

2. Обострение язвенных симптомов у лиц с соответствующим анамнезом, а также появление резких язвенных симптомов у лиц, не страдающих язвой, противопоказывают диагностические манипуляции, особенно рентгеновское исследование, и требуют бдительного наблюдения в стационаре.

3. Исследование крови при начинающемся перфоративном перитоните имеет большое дифференциально-диагностическое значение.

4. Содержимое брюшной полости в первые часы после перфорации является нередко резко инфицированным—поэтому туалет брюшной полости является обязательным моментом операции.

5. Простейшие оперативные методы (шов или шов + Г. Э. при сужении) являются наиболее рациональными при операции перфоративной язвы.

6. При наличии показаний к более радикальным вмешательствам (не возбуждающие сомнения случаи злокачеств. перерождения язвы, язвы, склонные к кровотечениям), таковые могут быть рекомендованы лишь на ранних сроках и при хорошем состоянии больных.

Из Терапевтической клиники им. проф. Р. А. Лурия гос. ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани (директор проф. Р. И. Лепская)

Лечение гиперацидных гастритов и язв желудка путем откачивания желудочного содержимого.

Ассистент Э. Р. Могилевский и аспирант С. И. Биткова.

Анализ предложенных до сих пор методов лечения гиперацидных гастритов и язв желудка показывает, что, при всей пестроте и разноречивости современных теорий этиологии и патогенеза язвы, большинство методов все же стремится понизить кислотность и уменьшить чрезмерную секрецию. Это кажущееся противоречие между однородностью терапевтических устремлений и принципиальными расхождениями в отношении этиологии и патогенеза находит свое объяснение в той роли, которую повышенные кислотность и секреция играют в клинике язвы и гастрита. И действительно, если видеть в гиперсекреции и гиперацидитас первопричину язвы, то устранение их диктуется, как главная цель этиологического лечения. Если же смотреть на эти секреторные расстройства как на один из основных осложняющих моментов, то и в этом случае, без их устранения, не мыслится заживление язвы, возникшей, хотя бы, на другой основе.

Но борьба с гиперсекрецией и гиперацидитас приобретает особую актуальность и теоретическую обоснованность в свете тех новых и интересных данных, которые являются достоянием последних лет.

Так, Бюхнер доказал возможность получения язв у крыс после инъекции гистамина. Эппингер и Лаухтенбергер при остром и хроническом отравлении гистамином наблюдали у животных тяжелые изменения желудка и 12-ти перстной кишки характера гастрита и инфарктообразного кровоизлияния с некрозами, которые, отторгаясь, могут вести к образованию язв. Они объясняют свои результаты перевариванием слизистой оболочки желудка тем активным желудочным соком, который секретируется в ответ на инъекции гистамина. Зильбер-

ман на собаках с фистулой пищевода, получавших ежедневно мнимое кормление наблюдал, в зависимости от длительности опыта, изменения слизистой—от выраженного гастрита с эрозиями до язв. Лерисш, на основании работ своих учеников (Cogniaux, Brenckmann, Fontaine и др.) приходит к выводу, что спонтанная язва — пептическая язва, развившаяся на тех участках желудка, где защитное действие слизи изменено предшествовавшим повреждением слизистой под влиянием гиперацидитас.

Оценивая результаты хирургического лечения язвы и условия возникновения ulcus peritricus jejuni, Финстерер говорит: „Нет послеоперационной язвы, если желудок стал ахлогидричным, а если кислотность остается высокой, то каков бы ни был тип анастомоза, как бы совершенна ни была эвакуация, новое появление язвы всегда возможно, почти фатально!“

Трудность, а часто и малоуспешность терапии гиперсекреции и гиперацидитас являются главной движущей силой в поисках новых путей и отчасти оправдывают те новые попытки, которые делаются в этом направлении. Все методы лечения гиперсекреции и гиперацидитас, при всем их богатстве и многообразии, могут быть сведены к основным двум группам: к одной группе относятся все методы лечения, которые имеют прямым объектом своего воздействия самый желудок (щадящая диета, медикаменты и диета, угнетающие сокоотделение и нейтрализующие и связывающие избыточную кислоту и т. п.), эти методы прямого воздействия на желудок, большей частью, оставляют без внимания экстравентрикулярные факторы секреции, не говоря уже об оперативных методах лечения, которые, вследствие создаваемых ими грубых анатомо-физиологических нарушений, сами являются нередко причиной новых страданий.

Новые взгляды на роль экстравентрикулярных факторов и отход от прежних органопатологических установок вызвали к жизни новую группу методов лечения, стремящихся воздействовать на секрецию не прямо, а косвенно, путем перестройки всего обмена веществ.

К методам этого рода принадлежит метод лечения повышенной кислотности обесхлориванием.

