менее 2 недель, а в большинстве случаев и значительно дольше. Часть случаев была проведена нами исключительно на диете, без медикаментозного лечения, в остальных больным давались висмут, щелочи, белладонна.

Всего диета проф. Яроцкого была применена нами в 53 случаях: в 23 случаях язвы желудка, 3 случаях язвы 12-перстной кишки, 26 случаях гиперацидных катарров и в 1 случае хронического гастро-энтеро-колита. Диагноз язв желудка и 12-перстной кишки во всех случаях был подтвержден рентгеном. У клинических больных производилось исследование на скрытое кровотечение.

Переходя к изложению результатов лечения, будем говорить о группе язв и гиперацидных катарров отдельно. Из 26 случаев язв 12 были проведены в Госпитальной Терапевтической клинике Университета, стационарно, остальные 14—амбулаторно. Из стационарных случаев выздоровление наступило в 7, улучшение—в 5; из леченных амбулаторно больных выздоровели 6, получили улучшение 8 (под выздоровлением мы понимали полное исчезновение всех, как суб'ективных, так и об'ективных, симптомов, под улучшением—такое состояние, когда больные суб'ективно чувствовали себя вполне здоровыми, при об'ективном же исследовании у них обнаруживалась болезненность при пальпации, или имелись незначительные суб'ективные жалобы, напр., на отрыжку, изжогу и пр.). Процент выздоровлений среди стационарных больных, как видно из сказанного, был у нас больше, чем среди амбулаторных, хотя в первую группу вошли более тяжелые случаи. Объясняется это тем, что в клинической обстановке, конечно, весь режим проводился строже, не было никаких нарушений в диете, больные соблюдали постельный покой, применялись грелки и пр.—в то время, как амбулаторные больные продолжали нести свои повседневные обязанности, исполняя подчас тяжелую физическую работу (рабочий лесопильного завода), а некоторые не могли, в силу условий службы (жел.-дорожный кондуктор) соблюдать все время строгую диету.

Больных с диагнозом хронического гиперацидного катарра желудка у нас было 26, из них амбулаторно лечились 23. Полное выздоровление наступило в 11 случаях, причем из 23 амбулаторно лечившихся больных мы не получили положительного результата только у одного,—это был амбулаторный больной с хроническим гиперацидным катарром желудка,

бывший непродолжительное время (всего 18 дней) под нашим наблюдением, и мы, конечно, не можем быть вполне уверены, что диета проводилась им достаточно строго.

В одном случае язвы желудка, одном случае язвы 12-перстной кишки и в 8 случаях хронических катарров желудка лечение проводилось нами исключительно диетой, без назначения медикаментов; при этом в случае язвы желудка наступило, после 18-дневной диеты, полное выздоровление, а в случае язвы 12-перстной кишки — значительное улучшение; из случаев катарров желудка в 3 наступило выздоровление, в остальных — значительное улучшение.

Исчезновение всех болезненных симптомов наступало у нас от 4-го до 33-го дня диеты, хотя большею частью уже в первые дни отмечалось значительное улучшение. Обычно первыми исчезали боли, которые, во всяком случае, значительно ослабевали уже после 1—3 дней диеты. В первые же дни у больных прекращалась и рвота; дольше держались тошнота, отрыжка и изжога. Запоры при диете большею частью также прекращались очень скоро. В этом отношении особняком стоит лишь один наш случай (*ulcus ventriculi*), где все болезненные симптомы, кроме боли, исчезли через два дня диеты без медикаментов, а боль, уменьшившись в силе, все же осталась; больному были назначены висмут, сода, белладонна, но боль прекратилась только после 6-недельной диеты. На общем состоянии диета особенно не отражалась, и в весе, обычно, больные не убывали; наоборот, в ряде случаев у них наблюдалось нарастание веса.

Желудочный сок исследовался нами во всех случаях, но, делая выводы, мы будем принимать во внимание только те случаи, в которых все исследования производились нами лично; таких случаев было у нас 36. Желудочный сок исследовался в них от 2 до 5—6 раз в продолжении лечения. Исследование производилось толстым зондом после завтрака Boas-Ewald'a. В 19 случаях было произведено определение типа секреции по методу проф. С. С. Зимницкого, причем в 16 из них до лечения тип этот представлял различные отклонения от нормы. Всего из 36 исследованных нами случаев мы получили понижение кислотности под влиянием лечения в 18, без изменения кислотность осталась в 11 случаях, и в 7 произошло повышение кислотности. В число последних вошло 2 случая язв желудка, где до лечения кислотность была ниже нормы; после лечения она повысилась до нормальных цифр. Из 16 случаев, в которых при исследовании по методике проф. Зимницкого были обнаружены до лечения отклонения типа секреции от нормы, в 11 мы наблюдали после лечения переход типа секреции в нормальный. Подробно об этом мы скажем в другой нашей работе, сейчас же отметим только то, что переход типа секреции в нормальный имел место и в тех случаях, где лечение проводилось нами без медикаментов. Обстоятельство это лишний раз подтверждает высказанное уже нами ниже в печати положение о том, что диета проф. Яроцкого способна улучшить тип секреции, переводя реактивную способность желудочной клетки к норме.

