

ции желчевыводящих путей, ведущими к застою желчи и облегчающими фиксацию инфекции в желчном пузыре.

Через 4—6 месяцев после аппендэктомии были проведены контрольные исследования желудочно-дуоденального рефлекса у 11 и холецистография — у 19 человек.

Было установлено, что двигательная функция желчного пузыря восстанавливается после операции у части больных до нормы. Воспалительные же изменения в желчном пузыре оказались более стойкими; исчезновение их через этот срок было констатировано только в единичных случаях. Так как аппендэктомия способствует обратному развитию двигательных нарушений желчевыводящих путей, в целях профилактики заболеваний желчевыводящего аппарата важно своевременно диагностировать хронический аппендицит и осуществить аппендэктомию.

#### Доц. Е. И. Зайцева (Смоленск). О значении функциональных изменений печени при лечении сном язвенной болезни

Многие стороны метода лечения сном еще не достаточно оценены.

Во-первых, нельзя полагать, что при лечении медикаментозным сном создаются только оберегающие нервные клетки условия, — одновременно происходят той или иной силы сдвиги в биохимических процессах (а, следовательно, и в функциях) тканей всех органов и систем. Они не обходят и ткань мозга, и это сказывается на кортико-висцеральных отношениях. Сдвиги в организме, вызываемые наркотическим сном, иной раз бывают настолько значительны, что способны сами вызвать болезненные проявления.

Во-вторых, совершенно очевидно, что в возникновении болезни повинны не только изменения в центральной нервной системе, и нельзя считать обоснованным применение с лечебной целью искусственного торможения во всех стадиях и при различных проявлениях заболевания.

В-третьих, снотворные вещества вносят изменения в течение всех процессов в организме во время лечения и тем влияют на результаты лечения.

Для выявления противопоказаний к проведению лечения сном при язвенной болезни нами была прослежена зависимость результатов этого метода от функционального состояния печени у данных больных.

Наше исследование охватывает 120 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в возрасте от 20 до 40 лет. У 40 из них в клинической картине болезни отчетливо выступали симптомы и признаки поражения печени и желчных путей. У 40 больных явных признаков подобного рода не было, у них преобладали явления невроза. У остальных 40 больных язвенная болезнь протекала без выраженного преобладания в поражении той или другой системы.

В каждой из этих трех групп одна половина больных (20) лечилась медикаментозным (удлиненным и прерывистым) сном, другая (20) — условнорефлекторным сном. В качестве снотворного применялся барбитал. Удлиненный медикаментозный сон поддерживался по 18—20 часов ежедневно, в течение 20 дней. При этом разовая доза снотворного была 0,15—0,2, краткосрочные приемы — 4—5, суточная доза — 0,6—1,0, „курсовая“ доза — 15—20,0. Прерывистый медикаментозный сон проводился четырьмя пятидневными циклами, между которыми были пятидневные перерывы в приеме снотворного. Суточная доза барбитала та же, „цикловая“ доза — 3—4,0, „курсовая“ доза 12—18,0. Условнорефлекторный сон поддерживался стереотипом обстановки и процедур, подкреплялся небольшими дозами барбитала (0,1). Длительность сна — 12—15 часов в сутки в течение 15—18 дней. За курс лечения больные получали в среднем 2,45 барбитала. Оценка течения и исходов лечения сном проводилась по ряду показателей, из которых избирательно представляется динамика функций печени. Функциональное состояние последней изучалось с помощью белковых проб (пробы Вельмана, фуксине-сулемова проба), путем качественного определения уробилина в моче (по Гервену) и пробой с бензойно-натриевой солью (проба Квика—Пытеля). Исследования проводились до лечения, в ходе лечения сном (в разные его периоды) и после прекращения дачи снотворного.

Необходимо отметить, что наличие и глубина функциональных расстройств печени зависит не только от давности язвенной болезни, но и от частоты и количества обострений, исходного состояния организма, — от фона, на котором возникает и развивается заболевание. Вот почему при назначении лечения сном больным язвенной болезнью первым и обязательным условием должна быть детализация их анамнеза в целях выявления исходного состояния.

Исследования печени у больных язвенной болезнью 1-й группы выявляют уже на ранних стадиях болезни легкие функциональные расстройства печени. Лечение этих больных медикаментозным сном (удлиненным и прерывистым) сопровождается обычно усилением диспептических явлений, появлением тошноты и рвоты. После прекращения дачи барбитала возобновляются утихнувшие во время лечения боли, остаются диспептические явления, нарастают секреция желудка и кислотность желудочного содержимого, эвакуация из желудка замедляется, рубцевание язвы происходит редко. Даже спустя продолжительное время (3—6 мес.) после лечения, несмотря на стихание основных проявлений язвенной болезни, остаются усиленная секреция же-

лудка и повышенная кислотность желудочного сока, сохраняются отрыжка и изжога. В ходе медикаментозного сна у больных рассматриваемой группы углубляются функциональные нарушения печени, что выявляется белковыми пробами, уробилинурией и ограничением антиоксидантной функции печени. Восстановление функций печени (до исходного) у них происходит значительно позже прекращения дачи снотворных, но это восстановление никогда не достигает физиологического уровня.

