

дочной железе, что будет способствовать более широкому внедрению этих операций в практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев Г. А. Клиника, течение и лечение рака головки поджелудочной железы и фатерова сосочка. Автореферат канд. дисс., Л., 1953.—2. Греков И. И. Избр. тр., 1952, 292—299, Л. —3. Дуринян А. А. Тр. III съезда закавказских хирургов, 1947. —4. Лепорский Н. И. Болезни поджелудочной железы. 1951, М.—5. Михайлова Н. Д. Сов. мед., 1952, 2.—6. Самарин Н. Н. Вестн. хир., 1949, 9—2.—7. Цагарейшвили А. Б. Хир., 1954, 2. —8. Шалимов А. А. Вестн. хир., 1956, 1.—9. Шапов В. Н. Вестн. хир., 1958, 5. —10. Brunschwig A. The Surgery of Pancreatic Tumors, 1942. —11. Comfort and Osterberg M. Clin. North. Amer., 1940, 24, 1137—1149. —12. Smith R. The Surgery of Pancreatic neoplasms. 1953. —13. Whipple a. Parson a. Mullins. Ann. Surg., 1955, 102, 763.

Поступила 25 ноября 1958 г.

ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

О. С. Радбиль

Из кафедры факультетской терапии санитарно-гигиенического факультета
(зав. каф.— проф. А. Г. Гукасян) I МОЛМИ

В настоящее время изучению заболеваний старческого возраста и их лечению — гериатрии — уделяется большое внимание.

В данной работе рассматривается вопрос об особенностях клинического течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в пожилом и старческом возрасте.

Литература, посвященная этому вопросу, относительно невелика. Еще в 1926 г. Гаузер (Hauser) указывал, что число язвенных поражений желудка и рубцовых изменений в нем составляет в возрасте от 50 до 60 лет 19,4%, от 60 до 70—13,3%, от 70 до 80—12,2%, свыше 80 лет—3,9%. Эти данные в определенной мере основываются на еще более старых материалах Грайсса (Greiss), Воловельского (Wolowelsky), Коссинского (Kossinsky), Бринкмана (Brinkmann) и др. Эти авторы отмечали высокую частоту атеросклеротических изменений аорты и сосудов у больных язвенной болезнью старше 50 лет. На основании этих и других аналогичных данных, Гаузер высказал точку зрения, что значительная часть язв желудка и двенадцатиперстной кишки, развивающихся в возрасте старше 40 лет, связана с атеросклеротическими поражениями сосудов желудка или с атеросклерозом аорты, с эмболизацией тромбами. Работы последних двух десятилетий в принципе подтверждают эту точку зрения.

В 1949 г. Мульсов (Mulsow) в обзорной работе указывал, что из 4079 страдающих язвенной болезнью старше 60 лет было 10,5%, причем, по отдельным наблюдениям, эта частота колебалась от 5,5 до 37%. На основании обширного статистического материала, Дженнингс (Gennings) отмечает, что за 150 лет наблюдается увеличение частоты язвенной болезни у стариков. Аналогичные данные за 38 лет (1912—1949) приводит Шпанг (Spang) и за 25 лет (с 1911 по 1935) — Ляшер и Ситтл (Lasher a. Seattle). По мнению Мульсова, частота пептической язвы в старческом возрасте увеличивается быстрее, чем количество лиц старше 60 лет среди населения.

Ряд сообщений посвящен увеличению числа осложнений язвенной болезни в старческом и пожилом возрасте — кровотечениям [Рафский и Вайнгортен (Rafsky, Weingorten), Шифф (Schiff), Шлике, Логан, Джонсон (Schlicke, Logan, Johnson), Канторович], прободений [Мак Клири (Mc — Cleery), Блэк и Блекфорд (Black a. Blackford)], малигнизации [Маршал и Вельч (Marshall a. Welch)] и др.

