

Из 1-ой Терапевтической клиники Государственного центрального института усовершенствования врачей (Директор проф. Р. А. Лурия). (Московская Городская больница имени д-ра С. П. Боткина.—Главврач Б. А. Шимелиович).

## К вопросу о патогенезе язвы желудка.

Доцент Я. И. Дайховский и аспирант М. Г. Соловей.

Вопрос о патогенезе язвы желудка, несмотря на тщательное изучение его, особенно в течение последних двух десятилетий, до сих пор не может считаться решенным. Существующие теории происхождения язвы желудка, которые в основном, как известно, сводятся к функциональной сосудистой теории (v. Bergmann, Hauser), к теории пептического происхождения язвы (Aschoff, Büchner) и к воспалительной теории (Konjetzny) конкурируют между собою; каждая из них имеет своих сторонников, но ни одна из них до настоящего времени не является общепризнанной в качестве единственной теории происхождения язвы.

Только в самые последние годы, благодаря успехам рентгено-диагностики желудка с применением метода рельефа и благодаря гастроскопии, удалось глубже изучить процессы разыгрывающиеся в желудке, и точнее выяснить роль и значение язвы желудка и ее отношение к другим заболеваниям этого органа, в частности к гастриту, и вместе с тем удалось значительно продвинуть вперед наши знания в области патогенеза и диагностики заболеваний желудка.

Указания относительно того, что язва и гастрит встречаются одновременно, мы находим уже у старых авторов—Broussais, Abercrombie, Cruveilhier, Rokitanisky, Förster и др. В последнее же время на это указывают Hauser, Ewald, Hayem, Boas, Korczynski и Jaworski, Nauwerck, Strauss и Meyer и др. Nauwerck, первый, в 1897 году указал на причинную связь между гастритом и образованием язвы и им была впервые описана клиническая картина так называемого „gastritis chronica ulcerosa“. Эту связь между гастритом и язвой желудка Nauwerck мог доказать на желудке 60-летней женщины, которая умерла от перитонита. На вскрытии был обнаружен желудок характера песочных часов на почве рубцовой язвы передней стенки его. И тут же имелся далеко простиравшийся, хронический гастрит с большим количеством круглых язв, которые обнаруживали различные степени развития и постепенные переходы. По мнению Hauser'a, в данном случае речь должна идти об обычной связи между язвой желудка и хроническим гастритом, и что последний лишь вторично просоединился к старой язве, которая в свою очередь привела желудок к форме песочных часов. Кроме Hauser'a, указания на то, что хроническая язва желудка сопровождается гастритом и что этот гастрит следует рассматривать, как вторичное явление, мы находим у ряда других авторов—Rokitanisky, v. Leube, Faber, Redwitz и др. Konjetzny и Kalina установили при язве желудка наличие более или менее выраженного гастрита в 100% случаев. Judd и Nagel подчеркивают тесную зависимость между дуоденитом и хронической язвой 12-перстной кишки. Mathieu и Moutier, указывая на значительную роль гастрита в возникновении язвы желудка, подчеркивают те трудности, которые возникают при решении вопроса о первичном или вторичном характере этого гастрита. Как бы там ни было, но в настоящее время нет, очевидно, никаких сомнений в том, что гастрит следует рассматривать как чрезвычайно частое явление при язве желудка; мало того, данные гастроскопии устанавливают появление и исчезновение язвенного процесса на почве имеющегося гастрита.

Применение в клинике новейших методов исследования желудка, которые обеспечили успех диагностики в этой области, ни в коей мере не

умалает ценности обычных наших клинических методов исследования; наоборот, они лишней раз подтверждают, что и клинические методы исследования, при правильном и умелом пользовании ими, дают возможность не только правильно диагностировать заболевание желудка, но и устанавливать отдельные этапы и проследить всю динамику развития процесса. И действительно, тщательное изучение клинического материала всеми доступными нам методами исследования показало, что во всех почти случаях язвы желудка и 12-перстной кишки можно наблюдать наличие гастрита и говорить, следовательно, в клинике об одновременном существовании язвы желудка и гастрита; при чём, в ряде случаев удается с несомненностью проследить развитие язвы из гастрита, точно также как в другом ряде случаев приходится считать, что гастрит присоединился к язве желудка и является, следовательно, лишь сопутствующим процессом, но в том и другом случае гастрит имеется налицо и играет, очевидно, существенную роль в возникновении, развития, а главное, в течении язвенного процесса желудка. Это обстоятельство тем более заслуживает внимания, что, как известно, K o n j e t z n y рассматривает гастрит и дуоденит как анатомическую основу тех клинических явлений, которые наблюдаются при язвенном страдании, и относит самое существенное в жалобах язвенных больных за счет гастрита и дуоденита, которые так часто сопутствуют язве желудка и 12-перстной кишки. Правильность этой точки зрения подтверждается отчасти теми многочисленными литературными данными, которые показывают, как часто при типичных явлениях язвы желудка у оперированных по этому поводу больных на операции ничего, кроме гастрита и дуоденита, не находили (Bohmansson, Bouchut и Ravault, Doberer, Faber, Finsterer, v. Haberer, Neugebauer, Orator, Puhl, Pribram и другие).

