

ЧЕТВЕРТЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ

Конгресс состоялся в начале лета 1958 г. в Вашингтоне. В нем приняли участие свыше 2000 ученых.

Доклады были от 50 стран (520). От Советского Союза были сделаны доклады на пленарных заседаниях К. М. Быковым „Регуляция работы пищеварительных желез“ и И. Т. Курциным „Изменение секреторных и сосудистых реакций желудка при экспериментальном неврозе“.

Язвенная болезнь

Язвенная болезнь, независимо от части света (Север, Юг, Запад, Восток), климата, расовых и национальных особенностей народов, питания их, пола, государственного устройства той или иной страны, обычаев и особенностей жизни населения, распространена везде. Отмечается лишь некоторое отличие в частоте этого заболевания в отдельных странах.

Например, в Швейцарии язвенной болезнью страдают от 2,9 до 4,5% людей, что приблизительно соответствует проценту подобных больных во многих других странах. В Америке же язвенная болезнь встречается среди всего населения в 10% случаев, что является очень высоким процентом, если учесть, что, по статистическим данным многих клиник мира, язвой желудка и двенадцатиперстной кишки страдают от 5,2 до 13% всех терапевтических больных. Сравнительно высокая поражаемость язвенной болезнью отмечена и в Японии, где из общего числа больных желудочно-кишечными заболеваниями она встречается в 11,2% случаев, причем по частоте язвенная болезнь в 2—3 раза превышает число больных японцев раком желудка. Еще больший процент (25%) среди этой группы больных зарегистрирован у населения Среднего Востока.

Мы должны рассматривать превышение общего уровня распространения язвенной болезни в разных странах в аспектах социально-экономических явлений, государственного строя страны и связанных с этим жизнью, бытом и питанием широких слоев населения.

Так, можно отметить влияние второй мировой войны.

Анализ частоты случаев язвенной болезни среди населения воюющих стран показал, что процент возникновения новых случаев болезни и ее рецидивов в течение войны и в первые годы после ее окончания резко возрос. Например, в Англии он дошел до 20% по отношению к общетерапевтическим больным и до 50% — к больным, страдающим различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Значительное увеличение числа больных язвенной болезнью отмечалось в первые годы войны среди солдат американской армии. По данным советских клиницистов, резкое увеличение числа лиц, страдающих язвенной болезнью, наблюдалось и в Советском Союзе, народ которого принял на себя основную тяжесть этой войны. Из всех случаев язвенной болезни во время войны около 80% случаев приходилось на обострение довоенных заболеваний и около 20% — на свежие случаи. Параллельно с учащением случаев, клиницисты отметили своеобразное изменение реакции организма и связанные с этим особенности в течении заболевания, как-то: резкое усиление симптомов болезни, значительное уменьшение времени ремиссий и увеличение периодов обострений, более частые осложнения (перфорация, кровотечение, стеноз), безуспешность лечения, увеличение в связи с этим числа больных, требующих оперативного вмешательства.

Все эти данные свидетельствуют, прежде всего, о важной роли нервно-психического фактора в этиологии язвенной болезни.

В таком аспекте и рассматривает этот вопрос не только большинство ученых Советского Союза, но и ученых ряда зарубежных стран, в частности японские, швейцарские, английские, американские и французские клиницисты и физиологи. Например, швейцарские ученые особенно подчеркивают значение эмоционального фактора. Французские ученые установили, что во Франции в 1939 г. было зарегистрировано 16,7% случаев, а в 1942 году — 34,8% случаев язвенной болезни. Такой резкий

скачок вверх кривой заболеваемости они объясняют большими эмоциональными потрясениями многих слоев населения в связи с военным поражением Франции и оккупацией страны неприятелем.

Однако, отмечая значение эмоционального фактора в происхождении и развитии язвенной болезни, зарубежные ученые интерпретируют его под углом зрения психосоматической медицины, а не с позиций кортико-висцеральной теории патогенеза язвенной болезни, являющейся дальнейшим развитием материалистического учения И. П. Павлова.

Ни один из докладчиков не касался социально-экономических условий жизни народа в той или иной стране, хотя ими и можно было бы объяснить тот сравнительно высокий процент больных язвенной болезнью, какой отмечен среди населения Америки.

Вообще, большинство ученых ограничилось приведением „голых“ цифр и констатацией фактов, без их детального и серьезного анализа.

Лишь немногие авторы попытались объяснить установленные ими факты, но эти попытки свелись к освещению второстепенных моментов, имеющих отношение к частным механизмам генеза болезни и к факторам, способствующим развитию самой болезни.

Наблюдения за распространением язвы в Англии в течение последних лет привели английского клинициста к следующим выводам, основанным на обследовании 6047 человек, анализе 7722 случаев аутопсий:

Язва двенадцатиперстной кишки чаще встречается в северной части Англии. Она одинаково распространена среди различных слоев населения, но люди ответственного положения болеют ею чаще. У сельскохозяйственных рабочих она встречается реже; у промышленных рабочих чаще бывает язва желудка. Как язва желудка, так и дуоденальная язва, имеет тенденцию распространяться в семье и у близких родственников; среди них язвенная болезнь бывает в 2—3 раза чаще. Одним из важных факторов в происхождении язвенной болезни, по мнению автора, является злоупотребление курением. При обследовании 310 больных язвой желудка, 374 больных дуоденальной язвой и 1504 больных другими болезнями им было обнаружено, что число курящих было значительно большим среди больных язвенной болезнью. Особенно много их было в группе больных язвой желудка. Прекращение или резкое ограничение курения оказывало на больных положительное влияние, по сравнению с теми, кто этого не делал.

