

Отдел II. Клиническая и теоретическая медицина.

Из Пропедевтического терапевтического клиники Казанского государственного медицинского института (директор проф. А. Г. Терегулов).

К распознаванию хронических гастропарезов.

Проф. А. Г. Терегулов.

В клиническом смысле гастропарез представляет длительную постоянную задержку желудка, ведущую, в зависимости от длительности процесса, к острому или хроническому застою пищевых масс в желудке. Острая форма, встречающаяся, как осложнение, при хлороформном наркозе и больших операциях в области желудка, желудка *Paresis ab ingestis* по вследствие чрезмерного переполнения желудка *Paresis ab ingestis* по Boas—общезвестна. Этого, пожалуй, нельзя сказать про хроническую форму—она, как особая клиническая форма, стала известна только в последнее десятилетие.

Первые наблюдения относятся к 1920 году, когда впервые *Emilio Schlesinger*, на основании рентгенологических исследований и данных операции, доказал возможность развития симптомокомплекса сужения выхода желудка у людей, страдающих круглой язвой малой кривизны. По автору, при язвах малой кривизны развивается синдром сужения выхода в том случае, если круглая язва вызывает грубое нарушение корреляционной деятельности интрамуральной и экстрамуральной нервной системы желудка. Следствием такого рода нарушения является парез мускулатуры желудка, ведущий при длительном течении к хроническому застою пищевых масс в желудке. Ни в одном из случаев автором на операции не были найдены какие-либо органические изменения в области пилорического канала, которыми можно было бы объяснить задержку пищевых масс в желудке.

В дальнейшем данные *Schlesinger'a* были подтверждены *Katsch* путем наблюдения соответствующих клинических случаев. Так же как и в наблюдениях *Schlesinger'a*, это были больные с симптомокомплексом декомпенсированного стеноза pylorus'a. При рентгенокопии, несмотря на большое скопление застойных масс в желудке, рудимент не представлял никаких-либо изменений, которыми можно было бы объяснить клинические явления; наоборот, он был всегда отягчен и приходил к себе контрастная масса задерживалась в желудке больше, чем 24 часа. Наблюдения *Katsch'a* и *Schlesinger'a* были подтверждены рентгеноскопически, операционно или в отдельных случаях на аутопсии.

За последние годы мною неоднократно были распознаны случаи хронического гастропареza, аналогичные случаям *Schlesinger'a* и *Katsch*. Больные обращались с жалобами обычными для сужения выхода желудка. Однако, вместе с тем некоторые данные осмотра подложечной области и исследования желудочного сока не позволяли укладывать заболевание в обычные рамки сужения выхода желудка. Это прежде всего полное отсутствие видимой перистальтики или только намеки на последнюю; при исследовании желудочного сока—принесешь желчи в застойных пищевых массах. Во всех этих случаях причину отступления от обычной картины заболевания нам легко объяснила рентгенокопия. На малой кривизне в области *angulus* мы имели прямые или косвенные признаки язвы желудка и вместе с тем сильную эктазию желудка при очевидно открытом состоянии pylorus'a. Переход контрастной массы в пилорический канал

и duodenum совершался пассивно непосредственно после приема контрастной массы или же при легком массировании подлежащей области. В последующем все случаи были проверены на операции или на вскрытии и ни в одном из них не были найдены какие-либо указания на органические изменения пилорической части и duodenum'a.

В клинике мы часто имеем дело с язвой желудка и почти в $\frac{2}{3}$ случаев она локализуется в области antrum, и все же каждый из нас по опыту знает, что при данной локализации язвы желудка застой пищевых масс не встречается или, если и встречается, но только в силу сопровождающегося пилороспазма. Кроме того, в этих случаях количество застойных масс не достигает тех степеней, какие наблюдаются при сужениях выхода желудка, и чаще всего ограничивается только микроклизмой, однако, приведенные клинические факты доказывают обратное — может быть, причиной хронического застоя пищевых масс в желудке. По Schlesinger'у в таких случаях застой развивается вследствие длительного нарушения коррелятивной связи интрамуральной и экстрамуральной нервной системы желудка. При этом развивается хронический парез мускулатуры, который последовательно и обуславливает застой пищевых масс в желудке.

