

Из 1-ой Терапевтической клиники Центрального института усовершенствования врачей (директор проф. Р. А. Лурья, ординатор имени С. П. Боткина).

К клинике пилородуоденитов (Antrumgastritis).

Доцент Я. И. Дайховский.

Современные методы клинического исследования желудка, в частности рентгеноскопия его слизистой по Бергу и гастроскопия, значительно подняли вперед за последнее время наши знания в области патологии желудка. Старый катар желудка, который был в свое время совершенно незнаком из клиники, вновь воскрес под названием гастрита и является по современным данным весьма распространенным заболеванием, которому принадлежит центральное место среди прочих заболеваний желудка. Новое представление о гастрите дало возможность объяснить ряд симптомов, наблюдающихся при этом заболевании, которые не укладывались в старое представление о катаре желудка. Стало ясно, что катар желудка является лишь частью гастрита, лишь одним из проявлений его и при том не всегда обязательным; стало ясно также, что клиническая картина гастрита неоднородна и что гастрит встречается в форме самостоятельного страдания желудка, либо в форме сопутствующего страдания, как при заболевании самого желудка, так и при заболеваниях других внутренних органов. Так, чрезвычайно распространенным оказалось наличие одновременно протекающей язвы желудка или 12-перстной кишки и гастрита, при чем последний в этих случаях часто имеет лишь очаговый характер и наиболее выражен в антральной части желудка, точнее в области желез привратника, а также прилегающих желез тела желудка. По данным Ко- нечного, гастрит при *ulcus'e* имеет очаговый характер и является антральным гастритом. Не менее существенной является также гипертрофия мускулатуры в области привратника, которая почти закономерно наблюдается в этих случаях. Этот факт имеет большое значение в клинике гастрита и объясняет наблюдающиеся при этом заболеваниях двигательные расстройства желудка.

Воспалительная теория происхождения язвы желудка, выдвинутая Ко- нечным, приписывает, как известно, гастриту причинную роль в патогенезе язвы желудка. На основании наших клинических наблюдений мы считаем более правильным говорить в клинике о взаимной зависимости между гастритом и язвой желудка и 12-перстной кишки. Как бы там ни было, но гастриту несомненно принадлежит видная роль в патогенезе язвы желудка. И если воспалительная теория происхождения язвы желудка в настоящее время еще не является общепризнанной, то все же все авторы согласны в том, что гастрит сопутствует язве желудка и что в клинической картине язвы желудка и 12-перстной кишки гастриту принадлежит не последнее место. Среди гастритов особенно важную роль играют воспалительные процессы в антральной части желудка и в верхней части 12-перстной кишки, где этот воспалительный процесс часто сопровождается эрозиями и дает картину язвенного гастрита или дуоденита—*gastritis s. duodenitis ulcerosa*, описанный впервые *Nauwerck*ом. В настоящее время твердо установлено, что *gastritis s. duodenitis ulcerosa* представляет очень частое и совершенно типичное заболевание.

Аналогичную форму гастрита, так называемую *gastritis dolorosa* проф. Лурия описал в 1926 году. Эта форма гастрита, отличительной чертой которого является боль, приближает его к язвам желудка и 12-перстной кишки и предполагает локализацию его в антральной части. Это есть, в сущности говоря, пилородуоденит—*antrumgastritis* немецких авторов, который стоит в настоящее время в центре внимания при изучении патологии желудка.