Разработанный нами клинический материал показывает, что все случаи язвы желудка могут быть в клинике, с точки зрения патогенетической, разделены на следующие 3 группы: 1) случаи язвы желудка и 12-перстной кишки, которые развиваются из предшествующего гастрита, resp. дуоденита, 2) случаи язвы желудка и 12-перстной кишки, которые возникают самостоятельно, но протекают совместно с гастритом, и где последний носит характер Begleitsgastritis, обуславливая хроничность течения язвы и, наконец, 3) случаи язвы желудка и 12-перстной кишки, которые протекают долгое время латентно, и *только случайно присоединившийся гастрит манифестирует их.*

Для иллюстрации этих групп, мы позволим себе привести отдельные истории болезни из нашего материала.

Первую группу больных, у которых язва желудка развивается из предшествующего гастрита, иллюстрируют следующие 3 истории болезни:

*Случай № 1.* Б-ной Пр-ский, 23 л., служащий, поступил в клинику в мае 1933 г. В течение 5-ти лет бывали изжоги и тошнота, особенно после грубой пищи. Б-ной мало обращал внимания и изредка лечился амбулаторно. Спустя 3 года стали появляться боли в подложечной области через 1—2 ч. после еды. Б-ной был помещен в отделение экспертизы при больнице им. Семашко, где он в течение 15-ти дней был обследован и выписан с диагнозом *кислого гастрита*. Боли продолжались и, с течением времени, приобрели периодический характер, обостряясь особенно весной и осенью; появились ночные боли и боли натощак, которые успокаивались после приема пищи на короткое время. Изжоги, тошнота и слюнотечение;

лечился все время амбулаторно. За месяц до поступления в клинику боли и изжоги усилились и однажды во время дефекации у него закружилась голова, больной упал в обморок и в связи с этим, был доставлен в клинику. Объективно: слегка обложенный язык; живот мягкий, пальпация подложечной области болезненна; болезненность в области duodeni. Печень и селезенка не увеличены. Произведенное, спустя некоторое время, фракционное исследование желудочного содержимого обнаружило: общ. к. 12, 36, 36, 38, 38, 38, 42, 50, 56, 60, 60, слизи много. своб. HCl: 0, 10, 12, 20, 24, 24, 30, 36, 42, 46, 46,

Faeces: р. на sanguis повторно положительна. Рентгеноскопия (д-р Тарнопольская): желудок правильной формы и положения. Контуры желудка ровные. Грубые складки слизистой желудка. Перистальтика живая. Отшнуровывание привратника отчетливое, Bulbus duodeni больших размеров, деформирован; ниснеобразное выпячивание на передней стенке горизонтальной части duodeni. Болезненность в области bulbi duodeni и partis horiz. duodeni. Клинический диагноз: Gastritis. Duodenitis. Ulcus duodeni.

Перед нами прошла, следовательно, вся динамика развития процесса, начиная от легких диспептических расстройств, характерных для начального гастрита, через стадии выраженного гастрита, документированного обстоятельным обследованием больного в отделении экспертизы, до развития язвенного процесса с последующим кровотечением, установленного в дальнейшем нами при клиническом обследовании больного. Нет никакого сомнения в том, что в данном случае язва развилась из предшествующего гастрита. Повторная рентгеноскопия перед выпиской показала следующее: наличие ниши на передней стенке горизонтальной части duodeni не обнаруживается. Отмечается неровность и болезненность bulbi duodeni. Складки слизистой ее размыты.

