

тельного развития рубцовой ткани, проходит так же, как и в коже полнослойных свободных лоскутов при осложненном послеоперационном течении (рис. 4).

Клинически пересаженный расщепленный свободный лоскут давал худший косметический и функциональный эффекты — был более долго гиперпигментирован, более сократим и менее подвижен. Эти морфологические данные подтверждают соображения Н. И. Бутиковой (1952), М. В. Мухина (1961) и др., высказанные на основании анализа клинического материала, о том, что пересадка расщепленного кожного лоскута на лице приводит к худшему косметическому и функциональному эффектам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоглядова Н. И. Материалы к изучению свободной пересадки кожи. Канд. дисс., Курск, 1956. — 2. Берлин Л. Б. Докл. Академии наук СССР, т. 122, № 2, 1958. — 3. Бутикова Н. И. В кн.: *Вопр. восстановит. хирургии, травматологии и ортопедии*, 3, Свердловск, 1951. — 4. Вайнштейн В. Г. *Пластика травматических дефектов*. Медгиз, 1946. — 5. Домрачева Е. А. *Ранняя пластика при огнестрельных ранениях лица с максимальным использованием местных тканей*. Докт. дисс., 1951. — 6. Жеребцов Л. Д. *Арх. патол.*, 1960, 7. — 7. Ильина А. В. *Вестн. венерол. и дерматол.*, 1938, 2. — 8. Киров А. А. *Сб. тр. теоретических кафедр Архангельского мединститута*, вып. 9, 1949. — 9. Мухин М. В. *Лечение ожогов головы, лица, шеи и их последствий*, 1961. — 10. Орловская Г. В. *Арх. патол.*, 1949, 6. — 11. Покотило В. Л. *Общие методы пластической хирургии*, 1908.

Поступила 11 июня 1962 г.

КОМПЛЕКСНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С УЧЕТОМ ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ДРУГИХ ЗВЕНЬЕВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ¹

Проф. А. Я. Губергриц
(Донецк)

Факультетская терапевтическая клиника Донецкого медицинского института
и госпитальная терапевтическая клиника Ижевского медицинского института

Общеизвестен прогрессивный взгляд отечественных клиницистов на язвенную болезнь не как на местный процесс в желудке или в двенадцатиперстной кишке, а как на общее заболевание организма (М. М. Губергриц, М. П. Кончаловский, Р. А. Лурия, Н. Д. Стражеско, М. В. Черноуцкий и др.). Однако, несмотря на большой труд, вложенный в изучение язвенной болезни, еще многое в этой проблеме остается не ясным и не уточненным. В частности, не удовлетворяют запросы практики здравоохранения и результаты существующих методов лечения язвенной болезни.

Разделяя основные положения кортико-висцеральной теории патогенеза язвенной болезни, мы, как и наш покойный учитель М. М. Губергриц, придаем немалое значение и внутренним факторам, в том числе воспалительным и функциональным нарушениям со стороны желудка и других звеньев пищеварительного аппарата, ненормальным условиям питания, эндокринным расстройствам, частично наследственной предрасположенности. К сожалению, многие сторонники кортико-висцеральной теории патогенеза язвенной болезни впадали в крайность, которая привела к ошибочному увлечению в применении терапии сном больных язвенной болезнью.

Опыт руководимых нами клиник Донецкого и Ижевского медицинских институтов показал, что наиболее рационально проведение у больных язвенной болезнью терапии систематической атропинизацией путем ежедневного подкожного введения 1 мл 0,1% раствора сернокислого атропина в сочетании с внутривенным введением 10 мл 10% раствора бромистого натрия.

Как показали наблюдения нашего сотрудника доц. Я. С. Циммермана, лечение таким методом 200 больных язвенной болезнью привело к весьма положительным результатам. Спустя 5 дней после начала лечения у 88% больных прекратились самопроизвольные рвоты, у 74% — изжога, у 82% — отрыжки и т. д. Наиболее трудно поддавались терапевтическому воздействию боли: после 15-дневного лечения они прекратились у 65% и после 25-дневного — у 94% больных.