Основной идеей всех методов обесхлоривания является стремление воздействовать на кислотность путем изменения хлорного обмена. Однако, здесь же должно быть подчеркнуто, что изменением секреции не исчерпывается все действие обесхлоривания. Так, согласно данным Нордена и по нашим наблюдениям, даже сравнительно нерезкое обесхлоривание при строгой бессолевой диете вызывает заметные сдвиги не только в солевом, но и в водном хозяйстве организма. Эти изменения (обезвоживание, обесхлоривание и относительный перевес кальция) создают предпосылки для противовоспалительного действия подобного лечения. Занявшись с 1932 г. изучением вопроса о влиянии обесхлоривающих методов лечения на гиперацидитас и связанные с ним заболевания, мы а priori мыслили следующие возможности обесхлоривания:

- 1) ограничение подвоза хлора,
- 2) удаление хлора из тех мест, где он скопится в больших количествах,
- 3) форсированное выведение хлора через органы выделения.

Первому требованию отвечает строгая бессолевая диета, которая, по уже опубликованным наблюдениям нашей клиники ¹⁾, при достаточно длительном и строгом проведении, дает довольно ободряющие результаты.

¹⁾ Казанский медицинский журнал, 1933 г., № 12

Вторым способом обесхлоривания является удаление желудочного содержимого. Экспериментальные и клинические наблюдения показали, что потеря больших количеств желудочного содержимого оказывает значительное влияние на характер последующей секреции и кислотности.

Еще в 1911 г. Роземанн на собаках с фистулой желудка показал, что удаление желудочного содержимого через фистулу вызывало уменьшение дальнейшего отделения его, и когда это откачивание лишало организм 20% его хлорного запаса, то секреция сока совершенно прекращалась. Недавно (1932 г.) Кач на людях применил такой же прием в виде повторных откачиваний желудочного содержимого. Наблюдения Кача показали, что обесхлоривание путем откачивания создает в течение короткого времени такую перестройку всего организма, которая влечет за собою не только исчезновение болей и обычных жалоб—„ацидизма“, но вызывает ряд пертурбаций в водном и хлорном обмене, изменяющих и угнетающих секреторную работу желудка.

Данный метод изучен нами и результаты этого изучения являются предметом настоящего сообщения.

Мы проводили свои наблюдения над больными с язвой желудка, 12-ти перстной кишки и с гиперацидными гастритами. Обследовано 20 больных. Из них повторно—6 человек прослежены в течение 6—8 месяцев. Секреция и кислотность у большинства больных были повышены и у некоторых довольно значительно (количества сока натошак колебались от 50 до 250 куб. сант., общая кислотность от 60 до 120). Подбирались, главным образом, больные с хроническими заболеваниями, лечившиеся повторно.

После фракционного исследования желудочного содержимого, определения хлоридов крови, мочи и желудочного содержимого, установления солевого баланса при обычной диете, больные на 3—5 дней переводились на *бессолевую диету*. Когда солевой баланс стойко устанавливался на пониженном уровне (выделение 1,5—2,0 гр. Na Cl за сутки), мы приступали к откачиванию желудочного содержимого. Предварительная подготовка бессолевой диетой и продолжение этой диеты в дни откачивания является обязательным условием эффективности откачивания. Уже а priori надо было думать, что откачивание при обычной диете не может создать обесхлоривания; и действительно, проверочные исследования, поставленные в этом направлении, подтвердили наши ожидания. В день откачивания исследовались хлориды крови, чтобы проверить, не произошел ли какой-нибудь сдвиг под влиянием подготовительной диеты; исследования показали, что подготовительный период заметных сдвигов не дает. Поэтому, наблюдавшиеся после откачивания изменения мы склонны отнести всецело за счет влияния откачивания. Хлориды крови, мочи, желудоч. сока и др. показатели исследовались во всех случаях до и после 3—4 откачиваний, в некоторых — до и после отдельных откачиваний. В части случаев исследовалась резервная щелочность.

В ходе работы мы убедились, что для увеличения количества сока и укорочения времени откачивания желудочного содержимого необходимы искусственные стимулы. Беседы о любимых кушаньях, демонстрация вида и запаха отдельных блюд усиливали сокоотделение. В некоторых случаях мы применяли химические и др. раздражители (кофеин, алкоголь, капустный и свекольный соки). Капустный и свекольный соки особенно заметных увеличений желудочной секреции не дали, кофеин и алкоголь дали прекрасные результаты. Отсутствие гистамина заставило нас испытать влияние на секрецию рефлекторных раздражителей. В случаях, где другие раздражители давали слабые сокоотделения, для стимулирования сокоотделения мы применяли кожное раздражение в виде почесывания кожи живота в области желудка жесткой щеткой, что давало быстрое увеличение количества сока. В особенно демонстративных случаях мы получали после раздражения количество сока в 2—3 раза большее, чем за этот же период времени без раздражения. Основанием служили работы Lewis'a, Kalk'a, Rahman'a.

