

Клиническая и теоретическая медицина

Из объединенной поликлиники НКПС (начальник Ф. С. Григорьев, научный
руковод. поликлиники проф. Н. М. Николаев).

Хромоскопия желудка при гиперацидных его состояниях.

А. Н. Афанасьев.

Хромоскопию, как диагностический метод, при нарушениях секреторной функции желудка в клинику ввели почти одновременно австрийские врачи Саксль и Шерф и германские Глесснер и Витгенштейн в 1925 г., но так как Саксль и Шерф хотя и первые опубликовали свой метод, но работали с недостаточным пригодным индикатором (метиленовой синькой) и выступали в менее распространенной прессе, а Глесснер и Витгенштейн применили более удачную краску—нейтральрот и опубликовали метод в ведущей германской прессе, то за ними и остался приоритет в этом вопросе. Результаты их наблюдения таковы: нейтральрот слюной не выделяется, в нормальном желудке показывается уже через 15 минут, при субацидных величинах секреции желудка красящее вещество выделяется через 20—60 минут, а при анацидной секреции вовсе не выделяется.

Вслед за Глесснером и Витгенштейном ряд авторов и у нас проф. Лурия и д-р Миркин пользовались хромоскопией приблизительно с такими же результатами.

Много проделано работ по хромоскопии желудка с нейтральротом. Так, Карталь—на язвенных больных, Геннинг и Юргенс и Иеннер—на здоровых лицах и у желудочных больных с параллельно применяемой гастроскопией. Кач и Кальк—проводили наблюдение гистамином и нейтральротом.

Мои личные наблюдения при ахилии показали, что 1) хромореакция позволяет делить группу ахилий на случаи нейтральрот-реактивные и нейтральрот-рефрактерные; 2) хромореакция с нейтральротом является надежным прогностическим методом для установки вероятности эффективности лечения желудочной ахилии; 3) хромореакция дает возможность распознать истинную ахилию от ложной; 4) хромодиагностика ахилии имеет определенное экономическое значение в деле правильного отбора больных на дорогостоящие виды лечения (курорты, санатории) и 5) нейтральрот-проба более ценна для функционального диагностического испытания железистого эпителия желудка, чем гистамин-проба („Клин. мед.“ 1933—1934 г.).

При хромоскопии гиперацидного желудка, наряду с случаями раннего получения реакции, отмечаются случаи слишком запоздалого ее получения, при одинаково высокой кислотности желудочного сока, полученной после завтрака по Боас-Эвальду. Выяснение причин несвоевременной запоздалой реакции (пато-

логической реакции) при гиперацидных состояниях желудка, когда ожидается самая ранняя реакция (через 3—15 минут), и является основной задачей настоящей работы.

Проф. Лурия и ряд иностранных авторов объясняют причину запоздания хромореакции при повышенной кислотности желудка катаральным его состоянием, т. е. усиленной секрецией слизи. Вопрос о слизи желудка и силе секреции слизи является, как известно, старым и нерешенным вопросом.

Рядом авторов ставились вопросы о методике количественного определения слизи желудка как натошак, так и в зависимости от различных болезненных состояний желудка. Выяснялась закономерность между сецернируемой свободной соляной кислотой и секрецией слизи. Имеется ряд методов для определения слизи: определение азота слизи, метод, основанный на алкогольном осаждении, на ацетоновом осаждении; но эти методы больше годны для опытов на животных. Лабораторной же техники для определения слизи в человеческом желудке нет. В настоящее время для определения насыщенности слизью желудочного сока пользуются методом фильтрации его через бумажный фильтр. И по количеству полученного фильтрата за определенный период времени (полчаса или час) судят о наличии слизи в желудочном содержимом. По вопросу о количественном определении слизи желудка произведено разными авторами много экспериментов на животных. В желудке, находящемся в состоянии голода, получено около 1% муцина, а при определении слизи с содержимым желудка—около 4% веса желудка. Установлено, что 1 г слизи желудка адсорбирует 15 см³ HCl или 12 см³ едкой щелочи (NaOH). 1 г муцина адсорбирует 12 см³ NaOH, 1 г слизи человеческого желудка адсорбирует 16—18 см³ соляной кислоты.

Величина слоя слизи в желудке человека, по Бюхеру, определяется в 0,5—1,5 мм. С усилением пищеварения усиливается продукция муцина; в голодном желудке муцин адсорбирует всю HCl, муцин представляет собой депо HCl, в начале питания муцин отдает HCl до начала сецернирования свободной соляной кислоты желудочными клетками. У больных с пониженной кислотностью вся свободная соляная кислота временами адсорбируется слизью и этим замедляется процесс желудочного пищеварения. Мы провели специальное обследование ряда больных с длительным гиперацидным состоянием. Накануне испытания у этих лиц проверялся желудочный сок на завтрак по Боас-Эвальду.

Больному натошак, в 9 час. утра, вводился дуоденальный зонд. Брался дважды желудочный сок из тощего желудка через 15—30 мин. для определения кислотности, и после этого вводилось интрамукулярно 4 см³ 1% водного раствора нейтральрота. Каждые последующие 3 минуты выкачивалось шприцем по несколько куб. сантиметров желудочного сока для улавливания момента времени появления краски в желудочном соке. По этому методу обследовано 100 человек. Из полученных данных делаю

следующие выводы: из 100 случаев гиперацидных состояний желудка рентгеноскопически и клинически выявляется 30 случаев язв 12-перстной кишки, т. е. 30% и 4 случая язвы желудка—4%.

