

Действительно, при длительно протекающих так называемых хронических колитах морфологические изменения слизистой толстой кишки теряют свой воспалительный характер и в слизистой оболочке развиваются атрофические изменения, железистый эпителий подвергается процессам дегенерации, собственно мышечная оболочка инфильтрована соединительнотканными клетками, слизистая нередко истончена и сглажена, лимфоидная ткань фолликулов атрофируется.

Уже давно прекратилось действие этиологического (например, инфекционного) фактора, воспалительные изменения слизистой сменились процессами перестройки, атрофии, дегенерации, а больному продолжают ставить диагноз «хронический колит». Клинически в это время на первый план нередко выступают явления, обозначаемые термином *irritable colon* — раздраженная толстая кишка — и выражающиеся в нарушении нервно-мышечного равновесия, спастических реакциях гладкой мускулатуры кишки, общих и местных изменениях ее моторики.

Таким образом очевидно, что воспалительный процесс в слизистой оболочке толстой кишки характеризуется более или менее определенными признаками и закономерностями его динамических изменений. Однако разнообразные атрофические и дистрофические нарушения, трансформация слизистой, развивающиеся при хроническом течении процесса, не укладываются в прокрустово ложе характеристики воспалительного поражения и едва ли могут соответствовать термину «колит», так как не являются воспалительным поражением в истинном смысле слова.

Здесь уместна аналогия с терминами «хронический гастрит» и «гастрит перестройки» или, как его иногда именуют, «гастроз». Термин «гастрит перестройки» (гастроз) подчеркивает невоспалительный характер поражения, явления перестройки слизистой, ее атрофии, дегенерации и регенерации.

На наш взгляд, во многих случаях хронические колиты (заболевания, рассматриваемые сквозь призму времени) теряют свою воспалительную природу и представляют собой качественно иной процесс, требующий применения иных диагностических критериев и иной терминологии — «колит перестройки» или даже «колоз» (аналогично нефрозу, гепатозу, миокардозу, гастрозу и т. п.).

Необходимость клинической и клинико-морфологической дифференциации такого рода процессов очевидна и должна предусматривать, помимо оценки особенностей клинической картины, изучение результатов биоптического исследования различных участков слизистой толстой кишки, полученных путем прицельной биопсии при колоноскопии.

В подобных случаях основу лечебного воздействия должны составлять не противомикробные и противовоспалительные средства, а регенераторы (метилурацил, витамин А и др.), препараты, воздействующие на нервно-регуляторные процессы, моторную функцию кишечника, способствующие нормализации кишечной флоры, восстановлению витаминного и ферментного обмена, и диетотерапия. Такое комплексное лечение, как мы убедились, дает больший эффект, чем необоснованное применение антибиотиков, сульфаниламидов и других противомикробных средств.

В свете сказанного дифференциальная диагностика и лечение заболеваний толстой кишки являются важной задачей современной гастроэнтерологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берлин Л. Б. Хронические колиты. Медгиз, М., 1951.— 2. Саакян А. Г. Постдизентерийный колит. Медицина, М., 1970.

Поступила 5 октября 1976 г.

«КРУГЛЫЙ СТОЛ»

УДК 616.33—002.44

НЕКОТОРЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ К РАБОЧЕЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Л. А. Лещинский, Т. Б. Варфоломеева, Р. А. Пластилина,
В. А. Николаева, Т. М. Орешков, Я. М. Вахрушев, М. М. Николаева*

Кафедра госпитальной терапии (зав. — заслуж. деят. науки УАССР проф. Л. А. Лещинский) Ижевского медицинского института

Реферат. Обсуждаются вопросы классификации язвенной болезни. При построении диагноза предлагается учитывать локализацию язвы, ее стадию (свежая, рубцовая, нерубцующаяся) с выделением предъязвенного состояния, фазу язвенной болезни (обострение, ремиссия), ее форму (неосложненную и осложненную) и течение (редко, часто и непрерывно рецидивирующее), а также некоторые функциональные показатели (секреторную и моторную функции желудка) и состояние общего питания. Анализируя данные обследования 1320 больных язвенной болезнью, авторы указывают на частоту и соотношение вариантов язвенной болезни по предлагаемым ими критериям.

