

РЫБИНСКИЙ

— — — — —

КЛАССИФИКАЦИЯ
ЯЗВЕННОЙ
БОЛЕЗНИ



М Е Д Г И З ~ 1950

Доктор медицинских наук
А. Д. РЫБИНСКИЙ

КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

(КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ОЧЕРК)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1960 — МОСКВА

ВВЕДЕНИЕ

«Лечение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки представляет собой нелегкую задачу, для выполнения которой требуется прежде всего диагносцировать не только язвенную болезнь, но и форму ее, локализацию язвы, осложнения ее и оценить общее состояние организма» (Р. А. Лурия).

При клинических наблюдениях, претендующих на какое-нибудь научное значение, нельзя допускать деление язвенной болезни, как это обычно делается, только на две группы, в зависимости от локализации процесса: язвы желудка и язвы двенадцатиперстной кишки. Локализация язвы часто имеет лишь второстепенное значение среди других признаков, определяющих при многолетнем течении различные стадии и формы язвенной болезни, которые невозможно уложить только в особенности ее локализации. Необходимо умелое соединение всех клинических проявлений болезни, анатомических изменений и функциональных сдвигов в единое клиническое понимание, чтобы правильно определить «тактический момент болезни» (Р. А. Лурия) и правильно лечить больного.

Иными словами, нужна подробная классификация язвенной болезни, отражающая разнообразные формы и стадии длительного процесса с учетом как патолого-анатомических особенностей, определяемых рентгенологически, так и клинической картины. При этом бесцельно спорить о том, что должно стоять на первом месте — рентгенологическое или клиническое исследование, так как в одних случаях клинические данные, например, анамнез, оказываются решающими, в то время как рентгеновское исследование несостоит, а в других, наоборот, рентгенодиагностика оказывается решающим методом.

Диагноз строится на учете всех проявлений болезни, в том числе и на данных рентгенологического изучения больного органа. Клиническое мышление врача всегда должно основываться не на отдельных симптомах болезни, а на их комплексе, претворяющем в клинико-рентгенологические образы, которые являются основой построения классификации. При этом следует заметить, что негативные результаты рентгеновского исследования тоже имеют определенное значение, нужно только знать, когда это бывает.

Необходимо оговорить, что классификация никогда не содержит в себе резко отделенных между собой форм болезни, ибо всегда существуют переходные стадии и различные комбинации, а в динамике одна форма может переходить в другую. Классификация является лишь схемой, облегчающей мышление врача, помогающей вникнуть в сущность процесса и понять клинические и патологоанатомические особенности текущего момента болезни.

Предложено много классификаций язвенной болезни, построенных по различным признакам: по локализации, течению, осложнениям, доминирующими симптомам. Отличают язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, типичные и атипичные язвы (Боас), острые и хронические, простые и каллезные, осложненные (прободные, кровоточащие) и неосложненные, наконец, легкие, средней тяжести и тяжелые формы (Е. М. Эрман); неосложненные, осложненные и послеоперационные (И. М. Рыбаков). Наиболее полной и удачной, несомненно, является классификация Р. А. Лурия, который делит все клинические формы язвенной болезни на пять групп.

A. По локализации

1. Язвы желудка (малой кривизны).
2. Язвы пилорической части желудка.
3. Язвы кардиальной части желудка.
4. Язвы двенадцатиперстной кишки.
5. Пептические язвы тонких кишок.
6. Пептические язвы пищевода.

Б. П о т е ч е н и ю

1. Скрытые язвы (бессимптомные).
2. Острые флоридные, свежие язвы.
3. Хронические язвы желудка, каллезные язвы.
4. Осложненные язвы: а) воспалительные процессы (перигастриты, воспалительные опухоли, спайки с соседними органами); б) кровоточащие язвы; в) прободные язвы; г) раковоперерожденные язвы.

В. П о с л е я з в е н н ы е п р о ц е с с ы

1. Двухполостной желудок.
2. Сужение привратника.
3. Расширение желудка.

Г. З а ж и в ш и е я з в ы (после лечения)

Д. О п е р и р о в а н н ы е я з в ы

Как видно, единый принцип в этой классификации не выдержан, и она является смешанной. Вместе с тем у Р. А. Лурия классификация остается «мертвым кладом», так как клинику язвенной болезни он излагает вне зависимости от нее.

В основу нашей клинико-рентгенологической классификации, созданной в результате наблюдения многих тысяч больных язвой в Железноводске и Ессентуках, частично взяты те же положения, что и в классификации Р. А. Лурия, но вместе с тем имеются и существенные отличия.