В дискуссии на Хирургическом конгрессе в 1924 г. Orator поделился результатами, полученными им при исследовании 170 резецированных пре-паратов желудка: эти исследования установили наличие антрального гастрита как при язве желудка, так и при язве 12-перстной кишки. Наличие антрального гастрита во всех случаях язвы 12-перстной кишки устанавливает также Конечный на своем материале. Наряду с этим в новейшей литературе имеется множество сообщений, которые показывают, как часто при типичных явлениях *ulcus'a* у оперированных по поводу язвы желудка или 12-перстной кишки на операции ничего не находили кроме гастрита или дуоденита (Bohmanson, Boushut и Ravault, Doberer, Faber, Finsterer, v. Haberer, Orator и друг). Mc. Carty из клиники Mayo сообщил о 534 случаях заболеваний 12-перстной кишки. Из 425 случаев язвы 12-перстной кишки в 97 случаях без доказанного *ulcus'a* были вырезаны кусочки 12-перстной кишки и в них можно было доказать наличие дуоденита. Все эти данные с убедительностью говорят о том, как часто мы ошибаемся в диагнозе язвы желудка и 12-перстной кишки, принимая за них пилориты и дуодениты. Нет никакого сомнения в том, что ряд клинических симптомов язвы желудка как субъективных, так и объективных зависит не от наличия самой язвы, а от гастритического процесса (Конечный). И то, что считалось почти патогномичным для язвы пилорической части желудка и 12-перстной кишки, как, например, голодные боли, поздние боли, весь синдром *Sourault*, наконец, периодичность болей—все это в настоящее время, согласно исследованиям ряда авторов, является в сущности говоря результатом обострения пилорита и дуоденита (Holweg, Orator, Faber, Nagel и др.).

Собранный нами и опубликованный клинический материал, характеризующий взаимную зависимость между язвой желудка и гастритом, показал, что гастриты фундальной части желудка чаще всего наблюдаются лишь в качестве сопутствующего процесса при язве желудка; антральные же гастриты патогенетически связаны с *ulcus'ом*. И именно они-то и обнаруживают переход в *ulcus*, что нам удалось документировать в ряде случаев. Отсюда ясно, что пилориты и дуодениты играют немалую роль в клинике язвенного страдания желудка и 12-перстной кишки. И только потому, что эти болезненные процессы до настоящего времени еще недостаточно изучены, и только потому, что до настоящего времени еще не разработаны в клинике опорные пункты для распознавания пилоритов и пилородуоденитов, мы до сих пор все чаще и чаще слышим о напрасных операциях в результате диагностических ошибок, обусловленных тем, что пилородуодениты (*Antrumgastritis*) и в особенности геморрагические их формы часто не распознаются. Вот почему разработка клинической картины пилородуоденитов—*antrumgastritis* немецких авторов, является вопросом весьма актуальным. Это тем более необходимо, что как совер-

шенно справедливо отмечает Kalk, не существует однородной картины болезни при гастрите. Имеется одна форма гастрита—бавальный гастрит, которая почти всегда приводит к повижению и полному исчезновению кислотности, и другая форма гастрита, которая идентична с язвенной болезнью. Эта последняя форма гастрита, идентичная с язвенной болезнью, и есть антральный гастрит, или пилородуоденит. Это принципиально другое заболевание, которое надо выделить отдельно, ибо практическое значение его чрезвычайно велико.

Впервые в 1919 году Loererg'ом выделена особая клиническая форма, описанная им под названием пилорита, а Ramond'ом в 1926 году—под названием дуоденита. Французские клиницисты Bouchut и Ravault в 1927 году описали синдром пилородуоденита, который они установили у 7-ми больных на основании клинического изучения этих случаев, подкрепленного хирургическим вмешательством и гистологическим исследованием резецированных частей этого отдела. Наконец, Чебоксаров в 1928 году сообщил о 2-х случаях пилородуоденита, подтвержденного хирургическим путем. Все эти авторы согласны на том, что распознавание пилородуоденитов представляет большие трудности.

Наш материал касается 81 случая пилородуоденита; из них 44 случая чистого пилородуоденита, 32 случая пилородуоденита, комбинированного с язвой желудка; в 3-х случаях пилородуоденит сопутствовал холедистопатия и в 2-х случаях—колику. Значительная часть наших случаев прослежена в течение более или менее продолжительного времени; часть же из них проверена хирургическим путем.

Оставляя в стороне случаи пилородуоденита, которые протекали одновременно с другими заболеваниями и им сопутствовали, мы будем касаться клинической картины и методов распознавания только чистых форм этого заболевания.

