

Доц. М. С. ПЕРЛИН и доц. Л. А. ЮРЬЕВА

Клиническое и рентгенологическое распознавание язвенной болезни у детей

Из клиники детских болезней (директор заслуженный деятель науки профессор Е. М. Ленский) и кафедры рентгенологии (директор профессор Э. Ф. Ротермель) Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина

Язвенная болезнь у ребенка, в представлении большинства педиатров — заболевание редкое, а главное — трудно диагностируемое. С этим можно согласиться только в отношении раннего детского возраста, когда язва желудка и двенадцатиперстной кишки почти всегда является исключительно находкой патолого-анатома. Язва двенадцатиперстной кишки у грудных детей встречается чаще, чем язва желудка.

Обычно язва желудка у детей раннего возраста бывает вторичного характера в результате хронических инфекций, расстройства обмена, нарушения питания, стеноза и гипертрофии привратника и интоксикаций. При этом находят, как правило, мелкие множественные изъязвления, дающие небольшие кровотечения. Сифилитические язвы желудка клинически почти не распознаваемы, их обнаруживают патолого-анатомы у детей с врожденным сифилисом на месте множественных гумм желудка. Туберкулезные язвы встречаются менее редко; при 28 аутопсиях туберкулезных детей от 1 месяца до 2-х лет туберкулезная язва желудка найдена, например, в 3-х случаях (Арлуэн). Диагностика очень трудна и часто клинические признаки язвы маскируются общими явлениями туберкулеза. Язва двенадцатиперстной кишки у грудных детей по Марфану встречается даже чаще, чем в другие периоды жизни. Язва наблюдается главным образом при мелене новорожденных и атрофиях. Из 100 сл. мелены у 40 детей найдена язва двенадцатиперстной кишки, которая чаще всего локализуется около *papilla Vateri*. У детей, перенесших мелену, язва может быть обнаружена на первом месяце жизни и даже позднее. Язва может протекать латентно, с симптомами, очень не отчетливыми. Диагноз устанавливается тогда только при наличии кровавой рвоты и мелены. Рентгенологическое исследование является очень трудным, однако все же иногда возможно выявление прямого симптома ниши. Такой случай описан Блехманом у 8-месячного ребенка.

Все вышесказанное относится к раннему периоду детства, в отношении дошкольного и школьного возраста мы, при современном развитии педиатрии и детской рентгенологии, имеем совсем иную картину. Надо отметить, что гастроэнтерология ребенка, особенно в свете рентгенологического исследования, мало изучена и мало известна широкому кругу педиатров и поэтому мы считаем своевременным уделить этому отделу патологии ребенка серьезное вни-

мание. Патолого-анатомический и хирургический материал и изучение клинической картины определенно указывают, что у детей встречается настоящая язвенная болезнь с длительным хроническим течением, характерной периодичностью и влиянием на весь организм ребенка.

Современная клиника рассматривает язвенную болезнь как общее заболевание организма с местными проявлениями на слизистой желудка или кишечника. Язвенная болезнь есть полиэтиологическое заболевание и установить отдельные компоненты, лежащие в основе его, чрезвычайно трудно. Для возникновения патологических изменений в желудке большое значение имеет почва и, в первую очередь, состояние нервно-эндокринного аппарата.

Наши наблюдения охватывают 15 сл. язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей в возрасте от 7-ми до 14-ти лет. Систематическое наблюдение, с учетом отдаленных результатов, позволило нам разделить наш материал на 4 группы: 1) острые рецидивирующие язвы, 2) хронические язвы, 3) осложненные язвы и 4) атипические формы язвенной болезни.

Клиника язвенной болезни у детей в основном та же, что и у взрослых. У большинства из наших больных мы имели типичный анамнез: постепенное развитие заболевания с одновременным нарастанием интенсивности болевых симптомов и последующей периодичностью течения болезни. В большинстве случаев мы встречали боли, связанные с приемом пищи, ранние, поздние, ночные и голодные боли, в зависимости от локализации язвы и степени сопровождающего язвы гастрита. Нередко наблюдались диспептические явления—изжога, отрыжка, тошнота, рвота, после которой большинство детей отмечало облегчение болей. Неустойчивый стул имел место в отдельных случаях, но чаще были запоры.

Объективные симптомы, в основном следующие: боли при пальпации, чаще всего в подложечной области и в правом подреберьи, наличие *defense musculaire*, а при выраженном перигастрите и перидуодените отмечалась разлитая болезненность во всей верхней половине живота.