По мнению Lewis'a, явление дермографизма зависит от высвобождения в коже, под влиянием механического раздражения, гистаминоподобного вещества. Проверяя

правильность этой гипотезы, Kalk исследовал влияние интенсивных кожных раздражений (Bürsten der Haut) на больных и убедился, что достигаемое таким путем увеличение количества секрета и кислотности весьма сходно с влиянием гистамина (оно не подавляется атропином).

Rahman в 170 экспериментах на людях, с одновременным контролем лапароскопией и рентгеном, наблюдал заметное действие кожных раздражений на двигательную и секреторную деятельность желудка.

Желудочное содержимое собиралось в получасовые порции. Откачивание длилось в среднем 4—5 часов и повторялось 3—4 дня подряд. На следующий день, после последнего откачивания и спустя некоторое время, повторно исследовалось желудочное содержимое и хлориды крови.

Субъективные ощущения больных в течение откачивания и нижеописанные объективные изменения со стороны химизма крови и желудка показывают, что метод откачивания не является безразличным, а энергично действующим способом лечения. Уже само откачивание вызывает, особенно у больных с повышенной возбудимостью нервной системы, чувство слабости, головокружения, „потемнение в глазах“, некоторую апатичность. Эти явления чаще наблюдаются на 2—3 день, выражены резче всего в последние часы (4—5 ч.) откачивания, ослабевают после приема пищи и быстро исчезают после прекращения откачивания.

Эти неблагоприятные моменты не умаляют значения и ценности данного метода, так как вполне окупаются и компенсируются достигаемыми результатами. К тому же и сами больные охотно идут на продолжение откачивания, после того, как уже первое откачивание реально дало им почувствовать лечебные действия данного метода.

Мучительная изжога, существовавшая месяцами и плохо уступавшая лечению, боли после и до еды, не дававшие у некоторых больных светлых промежутков за последние 3—4 месяца, повторяющиеся рвоты и тошноты—все это поразительно быстро устранялось откачиванием. Раньше всего исчезала изжога (чаще после первого откачивания), резкие боли уменьшали свою интенсивность после первого откачивания. После 3—4 откачиваний боли исчезали во всех случаях. Рвота, которая у одного больного держалась в течение 3 недель, а у другого 6 дней,—исчезла в обоих случаях после первого откачивания. То же наблюдалось и по отношению других диспептических явлений. К этому надо добавить, что улучшение субъективных жалоб, выявившееся с такой закономерностью во время лечения, судя по дальнейшим повторным наблюдениям, стойко держалось в 6 случаях на протяжении 6 месяцев, а остальные находятся под наблюдением 2—3 месяца и рецидивов у них также не наблюдалось. Необходимо подчеркнуть, что вышеописанные изменения достигнуты при сознательном несоблюдении обычных в этих случаях диетических требований; но сколь бы заманчивы и демонстративны ни были результаты влияния откачивания на субъективные жалобы больных, они сами по себе не казались бы достаточно убедительными, если не сопровождались бы показательными объективными изменениями.

Одним из наиболее частых объективных показателей результатов откачивания было изменение количества желудочного содержимого, добытого в течение 30 минут натощак. Уменьшение количества желудочного содержимого при повторном исследовании через 4—6 дней наблюдалось у 14 больных, причем, особенно отчетливо оно выявилось в случаях с резкой гиперсекрецией, давших наиболее выраженные изменения (со 160 куб. см. до 60 куб. см., со 125 до 60, со 140 до 30 и т. д.). Если учесть роль

гиперсекреции в патогенезе многих жалоб наших больных, то та закономерность, с которой гиперсекреция ослабевала, делает несколько понятнее столь часто наблюдавшиеся у наших больных улучшения субъективных жалоб.

Кислотность желудочного содержимого, — наиболее упорно и трудно поддающийся лечению симптом, тоже обнаружила ряд изменений, хотя конечные результаты не были столь благоприятными во всех случаях. В дни откачивания кислотность понизилась в 12-ти случаях, но после 3—4 откачиваний, при повторном контрольном исследовании (через 3—6 дней), она в 6-ти случаях снова вернулась к исходным величинам; в 14 случаях осталась на низких цифрах. Снижение кислотности в последней группе было не только стойким, но весьма значительным. Интересно отметить, что максимальное снижение кислотности наблюдалось в тех случаях, где и хлориды крови дали резкое падение (на 50—90 м/гр. ‰). Заслуживает внимания то обстоятельство, что улучшение субъективных жалоб не шло параллельно с уменьшением кислотности, так как оно наблюдалось и в тех случаях, где кислотность после откачивания снова возросла.

