

Из факультетской терапевтической клиники (зав. проф. А. Н. Гехтман) 2-го Харьковского мед. института (директор С. З. Ткаченко) на базе 2-й совбольницы (директор М. Я. Сухарев).

К клинике язвенной болезни.

(По материалам 2-й совбольницы за 1932 — 1936 гг.).

Ш. И. Либерман и А. И. Брук.

Вопрос о язвенной болезни до сих пор не перестает волновать умы клиницистов. Накопилась уже огромная литература, посвященная патогенезу, клинике и терапии данного страдания. Однако вопросы этиопатогенеза и терапии язвенной болезни остаются открытыми, и многообразие клинического течения очень часто представляет большие диагностические трудности. Вот почему, имея значительное количество язвенных больных в нашей клинике, мы решили заняться обобщением этого материала. За указанное с 1932 по 1937 г. время через 2-ю совбольницу—базу наших клиник—прошло 1015 язвенных больных.

В отношении распространенности язвенной болезни у мужчин и женщин до сих пор нет единодушия. Старые авторы, оперируя небольшим количеством случаев, указывали на преимущественное поражение язвай желудка лиц женского пола (Бринтон, Ландигер, Ригель и др (цит. по Росину). Давыдовский считает, что у женщин язвенная болезнь встречается в два раза чаще, чем у мужчин. Фидлер при вскрытии 2200 трупов обнаружил рубцы и свежие язвы желудка в 20% у женщин и лишь в 1,5% у мужчин. Однако, большинство авторов (Мойниген, Робсон, Майо и др.) указывает на преобладание этого заболевания у мужчин. Среди наших больных было 76 женщин (7,5%) и 939 мужчин (92,5%), 94% мужчин и 6% женщин—цифры язвенных больных, данные Росиным в 1937 году.

Превалирование мужчин среди наших больных должно по нашим соображениям объясняться тем, что наша клиника обслуживает по преимуществу район тяжелой индустрии, где работают главным образом мужчины.

Возраст больных был от 16 до 73 лет, к возрастной группе от 20 до 40 лет относится 724 человека (70%). Такие же данные встречаются и в литературе. В литературе имеются указания на наличие язвы и у грудных детей.

Что касается продолжительности заболевания, то мы имели возможность наблюдать больных с внезапным началом, с давностью в несколько месяцев и в 20 и более лет.

Изучая частоту рецидивов у язвенных больных, мы не имели возможности выяснить их количество в каждом отдельном случае. Наши наблюдения позволяют нам отнести большое количество рецидивов к дуоденальным язвам (от 4 до 11).

Желудочно-кишечные осложнения по наблюдениям Рисса отмечаются почти в 25% случаев гриппа (Гальперн). Этот автор указывает и на то, что в некоторых случаях во время гриппа

или вскоре после его перенесения обнаруживается картина язвы желудка с кровавой рвотой, кровью в кале и характерными рентгенологическими данными, причем в громадном большинстве случаев дело идет об эксацербации старого, казалось, давно заглохшего язвенного процесса. Наши данные говорят о том, что этот фактор почти не играет никакой роли в возникновении обострений язв; мы имели только в одном случае грипп и в одном случае малярию, непосредственно после которых наступило обострение.

Наибольшее количество язвенных больных по нашим материалам приходится на январь, март, май и ноябрь, что лишний раз убеждает нас в том, что язвенная болезнь не есть локальное заболевание, а является страданием всего организма, периоды обострения которого связаны с перестройкой всей вегетативной нервной системы. На сезонный характер язвенной болезни указывают Мойниган, Берман, Бир в связи с диететическими погрешностями. По мнению Боаса, весной происходит злоупотребление свежими овощами, а осенью фруктами (цит. по Свенсону). Это объяснение не нашло полного подтверждения на наших больных, у которых наблюдались частые обострения весной и осенью, при строжайшем соблюдении диеты. Большое внимание в этом вопросе заслуживает объяснение Гехтмана, который увеличение болевых ощущений у вегетативно стигматизированных язвенных больных поздней осенью, зимой и ранней весной ставит в связь с перераспределением крови (отлив от периферии к внутренним органам, в том числе к слизистой желудка и 12-перстной кишке).

Взгляды на конституциональное предрасположение к язвенному диатезу разноречивы. В то время как Лурия находит, „что нет достаточных оснований говорить о конституциональном предрасположении к язвам“, Стражеско и Бергман придают конституционально-наследственному фактору в развитии язв огромное значение. По Штиллеру связь конституции с язвенной болезнью вытекает из того, что астеническое телосложение предрасполагает к язвенной болезни и поддерживает уже образовавшуюся язву. По мнению Кончаловского язвенные процессы желудка и 12-перстной кишки представляют собой своеобразное конституциональное заболевание. Черноруцкий также стоит на точке зрения конституциональной теории и находит в 80% язвенных больных — „конституционально-стигматизированных“. Не все наши больные были изучены с точки зрения конституции. Из 1015 больных конституция определена у 506 больных, из коих 69% принадлежат к нормостенической группе (по классификации Черноруцкого), 3% составляют гиперстеники, причем следует отметить, что у всех гиперстеников язва локализовалась в 12-перстной кишке; аналогичные факты отмечены и Бергманом.