Единой классификации язвенной болезни, удовлетворяющей клиницистов, принятой и утвержденной для обязательного пользования, к сожалению, сегодня еще не имеется. В монографиях, посвященных язвенной болезни, приводятся авторские классификации, из которых определенное распространение получила предложенная С. О. Бадилькесом (1953). Это принципиальная классификация, включающая этиологические и патогенетические критерии язвенной болезни (к патогенетическим моментам с современных позиций следовало бы добавить установленные исследованиями последних лет дисгормональное звено и «местные» дистрофические и другие изменения слизистой желудка и кишечника). В клинической характеристике автор выделял локализацию, форму, стадию и фазу язвенной болезни. Одну из форм язвенной болезни он назвал острой язвой. По нашему мнению, термин «острая язва» оправдан лишь применительно к симптоматическим язвам, не относящимся к собственно язвенной болезни, а процесс образования дефекта в слизистой оболочке при язвенной болезни следует обозначать термином «свежая язва». Поскольку морфологически язвенный процесс проходит определенные стадии (от деструктивной до рубцовой), то целесообразно указывать в диагнозе стадию формирования язвы (а не язвенной болезни) — свежая, рубцовая. В тех случаях, когда самого дефекта еще нет, но есть к этому предпосылки (на фоне четких функциональных изменений имеется клиническая картина язвенной болезни без рентгенологических и гастроскопических признаков дефекта слизистой), можно говорить о функциональной стадии процесса, о предязвенном состоянии [2]. Наконец, при незаживающей, с омозолелыми краями язве можно говорить о нерубцующейся (каллезной) язве, которую ряд авторов относит к осложнениям язвенной болезни. Итак, в рубрике «стадия» предлагаемой нами классификации отражаются состояние и эволюция самой язвы, тогда как в ряде классификаций под стадией понимаются, в сущности, особенности течения язвенной болезни, определяющиеся частотой, длительностью и тяжестью рецидивов. Но, как известно из опыта, не всегда наблюдается последовательное прохождение больными этих этапов течения или развития заболевания. Так, III стадия по С. О. Бадилькесу — осложненная язвенная болезнь — должна бы наблюдаться после нескольких рецидивов (после I и II стадий), а нередко бывает, что впервые появившаяся, свежая язва осложняется кровотечением, перфорацией, перипроцессом. С этой точки зрения нам представляется целесообразным специально выделять в самостоятельные разделы классификации форму язвенной болезни (неосложненную и осложненную) и характеристику течения (редко, часто и непрерывно рецидивирующее течение); в этой же рубрике особо отмечать впервые выявленную язвенную болезнь, что важно, в частности, для исчисления «срока давности» язвенной болезни, особенно при предшествующем гастрите, для выбора дифференцированной врачебной тактики. Отметим, что термином «неосложненная форма язвенной болезни» как классификационным понятием пользовался С. М. Рыс (1968).

В предлагаемую нами классификацию включены также разделы, характеризующие состояние некоторых функциональных показателей (секреции и моторики желудка), состояние общего питания и патологические синдромы, возникающие после операции на желудке по поводу осложнений язвенной болезни.

В целом виде предлагаемая рабочая классификация язвенной болезни (клинико-морфологическая) выглядит следующим образом.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

I. Фаза: 1) обострение; 2) ремиссия.

II. Стадия язвы: 1) предязвенное состояние; 2) свежая язва; 3) стойкие рубцовые изменения; 4) нерубцующаяся (каллезная) язва.

III. Локализация язвы: 1) субкардиальный отдел; 2) малая кривизна; 3) препилорический и пилорический отделы желудка; 4) луковица двенадцатиперстной кишки; 5) постбульбарный отдел.

IV. Форма: 1) неосложненная; 2) осложненная: а) кровотечением, б) пенетрацией, в) перфорацией, г) стенозом привратника, д) перивисцеритом, е) малигнизацией, ж) оперированный желудок в анамнезе.

V. Течение: 1) впервые выявленная язвенная болезнь; 2) редко рецидивирующее (ремиссии больше 3 лет); 3) часто рецидивирующее (ремиссии меньше 3 лет); 4) непрерывно рецидивирующее (ремиссии меньше года, регулярные сезонные обострения).

VI. Функциональная характеристика: с повышенной (пониженной, нормальной) секрецией и моторикой желудка.

VII. С упадком питания (дефицит веса больше 10 кг) или без него.

VIII. Патологические состояния после операций на желудке: язва анастомоза, анастомозит, демпинг-синдром, агастрическая анемия, агастрическая астения, перивисцерит и др.

