

9599

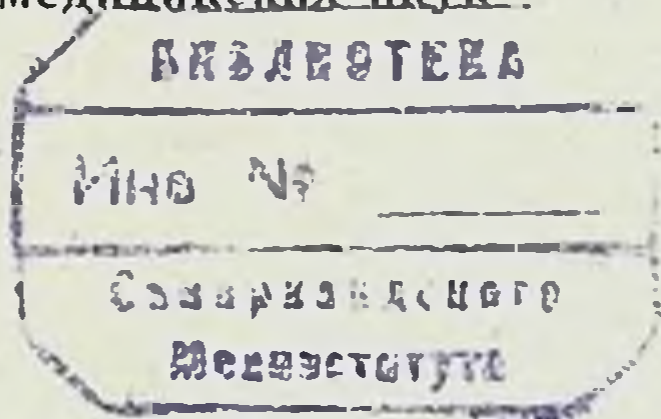
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

ЧЕРНОВИЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

Н. Я. ГРУШКО

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЕГО ВЛИЯНИЕ
НА ФУНКЦИИ И БИОЭЛЕКТРИЧЕСКИЙ
ПОТЕНЦИАЛ ЖЕЛУДКА

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук



Черновцы
1965

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР
ЧЕРНОВИЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

Н. Я. ГРУШКО

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЕГО ВЛИЯНИЕ
НА ФУНКЦИИ И БИОЭЛЕКТРИЧЕСКИЙ
ПОТЕНЦИАЛ ЖЕЛУДКА

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Черновцы
1965

Из кафедры госпитальной терапии (зав. кафедрой — проф. Я. В. БОРИН) Ивано-Франковского медицинского института (ректор — доктор медицинских наук, профессор Г. А. БАБЕНКО).

Научный руководитель — профессор Я. В. БОРИН.

Диссертация изложена на 257 страницах машинописи, состоит из введения, пяти глав, заключения и выводов; иллюстрирована по ходу текста выписками из историй болезни, 28 таблицами, фотоотпечатками электрогастрограмм, механогastroграмм и кривых желудочной секреции, кислотности желудочного сока и активности сычужного фермента (всего 45 рисунков). В указателе литературы приведено 385 названий, в том числе 336 работ отечественных и 49 иностранных авторов.

Приложение к диссертации содержит выписки из историй болезни и одну таблицу.

Решением Ученого Совета Черновицкого государственного медицинского института официальными оппонентами назначены: доктор медицинских наук, профессор Е. И. САМСОН и кандидат медицинских наук, доцент П. Т. КАРАВАЕВ.

Защита диссертации состоится в Черновицком государственном медицинском институте «11» III 1965 года.

Автореферат разослан «6» II 1965 г.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, и в частности ее лечение, является одной из наиболее важных проблем современной гастроэнтерологии. Среди существующих комплексных методов терапии больных язвенной болезнью важное место принадлежит лечению сном в сочетании с другими лечебными средствами (бромид натрия, витамины В₁ и С, тепловые процедуры, щадящая диета), основанному на учении И. П. Павлова об охранительной и целебной роли торможения. По И. П. Павлову, «внутреннее торможение и сон — один и тот же процесс». И. П. Павлов указывал, что во время сна торможение распространяется не только на кору больших полушарий головного мозга, но и на подкорковые образования, а это сказывается на деятельности внутренних органов. И. П. Павловым доказано, что во время сна восстанавливается нормальная деятельность заболевших или утомленных клеток коры головного мозга. Надо полагать, что одновременно с восстановлением функций корковых клеток восстанавливается нормальная регуляция функций желудка, что благотворно влияет на течение язвенной болезни.

Множественные данные литературы об эффективности терапии сном в основном говорят в пользу этого метода (Ф. А. Андреев, 1946, 1948, 1949, 1951; Р. А. Абкина, 1949; Н. Т. Старостенко и Л. А. Разумная, 1950; Е. Б. Выгоднер, 1951; Г. И. Бурчинский, 1952; Л. С. Михно, 1952; Н. С. Молчанов, 1952, 1953; А. А. Вишневецкий, 1952, 1954; П. Т. Караваев, 1954; А. П. Смышляева, 1957; А. Г. Гукасян и А. Ю. Иванова-Незнамова, 1957; Е. И. Самсон, 1956, 1957, 1959; Е. И. Зайцева, 1957; Я. С. Кмицикевич, 1958; А. П. Пелещук, 1957, 1962 и др.).