В общем итоге результаты наших наблюдений могут быть сведены в виде нижеследующей таблицы (стр. 1006):

Изложив эти итоги, мы в качестве примеров приведем извлечения из некоторых историй болезни.

Д и а г н о з.	Больные.	Число слу- чаев.	Результаты лечения			Изменен. кисл. жел. сока		
			Выздо- ров.	Улуч- шен.	Отри- цат.	Пони- жен.	Повы- шен.	Без измен.
1. Язвы желуд. и 12- перстной кишки .	Клинич.	12	7	5	—	4	3	3
	Амбул.	14	6	8	—	5	2	5
2. Хроническ. катарр желудка	Клинич.	3	2	1	—	2	1	—
	Амбул.	23	9	13	1	7	—	3
3. Хр. гастро-энтеро- колит	Клинич.	1	—	1	—	—	1	—

Случай № 6. Больной Е. В., 43 лет, истопник. Диагноз: *ulcus ventriculi*. Болен несколько лет. Явился в амбулаторию с жалобами на боль в области желудка после еды. Боль острая, иррадирует в спину. Имеются также рвоты, тошнота, кислая отрыжка, запор. При исследовании обнаружена болевая точка в эпигастриальной области на средней линии. Желудочный сок: общая кислотность 48, своб. HCl 22, связ. 16. При исследовании по методу Зимницкого констатирован астенический тип секреции. 8/XII 1925—назначена диета проф. Яроцкого и *bismut. subnit. + Na bicarb. + extr. bellad.* три раза в день. 22/XII—боли не каждый день, несильные, не иррадируют; рвоты, тошноты, отрыжки нет, болевая точка менее резко выражена, стул норма; тип секреции при исследовании по Зимницкому—нормальный. 5/I 1926—никаких жалоб со стороны желудка; желудочный сок после завтрака *Boas-Ewald'a*: общая кислотность 18, своб. HCl 6, связ. 8. 29/VII—более 6 месяцев больной ест все, несет тяжелую физическую работу и чувствует себя вполне здоровым.

Случай № 8. Больной В., 36 лет, ремонтный рабочий. *Ulcus ventriculi*. Болен год. Явился в амбулаторию, жалуясь на боль в животе через 1½ часа после еды, изжогу, отрыжку. Болезненность при пальпации в подложечной области, а также в точках *Boas'a* и *Mendel'я*. Желудочный сок: общ. кисл. 66, своб. HCl 34. 21/XII 1925—назначена диета Яроцкого плюс висмут и щелочи. 5/I 1926—боли и изжога нет, отрыжка редко, болевые точки менее резко выражены. 21/I—больной чувствует себя вполне здоровым, желудочный сок: общ. к. 79, св. HCl 51. 27/I—ухудшение после съеденного пирога с мясом, снова назначена диета. 15/II—из жалоб имеется лишь жалоба на чувство тяжести в желудке после еды, незначительная болезненность при пальпации области желудка, точка *Boas'a* безболезненна, желудочный сок: общ. кисл. 76, своб. HCl 57. После этого больной самовольно перешел на свою обычную пищу, и снова наступило ухудшение.

Случай № 20. Больной С., 36 лет, рольщик лесопильного завода. *Ulcus ventriculi*. Желудок при рентгеноскопии имеет форму песочных часов. Болен 12 лет. Явился на амбулаторный прием, жалуясь на боль в желудке через час после еды; боль иррадирует в спину, продолжается 1—2 часа. Рвоты нет, но больной часто вызывает искусственную рвоту, после которой чувствует облегчение. Чувство тяжести в желудке, тошнота, отрыжка, изжога. Appetit хороший. Запор, болевая точка в эпигастриальной области. *Mendel* положит. Желудочный сок: общ. кисл. 68, своб. HCl 30. Вес больного 64 кило. 23/VIII—назначена диета Яроцкого, а также висмут, щелочи, белладонна. 27/VIII—боль меньше, других жалоб нет, болевые точки выражены менее резко. 1/IX—боли нет совершенно. 8/IX—изредка отрыжка и изжога, болевые точки значительно менее выражены. 13/IX—жалоб нет никаких, вес 63 кило, желудочный сок: общ. кисл. 47, своб. HCl 36. 13/X—чувствует себя вполне здоровым, ест мясо в виде котлет, хлеб; рентген: небольшая перетяжка на большой кривизне. 20/I 1927—никаких жалоб; больной в продолжении всего лечения диетой исполнял свою тяжелую физическую работу; в настоящее время он продолжает находиться под нашим наблюдением, ест свою обычную пищу и чувствует себя очень хорошо.

