

## О пилоро-дуоденитах <sup>1)</sup>.

Проф. М. Н. Чебоксарова.

Если бы года 3—4 тому назад к нам пришел больной с жалобами на поздние боли после еды, на голодные и ночные боли, если бы у него нашли повышенное содержание свободной HCl в желудочном соке, кровь в желудочном содержимом или в испражнениях, и если бы, наконец, мы прощупали у него гипертрофированный и болезненный привратник, то мы, вероятно, не колеблясь поставили бы здесь диагноз язвы желудка или 12-перстной кишки. Теперь же с такой категоричностью и уверенностью подобной диагностики мы ставить не можем и не должны. Ибо теперь мы знаем, особенно благодаря широкому применению гастроскопии (гл. образ. в Германии), а также благодаря широкому распространению желудочно-кишечной хирургии, что весь симптомокомплекс, который мы считали почти патогномичным для язвы желудка или 12-перстной кишки, может быть налицо при заболеваниях желудка, где никакой язвы нет и не было. Мы теперь знаем о существовании „язвенной болезни без язвы“—*Ulcuskrankheit ohne Ulcus!*

Такой язвенной болезнью без язвы являются по преимуществу те формы хронических гастритов (а также, как мы увидим ниже, и дуоденитов), которые известны под названием *gastritis chr. hypertrophicans* или *gastritis chr. ulcerosa* (resp. *duodenitis ulcerosa*). Весь симптомокомплекс свойственный язве желудка, вплоть до желудочных кровотечений (благодаря имеющимся эрозиям и изъязвлениям слизистой оболочки), может иметь здесь место. При указанных формах гастритов глубокий воспалительный процесс локализуется главным образом в привратниковой области желудка, а иногда в прилежащей к привратнику части 12-перстной кишки. Отсюда выделение в особую клиническую форму Лоерег'ом, в 1919 г., так наз. пилоритов и *Ramond'*ом, в 1925 г.—дуоденитов. Наконец, в 1927 г. французские клиницисты *Bouchut* и *Ravault* предложили ввести в клинику понятие о пилоро-дуоденитах, как об отдельном клиническом синдроме.

Авторы эти в № 2 „*Arch. des maladies de l'appareil digestif*“ привели подробные истории болезни семи больных, у которых они на основании как клинического изучения, так и гистологического исследования установили наличие вышеуказанного синдрома. Все эти больные жаловались на боли, появляющиеся спустя 2—3 часа, иногда и позже, после еды; боли эти иррадиировали кзади и в большинстве случаев успокаивались после приема щелочей, или теплого питья, или вообще

<sup>1)</sup> Сообщено в Обществе врачей при Казанском университете 16/X 1928 г.

от приема какой-либо пищи. Боли эти локализовались или в эпигастральном углу, или ниже, вправо от средней линии. У большинства больных была изжога; реже наблюдалась рвота, после которой боли обычно уменьшались. Как и при язвах, наблюдалась известная периодичность в появлении болей. У некоторых больных боли были преимущественно весной и осенью. У всех больных как общая кислотность желудочного сока, так и содержание свободной HCl, были повышены. Скрытые кровотечения наблюдались сравнительно редко; в одном случае была повторная кровавая рвота. У всех этих больных с большей или меньшей степенью вероятности был поставлен диагноз язвы желудка или duodeni.

Все больные были подвергнуты операции, и ни в одном случае не было обнаружено ни язвы желудка, ни язвы 12-перстной кишки.

При операции у всех почти больных были констатированы явления адгезивного перигастрита и перидуоденита. Слизистая оболочка привратниковой области, а также прилежащей части 12-перстной кишки, была резко гиперэмирована, отечна, гранулирована и покрыта поверхностными эрозиями. Была произведена эксцизия, и патолого-гистологическое исследование указало на резко выраженный, глубокий воспалительный процесс в слизистой оболочке. Авторы отмечают, что при операции у больных не было обнаружено ни хронического аппендицита, ни холецистита.

Результаты своих наблюдений авторы резюмируют следующим образом: *„Имеется клинический синдром, который поразительно напоминает собой картину язвы желудка или 12-перстной кишки, но который на самом деле зависит исключительно от воспалительного процесса—как паренхиматозного, так и интерстициального—слизистой оболочки, т. е. от пилоро-дуоденита“* (о. с., стр. 147).

