

## К вопросу о возможной связи язвы желудка с почечно-каменной болезнью.

Лихт Л. М. (г. Ростов н-Д.).

Больше ста лет прошло с тех пор, как французский врач и анатом Крювелле дал впервые описание язвы желудка. Интересен и многообразен пройденный вековой путь. Много заманчивых и красивых теорий и гипотез создано для объяснения патогенеза этого страдания. Судьба многих из них однако оказалась недолговечной: с прогрессом наших знаний они принуждены уступать свое место другим более современным теориям. Не вдаваясь в перечисление всех существующих теорий, отметим, что Ахилловой пятой многих из них является тот факт, что слишком много внимания уделяется чисто местным факторам (расстройство кровообращения, катарр слизистой, отсутствие антифермента, механические моменты); больше говорится о язве, чем о носителе этой язвы: из-за язвы не видно язвенного больного. Успехи физической химии, учение об ацидозе и алкалозе приблизили нас к представлению о пептической язве как о болезни нарушенного обмена веществ (нарушение физико-химического равновесия в смысле реакции среды), как об общей болезни (*ulcus-Krankheit Moravitz'a*). В свете этой новой теории теряет свое самостоятельное значение такая, например, общепринятая теория, как учение Бергмана о пептической язве как о симптоме вегетативной дистонии. В этом смысле сама вегетативная дистония, как и пептическая язва, является не первопричиной, а следствием. Отражением новых веяний явились теория Балинта и работы проф. С. С. Зимницкого. Согласно исследованиям этих авторов в патогенезе язвы желудка (и 12 п. к.) лежит ацидоз тканей. В противоположность этой „кислой“ теории целым рядом авторов указывается на тот факт, что при язве желудка мы имеем сдвиг не в сторону ацидоза, а скорее в алкалоз—„щелочная“ теория. (Hollo a Weiss, Якимов, Лифшиц и др.).

Несмотря на то, что фактическая база в вопросе о значении щелочно-кислотного равновесия в происхождении пептических язв еще очень скудна, тем не менее надо думать, что более глубокий подход приблизит нас, наконец, к правильному разрешению этой давно назревшей проблемы.

В краткой статье я хотел остановиться на сочетании язвы желудка с почечно-каменной болезнью. Такое комбинированное сочетание является еще одним доказательством того, что язва желудка есть общее конституциональное заболевание, а не изолированное страдание одной лишь слизистой оболочки желудка. Уточнение и укрепление идеи о язве желудка, как о болезни обмена веществ, даст возможность сделать выводы большого практического значения, так как избавит язвенных больных от столь частых и большею частью беспредельных операций и направит, наконец, терапию этой большой группы больных в правильное русло. Глубоко, конечно, прав Е. И. Майзель, который по этому поводу пишет: „нельзя же, в самом деле, видеть в искусственном союзе между желуд-

жом и тонкой кишкой или в резекции большей части желудка вышее достижение в области терапии конституциональной белзнии В первом случае больной остается с желудочно-кишечным свищом, который не только может вызвать *circulus vitiosus* или *ulcus peritum*, но даже не предохраняет от прободения язвы или желудочно-дуоденального кровотечения так же, как это бывает при неоперированной пептической язве; во втором случае—больной остается с обрубком желудка вместо центрального пищеварительного органа и всю жизнь должен соблюдать диету".

Говоря о комбинации язвы желудка с почечно-каменной болезнью, мы прежде всего хотим исключить те случаи, где у заведомо язвенных больных, лечившихся в течение долгого времени щелочами, разыгрывается приступ почечно-каменной колики. По мнению американских авторов, применение больших доз щелочей в течение продолжительного времени ведет к раздражению со стороны почек и к образованию почечных камней. Об этом говорит и Куттнер. Нас интересуют, главным образом те случаи, где почечно-каменная колика предшествовала первым проявлениям язвы желудка или наступила у тех лиц, которые не пользовались щелочами. Прежде чем перейти к разбору нашего материала, мы хотим кратко остановиться на том, что происходит по ту сторону желудочных клеток во время их деятельности.