Таким образом, на наших же глазах, в связи с проведенным лечением, ниша исчезла и остались лишь небольшие гастритические изменения и наш вчерашний язвенный больной вновь превратился в больного с гастритом, каким он был до возникновения язвы.

*Случай № 2.* Б-ной Г-бер, 36 лет, служащий. В 1923 г. стал отмечать у себя изжоги. Эти изжоги держались две недели и прекратились, после чего больший в течение года считал себя здоровым. Затем изжоги возобновились, и присоединилась боль в подложечной области, которая наступала через 2 1/2 часа после приема грубой пищи. Эти боли держались 3—4 недели и стихали. Изжога продолжалась все время, изредка бывала рвота горечью. Ежегодно, особенно весной, боли возобновлялись, а в 29 г. и в 30 г. боли приобрели постоянный характер. В 1930 году больной по поводу этих болей был подвергнут операции; произведена резекция желудка. Выписка из истории болезни гласит следующее: резецирована горизонтальная часть duodeni, pylorus, antrum pylori и преантральная часть (Billroth II). Гистологическое исследование резецированной ткани показало следующее: явления гастрита с остро-язвенным изменением с поверхности; одна из эрозий проникла на глубину 2/3 слизистой и сопровождалась остро-воспалительной реакцией под слизистой слоем. Диффузные инфильтраты в duodenum.

Итак, характер развития процесса и данные гистологического исследования резецированной части желудка не оставляют сомнения в том, что язва развилась в данном случае из гастрита, который впервые возник у нашего больного.

*Случай № 3.* Б-ной П-ов, А. А., 53 л., крестьянин. С детства много курит. Алкоголем сильно злоупотреблял. В клинику поступил 18/X 32 г. по поводу желудочного кровотечения. Считает себя больным 15 лет. Вначале беспокоили только изжога, кислая отрыжка после еды и чувство давления в подложечной области после приема грубой пищи. Изредка бывала рвота. Эти явления с течением времени все усиливались, и только за два года до поступления в клинику больной стал ощущать боль в подложечной области спустя 2—3 часа после еды, особенно после грубой пищи. Появились голодные и ночные боли. В течение последних 2-х лет отмечает также периодичность этих болей. Наконец, в связи с погрешностью в диете, у больного появилась тошнота и кровавая рвота, по поводу которой он и был доставлен в клинику. Больной предал Ulcuskuhr и спустя месяц был подвергнут рентгеновскому исследованию; последнее обнаружило следующее: улиткообразный желудок; малая кривизна значительно укорочена; грубый рельеф слизистой всего желудка, больше в выходной части. Смещаемость желудка ограничена. На малой кривизне проэцируется ниша, резко болезненная при пальпации. Диагноз—Gastritis. Perigastritis. Ulcus ventric. curvat. minoris. С точки зрения клини-

ческой оценки данного случая, сама собой напрашивается мысль о необходимости расчленить все течение болезни на два периода—первые 13 лет, где преобладали лишь диспептические расстройства и последние два года, когда отчетливо выступает картина язвенного страдания; эти два периода тесно связаны друг с другом. И если в первом периоде можно говорить лишь о гастрите, то во втором периоде речь несомненно должна идти о язве желудка, которая, по всей вероятности, развилась последовательно из предыдущего гастрита. Рентгеноскопия желудка устанавливает у нашего больного наличие обоих процессов—гастрита и язвы желудка—

Вторую группу больных, у которых язва желудка возникает независимо от гастрита, но в дальнейшем протекает совместно с гастритом, иллюстрируют следующие 3 истории болезни.

*Случай № 1.* Б-ной Д-мин, 34 лет, служащий. В течение 15 лет изжога, давление и боль в подложечной области после приемов пищи. Диететическое лечение облегчало боли. Светлых промежутков почти не отмечает. За последние месяцы боли и изжога после еды усилились, но бывали боли и до еды, и по ночам. Объективно: резко обложенный язык; болезненность в подложечной области и резкая болезненность в области duodeni. Желудочный сок: натощак добыто 270 куб. с большим количеством слизи; общ. кисл.—62, св. HCl 54; фракционное исследование желудочного содержимого: общ. к.: 20, 32, 86, 42, 46, 52

своб. HCl: 5, 24, 48, 38, 42, 44. Faeces: р. на скрытую кровь дала отрицательный результат при неоднократном исследовании. Рентген (д-р Тарнопольская): желудок нормотоничен с нерезко выраженной гипертрофией слизистой в выходной и ангулярной части желудка и вытнутыми складками тела желудка. Перистальтика обычная. Крупно-петлистая складчатость большой кривизны. Вялая перистолта. Хорошая подвижность желудка. Располагается крючком с нижним полюсом на 2 поперечных пальца ниже l. cristarum. Ампулла duodeni деформирована в типичной для язвы 12-перстной кишки форме (Аккерлунд'овский тип трилистника с конвергирующими к одной болезненной точке складками—рубец?). В косых положениях профиль ниши не отмечается. Диагноз—пилородуоденит и перидуоденит на почве язвы 12-перстной кишки.