Кровотечение на нашем материале мы наблюдали всего в двух случаях. Скрытая кровь в кале и в желудочном содержимом нередко отсутствовала даже в острых стадиях заболевания. Необходимо отметить, что диагностическое значение скрытого кровотечения относительно, так как не подлежит сомнению, что далеко не все случаи язвенной болезни дают положительную реакцию на скрытую кровь. Мы имели отчетливую реакцию Вебера только в двух случаях, причем у одного из больных незадолго до поступления в клинику было желудочное кровотечение, сопровождавшееся дегтеобразным стулом.

Повышение температуры, которое мы наблюдали в ряде случаев, имеет место главным образом в остром периоде язвенной болезни и носит субфебрильный характер. Это явление, по видимому, надо отнести за счет участия в болезненном процессе брюшины—перигастрит, перидуоденит, присоединившийся перихолецистит (Флекель). На повышение температуры влияет также интенсивность сопутствующего воспаления самой слизистой желудка или кишки.

При исследовании секреторной деятельности желудка у наших больных почти во всех случаях язвенной болезни желудка или

двенадцатиперстной кишки отмечена была гиперсекреция, как при исследовании натощак (до 180 см³), так и после завтрака. Повышенную кислотность мы наблюдали в 10 сл. из 15, причем в одном случае общая кислотность достигала 210. Надо отметить, что гиперсекреция не всегда сопровождалась повышенной кислотностью; в одном случае с резко повышенной секрецией общая кислотность была 34, свободная соляная кислота—11, в другом—общая кислотность оказалась 40, свободная соляная кислота 15. Соотношение плотного и жидкого остатка чаще всего было 1:3 или 1:4; в отдельных случаях 1:6. Типичная лестничная кривая кислотности, столь характерная для язвенной болезни у взрослых, отмечена только в трех случаях. Чаще всего через 30—45 минут мы получали наивысшую кислотность, которая с небольшими колебаниями держалась до полутора часов, а затем давала снижение. Иногда однократное исследование желудочного содержимого правильного представления о состоянии секреции не давало, так как, повидимому, имеют влияние психогенные факторы; поэтому выводы правильнее делать после повторного зондирования.

Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки является важнейшей и неотъемлемой частью общего клинического обследования при язвенной болезни, оно дает особенно ценные результаты с применением модернизированной методики, которая в основном заключается в следующем: 1) исследование желудка следует проводить в „сухом“ его состоянии, для чего необходимо предварительно удалить зондом содержимое желудка под контролем рентгеновского экрана, 2) в качестве контрастного вещества применяется жидкая водная взвесь серно-кислого бария из расчета 50—75,0 бария на 75 см³ воды для детей в возрасте 7—12 лет и 100,0 бария на 100 см³ воды для детей старше 12 лет, 3) контрастная взвесь дается небольшими порциями и пальпацией распределяется тонким слоем по слизистой желудка. Проводится детальное обследование рельефа слизистой всех отделов желудка, при этом больной поворачивается вокруг вертикальной оси во все стороны для обозрения передней и задней стенок желудка. При исследовании рельефа слизистой у детей следует особо осторожно проводить пальпацию во избежание раздражения желудка. После распределения контрастной взвеси по желудку рекомендуется, для лучшего получения складок слизистой, пальпировать двумя руками, расположенными вне тени желудка, растягивая при этом кожу над желудком при одновременном небольшом надавливании. При такой методике исследования получается равномерная дозированная компрессия и хорошо выявляются складки слизистой. Тщательно, участок за участком, исследуется рельеф слизистой, изучается калибр складок и их направление.

Рекомендуется, используя первоначально данную небольшую порцию взвеси, исследовать так же детально и двенадцатиперстную кишку, обращая особое внимание на ее начальный отдел, т. е. *bulbus duodeni* (b. d.), осматривая последний в сагитальном, во втором и первом косых положениях, а также и в боковом.

