

Из терапевтического отделения городской больницы г. Щегловска (Кузбасс)

Сравнительная оценка методов исследования больных язвой желудка.

Д-ра Е. В. Бантина.

Можно без преувеличения сказать, что желудочные заболевания у нас в Союзе за последние годы занимают особенно видное место среди других заболеваний. Каждому врачу-интернисту, отчасти и хирургу, в своей повседневной практической работе приходится значительную часть своего рабочего времени уделять разбору больных различными желудочными заболеваниями.

Но общеизвестно, что врач далеких окраин не всегда имеет возможность пользоваться в достаточной степени медицинской литературой, а предлагаемые методы клинически-лабораторного исследования желудочных больных, далеко не всегда возможно применить в обстановке работы практического врача. Нам поэтому кажется, что обычные методы исследования больного язвой желудка, проверенные наблюдениями и доступные каждому практическому врачу, заслуживают внимания.

За последние годы в заведуемом мною терапевтическом отделении мы имели возможность наблюдать довольно большое количество желудочных больных. Последние направлялись нам амбулаторными врачами с целью консультации и назначения соответствующей терапии. Из всей этой массы желудочных больных нами выделялись больные язвой желудка, небольшая часть которых наблюдалась нами амбулаторно. Группа больных язвой желудка в количестве 125—находились под нашим наблюдением и лечением в терапевтическом отделении больницы стационарно. У каждого больного из этой группы мы проверяли данные клинического исследования лабораторными и рентгенологическими исследованиями. Мы пытались путем сравнения данных клинического и лабораторного исследования дать оценку диагностическому значению каждого из методов исследования, коими мы пользовались при диагностике язвы желудка.

Сравнительные данные наших наблюдений и послужат предметом настоящего сообщения.

Не останавливаясь на вопросе о патогенезе язв желудка, мне хочется только подчеркнуть, что по нашим наблюдениям в патогенезе язвенных процессов конституциональные моменты играют не последнюю роль. Кроме того, нужно признать, что выдвинутый новый этиологический фактор—чрезмерно длительное физическое напряжение—вполне подтверждается на больных, наблюдавшихся нами. Так, по данным Н. Лихачева, язвы желудка в 71%, по данным Н. Скульского в 76%, а по нашим в 75% падает на лиц, занимающихся физическим трудом.

Анамнез. Несмотря на большие успехи медицинской техники за последние годы, тщательно собранный анамнез и в настоящее время играет решающую роль в деле диагностики язвы желудка.

У направляемых к нам желудочных больных мы прежде всего собирали анамнез. Жалобы у большинства этих больных сводились к обычным жалобам при катаррах желудка (давление под ложечкой, изжога, тошнота), другая часть больных свои жалобы концентрировали, главным образом, на боли. Наши наблюдения показали нам, что боли при язве желудка являются самым важным симптомом и главным объектом страдания, приведшего их к врачу. Другие больные, кроме болей, жаловались и на рвоту. На этих двух симптомах—боль и рвота—мы и старались фиксировать внимание больного. У каждого больного мы выявляли, не бывают ли у него боли приступами (схватками), как часто и, что очень важно, не приходилось ли из-за приступа бросать работу. Узнав от больного, что приступы боли периодичны, той или иной частоты, мы вслед за этим всегда старались выяснить, какое положение принимает больной во время приступа (схватки.) Наблюдавшиеся нами больные, у которых впоследствии лабораторно и рентгенологически подтверждался диагноз язвы желудка, почти все без исключения объясняли, что во время приступа боли они сгибаются, сложив руки в подложечной области, стараются надавливать руками на область эпигастрия с целью облегчить страдания—(типичная поза язвенного

больного). Второй важный анамнестический симптом—рвота—у наших больных наблюдалась периодически только в 35% случаях. Многие врачи до сих пор считают кровавую рвоту и кровавый стул обязательным анамнестическим признаком для диагностики язвы желудка. У наших больных мы могли констатировать в анамнезе кровавую рвоту только в десяти случаях, что составляет всего 8% общего числа наблюдавшихся больных.

Таким образом, периодические боли приступами, типичное положение больного во время приступа, во многих случаях рвота, а тем более кровавая являлись опорными пунктами для анамнестической диагностики язвы желудка.

Объективное исследование. При объективном исследовании больного заслуживает внимание и внешний вид больного. При наличии заметного исхудания у больного и ясных анамнестических данных для диагностики язвы желудка мы обычно в таких случаях предполагали большую давность процесса.

Из клинических симптомов, имеющих по нашим наблюдениям большое значение для диагностики язв желудка—это ясно выраженные болевые точки: 1) при ощупывании в области эпигастрия и 2) при надавливании по левому краю позвоночника. При глубокой пальпации в области желудка у наблюдаемых нами больных мы в большинстве случаев могли констатировать ограниченную болевую точку в той или иной области желудка (пилорической, большой или малой кривизны).