В данном случае провести грань между язвой 12-перстной кишки и пилородуоденитом на протяжении 15 лет страдания больного не удается. Клинические и рентгенологические указания на наличие зарубцевавшегося ulcus'a duodeni и сопутствующего ему пилородуоденита и перидуоденита заставляют лишь констатировать одновременное существование язвы 12-перстной кишки и пилородуоденита и рассматривать последний как сопутствующий язве процесс и обуславливающий, очевидно, хроничность течения язвы.

*Случай № 2.* Б-ной Ш-кин, 33 л., рабочий-металлист. Поступил в клинику по поводу болей в подложечной области, иррадирующих в спину, слабости, головокружения и дегтеобразного стула. В 1928 г. впервые появились боли в подложечной области и изредка изжога. Боли были связаны с приемами пищи и наступали часа через 2—3 после еды; бывали также натощак и по ночам; по поводу этих болей ему была произведена в 1928 г. аппендектомия. Боли не прекратились. В 1929 г. была диагностирована язва желудка и больной лечился амбулаторно, при чем диететическое лечение ему приносило облегчение. В марте и апреле 1933 года melasa. Объективно при поступлении: язык чистый, небольшой defense в правой верхней половине живота и болезненность в этой области при пальпации. Резкая болезненность при пальпации 12-перстной кишки. Фракционное исследование желудочного содержимого: общ. к.: 32, 30, 22, 20, 50, 60, 66, 60, своб. HCl: 22, 20, 10, 10, 36, 50, 52, 48.

слизь. Faeces: при поступлении р. на sanguis резко положительная. Рентген (д-р Тарнопольская): желудок—гипотоничный крючок с вялой перистолтой и перистальтикой, грубой гипертрофией слизистой во всех отделах ее. Характер складок—беспорядочный. Интермедиарный слой значительных размеров. Ампулла 12-перстной кишки не сразу выполняется, деформирована в типичной для язвенного страдания форме. Через 1½ часа в желудке половина дачи бария. Диагноз—Periduodenitis на почве ulcus duodeni, gastritis.

И в данном случае клинически нет возможности разграничить язву 12-перстной кишки от того сопутствующего гастрита, который устанавливается клинически и рентгенологически. Здесь нет данных предполагать развитие язвы из гастрита.

это есть основание предполагать, что сопутствующий гастрит поддерживает хроничность этой язвы и, обостряя время от времени ее течение, привел к повторному кровотечению. Большой был подвергнут оперативному лечению. На операции обнаружена язва 12-перстной кишки в горизонтальной верхней части тотчас же за привратником. Произведена резекция желудка вместе с горизонтальной верхней частью 12-перстной кишки и наложен задний анастомоз. Произведенное исследование резецированной части (д-р Попова, С. Н.) обнаружила следующее: складки слизистой хорошо выражены, слизистая набухла, влажна, желтовато-розового цвета с отдельными розовыми мелкими расплывчатыми пятнышками; инъецирование сосудов, дефектов слизистой незаметно; в боковых отделах слизистая имеет шагреневый вид. Пилорическая складка без особых изменений. В начальной части 12-перстной кишки косо расположенное сквозное отверстие овальной формы с плотноватыми краями, спуск свесен, длиннее 4 см., поперечник 1,8 см. При микроскопическом исследовании желудка обнаружено: слизистая несколько отечна, инфильтрирована клетками различных типов: эозинофилами, лимфоидными полибластами. Железы без особых изменений. Изредка попадаются очень мелкие кровоизлияния. Рудиментарные фолликулы местами увеличены в количестве, гиперплазированы. В подслизистом слое расширение сосудов. Мышечный слой местами несколько отечен и инфильтрирован. В пределах язвы имеется некроз поверхностного слоя, инфильтрация глубже лежащего слоя эозинофилами, очагово-лимфоидными клетками. В подлежащих мышечных пучках значительное количество очагов из лимфоидных клеток.

