

5. Физическая работа (по нашим данным) влияет на АД у больных гипертонической болезнью следующим образом:

Афферентная импульсация с проприорецепторов уменьшает возбуждение сосудодвигательного центра, а это сопровождается снижением АД за счет увеличения эластичности крупных и средних артерий и уменьшения периферического сопротивления артериол.

Не исключаются, конечно, другие и, в частности, гуморальные, механизмы снижения АД под влиянием применяемой в наших опытах мышечной деятельности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Крестовников А. Н. Физиология спорта. М., 1939.—2. Магакян Г. О. Булл. эксп. биол. и мед., 1953, 35, 2, 44.—3. Могендович М. Р. Рефлекторное взаимодействие локомоторной и висцеральной систем. М., 1957.—4. Мошков В. Н. Лечебная физкультура при гипертонической болезни. М., 1954.—5. Плоткин В. И. Казанский мед. журн., 1958, 5.—6. Уманский А. А., Шендрик Т. С. Тер. арх., 1957, 5.—7. Фогельсон Л. И. Гипертоническая болезнь, определение трудоспособности и трудоустройство. М., 1956.—8. Eskildsen P. и др. Acta med. Scand. Suppl., 1950, 239.—9. Lord J. W., Hinton J. JAMA, 1945, 129.—10. Thacker E. A. Annals int. Med., 1940, 14.—11. Bilecki G. Hoher Blutdruck, Jena, 1955.

Поступила 2 июля 1959 г.

### О ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ГАНГЛИОБЛОКИРУЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ

*И. К. Ищенко*

Из Казанского военного госпиталя (начальник — М. В. Клеменков) и 2-й кафедры терапии (зав. — доц. О. С. Радбиль) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Консервативному лечению язвенной болезни посвящена обширная литература. Представление о язве не как об изолированном поражении желудка или двенадцатиперстной кишки, а как о страдании всего организма лежит в основе комплексного лечения этого заболевания. Огромная роль в патогенезе язвенной болезни принадлежит нервной системе, а в симптоматике — симптому боли. Отсюда и стремление при лечении язвенной болезни воздействовать на нервную систему в различных ее звеньях — снять болевой синдром.

В последние годы в нашей стране и за рубежом все больше внимания уделяется лекарственным веществам, способным блокировать, прерывать проведение нервного импульса к исполнительному органу. Перерыв нервного импульса путем блокады осуществляется в нервных ганглиях, откуда и название этих препаратов — ганглиоблокаторы, ганглиолитики.

Как известно, ганглиоблокирующие вещества, наряду с гипотензивным действием, оказывают влияние и на функции внутренних органов, и в частности, желудка. В эксперименте и клинике установлено угнетающее влияние ганглиоблокаторов на желудочную и кишечную секрецию. Многие зарубежные и советские авторы (Дональд и Смит, 1948; Кэй и Смит, 1950; В. М. Коган-Ясный, 1949), кроме угнетающего влияния ганглиоблокаторов на желудочную секрецию, указывают на анальгезирующее действие, угнетение моторной функции желудка.

Многостороннее действие ганглиоблокаторов на различные функции желудка побудило многих клиницистов применить эти средства при лечении язвенной болезни.

Многие советские авторы (С. В. Аничков, В. В. Глазырина, А. Т. Поваляева, В. И. Петровский, С. М. Рысс, Ю. И. Фишзон-Рысс, И. Б. Шулуток), применявшие ганглиоблокирующие препараты при лечении язвенной болезни, отмечают быстрое снятие болевого синдрома и болевой реакции на пальпацию живота, быстрое исчезновение диспептических расстройств, высокий процент заживления язвенной ниши, нормализующее влияние на основные функции желудка (секрецию, моторику).

Ободряющие результаты лечения ганглиоблокаторами язвенной болезни побудили и нас применить при ней целый ряд препаратов этой группы.

При назначении препарата мы предпочитали больных с более выраженным и стойким болезненным синдромом. У большинства наших больных диагноз язвенной болезни подтверждался рентгенологическим симптомом «ниши». Противопоказанием для назначения ганглиоблокирующих веществ мы в начале наших наблюдений считали низкие цифры АД и цифры, близкие к нижней границе нормы (100/50). Наблюдение за получавшими ганглиоблокирующие препараты показало, что, несмотря на значительное снижение у них АД (до 90/50 и ниже), самочувствие больных оставалось хорошим. Ни в одном случае мы не наблюдали ортостатического коллапса. В связи с этим в дальнейшем были расширены границы показаний для применения ганглиоблокаторов при строгом соблюдении условия — за час до приема препарата и 1 час спустя после приема последнего больные находились в постели. Из побочных действий ганглиоблокаторов следует отметить появление в начале лечения в отдельных случаях общей слабости, головокружения. Часть больных сразу после приема пахикарпина отмечала чувство жжения в эпигастральной области, изжогу. Из-за значительного снижения АД и плохой переносимости препарата, мы только в одном случае вынуждены были отменить пахикарпин (больной получал препарат на протяжении 2 недель).