Множественность болевых точек, локализуемых больными при ощупывании живота и вне области желудка, большей частью отрицали наличие язвы. Болевую точку по левому краю позвоночника мы устанавливали у большинства наших больных. При повторном надавливании по всему левому краю позвоночника больные каждый раз неизменно реагировали на болезненность в одном и том же строго отмеченном нами участке.

Наличие таких болевых точек является, конечно, важным объективным симптомом при диагностике язвы желудка. Однако, по нашим наблюдениям, типичные анамнестические данные всегда более надежны, чем прощупывание болевых точек.

Лабораторные исследования. Из методов лабораторных исследований в деле диагностики язвы желудка исследование желудочного содержимого нужно признать наиболее важным.

Исследование зондом, как метод объективный, тем более ценен, что он весьма прост и доступен каждому практическому врачу в обыкновенной обстановке его работы. Обращаясь к вопросу о диагностическом значении исследования желудочного сока, нужно признать, что последнее является хорошим подспорьем при диагностике язвы желудка только в руках того врача, который достаточно критически подходит к оценке получаемых результатов исследования.

Бесспорно, что ряд врачей преувеличивает значение определения кислотности—часто одно только повышение кислотности приводит их к мысли о наличии язвы желудка—это несомненно крайность. Целым рядом авторов установлено, что язва желудка протекает при повышенной кислотности только в 34%, при нормальной кислотности в 35—40%, при пониженной в 16—20% и при апацитидас в 6—8% (Ewald, Boas, Троицкий, Югенбург). Но нельзя согласиться и с другой крайностью (Ehrmann), что при современных успехах рентгенодиагностики исследование желудочного сока потеряло свое практическое значение.

При клиническом исследовании направляемых к нам амбулаторно желудочных больных мы имели возможность разобрать более 3¹/₂ тысяч протоколов лабораторного исследования желудочного сока и мы всегда могли убедиться, что сам по себе результат исследования желудочного сока не может служить решающим моментом для диагноза язвы желудка. Только при наличии анамнестических и объективных данных, говорящих за язву желудка, результат исследования ж. с. может и не во всех случаях подтвердить диагностику. Даже при диагностике такого осложнения язвы, как рубец привратника, где казалось исследование ж. с. должно иметь независимое значение (нахождение пищевых масс в тощем желудке). Однако в каждом случае нахождения пищевых остатков натошак при повышенной кислотности ж. с. приходится подумать и о функциональном стенозе привратника. Следовательно, и здесь требуется подтверждение диагностики анамнестическими данными, т. е. наличием не единичных случаев, а постоянной ретенционной рвоты.

Чтобы покончить с вопросом о значении лабораторного исследования желудочного сока, мы считаем необходимым указать, что при разборе результатов исследования ж. с. недостаточно внимания уделяется наличию слизи в желудочном содержимом. В наблюдениях, проведенных нами во время работы в клинике профессора П. А. Ломовицкого, выявилось довольно отчетливо, что во всех случаях язвы желудка в ж. с. этих больных было очень мало слизи или таковая вовсе отсутствовала, в то время, как в нормальном желудке и большинстве других его заболеваний количество слизи в ж. с. было более или менее значительно. Таким образом отсутствие слизи в ж. с. может служить еще одним фактом в деле диагностики язвы желудка.

И еще один момент—это нахождение крови в ж. с. К последнему признаку, по нашим наблюдениям, нужно относиться с большой осторожностью, так как широкое применение тонкого зонда с выкачиванием ж. с. помощью шприца очень часто ведет к присасыванию слизистой желудка, результатом чего и является примесь большего или меньшего количества свежей крови. Наличие такой крови, макроскопически обнаруженной в ж. с., было отмечено в большом числе протоколов исследований ж. с. таких больных, которых мы никак не могли отнести к числу язвенных. Нам кажется, что только реакция (Вебер) на скрытое кровотечение, а не примесь крови в ж. с. должна служить диагностическим признаком.

Рентгенологическое исследование желудка. Рентгенологическое исследование, как диагностический метод, в деле распознавания органических заболеваний желудка, в частности язвенного процесса в нем, за последние годы заняло одно из видных мест в ряду других методов исследования желудка. Но рентгенологический метод исследования еще далеко не доступен врачам дальних окраин нашего Союза. Поэтому нам кажется не безинтересным поделиться теми впечатлениями, которые сложились у нас при сравнительной оценке диагностического значения рентгенологического исследования желудка с другими методами в деле распознавания язв желудка. Наблюдаемые нами в стационаре больные язвой желудка до рентгеноскопии были достаточно клинически-лабораторно исследованы. Данные наших исследований сообщались рентгенологу и часто само рентгенологическое исследование желудка проводилось совместно. Кроме стационарных больных нам приходилось в течение последних 3-х лет исследовать большое количество больных, присылаемых из амбулаторий уже с готовыми рентгенологическими исследованиями желудка.