В дальнейшем мы несколько модифицировали этот метод лечения и проводим его таким образом, что внутривенные введения 10 мл 10% бромистого натрия чередуем с внутривенными вливаниями 5 мл 0,5% раствора новокаина, а наряду с под-

¹ Доложено на конференции ИЭМ АМН СССР по профилактике и терапии язвенной болезни в Ленинграде 23 ноября 1961 г.

кожными введениями (обычно вечером) 1 мл 0,1% раствора серноокислого атропина вводим по утрам подкожно еще и 1 мл 0,2% раствора платифиллина.

Проведенное таким способом лечение 500 больных язвенной болезнью в сочетании с обычным общебольничным режимом и лечебным питанием в пределах стола № 1 обусловило у 92% больных положительный терапевтический эффект. Наряду с клиническим улучшением (исчезновение болей, других диспепсических явлений, исчезновение пальпируемого на высоте обострения мышечного валика и местной повышенной резистентности брюшного пресса), у большинства больных исчезали и рентгенологические симптомы язвенной болезни.

В комплекс мероприятий у больных с обнаруженной нишей мы включили внутримышечные введения 5 мл 4% раствора гистидина в виде курса в 25—20 инъекций, что, по нашим наблюдениям, ускоряет рубцевание язвы. При вяло рубцующихся язвах по нашему опыту (свыше ста больных) целесообразно дополнительное перееливание по 120—200 мл крови через 3 дня на четвертый (всего 2—5 трансфузий). Применение в этих случаях кровезаменителей не дает должного эффекта.

При стойком болевом синдроме мы прибегали к паранефральным новокаиновым блокадам. Как показали наблюдения сотрудников нашей клиники Т. В. Варфоломеевой и А. Ф. Кузнецовой, блокада эффективна только в сочетании со всем комплексом терапевтических мероприятий, а не как самостоятельный метод лечения. Анализ результатов лечения 107 больных, у которых в течение первой, а иногда и второй недели от атропин-бромистой терапии не было эффекта, включение паранефральных новокаиновых блокад (1—3) обуславливало положительное терапевтическое действие.

В последние годы мы, а также клиника проф. Б. Д. Боровской имели возможность убедиться и в положительном действии у многих больных внутрикожного введения 1/2% раствора новокаина в болевые зоны передней брюшной стенки, почему и этот простой и доступный в амбулаторной практике способ лечения должен быть учтен практическими врачами.

Применение витамина В₁ не дает нам оснований разделять оптимистическую оценку его действия.

В последние годы при лечении язвенной болезни предложен ряд новых средств. По нашим наблюдениям, бальзам Шостаковского у ряда больных не только не обуславливал улучшения, но иногда его приемы даже усиливали болевые ощущения, почему мы отказались от его применения.

Опыт применения у 47 больных бикалина в обычной дозе (по 1—2 таблетки 3 раза в день) свидетельствует о целесообразности включения этого препарата в комплекс терапевтических мероприятий (положительный терапевтический эффект отмечен у 43 из 47 больных).

На основании пока еще не законченных наблюдений сотрудника нашей клиники В. В. Трусова при лечении 83 больных язвенной болезнью гексонием последний зарекомендовал себя с положительной стороны. Применялся 2,5% водный раствор гексония по схеме возрастающих доз. Всего на курс лечения больные получали по 2,0—3,0 препарата.

У большей части больных обычно на 5—7 день лечения прекращались или значительно уменьшались боли, ослаблялись диспепсические нарушения. Полностью болевой синдром был ликвидирован у 48 больных, у остальных значительно уменьшился. У 3 больных эффекта не наступило. Следует отметить более отчетливое болеутоляющее действие гексония у больных молодого возраста и со сравнительно непродолжительным «стажем» болезни.

Под влиянием гексония у больных язвенной болезнью наблюдается выраженная тенденция к нормализации желудочной секреции, ферментообразования, моторики и экскреции, а в части случаев и нарушений внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы, а также ряда функций печени (углеводной, протромбиновой и др.).