На первый взгляд указанный точка зрения Schlesinger'a кажется несколько необычной, парадоксальной, но тем не менее приходится согласиться с мнением автора по следующим соображениям. С точки зрения современных экспериментальных данных есть основание думать, что моторная деятельность желудка протекает по некоторой аналогии с деятельностью сердца. Она так же, как и сердце складывается из автономной деятельности интрамуральной нервной системы желудка и экстрагастральных влияний. Сравнительно с сердцем способность желудка к автоматизму менее развиты, чем и объясняется отсутствие проявлений его в клинике, но накопившиеся факты не оставляют сомнения в ее существовании.

Еще в 1885 году Hofmeister и Schütz, а в позднее время Klee доказали, что желудок изолированный от экстрагастральных нервных влияний in situ сохраняет способность совершать автономные координированные движения. Эта же способность сохраняется и при условии изолирования желудка из тела. По наблюдениям Heschl, изолированный желудок лягушки, будучи суспензирован в рингеровском растворе, обнаруживает неясные ритмические движения, но стоит только после предварительной перерезки cardia и pylorus увеличить интратрубулярное давление путем инъекции того или иного количества рингеровского раствора, желудок начинает совершать спонтанные координированные ритмические движения в направлении от cardia к pylorus'у.

Далее оказалось, что не только изолированный желудок, но и отдельные части его, вырезанные из любого участка желудка, — мышечные кольца, продольные полосы — обладают способностью совершать ритмические спонтанные движения (Heschl, Boas, Sicu, Tedesco). При этом части, вырезанные из области cardia, corpus и pars pylorica обнаруживают различной интенсивности движения — они более выражены в препаратах, взятых из области cardia и pylorus'a, как отделов желудка, наиболее богатых скоплением ганглиозных клеток.

Эти факты, будучи сами по себе весьма интересными, но могли не привлечь авторов, занимавшихся вопросами автоматизма желудка, к признанию существования отдельных автономных интрамуральных центров желудка — гастромоторного у cardia (Alwaretz, Маноу) и пилорического у antrum (Mandl). Из этих центров руководящая роль принадлежит кардиальному узлу. По аналогии с влиянием сердца импульсы, возникающие в этом узле, определяют ритмо-

пилорический ритм желудка. Однако, прямых морфологических доказательств наличия этих центров в желудке не имеется, хотя и нет недостатка в косвенных доказательствах их существования. (Boas, Нешп). Поэтому ряд других авторов (Heilbrunn-Buddée) склонны рассматривать автоматику желудка не столько как результат деятельности отдельных автономных центров, сколько как следствие функционального различия проксимальных и дистальных отделов интрамуральной нервной системы желудка. По наблюдениям авторов, это импелет хотя бы из следующих данных эксперимента. Как правило, препараты, взятые из области *fundus* и *pars pylorica*, будучи суспендированы в рингеровском растворе, обнаруживают спонтанные автономные сокращения.

Вместе с тем, оказалось, что результаты наблюдения значительно зависят от связи препарата со слизистой. В то время, как препараты, взятые со слизистой из области *cardia* и *fundus*, давали спонтанные сокращения в 88% и 17,5% из области *pars pylorica*; препараты, взятые из тех же областей, но без слизистой, дали сокращения в кардиальной части только в 20%, а в пилорической в 70%. Отсюда — и вышеупомянутый взгляд авторов о функциональном различии проксимальных и дистальных отделов интрамуральной нервной системы желудка.