В оценке функционального состояния желудка у больных язвенной болезнью большое значение имеет изучение не только секреторной, но и экскреторной и моторной функций желудка. Наряду с этим следует отметить и весьма существенное значение исследований биотоков желудка (В. Ю. Чаго-

вещ, 1926; Я. В. Борин, 1949, 1952, 1954; М. А. Собакин, 1954, 1958; Г. Ф. Витенберг, 1957; С. И. Корхов, 1958, 1962; Л. Г. Красильников, 1960 и др.).

Данные литературы, касающиеся влияния лечения сном в сочетании с другими лечебными средствами на вышеперечисленные функции желудка у больных язвенной болезнью, немногочисленны и противоречивы (Н. В. Мамонова, 1952; Т. Д. Дзидзигури и З. В. Пластинина, 1954; Е. И. Самсон, 1957; А. П. Пелешук, 1962 и др.). Совершенно не изучено влияние указанного метода терапии на биоэлектрический потенциал желудка.

Учитывая вышеизложенное, мы поставили перед собой задачу в настоящей работе сделать попытку изучить влияние лечения удлиненным медикаментозным и условнорефлекторным сном в комплексе с щадящей диетой, бромидом натрия, витаминами В₁ и С и тепловыми процедурами на функции (секреторную, кислотообразующую, экскреторную и моторную) и биоэлектрический потенциал желудка у больных язвенной болезнью.

Наши исследования касаются 125 больных язвенной болезнью в фазе обострения, без осложнений (кровоотечений, перитраций, сужений привратника и подозрений на малигнизацию язвы) и 5 больных хроническим гастритом. Из этого числа 78 больным язвенной болезнью и 5 больным хроническим гастритом проведено лечение удлиненным сном, как наиболее физиологическим, в сочетании с вышеперечисленными лечебными средствами, а 42 больным язвенной болезнью проведена терапия внутривенными вливаниями новокаина в том же сочетании (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение больных по диагнозам

Диагноз	Терапия сном	Терапия внутривенно новокаином	Всего
Язвенная болезнь желудка	21	11	32
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	55	31	86
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	1	--	1
Язвенная болезнь с локализацией язвы в области соустья	1	--	1
Хронический гастрит:			
а) нормацидный	2	---	2
б) гиперацидный	2	---	2
в) анацидный	1	—	1
Всего:	83	42	125

Все обследованные больные были мужского пола, преимущественно в возрасте от 19 до 40 лет. По давности заболевания они распределялись следующим образом: до 2-х лет — 41 человек, от 3-х до 5 лет — 52, от 6 до 10 лет — 20, от 11 до 15 лет — 9 и свыше 15 лет — 3 человека. Начало заболевания нами определялось с момента появления жалоб, а не по времени первого рентгенологического подтверждения язвенной болезни.

До начала лечения больные предъявляли жалобы на боли в эпигастральной области, связанные с приемом пищи. Так, боли появлялись после приема пищи через 30 минут у 7 больных, через один час — у 14, через 2 часа — у 34, через 3 часа — у 6 и голодные и ночные — у 22 больных. Как показали наши наблюдения, особенно выраженным был болевой синдром у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Боли у них нередко иррадиировали в спину. Более чем половина больных отмечала периодичность, сезонность болезни — обострение поздней весной и ранней осенью.

При поступлении в клинику больные жаловались также на понижение аппетита и диспептические явления: изжогу — 37 чел., отрыжку — 52, тошноту — 43, рвоту — 31 и искусственную рвоту — 7 человек.

Почти все больные в прошлом многократно лечились разными методами в условиях стационара, поликлиник и курортов.