Под нашим наблюдением находились 434 больных язвенной болезнью, из них в возрасте от 50 до 60 лет — 87, в возрасте старше 60 лет — 16. Из 103 больных старше 50 лет мы подвергли более подробному исследованию 65, у которых язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки началась после 50 лет, на фоне рас-

пространенного атеросклеротического процесса. Из этих 65 — 49 были в возрасте от 50 до 60 лет, 12 — от 60 до 69, 4 — от 70 и выше. Таким образом, по нашим данным, язвенная болезнь возникала в старческом и пожилом возрасте примерно у 15% больных (65 из 434), причем у $\frac{1}{4}$ этих последних в возрасте старше 60 лет.

Определенный интерес представляют особенности локализации язвенного поражения у исследуемой группы больных.

Таблица 1

Возраст	Локализация язвенного поражения		Отношение язв желудка к язвам двенадцатиперстной кишки
	язва желудка	язва двенадцатиперстной кишки	
От 50 до 60	26	23	1,2:1
„ 60 „ 65	8	2	4 :1
„ 65 „ 70	1 }	1 }	5 :1
Старше 70	4 }	0 }	
Всего:	39	26	1,5:1

Таким образом, при возникновении язвенной болезни в пожилом возрасте наблюдается высокий процент язв, локализующихся в желудке, значительно превышающий обычную частоту язв этой локализации. При этом наблюдается тенденция к нарастанию количества язв с высокой локализацией в желудке, более или менее отдаленных от пилорической части — в теле желудка или в субкардиальном его отделе.

При язвенной болезни в пожилом возрасте отмечаются различные нарушения общего характера, которые могут быть суммированы в следующей таблице:

Таблица 2

Характер нарушений	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (26 больных)	Язвенная болезнь желудка (39 больных)
Выраженные вегетативные нарушения	22	8
Гипогликемия	19	4
Аллергические нарушения	11	5
Трофические нарушения	14	36
Дефицит витаминов гр. В	8	12
Дефицит витамина А	9	16
Дефицит витамина С	12	20

Особо следует отметить очень высокую частоту трофических нарушений при язвенной болезни желудка и относительную частоту дефицита различных витаминов.

Высокая частота язвенного поражения желудка в пожилом и старческом возрасте, особенно в теле и субкардиальном отделе, может, с нашей точки зрения, быть обусловлена тремя факторами: 1) нарушениями кровообращения, обусловленными атеросклерозом сосудов желудка; эти нарушения находятся в связи с анатомическими особенностями кровообращения желудка; к двенадцатиперстной

кишке это относится в меньшей степени, 2) выраженными общими нарушениями нервнотрофического характера, встречающимися значительно чаще в пожилом возрасте, 3) различными нарушениями питания (белкового и витаминного обмена), встречающимися чаще в пожилом возрасте.

Течение язвенной болезни в пожилом возрасте на фоне атеросклероза оказывается обычно тяжелым, особенно язвенной болезни желудка; наблюдаются как прогрессирующий, так и постоянный типы течения язвенной болезни. В ряде случаев заболевание выявляется кровотечением или прободением. Вообще, различные осложнения язвенной болезни встречаются в пожилом и старческом возрасте весьма часто. Так, среди наших больных кровотечения наблюдались у 22 из 65, прободения — у 20, двигательные нарушения — у 31, каллезные язвы — у 15; особенно часто встречались осложнения у больных язвенной болезнью желудка.

Литературные данные свидетельствуют об отчетливо выраженной тенденции к снижению секреторной функции желудка в пожилом и старческом возрасте (А. Г. Гукасян и Е. Л. Бумажная и др.).

Согласно нашим данным, при язвенной болезни, особенно язвенной болезни желудка, отмечается отчетливая тенденция к снижению секреторной функции желудка. По-видимому, в возникновении язвенной болезни в пожилом возрасте большую роль играют сосудистые и нервнотрофические факторы и нарушения питания тканей, чем пептический фактор. По нашим данным, при этом большее значение имеют не столько абсолютные цифры кислотности, сколько гиперсекреция постоянного типа. Эти язвы, по существу, могут в значительной мере подходить под определение „трофических язв“ (М. И. Певзнер), дистрофических язв (Вагнер, Wagner), являющихся результатом нарушений питания и значительного снижения сопротивляемости стенки желудка.