Еще более устойчивы нарушения функций печени при язвенной болезни у больных этой группы на поздних стадиях ее развития, когда в двенадцатиперстной кишке складываются глубокие анатомические изменения. При этом у больных нередко нарастают симптомы хронического гепатита, холецистита, холангита или ангиохолита. Применением таким больным любого вида медикаментозного сна неизбежно ухудшает их состояние: усиливаются диспептические явления, развивается анорексия, рвота сопровождает каждый прием пищи, боли лишь притупляются.

Расстройства функций печени углубляются (по отношению к исходным) и остаются таковыми еще длительное время после прекращения дачи снотворного. Не у всех больных они, равно как и секреция желудка, восстанавливаются до исходных спустя даже несколько месяцев. Рубцевания язвы не происходит. У этих больных надолго задерживается период „выхода из сна“, вследствие замедления выведения барбитуратов из организма. Лечение условнорефлекторным сном болеющих язвенной болезнью с выраженным поражением печени менее эффективно, чем без него, но тем не менее оказывается в какой-то степени облегчающим. Однако, функции печени остаются нарушенными, иногда более исходного, заживление язвы происходит редко.

Вторая группа наблюдаемых больных язвенной болезнью характеризовалась выраженными явлениями невроза. Лечение указанных больных медикаментозным сном (удлиненным и прерывистым) сопряжено с определенными трудностями, — у них не удается обычно получить достаточной глубины сна. Вместе с тем в процессе терапии заметнее становятся функциональные расстройства печени, или они развиваются у тех больных, у которых до лечения не выявлялись. Надо полагать, что лечение медикаментозным сном этих больных приводит к углублению у них невротического состояния. Последнее же обуславливает усиление нарушений в регуляции суточной ритмической динамики функций печени.

Результаты лечения больных язвенной болезнью этой группы медикаментозным сном не отличаются от таковых при других методах лечения, а иногда и уступают им. В противоположность этому условнорефлекторный сон всегда приводит к улучшению состояния больных язвенной болезнью, протекающей на фоне выраженного невротического состояния. Часто имеют место нормализация функций желудка и рубцевание язвы. Функция печени восстанавливается.

У болеющих язвенной болезнью без явных поражений печени и невротических явлений (третья группа) функции печени в ходе лечения медикаментозным сном лишь несколько снижались, в зависимости от дозы применяемых снотворных. После прекращения приема снотворных и в последующее время можно было наблюдать улучшение функций желудка, часто — рубцевание язвы и восстановление функций печени. Эффективным у всех больных было лечение условнорефлекторным сном. Однако, болевой синдром у них устранялся быстрее и надежнее с помощью глубокого медикаментозного сна, после чего стихали и другие проявления болезни.

#### **Е. М. Хитрова (Хлебниково, Московской области). Применение промедола в комплексном лечении больных язвенной болезнью**

Под наблюдением было 83 больных (мужчин — 79 и женщин — 4). Подавляющее большинство (78%) были в возрасте от 20 до 40 лет. Длительность заболевания до года была у 23, до 3 лет — у 27, до 5 лет — у 12, до 10 лет — у 10, и более 10 лет — у 11.

Все больные имели симптом ниши, которая документировалась на прицельных снимках. С язвой двенадцатиперстной кишки было 60, с язвой желудка — 20, у 3 больных язвы были одновременно и в желудке, и в двенадцатиперстной кишке. Все больные получали комплексное лечение, слагавшееся из диетотерапии, назначения седативных средств, гемотрансфузий и промедола, на фоне длительного постельного и полупостельного режима и обязательного обеспечения лечебноохранительного режима. Всем больным назначался витамин „С“, преимущественно парэнтерально. Особое внимание обращалось на режим питания.

Больные получали бром с кофеином. Часть больных получила 1—2 гемотрансфузии одноименной группы крови в дозе 175—225 мл на трансфузию. Отмечалось исключительно благоприятное действие переливаний крови на течение процесса.

Промедол вводился подкожно по 1 мл 1% раствора 1—2 и реже — 3 раза в день. Инъекции промедола производились за 30—60 мин до обычного времени появления болей. В большинстве случаев это предупреждало возникновение болей или смягчало их интенсивность. По мере стихания болей количество инъекций сокращалось до 1 раза в день и, при положительных клинических и рентгенологических данных, прекращалось. На курс лечения больной получал от 10 до 48 инъекций.

При лечении промедолом наблюдались побочные явления в виде головокружений и головных болей, что вынуждало в таких случаях отменять промедол. Из 23 боль-