Случай № 21. Большой III, 45 лет, чернорабочий. *Ulcus ventriculi*. Болен 1 год. Поступил в клинику с жалобами на постоянные боли под ложечкой, усиливающиеся минут через 30 после еды и при положении на спине. Тошнота, отрыжка, стул нормален. Болевая точка на 4 пальца выше пупка справа от средней линии. Болезненность в точке *Boas'sa*. 7/XI—исследование желудочного сока по *Зимницкому*: астенический гиперацидный тип; назначена диета *Яроцкого* плюс висмут, магнезия и белладонна. 10/XI—боли меньше. 14/XI—боли нет, тошноты также, но имеется отрыжка после еды; стул все время нормален. 18/XI—лишь изредка отрыжка; исследование желудочного сока: нормацидный нормальный тип. 23/XI—только болезненность при сильном надавливании там, где отмечалась болевая точка. 25/XI—разрешена котлета. 27/XI—больной выписался, чувствуя себя вполне здоровым. 23/I 1926—больной чувствует себя вполне здоровым, работает, последние 3 недели ест все; исследование по *Зимницкому*: субацидный нормальный тип. 13/III—рецидив: снова гиперацидный, астенический тип желудочной секреции; опять назначена диета, после чего наступило выздоровление. Больной до сего времени (февраль 1927 г.) находится под нашим наблюдением.

Случай № 32. Большой K., 45 лет. *ulcus ventriculi*. Поступил в клинику 15/XII 1925. Болен 12 лет, жалуется на острые боли, наступающие через полчаса после еды, иррадиирующие в спину, левое плечо и подреберье, а также рвоту, тошноту, отрыжку, изжогу, запор. Болевая точка над пупком по средней линии. Исследование по *Зимницкому*: гиперацидный астенический тип. Назначена молочная диета плюс висмут. 19/XII—кровавая рвота, холодный пот, пульс нитевидный; назначены камфора и *t-ra strophanti*. 20/XII—состояние тяжелое, но рвоты нет; назначено 2 яичных белка утром и 40,0 сливочного масла вечером. 22/XII—разрешена тарелка жидкой манной каши. 24/XII—болей нет. 27/XII—болезненность при пальпации меньше; углеводисто-масляная диета. 4/I 1926—болей, рвоты, тошноты и изжоги нет, лишь редко отрыжка; исследование по *Зимницкому*: гиперацидный нормальный тип. 30/I—нормацидный нормальный тип. 20/II—субацидный нормальный тип секреции. 24/II—выписался без всяких жалоб со стороны желудка; крови ни в желудочном соке, ни в кале нет.

Случай № 42. Больная H., 46 лет, домашняя хозяйка, явилась на амбулаторный прием с жалобами на боль в желудке после еды, чувство тяжести, тошноту, изжогу, отрыжку, икоту и запор. Больна больше года. Область желудка болезненна при пальпации. 20/X 1926—исследование желуд. сока: общ. к. 84, своб. HCl 64; вес больной 54,400; назначена диета проф. *Яроцкого* без медикаментозного лечения. 23/X—боль и тяжесть меньше, другие жалобы отсутствуют. 27/X—никаких жалоб со стороны желудка, пальпация неболезненна, вес 54 кило. 4/XI—жалоб нет, вес 54,100. 8/XI—чувствует себя вполне здоровой; желудочный сок: общ. кисл. 38, своб. HCl—19. Больная была переведена после этого на обычную свою пищу (мясо, молоко), после чего продолжала еще в течение месяца два раза в неделю посещать амбулаторию; чувствовала она себя все это время здоровой.

Случай № 46. Большой B., 48 лет, счетовод. Диагноз: *gastritis chr., tbc pulmonum A III prod. fibr.* Явился в амбулаторию с жалобами на боль в желудке после еды, чувство тяжести, отрыжку, изжогу. Область желудка болезненна при пальпации. Вес больного 79 кило. Исследование по *Зимницкому*: астенический гиперацидный тип. 28/X 1926—назначена диета проф. *Яроцкого* без медикаментов. 6/XI—болей нет, другие симптомы значительно менее выражены, вес 79 кило. 13/XI—незначительное чувство тяжести, изредка изжога и отрыжка, вес 78,800. 16/XI—исследование по *Зимницкому*: нормацидный нормальный тип; диета расширена. Больной находится под нашим наблюдением и чувствует себя хорошо.