На основании наших наблюдений нужно признать, что преимущество рентгенологического исследования перед другими методами особенно ясно выступает при наличии осложненных язв—рубец привратника или каллезно-пенетрирующие язвы желудка, представляющие собой глубоко проникающей в *muscularis* дефект желудочной стенки с затвердевшими фиброзно-перерожденными краями. Обнаружение в этих случаях на рентгене так называемой ниши Гаудека дает отправные точки для суждения о патолого-анатомическом процессе. Но упомянутые формы язвы желудка встречаются довольно редко. Наиболее частая форма язвы желудка—это *ulcus ventriculi superficialis* или *ulcus simplex*. К этой форме язвы желудка за единичными только исключениями относились наблюдаемые нами больные. С этой формой язвенного процесса желудка и приходится встречаться врачу в его повседневной работе.

Протоколы рентгенологических исследований наших больных показывают, что при рентгенодиагностике поверхностно-расположенных язв *ulcus simpl* приходится довольствоваться на рентгене не прямыми признаками (функциональными). Здесь рентгенологу должны притти на помощь данные клинически-лабораторного исследования больного, каковые кстати сказать, часто и не сообщаются рентгенологу лечащим врачом, чем, по нашему мнению, затрудняется рентгенодиагностика язвы желудка.

Нужно заметить, что „вера во всемогущество“ рентгена, которая существует среди широких слоев населения, нередко находит в себе место и у врачей. Часто лечащий врач без клинически лабораторного исследования направляет больного для рентгеноскопии желудка. В этих случаях трудно ожидать, чтобы результат рентгенологического исследования удовлетворил врача.

Известно, что отсутствие рентгенологических симптомов язвы совершенно еще не исключает наличия язвенного процесса в желудке (А. В. Айзенштейн). Проф. Мунк говорит, что если мы соберем воедино достижения и

опыт рентгенодиагностики язвы желудка, то необходимо признать, что не во всех случаях можно получить удовлетворительный результат, в особенности малодоступной для рентгенодиагностики является простая язва в ее начальных стадиях.

Данные наших исследований нам показали: 1) что рентгенодиагностика язвы желудка может служить только подсобным методом исследования и 2) что при наличии ясных анамнестических и клинически-лабораторных данных исследования, говорящих за язву желудка, отрицательный результат рентгенологического исследования или невозможность произвести рентгеноскопию не должно служить препятствием для диагностики язвы желудка.

Размеры журнальной статьи не позволяют нам подробно остановиться на дифференциал. диагностике между язвой желудка и другими заболеваниями брюшных органов. Однако мы считаем необходимым кратко сказать о том заболевании, которое, по нашим наблюдениям, наиболее часто приходится дифференцировать с язвой желудка—это *невроз желудка*. Ни анамнез, ни клиническое исследование больного неврозом желудка не могут дать достаточных данных для отличия от язв желудка, а между тем длительное наблюдение над больными неврозом желудка, как амбулаторно, так и стационарно, показало нам, что под этим заболеванием мы чаще всего просматриваем язву желудка и мы в итоге наших наблюдений в этих случаях поступали обычно так: больные неврозом желудка, которые, несмотря на проведенное амбулаторное лечение, являлись к нам повторно с теми же жалобами и особенно при наличии у них характерных для язвы периодических приступов болей, мешающих им продолжать свою обычную работу, таким больным мы предлагаем: 1) Провести стационарно тот метод консервативного лечения, каковой мы применяли при лечении больных язвой желудка и

2) в случаях давности страдания мы считаем при возможности необходимым направлять больного для рентгенологического исследования дабы исключить наличие какой-нибудь осложненной формы язвы желудка, требующей подчас и неотложной хирургической терапии.

Наши наблюдения мы можем резюмировать так:

1. Одни лабораторные исследования (желуд. сок, рентгеноскопия) без взаимной связи их с объективным исследованием больного, а главное без тщательно собранного анамнеза не могут служить основанием для диагностики язвы желудка.

2. Тщательно собранный анамнез с подробным разбором болезненных проявлений в их взаимной связи с условиями повседневной работы больного служит лучшим методом для диагностики язвы желудка.

Из желудочно-кишечного санатория „Семигорье“, Северный Кавказ.

К перкуссии органов брюшной полости.

Врача А. Петровых.

Вопрос о перкуссии является в достаточной мере изученным, однако при заболеваниях органов брюшной полости и сейчас еще рекомендуют различные методы перкуссии. В случаях, когда, несмотря на наличие определенных признаков, мы затрудняемся установить заболевший орган и характер его заболевания (напр., увеличенная малярийная селезенка или замкнутый гидронефротический мешок слева и др.), перкуссия часто является методом, в значительной степени способствующим распознаванию страдания.

Говоря о перкуссии, следует отметить, что применяют прямую или непосредственную (метод Ауенбруггера, Образцова), когда удар производится непосредственно пальцем или молоточком по исследуемому участку, и непрямую или посредственную, когда перкутируют пальцем