В период секреции желудочного сока из кровяного тока все время отнимаются как ионы хлора, так и ионы натрия, причем ионов хлора значительно больше, чем ионов натрия, так что концентрация хлорных ионов в кровяном русле значительно уменьшается по сравнению с концентрацией ионов натрия. Место удаленного аниона хлора занимает другой анион—угольная кислота, всегда и повсюду имеющаяся в организме; результатом этой реакции будет увеличение бикарбонатов, нарастание которых в крови создает угрозу к сдвигу реакции в щелочную сторону. Нарушенное равновесие  $H^+OH^-$  однако быстро выравнивается регуляторной деятельностью кишечных желез и поджелудочной железы, выделяющих щелочной сок, богатый бикарбонатами. В системе регуляторов, наряду с кишечными железами и поджелудочной железой, почки также в сильной степени способствуют поддержанию кислотно-щелочного равновесия. Это главнейший орган, через который происходит удаление из организма как щелочей, так и кислот. Колебания рН мочи находятся в прямой зависимости от пищевого режима, от состояния секреции, от интенсивности мышечных упражнений и т. д. В случае избыточности почечная паренхима способна выделять избыточные карбонаты, когда количество щелочей крови превышает норму. Почки выделяют мочу тем щелочнее, чем сильнее кислотность и больше количество отделяющегося желудочного сока. При гиперацидитас моча, выпущенная после еды, несколько мутна от осадка аморфных фосфатов земель; эта форма фосфатурии обуславливается исключительно желудочной секрецией; таким образом создаются условия для образования конкрементов в мочевых путях; с другой стороны, щелочная реакция мочи в значительной степени способствует внедрению и росту микроорганизмов, результатом чего может явиться инфекция почечных лоханок; присоединившийся пилзиг уже самостоятельно создает условия для камнеобразования.

Вопрос о характере аномалии секреции при круглой язве желудка в последнее время подвергался неоднократно пересмотру. Хотя и доказано, что язва может возникнуть и развиваться как при нормальной, так и при пониженной кислотности, однако трудно отказаться от наших повседневных наблюдений, убеждающих нас в частоте гиперсекреции и гиперацидитас при этом страдании. Особенно это касается свежих случаев пептических язв без присоединившегося гастрита, с угасанием функциональной деятельности железистого аппарата слизистой желудка; тем более это надо иметь ввиду в предъязвенном периоде, когда и в самом организ-

ме и в стенке желудка создаются условия, благоприятствующие возникновению язвенного процесса. Если мы учтем все эти обстоятельства—гиперсекрецию и гиперхлоргидрию желудочного сока, нарушенное в связи с этой аномалией секреции равновесие  $H^+OH^-$  ионов в сторону алкалоза, регуляторную деятельность почечной ткани, выводящей излишек бикарбонатов из организма,—то нам станет понятной щелочная реакция мочи в подобного рода случаях и возникающая таким образом фосфатурия с последующим камнеобразованием. Вся эта цепь является неразрывно тесно связанной друг с другом и лишней раз убеждает нас в том, что одними местными причинами не развязать этот Гордиев узел. Лишь тщательное изучение нарушенного обмена веществ, проявлением которого является пептическая язва желудка, сумеет найти, наконец, правильное решение этой задачи. В этом смысле могут представить некоторый интерес наши случаи, к описанию которых мы и переходим.

