

Отдел II. Клиническая и теоретическая медицина.

Из терапевтической клиники Гос. института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани и из клиники лечебного питания Ин-та общественного питания. (Директор проф. Р. И. Лепская)

Бессолевая диета в лечении гиперацидных гастритов и язв желудка.

Асс. Э. Р. Могилевский, В. Л. Рапиговец, аспирант Д. Е. Потехин, И. Е. Медведева.

Безуспешность лечения hyperaciditas дала повод Во а s'у говорить, что „до сих пор не существует ни диететического, ни физического, ни медикаментозного лечения, способного длительно понизить кислотность“. Не менее скептически звучат слова Bergmann'a, который, перечисляя бесконечное количество методов лечения ulcus'a и с иронией отмечая равную „эффективность“ этих бесчисленных способов, заканчивает эту главу восклицанием: *difficile est sat: iam non scribere* (трудно не написать сатиру). Подавляющее большинство диететических и других методов лечения (диеты Leube, Lenhartz'a, Яродского, Boas'a, Strauss'a, Coleman'a, Smithies'a, Kalk'a и др., лечение маслом по Conheim'у, массивными дозами висмута, недавно предложение лечить слизью и ряд других) направлены только на больной орган без учета тех сложных процессов, которые разыгрываются по ту сторону слизистой желудка. Между тем, уже накопилось достаточно много экспериментальных и клинических фактов, которые вскрыли ряд связей, взаимодействий, существующих между желудком и другими органами и системами.

Эти экстрагастральные факторы, роль которых в физиологии и патологии желудка особенно выявлены работами последних 10-15 лет, послужили толчком к появлению новых теорий патогенеза и новых методов лечения ulcus'a и hyperaciditas. Эти методы, не устраняя и не умаляя значения местного лечения самого желудка, все же переносят центр тяжести терапевтического воздействия на внутреннюю перестройку (*Umstimmung*) всего организма. Иллюстрацией подобного подхода к лечению ulcus'a и hyperaciditas является рентгенотерапия, протеинотерапия, органотерапия (инсулин и препараты гипофиза), массивное ошелачивание, направленное на изменение кислотно-щелочного равновесия и те диеты, которые имеют целью воздействие на желудок путем изменения обмена веществ. К числу последних относится бессолевая диета.

Указания на желательность ограничения соли имеются в большинстве предложенных диет, но это ограничение базируется только на сокогонном действии NaCl, а вовсе не имеет в виду оказать какое-нибудь влияние на хлорный обмен; в этих диетах ограничение соли является не стержневой идеей, а лишь одним из второстепенных лечебных факторов. В бесхлорной же диете, ограничение соли как раз является основной руководящей идеей. Она представляет собою попытку понизить секрецию, кис-

лотность и воспалительные явления путем воздействия на экстрагастральные факторы. Экспериментальные и клинические наблюдения показали, что секреция желудка подавляется не только при процессах, прямо поражающих железистую паренхиму желудка, но и при тех заболеваниях и экспериментах, которые создают хлорный дефицит в организме и этим затрудняют мобилизацию хлора из тканей и крови в разгаре секреторной работы желудка.

С другой стороны, бессолевая диета, согласно данным Noorden'a, действует обезвоживающим образом на ткани, особенно находящиеся в состоянии воспалительного набухания и отечности, а обеднение тканей солью приводит к относительному перевесу кальция. Все эти свойства ахлорной диеты должны создать предпосылки для благоприятного течения и ослабления воспалительных изменений слизистой желудка, являющихся причиной ее повышенной возбудительности, чувствительности и рефлекторно возникающих изменений секреторной и двигательной работы желудка. Подобное антифлогистическое действие ахлорной диеты отмечено не только при заболеваниях желудка, но и при воспалительных заболеваниях кожи, легких, суставов и других органов.