При объективном исследовании у 42 больных с более продолжительным сроком заболевания отмечалась пониженная упитанность. Пальпация эпигастральной области вызывала напряжение мышц брюшного пресса и болезненность почти у всех больных. При поколачивании в указанной области определялась болезненность у 21 больного. У части больных определялись болевые точки Боаса и точки Опенховского.

В первые дни пребывания в клинике все больные находились в одинаковых условиях стационара, пользовались диетическими столами № 1б или № 1 клиники лечебного питания Института питания Академии медицинских наук СССР и подвергались полному клиническому, лабораторному и рентгенологическому обследованию (рентгеноскопия и у части больных — рентгенография). Затем 83 человека из общего числа больных, которым было предназначено комплексное лечение удлиненным сном в сочетании с другими лечебными средствами, были переведены в специально отведенную палату.

Влияние этого метода терапии на функции желудка изучалось при помощи фракционного исследования по методу Н. И. Лепорского, с применением в качестве возбудителя

секреции кофенинового пробного завтрака. При этом, одновременно с секреторной, кислотообразующей и экскреторной функциями желудка у 50 больных до и после лечения определялись активность сычужного фермента (химозина) и содержание хлора общих хлоридов и хлора соляной кислоты. У 15 больных секреторно-моторно-эвакуаторная функция желудка исследовалась по методу К. М. Быкова и И. Т. Курцина.

Электрические потенциалы (ЭП) желудка у 12 здоровых человек и у 35 больных язвенной болезнью до и после лечения регистрировали с помощью зеркального магнитоэлектрического гальванометра (типа М-21), соединяющегося через систему специального аппарата, работающего на принципе компенсаторного моста, с двумя электродами. Один из них (дифференциальный) — вводился в желудок путем обычного зондирования. Этот электрод представлял собой провод, введенный в канал дуоденального зонда и на конце спаянный с его оливой. Через этот же канал производилось отсасывание желудочного содержимого. Второй электрод (индифференциальный) фиксировался к коже лба исследуемого. Оба электрода изготовлены из химически чистого серебра и хлорировались электрическим способом.

Уровень разности ЭП, создавшийся между этими электродами, определялся методом компенсации, а его колебания, которые воспроизводил световой зайчик гальванометра, регистрировались на рентгенпленке движущегося фотокимографа.

Регистрация колебаний ЭП производилась непрерывно в течение всего времени пребывания зонда-электрода в желудке. Одновременно с ЭП желудка исследовали и его секреторную деятельность. Кроме того, всем больным делались анализы крови, мочи, кала на скрытую кровь и яйца глистов, измерялось артериальное кровяное давление и у некоторых из них определялся сахар крови натощак.

Мы, как и другие авторы (А. А. Чайкова и Л. А. Залеская, 1951; В. А. Опалева и А. Н. Протопопова, 1955; Х. С. Бикбулатова, 1957), проводили терапию дифференцированно с учетом клинического течения язвенной болезни, состояния нервной деятельности и реакции больных на назначаемые им снотворные средства.

В результате проведенного обследования (изучение подробного и углубленного анамнеза и функционального состояния вегетативной нервной системы) больные язвенной болезнью по совокупности клинических данных и особенностей нервной деятельности подразделялись нами на три группы.

Первая — с незначительным преобладанием в коре головного мозга процесса возбуждения — 36 человек; вторая — с уравновешенностью нервных процессов при удовлетворительной их силе и подвижности — 14 и третья — с преобладанием процесса торможения — 28 человек.

После предварительной психопрофилактической подготовки обследованные больные, как уже указывалось выше, помещались в хорошо вентилируемую, специально оборудованную палату. Для больных был выработан распорядок дня.

Из снотворных применялись люминал в дозах 0,05—0,1 г внутрь 3—2, а иногда только один раз в день и хлоралгидрат — по 1,0 г в виде раствора в прямую кишку. Дозировка их строго индивидуализировалась. Первоначально назначенные дозы снотворных постепенно уменьшались, а затем заменялись индифферентными веществами (сахар, крахмал). Бромид натрия назначался в виде 3% раствора, по одной столовой ложке внутрь 3 раза в день, либо в виде 10% раствора по 10 мл внутривенно, один раз в день. Витамин В₁ по 0,06 г и витамин С по 0,1 г применялись внутрь три раза в день и на эпигастральную область — тепловые процедуры.

