

Из Факультетской терапевтической клиники Казанского государственного медицинского института (директор проф. З. И. Малкин).

К вопросу об аллергических моментах в патогенезе язвы желудка.

Д. Г. Тумашева.

Несмотря на почти 100-летний период, отделяющий нас от времени классического исследования Cruveilhier'a, вопрос об этиологии и патогенезе круглой язвы желудка до сих пор не разрешен, и многие его стороны еще темны. К настоящему моменту по этому вопросу литература настолько разрослась, что охватить ее в рамках настоящего моего краткого сообщения не представляется возможным.

Незнание этиологии и патогенеза язвенной болезни мешает выбору рациональной терапии, тем самым лишая хирургов и терапевтов уверенности в успехе от применения того или иного метода лечения язвенной болезни. Как отмечает Р. А. Лурья в своем докладе „К проблеме язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки“, учение о язве пережило ряд этапов, теснейшим образом связанных с эволюцией медицинского мышления в разные эпохи.

Cruveilhier, Aschoff и др. пытались разрешить вопросы патогенеза язвенной болезни с точки зрения локалистической и механической.

С другой стороны, Claud-Bernard, Quincke, Ridel и Leube фиксировали внимание на активном кислом желудочном соке и тесно связывали возникновение язвы с пептическими свойствами этого сока.

В связи с развитием учения о конституции, вегетативной и эндокринной системах возникает представление о язве желудка не только как о местном заболевании органа, но как о заболевании всего организма. В этом же направлении известны работы Зимницкого и др., придающие огромное значение изменению кислотно-щелочного равновесия в сторону ацидоза тканей.

В последнее время с успехами учения о нервной трофике Сперанского имеются попытки связать вопрос о патогенезе язвенной болезни с расстройством нервной трофики. Это привело, в дальнейшем, к известным работам клиники Вишневского о лечении язвы желудка новокаиновым блоком.

Ставшая за последнее время весьма актуальной аллергическая теория различных болезненных процессов нашла свое отражение во взглядах на патогенез язвенной болезни. Аллергическая теория патогенеза язвенной болезни получила значительное подкрепление в связи с нашими знаниями о тех формах аллергии, которые известны под названием местных тканевых аллергий и проявляются в виде местной тканевой гиперергической реакции, как мы с ней встречаемся в феномене Артюса или в феномене Шварцмана. Такое представление связано с именем Rüssle. При этом предполагается, что гиперергическая реакция в желудке возникает как ответ на сенсibilизацию организма инфекционным очагом, который расположен где-нибудь в организме (хрон. аппендицит, тонзиллит и др.). Розенов считает, что пептическая язва является результатом

метастаза очаговой инфекции. Кауфман, полемизируя с Розеновым, подчеркивает, что вопрос может идти не о непосредственном гематогенном метастазе в понимании Розенова, а дело идет о специфической реакции в ответ на экзогенную инфекцию.

За последнее время появились экспериментальные работы, подтверждающие это положение. Укажу хотя бы на работы Culmone и С. Bathista. Аа. исходя их анафилактической теории, сенсибилизировали посредством инъекции 5 см³ лошадиной сыворотки 28 кроликов и 14 собак и вызвали у них анафилактический шок, причем одновременно вводилось 1—2 см³ 10% раствора овальбумина в дно желудка животных. Аа. обнаружили у животных впоследствии в отдельных местах желудочно-кишечного тракта, особенно же в самом желудке, участки интенсивной гиперемии с большими или меньшими кровоизлияниями и отеком слизистой. При микроскопии были найдены десквамация эпителия, капиллярные излияния с мелко-клеточной инфильтрацией сосудистых стенок. В тех случаях, когда инъекция в подслизистую ткань желудочной стенки вызвала феномен Артюса, обнаруживались тяжелые изменения в форме геморагии и тканевых дефектов, величина которых варьировала от горошины до размеров 20-копеечной монеты и которые доходили иногда до tunica muscularis. В окружающей ткани отмечалась язвенная воспалительная реакция. В этих опытах аа. усматривают подтверждение анафилактической теории возникновения язвы.

Представляется поэтому весьма важным, можем ли мы обнаружить у язвенных больных изменения гуморального характера, которые свойственны различным аллергическим состояниям. Изучая в клинике феномен падения комплемента при различных заболеваниях, я занялась, по предложению проф. З. И. Малкина, изучением этого феномена у язвенных больных.

Мы можем на основании наших наблюдений подтвердить, что титр комплемента обычно колеблется у здорового человека в узких пределах—0,03—0,05.

Методика определения комплемента применялась следующая: титр комплемента определялся как при постановке реакции Вассермана. Сыворотка больного разводилась в 10 раз. Бралась дозы сыворотки 6-ного от 1,0 до 0,1 и гемолитическая система с 5% взвесью эритроцитов. Опыт велся в объеме 2,5 см³. Пробирки ставились в термостат на час. Титр комплемента определялся по последней пробирке, в которой наступал полный гемолиз.