Мы не считаем правильным выдвигать на первый план локализацию процесса, а придаем ей только второстепенное значение; поэтому в нашей классификации даже нет и рубрик, отражающих расположение язвы. Это не значит, что локализация может вообще игнорироваться, ибо ее значение несомненно, хотя бы, например, в возникновении различных осложнений, часто зависящих от анатомических особенностей (при дуоденальных язвах — сужение и прободение, при кардиальных — раковое перерождение, при язвах тощей кишки — желудочно-кишечный каловый свищ).

Точно так же и по тем же основаниям множественные язвы не выделяются нами в особую рубрику, ибо множе-

ственность поражения является лишь частным случаем локализации.

Отсутствуют в нашей классификации еще две рубрики — прободные язвы и кровоточащие язвы, имеющиеся в классификации Р. А. Лурия. Прободение и кровотечение являются лишь преобладающими симптомами на весьма ограниченном отрезке времени и могут наблюдаться при различных состояниях, объединение которых в одну общую категорию невозможно (например, кровотечение или прободение при свежей язве и при раково-перерожденной язве). Таким образом, прободение и кровотечение не представляют собой симптомокомплексов, характеризующих какую-либо определенную форму или стадию болезни, и не могут быть поэтому положены в основу того или иного раздела классификации.

Кроме того, мы полагаем, что хронические язвы нужно классифицировать подробнее. Понятие «зажившие язвы» вполне укладывается в раздел «Послеязвенные процессы», а термин «оперированные язвы» заключает в себе самые разнообразные заболевания, которые требуют более подробной разбивки. Имеются и другие различия, которые будут ясны из дальнейшего изложения.

Клиническая классификация язвенной болезни

А. Язвенные процессы

I. Острые (свежие) язвы.

II. Хронические рецидивирующие язвы:

1) Банальные формы рецидивирующей язвы.

2) Поздние рецидивы язвенной болезни.

3) Юношеские формы язвенной болезни.

III. Хронические индуративные (каллезные) язвы.

IV. Язвы осложненные:

1) прониканием ее, воспалительными опухолями, деформацией желудка и обширным перигастритом;

2) сужением (компенсированным, субкомпенсированным и декомпенсированным);

3) раковым перерождением.

V. Послеоперационные язвы:

1) незажившие язвы после гастроэнтеростомии, ушивания прободения и других паллиативных операций;

- 2) рецидивы и новые язвы после гастроэнтеростомии, ушивания прободения и других паллиативных операций;
- 3) пептические язвы тощей кишки после гастроэнтеростомии;
- 4) язвы после резекции желудка.

VI. Скрытое (бессимптомные и атипичные) язвы.

Б. Послеязвенные процессы

- I. Перигастриты и деформации желудка.
- II. Сужения привратника (компенсированные, субкомпенсированные и декомпенсированные).
- III. Свищи после прорыва язвы в кишку и в желчные пути.

В. Послеоперационные процессы

- I. Гастриты после гастроэнтеростомии и других паллиативных операций.
- II. Перигастриты после гастроэнтеростомии и других паллиативных операций.
- III. Болезни анастомоза:
 - 1) анастомозиты и перигастроэнтеростомозиты;
 - 2) длительное затекание (застой) в приводящий отдел анастомоза;
 - 3) хронический порочный круг;
 - 4) гастроэнтеростомический гипер-гипацидный симптомокомплекс (болезнь Прибрама).
- IV. Болезни желудка после резекции:
 - 1) гастриты и перигастриты после резекции желудка;
 - 2) анастомозиты и перинанастомозиты после резекции желудка;
 - 3) извращения эвакуаторной функции желудка после резекции:
 - а) застой в двенадцатиперстной кишке при Бильрот I;
 - б) длительное затекание (застой) в приводящий отдел при Бильрот II;
 - в) молниеносное опорожнение после резекции желудка.
- V. Осложнения после множественных и различных редких операций.

Легко предусмотреть возражение, которое прежде всего может быть сделано по поводу этой классификации, а именно, по поводу якобы излишней громоздкости,

сложности классификации и тем самым трудности диференциации полиморфных состояний (В. Н. Смотров). Считаем нужным здесь еще раз подчеркнуть, что видим смысл лишь в такой классификации, которая отражает в подробностях детальную диагностику на всех этапах болезни и отвергаем всякие упрощения. Несложные классификации, как, например, неосложненные, осложненные и послеоперационные язвы (И. М. Рыбаков), или просто — легкие, средней тяжести и тяжелые формы язвенной болезни (Е. М. Эрман) считаем вредным упрощением, являющимся результатом недооценки значения классификации как схемы, помогающей пониманию всех клинических и патолого-анatomических особенностей случая, без чего не мыслима рациональная терапия.

В дальнейшем будет дана краткая клиническая, а вместе с тем, конечно, и рентгенологическая характеристика каждой группы классификации с приведением в качестве примеров историй болезни наших больных, т. е. последовательно будет изложена в подробностях клиника язвенной болезни на всех этапах ее течения.