Мы должны отметить, что этиопатогенетическое значение курения автором явно преувеличено. На основании данных обследования 2136 больных швейцарские ученые считают, что курение не является этиологическим фактором в происхождении и распространении язвенной болезни.

Что касается другого важного тезиса английского ученого — о значении наследственности в генезе язвенной болезни, — то этот вопрос был затронут и бразильским ученым. При изучении 1315 случаев пептической язвы у бразильского населения за период с 1933 по 1957 гг., он в 23% случаев отметил семейный характер язвенной болезни. Высокий процент семейных заболеваний язвенной болезнью был отмечен и в наблюдениях швейцарских ученых. Обстоятельные данные по этому вопросу были представлены в докладе французских клиницистов — „Наследственный фактор и пептическая язва“. Проанализировав 800 случаев язвенной болезни в 50 семьях, авторы пришли к заключению, что, во-первых, среди семейного распространения язвенной болезни наибольшее значение имеет наследственность, именно наследственное предрасположение потомства к возникновению у него язвенной болезни, и, во-вторых, многочисленные факторы, как внутренние (не наследственные), так и из внешней среды, способствуют появлению язвы, причем одни из них предрасполагают, другие — провоцируют язву или ее рецидивы.

Высказывая такое, в принципе, как нам кажется, правильное представление, авторы затем пытаются дать анализ с позиций формальной генетики, чем вносят путаницу в решение этого важного вопроса.

По нашему мнению, все эти новейшие данные, так же, как и ранее опубликованные другими авторами по этому вопросу, дают основание признать определенное значение наследственного фактора в генезе язвенной болезни. Нужно думать, что длительное, много лет протекающее язвенное поражение гастро-дуоденальной системы у родителей может в ряде случаев, несмотря на имеющуюся в организме мощную систему защитных и приспособительных механизмов, отразиться на потомстве в смысле ослабления у него сопротивляемости стенок желудка и кишечника к патогенным воздействиям. Не исключена возможность, что понимаемая в таком смысле роль наследственных факторов в этиопатогенезе язвенной болезни является отчасти объяснением кардинального вопроса современной медицины: почему при аналогичных действиях психогенных факторов и возникновении в связи с этим общего невроза в одних случаях возникает язвенная болезнь, в других — гипертоническая болезнь, в третьих — болезнь обмена и т. д.

Это положение может быть распространено и на некоторые случаи раковых заболеваний органов пищеварения.

Из других аспектов происхождения и распространения язвенной болезни некоторые авторы выдвигали на первый план значение алиментарного фактора и климатико-географических условий.

Ряд докладов на конгрессе был посвящен гормональной теории происхождения язвенной болезни. Авторы их исходили из того общеизвестного факта, что многие эндокринные железы, как, например, гипофиз, надпочечники, щитовидная железа, парашитовидная железа, островковый аппарат панкреатической железы, оказывают влияние на функции желудка, изменяя через выделяемые ими гормоны и секрецию соляной кислоты и слизи, и общий объем желудочного сока, а также тканевую резистентность слизистой желудка к перевариванию ее соком. В связи с этим был высказан ряд теоретических положений о роли гормональной системы в происхождении язвы желудка и двенадцатиперстной кишки; среди них большое распространение получила теория канадского патофизиолога Г. Селье, который рассматривает развитие язвы желудка, так же, как и многие другие заболевания, в свете главенствующего значения нарушений передней доли гипофиза — коры надпочечников.

Именно в таком аспекте и был представлен на конгрессе доклад американца С. Грея на тему: „Современное состояние проблемы эндокринных влияний на желудок и их отношение к язвенной болезни“. В основном содержание доклада свелось к оценке роли надпочечников и гипоталамо-питуитарно-адреналового механизма опосредования различных „стрессоров“ в развитии пептической язвы. Им обнаружено, что у лиц с „цветущей“ язвой двенадцатиперстной кишки надпочечники более чувствительны к минимальным раздражениям, чем у здоровых людей. В этом факте он видит одно из доказательств ведущего значения системы гипофиз — надпочечники в развитии язвенного процесса в гастро-дуоденальной системе.

В несколько ином плане трактуется значение гипофиз-адреналовой системы в образовании пептической язвы венгерским исследователем. По его мнению, участие этой системы в генезе язвенной болезни обусловлено влияниями симпатической системы путем прямого действия ее на деятельность гипофиза и надпочечники и опосредованного через гуморальную цепную реакцию.

Однако, в представлении автора не предусмотрено непосредственное влияние симпатической иннервации на желудок. Этот вопрос был предметом специального обсуждения в докладе португальского исследователя, который, на основании наблюдений над больными и опытов на животных, пришел к заключению, что перерезка чревных нервов ведет к расширению сосудов желудка и кишки, рубцеванию язв и улучшению защитной силы слизистой оболочки желудка и кишки против переваривающего действия желудочного сока.

Зарубежных гастроэнтерологов очень интересует вопрос о частоте локализации язвы в гастро-дуоденальной системе.