*Случай № 3.* Б-ной О-пов, 55 л., бухгалтер. В течение 15-ти лет страдает болями в подложечной области, преимущественно натощак; боли успокаиваются через 15—20 минут после приема пищи. За последнее время боли стали носить постоянный характер; изжога, отрыжка пищей, изредка тошнота. Объективно: язык покрыт белым налетом; живот мягкий; при пальпации резкая болезненность на ограниченном участке в подложечной области, слева от средней линии; в этой области *défense muscul.* Печень выступает на полтора пальца из-под реберной дуги, селезенка не увеличена. Фракционное исследование желудочного содержимого: общ. к. : 28, 30, 40, 56, 60, 70, 80

своб. HCl : 20, 24, 36, 48, 52, 62, 68. Faeces: повторное исследование на скрытую кровь дало отрицательный результат. Рентген (д-р Тарнопольская): желудок с выраженным межугочным слоем и вертикально протекающими складками в области *angulus'a* и выходной части желудка; на малой кривизне у *angulus'a* проэцируется болезненная тень ниши, к которой эти складки имеют направление. Амбулла 12-перстной кишки небольших размеров (сморщена) и болезненна; контраст свободно переходит в тонкие кишки. Диагноз: *Ulcus ventric. curvat. minoris. Pyloroduodenitis et periduodenitis* на почве *ulcus duodeni*.

В данном случае процесс тянется на протяжении 15 л., и мы являемся свидетелями рубцового заживления одной язвы и возникновения другой; мы являемся свидетелями сопутствующего гастрита на всем протяжении процесса, но ограничить в течении заболевания язву желудка от гастрита и в данном случае не представляется возможным; оба процесса идут вместе, влияя друг на друга; можно лишь предположить, что сопутствующий гастрит, обостряясь время от времени, обуславливает хроничность течения язвы у нашего больного.

Для иллюстрации 3-тней группы больных с латентно протекающей язвой желудка могут быть приведены следующие случаи:

*Случай № 1.* Б-ной К-ов, С. Н., 54 л., экономист. Поступил 9/IX—33 г. по поводу сильных болей в подложечной области, которые у него наступают спустя 30—40 минут после приема пищи; на высоте болей изредка появляется рвота, после которой боли стихают; изжога и отрыжка. Считает себя больным *всего один месяц*. Больной был рентгенирован и обнаружена большая ниша на малой кривизне желудка. Объективно: при поступлении язык обложен, живот мягкий; резкая болезненность при пальпации подложечной области. Фракционное исследование желудочного содержимого: общ. к. : 64, 56, 24, 16, 50, 36,

своб. HCl : 54, 46, 14, 12, 40, 26, много слизи. Контрольная рентгеноскопия (д-р Тарнопольская): желудок—нормотоничный крючок, не опущен, не расширен, хорошо перистальтирует и охватывает контраст, подвижен. В верхней трети малой кривизны проэцируется тень ниши, по конфигурации от

носящаяся к стадии заживления, нерезко болезненная при пальпации. Ампула 12-типерстной кишки не совсем ровна. Переход контраста — N. Диагноз: *Ulcus ventriculi curvat. minoris profundum. Gastritis chron.*

Таким образом, у больного в 54 г. обнаруживается *впервые* глубокая язва желудка. вполне понятно, что эта язва не могла развиться в течение одного месяца, когда больной стал ощущать боли. Ее надо рассматривать как старую язву, которая лишь обнаружена в связи с обострением гастрита.

*Случай № 2.* Б-ная X-ова, 38 л., уборщица. Поступила в клинику по поводу болей в подложечной области, которые наступают через 1—1½ часа после еды и связаны с характером пищи. Отмечает отрыжки тухлым и рвоту, которая облегчает боли. Считает себя больной всего *два месяца*, когда после съеденных рыбных консервов появилась рвота пищевыми массами, которая не прекратилась с тех пор. Спустила полтора месяца после этой диетической погрешности присоединилась боль после еды, которая заставила больную сначала лечиться амбулаторно, а затем и привела в клинику. За последнее время запоры по 2—3 дня. Объективно; обложенный язык, слегка вздутый живот, разлитой *defense muscul.* в эпигастриальной области, где отмечается резкая болезненность. Фракционное исследование желудочного содержимого:  $\frac{\text{своб. HCl: 0, 24, 26, 28, 26, 26}}{\text{, много слизи.}}$