При наличии замедления или задержки эвакуации, мы обычно не применяем выдавливания контрастной взвеси из желудка в двенадцатиперстную кишку, а выжидаем, уложив больного на правый бок. В большинстве случаев, при которых не имеется органического стеноза выходного отдела желудка, мы в дальнейшем получаем хоро-

шее заполнение двенадцатиперстной кишки. 4) Применение прицельных снимков с дозированной компрессией облегчает выявление прямого симптома язвенной болезни—ниши и изменений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Для динамического изучения язвенной болезни с точки зрения современной рентгенологии нельзя ограничиться только указанием на наличие и локализацию язвы, а необходимо детальное всестороннее изучение рельефа слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Прямым рентгеновским признаком язвы является симптом ниши и сопутствующие ему изменения рельефа слизистой. В результате воспалительного отека слизистой и подслизистой и спастического сокращения мышечной оболочки слизистой, над поверхностью язвы выступает слизистая в виде вала—это так называемая лябильная часть язвенного вала. При хроническом течении язвенного процесса в образовании язвенного вала принимает участие рубцовая соединительная ткань—так называемая стабильная часть язвенного вала. При рентгенологическом исследовании лябильная часть вала играет важную роль в образовании симптома ниши. Может оказаться, что явление спазма или отека настолько значительно, что слизистая прикрывает кратер язвы и тогда мы не получаем симптома ниши; значение однократного исследования при отрицательном результате поэтому всегда относительное. Вследствие исчезновения явлений спазма мышечной оболочки слизистой, ниша может быть, в свою очередь, не найдена при последующем наблюдении. В одинаковой мере это относится и к величине ниши, которая в течение короткого времени может быть то меньшей, то большей. Динамика в рентгеновской картине этого прямого симптома язвенной болезни дает нам, таким образом, возможность отличить стабильную и лябильную части язвенного вала.

Изменение хода складок слизистой вокруг язвы, т. е. деформация рельефа также имеет огромное значение при динамическом изучении язвенного процесса, так как воспалительные и функциональные изменения и различные деформации рельефа слизистой могут оставаться и после исчезновения ниши и могут иметь решающее значение в оценке течения язвенной болезни и результатов терапии.

По рентгенологической статистике большинство авторов (Фанарджян, Альбрехт, Вильки, Киркланд и др.) на материале взрослых отмечают, что язвы двенадцатиперстной кишки встречаются в 5—6 раз чаще чем язвы желудка. Язва желудка по Альбрехту имеет следующую локализацию: в облас и кардии—1,8%, по малой кривизне—52,6%, на задней стенке—17,5%, в пилорической области—24,6% и по большой кривизне—3,5%.

Наш материал распределяется следующим образом: язва пилорической области—4 сл., язва двенадцатиперстной кишки—9 сл., множественные язвы—2 сл., из них 1 сл. на малой кривизне и в двенадцатиперстной кишке и 1 сл. в кардиальном отделе желудка и в двенадцатиперстной кишке. Следовательно, на нашем материале язвы у детей локализуются преимущественно в пилородуоденальном отделе.

К первой группе с острой рецидивирующей язвой при типичной клинической и рентгенологической картинах относятся 4 больных, из них 2 с локализацией язвы в пилорической области и 2 сл. с яз-

вой двенадцатиперстной кишки. Приводим один из случаев данной группы.

С-ва Н., 10 лет (история болезни № 124 и 799). Болея около 10 месяцев. Вначале появились боли в подложечной области вскоре после еды, боли носили периодический характер, появляясь на 10—15 дней, с последующим свободным промежутком в 1—2 месяца. П последние 2 месяца боли не прекращаются; они стали интенсивнее, присоединились рвота, а за последние дни рвота наступает почти после каждой еды через 10—60 минут. Рвотные массы, а последний месяц, четыре раза были окрашены в коричневый цвет и в них имелись прожилки крови. Отмечается головокружение, общая слабость и исхудание. Худенькая бедная девочка, температуры с фебрильная. В клинике те же жалобы, рвота ежедневно через 30—40 минут после еды, рвота дает облегчение болей. Живот несколько вздут, defense в правой подреберной области, выраженная разлитая болезненность. Резко выраженный симптом Менделя. Исследование желудочного сока после завтрака Бюас-Эвальда: общая кислотность 210, свободная соляная кислота 45. Реакция на скрытую кровь в кале отрицательна.

Рентгенологическое исследование: деформация рельефа слизистой с утолщением складок, более выраженная в антральном отделе. По малой кривизне пилорического отдела видна небольших размеров ниша с локализованной болезненностью при давлении над ней. Глубокая перистальтика. Эвакуация нормальна. В. d. деформирован, медиальный recessus его вытянут и заострен. Контуры по малой кривизне нечеткие. Через 20 дней картина такая же. В клинике 6-ная пробывала два месяца; боли и рвота почти прекратились через 5—6 недель. Исследование желудочного сока: общая кислотность 28, свободная соляная кислота 10.