Из представленных на конгрессе данных видно, что частота локализации язв в двенадцатиперстной кишке и желудке у больных в Швейцарии приблизительно соответствует указанным выше соотношениям, тогда как у больных Японии, Индии, Сирии и Бразилии отмечается значительное преобладание дуоденальных язв над язвами желудка (табл. 1).

Таблица 1

Соотношение локализации язв двенадцатиперстной кишки и желудка

Страна	Количество больных	Число случаев (в %) язвы	
		желудка	двенадцатиперстной кишки
Индия	264339	15,6	84,4
Япония	26064	2,5	97,5
Швейцария	2136	48,6	51,4
Бразилия	1315	16,0	84,0
Перу	71	91,5	8,5
Сирия	не указано	7,0	93,0

Это соотношение частоты язв двенадцатиперстной кишки и желудка выражается в Индии как 6,4:1, доходя в некоторых областях страны до 11,1:1 и даже 14,8:1, в Бразилии — как 5:1, в Сирии — как 13:1 и в Японии — как 40:1.

Чем объяснить, почему в этих странах частота дуоденальных язв так значительно превышает частоту язв желудка, по сравнению с тем, что имеется в странах Европы и Америки?

На этот вопрос авторы не дают ответа. Правда, индийские клиницисты указали на улучшение диагностики, бразильские — на то, что симптомы дуоденальной язвы

проявляются раньше, чем желудочной, и потому обращаемость к врачу больных с язвами двенадцатиперстной кишки бывает более частой, а сирийский врач отметил значение амёбной дизентерии, которая, по его наблюдениям, поражает большую часть населения Среднего Востока. Сочетание язвы двенадцатиперстной кишки и амёбной дизентерии, по его материалам, отмечается у больных в 40% случаев.

Но, как видим, все эти попытки ничего существенного не вносят в разрешение поставленного вопроса. Некоторый интерес представляет указание японских клиницистов на значение профессии. Они наблюдали, что дуоденальной язвой чаще болеют административные и транспортные работники, особенно умственного труда.

В этом же аспекте интересно и наблюдение английского клинициста, который отметил более частую поражаемость язвенной болезнью городского населения (табл. 2).

Таблица 2

Распространенность пептической язвы в городе и деревне

Местность	Число случаев на 1000 человек населения от 15 лет и старше	
	язва желудка	язва двенадцатиперстной кишки
Мужчины		
Город	0,69	2,58
Деревня	0,26	1,52
Женщины		
Город	0,37	0,66
Деревня	0,24	0,45

Что касается возрастных особенностей организма, то, по данным индийских ученых, заболевания у мужчин и женщин чаще бывают в возрасте от 20 до 40 лет. По наблюдениям бразильских клиницистов, язвенная болезнь бывает чаще у мужчин в возрасте около 50 и у женщин — 40 лет. Японские авторы отмечают два периода наибольшей частоты заболеваний: первый — в возрасте от 25 до 29 лет и второй — в возрасте от 45 до 49 лет.

Вопросам диагностики язвенной болезни было посвящено сравнительно мало докладов, причем некоторые из них носили полемический характер. Так, обсуждая принципы диагностики язвы желудка, американский клиницист критически отнесся к утверждениям, считая их ошибочными, что нельзя диагностировать при рентгеноскопическом исследовании доброкачественную язву, что на большой кривизне желудка чаще бывают злокачественные опухоли, что размер язвы определяет ее злокачественность, что злокачественная язва не имеет рецидивов, что доброкачественная язва легко превращается в злокачественную.

Голландские врачи подвергли анализу механизм боли при дуоденальной язве и его отношение к опорожнению желудка и подтвердили данные прежних исследователей о том, что возникновение боли при пищеварении зависит от прохождения пищевого химуса, а голодных болей — от задержки эвакуации из желудка на 6—10 часов. По наблюдениям чикагских гастроэнтерологов, боли, возникающие в связи с задержкой эвакуации, сопровождаются оживлением моторики желудка и повышением внутрижелудочного давления; прямой связи между болью и кислотностью желудочного сока, на что указывали многие авторы, они не подметили. Ваготомия и применение ганглиоблокаторов устраняют боль.

Важным в диагностическом отношении является наблюдение датского врача, который за 10 лет работы в клинике обнаружил среди больных, поступивших с диагнозом: пептическая язва, — в 55% случаев псевдоязву. По клинической картине она напоминала настоящую язву, но протекала без органического поражения желудка и кишки.

В связи с этим заслуживает внимания предложение аргентинских врачей производить у больных с диагностической целью не только желудочную, но и дуоденальную биопсию слизистой оболочки.

Английский клиницист еще раз подчеркнул диагностическое значение анализа желудочного сока. По его наблюдениям, повышение кислотности и концентрации пепсина характерно для дуоденальной язвы, понижение кислотности или нормальное содержание ее в соке — для язвы желудка, ахлоргидрия — для рака желудка.

Американские и английские физиологи и клиницисты предложили применять с диагностической целью гистаминовый тест, поскольку, по их данным, между мак-

симальной секрецией соляной кислоты и количеством обкладочных клеток существует линейная зависимость. При максимальной гистаминовой стимуляции желудочных желез можно получить сведения, которые, по их мнению, позволят врачу предвидеть угрозу язвы двенадцатиперстной кишки, решиться на оперативное вмешательство, определить размер резекции желудка и т. п.