Клиническая картина пилородуоденитов чрезвычайно близко напоминает картину язвы привратника и 12-перстной кишки и в этом, главным образом, и кроется трудность распознавания пилородуоденитов. Тем не менее накопленный и разработанный нами клинической материал позволяет наметить опорные пункты для распознавания пилородуоденитов. Изучая имеющиеся в нашем распоряжении истории болезни, можно убедиться в том, что у всех этих больных имеется язвенный анамнез; эти больные обычно жалуются на боли в подложечной области, наступающие спустя $1\frac{1}{2}$ —2 часа, а иногда и несколько позже после еды; боли эти обычно успокаиваются у них после приема щелочей или после применения тепла; больные отмечают часто периодичность болей, а некоторые из них отмечали и голодные и ночные боли. Наряду с болями эти больные обычно отмечают у себя и диспептические расстройства как изжогу, отрыжку пищей, изредка тошноту и рвоту, а также запоры. Как правило, кровавой рвоты у этих больных не бывает, кроме случаев геморрагического гастрита, при которых кровавая рвота является одним из частых симптомов. Но если более тщательно собирать анамнез у этих больных, то обращает на себя внимание следующая характерная особенность: все эти жалобы не имеют той четкости и определенности, какую мы встречаем у язвенных больных; они носят смазанный характер; сама физиономия болей при пилородуоденитах не отличается столь интенсивным характером, как это наблюдается при язвенном страдании и, наступая обычно после

приемов пищи, они не бывают связаны с характером пищи. Эти больные отмечают, что боли у них часто наступают после всякой еды, независимо от того, какую пищу они принимают. Наконец, необходимо отметить, что у большинства из этих больных в анамнезе имеются указания на злоупотребления никотином. В ряде случаев можно установить связь с перенесенной инфекцией.

При объективном исследовании мы у этих больных ни разу не могли отметить напряжения мышц живота, определенной болевой точки, пальпаторных изменений, как, впрочем, и других объективных симптомов. И вот эта нечеткость болей, с одной стороны, и отрицательные объективные данные исследования, с другой стороны; это расхождение в соответствии между субъективными жалобами больных и объективными данными исследования является одной из характерных черт пилородуоденита.

Ратнер в 1927 году описал симптом тракции duodeni, который он находил у больных с язвой 12-перстной кишки; он доказал совпадение этого симптома с наличием язвы 12-перстной кишки путем проверки своих случаев на операционном столе. Симптом тракции duodeni заключается в том, что в области расположения 12-перстной кишки производится тракционное движение вниз; в случаях наличия язвы 12-перстной кишки больной ощущает резкую боль и очень бурно реагирует на это пальпаторное исследование. Проверка симптома Ратнера в течение ряда лет, мы имели возможность убедиться в том, что он действительно имеет место всегда при язвах привратника и 12-перстной кишки; но вместе с тем мы имели возможность убедиться также в том, что в отличие от язвы привратника и 12-перстной кишки тракция в области привратника и 12-перстной кишки при пилородуоденитах не обнаруживает почти никакой болезненности, и, таким образом, симптом тракции может быть использован в целях дифференциальной диагностики между пилородуоденитом и язвенным страданием.

Фракционное исследование желудочного содержимого с методом хромокопии показывает, что наряду с повышенной секрецией и повышенной кислотностью у этих больных нейтральрот выделяется с опозданием и тем позже, чем резче выражен воспалительный процесс в пилорическом отделе. Так, вместо нормального появления нейтральрота в желудочном содержимом спустя 14—15 минут, мы в случаях пилородуоденита обнаруживаем появление нейтральрота в желудочном содержимом спустя 20 минут и много позже, а иногда констатируем полное отсутствие выделения нейтральрота.

Нижеприведенная табличка, представляющая только небольшую часть нашего материала, показывает с большой демонстративностью существующую связь между пилородуоденитом и замедлением выделения нейтральрота.

Симптом замедления выделения нейтральрота имеет свое обоснование в нарушении экскреторной функции желудка, которая преимущественно осуществляется пилорическим отделом, что нам удалось (Дайховский и Соловей) установить клинически и экспериментально. Воспалительный процесс, который поражает пилорический отдел желудка, нарушая экскреторную функцию его, уже рано отражается на скорости выделения нейтральрота; отсюда ясно, что этот симптом замедления выделения нейтральрота также должен быть использован в качестве одного из опорных пунктов для

Таблица.