Рентген (д-р Тарнопольская): атоничный желудок без видимой перистальтики. Перистола резко ослаблена. Складки слизистой в теле желудка сглажены; на малой кривизне, на середине ее протяжения проецируется большая ниша, резко болезненная; при пальпации левого верхнего квадранта отмечается *defense*. Диагноз: *Ulcus ventriculi curvat. minoris penetrans. Gastritis.*

И в данном случае трудно себе представить, чтобы у больной, которая заболела после диетической погрешности, в течение 2-х месяцев могла развиться пенетрирующая язва. Очевидно, этот случай также, как и вышеприведенный из этой групп, должен рассматриваться как случай с латентно-протекавшей язвой желудка, которая лишь *обострилась* благодаря обострившемуся острому гастриту в связи с пищевой интоксикацией, и что это обострение язвы привело к ее прогрессированию, пенетрирующему характеру и способствовало выявлению ее.

*Случай № 3.* Б-ной П-онов, 19 л., повар. В сентябре 1932 года стал впервые отмечать боли в подложечной области после еды. Лечился амбулаторно и боли быстро прошли; считал себя здоровым до января 1933 года, когда вновь появились сильные боли в подложечной области после еды, изжога и стрижка и больной был помещен в клинику. Объективно: *defense muscul.* в верхней трети *m. gesti abdominis sup.*, резкая болезненность в этой области. Со стороны желудочного содержимого обнаружено небольшое повышение кислотности; рентгенологически (д-р Тарнопольская): грубые складки слизистой желудка и ниша на малой кривизне. Во время пребывания больного в клинике у него появилось желудочное кровотечение. Больной переведен был в хирургическое отделение и 19/III 33 г. был оперирован. На операции обнаружена каллезная язва на малой кривизне, пенетрирующая в головку поджелудочной железы. Произведена резекция желудка и больно поправился.

Трудно себе представить, чтобы в течение 5-ти месяцев с сентября 1932 года до января 1933 г., только возникшая впервые язва желудка могла превратиться в каллезную и пенетрирующую, тем более, что из этих 5-ти месяцев больной, в связи с проведенным амбулаторным лечением, в течение по крайней мере 4-х месяцев считал себя здоровым. Нет, очевидно, никаких сомнений в том, что и в данном случае язва протекала долгое время латентно и только в сентябре 1932 г. впервые дала о себе знать.

Приведенные случаи, взятые лишь как образцы из большого материала, прослеженного и изученного нами, показывают, что, отдавая должное теории воспалительного происхождения язвы желудка, было бы совершенно неправильно, говоря о патогенезе язвы желудка, придерживаться в клинике *одной* только этой теории. Это было бы тем более неправильно, что одна теория воспалительного происхождения язвы желудка не объясняет нам ряда моментов, связанных с возникновением и течением ее, как, например, роль конституции, частота этого страдания в определенных семьях (Bergmann), хроничность течения язвы, роль

травмы в происхождении язвы и т. д., словом все те добавочные факторы, которые играют несомненную роль в развитии ulcus'a, и с которыми нам то и дело приходится сталкиваться в нашей повседневной клинической работе. Вот почему, стремление найти один какой-нибудь этиологический момент, который должен собой обусловить развитие процесса, в настоящее время должно быть оставлено, ибо хорошо известно, что, при изучении этиологического фактора, необходимо учитывать ряд моментов, влияющих на развитие процесса, рассматривая больного человека, как продукт окружающей его среды. С этой точки зрения, было бы гораздо правильнее говорить *о взаимной зависимости* между язвой желудка и гастритом и рассматривать эти два процесса в клинике совместно как единый процесс, подчеркивая тем самым, что гастрит и язва желудка являются лишь отдельными стадиями развития одного и того же процесса и что подобно тому, как в ряде случаев язва желудка развивается из гастрита, в другом ряде случаев к язве желудка вторично присоединяется и ему сопутствует гастрит и что, следовательно, на всех стадиях развития, прогрессирования и угасания язвы желудка и 12-перстной кишки *первенствующая роль принадлежит гастриту и к нему, в сущности говоря, должно быть приковано наше внимание.* Это тем более справедливо, что, благодаря совместному течению язвы желудка и гастрита, эти два процесса порой так тесно переплетаются, что нет никакой возможности провести отчетливую грань между ними. Вот почему, если с точки зрения специальной нозологии совершенно справедливо рассматривать язву желудка и гастрит отдельно как два самостоятельных строго очерченных процесса, то, с точки зрения патогенетической, в клинике нет основания их расчленять. И в сущности говоря, для оценки каждого случая совершенно безразлично, — развивается ли язвенный процесс из гастрита или возникшая язва желудка вызывает сопутствующий гастрит, который обуславливает хроничность язвы. Важно только одно, что язва желудка и гастрит идут вместе и составляют единство заболевания желудка. В этом отношении совершенно своевременным является выдвинутое проф. Лурья учение о гастропатиях, как выражении единства патологических процессов в желудке, при котором степень гиперергии желудка в каждом отдельном случае решает судьбу процесса и определяет его динамику и прогноз. Только в свете этих новых идей о гастропатии становится понятным развитие язвы из гастрита в одном случае, латентное протекание язвы, которая возникла помимо гастрита и лишь манифестирована присоединившимся случайно гастритом в другом случае, наличие рецидивирующего гастрита без образования язвы в 3-ем случае и т. д. Только в свете этих новых идей становится понятным роль и участие в развитии процесса конституциональных и наследственных факторов, также как и экзогенных, связанных с условиями труда и быта.