По мнению авторов подобные пилоро-дуодениты имеют инфекционное происхождение, но делать какие-либо заключения о природе этой инфекции и о способах внедрения ее авторы не считают для себя возможным.

На основании своего личного клинического опыта мы считаем вполне рациональным выделение в особую клиническую форму описанного Bouchut и Ravault синдрома, и в настоящее время диагноз пилоро-дуоденита уже входит постепенно в обычный диагностический обиход нашей клиники. Мы склонны думать, что пилоро-дуодениты встречаются очень и очень нередко, и здесь именно более, чем где-либо, мы ставили и ставим ошибочный диагноз язвы pylori или duodeni.

В одном мы расходимся с названными французскими авторами,— как указано выше, эти последние у своих больных не находили одновременно хронического воспаления червеобразного отростка или желчного пузыря, мы же, напротив, почти во всех наших случаях без исключения могли констатировать несомненную наличность хронического аппендицита. Мы даже полагаем, что именно аппендицит и является исходным пунктом, откуда инфицируется пилоро-дуоденальная область.

Распознавание пилоро-дуоденитов является чрезвычайно трудным, как на это указали и сами авторы, ибо как клиническое течение болезни, так и данные субъективного и объективного исследования могут ничем не отличаться от таковых же при пилорических и дуоденальных язвах. Мы можем указать только, что в наших случаях мы никогда не имели

ни желудочных, ни кишечных кровотечений, а исследование на скрытые кровотечения давало непостоянные результаты. Далее, мы считаем очень важным отметить, что у всех наших больных без исключения мы могли прощупать гипертрофированный и очень болезненный pylorus, часто с очень выраженной „игрой“ его. Наконец, очень большую ценность мы придаем R ö n t g e n'овскому исследованию: отрицательные результаты его по отношению к круглой язве при наличии симптомов язвенной болезни могут иметь решающее значение в пользу диагноза пилородуоденита. Все же мы должны сознаться, что наша диагностика пилородуоденитов является только более или менее вероятной. Только гастроскопия и рентгеновский снимок рельефа слизистой оболочки могли бы оказать здесь неоценимую услугу. К сожалению, мы не имеем возможности использовать эти методы, и потому приходится слишком много полагаться на нашу врачебную интуицию.

Что касается лечения пилородуоденитов, то оно по существу должно быть терапевтическим. Это последнее принципиально ничем не отличается от обычных способов лечения язвы желудка resp. 12-перстной кишки. Мы лично назначаем диету и прием щелочей по методу S i r r u, висмут в больших дозах, обычно в комбинации с анестезином, и препараты белладонны или в виде приема внутрь *extr. belladonnae*, или, еще лучше, в виде подкожных впрыскиваний *atropini sulfurici*.

Но, учитывая значение хронического аппендицита, который, как мы указали выше, почти постоянно наблюдался у наших больных, мы настоятельно рекомендуем здесь предварительное оперативное удаление червеобразного отростка. При наличии спазмов со стороны гипертрофированного привратника, которые являются обычными спутниками пилоритов, мы советуем вместе с аппендэктомией одновременно производить пилоропластику, а также рассечь имеющиеся здесь вследствие перипилородуоденита сращения.

При применении указанного лечения мы получали у наших больных очень хороший терапевтический эффект, и потому предсказание при пилородуоденитах, по нашему мнению, отнюдь не является неблагоприятным.

Из наших больных с диагнозом пилородуоденита две больных женщины были подвергнуты смешанному хирургическому и терапевтическому лечению. Операция была произведена проф. А. В. Вишневым. При осмотре желудка и 12-перстной кишки никакой язвы не было обнаружено, несмотря на наличие у больных всего язвенного симптомокомплекса. Привратник был гипертрофирован. У одной больной были значительные перипилородуоденальные сращения. У обеих больных был обнаружен хронический аппендицит. Больным была произведена операция аппендэктомии, пилоропластики и рассечения сращений. После операции было проведено тщательное терапевтическое лечение. В настоящее время прошло около года после операции, и у больных нет ни болей, ни других симптомов язвенной болезни; клинически их можно считать здоровыми.

Целью настоящего маленького сообщения было—привлечь внимание врачей к этому мало еще изученному синдрому, ибо, если мы будем помнить о существовании пилородуоденитов с их клинической картиной язвенной болезни, то в ряде случаев, быть может, это поможет нам избавиться от невольных диагностических ошибок и направит на правильный путь нашу терапию.