Анализируя топическую локализацию язв у наших больных, мы можем отметить преобладание дуоденальных язв — равное 681 из общего числа 1015. До XX века в литературе насчиты-

валясь дюжина случаев язв 12-перстной кишки (Лурия). Мнение Эвальда, что на одну язву 12-перстной кишки приходится 45 язв желудка, господствовавшее до 1911 года, разделявшееся и патолого-анатомами, окончательно поколеблено. Уже с 1912 г. Кюммель находил это соотношение как 1:10, а в 1914 г. как 1:7 (цит. по Свенсону). В настоящее время едва ли кто сомневается в преобладании дуоденальных язв над желудочными: Кальк, Майо отмечают язвы 12-перстной кишки в три раза чаще язв желудка, а Бергман—в 5 раз чаще. Преимущественная локализация дуоденальных язв по задней стенке, как наблюдали и мы, отмечена всеми патолого-анатомами, многими клиницистами и рентгенологами (Грубер, Лурия, Шлифер), тогда как хирурги указывают на преимущественную локализацию язв по передней стенке 12-п. к

В отношении желудочных язв первое место мы должны отнести пилорическим язвам, что является общепризнанным. Лурия указывает и на то, что у мужчин преимущественная локализация—пилорическая часть, а у женщин—малая кривизна желудка. Среди наших больных было так мало женщин, что высказаться окончательно по этому вопросу мы не имеем достаточных оснований.

Симптоматология язвенной болезни чрезвычайно разнообразна. В настоящее время вряд ли кто представляет себе язвенную болезнь в узко-морфологическом понимании и базирует свою диагностику лишь на дефекте слизистой. „Далеко не все больные, которые называются язвенными, действительно страдают круглой язвой желудка в строго анатомическом смысле“ (Кончаловский). Мравитц указывает на „язвенную болезнь без язвы“. О том же говорит и Промтова. Гехтман также предлагает различать среди язвенных больных „носителей язвы и больных язвой“.

По мнению Бергмана все характерные для язв симптомы являются далеко недостаточными для диагноза язв. Рассматривая подробно клинические проявления у изучаемых нами больных, мы могли отметить следующее: из 1015 больных отрывки отмечены у 576 больных (57%), рвота у 524 больных (52%), изжога у 437 больных (43%), тошнота у 429 (42%), запоры у 205 (20%), слюнотечение у 41 (4%). Трудность диагностирования усугубляется тем, что диспептические явления одинаково присущи не только язвам независимо от их локализации, но и другим страданиям желудка и 12-перстной кишки, как органическим, так и функциональным, а также и заболеваниям других органов.

Желудочная секреция была исследована у 817 больных одномоментным и фракционным способами. У большинства больных язвы 12-перстной кишки, кардинальные, парапилорические и пилорические язвы протекали с повышенной кислотностью, тогда как *ulcus pepticum jejuni* не отличаются определенной степенью кислотности. Дуоденальные язвы давали повышенную, пониженную и нормальную кислотность в отношении 4:1:1, желудочные язвы—4:2:1. Наши выводы в отношении желудоч-

ной секреции вполне совпадают с данными Свенсона и Зимницкого. Взгляд на значение желудочного сока, как фактора, принимающего участие в патогенезе язвы, разделяется современными клиницистами и патолого-анатомами. Таким образом, вновь выдвигается старое учение (Ригель, Эвальд и др.) о роли желудочного сока в образовании круглой язвы (цит. по Тагеру и Зархи).

Желудочное кровотечение — далеко не ведущий симптом в клинике язвенной болезни. Иногда кровотечение может быть первым симптомом скрыто протекавшей язвы, что имело место и у наших больных. Желудочное кровотечение рассматривается с различных точек зрения. Одни считают его характерным симптомом язвенного заболевания (Стражеско, Кончаловский и др.), другие авторы — как осложнение язвенного заболевания (Лурия, Свенсон и др.). Кровавая рвота встречается не так часто, как думали раньше, при чем она чаще бывает при язвах желудка, чем при дуоденальных. Ратнер указывает на большую частоту кровотечений при язвах 12-перстной кишки. Мы наблюдали в 14% случаев кровавую рвоту при язвах желудка, в 8% — при язвах 12-перстной кишки. Кишечные и оккультные кровотечения нами отмечены в 23% случаев, что почти совпадает с данными Мойнигана (20%) и Бергмана (19%). Ригель и Лурия указывают на значительно больший процент. В литературе имеются указания на то, что язвы, сопровождаемые частыми кровотечениями, дают менее резкие боли, чем некровоточащие язвы. Наши наблюдения также подтверждают и другой факт, отмеченный в литературе, что после желудочного кровотечения, иногда непосредственно после него надолго исчезают беспокоившие больного боли и, что в этих случаях трудно распознаются язвы рентгенологически и на операционном столе (Шлифер). Эти явления можно объяснить уменьшением местной гиперемии после кровотечения.