Фамилия	Диагноз	Кислотность желуд. содерж.		Слизь	Время выдел. NR
		Общая кисл.	Свободн. HCl		
Г-ман.		42	42	+	50 м.
Д-мин.		52	44	+	
М-хеев.		80	60	+	
Г-лов.		68	58	+	
И-смин.		58	48	+	50 м.
Ш-лев.		58	40	+	30 м.
К-дан.		90	70	+	60 м.
К-лев.		92	74	+	60 м.
Г-ман.		70	50	+	30 м.
И-нов.		66	44	+	50 м.
Г-ов.		70	60	+	
Ко-нов.		52	44	+	45 м.

раннего распознавания пилородуоденита. Наконец, огромную услугу в деле распознавания пилородуоденитов оказывает рентгеновское исследование рельефа слизистой желудка по Бергу. Изучение рельефа дает возможность ориентироваться относительно состояния слизистой разных отделов желудка. Правда, последние работы Вестфала показали, что измененный рельеф слизистой желудка может зависеть и от функциональных нарушений желудка, как это имеет место при раздраженном желудке (Reizmagen). Вестфаль предостерегает от поспешных заключений на основании обнаруженных изменений рельефа слизистой, тем не менее получаемые рентгенологические данные при правильном толковании их имеют большое значение и являются весьма ценным подспорьем при распознавании пилородуоденитов, дополняя клипические и лабораторные методы исследования.

Для иллюстрации высказанных соображений позволим себе коротко цитировать несколько историй болезней из нашего материала.

Б-ной К-нов, 44 л., рабочий, поступил в клинику по поводу болей в подложечной области, которые наступают после еды, спустя $1\frac{1}{2}$ —2 часа. Натощак болей нет. Изжоги. Болен 6 лет, периодичности не отмечает, но боли усиливаются временами. Объективно: мягкий безболезненный живот. Тракция пилородуоденальной области. к. 24—66; — нейтральрот вые-

лится через 45 минут Faeces: реакция на кровь — отрицательна. Рентген: глубокая распространенная сегментированного характера перистальтика; грубые складки в выходной части желудка.

Нечеткость болей, постоянный характер их, отсутствие периодичности и светлых промежутков, наличие болей при отсутствии болезненности, отрицательная реакция на скрытую кровь в кале, замедленное выделение нейтральрота в желудочном содержимом и, наконец, грубый рельеф слизистой в выходной части желудка заставили диагностировать антральный гастрит. Оперативное вмешательство, которому больной был в дальнейшем подвергнут в связи с возникновением предположения о наличии

тшора, отвергло это предположение и подтвердило наличие пилорита и перипилорита.

Б-ной П.-коз, 22 лет, колхозник, поступил по поводу ноющих болей постоянного характера в подложечной области, наступающие спустя 1—2 часа после приемов пищи, особенно грубой пищи. Изжога. Отрыжка пищей. Болен 5 л. Объективно: слегка обложенный язык, живот мягкий. *При пальпации живота болезненные точки не отмечены. Болезненность при тракции duodeni отсутствует.* Печень слегка увеличена, несколько болезненная, край острый. Фракционное исследование желудочного содержимого: во всех порциях слизь общ. к. 24—52; св. HCl 10—14; *нейтральный выделился через 45 минут.* Реакция на скрытую кровь в кале дважды отрицательна. Рентген: расправление замедлено, перистолы хорошая, перистальтика довольно глубокая, рельеф слизистой грубо-складчатый и выраженный в выходной части желудка.

В связи с подозрением на *ulcus pylori* больной был подвергнут операции. Пилорогения не подтвердила предположительного диагноза; язвы привратника не оказалось, имелись лишь пилорит и перигастрит.