Среди больных язвенной болезнью, заболевших в пожилом возрасте, можно выделить несколько клинических типов с различным течением заболевания, по-видимому, различного происхождения:

1. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, развивающиеся в связи с органическими поражениями мозга сосудистого происхождения. Последние могут развиваться на фоне гипертонической болезни, протекающей с преимущественным поражением сосудов мозга или атеросклероза, в том числе атеросклеротического поражения сосудов головного мозга. Это так называемые „центрогенные язвы“. У этих больных обнаруживаются очаги свежего кровоизлияния в мозг или серого размягчения и старые кисты после кровоизлияния в области полосатых тел и полушарий головного мозга. Были найдены дегенеративные изменения нервных клеток и резко выраженные изменения стенок сосудов в субталамической области. Эти язвы, однако, только с натяжкой могут быть отнесены к типичной язвенной болезни. По своему происхождению они скорее аналогичны центрогенной гипертонии, вызванной органическими заболеваниями центральной нервной системы — межуточный мозг (Х. Э. Гаджиев).

Как показали наблюдения Х. Э. Гаджиева, Н. К. Боголепова, а также наши данные, у этих больных часто бывает бессимптомное течение заболевания; в ряде случаев ведущим симптомом является массивное желудочное кровотечение.

2. Язвенная болезнь, развивающаяся на фоне более или менее выраженного атеросклероза, без выраженных очаговых поражений центральной нервной системы. Здесь нужно различать два типа язв — язвы двенадцатиперстной кишки и язвы желудка.

В первом случае речь идет, главным образом, о язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, развивающейся в пожилом возрасте на фоне выраженного в различной степени атеросклероза. Больные язвенной болезнью этого типа выглядят моложе своих лет, деятельны, энергичны, подвижны, с активной сосудистой и секреторной реакциями. Секреторная функция желудка у них обычно повышена, наблюдаются преобладание сложнорефлекторной фазы секреции над нервно-химической, гиперсекреция постоянного типа и пр. Механизм возникновения подобного рода язв не отличается от обычного механизма возникновения язвенной болезни и в более молодом возрасте, значение сосудистого фактора при этом более или менее относительно.

Во втором случае язвенная болезнь протекает совершенно иначе. Для этого типа заболевания характерны: а) отсутствие признаков выраженного нарушения вегетативной нервной системы, б) отсутствие язвенного анамнеза, в) быстрое развитие, г) отсутствие болевого синдрома или типичных болей (без признаков периодичности, сезонности), д) отсутствие выраженных диспептических явлений, е) значительная частота язв желудка с высокой локализацией язвенного поражения, ж) развитие больших и гигантских язв, часто каллезных, з) относительно низкие цифры секреторной активности желудка и массивные кровотечения, нередко как первый признак заболевания, и) постоянный тип течения заболевания после его начала, к) плохие результаты терапии.

В этих случаях сосудистый патогенез страдания часто выступает на первый план, причем, наряду с выраженным склерозом различных органов, несомненно, имеется и склероз сосудов желудка. Надо иметь в виду, что в области кровоснабжения желудка действуют закономерности, близкие к закономерностям системы коронарного кровообращения, — колебания давления, вследствие особого расположения сосудов, могут вызвать нарушения кровообращения на периферии, с последующим острым инфарктом в желудочной стенке. Внезапное функциональное перенапряжение в системе кровообращения желудка может вызвать в ней недостаточность кровообращения, аналогичную коронарной недостаточности, как говорят, «коронарную недостаточность желудка» с последующим инфарктом в стенке желудка и образованием язвы (при участии пептического фактора); не случайно *art. gastrica sin.* называлась когда-то *art. coronaria gastr.* Конечно, важны состояние трофики и пептический фактор, однако, поражение сосудов в реализации язвенного дефекта выступает в этих случаях на первый план. Важное влияние на состояние тканей желудка оказывает и развивающаяся при нарушениях кровообращения аноксия. Все сказанное не умаляет представления о кортико-висцеральном генезе язвенной болезни (пусковой механизм).