Мысль о лечении повышенной кислотности ахлорной диетой не нова. „Этот вопрос неоднократно поднимался, но снова снимался с порядка дня“ (Katsch). Так, еще в 1886 г. Gahn показал, что, при свободной от NaCl пище, желудок постепенно перестает отделять HCl. Enriquez и Ambard (1910 г.) отмечают хорошее влияние на кислотность строго проведенной бессолевой диеты; то же наблюдал и Richarz (1912 г.) Noorden и Salomon (1920 г.) указывают, что слабое ограничение соли в диете не дает стойкого понижения кислотности и только при строгой бессолевой диете, проведенной в течение 2-3 недель, кислотность уменьшается довольно значительно. Хотя при обратном переходе на менее строгое ограничение соли кислотность быстро начинает нарастать, она не во всех случаях доходит до прежних величин, и до восстановления исходной кислотности должно пройти несколько недель. Katsch (1932 г.), комбинируя строжайшую бессолевую диету с откачиванием желудочного содержимого, наблюдал сильное влияние такого обесхлоривания не только на секрецию, но и на хлориды крови и кислотно-щелочное равновесие. Согласно данным Katsch'a, суперсекреция исчезает при этом так, как ни при какой другой диете.

Однако, мнение о столь благоприятном влиянии ахлорной диеты на секрецию и кислотность разделяется далеко не всеми. Rosetann (1911), вызвав у собак понижение кислотности и даже прекращение отделения желудочного сока только после удаления 20% запасного хлора, приходит к заключению, что „бедной солью диетой нельзя добиться сколь-нибудь значительного обесхлоривания организма“. Leo, в первый период после перехода на строгую бессолевую диету, наблюдал даже подъем кислотности, хотя в дальнейшем все же наступило понижение. Тем не менее он не считает бессолевую диету подходящей при лечении hyperaciditas. Morawitz и Strauss также не придавали бессолевой диете большого практического значения, хотя последний в своих новейших работах уже считает ее вполне пригодной и полезной при целом ряде заболеваний желудка.

Langhans и Sommer (1930 г.) приходят к выводу, что навряд ли возможно удалить хлор из организма бессолевой диеты. Но эти выводы из кратковременных опытов (одни сутки) не доказательны для оценки результатов длительного применения бессолевой диеты. Eimer (1930 г.) считает, что бессолевая диета, проводимая в виде Rohkost, не только не уменьшает, но в большинстве случаев даже повышает кислотность. Однако он и сам объясняет подобные результаты давно установленным (Bickel, Лепорский, Gehlen и др.) сокогонным действием сырых овощей и фруктов. Содержание и выводы работы Eimer'a не соответствуют ее названию (Kochsalzarme Ernährung und Magensaftsecretion); они не приложимы к бессолевой диете в собственном смысле этого слова, ибо последняя и Rohkost—это 2 далеко не равнозначущие понятия.

Отсутствие единодушия в вопросе о действии бессолевой диеты на гиперацидиков и ulcus, сравнительная простота и доступность этого метода и стремление подойти к лечению этих состояний путем воздействия на экстрагастральные факторы оправдывают предпринятую нашей клиникой, совместно с клиникой лечебного питания, попытку изучения влияния бессолевой диеты на гиперацидиков и больных с язвой желудка и 12-тистной кишки.

При построении диеты мы, главным образом, стремились создать максимально обессоленный режим: остальные свойства диеты были подчинены этой руководящей установке. С другой стороны, мы учитывали ее доступность, легкость приготовления и возможность проведения при амбулаторном лечении.

Диета в основном состояла из круп и мучных продуктов, вареных и протертых овощей и сухих фруктов; два раза в шестидневку давалось рубленое мясо. За время наблюдения б-ные не получали медикаментов.