У 27 больных проведено лечение ганглероном, который применялся в виде 1,5% водного раствора также в возрастающих дозах. Всего на курс больным вводилось от 2,0 до 2,5 препарата. Сравнительно терапевтический эффект гексония и ганглерона, следует отдать определенное предпочтение последнему. Прекращение или уменьшение болей, диспепсических расстройств, улучшение общего самочувствия больных при лечении ганглероном были более отчетливы и наступали раньше, чем при применении гексония. Заслуживает внимания также установленное В. В. Трусовым выраженное нормализующее влияние ганглерона на моторную и секреторную функции желудка; менее отчетливо было выражено его действие в отношении кислотообразующей и ферментативной деятельности. У многих больных установлены положительные сдвиги в прежде нарушенных функциях печени и поджелудочной железы.

Был отмечен положительный терапевтический эффект от диохина при применении его у 25 больных язвенной болезнью (И. Б. Шулуток, Д. В. Толмач и Е. Н. Шкловская).

Указанные выше методы лечения в большинстве своем применялись у больных с неосложненной язвенной болезнью.

Однако, по нашим данным, у многих больных подобная терапия нередко оказывалась несостоятельной, ибо течение язвенной болезни часто сопровождается

вовлечением в патологический процесс и других звеньев системы пищеварения, а игнорирование этого обстоятельства и лежит в основе терапевтических неудач.

Наиболее частыми сопутствующими течению язвенной болезни поражениями являются заболевания желчных путей и печени, перивисцериты, нарушения функций поджелудочной железы и реже — толстого кишечника.

Лично нами исследована 1000 больных язвенной болезнью, что делает относительно достоверным выдвигаемое нами положение о большой частоте поражений печени и желчных путей у больных язвенной болезнью.

Уже обычное пальпаторное исследование брюшной полости, проводимое по методу В. П. Образцова, часто обнаруживает своеобразную «триаду» признаков, позволяющую диагностировать сопутствующие язвенной болезни поражения печени и желчных путей.

Компонентами этой триады являются: увеличение печени, в частности прощупывание ее нижнего края на два и более см ниже правой реберной дуги (на уровне срединно-ключичной линии), некоторое уплотнение нижнего края печени и болезненность его.

Для уточнения частоты этой «триады» признаков поражений печени и желчных путей мы специально обратили на нее внимание у 1000 больных язвенной болезнью (мужчин — 94,2%, женщин — 5,8%). У 95,8% заболевание протекало упорно, длительно, с относительно частыми рецидивами. У 87,8% больных рентгенологически установлена язва в двенадцатиперстной кишке.

Пальпаторное исследование обнаружило у этих больных увеличенную и чувствительную печень (76,1%), причем у 44,2% больных нижний ее край прощупывался на 2 см и более из-под нижнего края правой реберной дуги на уровне срединно-ключичной линии. Выраженная чувствительность печени при ощупывании замечена у 62,3% больных, а уплотнение нижнего края — у 22,7%. Все это, несомненно, свидетельствует о вовлечении печени в патологический процесс при язвенной болезни.

Уже такой простой показатель функциональной неполноценности печени, как уробилинурия, встретился несколько более чем у половины больных (51,1%). Изучение состояния антитоксической функции печени у 70 больных, проведенное Т. И. Маяковой, установило у 54 снижение ее на высоте обострения язвенного страдания; средняя величина «синтетической» способности печени составила в это время 63,3%, то есть была явно пониженной. Повторное изучение у 60 из этих же больных антитоксической функции печени выявило неудовлетворительное ее состояние только у 32. Особенно низки были показатели антитоксической функции печени у больных с перигастритом или стенозом.

Другим сотрудником клиники (Е. А. Феофилактовой) изучено у 65 больных состояние протромбинообразовательной функции печени, она оказалась в той или иной степени сниженной у 63. Специальная проба на насыщение витамином К показала, что почти у половины больных уровень протромбина крови все еще оставался пониженным, что свидетельствовало об относительно выраженном нарушении участия печени в протромбинообразовании.