Рентгенологическое исследование через 2 месяца: тонус желудка повышен, глубокая перистальтика. Изменения со стороны рельефа слизистой значительно уменьшились. Контуры по малой кривизне антрального отдела неровные. Ниши не определяются. Небольшое увеличение размеров v. d., контуры кот рога нечеткие.

Через 4 месяца 6-ная вновь поступает в клинику с жалобами, что две недели тому назад опять появились боли, рвота и отрыжка. Понижение кислотности. Реакция Вебера отрицательна.

Рентгенологическое исследование через 4 месяца: живая перистальтика, незначительное утолщение складок слизистой. В остальном желудок и двенадцатиперстная кишка без изменений.

Через 2 недели все явления стихли и больная выписана в диспансаторий.

Данный случай является типичным примером рецидивирующего течения язвенной болезни. Рентгенологически, при динамическом наблюдении, эта язва пилорического отдела через 2 месяца исчезла, но явления сопутствующего гастрита и дуоденита еще не ликвидировались полностью. Через 4 месяца, несмотря на клинические признаки обострения, рентгенологического симптома ниши также не обнаружено.

Рентгенодиагностика язв пилорического отдела, особенно у детей, представляет значительные трудности. Язвы эти обычно меньше, чем при другой локализации и окружены значительным отеком слизистой, вследствие чего они часто просматриваются при рентгенологическом исследовании. Рейнберг С. А., Фанарджян, Шлифер, Хаудек, Берг и др. отмечают особые трудности выявления ниши антрального отдела. Исследование рельефа слизистой небольшими количествами контрастной взвеси, тщательная пальпация и прицеленные снимки облегчают диагностику язв пилорической области.

К второй группе хронически протекающих язв относятся случаи, дающие клиническое улучшение, но без исчезновения симптома ниши, а также случаи, не дающие лечебного эффекта ни клинически, ни рентгенологически. В этой группе мы имеем четырех больных: 1 с язвой в пилорическом отделе, 2 с язвой двенадцатиперстной кишки и 1 случай с множественными язвами (кардиальный отдел + двенадцатиперстная кишка). Приводим один случай:

П-в В., 12-ти лет (история болезни № 28), болен второй год. Типичный анамнез язвенного больного—периодичность течения, интенсивность болей прогрессирует.

Боли после еды, но за последнее время боли в подложечной области и в правой части живота почти не проходят и резко усиливаются после еды через 15—20 минут. Иногда резкие ночные боли, тошнота и изжога. Мальчик удовлетворительного питания. Резкая болезненность при пальпации в подложечной области и справа ниже реберной дуги на 2—3 см. Там же ясный *defense musculaire*. Температура субфебрильная. Исследование желудочного содержимого после завтрака Боас-Эвальда—общая кислотность 8°, свободная соляная кислота 1/5. Хромоскопия 6 минут. Рентгенологическое исследование на 7-й день пребывания в клинике, при еще резко выраженном язвенном клиническом симптомокомплексе: значительное утолщение складок слизистой желудка и b. d. Контуры b. d. нечеткие. На 15-й день пребывания в клинике болей после приема пищи не наблюдается. При пальпации резкая болезненность.

Рентгенологическое исследование: утолщение складок слизистой с деформацией рельефа в верхней трети желудка, где по малой кривизне, ближе к задней стенке, определяется ниша с локализованной болезненностью. Эвакуация быстрая. Перистальтика живая. В. d. треугольной формы с утолщенными складками слизистой и небольшой нишей на большой кривизне ближе к передней стенке.

Через 1 месяц 10 дней все субъективные явления исчезли. Легкая болезненность при пальпации. Общее состояние хорошее. Прибыл в весе на 2,5 кг. Рентгенологическое исследование через месяц 10 дней: деформация рельефа слизистой с утолщением складок и нишей по малой кривизне верхней трети желудка. Эвакуация быстрая, b. d. неправильной формы с утолщением складок слизистой и нишей по большой кривизне. Локализованная болезненность. Выписан домой с хорошим клиническим эффектом. Через 4 месяца чувствует себя здоровым. Все это время питался в диетстоловой.

Рентгенологическое исследование через 4 месяца: отмечается менее выраженное утолщение складок, но ниша как по малой кривизне желудка, так и по большой кривизне b. d. стойко держится. Эвакуация быстрая.