*Случай № 1.* Б-ной К., 44 лет, поступил б-цу с жалобами на боли под ложечкой после еды, примерно через полчаса-два часа, частую изжогу, отрыжку, изредка рвоту. Подобного рода явления отмечает у себя в течение последних трех лет. Наряду с этим жалуется на постоянные ноющие боли в правой поясничной области, иррадиирующие вниз живота, на частые мочеиспускания и выделение мутной мочи. Первый приступ сильных болей в области правой поясницы б-ной относит к 1923 г. Примерно каждые два-три месяца повторяются подобного рода приступы, причем каждый раз они сопровождаются сильнейшими болями и доводят больного до мысли о самоубийстве. После приступа резких болей всякий раз остается еще надолго тупая боль в правой поясничной области. Щелочей никогда не принимал. *Объективно:* легкие и сердце норма. Верхний квадрант правой прямой мышцы живота напряжен и болезнен. Пастернацкий положит. справа. Анализ желудочного сока: общ. кисл.—92, своб. с. кисл.—36, связ. с. к.—52, слизи в небольшом количестве. Ан. мочи: р.—щелочная, б.—0,06%, лейкоц. 4—8—10 в п. зр., эпителий мочевыводящих путей на всем п. зр., трипельфосфаты в большом количестве, фосфаты в значительном количестве в п. зр. На рентгенограмме правой почки обнаружен большой ветвистый камень (коралловый камень). Рентген желудка: перистальтика усиленная, на малой кривизне, в средней трети, имеется ниша. Болевая точка в области ниши и пилоро-дуоденальном отрезке.

*Случай № 2.* З-ной К., рабочий, 29 л. Осн. жалобы: боли под ложечкой натошак, успокаивающиеся после еды и снова возобновляющиеся через 2—3 часа; кислая пища, как правило, всегда обостряет боли. Из диспептических жалоб отмечает кислую отрыжку, тошноту, частые срыгивания кислыми массами, по временам рвоту. Стул—наклонность к запорам. Вольным себя данным заболеванием считает около 5 лет. По поводу этих жалоб б-ному в 1929 г. была произведена холецистэктомия, которая однако подложечных болей не прекратила. Неоднократно подвергался исследованию желудочного сока, причем общая кислотность всегда оказывалась повышенной: 82, 79, 69. В 1929 г. по поводу сильных болей при мочеиспускании б-ному удален камень из мочевого пузыря. Щелочи стал принимать только с 1929 г. *Объективно:* легкие и сердце норма. На передней брюшной стенке два рубца: один между мечом и пупком, другой над лобком. Пальпация живота обнаруживает резистентность и болезненность в области верхней трети правой прямой мышцы живота; боль резко всего выражена в пилоро-дуоденальной области. Желудочный сок: общ. кисл.—83, своб. сол. кисл.—63, связ. сол. кисл.—14, слизи в значительном количестве. Рентген желудка: по принятии висмутовой каши желудок принимает поперечное положение; своей пилорической частью он притянут к печени, лежит выше биликальной линии на пять попер. пальцев. Перистальтика глубокая, резкая, делящая желудок как бы на три части. Активная и пассивная подвижность ограничены. Игра привратника резко оживленная, переход каши из желудка в 12-ти п. к. быстрый. Болевая точка в пилоро-дуоденальной области. Через полчаса желудок был почти пуст. На основании вышеизложенного можно предположить язву пилорической части желудка с явлениями перигастрита и перипилорита. Ан. мочи: прозрачность—мутная, уд. вес—1017, р.—щелочная, б.—0,03%, эритроц.—един. в препарате, лейкоц.—в значит. количестве, трипельфосфаты в большом к-ве. Рентгенография почек камня не обнаружила.