Лечение начиналось со строгой бессолевой диеты—диета № 1 с содержанием соли от 0,8 до 1,5 в суточном рационе (строгая форма по Strauss'y). Через 2-3 недели начиналась вторая ступень—диета № 2—с содержанием соли около 3,5, причем в целях упрощения проведения диета мало перестраивалась, но на руки давалось 2,0 соли (главным образом, для подсаливания супов, которые плохо переносились). На этой ступени больные оставались 2-3 недели, затем, после выписки из клиники, они переводились на 3-ю ступень. Наибольшие затруднения при проведении бессолевой диеты создает хлеб, т. к. количество содержащейся в нем соли обычно варьирует в широких пределах. Поэтому, для тщательного проведения бессолевого режима и строгого учета солевого баланса, мы давали хлеб, выпекаемый без соли. За единичными исключениями б-ные хорошо переносили диету № 1. Те же больные, которые привыкли к большим количествам соли и в начале плохо переносили эту ступень диеты, в дальнейшем тоже привыкли к ней и, подобно другим, переносили ее без особых неприятных ощущений и при полном сохранении хорошего аппетита. Хуже всего переносились супы, что заставило нас чаще давать фруктовые супы. Вкусовые качества пищи являются самым большим препятствием на пути длительного проведения строгой бессолевой диеты. Отсутствие искусственных солевых смесей, предложенных для сдабривания пищи и замены соли, компенсировалось нами соответствующей кулинарной обработкой (запеканки из круп и картофеля, пудинги из хлеба и круп, сдабривание сахаром и грубосортной поваренной, а в отдельных случаях, где это хорошо переносилось, даже корицей). Подобные отклонения, обычно не принятые в лечении данных заболеваний, допускались нами только потому, что все внимание было акцентировано на бессолевом компоненте этой диеты. Katsch (в работе, опубликованной, когда наши наблюдения уже подходили к концу) также указывает, что „вопросы механической обработки пищи и выбор отдельных продуктов, с точки зрения их слабого сокогонного действия не в такой степени должны обращать на себя внимание, как это до сих пор принято в обычных методах лечения ulcus'a“.

Методика исследования: исследовалось жел. сод. фракционным методом по К а zsch'у и Кalk'у с определением HCl , общ. кислотн. и хлоридов; исследованы хлориды крови и мочи. После предварительного исследования (3-4 дня) и установления солевого баланса при обычной диете, б-ные переводились на диету № 1. Ежедневно измерялся диурез, количество выпитой жидкости и определялось количество хлоридов, выведенных с мочей за сутки. Проводился систематический контроль за весом б-ных. Перед переводом на диету № 2, после диеты № 1, а в ряд случаев и на протяжении той или другой диеты повторно исследовались хлорид крови и желудочное содержимое. Ряд больных прослежен после выписки из клиники.

Всего под нашим наблюдением было около 40 б-ных, из них 28 удалось исследовать несколько раз и держать под наблюдением более продолжительные сроки. Преобладали мужчины, б. ч. рабочие химических и механических производств. Из 28 длительно прослеженных—13 с кислотным гастритом, 15—с язвой желудка (диагноз каждого случая подкреплён исследованием по Бергу или рельефа желудка). Длительность заболевания от 5 до 15 лет. Большая часть язвенных б-ных проделала в прошлом систематические курсы лечения, как в клинике, так и в диетстоловых, часть лечилась и на курортах, 2 оперированы (у одного из них установлен *ulc. peptic. jejuni*). До лечения у б-ных обеих групп наблюдалась резкая гиперсекреция и значительно повышенная кислотность как натощак, так и после пробного завтрака. Тип кривых в части случаев на поминал Klettertyp и другие разновидности гиперацидных и гиперсекреторных кривых, приближаясь к описанным Rehfuß'sом „persistent hyperacidity“ или ко 2-й группе по Katsch'у и Kalk'у (крутой и высокий подъём, быстрое достижение максимума, длительная секреция). Опорожнение в большей части случаев ускоренное.

После перехода на строгую диету № 1 начинается быстрое падение количества выделяемой с мочей NaCl . Если до назначения диеты количество NaCl , выделяемой за сутки, колебалось от 10,0 до 22,0 (в среднем 15,0), то уже в первый день ахлорной диеты оно падало до 7,0—6,0 и ниже, а в ближайшие 4-5 дней доходило до 1,0—1,5 в сутки, т. е. равнялось или очень незначительно превышало количество вводимой с диетой соли. Путем подобной гипохлорурии организм ограничивает расходование своих хлорных запасов, необходимых для обеспечения наиболее жизненно-важных участков хлорного обмена. Но, так как до установления солевого баланса на принудительно низком уровне выведение соли в течение нескольких дней превышает ее поступление, организм успевает потерять известное количество соли из своих запасов. Эти потери обнаружены нами абсолютно у всех больных, причем в отдельных случаях они довольно значительны (до 20,0).