Случаи №№ 6, 20 и 42 являются типичными,—так протекало лечение у большинства наших больных. Случай № 8 является представителем той группы, где больные, видимо, не могут переносить обычной своей пищи и, чувствуя себя хорошо на диете, при расширении ее начинают испытывать снова все болезненные симптомы. Случай № 46 интересен в том отношении, что здесь больной страдал туберкулезом легких, но, несмотря на самую строгую диету, проводимую амбулаторно, причем больной продолжал все время много работать, общее состояние его несколько не ухудшилось, и самочувствие было все время хорошее; впрочем за 15 дней вес больного убавился на 200,0.

Относительно прочности достигнутых результатов мы считаем возможным отметить следующее: в части наших случаев наступило прочное выздоровление (сл. № 6 и др.); в другой группе через некоторое время наступал рецидив (случаи №№ 21, 28, 29, 50), время наступления которого было различно; наконец, в части случаев больные, видимо, не могли переносить своей обычной пищи, и при расширении диеты у них снова наступало ухудшение. Поэтому мы думаем, что и после наступления полного клинического выздоровления желательно, чтобы больные все же и в дальнейшем, расширив свою диету, главным образом, оставались на углеводисто-масляной пище. Во время строгой диеты, по нашим наблюдениям, лучше всего больными переносятся рисовая и манная каши; напротив, пшенная у многих вызывала ухудшение. Надо еще отметить, что у нас был случай язвы желудка, в котором прекрасно переносилась гречневая каша. При расширении диеты нежирная мясная котлета в ряде случаев переносилась лучше, чем молоко.

Исчезновение субъективных жалоб при диете Яроцкого наступало у нас раньше, чем понижение кислотности желудочного сока, а в некоторых случаях мы имели полное клиническое выздоровление, между тем кислотность желудочного содержимого оставалась без изменений, или даже повышалась. Параллелизма, т. о., мы подметить не могли.

У нас создалось, далее, впечатление, что, хотя и одной диетой Яроцкого можно достигнуть полного клинического излечения, все же результаты получаются быстрее при одновременном назначении висмута и щелочей, а в некоторых случаях желательно и назначение белладонны. Большое преимущество диеты проф. Яроцкого состоит в том, что она, давая прекрасные результаты в смысле терапевтическом, доступна в материальном отношении широким массам, благодаря чему может с успехом широко применяться в амбулаторной практике. Благоприятное действие этой диеты объясняется, повидимому, не только нераздражающим, щадящим действием ее на желудок, но и общим влиянием на организм (изменение ацидоза тканей? Влияние на возбудимость нервной системы?)

На основании своих наблюдений мы считаем возможным сделать следующие выводы:

1. Диета проф. А. И. Яроцкого с успехом может применяться как при язвах желудка и 12-перстной кишки, так и при гиперацидных катаррах желудка.

2. Ее можно проводить амбулаторно.

3. Диета эта должна проводиться достаточно продолжительное время.

4. При продолжительном лечении ею можно достигнуть понижения кислотности желудочного сока и улучшения типа желудочной секреции.

5. Можно достигнуть хороших результатов одной этой диетой, без применения лекарственных веществ, но при применении последних выздоровление наступает быстрее.

6. Из лекарственных средств лучшие результаты получаются при назначении висмута и раствора соды.

7. Надо приветствовать открытие дието-столовых в Москве и пожелать, чтобы подобные же учреждения были открыты и в других городах, что значительно облегчит лечение желудочно-кишечных страданий.

ЛИТЕРАТУРА.

Яроцкий. Рус. Врач, 1910, № 51; тоже, 1916, № 23; Вр. Газ., 1923, № 17—20; Лечение круглой язвы желудка, 1918; Рус. Клиника, 1925, № 18; Клин. Мед., 1925, № 1—2.—Денисова-Сущевская. Рус. Вр., 1916, № 28.—Варыпаев. Рус. Врач, 1916, № 13.—Шубин. Казан. Мед. Журн., 1925, № 3.—Лихачева. Врач. Дело, 1922, № 16—20.—Лукомский. Вестн. Совр. Мед., 1925, № 8.—Сперанский. Врач. Газ., 1924, № 21—22.—Мюллер. Рус. Клин., 1926, № 31.