*Случай № 3.* Б-ной К., 36 лет, столяр. Основн. жалобы: боли под ложечкой после еды, длительностью до 3—4 часов; ежедневно по вечерам рвота кислыми массами, после которой боли всегда успокаиваются; изжога, исчезающая после приема соды; частые мочеиспускания до 15 раз в течение суток; боли под ложечкой впервые появились в 1926 г. Общ. кисл. желудочного сока оказалась тогда равной 80. Ввиду нарастания болей подвергся в 1927 г. оперативному вмешательству под диагнозом язва желудка. Во время операции произведено было разделение мощных спаек между пилородуоденальным отрезком и желчным пузырем. Из отдаленного анамнеза мы узнаем, что еще на третьем году жизни нашему б-ному удален камень из мочевого пузыря. В 1917 г. приступ левосторонней почечно-каменной колики; подобного рода приступ повторился в 1923 г. В дальнейшем приступы нередко повторялись, но не носили уже столь интенсивного характера, как при первых двух приступах. В 1924 г. заражение люэсом. Щелочи стал принимать с 1926 г. *Объективно:* б-ной пониженного питания. Легкие—норма, тоны сердца глухи. На передней брюшной стенке два рубца: один между пупком и мечем, другой над лобком. Вся эпигастральная область напряжена и болезненна больше справа. Печень уплотнена, прощупывается на 2—3 пальца. Ан. желуд. сока: общ. кисл. 30, своб. с. кисл.—14, связ. сол. кисл. 16. Моча: р.—щелочная, б.—следы, лейкоц. 5—10 в п. зр., местами до 20, трипельфосфаты в небольшом к-ве. Реакц. Вассермана отрицательная. Рентгенография почек и пузыря камня не обнаружила. Рентген желудка: активная и пассивная подвижность желудка в пределах нормы. Болевая точка разлитая в области 12-ти п. к.

*Случай № 4.* Б-ной П., 36 лет, рабочий. Основн. жалобы: боли под ложечкой через 2—3 часа после еды, постоянная изжога, отрыжка пищей, запоры. Все эти жалобы отмечает у себя с 30 г. В 1928 г. у б-ного разыгрался приступ сильных болей внизу живота, сопровождавшийся частыми позывами к мочеиспусканию с иррадиацией болей в половые органы. Боли длились тогда около 8-ми час. В этом же году б-ной подвергся аппендектомии. Второй приступ подобных же болей наступил в мае 1931 г. Через месяц, в ночь на 6 июня, разыгрался новый приступ, по поводу которого б-ной был каретой скорой помощью доставлен в б-ницу. *Объективно:* легкие и сердце—в пределах нормы. При пальпации живота отмечается напряжение и болезненность в области верхней трети правой прямой мышцы живота. При рентгенографии мочевого пузыря обнаружено два камня. Рентген желудка: желудок имеет форму крючка, разворачивается по гипертоническому типу. Перистальтика резкая. Переход каши из желудка в 12-ти п. кишку идет беспрерывно. Болевая точка—в области 12-типерстной кишки; последняя несколько деформирована. Через час в желудке незначительный остаток каши. В моче обнаружены един. эритроциты. Этот случай отличается от других тем, что б-ной по поводу изжоги принимал щелочи еще до первого приступа почечно-пузырных колик, правда лишь два-три раза в неделю, усиленно же лечиться щелочами стал лишь с августа 1930 г. Из-за этих соображений мы приводим и этот случай.

На основании нашего небольшого материала, обнимающего всего шесть подобного рода случаев (мы привели лишь четыре, ввиду однородности других), мы не собираемся, конечно, сделать каких-либо выводов. Вопрос о комбинированном сочетании язвы желудка с почечно-каменной болезнью еще очень мало освещен в литературе. Поэтому мы закончим нашу краткую статью пожеланием, чтобы врачи заострили над этим вопросом свое внимание и соответственным образом отразили это в периодической медицинской печати.

*Литература.* 1) С. Б. Оречкин. Врачебное дело, № 13, 1927 г.—2) Г. Н. Лифшиц. Врачебное дело, № 3, 1928 г.—3) Е. И. Майзель. Терапия язвенной болезни желудка, Москва, 1931 г.—4) М. Лаббе и Ф. Непве. Ацидоз и алкалоз. 1931 г.—5) Проф. С. С. Зимницкий. Врачебное дело. № 17—18 и 19, 1926 г.—6) В. Ф. Якимов. Казанск. мед. журнал № 8, 1926 г.—7) Проф. Г. Периц. Введение в клинику внутренней секреции.—8) Проф. В. Штубер. Клиническая физиология.—9) Шмуклер и Уткин. Клиническая медицина, т. IX, № 6, 1931 г.