Ганглиоблокирующие препараты применены нами при лечении 32 больных язвенной болезнью. У 19 применен пахикарпин, у 9 — гексоний, у 2 — тэтамон, у одного — гексаметон, и 1 больной получил комбинированное лечение — тэтамон и пахикарпин. В возрасте до 30 лет было 29 человек, от 31 до 40 — 3. Язвенная болезнь желудка была у 3 больных и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки — у 29. Болели до 1 года 18 больных, свыше года до 3 лет — 9, до 5 лет — 3 и свыше 5 — 2.

Симптом «ниши» до лечения язвенной болезни обнаружен у 29 больных, у остальных имелись те или иные прямые признаки язвенной болезни. У трех больных диагноз язвенной болезни желудка подтвержден и гастроскопическим исследованием.

Чтобы иметь твердое мнение об эффективности терапии ганглиоблокаторами, мы применяли их только на фоне диетпитания — первого стола по Певзнеру в начале лечения и второго стола с 10—14 дня лечения. Другого лечения больные не получали. После короткого периода исследования больным назначался тот или иной препарат. Пахикарпин и гексоний применялись по 0,1 3 раза в день (в отдельных случаях в начале лечения препарат назначался по 0,1 2 раза в день для выявления его переносимости). Тэтамон применялся внутримышечно, в начале курса лечения по 1 мл 10% раствора 1 раз в день, в последующем — по 1 мл 2 раза в день. Венгерский препарат — гексаметон применен в возрастающих дозах — в первый день  $\frac{1}{2}$  таблетки, второй день — по  $\frac{1}{2}$  таблетки 2 раза в день, третий день — по  $\frac{1}{2}$  таблетки 3 раза в день, в последующие дни — по 1 таблетке 2 раза в день, а затем — 3 раза в день.

Курс лечения ганглиоблокаторами, в среднем, длился около 4 недель, в течение которых больные получали от 7,5 до 10,0 пахикарпина (чаще 9,5), 9—10,8 гексония, 50 инъекций тэтамона, 81 таблетку гексаметона.

У 30 из 32 больных получен хороший ближайший терапевтический эффект. У одного больного, как уже было сказано выше, лечение пахикарпином было прекращено из-за плохой переносимости препарата, у другого, получавшего гексоний, наступило обострение язвенной болезни в процессе лечения, в связи с чем препарат был отменен. У всех больных на 3—5-й день лечения отмечалось уменьшение болей, диспептические расстройства становились менее выраженными, заметно уменьшалась болевая реакция на пальпацию в эпигастральной области, улучшались настроение, сон и аппетит.

У основной массы язвенных больных стойкая ремиссия наступала к 15 дню лечения.

При применении пахикарпина боли в животе и болевая реакция на пальпацию эпигастральной области исчезли к 5 дню у 5 больных, в период от 6 до 10 дня — у 3, с 11 до 15 дня — у 4, с 16 до 20 дня — у 3 и у остальных — в более поздние сроки. Диспептические явления исчезли к 5 дню лечения у 8 больных, в период с 6 до 10 дня — у 3, с 11 до 15 дня — у 3, с 16 до 20 дня — у 3 и у остальных — в более поздние сроки.

При лечении гексонием боли в животе и болевая реакция на пальпацию эпигастральной области исчезли к 5 дню у 2 больных, в период с 6 по 10 день — у 1, с 11 по 15 день — у 2, с 16 по 20 день — у 2, у остальных — в более поздние сроки. Диспептические явления исчезли к 5 дню лечения у 5 больных, к 10 дню — у 2, у остальных — в более поздние сроки.

При лечении тэтамоном боли в животе и болевая реакция на пальпацию эпигастральной области у одного больного исчезли к 5 дню, у другого — на 26 день, диспептические явления исчезли у одного к 5 дню, у другого — на 24 день. При лечении гексаметоном боли и болевая реакция на пальпацию эпигастральной области исчезли на 14 день, диспептические явления — на 6 день, при комбинированном лечении — соответственно на 18 и 5 дни. Большинство больных прибавило в весе, сравнительно быстро, считая себя здоровыми, просило о досрочной выписке из госпиталя.

Ценным критерием эффективности лечения является контрольное рентгеновское исследование желудка. Проведенное у большинства больных повторное исследование желудка на 3—4 неделе лечения показало, что ниша исчезла у 9 леченных пахикарпином, уменьшилась у двух и осталась в прежних размерах у 6. Из 9 лечившихся гексонием ниша исчезла у 4, уменьшилась у 2, осталась в прежних размерах у 3. Из двух лечившихся тэтамоном у одного ниша исчезла и у другого осталась в прежних размерах.