ОСТРЫЕ (СВЕЖИЕ) ЯЗВЫ

Эта группа характеризуется прежде всего коротким анамнезом болезни (6—8 месяцев). Основным, часто единственным, симптомом являются эпигастральные боли без точной локализации, связанные с приемом пищи и ее характером, появляющиеся остро при полном до того благополучии или, что бывает редко, присоединяющиеся к ранее бывшим стертым гастритическим жалобам. Боли эти умеренной или совсем незначительной интенсивности, сосредоточиваются, по ощущению больных, чаще всего в подложечной области и не иррадиируют. Наступают они в различное время после еды, и суждение по этому признаку о локализации язвы бывает обычно ошибочным. Диспептические явления не выражены, за исключением изжоги, которая не носит упорного характера, во многих случаях вообще отсутствует, но иногда бывает первым и единственным симптомом болезни. Рвоты нет или она наблюдается лишь как случайное и очень редкое явление. Болезненность при ощупывании обычно отсутствует.

Только в тех случаях, когда острая язва быстро достигает значительных размеров, глубоко проникает в стенку желудка и процесс распространяется на серозный покров, появляется и точная локализация болей, и болезненность при ощупывании справа и выше пупка в пилородуodenальной области при язвах двенадцатиперстной кишки и препилорической части желудка, а при язвах малой кривизны тела желудка — слева от средней линии выше пупка; для субкардиальных язв при этом характерна отдача болей в грудную клетку и боль в подреберье при глубоком вдохе. До этого топическая диагностика при острых язвах бывает клинически в большинстве случаев невозможна; решающее значение имеет рентгеноскопия.

При исследовании желудочного сока отмечается повышенная или нормальная кислотность, гиперсекреции нет; секреция натощак выше 50 мл характерна для хронической язвы, а при острой бывает редко. Картинка крови без каких-либо изменений. Вегетативных явлений обычно нет.

В рентгеновской картине острые язвы дают симптом ниши в той или другой области с ограниченным инфильтратом слизистой вокруг язвы в виде «светлого венчика» или дефектов соседнего контура; разлитых воспалительных изменений нет, складки слизистой обычные; рубцовые деформации отсутствуют; незначительная секреция натощак, не затрудняющая исследования слизистой; со стороны двигательной функции желудка иногда может быть отмечен повышенный тонус и раздраженная перистальтика. Спазм привратника — абсолютно нехарактерный симптом и наблюдается исключительно редко, даже при локализации язвы в самом привратнике. Вообще объяснять им различные болезненные явления при язве рентгеновские наблюдения не дают оснований.

Необходимо сделать два практически весьма существенных замечания:

1. При простой свежей язве луковицы двенадцатиперстной кишки дефект ткани бывает иногда так незначителен (поверхностная язва), что симптома ниши не получается, зато легко обнаруживается ограниченный

и инфильтрат слизистой, что вполне достаточно для комплексного диагноза.

2. Маленькие ниши при острой язве легко обнаруживаются в луковице двенадцатиперстной кишки и на малой кривизне тела желудка, а в препилорической области, где чаще всего бывают язвы желудка, обнаружить их, так же как и ограниченные инфильтраты слизистой, очень трудно даже для весьма опытного исследователя. При этом нередко наблюдается раздраженная тканевая реакция слизистой антрума, иногда с утолщенными, извитыми и даже поперечными складками. Отсюда ряд в свое время модных диагнозов (антрумгастрит, гастродуоденит, пилородуоденит), которые, как известно, не удержались во врачебной практике, как и локалистическая теория патогенеза язвы Конечного. Особенно много грешили этими диагнозами рентгенологи, отдавая дань времени, в погоне за распознаванием предъязвленной стадии в форме гастродуоденита. Наши взгляды на этот счет, изложенные еще в прежних работах (Рельеф слизистой оболочки желудка и его изменения при гастритах, Вестник рентгенологии и радиологии, № 2, 1938; Желудочные полипы и полипозные гастриты, Горький, 1939), нисколько не изменились и теперь. Мы попрежнему считаем, что стойкие изменения слизистой оболочки в форме беспорядочно перестроенного рельефа встречаются только при старых, с длительным анамнезом, язвах и иногда у ахиликов с выраженным болевым синдромом (*achylia dolorosa*). Таким образом, эти изменения являются скорее послеязвенным, а не предъязвенным состоянием. Интересно, что и хирурги пользовались таким диагнозом, когда при операциях они не находили язвы. Хорошо по этому поводу сказано у Н. Н. Петрова: «Хирурги склонны находить то, что в данный момент привлекает их внимание на основании литературных данных и тех или других собственных впечатлений; в разные периоды своей работы одни и те же хирурги различно истолкуют одну и ту же оперативную находку; в настоящее время те случаи, где язва не обнаруживается, а болезнь принадлежит именно желудку или двенадцатиперстной кишке, а не другим органам, рассматриваются обыкновенно как безъязвенный гастродуоденит. Терапевты теперь тоже говорят

о гастродуодените обычно только тогда, когда не знают настоящего диагноза.