Наконец, исследованиями В. А. Юрпавловой, в соответствии с прежними данными С. М. Рысс и А. А. Шаталовой, Н. М. Мусуляк и А. А. Шелагурова, Ф. А. Удичева и др., выявлены и нарушения в углеводном обмене, до некоторой степени свидетельствующие о патологии печени.

Для суждения о вовлечении в патологический процесс желчевыводящих путей мы прибегли к дуоденальному зондированию у 638 больных язвенной болезнью, с использованием в качестве рефлекторного возбудителя 33% раствора сернокислой магнезии. При этом в так называемой «печеночной» желчи порции «С» у 214 больных (33,7%) обнаружены лейкоциты свыше 10 в поле зрения, а у 17,3% число форменных элементов превысило 20. Одновременно у большинства этих больных в желчи «С» найдены слизи и другие признаки воспаления. Следовательно, есть основания утверждать, что у одной трети больных язвенной болезнью налицо признаки воспалительного процесса во внутривнутрипеченочных желчных путях, что соответствует и данным физического исследования, обнаруживающего в этих случаях увеличенную, несколько плотноватую и чувствительную, а иногда и выражено болезненную печень.

Значительно реже удавалось с помощью дуоденального зондирования выявить признаки воспаления желчного пузыря, так как у большинства больных не получено «пузырной» желчи (порции «В»). Однако в тех случаях, когда желчь «В» все же была получена, у многих больных в ней были найдены хлопья слизи и лейкоциты.

Проведение в качестве лечебного мероприятия курса дуоденальных зондирований, назначений желчегонных средств, в ряде случаев — антибиотиков и др., направленных на ликвидацию сопутствующих холециститов, холангитов и холангио гепатитов, приводило к уменьшению содержания форменных элементов в желчи «С».

Перивисцериты (в основном в виде перигастритов) встретились у 54% наших больных. Они, помимо рентгенологического исследования, устанавливаются и по тимпаническому тону при перкуссии по правой реберной дуге, на что в свое время обращали внимание В. П. Образцов и его ученики Н. Д. Стражеско, М. М. Губергриц. По-видимому, перигастриты, отчасти и холангиты, обуславливают значительную

частоту у больных язвенной болезнью субфебрильной температуры, на что подробно указывалось в сообщениях наших сотрудников А. В. Белокральной и Я. С. Циммермана. Так, при изучении 1500 больных язвенной болезнью Я. С. Циммерман установил, что субфебрильная температура наблюдалась у 729 больных, причем у 278 больных (18,5%) она имела стойкий характер, а у остальных была кратковременной.

Выявленные сопутствующие язвенной болезни патологические процессы в печени и желчных путях, своего рода «холангиогепатиты-спутники», диктуют необходимость комплексной терапии язвенной болезни.

Исходя из этого, мы в таких случаях, наряду с так называемым противоязвенным лечением, применяли ряд процедур, направленных на борьбу с сопутствующими язвенной болезни холециститами, холангитами и холангиогепатитами.

С этой целью у больных, у которых выявлены изменения со стороны желчевыводящих путей и печени, проводился систематический курс дуоденальных зондирований (зонд без оливы), своего рода «нехирургический дренаж желчных путей». Обычно через несколько зондирований больные отмечали значительное облегчение: у большинства исчезало чувство распирания после еды, исчезали или уменьшались и болевые ощущения. Значительно уменьшалось впоследствии и количество форменных элементов в дуоденальном содержимом. Выше уже указывалось, что если на высоте обострения язвенного процесса в желчи «С» лейкоциты свыше 10 в поле зрения встретились у 33,7% исследованных в этом направлении больных, то после курса дуоденальных зондирований лейкоциты свыше 10 экземпляров в поле зрения в желчи «С» обнаружены только в 13%, а свыше 20 лейкоцитов в поле зрения отмечено только у 6% больных. Так же исчезали лейкоциты из пузырной желчи (желчь «В») в тех случаях, где они обнаружены при дуоденальных зондированиях на высоте обострения язвенного заболевания. Во многих случаях после этого субфебрильная температура нормализовалась.