Одновременно с гипохлорурией устанавливается резко положительный диурез. Отношение количества мочи к количеству выпитой за сутки жидкости доходило до 200% и выше, колеблясь в среднем в пределах 160-180%. Уже вскоре после перевода на диету № 1 начиналось надевание веса, которое, по мере проведения диеты, либо нарастало, либо останавливалось на определенном уровне, ниже которого вес уже дальше не падал. Падение веса доходило в отдельных случаях до 2 и даже 3 к-ло (в среднем 1,5 к-ло). После перехода на менее строгую диету № 2 количество NaCl , выделяемое с мочей, в течение нескольких дней (в среднем 5-6) продолжает оставаться на низких цифрах. Солевой баланс в течение этих дней положительный и в организме ежедневно задерживает-

ся 1,5—2,0 соли. Эта задержка соли и устанавливающееся в этом периоде заметное уменьшение диуреза делают понятным и тот подъем веса, который отмечается в большей части случаев. Этот подъем веса после перехода на диету № 2 вполне компенсирует начальное падение веса, которое не должно смущать при проведении данной диеты. Колебания веса лишь отражают колебания в водно-солевом балансе; на субъективных ощущениях б-ных это ничем отрицательным не сказывалось.

Отмеченные выше изменения со стороны диуреза, веса и хлоровыделения, доказывая несомненное обезвоживающее действие строгой ахлорной диеты, заставляют в то же время думать и о некотором влиянии на хлорный обмен. Последнее предположение получает подтверждение в изучении хлоридов крови.

После диеты № 1 мы могли констатировать уменьшение хлоридов крови во всех случаях. Правда, в отдельных случаях это снижение было весьма незначительным, но это наблюдалось как раз там, где и остальные показатели мало изменялись. В большинстве же случаев хлориды крови давали заметное снижение, хотя они все же не спускались ниже нормального уровня. В отдельных, особенно демонстративных случаях, где они до лечения были сильно повышены, наблюдалось уменьшение на 140 mg. ‰. В группе язвенных б-ных разница между хлоридами крови до и через 2-3 недели после диеты № 1 колебалась от 44 до 137 mg. ‰, давая в среднем уменьшение на 64,5 mg. ‰, в группе hyperaciditas от 50 до 150 mg. ‰, в среднем 73,5 m ‰. Это снижение хлоридов крови, хотя не столь резкое, но все же закономерное, обнаружилось известную устойчивость и после перехода на менее строгую диету № 2. Так, в обеих группах, больше чем в 1/2 случаев, хлориды крови сгавались на пониженном уровне, достигнутом после строгой диеты, в части случаев они даже еще больше снизились, а в нескольких случаях они, хотя и повысились, но все же не дошли до исходных величин.

Изменение хлоридов мочи и крови не могли не отразиться на количестве хлора, доставляемого желудку. И действительно, вычисляя в каждом случае валовое количество хлора в содержимом желудка натощак и в Nachsecretion (желудочное содержимое, добываемое в течение приблизительно часа после исчезновения пробного завтрака), мы могли убедиться, что, несмотря на неизменность или лишь незначительное понижение ‰ хлоридов, общее количество хлора в содержимом желудка определенно уменьшалось. В содержимом желудка натощак, в группе ulcus'ных б-ных уменьшение наблюдалось в 69% случаев, а в группе hyperaciditas— даже в 76%; это уменьшение колебалось от 0,48 до 2,0. После диеты № 2 валовое количество хлора несколько увеличилось, но оно все же в подавляющем большинстве случаев было меньше, чем до лечения. Сходные результаты дали и валовые количества хлора в Nachsecretion, при чем и здесь наиболее выраженным и стойким это изменение было в группе hyperaciditas, где стойкое уменьшение наблюдалось в 85% всех случаев.