В этом отношении заслуживают внимания два случая, которые мы имели возможность наблюдать и которые позволяем себе кратко цитировать.

Б-ной Г-ман, П. Е., 25 лет, инженер. Считает себя больным всего три недели, когда стали появляться боли в подложечной области, распространяющиеся на левую половину живота, иногда отдающие в спину. Вначале боли были не постоянного характера и наступали через  $\frac{1}{2}$ —1 ч, после приема пищи, без строгой зависимости от характера пищи. В самое последнее время боли стали чаще, интенсивнее и стали носить более постоянный характер. Аппетит хороший; изжоги,

отрыжка пищей. Стул ежедневный. Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. Отец и 4 брата болеют язвой желудка и все они подвергались в клинике обследованию; отец по поводу этого страдания был оперирован. Объективно: слегка обложенный язык, живот мягкий, не вздут, не напряжен; болезненности не отмечается. Фракционное исследование желудочного содержимого: общ. к.: 8, 40, 58, 60, 70, 70, 60, 60, 64,

много слизи; нейтральрот выделялся своб. НСI: 2, 30, 48, 50, 60, 60, 50, 50, 54, много слизи; через 30'. Faeces: повторное исследование на скрытую кровь дало отрицательный результат. Рентген (д-р Тарнопольская): желудок обычного типа и размеров. Тонус, подвижность, перистолы, перистальтика—нормальны. Большой межточечный складок. Явления ниши отсутствуют. Болевых точек, связанных со стенками желудка и ампулой 12-перстной кишки, не обнаружено. Ампулла широка, с не четкой складчатостью, безболезненна. Переход контраста свободен. Диагноз—Gastritis hypertrophic. Duodenitis.

Тщательное клиническое изучение и повторное рентгеновское исследование показали, что у нашего больного ко времени пребывания его в клинике никакой язвы не было; налицо имелся лишь гастрит и дуоденит, которые причинили больному все эти страдания. У нас нет никакого доказательства тому, что у этого больного в будущем разовьется язва, но у нас имеются все основания предположить, что этот больной является кандидатом на *ulcus*. Это—как раз случай, когда гастрит, в связи с добавочным фактором, как семейное и наследственное предрасположение к язвенной болезни, может привести к *ulcus*у. И только под углом зрения упомянутой взаимной зависимости между язвой желудка с одной стороны и гастритом с другой—можно дать должную оценку этому случаю и, учитывая прогноз его, провести правильную профилактическую терапию.

Другой случай.—В-ной О-цов, 38 л., рабочий-металлист. Поступил в клинику в октябре 1932 года по поводу ощущения давления в подложечной области после еды, изжоги, отрыжки и тошноты. Считает себя больным около года. Объективно:—язык резко обложен и покрыт белым налетом; пальпация в подложечной области безболезненна. Желудочный сок: общая кислотность 6, своб. НСI О. Рентген (д-р Тарнопольская): желудок формы крючка, не опущен и не расширен; нормотоничен. Крупный рельеф складок большой кривизны. Magenstrasse расширена в калибре. Явлений ниши не отмечается. Ампулла duodeni несколько широка, безболезненна, с не четкой структурой слизистой. Резкая болезненность в области края печени. Клинический диагноз: Gastritis chr.