Данный случай является иллюстрацией неблагоприятного течения язвенного процесса при наличии хорошего клинического эффекта. Этот случай многого успеха терапии еще лишней раз подчеркивает значение повторного рентгенологического исследования и как надо быть осторожным при оценке течения язвенной болезни. Рентгенологически этот больной представляет значительный интерес с точки зрения множественности язвы—одновременного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки. У взрослых эти случаи не так редки, они встречаются в 10—12% (Мейо, Грубер), но по данным литературы о язвенной болезни у детей, правда очень скудной, подобные случаи не часты. Кроме того, наблюдение этого больного дает возможность выявить так называемую парадоксальную динамику. Подобные больные в остром периоде могут не давать симптома ниши (Рейнберг, Густерин), что мы имели и в нашем случае, вследствие резкого спазма вокруг язвы и сильного отека окружающих отделов. Только через некоторое время после уменьшения болей и воспалительной реакции ниша выявляется вполне отчетливо. Подобное явление чаще наблюдается при язвах препилорического и пилорического отделов, но, как и в данном случае, это может иметь место и в прочих отделах желудка. Иногда размеры ниши меняются от тех же причин и в таких случаях увеличение ниши было бы неправильно считать за неблагоприятный признак, наоборот, мы расцениваем этот симптом как благоприятный, т. е. как доказательство, что процесс хорошо реагирует на терапевтические мероприятия. Из этого же примера явствует, как глубоко ошибочны могут быть заключения при однократном рентгенологическом исследовании.

К-на Р., 12 лет (история болезни № 1453). Считает себя больной около двух лет. Время от времени появляются боли в подложечной области после еды и тошнота. В течение последнего месяца боли резко усилились, особенно ночью, несколько раз была рвота. Общее состояние неудовлетворительное. Девочка с пониженным питанием. Разлитая болезненность в области желудка и всей правой половины живота.

Незначительный *defense* в эпигастрии и несколько отступя вправо. Исследование желудочного содержимого: общая кислотность 7, свободная соляная кислота 52. Реакция Вебера отрицательная. Рентгенологическое исследование: утолщение складок слизистой, более выраженное в антральном отделе, где рельеф слизистой деформирован. Перистальтика неглубокая. Желудок расширен, умеренно гипотоничен. По малой кривизне препилорического отдела неровные контуры. Эвакуация наступает с запазданием. В. d. деформирован с утолщением складок слизистой и нишей по малой кривизне ближе к задней стенке. Локализованная болезненность. Через 3 недели пребывания в клинике жалоб нет. При пальпации незначительная чувствительность в подложечной области. Хороший аппетит. При повторных рентгенологических исследованиях та же картина. Девочка выписана домой в хорошем состоянии. Прибавила в весе 3 кг. Жалоб нет. Через каждые 1,5—2 месяца при рентгенологических исследованиях определялась та же картина. Клинически здорова. При рентгенологическом исследовании через 1 месяцев ниши по малой кривизне в. d. не обнаружены. Привратник притянут к малой кривизне, которая поверхностно деформирована. Клинически никаких жалоб. Через 3 месяца после исчезновения ниши у девочки появились вновь боли после еды и по ночам, два раза была рвота. При пальпации болезненность справа от средней линии около пупка. Рентгенологическое исследование: на малой кривизне в. d. вновь обнаружена ниша. Рельеф слизистой желудка и в. d. деформирован.

Этот случай является примером хронически протекающей язвенной болезни и имеет ту особенность, что симптом ниши, исчезнув, появляется вновь на том же месте. Шлифер, Густерин и др. полагают, что с исчезновением отека и спастических явлений вокруг язвы наступает регенеративный процесс в отделах, которые окружают язву, причем язва частично заживает, но без образования стойкого соединительно-тканного рубца; это — так называемая частично эпителизованная язва по Шлиферу. При наступающем обострении язвенного процесса и с дальнейшим ухудшением его вновь выявляется ниша.

К третьей группе — осложненной язвенной болезни — относятся четыре случая, из них три случая со стенозом привратника и один случай с профузным кровотечением.