Таким образом, резкое и достаточно длительное (в указанных выше сроках) ограничение подвоза соли, проводимое в виде строгой бессолевой диеты, не проходит бесследно для организма и сопровождается у большей части гиперацидных и ulcus'ных б-ных определенными сдвигами в водно-солевом хозяйстве организма, т. е. оказывает несомненное влияние на экстрагастральные факторы секреции.

Как же отразились на состоянии и функциональной деятельности желудка отмеченные выше изменения обмена соли и воды?

Наиболее общепринятым, нередко главным критерием, применяемым для оценки результатов какого-нибудь метода лечения *ulcus'a* и гиперацидного гастрита, является величина кислотности до и после данного метода лечения. Крайняя изменчивость и непостоянство этого показателя, происходящие от того, что кислотность отражает не только секреторную, но и двигательную работу желудка и ряд других его функций (отделение слизи, экскреторную функцию), объясняют ту пестроту и разноречивость, которые существуют в литературе по поводу любого метода лечения, изучаемого только путем сравнения величины кислотности. Мы приводим ниже данные об изменении величины кислотности только как один из моментов, иллюстрирующих влияние бессолевой диеты на организм, считая, что другие критерии, в частности изменения количества сока натощак и в *Nachsecretion* имеют для оценки действия данной диеты не менее существенное значение, чем величина кислотности. Мы знаем, что гиперсекреция сама по себе, даже и без сочетания с *hyperaciditas*, а тем более в комбинации с ней, как у наших б-ных, является источником целого ряда мучительных субъективных жалоб. Эти симптомы исчезают не столько от лечения *hyperaciditas*, сколько от устранения гиперсекреции. Прекрасным примером, иллюстрирующим это положение, является „гастроэнтеростомия, как болезнь“. Мучительные жалобы наблюдаются у этих б-ных при нормальной и даже пониженной кислотности и исчезают только после того, как операция дегастроэнтеростомии устраняет первоисточник этих жалоб—резкую гиперсекрецию, с другой стороны, гиперсекреция натощак и после исчезновения пробного завтрака, иначе говоря, гиперсекреция на пустой желудок, судя по работам *Büchner'a* (из школы *Aschoffa*) и *Silbermann'a*, играет немаловажную роль в патогенезе так наз. „пептического гастрита“ и даже настоящей *ulcus peritum*.

Вот почему особый интерес приобретают результаты влияния бессолевой диеты на секрецию. Количество сока, добытого натощак, во всех случаях, за исключением 4-х, обнаружило после диеты № 1 отчетливо выраженную тенденцию к уменьшению. Это уменьшение только в единичных случаях было незначительным, в большинстве же случаев, особенно там, где до лечения была резко выраженная гиперсекреция, количество сока натощак уменьшилось значительно (на 65—110—210 к. с.). Особенно разительным это уменьшение было в одном случае *ulcus'a*, где количество сока натощак с 720 к. с. снизилось до 140 к. с. и стойко удержалось на достигнутом уровне и после диеты № 2. В одном из случаев, не давших понижения, речь шла о стенозе *pylorus* на почве *ulcus'a*, где нарастающие затруднения эвакуации служили прямым показанием к операции. В другом случае после диеты № 2 все же получилось снижение. Тенденция к сохранению уменьшенного количества сока натощак осталась в большей части случаев (в 69 % у гиперацидиков и в 60% у *ulcus'ных* б-ных) после менее строгой диеты № 2, причем в одних случаях наблюдалось даже дальнейшее уменьшение, в других сохранился уровень, достигнутый после диеты № 1, и, наконец, в части случаев, хотя и наблюдалось увеличение по сравнению с периодом строгой диеты, количество сока все же было ниже исходных величин.

„Последовательная секреция“ (Nachsecretion), в отличие от жел. сод. после пробного завтрака, является по мнению Katsch'a почти чистым желудочным соком и играет большую роль в оценке расстройств желудочно-химизма. Уже самые количества сока в Nachsecretion у наших 6-ных (100—295 в среднем 150 к. с.) так же, как большие количества сока натощак, свидетельствовали о резкой гиперсекреции. И тем не менее, в группе ulcus'ных 6-ных уменьшение после диеты № 1 наблюдалось в 50%, а у гиперацидиков—даже в 85% всех случаев. Это уменьшение стойко сохранялось в подавляющем большинстве случаев и после диеты № 2, а в ряде случаев при этом наблюдалось даже еще большее снижение количества сока.