Таким образом, как бы ни расценивать присутствие лейкоцитов в желчи, добытой путем дуоденального зондирования, — исчезновение или значительное уменьшение их числа, несомненно, свидетельствует об улучшении сопутствующего язвенной болезни патологического процесса в желчных ходах, при том, очевидно, во внутривисцеральных.

Наряду с этим, части больных внутривенно назначались введения 40% уротропина или салитропина (уротропин и салициловокислый натрий), перорально назначались условно названные нами «сложные печеночные порошки» (уротропин, сернокислая магнезия, салициловокислый натрий по 0,5, экстракт белладонны и папаверин по 0,02), а также желчегонные растительного происхождения (бессмертник, шиповник, рыльца кукурузы).

При стойкой субфебрильной температуре назначались антибиотики, чаще тетрацилин или биомицин.

При выраженных изменениях со стороны печени (ее увеличение, уплотнение и чувствительность) дополнительно к противоязвенному лечению проводилась глюкозотерапия в сочетании с инсулином. В более тяжелых случаях назначался камполон.

Для лечения холангиогепатитов, а также уменьшения перивисцеральных явлений с хорошим эффектом применялись парафиновые аппликации на верхнюю часть живота и область правого подреберья, дающие, по нашим впечатлениям, лучший эффект, чем продолжительная диатермия. Благоприятное действие аппликаций парафина частично объясняется его большой теплостойкостью и плохой теплопроводностью, позволяющей применять его с достаточно высокой температурой, не опасаясь вызвать ожога кожи. К тому же при остывании парафин, уменьшаясь в своем объеме (до 18%), оказывает еще и легкое компрессионное воздействие. В среднем больные на курс лечения получили 15—20 парафиновых аппликаций. У небольшой группы больных применены с несколько меньшим, но все же отчетливым эффектом озокеритовые аппликации.

Работами, вышедшими из клиники М. М. Губергрица (П. С. Шпичинской), нашей (А. А. Кожевина, Я. С. Циммермана), И. М. Рыбакова (Р. И. Зак) и других, установлено нарушение при язвенной болезни и внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы. При поносах стеато- и креато- или амилорен назначают панкреатин по 1—2,0 3—4 раза в день. Как показали наблюдения Я. И. Дейча, известное положительное влияние на внешнесекреторную деятельность поджелудочной железы оказывает курс диатермии.

В результате такой действительно комплексной терапии у 82% больных достигнуто значительное или выраженное улучшение, у 16% получены менее выраженные результаты, и лишь у 2% терапия не оказала эффекта, они выписались без существенных перемен в состоянии здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барсукова Т. А. Тер. арх., 1961, 8.—2. Боровская Б. Д., Иванова Л. А. и Анисимова Д. В. Сов. мед., 1961, 9.—3. Варфоломеева Т. Б. и Кузнецова А. Ф. В кн.: Язвенная болезнь, Ижевск, 1959.—4. Губергриц А. Я. Врач. дело, 1956, 10; В кн.: Язвенная болезнь, Ижевск, 1959.—5.