С-ов Б., 9 лет (история болезни № 491). Ребенок болен с 4-х лет. Отмечает перидические боли в правом подреберьи, иногда очень резкие. Уже около года почти постоянные голодные и ночные боли. Рвота несколько раз в день, нередко — рвота натощак. По утру — рвотные массы с резко кислым запахом, обильные. За последнее время очень исхудал. Бледный, резко истощенный ребенок, он физически заметно отстает от детей своего возраста. Лимфатический аппарат гиперплазирован. В легких явления бронхита. Живот увеличен, расхождение прямых мышц живота. Печень увеличена на 5 см. Разлитая болезненность в верхней части живота. После пальпации отчетливо видны перистальтика в подложечной области с направлением сверху вправо и вниз. Количество получаемого желудочного содержимого натощак около 200 см³ с остатками пищи, съеденной накануне. После завтрака Боас-Эвальда: общая кислотность 40, свободная соляная кислота 15. Ежедневно рвоты 3—4 раза в день вскоре после еды. Аппетит понижен.

Рентгенологическое исследование: определяется натощак большое количество жидкости. После откачивания тонус желудка повышается. Складки слизистой утолщены. Желудок эктазирован, нижний полюс на 6 см. ниже гребешковой линии. Перистальтика глубокая, сегментирующего характера. Временами антиперистальтика. Контур пилорического отдела неровные, привратник расположен эксцентрично, он сужен и удлинен. Резкое замедление эвакуации. Значительная деформация в. d. По большой кривизне, ближе к передней стенке, ниша с локализованной болезненностью. Через 2 часа в желудке значительный остаток. Желудок имеет форму чашки.

За время пребывания в клинике продолжительность более месяца, клинически — почти никакого улучшения. Неоднократные повторные рентгенологические исследования определяют такую же картину, как и при поступлении.

Означенный случай является типичным для язвы в. d. с рубцовыми изменениями и стенозом. В пользу этого говорит также стеноз перистальтика и временами наблюдаемая антиперистальтика. Эктазия желудка и низкое расположение его указывают на частич-

ную декомпенсацию мышечного слоя. К стенозу могут вести различные болезненные процессы в препилорической части и в самом пилорическом канале, а также в луковице двенадцатиперстной кишки. Причиной органического стеноза являются чаще всего воспалительные явления или рубцовые изменения на почве язвенной болезни. Длительный пилороспазм при язвенной болезни может привести к почти такой же рентгеновской картине. В некоторых случаях неполных стенозов появляется сильная гиперсекреция с болями и рвотой. В наших случаях стеноза мы имели этот синдром у троих больных из четырех.

Приводим краткое содержание истории болезни Л-ва, 13 лет (история болезни № 1021 и 1465) с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнившейся кровотечением.

Мальчик болен 7-й месяц. Полгода тому назад внезапно появился приступ сильных болей в верхней части живота; кровавая рвота и черный кал. Повышение температуры до 38. Больной был помещен в участковую больницу, где он пробыл две недели. Все упомянутые явления прошли и он был выписан в удовлетворительном состоянии. В течение 5 месяцев был здоров. Иногда небольшие боли в подложечной области. За две недели до поступления в клинику у него вновь появились сильные боли, тошнота, а затем рвота. Рвотные массы имели вид кофейной гущи и стул черного цвета. Резкая бледность, зострившиеся черты лица, вялый. Температура су фебрильная. Живот напряжен, в верхней части небольшая болезненность над пупком. Рвоты нет. Стул окрашен нормально. Аппетит сохранен. На 10-е сутки после поступления в клинику, общее состояние хорошее, жалоб нет, небольшая чувствительность при пальпации в эпигастральной области. Реакция Вебера отрицательная.

Рентгенологическое исследование: утолщение складок слизистой, перистальтика живая, эвакуация замедлена, b. d. деформирован, с утолщенными складками слизистой. Через несколько дней повторная рентгеноскопия. Рельеф слизистой деформирован, складки утолщены. По малой кривизне в верхней трети желудка небольшая ниша с локализованной болезненностью. Перистальтика живая. Смещаемость свободная. Пилорический отдел деформирован. Эвакуация замедлена, b. d. небольших размеров, неправильной формы с небольшой нишей по малой кривизне, ближе к задней стенке, и локализованная болезненность.

Этот случай, помимо того, что он является примером сравнительно редко встречающегося у детей массивного кровотечения, как осложнения язвенной болезни, представляет некоторый интерес с точки зрения рентгенодиагностики в том отношении, что, как обычно это и бывает, рентгенологически вскоре после кровотечения прямой симптом язвенной болезни—ниша—не выявляется; это может быть объяснено как закрытием язвенного дефекта тромбом, так и уплощением язвы вследствие исчезновения отека.