В основном, двигательные импульсы возникают в кардиальной части интрамуральной нервной системы желудка — в Мейснеровском сплетении. Частота импульсов кардиальной части желудка значительно выше, чем дистальной. Нормальные импульсы направляются от *cardia* и *pylorus*, чем и определяется, собственно, кардиопилорический ритм. В дистальных частях движение зависит от импульсов, возникающих в Ауэрбаховском сплетении, но здесь они значительно тормозятся влияниями, исходящими из субмукозной части интрамуральной нервной системы.

Вопросы экстрагастральных влияний более разработаны. Как известно, они складываются из влияния центральной нервной системы, блуждающего и симпатического нервов.

Центральная нервная система оказывает на желудок тоническое влияние. При выпадении его или ослаблении, согласно рентгенологическим данным, желудок приходит в состояние гипотонии или атонии.

Блуждающий нерв представляет по преимуществу двигательный и симпатический тормозящий нерв желудка. Нормальная моторная функция желудка значительно определяется синергией указанных нервов.

В клинике мы часто наблюдаем те или иные нарушения моторной функции желудка — тонуса, перистальтики — в зависимости от преимущественного влияния того или иного нерва, но мне кажется, что нам еще недостаточно известны закономерности их нарушения. Так, в частности, если взять язвенных больных, то, наблюдая на экране те или иные нарушения моторной функции желудка, мы, собственно говоря, не всегда в состоянии дать объяснение причины этих нарушений. Например, почему при одних формах язвы желудка дело ограничивается повышенном тонуса, гиперперистальтикой, в других случаях дело доходит до гипертонуса, глубокой стенозирующей перистальтики, или же на фоне перистальтических волн появляются антиперистальтические движения. Но я не хотел бы быть неправильно понятым. Наблюдая на экране, у язвенных больных тот или иной вид нарушения тонуса перистальтики желудка, мы все же делаем заключение о локализации язвы, но вместе с тем без достаточно конкретного представления о сущности внутренних причин нарушения ритмики желудка. Здесь мы находимся в неизмеримо худшем положении, чем при анализе нарушения ритма сердечной деятельности.

Обычно при язвах малой кривизны дело не доходит до грубых нарушений моторной функции желудка. Хронический застой пищевых масс

в желудке представляет явление, связанное или с органическими изменениями пилорической части желудка, или с механическими влияниями извне, или же, наконец, со стойким пилороспазмом. Наблюдения же Schlesinger'a и Katsch и наши собственные показывают возможность развития хронического застоя без всякого соучастия со стороны pylorus'a и только вследствие длительного паретического желудка. По мнению Schlesinger'a в этих случаях дело зависит, как мы видели выше, от нарушения корреляции интрамуральной и экстрамуральной нервной системы желудка. Из того, что я говорил о моторной функции желудка, видно, что данные эксперимента установлению такой точки зрения не противоречат. До последнего времени признание гипотезы Schlesinger'a все же встречало некоторое препятствие и именно по причине отсутствия прямых морфологических доказательств существования связи между периферическими окончаниями блуждающего нерва и интрамуральными нервными ганглиями желудка. В настоящее время этот пробел можно считать устраненным. Доказательства существования этой связи принадлежат классическим исследованиям Лаврентьева, Колосова и Забусова—ученикам А. Н. Мыславского. Авторами это доказано на ваготомированных собаках (Лаврентьев) и голубях (Колосов, Забусов) путем изучения отношения периферических окончаний денервированного блуждающего нерва к нервным ганглиям желудка (серебрением по методу Bilschowsky). Вопросы отношения периферических окончаний блуждающего нерва к нервным ганглиям желудка еще не являются окончательно изученными, но несомненно дальнейшие исследования в этой области, а равно и новые экспериментальные исследования по вопросам двигательной функции желудка значительно расширяют как понимание, так и анализ механизма нарушения моторной функции желудка при различных его заболеваниях.