Если совокупность клинических проявлений вместе с типичным язвенным анамнезом дают нам возможность в клинике поставить правильный диагноз язвенной болезни, то с другой стороны мы видим, как недостаточно мы имеем в клинике опорных пунктов для топической дифференциации. Неосложненные язвы желудка и 12-перстной кишки в течение продолжительного времени дают столь сходные клинические явления, что определить локализацию язвы почти невозможно (Давыдовский, Свенсон и др.).

Решающее значение здесь, пожалуй, может иметь рентгеновское исследование, конечно, при правильном учете всей клинической картины. Кальк ставит рентгенодиагностику у язвенных больных даже выше чревосечения. Количество больных, обследованных рентгенологически, составляет 837 человек (83%). Динамика рентгенодиагностики прямых симптомов по годам дала следующее: в 1932 г. — 42%, в 1933 г. — 66%, 1936 г. — 74%. Такой рост диагностики язв по прямым симптомам подчеркивает всю важность применения методики исследования рельефа

слизистой. Мы имели возможность на сравнительно большом материале убедиться в том, что клиническая картина язв с косвенными и прямыми плюс косвенными рентгенологическими данными совершенно идентична. Это лишний раз подчеркивает необходимость придавать значение косвенным рентгеновским симптомам при распознавании язвенной болезни. Из 830 больных, подвергнутых рентгеноскопии, в 62 случаях язва, установленная клинически, не получила рентгенологического подтверждения, причем в 6 случаях этой группы наличие язв было установлено оперативно или секционно.

Мы никак не можем согласиться с Шинцем, который утверждает, что только поверхностные язвы могут ускользать из поля зрения рентгенолога. „Длительные, отрицательные рентгеновские находки, несмотря на полные клинические данные, являются противопоказанием к хирургическому вмешательству“ (цит. по Фанарджен). Для большей убедительности нашей точки зрения приводим следующую историю болезни.

Б-ной 37 лет. Болен 6 лет. В анализе периодические боли. Гиперхлоргидрия. Рентгенологически: нет четких данных за органическое поражение. Несмотря на отрицательные рентгеновские данные, клиника настояла на оперативном вмешательстве. Операция; пенетрирующая язва задней стенки 12-перстной кишки, с пенетрацией в поджелудочную железу.

Чем мы могли бы объяснить такое расхождение результатов клинического анализа и рентгеновского? Несмотря на высокий процент язв задней стенки, установленный всеми патологоанатомами, рентгенологи отмечали относительную редкость этой локализации.

По Ассману, ниши задней стенки желудка редко встречаются. Шлезингер не приводит ни одной рентгенограммы по поводу ниши задней стенки. Шинц говорит, что язвы задней стенки желудка редки (цит. по Шлиферу и Гриневиц). Причину такого расхождения между рентгенологами и патоморфологами следует искать в анфасном расположении язв желудка и 12-перстной кишки, при котором ниша легко ускользает от рентгенолога; отсюда указание на ценность исследования в косых и профильных положениях таких больных. Это подчеркивает и Шлифер в своей работе. Также трудно диагностируются рентгенологически и кардинальные язвы (Пипко). Достаточно указать, что эти язвы большею частью выявляются при исследовании в тренделенбурговском положении, и в вертикальном положении при тщательной пальпации кардиального отдела. Для иллюстрации приводим следующую историю болезни:

Больной М., 60 лет. Болен 12 лет. Ночные боли, рвоты, тошноты и отрыжки. Рентгенологически: деформация луковицы 12-перстной кишки. Операция—калезная язва по малой кривизне у входа в желудок; желчный пузырь припаян к стенке желудка у малой кривизны.

Как видно из этой истории болезни, кардинальные язвы не всегда протекают „моносимптомно“ (Лифшиц), а подчас дают ярко выраженную клиническую картину язвенного заболелания. Кардинальные язвы мы наблюдали у 11 больных (1,1%). Все

они сопровождались резко повышенной кислотностью, изжогой, локализованной болью в эпигастральной области и ранним исхуданием.