Итак, отрицательные результаты рентгеновского исследования в отношении прямых признаков при свежих язвах не должны смущать терапевта. Выраженный клинический язвенный симптомокомплекс при отсутствии рентгеновской ниши — это чаще всего свежая язва в области антрума. При этом различные функциональные сдвиги в рентгеновской картине заслуживают особенного внимания рентгенолога и терапевта, хотя и не дают сами по себе права на диагноз язвы. И. М. Флекель справедливо пишет, что «довольно распространенная в настоящее время среди врачей тенденция ставить диагноз язвенной болезни целиком в зависимости от обнаружения ниш на рентгеновском экране является крупной ошибкой, сильно ограничивающей возможности диагностики этого заболевания, особенно в ранних его стадиях». И это не потому, что существует «язвенная болезнь без язвы» (Моравиц), чему учит И. М. Флекель, а потому что возможности рентгеновского метода даже в опытных руках, как нами сказано выше, ограничены и, несомненно, имеет место много случаев «язвенной болезни без ниши», что, конечно, не одно и то же и никакого отношения к понятию гастродуоденита Конечного, Моравиц и др. не имеет. Пожалуй, уместно будет оттенить и другую сторону вопроса, а именно, что недостаточно опытные рентгенологи «с тех пор как стремятся базировать диагностику язвы исключительно на прямых признаках, часто грешат в том отношении, что всякое контрастное пятнышко на рельефе и неровность контура определяют термином «ниша» без достаточных к тому оснований; особенно часто это относится к так называемым «рельеф-нишам» (А. Д. Рыбинский, Вестник рентгенологии, т. XVIII, в. 1, 1937). Р. А. Лурия всегда с особой силой восставал против слепого доверия к заключениям рентгенологов без контроля подробным анализом картины болезни, называя это образно «коротким замыканием» в клиническом мышлении врача.

Течение свежих язв благоприятно. Лекарственное лечение с диетическим питанием дает сравнительно быстрый эффект. Показаний к операции, конечно, нет.

Однако возможны и угрожающие жизни тяжелые осложнения — кровотечение и перфорация. По данным многих хирургов, 15—20% всех перфораций относится к случаям без длительного анамнеза. Правда, некоторые авторы, описывая анатомические изменения, которые находились в таких случаях при операциях, высказывали сомнение в том, чтобы они могли развиться остро, но столь же сомнительно, чтобы такие язвы могли долго существовать без клинических проявлений. Рентгенологам хорошо известно, что при свежих язвах могут быть большие и глубокие ниши, а некоторые хирурги (Е. Л. Березов) считают, что прободения часто бывают именно при свежих язвах.

Прогноз при свежих язвах сомнителен еще и потому, что в большинстве случаев болезнь рецидивирует. Ориентировочно можно полагать, что рубцевание без рецидива встречается не более чем в 30—35% случаев.

Предсказание разнится и в зависимости от локализации: язвы двенадцатиперстной кишки и препилорические редко ограничиваются однократным припадком болезни и почти всегда принимают хроническое, рецидивирующее течение, особенно если наблюдаются в юношеском возрасте. Лучшее предсказание в этом отношении дают язвы малой кривизны тела желудка, которые к тому же и лечатся легче.

Язвы субкардиальные редко бывают у молодых; мы никогда не видели их у юношей и детей и лишь в единичных случаях наблюдали в возрасте моложе 30 лет; они чаще бывают у лиц старше 35—40-летнего возраста и имеют хроническое упорное течение, нередко давая осложнения (кровотечение, раковое перерождение).

Для успеха терапии, особенно в смысле предупреждения скорого рецидива, чрезвычайно важно, чтобы врач обратил внимание и направил лечение не только на желудок и заживление язвы, но и учел состояние нервной системы и всех органов брюшной полости — печени, поджелудочной железы, кишечника; хронические воспалительные процессы в них (холецистит, аппендицит) и дискинезии могут быть источником постоянных раздражений по висцеро-висцеральным нервным путям, ухудшая течение болезни (Греков).

По материалам больниц и клиник группа больных со свежими язвами немногочисленна по понятным причинам; много таких больных лечится в амбулаториях, причем и там заболевание тоже не часто распознается и проходит под другими диагнозами — гастрита, гепатита, холецистита, колита, аппендицита и пр. Между тем И. М. Флекель справедливо обращает внимание на то, что «вопросы успешной терапии» вплотную упираются в проблему действительно ранней диагностики язвенной болезни» и что «трудно поддаются длительному стойкому излечению с помощью консервативных методов чаще всего случаи с относительно большой давностью заболевания».