Губергрин М. М. Избранные труды. Киев, 1959. — 6. Гукасян А. Г. Тер. арх., 1961, 8. — 7. Кончаловский М. П. Тер. арх., 1937, 5. — 8. Ланда А. Л. Казанский мед. журн., 1961, 4. — 9. Лурия Р. А. Болезни пищевода и желудка, 3 изд., М., 1941. — 10. Маякова Т. И. Терапевтич. сборник, посвящ. В. П. Образцову. Ижевск, 1950. — 11. Рысс С. М. Клин. мед., 1961, 2. — 12. Рысс С. М. и Поваляева А. Т. В кн.: Ганглерон. Ереван, 1959. — 13. Смотров В. Н. Язвенная болезнь. М., 1944. — 14. Старостенко Н. Т. Новое в лечении язвенной болезни. Кишинев, 1954. — 15. Стражеско Н. Д. Избранные труды, т. 2, Киев, 1956. — 16. Теппер П. А., Шахназаров А. Б., Каминский А. Н., Локисова О. В. Тер. арх., 1961, 8. — 17. Удинцев Ф. А. Избранные труды, Киев, 1955. — 18. Феофилактова Е. А. Терапевтич. сборник, посвящ. В. П. Образцову. Ижевск, 1950. — 19. Флекель И. М. Язвенная болезнь, 2 изд., М., 1958. — 20. Циммерман Я. С. Тр. Ижевского мед. ин-та, т. XIII, Ижевск, 1951. — 21. Шулушко И. Б., Толмач Д. В., Шкловская Е. Н. Врач. дело, 1957, 9.

Поступила 5 января 1962 г.

*Посвящается
светлой памяти
проф. М. И. Мастбаума*

О НЕКОТОРЫХ НОВЫХ АСПЕКТАХ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА

Канд. мед. наук Н. В. Эльштейн

1 терапевтическое отделение (зав. — А. Э. Мардна)
Таллинской республиканской больницы Эстонской ССР

Прошедшие 103 года со времени подробного описания лямблий не привели к единству взглядов о характере и степени их влияния на организм.

С одной стороны, отмечаются недооценка лямблиоза и запоздалая его диагностика, с другой — преувеличение патогенного значения лямблий. Крайности отмечаются и в лечебной тактике: в одних случаях обнаружение паразитов попросту не принимается во внимание, в других — задачу лечения больного лямблиозом усматривают лишь в том, чтобы применением того или иного средства (чаще акрихина) добиться исчезновения лямблий. При этом упускается из вида, что как обнаружение лямблий отнюдь не равноценно понятию лямблиоза, так и исчезновение их не всегда означает избавление от вызванного ими патологического процесса.

Обращает на себя внимание и то, что те, кто сомневаются в патогенности лямблий, почему-то искусственно выносят лямблиоз за пределы закономерностей, признаваемых для других инвазионно-паразитарных болезней. Так, некоторые авторы (И. А. Расулев, 1957 и др.) считают, что против патогенности лямблий свидетельствуют факты лямблионосительства без каких-либо признаков заболевания и сохранение болезненных проявлений после исчезновения лямблий, хотя те же самые доводы ни у кого не вызывают сомнений в патогенном значении глистов или дизентерийной палочки.

С целью изучения клинических проявлений лямблиоза нами было обследовано 360 больных (61,7% женщин и 38,3% мужчин). Больные в возрасте 21—40 лет составили 72,9%. В стационарных условиях исследовано 43% больных, в поликлинических — 57%.

Длительность болезни до установления диагноза лямблиоза оказалась свыше года у 77,8% больных. У некоторых заболевание могло быть с самого начала не обусловлено лямблиями, однако в большинстве случаев лямблиоз, видимо, способствовал хроническому рецидивирующему течению (А. Л. Мясников, 1956; Хацьегану, 1958).

Анализ симптоматики, сопутствующей лямблиозу, выявил у 91,4% больных функциональные расстройства нервной системы, преимущественно типа неврастении, вегетодистонии, реже — психастении. Отмечено это было и рядом других авторов, а Гялингер (1953) считает это настолько характерным для лямблиоза, что называет лямблию «паразитом усталости и тоски».

В 3,3% случаев лямблиоз клинически выявлялся только функциональными нарушениями со стороны нервной или сердечно-сосудистой систем, без каких-либо отклонений со стороны системы пищеварения. Жалобы на функциональные нарушения со стороны сердца и кровеносных сосудов предъявляли 30% больных, а объективно эти нарушения были выявлены у 44,1%. В ряде случаев можно было поставить в связь с лямблиозом коронарный ангионевроз и неустойчивость АД как в сторону повышения, так и снижения.