Сон средней глубины наступал через 15—25 минут после приема снотворных. Продолжительность сна составляла 14—16 часов в сутки.

Лечение проводилось пятидневными циклами с трехдневными перерывами. Во время этих перерывов сон приобретал условнорефлекторный характер. Продолжительность лечения у большинства больных составляла три—четыре пятидневных цикла.

Такой метод терапии больные переносили в основном хорошо. Выраженных явлений токсикоза, отмеченных другими авторами (Ю. К. Тарасов и Е. И. Черненко, 1949; Г. И. Бурчинский, 1952; Н. С. Молчанов, 1952), мы не наблюдали. Однако у пяти человек имели место резко выраженные побочные явления, в виде шаткости походки или эйфории, которые вскоре ликвидировались. Пяти больным язвенной болезнью успешно было проведено комплексное лечение сном без назначения снотворных, так как сами условия и режим палаты влияли на них благотворно. Продолжительность условнорефлекторного сна составляла 14—15 часов в сутки. Самый лучший сон чаще всего отмечался у больных первой и третьей групп. Под влиянием проводившегося комплексного лечения (сон, бромид натрия, витамины В₁ и С, щадящая диета и тепловые процедуры) уже в первые дни значительно улучшалось общее состояние больных, исчезал болевой синдром у большинства из них к исходу первого или второго пятидневного

цикла и только в упорных случаях — в третьем цикле терапии. Также быстро исчезали и диспептические явления, нормализовался стул. Исключение составили 7 человек из 83, у которых оставались диспептические явления.

Пальпация эпигастральной области вызывала некоторое напряжение мышц брюшной стенки и незначительную болезненность у 8 человек, а поколачивание в этой области было чувствительным у двух из 21 больного.

За курс лечения больные прибавляли в весе от 2 до 7 кг, в среднем 2,3 кг.

Реакция на скрытую кровь стала отрицательной у 47 из 52 больных, где она была положительной до лечения. Терапия оказалась эффективной и в отношении заживления язвы. Так, при повторном рентгенологическом обследовании 63 больных нами установлено: исчезновение ниши у 43 человек, уменьшение ниши у 12 и не изменилась ниша у 8 человек. Наряду с этим у преобладающего большинства больных рентгенологически выявлена нормализация нарушенной эвакуаторной функции желудка.

Лечебный эффект применявшегося метода терапии, как и сон, самым лучшим оказался у больных первой группы, а самым худшим — у больных второй группы. Так, из 36 больных первой группы клиническая ремиссия наступила у 26, улучшение — у 8 и незначительное улучшение — у 2 человек, из 14 больных второй группы соответственно — у 3, 6 и 5 и из 28 больных третьей группы соответственно — у 18, 9 и одного больного.

Лучшие результаты были получены у больных с более продолжительным сроком лечения.

Эффективным оказалось лечение удлиненным спом в сочетании с вышеперечисленными средствами и у больных хроническим гастритом. У них рано прекращались боли и диспептические явления, заметно улучшалось общее состояние.

По данным одномоментного исследования желудочного содержимого, после проведенного лечения исходная повышенная кислотность нормализовалась у 37 из 54 человек.

При фракционном исследовании у значительной части больных обнаружена повышенная желудочная секреция и кислотность до лечения и их нормализация или тенденция к ней после лечения. Кроме того, после проведенного лечения изменился и характер кривых кислотности — лестничные кривые наблюдались значительно реже, чем до лечения.

Наши исследования показали, что между нормализацией секреторной и кислотообразующей функциями желудка

наблюдается известный параллелизм, однако он не является строгим и постоянным. Нормализация секреторной функции желудка была выражена в большей степени, чем кислотообразующей.