К этому следует прибавить, что в общей цепи лечебных мероприятий при язвенной болезни и курортная терапия с ее направленностью на перестройку организма и его функций, на изменение реактивности тканей тоже имеет значительно больший смысл в свежих случаях, чем у многолетних хроников, тем более часто уже имеющих необратимые осложнения.

Привожу несколько историй болезни в качестве примеров свежих язв.

1. Больной К., 43 лет. Впервые в мае 1943 г. появились боли в подложечной области, усиливающиеся через 1—1½ часа после еды, и изредка кислая отрыжка: работу не прекращал, лечился амбулаторно. Осенью боли усилились, появились головные боли, одышка и сердцебиение. В декабре помещен в госпиталь, где при обследовании обнаружена язва малой кривизны желудка. Через месяц был переведен для лечения в санаторий (Ессентуки).

Жалобы на боли в области желудка, усиливающиеся после приема пищи и успокаивающиеся от грелки и приема соды, отрыжку воздухом, головные боли, одышку и сердцебиение. Тошноты, рвоты и изжоги нет; аппетит хороший, стул ежедневный, сон спокойный.

Объективно: правильного телосложения, питание удовлетворительное, язык влажный, не обложен, живот мягкий; печень у края реберной дуги; ощупывание печени и желудочно-кишечного тракта безболезненно; сердце — левая граница по сосковой линии, тоны акzentуированы, кровяное давление 110/80, пульс 84 удара в минуту; стойкий красный дермографизм, рефлексы в норме.

Анализ желудочного сока натощак: общая кислотность — 40, свободная соляная кислота — 22. Гемоглобин — 78%, РОЭ — 6 мм в час.

Рентгеноскопия: в нижней трети малой кривизны тела желудка небольшая коническая ниша без заметных изменений окружающей слизистой оболочки; складки слизистой обычные, секрета натощак

немного; перистальтика, тонус и эвакуация обычные; двенадцатиперстная кишка в норме.

После месячного лечения в санатории (диэта, щелочи, минеральная вода, грязелечение, наарзанные ванны) все болезненные явления исчезли.

2. Больной Е., 53 лет. Со студенческих лет временами по 2—3 дня появлялись разлитые боли в животе, чувство распирания и изжога; иногда пользовался содой. При исследовании желудочного сока определялась повышенная кислотность; при рентгеноскопии органических изменений не находили; ставили диагноз катарра и опущения желудка. После отдыха в санатории или доме отдыха отмечал улучшение. Во время войны вел большую напряженную работу. С весны 1943 г. изменился характер болей: они стали более сильными, тяжущими, возникали почти ежедневно через 2—3 часа после еды, больше во вторую половину дня и после обильной еды. Пользовался содой, но она помогала не всегда. Временами на 3—4 недели боли совсем исчезали, но затем вновь беспокоили ежедневно. В июле боли усилились и участились, появились приступы болей за грудиной, боли при отрыжке и глубоком вдохе. Иногда боли были очень похожи на приступы стенокардии. В Кисловодске с этим диагнозом больной был помещен в госпиталь, где после соответствующего лечения боли исчезли. В конце ноября приступил к работе. Вскоре боли возобновились с прежней силой и больного направили в Ессентуки. Жалобы: боли в верхней части живота почти после каждой еды, иногда отдающие в грудь, а также при глубоком вдохе и при отрыжке, изредка изжога; стул задержан на 2—3 дня.

Объективно: правильного телосложения, питание пониженное, язык чистый; сердце и легкие в пределах нормы; ощупывание области живота безболезненно. Нервная система — писчий спазм; других изменений нет.

Анализ желудочного сока, полученного тонким зондом с кофеиновым раздражителем: натощак сока не получено, в последующем — нарастающая секреция до 50 см³ через 1^{1/4} часа; общая кислотность 14—36, свободная соляная кислота 8—20.

Анализ крови: Нб 76%, РОЭ 20 мм в час, эр. 4 600 000, л. 6 000, э. 2%, п. 3%, с. 66%, лимф. 24%, мон. 5%.

Рентгеноскопия: на задней стенке, вблизи малой кривизны субкардального отдела желудка, ниша величиной с горошину, с отеком окружающей слизистой оболочки; тонус желудка понижен, умеренная секреция натощак, складки слизистой обычные, перистальтика и эвакуация в норме. Свежая субкардиальная язва.

Через неделю после обычной терапии (колларгол, щелочи, диета) боли исчезли. Затем больной провел месяц в санатории (минеральная вода, наарзанные ванны, диета): болей нет, стул попрежнему задержан, самочувствие улучшилось, на сердце жалоб нет, прибавил в весе 2 кг. При контрольной рентгеноскопии через месяц: ниша не определяется; в верхнем отделе желудка (в области бывшей ниши) толстые складки слизистой с перестроенным рельефом, в других отделах складки обычные; тонус понижен, эвакуация в норме.

ХРОНИЧЕСКИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ЯЗВЫ

Это самая обширная группа, если не выделять в самостоятельную рубрику классификации осложненные язвы, о которых будет речь ниже. Необходимо оговорить, что почти постоянным спутником хронической язвы является ограниченный перигастрит или периудоденит в виде нежных пленок и фибринозных наложений серозной оболочки и иногда даже небольших участков склеивания с оболочкой, покрывающей соседние органы (печень). Если и эти состояния вынести в рубрику осложненных язв, то в разделе чистых хронических язв останутся лишь очень редкие, особенно благоприятно протекающие случаи. Поэтому правильно язву не считать осложненной, пока нет более глубоких изменений (массивный перигастрит или периудоденит, проникание язвы, сужения и пр.).

В отличие от свежих язв хронические рецидивирующие язвы имеют многолетний анамнез со сменой обострения и затихания болезни на несколько месяцев до полного клинического благополучия. Часто больные отмечают сезонность обострений (осенью и зимой) и отсутствие симптомов в теплое время года. Иногда бывают светлые более длительные (3—5—10 лет и более) промежутки, после чего неожиданно, чаще после психической травмы, болезнь возобновляется. В таких случаях говорят о поздних рецидивах, которые бывают, несомненно, результатом образования новых язв после полного заживления ранее бывших. Иногда это установить просто, так как обнаруживается язвенная ниша другой локализации и одновременно рубцовые изменения от ранее бывшей язвы. Такие поздние рецидивы или, вернее, новые язвы во множестве наблюдаются при массовых стихийных бедствиях и потрясениях (голод, война).

Мы нередко наблюдали такие случаи в период Великой Отечественной войны и среди лиц преклонного возраста (60—70 лет) после многолетнего благополучия, и у лиц давно перенесших операцию гастроэнтеростомии. Поздние рецидивы целесообразно выделять из общего числа рецидивирующих язв; их место между острыми и хроническими рецидивирующими язвами, ибо они по существу являются новыми свежими язвами.

Основным симптомом и при хронических рецидивирующих язвах остаются возникающие в связи с приемом пищи боли в надчревной области различной интенсивности, в зависимости от глубины язвенного кратера и степени чувствительности больного. При этом многие больные точно указывают локализацию этих болей справа или слева от средней линии; при ощупывании живота обнаруживается локальная болезненность, а в случае обострения — нередко напряжение соответствующих мышц брюшной стенки и болезненность при поколачивании.

При язвах верхнего отдела желудка бывает только разлитая болезненность в области надчревья, так как всю эту часть желудка спереди покрывает левая доля печени; зато при язвах этой локализации нередко отмечаются уже упомянутые нами в предыдущем разделе симптомы: отдача боли в грудь и боль при глубоком вдохе, а иногда и при отрыжке.

Легкая иррадиация болей (обычно в спину) изредка бывает при хронических рецидивирующих язвах и другой локализации и уже указывает на глубокий кратер язвы и свежий перигастрит или периуденит. Сильная же отдача болей в спину, тем более в области паравертебральных точек (симптом Боаса), встречается только при проникании язвы с воспалением брюшного покрова и окружающей клетчатки. При этом параллельно появляютсяочные боли, чего при неосложненных язвах нет. Поэтому всякий раз чрезвычайно важно выяснить, просыпается ли больной от болей или спит ночью спокойно, а равно, давно ли появилисьочные боли, ибо это указывает на глубокую язву и свежее воспаление брюшинного покрова и бывает при любой локализации язвы. Таким образом, старое мнение, будтоочные боли характерны вообще для локализации язвы в двенадцатиперстной кишке, мы считаем ошибочным.

Боли у этой группы больных возникают в различное время после приема пищи, нередко в большой зависимости от локализации язвы: ранние боли, иногда непосредственно после еды,— при язвах субкардиальных; поздние и голодные, успокаивающиеся после приема пищи,— при язвах дуоденальных и предпривратниковых,

и через 1—1½ часа после еды — при язвах малой кривизны желудка.

Таким образом, при хронических рецидивирующих язвах нетрудно и клинически, без рентгеноскопии, на основании характера болей и прощупывания болезненного пункта, установить локализацию язвы.

В отличие от острых (свежих) язв при хронических рецидивирующих язвах, наряду с симптомом боли, очень часто резко выражены и диспептические явления: изжога, отрыжка кислым, тошнота; рефлекторная же рвота небольшим количеством желудочного сока, наступающая на высоте болей, как и при свежих язвах, бывает редко. Рвота относится почти исключительно к дуоденальным и предпривратниковым язвам; при язвах малой кривизны тела желудка и верхнего его отдела ее обычно нет, но часто наблюдается тошнота с обильным отделением слюны — «тянучка», как иногда называют это больные.