По вопросу терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки определились два диаметрально противоположных направления. Первое, — по преимуществу представленное взглядами терапевтов, — отражало консервативные методы лечения; второе, — возглавляемое хирургами, — радикальные методы лечения. Впрочем, эти два направления были с самого начала формирования желудочной хирургии.

Американский гастроэнтеролог С. М. Иордан считает основными принципами лечения язвенной болезни: диету, покой, щелочи. К питанию больных, по мнению другого американского гастроэнтеролога, должны быть предъявлены два требования: 1) не повреждать изъязвленную слизистую оболочку, 2) способствовать восстановлению работоспособности больного. Поэтому диета должна быть нейтральной реакции, высококалорийна, богата белками, витаминами и солями, быть жидкой консистенции и приятного вкуса. Придерживаясь этих требований, автор получил блестящие результаты при лечении язвенной болезни от орального и непрерывного применения сустагена — сложного высококалорийного продукта, улучшающего питание и снижающего кислотность желудочного сока. При ночной секреции сока у больных им применялась непрерывная внутрижелудочная капельная терапия тем же продуктом, что, по его мнению, является единственным методом ограничения ночной секреции сока. В амбулаторной практике капельную терапию хорошо заменяет солодовое молоко в таблетках со щелочью (нулацин). При применении карбамина, содержащего энзимные субстраты: мочевую и угольную кислоты, улучшается ферментная активность в слизистой оболочке желудка, что способствует нормализации его секреторной деятельности.

Консервативного метода лечения большинства больных с пептическими язвами придерживаются многие американские гастроэнтерологи. К их взглядам примыкают и гастроэнтерологи других стран.

Сторонники консервативного направления в терапии язвенной болезни считают, что хирургическое лечение не является обязательным даже при страхе перед злокачественным перерождением язвы; хирургическое лечение, по их мнению, часто дает осложнения и может быть показано только при подтверждении злокачественного перерождения язвы, а также неуспехе консервативного лечения и частых рецидивах болезни.

Большое распространение в зарубежной гастроэнтерологии получило лечение язвенной болезни различными антихолинергетиками, поскольку они весьма эффективны и их прием для больных более удобен, чем сложная диета.

Польский клиницист получил хороший терапевтический эффект при лечении страдающих язвенной болезнью сном.

Многие зарубежные гастроэнтерологи применяют при язвенной болезни гормональные препараты и, прежде всего, адreno-кортикотропный гормон (АКТГ) и кортизон, отмечая при этом хороший терапевтический эффект. То же отмечается при лечении энтерогастроном, урогастроном и им подобными гормонами.

Однако, выступая в защиту консервативного метода лечения язвенной болезни и расширения границ его применения в клинической практике, ряд терапевтов все же признает, что в случаях обильных кровотечений, непроходимости, перфорации и пенетрации, подозрений на рак и безуспешности консервативного лечения следует применять хирургическое лечение.

По данным швейцарских хирургов, составленным на основании анализа 2136 случаев язвенной болезни, обильные кровотечения бывают в 14,9% при язве желудка и в 10,5% — при дуоденальной язве, непроходимость — в 5,9% желудочных язв и в 6,3% — дуоденальных язв, перфорация — 14,9% случаев, пенетрация — в 27,6% случаев.

Индийский хирург, проанализировавший 264 339 случаев язвенной болезни, указывает, что перфорация язвы бывает в 25,3—26,4% и кровотечения — в 3,4—5% случаев.

Лечение язвенных кровотечений, по заключению клиницистов Израиля, должно включать: постельный режим, седативные, витамины (В — комплекс, С, К), переливание крови, диету, в некоторых случаях женское молоко. Лечение больных с большими желудочными кровотечениями голландские врачи проводят переливанием крови, психотерапией, если необходимо — частичной гастрэктомией и свободно выбранной диетой; ограничение последней, по их мнению, не является необходимым. При желудочных кровотечениях следует иметь в виду, что причиной их возникновения может быть не только язва, но, как показали американские исследователи, и некоторые, правда редкие в медицинской практике, заболевания, такие, как болезнь Ослера (наследственная геморрагическая телеангиэктазия), синдром ангиом — „резиновых волдырей“, раковые опухоли тощей кишки с метастазами в печень и гипер-

серотонинемией, цынга, меланиновая пигментация кожи, полипоз тонкой кишки, общий ангиоматоз и эластическая псевдоксантома. На возможность кровотечений при последней ссылается и английский клиницист.

Из оперативных вмешательств швейцарцы предпочитают операцию по Бильроту II. Рецидивы они отмечают в 0,8—1,4% случаев.

Испанский хирург, применивший хирургическое лечение пептической язвы у 900 больных, считает, что операция выбора — резекция $\frac{2}{3}$ желудка; ваготомия следует применять только у больных молодого возраста; гастродуоденэктомия (с резекцией язвы) — операция выбора в 95% случаев; гастроэнтеростомия и одновременно ваготомия — наиболее удобные операции, причем первая более физиологична и дает лучшие результаты; при дуоденальной язве лучше применять операцию по Полиа, а при язве желудка — по Бильроту I. Операцию ваготомии при язвенной болезни поддерживают и некоторые английские хирурги, отмечая при этом, что возникновение новых язв после ваготомии может происходить от неполной перерезки блуждающих нервов, и поэтому во время самой операции следует проверять полноту перерезки путем раздражения электрическим током нижнего отдела пищевода, следя при этом за сокращениями желудка.