При исследовании функций желудка по методу К. М. Быкова и И. Т. Курцина у 15 больных язвенной болезнью нами обнаружено преобладание возбудимого типа секреции. Это отмечено и другими авторами (К. М. Быков и И. Т. Курцин, 1952; Е. И. Самсон, 1957; Х. С. Бикбулатова, 1957). Так, возбудимый тип секреции выявлен нами у 8 человек, тормозной — у одного и нормальный — у 6 больных. В результате проведенной комплексной терапии, одновременно с наступившей клинической ремиссией или клиническим улучшением, у больных произошло изменение типов желудочной секреции от патологического к нормальному. Последний отмечен у 11 человек, а возбудимый — только у 4. Особенно выраженной оказалась нормализация секреции и кислотности натошак и в нервнорефлекторной фазе. Это указывает на то, что при язвенной болезни под влиянием комплексного лечения в процессе восстановления нормальной деятельности желудка ведущую роль играет нервнорефлекторный механизм. Из данных литературы также известно, что патологически измененная функция желудка у больных язвенной болезнью не очень часто нормализуется к концу обычного курса лечения (А. Н. Митропольский, 1954; Ч. Л. Касалица, 1956).

После проведенного лечения наблюдалась также нормализация или тенденция к ней исходной повышенной активности сычужного фермента (химозина).

Содержание общего хлора и хлора нейтральных хлоридов в желудочном содержимом больных язвенной болезнью под влиянием комплексного лечения снижалось в пределах физиологических колебаний. У больных с нормальной и пониженной кислотностью натошак и к концу исследования наблюдалось преобладание хлора нейтральных хлоридов над хлором соляной кислоты, тогда как при повышенной кислотности хлор соляной кислоты превышал хлор нейтральных хлоридов. Данные наших исследований позволяют прийти к заключению, что у больных язвенной болезнью содержание общего хлора зависит от секреторной функции желудка, а содержание хлора нейтральных хлоридов — также и от состояния привратника, регулирующего секреторную и моторную функции желудка.

Влияние комплексного лечения у больных язвенной болезнью, по данным хромокопии, благотворно сказалось и на

эксcretорной функции желудка. Параллельно с исчезновением или уменьшением воспалительных явлений в стенке желудка (нормализация рельефа слизистой, снижение кислотности, уменьшение количества слизи), особенно в его антральном отделе, в значительной степени нормализовалась и эксcretорная функция желудка. После проведенного лечения нормальный срок выделения нейтрального альбумина наблюдался у большего числа лиц, чем до лечения, а замедленный набор альбумина — у меньшего.

Моторная функция желудка у больных язвенной болезнью по данным исследования (баллонно-кимографический метод) до лечения была следующей: гиперкинез (возбудимый тип) — у троих, гипергипокинез (астенический тип) — у четверых, гипогиперкинез (инертный тип) — у троих, гипокинез (тормозной тип) — у одного и дискинез (чередование больших зубцов с малыми) — у одного больного. После проведенного лечения гиперкинез отмечен только у одного больного, гипокинез — у шести, гипогиперкинез — у троих, дискинез — у одного и нормокинез — у одного человека.

Таким образом, приведенные данные показывают, что под влиянием комплексного лечения (удлиненный сон в сочетании с вышеперечисленными средствами) у больных язвенной болезнью наступало угнетение или нормализация моторной функции желудка.

При сопоставлении гастрোগрам с клинической картиной заболевания установлено, что между проявлением болезни и моторной деятельностью желудка имеется определенная связь. Так, у лиц с наиболее выраженным болевым синдромом, с поздними и ночными болями наблюдался гиперкинез (возбудимый тип моторики), тогда как у больных с тупыми болями и ощущением тяжести в подложечной области отмечался гипергипокинез (астенический тип моторики). Кроме того, при последнем типе моторной деятельности желудка чаще наблюдалось нарушение стула — склонность к запорам. Секреторная и кислотообразующая функции желудка у этих больных после лечения нормализовались, а двигательные сокращения его по-прежнему оставались патологического типа (гиперкинез, дискинез).

Анализ результатов наших исследований биоэлектрических явлений желудка у больных язвенной болезнью показал, что до лечения у большинства из них, независимо от локализации язвы, на электрогастрограммах отражены явления повышенной моторной деятельности желудка, выразившиеся в повышении частоты ритма сокращений, увеличении амплитуды и беспорядочности сокращений.