Пахикарпин оказал заметное нормализующее влияние на кислотность, полученную на механический раздражитель, менее выражено его влияние на секрецию в нервно-химическую фазу и еще меньше — на секрецию, полученную на механический раздражитель. Что касается кислотности в нервно-химическую фазу, то она в большинстве случаев повысилась.

О влиянии гексония, гексаметона и тэтамона на кислотность и секрецию желудочного сока нам судить трудно, так как мы имели небольшое количество леченных этими препаратами, к тому же у двух, леченных гексонием, не было проведено контрольное исследование.

У 12 леченных пахикарпином лейкопедез после лечения повысился у 7 больных и у 5 понизился, у 7 понизилась переваривающая способность желудочного сока, у 3 повысилась и у 2 осталась прежней. Нормализующее влияние пахикарпина на переваривающую способность желудочного сока отмечено у 8 из 12 больных. Из числа леченных гексонием лейкопедез проверен у 6. У двух он повысился, у 3 понизился и у одного остался прежним. Переваривающая способность желудочного сока проверена у 4. У трех она понизилась, по сравнению с величинами до лечения (гексоний оказал нормализующее влияние на переваривающую способность желудочного сока), у одного больного повысилась.

АД во время лечения пахикарпином понизилось у 11 больных, осталось на прежних цифрах у 5, несколько повысилось у 3 (до лечения было несколько пониженное). Во время лечения гексонием отмечено понижение АД у 8 больных, у одного оно осталось прежним, у одного, леченного тэтамоном, оно снизилось, у другого повысилось. У больного,

леченного гексаметоном, АД несколько повысилось, а у больного, леченного тэтамоном и пахикарпином, — снизилось.

Во время лечения ганглиоблокаторами замедление пульса отмечено у 8, небольшое учащение — у 8, остался прежним — у 16.

#### ВЫВОДЫ:

1. При лечении язвенных больных ганглиоблокирующими препаратами почти во всех случаях получен положительный ближайший терапевтический эффект (исчезновение ниши в 50% и уменьшение ее размеров в 14%, у всех — отчетливое субъективное улучшение — исчезновение болей, болевой реакции на пальпацию и диспептических расстройств). У значительной части леченных пахикарпином отмечено его нормализующее влияние на переваривающую способность желудочного сока.

2. Большинство больных хорошо переносит лечение ганглиоблокаторами.

3. Применяя ганглиоблокаторы в указанных выше дозировках, мы не получили достаточно убедительных данных, подтверждающих выраженный тормозящее влияние этих препаратов на кислотность и секрецию желудочного сока. Кислотность желудочного сока в нервно-химическую фазу после лечения пахикарпином у большинства больных повысилась.

4. Ганглиоблокирующие препараты у лиц с нормальным АД оказывают умеренное гипотензивное действие, более заметное в начале лечения. Гипотензивный эффект в большей степени касается диастолического давления. В процессе лечения отмечено постепенное возвращение АД к исходным величинам. Невысокой степени гипотония не является абсолютным противопоказанием для применения ганглиоблокаторов. Заметного влияния на частоту пульса они не оказывают.

5. Ганглиоблокаторы можно рекомендовать как элемент комплексной терапии язвенной болезни.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Анничков С. В., Денисенко П. П. В кн.: Ганглиолитики и блокаторы нервно-мышечных синапсов, ИЭМ АМН СССР, Л., 1958.
2. Глазырина В. В. Клин. мед., 1957, прилож., стр. 18.
3. Научная конференция, посвящ. теоретич. обоснованию клинического применения ганглиоблокирующих и курареподобных средств. Тез. докл., 1957.
4. Новые лекарственные вещества в эксперименте и клинике. Л., 1958.
5. Петровский В. И. и Поваляева А. Т. В кн.: Витамины. Л., 1958.
6. Рысс С. М. Тез. научн. докл. выездной сесс. АМН СССР совместно с Минздравом Уз. ССР, М., 1958.
7. Шулуток И. Б. Тер. арх., 1959, 3.

Поступила 5 октября 1959 г.

## ОПЫТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПЕНИЦИЛЛИНА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Асс. З. С. Ахтямова

Из клиники госпитальной хирургии (зав. — проф. Н. В. Соколов) Казанского медицинского института, на базе 1-й городской больницы (главрач — З. А. Синявская)

Одним из эффективных лечебно-профилактических средств в последнее десятилетие оказались антибиотики, из которых пенициллин нашел самое широкое применение в хирургии для предупреждения инфекции после ранений и оперативных вмешательств.

Под нашим наблюдением находилось 120 больных, которым пенициллин применялся с профилактической целью, в абсолютном большинстве случаев в послеоперационном периоде.

Пенициллин вводился в брюшную полость во время операции по