Выступая в защиту расширения границ хирургического лечения язвенной болезни, представители радикальных методов ее лечения, однако, вынуждены отметить довольно большой процент послеоперационных осложнений, в частности возникновение так называемой болезни оперированного желудка.

Возникновение болезни оперированного желудка составляет зарубежных гастроэнтерологов искать выход из этого положения. Одни предлагают новые приемы операций, которые, по их наблюдениям, снижают процент послеоперационных осложнений, другие изыскивают новые фармакологические средства, устраняющие отдельные симптомы заболевания. Однако, все эти предложения недостаточно эффективны и, таким образом, послеоперационные осложнения, в частности болезни оперированного желудка, остаются и по настоящее время в центре внимания зарубежных гастроэнтерологов.

Рак желудка

По сообщению японского автора, смертность от рака желудка среди японского населения огромна. Япония в этом отношении занимает второе место в мире. Из предрасположений к нему отмечаются значение наследственного фактора и роль употребления вина и табака. В качестве ранней диагностики автор рекомендует использовать непрямую рентгенографию, гастроскопию, цитологический анализ, изотопный метод; некоторые реакции на рак, особенно реакции Ninhydrin, Kik'a. Nitsch, дают 80% точности. Из лабораторных данных важны: скрытая кровь, которая обнаруживается в 50% случаев, кислотность желудочного сока, которая или понижена (в 15,6% случаев), или отсутствует (в 67,3% случаев), анемия (в 20—40% случаев), повышение в сыворотке крови содержания фибриногена и меди и понижение содержания железа. Терапия: радикальная операция; применение же химиотерапии (Carcinophilin, Nitromin) почти не эффективно.

Бельгийские ученые обратили внимание на наибольшую частоту рака желудка у мужчин, главным образом в пожилом возрасте. Прогноз жизни, по их данным, не более 1—7 лет.

Мадридский клиницист отмечает более позднее появление местных симптомов рака желудка; из общих симптомов важны: „пики“ температуры, эозинофилия, резкая реакция на С-протейн, увеличение в крови альфа- и гамма-глобулинов, дефицит витаминов комплекса В₂, никотиновой и фолиевой кислот, витамина В₆.

Гамбургский клиницист обращает внимание на тот факт, что за последнее десятилетие смертность от рака желудка уменьшилась, картина болезни имеет стертый характер.

Американский хирург предлагает оперировать всех больных с пептической язвой, поскольку часто последняя перерождается в рак.

Уругвайский врач считает атрофический гастрит наиболее опасным в смысле ракового перерождения слизистой оболочки.

По наблюдениям французских клиницистов, в тех случаях, когда рак желудка сопровождается болевым синдромом, успех операции исчисляется в 60,5%, а когда он протекает без болевого синдрома, операции бывают успешными лишь в 29% случаев.

Из диагностических показателей заслуживают некоторого внимания биологические, биохимические и гистологические тесты.

Японский исследователь предложил для диагностики рака желудка биологический тест. При исследовании желудочного сока отмечаются уменьшение восстанавливающей силы мукопротеина, увеличение концентрации протеина и полисахаридов. Раковый токсин подавляет каталазу печени, угнетает лакто-дегидрогеназу в сыворотке крови, уменьшает количество уропепсина в моче. Другие японские авторы так же отмечают специфическую биологическую активность желудочного сока при развитии

рака желудка. Например, анемия, возникающая при данном заболевании, ими связывается с изменениями мукопротеина желудочного сока.

Ряд американских исследователей произвел электрофоретический анализ на бумаге желудочного сока при анацидном гастрите, атрофии и раке желудка и нашел, что если при язве двенадцатиперстной кишки, сопровождающейся гиперсекрецией желудочного сока, увеличивается содержание пепсина, желудочного мукопротеина и некоторых других субстанций, а при атрофии слизистой желудка — отсутствие этих веществ, то при раке желудка, кроме явлений атрофии, бывает увеличение субстанции щелочного характера, не обнаруживаемой ни при язвенном процессе, ни при атрофическом гастрите.

Особенно широкое распространение за рубежом получил метод биопсии слизистой оболочки желудка. При сочетании его с радиологическим методом частота правильных диагнозов рака увеличивается с 75 до 95%, по данным аргентинских авторов, и с 84,1 до 93,6%, по данным испанских исследователей.

Гастроскопический метод позволяет поставить правильный диагноз рака желудка, по их утверждениям, только в 60% случаев. Американские клиницисты, однако, считают, что гастроскопия должна обязательно проводиться наряду с рентгенографией и цитологическим анализом слизистой желудка. Польский исследователь показал, что радиология и электрофорез сыворотки крови, включая и полярографию, облегчают раннюю диагностику рака в условиях амбулаторного приема больных. Ему удалось это проверить на 16712 больных, среди которых в 3% случаев был обнаружен рак.