После проведенного лечения сном в сочетании с бромидом натрия, витаминами В₁ и С, тепловыми процедурами и щадящей диетой, параллельно с улучшением общего состояния больных, нормализацией секреторной и экскреторной функций желудка, а также угнетением или нормализацией его моторной деятельности отмечалась нормализация электрогастрограмм, сказавшаяся в понижении начальной разности потенциала, уменьшении амплитуды и упорядочении колебаний его. Эти изменения колебаний электрического потенциала следует рассматривать как показатель уменьшения моторной и отчасти секреторной функций желудка.

Итак, произведенные нами исследования обнаружили значительные нарушения функций и биотоков желудка у больных язвенной болезнью до лечения и показали нормализацию их у части больных под влиянием проведенного комплексного лечения.

Данные наших наблюдений в отношении содержания сахара в крови больных язвенной болезнью, леченных сном, вполне согласуются с данными других авторов (Р. А. Абкина, 1948; А. В. Рахлин, 1948; М. Я. Жукова, 1949; Е. П. Выгоднер, 1951; А. П. Смышляева, 1957). Значительных количественных колебаний сахара в крови под влиянием лечения сном в комплексе с другими средствами у больных язвенной болезнью мы не отмечали.

Отдаленные результаты комплексного лечения сном больных язвенной болезнью были также положительными. Так, рецидивы болезни наступили в течение первого года после лечения у 14 человек, спустя два года — у 12, через 3 года — у 10 и через 6 лет — у 10 больных. Из этого числа троим больным была произведена резекция желудка.

Рецидивы язвенной болезни возникали в большинстве случаев в связи с погрешностями в диете, с нервно-психическими травмами, злоупотреблением алкогольными напитками и курением. Нередко нерегулярный прием пищи имел большее значение, чем ее качество.

Наличие рецидивов язвенной болезни после проведенного комплексного лечения сном в сочетании с вышеуказанными средствами несколько не умаляет этот ценный метод, так как нам не известны консервативные методы лечения, после которых не наблюдалось бы рецидивов.

Лечение больных язвенной болезнью внутривенными вливаниями новокаина получило наиболее широкое распространение (И. И. Клейнерман, 1951; Х. Н. Левитан и М. Н. Лурье, 1955; А. Н. Митропольский, 1954, 1958; Е. И. Самсон, 1956, 1957, 1959; Я. Л. Альперович и В. В. Костина, 1961) по

сравнению с другими методами его введения (новокаиновая блокада — А. А. Вишнеvский и А. Н. Рыжих, 1955; висцеральная новокаиновая анестезия — А. Г. Андреев, Ф. И. Комаров и И. С. Тимесков, 1957; И. Д. Клепов, 1962; внутриартериальное введение — В. К. Горбадей, 1955; орошение слизистой оболочки желудка — В. В. Козакова, 1957; введение в двенадцатиперстную кишку — Н. Т. Старостенко, 1953, 1955, 1957; ректальное введение — С. О. Бадилькес, Е. Б. Выгоднер и М. Г. Виноградова, 1961).

Нами проведено лечение 42 больных язвенной болезнью внутривенными вливаниями 0,25% раствора новокаина в сочетании с 10% раствором бромида натрия в дозах от 2 до 10 мл один раз в день, витаминами В₁ и С, тепловыми процедурами и щадящей диетой. Курс лечения составлял 12—18 вливаний и лишь у некоторых больных он был более продолжительным.

Клиническая характеристика больных дана выше.

Кислотность желудочного содержимого при исследовании по методу Н. И. Лепорского оказалась повышенной у 24 человек, слегка пониженной — у 8 и нормальной — у 10 больных.

Прямой симптом язвенной болезни — ниша — при рентгеноскопии обнаружена у 25 больных, косвенные признаки (гиперсекреция, конвергенция складок слизистой оболочки желудка, пилороспазм) — у 17. Реакция на скрытую кровь в кале оказалась положительной у 29 больных.