Наконец, третьим объективным показателем результатов откачивания было заметное уменьшение количества слизи. Отдавая себе ясный отчет о том, что наличие слизи не всегда указывает на воспалительный процесс, мы все же должны отметить, что в подобранном нами материале, как анамнез, так и исследование самой слизи и рентгеновское исследование давали все основания считать эту слизь продуктом воспалительной реакции желудка. Подобное влияние откачивания на количество слизи и сочетание этого явления с другими вышеотмеченными изменениями со стороны количества желудочного содержимого и изложенными ниже изменениями со стороны химизма крови, может быть, повидимому, отнесено за счет противовоспалительного действия этого метода.

Наблюдения над хлоридами крови, до и после откачивания, показали, что в тех случаях, где строго соблюдалась вышеописанная методика, получалось уменьшение количества хлоридов крови. Уменьшение количества хлоридов крови находилось в большой зависимости от количества удаленного откачиванием желудочного содержимого. В тех случаях, где за дни откачивания удавалось удалить не более 1000—1200 гр. желудочного содержимого с общим количеством хлористого натра до 7 грамм, наблюдались и не резкие сдвиги хлоридов крови. В тех же случаях, где удавалось, путем стимулирования сокоотделения или при самостоятельной гиперсекреции, удалять до 3000 гр. желудочного содержимого с содержанием 25—31 граммов хлористого натра, мы наблюдали максимальное уменьшение хлоридов крови.

Не менее отчетливыми были изменения со стороны остаточного азота, ксантопротеина и резервной щелочности крови. У большинства исследованных в данном направлении больных наблюдалась определенная тенденция к увеличению остаточного азота (с 16 до 30, с 23 до 44, с 20 до 39), ксантопротеина (с 17 до 38, с 25 до 42, с 32 до 60) и резервной щелочности (с 72 до 80, с 74 до 82). Однако, эти изменения не во всех случаях были резкими и ни в одном из них остаточный азот не переходил высшей границы нормы.

Несмотря на это, мы считаем необходимым подчеркнуть, что достигнутые в столь короткий срок изменения химизма крови свидетельствуют о глубине вызываемых откачиванием желудочного содержимого сдвигов обмена веществ и в то же время заставляют помнить об известной осмоторигительности и осторожности, необходимой при применении этого метода, ибо несоблюдение этих условий может быть чревато неприятным, а порою и опасным для жизни явлением гипохлоремической азотемии¹⁾.

В дни откачивания у большей части больных отмечались похудание и убыль в весе; но эти изменения веса не являются отрицательной стороной метода, так как падение веса идет за счет потери организмом воды. Здесь нужно считаться, прежде всего, с прямым удалением жидкого желудочного содержимого (до 3000 куб. см.), к этому присоединяется и повышение диуреза, которое наблюдалось у некоторых больных в ближайшие за откачиванием дни, что нужно поставить в связь с выделением хлористого натра. Однако, в последующие дни вес не только постепенно выравнивался, но и давал нарастание, по сравнению с исходными величинами, на 800—1000 грамм (за 4—6 дней).

Описанные выше изменения, наблюдавшиеся нами, со стороны субъективных жалоб и сдвигов в обмене веществ, являются прямым следствием обесхлоривания организма, созданного откачиванием желудочного содержимого. Хотя эти изменения, в силу способности организма к компенсированию и восстановлению нарушенного равновесия, и могут впоследствии выравниваться, все же, судя по результатам дальнейших наблюдений над больными, можно думать, что на известном этапе заболевания, создаваемая откачиванием даже кратковременная перестройка неблагоприятной для организма установки обмена может служить весьма ценным терапевтическим фактором.

Возможно, что, периодически повторяя подобные курсы лечения, мы достигнем еще лучших и, наиболее стойких результатов²⁾.

Отсутствие необходимости в строго щадящей диете, кратковременность всего курса лечения, быстрота и эффективность его воздействия на субъективные ощущения больных—все это делает метод откачивания желудочного содержимого, особенно в комбинации с бессолевой диетой, ценным оружием в деле борьбы за быстрое восстановление трудоспособности.

Несмотря на то, что, как показывает наш опыт, контроль упомянутых выше сдвигов обмена веществ не является обязательным для каждого случая (незначительный диапазон этих сдвигов), все же можно пока рекомендовать проведение дней откачивания в стационаре, где в случае надобности такой контроль обеспечен.

¹⁾ Проф. Лепская и д-р Могилевский. „Гипохлоремическая азотемия“. Каз. мед. журн. 1933 г., № 5—6.

²⁾ Результаты такого рода исследований будут предметом нашего последующего сообщения.