Болезни печени

Среди общей заболеваемости населения различных стран мира значительный удельный вес занимают хронические гепатиты и циррозы печени. После второй мировой войны, в связи с большим распространением вирусного гепатита (болезни Боткина), эти болезни печени стали в центре внимания многих терапевтических клиник.

Некоторые зарубежные ученые различают две группы болезней печени: 1) внепеченочной абструкции портального кровообращения, 2) собственно заболевания печени; в последней группе различаются: а) билиарный цирроз, вызываемый закрытием общего желчного протока и идиопатический билиарный цирроз, б) портальный цирроз алкогольного или вирусного происхождения, гамахроматоз и криптогенный цирроз.

В диагностике болезней печени кубинские врачи подчеркивают значение электрофоретического исследования белков сыворотки крови, особенно при гепато-билиарных заболеваниях. Однако, в клиниках других зарубежных стран имеет более широкое распространение метод биопсии путем пункции печени. Его ценность, в частности, отмечена американцами при диагностике механической и паренхиматозной желтухи, при неоплазме, гепатомегалии и гепатоспленопатии. Чилийские врачи обнаружили при пункции печени, пораженной раком, деструкцию и вакуолизацию клеток, при циррозе — увеличение ядер, вакуолизацию, жировую инфильтрацию, при гепатите — легкий цирроз и вакуолизацию, при механической желтухе — большое количество желчных пигментов. С помощью пункции японскому врачу удалось установить уменьшение активности ферментов печени при гепатите, причем в меньшей степени, чем это наблюдается при циррозе и особенно при раке печени.

Многие зарубежные гастроэнтерологи отмечают сочетанные заболевания печени и панкреатической железы. Они вызываются специфическим голоданием. При их развитии, как указывают врачи из Гватемалы, жир концентрируется вокруг печеночных долек и в паренхиме печени; со стороны панкреатической железы отмечается атрофия секреторных клеток и, впоследствии, клеток островков Лангерганса; содержание амилазы, липазы и трипсина в панкреатическом соке снижается.

По данным ямайских врачей, при недостаточности питания уменьшается концентрация белка в печени, значительно изменяется действие холинэстеразы, при отсутствии изменений других гидролитических ферментов.

Австралийский врач обнаружил у $\frac{1}{3}$ больных мельбурнского госпиталя плохую упитанность, что он связывает с алкоголизмом и органическими заболеваниями печени. В возникновении панкреатитов он выделяет ряд моментов, как-то: вирус свинки, алкоголизм в сочетании с плохим питанием, сердечная недостаточность, желчные камни. Известное значение им придается и роли глистной зараженности.

Исходя из того, что методы перкуссии и аускультации являются не совсем точными для определения размеров печени, ливанский терапевт предлагает измерять вертикальный и горизонтальный размеры ее рентгенографией и радиоактивными изотопами.

Американцы полагают, что для определения портального кровообращения у больного удобнее применять пункцию селезенки через кожу.

Французские и бельгийские хирурги положительно отзываются о комплексном применении во время операции серийной холангиографии и манометрии.

Кубинские исследователи предложили перитонеоскопию печени и желчного пузыря, которую производят с помощью перитонеоскопа, дающего цветные фотографии.

Немецкий исследователь сообщил о новейших методах определения портального кровообращения с помощью ацетилена, радиоактивного йода и термоэлектрических часов Рейна.

Болезни панкреатической железы

Американский ученый отметил малую изученность форм хронического рецидивирующего панкреатита, при которой отсутствует болевой синдром и единственным признаком является аминоацидурия. Кальциноз панкреатической железы — также одна из форм хронического панкреатита. Очень часто панкреатическая недостаточность, тропические болезни и болезни, возникающие при плохом, недоброкачественном питании, сопровождаются атрофией железы.

Была сделана попытка связать некоторые рентгенологические находки с симптомами панкреатита. Оказалось, что в 55% случаев бывает местный паралитический илеус, в 17% — кальциноз железы, в 42,5% — подъем диафрагмы и ателектаз верхушек легких, в 53,1% — повышение моторной деятельности кишечника. Такая полиморфность клинической картины панкреатита обусловлена, по мнению бостонского гастроэнтеролога, распространением патологического процесса с панкреатической железы на соседние органы. Основной причиной рецидивирующего панкреатита он считает обтурацию протока. В связи с этим рочестерский хирург предлагает в качестве хирургического лечения вставлять дренаж в общий желчный проток, а для устранения болевого синдрома — панкреатэктомию. Однако, положение о закупорке протока при хроническом панкреатите разделяется не всеми клиницистами, в частности нью-йоркскими терапевтами, которые изучали секрецию панкреатического сока у 47 больных данным заболеванием и не отметили уменьшения объема секреции.

Вопросы острого панкреатита в его клиническом и экспериментальном аспектах были обсуждены филадельфийскими учеными. На основании того, что интраперитонеальное введение активированного панкреатического сока в брюшную полость не вызывает клинической картины острого панкреатита, авторы высказали мысль о том, что панкреатит возникает при повреждении стенок сосудов железы и энзиматическом переваривании гемоглобина и других органических веществ крови, которое приводит к образованию токсических веществ.

По диагностике болезней панкреатической железы заслуживают упоминания следующие данные:

Французы исследовали железу при „поперечной осевой стратиграфии“, позволяющей определить тень железы в разных направлениях, и обнаружили увеличение объема при патологическом состоянии ее.