Под влиянием этого метода терапии у больных язвенной болезнью рано прекращался болевой синдром, исчезали диспептические явления, улучшалось общее состояние, восстанавливался аппетит, нормализовался сон. За курс лечения больные прибавляли в весе в среднем 1,6 кг.

После проведенного лечения при повторном рентгенологическом исследовании ниша не обнаружена у 7 и уменьшилась в размерах у 13 из 25 больных. У 5 больных ниша не изменилась. Реакция на скрытую кровь выявилась отрицательной у 26 из 29 больных. Одновременно с этим наблюдалась нормализация или тенденция к ней исходной ^{повышенности} кислотообразующей функции желудка у 18 из 25 больных. Нормализовалась также и экскреторная функция желудка, нейтральрот при хромоскопии появлялся в желудочном содержимом в среднем на 18 минуте вместо 23 до лечения.

Наши наблюдения показали, что успех лечения внутривенными вливаниями новокаина в комплексе с вышеуказанными средствами зависит от стадии заболевания, его давности и продолжительности курса терапии. Лучшие результаты

Таблица 2.

Сравнительная оценка эффективности лечения больных язвенной болезнью удлиненным
медикаментозным и условнорефлекторным сном и внутривенными вливаниями новокаина

Метод лечения	Число больных	Болевой синдром		Диспептичес- кие явления		Средняя продав- ка в весе, в кг	Скрытая кровь обнаружена		Ниша			
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения		до лечения	исчезла	После лечения			
									умень- шилась	не изме- нилась		
Медикаментозный и условнорефлек- торный сон	78	78	—	76	5	2,3	52	5	63	43	12	8
								слабо- поло- жит.				
Внутривенные вливания новока- ина	42	42	—	42	—	1,6	29	3	25	7	13	5
								слабо- поло- жит.				

последней получены у больных без глубоких деструктивных изменений и при более продолжительном курсе лечения.

Представляло интерес сопоставить результаты лечения больных язвенной болезнью сном в сочетании с бромидом натрия, витаминами В₁ и С, тепловыми процедурами и щадящей диетой, с результатами лечения таких же больных внутривенными вливаниями новокаина в том же сочетании (табл. 2).

При сопоставлении данных таблицы 2 видно, что болевой синдром исчез у всех больных, леченных как сном, так и новокаином. Однако исчезновение и уменьшение ниши наступило у большей части больных после проведенного курса комплексного лечения сном, чем после курса терапии внутривенными вливаниями новокаина.

Таким образом, метод лечения больных язвенной болезнью удлиненным сном в сочетании с бромидом натрия, витаминами В₁ и С, тепловыми процедурами и щадящей диетой, по нашим данным, оказался более эффективным, чем метод внутривенных вливаний новокаина в том же сочетании.

ВЫВОДЫ

1. Комплексное лечение удлиненным сном, бромидом натрия, витаминами В₁ и С, тепловыми процедурами и щадящей диетой больных неосложненной язвенной болезнью является эффективным методом терапии.

2. Удлиненный медикаментозный сон, вызванный назначением небольших доз снотворных (люминал и хлоралгидрат) с переходом в условнорефлекторный, приближается к физиологическому сну и почти не вызывает побочных явлений.

3. Эффективность лечения удлиненным сном в комплексе с бромидом натрия, витаминами В₁ и С, тепловыми процедурами и щадящей диетой у больных язвенной болезнью выразилась в раннем прекращении болевого синдрома, исчезновении диспептических явлений, улучшении общего самочувствия больных, увеличении их веса, изменении рентгенологической картины (исчезновение ниши или уменьшение ее размеров, устранение пилороспазма, нормализация эвакуаторной функции желудка).

4. Наиболее эффективной оказалась терапия (удлиненный сон, бромид натрия, витамины В₁ и С, тепловые процедуры) у больных язвенной болезнью без осложнений, с некоторым преобладанием в коре головного мозга процесса возбуждения над процессом торможения и наличием явлений «раздраженного» желудка.

5. Лечение удлиненным сном в комплексе с другими средствами у значительной части больных язвенной болезнью оказывает нормализующее влияние на секреторную, кислотообразующую и выделительную функции желудка. Параллельно с нормализацией секреторной функции желудка наблюдалась тенденция к снижению содержания хлора как общих, так и нейтральных хлоридов желудочного содержимого.