Большинство таких больных скоро привыкает к приемам соды, которая купирует боли и диспептические явления. Многие для приема соды в течение дня постоянно имеют ее при себе. Чаще всего сода облегчает боли при язвах, расположенных у привратника, при другой же локализации диспептические явления и потребность больных в соде выражены меньше.

Иногда такие больные для уменьшения болей прибегают и к применению тепла на область надчревья в виде различных грелок. Однако при этом почти никогда не наблюдается образования пигментации кожи живота, что обычно свидетельствует об очень частом применении грелок и об интенсивности болей, характерной лишь для проникающих язв.

У значительного числа больных этой группы наблюдаются выраженные вегетативные явления (потливость, трепет пальцев рук, стойкий дермографизм, легкая возбудимость пульса и пр.). Это встречается главным образом у больных язвой двенадцатиперстной кишки, среди которых можно при внимательном изучении анамнеза выделить «юношескую группу», т. е. лиц, у которых начало болезни относится еще к юношеским годам.

Стул у больных этой группы почти всегда задержан, часты спастические запоры, очевидно, рефлекторного ха-

рактера; они являются одним из показателей вегетативной дистонии.

При исследовании желудочного сока отмечается выраженная гиперсекреция и повышенная или нормальная кислотность; это встречается почти всегда и при язвах привратника, а при язвах малой кривизны желудка могут быть и низкие цифры кислотности. Высокая кислотность желудочного сока при duodenальных язвах настолько постоянное явление, что при наличии низких цифр кислотности (если, конечно, нет гастроэнтеростомии) диагноз язвы двенадцатиперстной кишки сомнителен, а при ахиллии он должен быть отвергнут с полной достоверностью. На многочисленном материале мы никогда не наблюдали язв двенадцатиперстной кишки при ахиллии и очень редко при пониженной кислотности. Столь же категорически высказывается и Кальк.

Исследование крови: РОЭ на низких цифрах, независимо от стадии обострения или ремиссии; высокие цифры гемоглобина и часто эритроцитоз, даже при бледности кожи и слизистых оболочек, а равно и при упадке питания (конечно, при отсутствии в недалеком прошлом кровотечения). Пока трудно установить причины этого явления, тем не менее оно — неопровергимый клинический факт, несомненно имеющий дифференциально-диагностическое значение.

Реакция на скрытую кровь в кале в связи с успехами рентгенодиагностики давно потеряла свое прежнее клиническое значение и имеет смысл разве только при наблюдении динамики профузных кровотечений.

В рентгеновском изображении хронические рецидивирующие язвы верхнего отдела желудка ничем не отличаются от свежих случаев, ибо в этом отделе деформации, образующиеся в результате рубцевания язвы или перигастрита, обычно не удается обнаружить. Можно только отметить чаще, чем при острых язвах, гиперсекрецию и утолщенные складки слизистой оболочки. Во время ремиссии ниша исчезает обычно после того, как прекращаются клинические симптомы. Рецидивирующие язвы верхней части желудка встречаются редко; они чаще являются индуративными со стойким симптомом ниши.

При язве малой кривизны тела желудка также мало опорных пунктов для отличия рецидивной ниши от све-

жей, ибо рубцовые изменения незаметны. Однако толстые отечные складки слизистой и гиперсекреция натощак наблюдаются при хронических язвах значительно резче и чаще, чем при свежих. Кроме того, при смещении желудка ощущается болезненность вследствие ограниченного заднего перигастрита. В стадии затихания обострения и ремиссии ниша из округлой делается конической, постепенно уменьшается в размере и затем исчезает; постепенно исчезает и инфильтрация слизистой оболочки около язвы. Только при больших язвах в стадии ремиссии можно заметить конвергенцию складок, уплощение малой кривизны или обрыв складочки слизистой оболочки на этом месте (Густерин). Здесь также ниша часто держится значительно дольше, чем исчезают боли и болезненность при ощупывании.

Исчезновение ниши нельзя отождествлять с рубцеванием язвы, ибо кратер исчезает прежде всего вследствие заполнения язвы фибринозными отложениями, а затем и грануляциями, но еще без эпителизации; опыт учит, что обычно при новом обострении ниша появляется на этом же месте.

Наиболее стойкими симптомами в рентгеновской картине являются толстые, отечные складки слизистой оболочки и гиперсекреция, а при анализе желудочного сока — повышенная кислотность. Наличие их всегда говорит о нестойкости результата и о возможности близкого рецидива болезни.