Наибольшие трудности для рентгендиагностики представляют препилорические язвы (Рыбинский). Анатомо-физиологические особенности по мнению целого ряда рентгенологов затрудняют исследование этой области. С одной стороны, значительная перистальтическая подвижность, с другой—в патологических случаях часто бывает анатомическое состояние. Кроме того, необходимо учесть, что в этой области локализуется целый ряд заболеваний, дающих сходную с язвой рентгеновскую картину.

Как известно, наиболее изучены клинически и легко поддаются рентгендиагностике пилоростенозы. Мы наблюдали пилоростенозы в 25 случаях (2,5%). Большею частью они протекали с пониженной кислотностью, во всех случаях сопровождались рвотой. Клинико-рентгенологического расхождения в этих случаях не было.

Самым грозным осложнением язв является перфорация, которая может наступить как в острых, так и в хронических случаях. С ростом язвенной болезни увеличилось число перфоративных язв. По Хаузеру прободение составляет 10% всех язв. Мы наблюдали прободные язвы в 7,5% случаев, Хаузер считает, что прободение при язвах 12-перстной кишки в три раза чаще встречается, чем прободение желудка. Грубер и Харт считают, что частота их одинакова. Герцберг указывает, что у больных более молодого возраста прободная язва располагается у привратника, а у пожилых—на малой кривизне.

Финстерер и Глезнер подчеркивают наклонность к перфорации язв большой кривизны желудка. По мнению Кончаловского язвы большой кривизны желудка и 12-перстной кишки дают чаще перфорации, что объясняется отсутствием подкрепления со стороны окружающих их тканей желудка и анатомической особенностью 12-перстной кишки (тонкость стенки по большой кривизне). Наши данные противоположны этим указаниям; так, из 73 случаев прободения, фигурирующих в нашем материале, прободение 12-перстной кишки отмечено в 15 случаях. Давыдовский также указывает на то, что дуоденальные язвы, отличаясь небольшими размерами и значительной склонностью к заживлению, дают редко открытые перфорации, в силу раннего развития мощных спаек с окружающими органами. Финстерер, Глезнер, Свенсон тоже не разделяют мнения, что при язвах 12-перстной кишки перфорации наблюдаются чаще.

Из имевшихся у нас прободных язв желудка большая часть относится за счет пилорических язв. Предрасполагающим моментом прободения у наших больных является чрезмерное физическое напряжение. Не лишено значения и участие конституционального фактора в смысле слабого развития мезенхимы.

В 7% случаев наши больные были подвергнуты аппендектомии. Вопрос о связи заболевания червеобразного отростка с круглой язвой желудка, выдвинутый около 15—20 лет назад,

до сих пор не потерял своей актуальности. Предполагалось, что при аппендицитах, как острых, так и хронических, возникает особенно благоприятный гематогенно-эмболический путь проникновения инфекции в организм. Рессле полагает, что существует рефлекторная связь аппендикита с круглой язвой желудка. Греков категорически утверждает наличие связи между язвой желудка и аппендикитом. Многие авторы не разделяют точку зрения Рессле (Гейнау, Грубер и др.). Гехтман и Лурия указывают на то, что многим язвенным больным безрезультатно производится аппендектомия. Сиповский, изучая интрамуральные нервные ганглии червеобразного отростка у лиц, страдавших язвой желудка и у пожилых лиц, погибших от случайных причин, наблюдал изменения в червеобразном отростке, как в том, так и в другом случаях, правда, у неязвенных больных изменения эти наблюдались значительно реже и были слабее выражены.

Выводы 1. При диагностике язвенной болезни решающее значение остается за клиникой.

2. Из дополнительных способов исследования язвенной болезни наибольшее значение имеет рентгеновский метод, особенно для определения локализации язвы.

3. В большом проценте случаев язвенная болезнь протекает с повышенной кислотностью.

4. Между обострением язвенной болезни и интеркуррентной инфекцией связи не существует.

Поступил в ред. 14. 1. 1938.

Из физиолог. отделения лаборатории гигиены труда на водном транспорте (зав. отд. проф. Р. О. Файтельберг, зав. лабораторией доц. М. Е. Медведев).

Применение алкоголя для изучения всасывательной функции желудка.

Р. О. Файтельберг, И. И. Попов и С. О. Очан.

В предыдущей работе, касающейся скорости всасывания алкоголя из Павловского изолированного желудочка, одним из нас был выдвинут вопрос о возможности применения алкоголя для исследования всасывательной способности желудка.

Пенцольдт и Фабер для изучения всасывательной деятельности желудка предложили исследовать скорость всасывания КJ. Этим методом Фабер установил, что при dilatatio ventriculi всасывание КJ из желудка замедляется; при язве желудка отклонений нет. У пяти больных, страдающих катаром желудка, в двух случаях наблюдалось замедление всасывания. На основании своих исследований Фабер находит, что определение скорости всасывания является ценным диагностическим средством.

Штраус для определения всасывательной способности желудка предложил использовать сахар.