Итак, бессолевая диета, проводимая тщательно, систематически и при том достаточно длительно, вызывает, согласно нашим данным, уменьшение количества сока, как натощак, так и в последовательной секреции в большей части наших случаев. Учитывая уже вкратце отмеченную нами роль гиперсекреции в клинике желудочных заболеваний, мы думаем, что даже в том случае, если действие этой диеты сказывалось бы только на уменьшении гиперсекреции и мало отражалось бы на величине кислотности, она заслуживала бы большого внимания в деле лечения ulcus'a и гиперацидных гастритов.

Но действие бессолевой диеты не остается без влияния и на кислотность. Так, максимальная кислотность натощак дала (после диеты № 1) в ulcus'ной группе снижение (на 32—68) в половине, а в гиперацидной—в 61% всех случаев. Подобное же снижение после диеты № 1 наблюдалось и со стороны максимальной кислотности, достигнутой после пробного завтрака (Kurgengipfel), давшей в группе ulcus'a уменьшение в 55%, а в группе hyperaciditas в 61% случаев. После диеты № 2 уменьшение кислотности, по сравнению с исходными величинами, осталось в группе ulcus'a в 50%, а в группе hyperaciditas—в 75% исследованных случаев. В части случаев повышенная кислотность осталась без изменения, а в некоторых—даже несколько увеличилась, но анализ этих случаев обнаружил ряд осложняющих моментов, делавших понятным подобные результаты (ulc. perit. jejuni с перигастритом, стеноз pylori и др.). Мы видим, что и в таком изменчивом и зависящем от многих факторов критерии, каким является величина кислотности, все же обнаруживается благоприятная в терапевтическом отношении склонность к снижению, которая сохранилась и после перевода на менее строгую диету. Повидимому, и значительно менее резкое, чем в опытах Roseman'a, обесхлоривание, создаваемое строгой и длительной бессолевой диетой, может давать вполне достаточное для терапевтических целей воздействие на секрецию и кислотность. То, что благоприятное влияние на гиперсекрецию и кислотность наблюдается не во всех случаях, не умаляет в наших глазах ценности данного метода, так как упорство объективных показателей не всегда влекло за собою и сохранение субъективных жалоб; с другой стороны, бессолевая диета не является панацеей, призванной совершенно вытеснить и заменить другие методы.

Со стороны двигательной деятельности желудка мы не могли обнаружить столь отчетливых изменений, которые давали бы нам основание делать какие-нибудь определенные выводы.

Что касается рентгенологических данных, то в трех случаях (из них у одного врача) мы наблюдали исчезновение ниши. Рентгеновское изображение глубины ниши зависит не только от глубины проникновения язвы в толщу стенки желудка, но в значительной степени (особенно свежих случаях) обуславливается перипульцерозным гастритом и воспалительной отечностью и набуханием краев язвы, создающими впечатление большей глубины. Но даже и при учете этих обстоятельств приходится признать, что диета, которая способна настолько уменьшить воспалительные изменения слизистой, чтобы вызвать исчезновение ниши на рентгеновском снимке, должна считаться достаточно эффективной. Наряду с исчезновением ниши мы в нескольких случаях наблюдали после лечения более нормальный, по сравнению с первым исследованием, рельеф слизистой желудка.