Симптомы хронического гастропареза, согласно данным указанных авторов и наших собственных наблюдений, сводятся к следующему: Клиническая картина в значительной степени зависит от тяжести заболевания. В легких случаях дело ограничивается жалобой на чувство давления полноты, или тупые боли в подложечной области, или же на болевые припадки, но тогда в отличие от язв желудка, не осложненных парезом, боли носят постоянный характер и отсутствует явление периодичности.

В выраженных случаях жалобы больных ничем не отличаются оттого, что мы наблюдаем при сужении выхода желудка. Больные жалуются на тупые боли в подложечной области, припадки рвоты застойными массами, но, в отличие от застойной рвоты при сужении выхода желудка, рвотные массы содержат примесь желчи. При осмотре области эпигастриума обращает на себя внимание своеобразная неподвижность желудка при явном выступании контуров. Обычная при сужении желудка видимая перистальтика отсутствует. Только после механических манипуляций—массирования области желудка—можно видеть пробегание неясных перистальтических волн—в направлении от cardia к pylorus'u. При исследовании желудочного сока до и после пробного завтрака налицо застойные желудочные массы, и одновременно с этим примесь желчи, что ясно свидетельствует об открытом состоянии pylorus'a. Кислотность держится в умеренных цифрах. Отсутствие HCl, присутствие молочной кислоты

и обильное содержание палочек *Boas-Oppel* указывают на карциноматозное перерождение язвы.

При рентгеноскопии важно установление эктазии желудка и открытого состояния *pylorus'a*—*Paretische pylorus insuffizienz*, о чем можно легко получить представление по прохождению контрастной массы через *pylorus* непосредственно после приема или массажа пилорической части. По форме желудок напоминает вяло растянутый мешок и не имеет формы чаши, как это обычно наблюдается при декомпенсированных сужениях выхода желудка. Перистальтика отсутствует; только время от времени пробегающие неправильные червеобразного типа перистальтические волны свидетельствуют о неполной утрате желудком способности к перистальтическим движениям. В отдельных, относительно легких, случаях после массажа можно наблюдать появление более или менее оживленных перистальтических волн в направлении от *cardia* к *pylorus*. На фоне указанных изменений весьма важно установление признаков наличия язвы малой кривизны.

В этом смысле при отсутствии прямого признака язвы-ниши—вопрос решается в пользу язвы, если имеется укорочение кардиопилорической дистанции, дэкстропозиция или деформация каудальной части желудка в виде улитки.

В общем симптомокомплекс хронического гастропареза несложен. Распознавание его обеспечено, если при очевидной эктазии желудка отсутствует видимая перистальтика, имеется рвота застойными массами с примесью желчи; исследование желудочного сока обнаруживает то или иное количество застойных пищевых масс с примесью желчи, а при рентгенологическом исследовании имеются налицо доказательства открытого состояния *pylorus'a* и одновременно с этим и признаки, прямые или косвенные, язвы малой кривизны.

Хронический гастропарез при язвах малой кривизны встречается нечасто. По *Katsch* своевременное распознавание этих форм заболевания желудка далеко небезразлично. Легкие, незапущенные случаи доступны излечению консервативным путем. Так, автору удавалось при строгой диете в относительно короткий срок восстановить у больных компенсацию желудка. Контрастная масса, которая до лечения задерживалась в желудке больше, чем сутки, после лечения оставляла желудок через два-три часа.

В легких случаях рекомендуется постельный режим, язвенная диета, в тяжелых—ограничение жидкости *per os* и капельные клизмы. Полезно вечернее выкачивание желудочного содержимого.

Из лекарственных средств можно испробовать *Strichnini nitrici* до 1 mg. *Physostegmini salicyl.* до 1 mg. *Cholini chlorati medicinale Merck* до 1 mg на 1 kg веса или *Pituitrini*. При безрезультатности консервативного лечения—оперативное вмешательство. Во всех наших случаях больные были подвергнуты оперативному вмешательству, но ни в одном из случаев благоприятный результат не был получен—экзитуз наступал вскоре после операции. Мы имели случаи далеко запущенные и в одном из них карциноматозно перерожденную язву.