По данным исследований по методу К. М. Быкова и И. Т. Курцина, у больных язвенной болезнью до лечения преобладающим типом желудочной секреции являлся возбудимый тип, а после проведенного комплексного лечения — нормальный.

Лечение этим методом у части больных язвенной болезнью способствует нормализации активности сычужного фермента (химозина) желудочного содержимого.

6. До начала лечения у трех четвертей обследованных больных язвенной болезнью, по данным гастрографии, наблюдались в большей или меньшей степени выраженные нарушения моторной функции желудка. У большинства из них на гастрограммах зарегистрирован гиперкинез. При такой моторике желудка у больных отмечался наиболее выраженный болевой синдром.

После комплексного лечения сном, параллельно с улучшением клинической картины (исчезновение болевого синдрома), наступало угнетение или нормализация моторной функции желудка.

7. Электрогастрографические исследования показали, что у преобладающего большинства больных язвенной болезнью до лечения отмечался высокий вольтаж начальной разности электрического потенциала желудка, значительное повышение амплитуды и беспорядочность его колебаний («желудочное беспокойство»), независимо от локализации язвы.

После проведенного комплексного лечения сном, параллельно с нормализацией, главным образом, моторной функции желудка, у больных язвенной болезнью наблюдалась также нормализация электрогастрограмм (снижение начальной разности электрического потенциала желудка, уменьшение амплитуды и упорядочение его колебаний).

8. Отдаленные результаты лечения больных язвенной болезнью удлиненным сном в сочетании с бромидом натрия, витаминами В₁ и С, тепловыми процедурами и щадящей диетой были также вполне удовлетворительными.

9. Лечение больных неосложненной язвенной болезнью внутривенными вливаниями новокаина в сочетании с бромидом натрия, витаминами В₁ и С, тепловыми процедурами и щадящей диетой дало хороший терапевтический эффект.

Однако метод лечения удлиненным сном в сочетании с бромидом натрия, витаминами В₁ и С, тепловыми процедурами и щадящей диетой оказался более эффективным, чем метод лечения внутривенными вливаниями новокаина в том же сочетании.

Список опубликованных работ, отражающих содержание диссертации

1. Лікування сном виразкової хвороби шлунка и дванадцятипалої кишки. Збірник наукових робіт Станіславського медичного інституту, 1955.
2. Лечение сном больных язвенной болезнью. «Врачебное дело», № 1, 1956.
3. Вплив лікування сном на функції шлунка при виразковій хворобі. Наукові записки Станіславського медичного інституту, вип. II, 1958.
4. Порівняльна оцінка лікування хворих на виразкову хворобу внутрішньовенними вливаннями новокаїну і сном. Наукові записки Станіславського медичного інституту, вип. IV, 1962.

Материалы диссертации доложены:

1. На научной конференции Станиславского государственного медицинского института, 28 февраля 1952 г.
 2. На научной конференции Станиславского государственного медицинского института, 27 декабря 1952 г.
 3. На заседании Станиславского областного научного Общества терапевтов, 27 марта 1958 г.
-

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DEPARTMENT OF CHEMISTRY
530 SOUTH EAST ASIAN AVENUE
CHICAGO, ILLINOIS 60607
TEL: 773-936-3700
FAX: 773-936-3701
WWW: WWW.CHEM.UCHICAGO.EDU

RECEIVED
JAN 15 1998
10 10 AM

DR. J. K. STILLE
1000 UNIVERSITY AVENUE
CHICAGO, ILLINOIS 60607
TEL: 773-936-3700
FAX: 773-936-3701
WWW: WWW.CHEM.UCHICAGO.EDU

БЧ 01052. Підписано до друку 1. II. 1965 р.
Формат паперу 60×84¹/₁₆. Друк. арк. 1,25. Папер. арк. 0,625.
Зам. № 348. Тираж 150.

Обладрукарня, м. Івано-Франківськ, вул. Чапаєва, 15.