Американские исследователи определяли содержание ферментов в сыворотке крови при остром панкреатите и пришли к заключению, что, на основании изменений амилазы, щелочной фосфатазы, трансаминазы и лакто-дегидрогеназы можно провести дифференциальную диагностику некротического и не некротического панкреатита. Им же показано, что концентрация диастазы в моче резко повышается.

Итальянские авторы изучали изменения фракций жира в кале и установили, что наилучшим тестом для определения липолитической активности панкреатической железы является нагрузка жиром с последующим определением соотношения нейтральных жиров и жирных кислот.

Венгерский клиницист пришел к выводу, что болезнь белковой недостаточности и болезнь, возникающая при плохом питании, протекают при недостаточной функции панкреатической железы.

Бразильский врач провел 84 исследования секреции панкреатического сока у 28 больных, которым, по медицинским показаниям, была вставлена в проток дренажная трубка. Им было изучено действие секретина, неостегмина, атропина, эфедрина, промазина, хлорпромазина и других веществ на функцию панкреатической железы. В работе американских исследователей была показана диагностическая ценность секретинового теста при хроническом рецидивирующем панкреатите. Особенно повышалась его ценность при одновременном цитологическом анализе самого секрета.

Болезни кишечника

Из многочисленных заболеваний кишечника особо пристальное внимание зарубежных гастроэнтерологов привлекают, с одной стороны, паразитарные болезни кишечника и, с другой, болезни, при которых основным синдромом является нарушение всасывания веществ в кишечнике.

Чилийские врачи дали подробную характеристику кишечному амёбиазу на основании данных клинического, инструментального и радиологического исследования. Они пришли к выводу, что наиболее ценным является лабораторный анализ, который базируется на исследовании проб экскрементов, мазков на трофозоиты и цисты

и на сигмоидоскопии и ректоскопии. Этот взгляд разделяется и некоторыми американскими гастроэнтерологами, утверждающими, что трудным является диагноз у амёбоносителей, так как нет четких критериев отличия паразитических амёб от непаразитических.

Южноафриканский врач отметил среди населения Африки значительно большую зараженность амёбами, чем амёбиаз.

Шведский ученый указал, что в северных странах острая дизентерия, вызываемая *Shigella sonnei*, не имеет отношения к хроническому колиту, который вызывает микробной флорой, постоянно имеющейся в толстом кишечнике.

По данным английского автора, *Shigella sonnei* является из дизентерийных палочек наиболее частым возбудителем болезни у англичан. Из коли-инфекций особенно распространен серотип 0,111, в меньшей степени — серотип 0,128.

По наблюдениям американского врача, эпидемические поносы у новорожденных и энтериты у подростков вызываются специальными серотипами кишечной палочки. Вирусы из группы ЕСНО могут вызывать энтериты как у детей, так и у взрослых.

Судя по представленным на конгрессе докладам, амёбиаз — довольно распространенное заболевание в странах Южной Америки, Африке, Египте и Марокко. Гаванский врач отметил, что 12% населения Кубы заражено амёбиазом; в сельской местности еще больше — до 42%. Наиболее поражены им бедные слои населения, особенно в тех местах, где плохо с водоснабжением. По наблюдениям касабланкских врачей, кроме типичного амёбиаза, имеется „климатический“ колит, который характеризуется вегетативными расстройствами алиментарной этиологии и особой копровой картиной.

Весьма эффективной терапией кишечного амёбиаза, по наблюдениям чилийских врачей, оказалась хемотерапия: тетрациклин и йодокинолин в сочетании с пивалентным мышьяком. Французские авторы считают, что терапия антибиотиками и хлорокином менее эффективна, чем лечение эмотин-конессином с карбазон-гидрокинолексном.

Египетский врач поделился опытом наблюдений за кистозомиазом. Большинство больных — это взрослые мужчины. Диагноз ставится при микроскопическом исследовании яиц паразита. При сигмоидоскопии определяется папилломатоз. Препараты сурьмы — не эффективны.

В Бразилии отмечена наиболее тяжелая форма кистозомиаза.

Парагвайские врачи высказали тревогу в связи с распространением в их стране гельминтов, главным образом анкилостомы и некаторы. Среди жителей Асунсьона ими зарегистрировано около 30% зараженных гельминтами. У сельского населения в связи с плохим питанием часто анкилостома в организме сочетается с гипохромной анемией.

По наблюдениям польских врачей, паразитарный колит бывает при лямблиозе, теаниаринхозе, энтеробиозе, трихуриазе, аскаридозе и анкилостоматозе. Сопровождается он вздутием живота, поносом или запором, кровью в кале, дефицитом натрия, калия, пептидов и витаминов.

При некоторых паразитарных болезнях кишечника бывает полезной в диагностическом отношении дуоденальная и кишечная биопсия. Бразильским врачам в этих случаях удавалось найти лимфоэозинофильную инфильтрацию в слизистой кишки и в гранулемах стромы яйца глист.

Из обзора ново-орлеанских врачей следует, что дитиазамин является антигельминтом широкого спектра действия. При его применении был получен хороший терапевтический эффект у 400 больных со стронгилоидиазом, трихиазом, аскариазом, энтеробиозом и крючководными червями.