Если подойти к оценке терапевтического действия бессолевой диеты с точки зрения ее влияния на субъективные жалобы больных, то можно видеть, что границы ее эффективности значительно шире тех, которые диктуются объективными показателями. Хороший терапевтический эффект отмечался не только в тех случаях, где уменьшение гиперсекреции кислотности и изменение рентгеновской картины давали для этого улучшения объективные критерии, но и в ряде таких случаев, где, судя по объективным показателям, такого результата, казалось, нельзя было ждать. Улучшение отдельных симптомов шло неодинаково в обеих группах. Наиболее быстрый и стойкий успех давали гастритики. Уже через 4-5 дней у них исчезало чувство давления и тяжести, затем изжога и другие диспептические явления; позже всего исчезали боли. У 4-х больных все симптомы исчезли через 5-6 дней, у остальных — через 11-20 дней. В 10-й группе диспептические явления исчезали медленнее и боли держались дольше (14-30), а в двух случаях остались и после лечения. Насколько действителен эффект лечения в отношении всех показателей, — мы в данный момент еще не можем окончательно сказать. Единственное, что можно отметить уже сейчас, это то, что улучшение субъективных жалоб, несомненно, сохраняется в течение длительного времени, особенно в тех случаях, где и в дальнейшем соблюдалась некоторая осторожность в отношении соли. Это наблюдалось даже в тех случаях, где снова восстанавливалась прежняя кислотность.

Каков же механизм действия ахлорной диеты? Истолкование наших данных с точки зрения чисто местного прямого действия ахлорной диеты на желудок кажется нам неправдоподобным, ибо ни состав диеты, ни ее кулинарная обработка, сами по себе не в состоянии объяснить подобный механизм изменения секреции. Но все изменения со стороны желудка становятся понятнее, если рассматривать их как местное отображение изменившихся под влиянием диеты экстрагастральных факторов, в частности, как следствие тех сдвигов в водно-солевом хозяйстве организма, которые, как мы видели, возникают при строгом и длительном ограничении соли.

* Наблюдения над колебаниями хлоридов крови, мочи и желудочного содержимого и, в особенности, сопоставление этих колебаний с изменениями со стороны секреторной работы желудка демонстрирует тесную связь, которая существует между секретцией желудка и хлорным обменом и вскрывают тот механизм, при помощи которого, главным образом, обеспе-

печивается то или иное воздействие ахлорной диеты на желудок. В тех случаях, где ахлорной диетой удавалось вызвать наиболее заметные сдвиги в водно-солевом обмене, мы имели и наиболее отчетливые изменения со стороны желудка. Эти изменения сказывались либо в уменьшении количества сока натошак и в Nachsecretion, либо в уменьшении кислотности натошак и после пробного завтрака, либо в том и другом. Наоборот, там, где хлориды крови стойко держались на высоких цифрах, давая только ничтожные снижения и быстро возвращаясь к исходным величинам и даже повышаясь, мы или не наблюдали уменьшения гиперсекреции и гиперацидитас или, если это снижение и наблюдалось, оно было слабо выражено и не стойко.

Подобные вариации различной устойчивости хлоридов крови и кислотности по отношению к бессолевому режиму оправдывают мысль о различном патогенезе повышенной кислотности и о существовании так назыв. „первичной“ hyperaciditas, являющейся результатом первично повышенной функции желез желудка и „вторичной“ hyperaciditas, где первопричина расстройств—не в желудке, а в крови (L a n a s z e s k); с этой точки зрения, именно в последней группе можно ждать наибольший эффект от бессолевой диеты.

Но, независимо от патогенеза гиперсекреции и hyperaciditas, столь часто сопровождающих ulcus и гиперацидный гастрит, можно представить себе несколько возможностей, обеспечивающих столь благоприятный терапевтический эффект. Эффективность бессолевой диеты, повидимому, зависит от ее обезвоживающего действия, от уменьшения хлорных запасов организма и от противовоспалительных свойств диеты (Noorden), уменьшающих реактивность железистой паренхимы желудка.

Отмеченными возможностями, конечно, не исчерпывается вся сложность и многочисленность процессов, разыгрывающихся в организме под влиянием бессолевой диеты и все пути ее воздействия на гастрит и ulcus. Однако, наши данные и данные литературы позволяют нам считать, что именно по указанным выше основным направлениям, главным образом, и обеспечивается воздействие бессолевой диеты, как на самый больной орган, так и на экстрагастральные факторы, которые в одних случаях направляют развитие местного процесса, в других же сами являются первопричиной болезни.