Примеры диагнозов, сформулированных на основе данной классификации: «Язвенная болезнь (впервые выявленная свежая язва луковицы двенадцатиперстной кишки), неосложненная форма, с повышением секреции и моторики желудка, без упадка питания» или: «Язвенная болезнь в фазе обострения (рубцовые изменения в пилорическом отделе желудка), осложненная стенозом привратника I ст., часто рецидивирующая, с

нормальной секреторной и повышенной моторной функцией желудка, с упадком питания» и т. д.

В основу предлагаемой рабочей классификации положены результаты разработки по вышеприведенным критериям 1320 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу язвенной болезни в 1970—1971 гг. При этом учитывались анамнестические, рентгенологические данные, результаты функционального исследования желудка, в части случаев—эндоскопические данные. Большинство обследованных составляли мужчины (1021 чел.). 60 больных были моложе 20 лет, 673— в возрасте от 20 до 40 лет, 541— от 41 до 60 лет и 46—старше. Таким образом, юношеские язвы встречались не так уж редко. У 1282 больных язвенная болезнь находилась в фазе обострения или впервые возникла, у 38 человек (2,9%) была фаза ремиссии. Основные данные, касающиеся классификационных критериев, представлены в таблице.

Критерии диагноза	Число больных	% от общего числа наблюдений	Критерии диагноза	Число больных	% от общего числа наблюдений
I. Фаза:					
1. Обострение (вместе с впервые возникшей язвенной болезнью)	1282	97,1	а) кровотечением	89	6,5
2. Ремиссия	38	2,9	б) пенетрацией	30	2,3
II. Стадия язвы:			в) перфорацией	25	1,9
1. Предязвенное состояние	94	7	г) стенозом привратника	77	5,9
2. Свежая язва	577	43,5	д) перивисцеритом	136	10
в том числе:			е) малигнизацией	5	0,4
а) «первичная»	225		ж) оперированный желудок в анамнезе	85	6,2
б) повторная на фоне рубцовых изменений	352		V. Течение:		
3. Рубцовые изменения	620	48	1. Впервые выявленная язвенная болезнь	284	22
4. Нерубцующая (каллезная) язва	20	1,5	2. Редко рецидивирующая	397	30
III. Локализация язвы:			3. Часто рецидивирующая	423	32
1. Субкардиальный отдел и тело желудка	56	4,3	4. Непрерывно рецидивирующая	216	16
2. Малая кривизна	69	5,2	VI. Функциональная характеристика:		
3. Препилорический и пилорический отделы	127	9,6	1. Кислотность желудочного содержимого:		
4. Луковица двенадцатиперстной кишки	1017	77,0	а) повышена	—	50
5. Постбульбарный отдел	15	1,1	б) нормальна	—	28
6. Двойная локализация	22	1,6	в) понижена	—	22
IV. Форма:			2. Моторика:		
1. Неосложненная	958		а) повышена	—	23
2. Осложненная	362	27,0	б) нормальна	—	60
			в) понижена	—	17
			VII. Упадок питания	209	15

Как видно из приведенных данных, 7% больных был поставлен диагноз предязвенного состояния, нацеливающий врача на тщательное наблюдение за такими лицами и проведение им профилактического противоязвенного лечения. Обращает на себя внимание значительная частота повторных свежих язв, возникающих на фоне имевшихся рубцовых изменений (в подавляющем большинстве речь шла о свежих язвах желудка на фоне рубцовых изменений луковицы двенадцатиперстной кишки).—60% всех свежих язв, что составило по отношению ко всем обследованным 26%. Интересны данные в отношении каллезных язв—они встречались в 1,5% (диагноз основывался на данных неоднократного рентгенологического исследования после 1—2-месячного курса интенсивной терапии и подтверждался гастроскопически). Ранее каллезные язвы фиксировались в ряде статистик намного чаще. По-видимому, уменьшение их числа можно связать с интенсификацией антидистрофической терапии в последние годы.

Как и ряд других авторов [1, 3, 4, 5], мы отмечаем значительное преобладание язв двенадцатиперстной кишки (отношение их к язвам желудка составило по нашим данным 4:1), причем внедуоденальная (постбульбарная) локализация выявлена в 1,1%. Из язв желудка половину составили язвы препилорического и пилорического отдела.