Большое внимание зарубежных гастроэнтерологов привлекает и проблема хронических язвенных колитов. Эти заболевания относятся к бактериальной дизентерии и, возможно, к колиэнтеритам, патогенетически связанным с бродильными энтеритами и авитаминозами. Многими исследователями показано, что распространению бродильных кишечных заболеваний способствуют жаркий климат и условия питания, в частности нарушения в питьевом режиме и солевом обмене при высокой температуре.

Терапия язвенного колита в зарубежных клиниках разнообразна. Английские и американские клиницисты предлагают ректальное капельное введение гидрокортизона: в $\frac{2}{3}$ случаев они отметили улучшение. Однако, другие наблюдали при лечении адренокортикостероидами временное улучшение, а хороший эффект был после операции тотальной колектомии. Итальянский врач также отмечает неудовлетворительные результаты при лечении язвенного проктосигмоидита гормональными препаратами; он не видел хорошего эффекта и при лечении антибиотиками (пенициллин, стрептомицин и др.), вакцинацией, витаминами А, В₁₂. Положительный эффект был при местном лечении смесью тиазола, формальдегида, йода — хлоро-оксифинолина и метил-сульфата р-стеариламинофенилтриметил аммония, но и то в тех случаях, где отсутствовали необратимые изменения слизистой кишки.

Заключение

Мы можем сказать, что подавляющее число работ зарубежных ученых имеет частный характер; в них не поднимаются крупные теоретические вопросы; по своей сущности, они отчасти дополняют, отчасти несколько расширяют наши знания по патологии и физиологии органов пищеварения. В докладах авторы ограничились сообщением собственного опыта без широкого обобщения полученных фактов с работами других авторов.

Сопоставляя итоги четвертого Международного конгресса гастроэнтерологов с состоянием гастроэнтерологии в Советском Союзе, мы можем сказать, что достижения советских ученых в области изучения физиологии и патологии органов пищеварения превышают то, что имеется в зарубежных странах. И это не случайно. Система социалистического здравоохранения, построенная на принципах профилактической медицины, с широким охватом населения курортно-санаторным лечением, диспансеризацией больших контингентов людей, бесплатным лечением, с использованием новейших методов и средств лечения и т. п., создает условия для резкого снижения заболеваемости и предупреждения их возникновения. С другой стороны, широкая сеть научно-исследовательских институтов и клиник, разрабатывающих актуальные вопросы теории и практики гастроэнтерологии, в значительной мере способствует разработке проблем этиологии, патогенеза и терапии заболеваний пищеварительного аппарата. Конечно, многие вопросы гастроэнтерологии остаются и по сей день не выясненными, требуя дальнейшего углубленного и всестороннего изучения.

Академик К. М. Быков

Проф. И. Т. Курцин

(Ленинград)

Поступила 14 января 1959 г.

ВСЕСОЮЗНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ВОПРОСАМ БОРЬБЫ С АЛКОГОЛИЗМОМ

(19—21 февраля 1959 г., Москва)

На конференции присутствовало более 500 врачей из различных городов Советского Союза.

В отношении организационных форм лечения алкоголизма большинство авторов высказалось за „ступенчатую“ систему (А. Я. Доршт, Г. В. Зеневич, Г. Э. Рихтер, Е. М. Экелова-Багалей, Е. В. Маслов и др.). Наиболее стройно эта система была представлена Г. В. Зеневичем (Ленинград), который предложил считать: первой ступенью — вытрезвление острого алкогольного опьянения в вытрезвителях; второй — амбулаторное лечение в психоневрологическом диспансере; третьей — комбинированное лечение с кратковременным содержанием в стационаре и продолжением лечения в диспансере; четвертой — длительное больничное лечение с последующим наблюдением в диспансере; пятой — помещением в трудовые колонии с длительным содержанием и обязательным применением трудового режима.

Указанное предложение имело возражение лишь в первом пункте, принцип же лечения в других звеньях лечебно-профилактической помощи никем не оспаривался. Вопрос шел лишь о различных вариациях этого принципа, а также о том, считать ли предпочтительным лечение в амбулаторных условиях, или в стационаре, с какими формами алкоголизма направлять в различные системы противоалкогольных учреждений, как бороться с отказами от лечения, рецидивами, отсевами при данных организационных формах работы.

Если ряд врачей выдвигает на первый план преимущества амбулаторного лечения, то некоторые авторы находят большую целесообразность длительного стационарного лечения. Так, А. Я. Доршт (Ставрополь-Кавказский) на основании сводки по борьбе с алкоголизмом в Ставропольском психоневрологическом диспансере в 1955 и 1956 гг., при давности наблюдения в течение двух — трех лет, отметил положительный эффект при амбулаторном лечении только в 38,8%, тогда как при длительном лечении в стационаре за те же годы — в 71,7%.

Наибольший материал представил И. К. Янушевский (Москва), который на 1768 лицах, обследованных катamnестически, установил, что длительность ремиссий некоторых групп алкоголиков в амбулаторных условиях более продолжительна, чем после лечения в стационаре. Меньшую эффективность стационарного лечения он связывает с отсутствием преемственности между алкогольными отделениями психиатрических больниц и диспансерами, а также с краткостью содержания в стационарах, где часто больных держат только до вытрезвления, и больница тем самым выполняет как бы функции вытрезвителя. На вышеуказанном материале автор