Б-ной Г.-ман, 25 лет, инженер. Болен всего лишь 3 недели. Поступил с жалобами на боли в подложечной области, которые вначале были непостоянного характера и наступали спустя $\frac{1}{2}$ —1 час после приема пищи. В самое последнее время боли стали чаще, интенсивнее и стали носить более постоянный характер. Аппетит хороший. Изжога. Отрыжка пищей. Стул ежедневный. Объективно: слегка обложенный язык; живот мягкий, не вздут, не напряжен; *болезненности не отмечается. Симптом тракции duodeni отсутствует.* Фракционное исследование желудочного содержимого: общ. к. 40—70; своб. HCl—30—60; много слизи; *нейтральный выделился через 30 минут.* Faeces: повторное исследование на скрытую кровь дало отрицательный результат. Рентген: желудок обычного типа и размеров. Тонус, подвижность, перистолы, перистальтика—нормальны. Большой межкучный слой, затупевывающий структуру грубых складок. Явления ниши отсутствуют. Болевых точек не обнаружено. *Ампула широка с нечеткой складчатостью, безболезненна.* Переход контраста свободен. Диагноз: Pyloroduodenitis. Gastritis hypertrophicus.

Уже приведенных историй болезней достаточно, чтобы подтвердить основные черты в клипической картине пилородуоденитов, распознавание которых в настоящее время представляет еще большие трудности для широкой массы врачей. А между тем распознавание пилородуоденитов представляет не только теоретический, но и большой практический интерес, ибо, как было уже выше сказано, пилородуодениты являются как раз той формой гастрита, которая патогенетически связана с *ulcus*-ом и наиболее часто переходит в язву. Мы имели возможность наблюдать больных с пилородуоденитом, которые с течением времени превращались в язвенных больных, и наоборот имели возможность наблюдать язвенных больных, у которых в связи с проведенным лечением язва заживала и они превращались в больных с гастритом. Отсюда и то огромное практическое значение пилородуоденитов, которые должны быть выделены в особую форму и заслуживают тщательного изучения. Умение распознавать эту форму гастрита тем более необходимо, что только оно определяет правильную линию поведения врача как в смысле прогноза, профилактики, так и в смысле лечения и санаторно-курортного отбора больных.

В ы в о д ы:

1. Пилородуодениты являются весьма распространенной формой гастрита и встречаются как в качестве самостоятельного, так и в качестве сопутствующего заболевания.

2. Начеткость и нерезкая выраженность дуоденального синдрома должны заставить думать относительно пилородуоденита.

3. Расхождение между наличием болей, характерных для пилородуоденального синдрома, и отсутствием болезненности при тракциях пилородуоденальной области является одной из характерных черт пилородуоденитов, отличающих его от язвы привратника и 12-перстной кишки.

4. Задержка выделения нейтрального является одним из признаков воспалительного процесса антральной части и может быть использована для раннего распознавания пилородуоденитов.

5. Измененный рельеф слизистой выходной части желудка правильно расцененный, документирует наличие пилородуоденита и является одним из спорных пунктов в диагностике этого заболевания.

К патогенезу панкреальгии при холецистопатиях.

(Клинико-физиологические параллели).

Проф. Р. И. Лепская (Казань).

Холецистопатии в разнообразных своих проявлениях обнимают группу чрезвычайно распространенных заболеваний. Так, Svend Hansen на материале в 1191 вскрытие трупов людей в возрасте старше 20 лет находил в 25% желчные камни. В возрасте свыше 40 лет на вскрытиях встречаются, согласно немецким статистикам, камни желчных путей у 30% мужчин и у 40% женщин. Большинство этих людей, как говорит Bergsman, при жизни страдало либо выраженными проявлениями, либо маскированными или латентными формами холецистопатий. Если принять еще во внимание большое число холециститов (не сопровождающихся литиазом), то относительная частота заболеваемости желчевыводящих путей еще более возрастет.

Внимательность приведенных цифр, с одной стороны, разнообразие клинических форм и тесная связь этих заболеваний с расстройством обмена веществ, функциями печени, эндокринными сдвигами и нарушениями нервной регуляции, с другой стороны, объясняют все возрастающий интерес к изучению этого отдела патологии.

Однако, несмотря на огромное количество работ физиологического и клинического характера, содействовавших быстрым успехам клиники заболеваний желчевыводящих путей, остается еще много темных мест как в вопросах локальных проявлений холецистопатий, так и в отношении взаимных связей их с патологией других внутренних органов.

Среди этих связей большой практический интерес представляет вовлечение в процесс поджелудочной железы.

Как известно уже со времени наблюдений Körte и Riedela об индукции поджелудочной железы при холецистопатиях и из наблюдений