В числе осложнений язвенной болезни чаще встречался перивисцерит, затем кровотечение (учитывались случаи профузного кровотечения, а также резко положитель-

ная реакция на скрытую кровь в кале) и пилоростеноз. Осложненная форма язвенной болезни отмечена более чем у четверти всех обследованных (27%). Оперировано ранее по поводу этих осложнений 6% больных, чаще по поводу перфорации, затем — по поводу профузного кровотечения. У 284 больных язвенная болезнь была выявлена впервые. Если учесть, что «первичных» свежих язв было 225, то у 59 обследованных впервые была выявлена язвенная болезнь в рубцовой стадии, что указывает на возможность латентного течения язвенной болезни.

У 30% больных мы нашли редко рецидивирующий вариант течения, у 32% — часто рецидивирующий, а у 16% отмечалось непрерывно рецидивирующее течение язвенной болезни.

Что касается некоторых функциональных критериев, то здесь мы могли, пользуясь данными фракционного исследования желудочного содержимого и рентгенологическими признаками, установить у половины больных повышение секреции и у четвертой части — повышение моторики желудка. Интересно отметить, что у 15% обследованных констатирован упадок питания (дефицит веса более 10 кг). Из послеоперационных осложнений мы смогли отметить язву анастомоза у 1% больных, в отношении других осложнений катаместические данные не прослежены.

Получение целого ряда экстенсивных показателей, иллюстрирующих удельный вес и доленое участие в клинике язвенной болезни тех или иных вариантов, типов и форм заболевания в зависимости от определенных классифицирующих критериев, как нам представляется, подтверждает известную практическую ценность предлагаемой классификации. Эти данные позволят полнее охарактеризовать контингент больных язвенной болезнью, а также разработать прогностические алгоритмы, удобные для динамического обследования больных; наконец, подробная характеристика особенностей заболевания у каждого больного, отраженная в диагнозе, поможет индивидуализировать терапию в конкретной клинической ситуации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадилькес С. О. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Медгиз, М., 1953.
2. Левин Г. Л. Язвенная болезнь. Медицина, М., 1970.
3. Радбиль О. С. Язвенная болезнь и ее лечение. Изд-во Казанск. ун-та, Казань, 1970.
4. Рысс С. М., Рысс Е. С. Язвенная болезнь (неосложненная форма). Медицина, Л., 1968.
5. Флекель И. М. Язвенная болезнь. Медгиз, Л., 1958.

Поступила 20 октября 1975 г.

УДК 577.173.3:616.33—002.44

ОБМЕН ГАСТРИНА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В. В. Трусов, Я. М. Вахрушева

Кафедра госпитальной терапии (зав. — заслуж. деят. науки УАССР проф. Л. А. Лещинский) Ижевского медицинского института

Реферат. Исследование базального уровня гастрина в крови и при стимуляции его выделения инсулином у больных язвенной болезнью выявило определенные изменения в его содержании в зависимости от локализации язвы и формы клинического течения заболевания.

К настоящему времени многочисленными экспериментальными исследованиями в основном расшифровано физиологическое значение гастрина — гормона пищеварительной системы. В частности, известно, что гастрин стимулирует почти все функции аппарата пищеварения: секрецию соляной кислоты и пепсина; экзогенную деятельность поджелудочной железы; выход печеночной желчи; тонус и моторику желудка, кишечника и желчного пузыря. Вместе с тем роль гастрина в патологии системы пищеварения, изменение его содержания при этом в биологических жидкостях изучены недостаточно. Такое положение объяснялось отсутствием надежных клинических способов определения гастрина. Благодаря внедрению в последние годы радиоиммунологических методов возможности исследования обмена гастрина в условиях клиники значительно расширились.

Задачей настоящей работы явилось изучение обмена гастрина при язвенной болезни. Под наблюдением было 45 больных (мужчин — 34, женщин — 11; возраст — от 27 до 63 лет). У 12 из них язва локализовалась в желудке, у 26 — в двенадцатиперстной кишке и у 7 — в желудке и двенадцатиперстной кишке. Контрольную группу составили 15 здоровых лиц.

Гастрин определяли радиоиммунологическим методом. Кровь для исследования базального уровня гастрина брали натощак после 12-часового голодания. Для стиму-