Этот же больной через 10 месяцев поступил вновь в клинику с профузным кровотечением в крайне тяжелом состоянии. Несмотря на пятикратное переливание крови, консервативное лечение не дало результатов и мальчик был переведен в хирургическую клинику, где при оперативном вмешательстве была обнаружена кровоточащая язва двенадцатиперстной кишки. В данном случае сочетание двух язв проявилось не одновременно, а последовательно на протяжении некоторого времени.

К четвертой группе относятся случаи атипически протекающей язвенной болезни; все три случая касаются язвы двенадцатиперстной кишки. Приводим краткую историю болезни.

Р-ко Е., 7 лет (история болезни № 67). В течение последнего времени появились приступы болей, не связанные с приемом пищи, которые длятся 10—15 минут, заставляя ребенка ложиться. Аппетит понижен, иногда тошнота. В анамнезе желтуха месяц тому назад, быстро исчезнувшая. Девочка пониженного питания. Живот мягкий, безболезненный. Небольшая чувствительность в области печени. Исследование желудочного содержимого: общая кислотность 92, свободная соляная кислота 58.

Дуоденальное зондирование не дало патологических элементов во всех трех порциях.

Рентгенологическое исследование: умеренно гипотоничный желудок. Небольшое утолщение складок слизистой в антральном отделе. Сужение и деформация пилорического отдела. Эвакуация замедлена. В. д. небольших размеров с вытянутым медиальным recessus'ом и неровными контурами по малой кривизне. Пилородуоденальный отдел подтянут к малой кривизне, смещаемость ограничена, умеренная болезненность.

Этот случай по анамнезу и течению (желтуха, схваткообразные боли) вполне мог бы трактоваться как холецистит, но отрицательные данные дуоденального зондирования заставили нас заподозрить атипично протекающую язвенную болезнь, и рентгенологическое исследование дало возможность подтвердить наличие язвенного процесса в двенадцатиперстной кишке.

Некоторые случаи язвенной болезни проявляются кратковременными приступами болей, с длительными промежутками между ними. Это позволяет расширить показание к рентгенологическому исследованию желудка для выявления атипических форм язвенного заболевания.

Повторная рентгеноскопия не дает симптома ниши. Рентгенологически дифференциальный диагноз пилородуоденита и язвы представляет также ряд трудностей. Мак Керти считает, что при дуодените имеется такая же картина, как и при язве. Карклин находил, что при дуоденитах наблюдается быстрый переход контрастной массы, и наблюдаемые деформации часто и легко варьируют в течение одного исследования и вообще носят нестойкий характер. Губергриц при дуодените находит луковицу двенадцатиперстной кишки малой, деформированной, деформация образует глубокую зубчатость, края ее менее резко очерчены, чем при язве. Контрастная взвесь чрезвычайно быстро, подчас молниеносно, проходит через двенадцатиперстную кишку. В других случаях дуоденит характеризуется гипотонией синуса желудка при гипертонии пилорического отдела. Описанное сочетание деформации луковицы с быстрой эвакуацией на всем протяжении двенадцатиперстной кишки и явления дистонии являются характерной особенностью при дуодените. Повидимому здесь дело идет не о двух различных заболеваниях, как это принято считать, а лишь о двух различных проявлениях единого по существу процесса.

При хроническом гастрите нехарактерная клиническая картина заставила заподозрить язвенную болезнь, и если в таких случаях между утолщенными складками слизистой задерживаются комочки бария, то это может симулировать симптом ниши (Ротермель). Иногда пересечение складок передней и задней стенок желудка при гастрите может служить причиной ошибочного диагноза язвы. Тщательная пальпация и исследование в различных косых положениях выясняет действительную картину.

Выводы. 1. Язвенная болезнь у детей не является редким заболеванием. 2. Язва у детей чаще локализуется в пилородуоденальном отделе. 3. Язвенная болезнь у детей сопровождается гастритом и дуоденитом. 4. Клинико-рентгенологическая диагностика язв у детей дошкольного и школьного возраста не представляет больших трудностей и возможна в таком же объеме как и у взрослых. 5. Язвенная болезнь у ребенка дает рецидивы и протекает хронически. 6. Множественные язвы наблюдаются у детей не реже, чем у взрослых.

Поступила 16.VII 1939,