Файль и Бухгольц видят в феномене падения комплемента момент, указывающий на анафилактическую природу патологического процесса, которому сопутствует этот феномен, поскольку феномен падения комплемента наблюдается, обычно, при реакции соединения антигена с антителом, лежащей в основе анафилактического шока.

Мною прослежен этот феномен у 29 язвенных больных.

Наши исследования, отраженные в приведенных ниже таблицах, показывают, что стойкое и резкое падение комплемента мы наблюдаем у больных с язвой желудка и язвой 12-перстной кишки. Диагноз язвы желудка и 12-перстной кишки во всех этих случаях подтвержден рентгеном. Только у одного больного из 29 мы нашли титр комплемента 0,06. Падение комплемента отмечалось при повторных исследованиях и держалось весьма стойко. При успешно проведенном лечении, с улучшением состояния отмечалось увеличение титра комплемента (сл. 10, 13, 14). В других случаях заболевания желудка (как-то: гастриты, пилородуодениты, рак желудка), как видно из таблиц, содержание комплемента находится в нормальных пределах, а иногда даже отмечается высокий титр комплемента, как, напр., в случае Усмановой (0,02—рак желудка), Пансырева (0,02—пилородуоденит).

Случаи язвы желудка и язвы 12-перстной кишки. Таблица 1.

№ п/п	Фамилия б-го	Число и месяц	Диагноз	Титр компле- мента	Примечание
1	Кол-н	1.IV	Язва желуд.	0,08	Резко умень- шен
2	Мо-в	8.V	" "	0,07	
3	Ан-в	20.IX	" "	0,08	
4	Мух-в	23.IX	" "	0,1	
5	Са-в	20.XI	" "	0,1	
6	Тр-в	5.XII	" "	0,1	
7	Хо-лев	10.I	" "	0,08	
	"	17.X	" "	0,08	Повторно
8	Бик-ев	3.III	" "	0,1	Резко умень- шен
	"	20.III	" "	0,1	Повторно
9	Як-в	11.V.35	" "	0,1	
	"	11.III.36	" "	0,05	Через год
10	Баш-ин	11.V	" "	0,1	
	"	29.V	" "	0,08	Повторно
11	Са-в	12.X	" "	0,1	
	"	2.XI	" "	0,1	
12	Ти-в	15.X	" "	0,08	
	"	14.XII	" "	0,05	После лечения
13	Ав-ин	17.X	" "	0,08	
	"	25.X	" "	0,08	Повторно
	"	20.XI	" "	0,03	После лечения
14	Шай-в	28.III	" "	0,09	
15	Ва-лин	28.III	" "	0,08	
16	Бан-в	29.III	Язва 12-перст. кишки	0,08	
17	Ва-н	1.IV	" "	0,06	
18	Кон-в	21.IV	" "	0,1	
19	Пет-в	5.XII	" "	0,05	
20	Ус-в	5.XII	" "	0,1	
21	Фа-в	10.I	" "	0,1	
22	Ре-н	15.II	" "	0,1	
23	Дол-ина	11.V	" "	0,07	
	"	19.V	" "	0,08	Повторно
24	Кис-в	11.V	" "	0,08	
25	Гор-в	20.X	" "	0,07	
26	К-в	11.XI	" "	0,08	
27	Вин-в	11.V	" "	0,08	
28	Ш-в	20.III	Язва желуд.	0,09	
29	Ко-ва !	29.III	" "	0,06	

Таблица 2.

№ п/п.	Фамилия б-го	Число и месяц	Диагноз	Содержание компле- мента
1	Му—в	10.V	Пилородуоденит	0,05
2	Шм—в	5.XI	"	0,05
3	Дол—н	14.III	"	0,03
4	Га—в	20.IV	"	0,04
5	Па—в	8.II	"	0,02
6	Гал—в	10.II	Анацидн. гастрит	0,04
7	Ра—н	5.XII	" "	0,04
8	Мак—х	12.IX	Холецист. и субац. гаст.	0,03
9	Да—ва	12.X	" " "	0,05
10	Хас—на	11.X	" " "	0,05
11	Ко—в	20.XI	Рак жел. и печени	0,05
12	Са—ва	11.XI	" " "	0,03
13	Ляп—на	11.XI	Рак пищевода	0,04
14	Ник—на	15.X	" желудка	0,04
15	Ду—ва	28.III	Рак жел. и печени	0,02

Таким образом, у больных с язвой желудка и 12-перстной кишки мы видим, как правило, стойкое и резкое падение комплемента. Это наблюдается в тех случаях, где диагноз не вызывает сомнения, где диагноз был подтвержден рентгеном. Если принять во внимание, что из всех гумморальных реакций феномен падения комплемента является наиболее характерным для анафилактической реакции организма, то нам представляется уместным сделать вывод, что наблюдаемое нами явление падения комплемента у язвенных больных может служить веским аргументом в пользу признания важного значения аллергических моментов в патогенезе язвенной болезни.

Выводы: 1. При язве желудка и язве 12-перстной кишки наблюдается стойкое падение комплемента.

2. Феномен падения комплемента при язвенной болезни может говорить в пользу аллергической теории патогенеза язвы желудка и 12-перстной кишки.