Весной 1933 года больной упал и сломал себе 9, 10 и 11 ребра с левой стороны. В течение месяца ребра срослись, но, спустя короткое время, появились сильные боли в подложечной области, особенно после грубой пищи, усилилась изжога и отрыжка. Больной вновь поступил в клинику. Объективно: обнаружена болезненность при пальпации в подложечной области и болевая точка в области верхней трети левой прямой мышцы. Желудочный сок: общ. к. 42, св. НСI—36. Рентгеновское исследование желудка, которое произведено тем же рентгенологом, что и в первый раз—обнаружило прежнюю картину и нишу на малой кривизне.

Таким образом, мы имели возможность при повторном исследовании больного, через известный промежуток времени, установить развитие язвы желудка из предшествующего гастрита и, кроме того, отметить роль травмы в возникновении язвы желудка. В данном случае особенно демонстративно выступает взаимная зависимость между язвой желудка и гастритом. Надо полагать, что травма на этот раз послужила производящим моментом для того, чтобы на почве гастрита, которым больной страдал около 1½ лет, развился *ulcus*. Относительно возможности травматического происхождения язвы желудка в настоящее время сомнений не существует, хотя в общем травма в генезе язвы желудка не играет большой роли. С точки зрения наших представлений о взаимной зависимости между язвой желудка и гастритом, нам становится более понятным и роль травмы в возникновении *ulcus*'а. Очевидно, только при наличии воспалительного процесса желудка, присоединившаяся травма могла привести к язвенному страданию; только при определенной гиперэргии слизистой желудка, связанной с присутствующим гастритом, с особенной силой выступает роль травмы, которая дает толчок к прогрессированию гастрита и возникновению на его почве язвы желудка.

Итак, представление о взаимной зависимости между язвой желудка и гастритом дает в клинике возможность правильно расценивать все на-



тологические процессы, развивающиеся в желудке, указывает на единство их в органе и охватывает всю сумму эндогенных и экзогенных факторов, влияющих на развитие и течение патологических процессов. И, несмотря на то, что язва желудка и гастрит являются по существу совершенно разными заболеваниями, для нас совершенно очевидно, что расчленять их друг от друга в клинике было бы неправильно. С этой точки зрения, даже язвенное кровотечение можно рассматривать как симптом прогрессирующей язвы в результате обострения предшествующего или присоединившегося вторично гастрита.

Представление о взаимной зависимости этих двух процессов имеет не только теоретическое, но и большое практическое значение. Для нас становится совершенно очевидным, что в нашей повседневной практической работе, как уже было выше сказано, при наличии язвы желудка центр тяжести должен быть перенесен на сопутствующий ему гастрит. Подобный взгляд в клинике дает возможность правильно подойти к оценке каждого случая, к его прогнозу и помогает правильно наметить линию нашего поведения, как в смысле диететического, медикаментозного и физиотерапевтического лечения, так и в смысле санаторно-курортного отбора, ибо все это должно базироваться и исходить из наличия или отсутствия характера выраженности гастрита в каждом отдельном случае.

Наконец, с точки зрения взаимной зависимости между язвой желудка и гастритом должна строиться и вся профилактическая работа и связанные с ней раннее распознавание и лечение столь распространенной у нас категории желудочных больных.

### В ы в о д ы:

1) Клинические наблюдения показывают, что язва желудка и гастрит весьма часто встречаются одновременно.

2) С точки зрения патогенеза, все случаи язвы желудка и 12-перстной кишки могут быть в клинике разделены на следующие 3 группы: 1) случаи язвы желудка, которые развиваются из гастрита, 2) случаи язвы желудка, которые протекают совместно с гастритом, обуславливающим хроничность язвы, и 3) случаи язвы желудка, которые протекают латентно и обнаруживаются присоединяющимся гастритом.

3) Воспалительная теория происхождения язвы желудка не может все же считаться единственной теорией в патогенезе язвы желудка.

4) Клинические наблюдения дают основание говорить о *взаимной зависимости* между язвой желудка и гастритом и рассматривать в клинике эти два процесса совместно.

5) Представление о *взаимной зависимости* между язвой желудка и гастритом определяет всю нашу лечебную и профилактическую работу в отношении столь распространенной категории желудочных больных.