В 60 случаях этой группы хромореакция получена за время 3—9—15 минут. Во всех этих случаях отмечалась повышенная кислотность тощего желудочного содержимого.

В 36 случаях хромореакция получена через 20—21—23 минуты и соответствовала в этих случаях нормальной или пониженной кислотности желудочного сока, полученного в состоянии натощак.

В 4 случаях химизм желудочного сока в состоянии натощак соответствовал анацидной формуле, и во всех этих случаях получена резко замедленная хромореакция, т. е. через 35—40 минут. В этих случаях формула желудочного сока была такова: 1-й случай—12—0—0/14—0—0; 2-й случай—16—0—8/16—0—8; 3-й случ.—8—0—0/8—6—1; 4-й случай—10—0—4/12—0—6.

Из всего этого мы делаем предварительный вывод, что время появления хромореакции находится в зависимости не столько от химизма желудка, выявленного накануне после пробного завтрака по Боас-Эвальду, сколько от химического статуса тощего желудочного содержимого в момент проведения хромореакции, и поздняя реакция у гиперацидиков (через 30—45 минут) стоит в тесной связи с анацидным состоянием желудочного сока, извлеченного в состоянии—натощак. Принимая во внимание зависимость хромореакции от химического статуса желудочного сока в состоянии натощак, мы стали проводить дальнейшие наши наблюдения над гиперацидиками и учитывали при этом не только химизм желудочного сока в состоянии натощак, но и секрецию слизи, причем последняя определялась количеством фильтрата желудочного сока, измеряемого в куб. сантиметрах за час.

Нами проведены наблюдения над 50 больными. Эту группу в 50 человек мы разделяем на 3 подгруппы и будем рассматривать каждую в отдельности.

Первая подгруппа состоит из 10 человек. У всех 10 человек мы отмечаем одинаковую слишком слабую фильтрацию желудочного сока, полученного натощак дуоденальным зондом—1,5—3 см³ фильтрата за час, что объясняется наличием большого количества слизи; желудочный сок на глаз представлялся в этих случаях густым.

Если бы хромореакция зависела исключительно от наличия большого количества слизи в желудочном соке, то во всех случаях этой группы мы должны были бы отметить появление краски почти в одно и то же время, между тем на деле этого не было.

При одинаковом количестве фильтрата (слизи) хромоскопия, по времени, дала различные результаты: 3, 10, 10, 12, 15, 20, 25, 30, 35, 45 мин; резкое замедление оказалось в последних четырех случаях.

Если же мы обратимся к химизму желудочного сока, добы-

того натошак до момента проведения хромореакции, то здесь отмечается следующая закономерность: в тех случаях, где секреция желудочного сока отсутствовала или сок не содержал свободной соляной кислоты, мы получали всегда замедленную хромореакцию. Лишь только химизм желудочного сока изменялся в первые 30 минут по введении дуоденального зонда в сторону суб- или нормацидности, тотчас же наступала ускоренная хромореакция.

В следующих 10 случаях — вторая подгруппа — наблюдалось меньшее количество слизи в желудке, фильтрация ее: от 4,5—6—7 до 12 см³ фильтрата за час, тем не менее время появления хромореакции было в этой подгруппе в большем числе случаев более замедленной — 17, 45, 17, 18, 20, 19, 27, 45, 30, 33 мин., так как химизм желудочного сока, добытого за 30 мин. до хромореакции, вариировал от ахиличной до низко субацидной величины. Таким образом и здесь мы отмечаем полную зависимость быстроты появления хромореакции от химизма желудочного сока, добытого натошак.

Такое же объяснение причины быстрого или замедленного получения хромореакции вытекает из данных экспериментов 3-й подгруппы (№ 21—50). Так, в № 21—23 слизь в желудочном соке показана цифрой фильтрата 3 см³ за час, а хромореакция появлялась в нормальное время: 8—15—16 минут. Здесь химизм желудочного сока повысился за 30 мин. до гиперацидных величин. В последних 10 случаях (№ 41—50) желудочный сок разжиженный (фильтраты выражены цифрой в 7—8 см³), а время появления хромореакции все-таки разное: от 3 до 25 мин.

И здесь время появления хромореакции связано было с химизмом желудочного сока, но отнюдь не от насыщенности желудочного сока слизью.

Таким образом можно придти к заключению, что время появления хромореакции у гиперацидика зависит главным образом от секреции соляной кислоты в тощем желудке в момент проведения хромоскопии и меньше всего — от слизесекреции. Запоздавая (патологическая) хромореакция у гиперацидика отмечалась лишь тогда, когда секреция свободной соляной кислоты отсутствовала.

Поступила в ред. 27.V. 1938 г.

Из пропедевтической терапевтической клиники (директор проф. А. Г. Терегулов) Казанского государственного мединститута.

К клинике желчного асцита и перитонита.

А. И. Голиков и В. Н. Смирнов.

Желчные асциты и перитониты, связанные обычно с заболеванием желчных путей и печени, как известно, в клинике внутренних болезней встречаются сравнительно редко; чаще этот материал проходит через руки хирургов.