Лечение язвенной болезни в пожилом возрасте предусматривает проведение обычного курса диетического противоязвенного лечения (диеты 1а, 1б, 1) с некоторыми коррективами: исключение веществ, богатых холестерином, уменьшение содержания жира более чем на 50%, введение дополнительного количества витамина С, введение липотропных веществ (холин, метионин и др.).

ВЫВОДЫ:

1. Отмечается значительное распространение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в пожилом и старческом возрасте.

2. Язвенная болезнь в старческом и пожилом возрасте часто протекает тяжело, с большим количеством осложнений (кровотечения, прободения, двигательные нарушения и пр.).

3. Особенно часто встречаются разнообразные нарушения трофики.

4. Отмечается большая частота желудочной локализации язвенного поражения, особенно высоко расположенных язв (тело желудка и субкардиальный отдел).

5. В старческом и пожилом возрасте проводится обычный курс противоязвенного диетического лечения с некоторыми коррективами: исключение холестерина, ограничение жира, введение витамина С и липотропных факторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боголепов Н. К. Врач. дело, 1948, 1.— 2. Он же. Клин. мед., 1950, 28, 9 — 3. Гаджиев Х. Э. Материалы о взаимоотношениях между язвенной и гипертонической болезнями. Дисс. 1949.— 4. Гукасян А. Г., Бумажная Е. Л. Тер. арх., 1936, 3.— 5. Канторович Я. И. Сов. мед., 1949, 12.— 6. Певзнер М. И. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1946.— 7. Black B., Blackford R. Surg. Clin. North. Amer. 1945, 25.— 8. Brinkmann Fr. Beitrag zur Statistik des runden Magengeschwürs, Kiel, 1915.— 9. Greiner Fr. Zur Statistik des runden Magengeschwürs, Kiel 1879.— 10. Hauser G. В кн.: Henke-Lubarsch. Hdb. spez. path. Anat. u. Histe 1925, 4, 1— 11. Jennings D. Lancet, 1940, 1.— 12. Kossinsky J. Laesiones peptica. etc. Erlangen, 1913.— 13. Lasher E., Seattle. Surgery, 1948, 23, 3.— 14. Mc-Cleary. Bull. Jackson mem. Hosp. 1940, 2.— 15. Marshall S., Welch M. JAMA, 1948, 136.— 16. Mulsow F. Amer. Journ. Dig. Dis. 1949, 16, 11.— 17. Rafsky H., Weingarten M. JAMA, 1942, 118.— 18. Schiff L. S. med. Journ. 1944, 37.— 19. Schlicke C., Logan A., Johnson L. Amer. Journ. of Surg. 1955, 92.— 20. Spang K. D. med. Wschr. 1947, 72.— 21. Wagner S. D. med. Wschr. 1952, 11, 39.— 22. Wolowelsky A. Über die Häufigkeit des Ulcus ventriculi u. duodeni, Basel, 1906.

Поступила 12 мая 1958 г.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОБОДНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Асс. С. С. Курбанова

Из кафедры хирургии и неотложной хирургии (зав.— проф. П. В. Кравченко)
Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина

Несмотря на большой опыт различных хирургических учреждений по оперативному лечению прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, до настоящего времени этот вопрос не потерял своей актуальности, так как больные с прободными язвами составляют значительную группу.

Все еще нет единого мнения как по вопросу хирургической тактики, так и в оценке отдаленных результатов оперативного лечения методом ушивания прободной язвы. Это побудило нас проанализировать итоги лечения такого рода больных с января 1946 г. по декабрь 1957 г. по клинике неотложной хирургии.

За это время поступил 601 больной с диагнозом: перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, из них диагноз прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки установлен у 463 больных и у 138 больных этот диагноз был отвергнут.

Из 463 больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки мужчин было 428, женщин 35 (7,56%). Больные в возрасте от 20 до 50 лет составляли 76,03%. Возраст больных колебался от 14 до 76 лет.