Гораздо проще рентгенодиагностика хронической рецидивирующей язвы двенадцатиперстной кишки. Здесь рентгеновская картина слагается из ниши, инфильтрации слизистой и стенок луковицы и деформации луковицы в результате рубцевания бывших ранее язв и перетяжек спайками в виде вдавления контуров, сморщивания стенок, образования карманов и смещения луковицы. Картина настолько патогномонична, что на основании виденного на экране легко можно рассказать больному всю историю его болезни, вплоть до коробочки с содой, которую он носит у себя в кармане.

При наличии опыта нетрудно определить и стадии ремиссии, при которой исчезает симптом ниши и постепенно ликвидируется инфильтрация стенок и слизистой оболочки, выражаяющаяся в отеке с полным исчезновением

складок и в ригидности стенки; уменьшается и затем исчезает болезненность при глубокой тракции луковицы к позвоночнику, стенки ее делаются мягкими, появляются складки слизистой оболочки; остаются лишь деформации (карманы, сморщивания), на основании которых в любое время можно поставить диагноз бывшей хронической язвы двенадцатиперстной кишки.

Дольше всего, таким образом, при ремиссии сохраняется инфильтрация стенок и слизистой оболочки (кроме постоянных карманов и сморщиваний), что и является преобладающим признаком, наличие которого указывает на незакончившееся обострение.

Сопутствующими изменениями со стороны желудка часто бывают: выраженная гиперсекреция и умеренная гипотония, при обострениях — раздраженная перистальтика, эвакуация обычная или немного замедленная; складки слизистой оболочки желудка часто в области тела утолщены, а в области антрума сглажены. Картина слизистой оболочки и гиперсекреция нередко мало изменяется и при ремиссии, что указывает на нестойкость достигнутого терапевтического эффекта.

В отношении предпривратниковых язв следует повторить предостережение, которое было сделано в разделе острых язв, а именно: обнаружение ниши трудно, особенно на передней и задней стенках антрума (рис. 1).

При хронических предпривратниковых язвах, однако, значительно больше диагностических возможностей, ибо в результате повторных рецидивов рубцы и спайки в антруме образуют, как в луковице при локализации язвы в ней, деформации (карманы, втяжения, сморщивания, асимметрия и удлинение привратникового канала). Следует отметить полную аналогию анатомических изменений при язве по ту и другую сторону привратника (рис. 1). В подробностях совпадают и результаты исследования динамики стихания процесса до полной ремиссии, только что описанные в отношении язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Совпадают и функциональные изменения со стороны желудка (гиперсекреция, часто гипотония и замедленная эвакуация), а равно и картины слизистой. Заслуживает внимания признак асиммет-

ричной игры антрума вследствие рубцовых и воспалительных процессов по малой кривизне у привратника.

Течение хронических рецидивирующих язв упорнее и мучительнее, чем свежих, лечение труднее, а предсказания хуже. Более благоприятно предсказа-



Рис. 1. Схема рентгеновской картины предпривратниковых и привратниковых язв.

1—ниша малой кривизны луковицы; 2—ниша малой кривизны антрума; 3—ниша задней стенки луковицы; 4—ниша задней стенки антрума; 5—дефект малой кривизны луковицы; 6—дефект малой кривизны антрума; 7—удлиненный привратник при язве двенадцатиперстной кишки; 8—удлиненный привратник при предпривратниковой язве; 9—карман луковицы; 10—карман антрума; 11—инцизурообразный дефект луковицы; 12—инцизурообразный дефект (зарубка) антрума.

ние при поздних рецидивах, являющихся по существу свежими язвами. Здесь много шансов на то, что так же, как и прежде, можно получить многолетнюю ремиссию. Наоборот, при юношеских формах предсказание хуже.

Показаний к операции нет, и консервативная терапия сравнительно легко обрывает очередное обострение болезни. Результаты лечения больных именно этой группы часто приводят в доказательство эффективности различ-

ных новых методов и средств, хотя здесь часто все средства хороши, а больных одинаково легко лечить и дома, и в клинике, и на курорте. Но прекращение болей и других явлений еще далеко не обозначает излечения. Это, а в частности и исчезновение рентгеновской ниши, свидетельствует лишь об очередном затишье, и некоторые виды терапии, например, курортное лечение, нужно еще только начинать, чтобы окончательно оборвать болезнь или хотя бы отодвинуть на возможно длительный срок очередной рецидив; после каждого нового обострения увеличиваются анатомические изменения и нередко наступают (особенно при язве у привратника) те или другие осложнения, которые приводят многих больных на операционный стол. Чем больше давность поражения, чем чаще рецидивы, тем хуже предсказание и тем правильнее относить заболевание уже к следующим разделам классификации — каллезным и осложненным язвам, лечение которых значительно труднее.

Следовательно, при разборе клинического материала эти заболевания не только можно различать в зависимости от стадии обострения, стадии затихания обострения и полной ремиссии, но и целесообразно выделять еще три отдельные формы: 1) б анальные формы рецидивирующей язвы, 2) поздние рецидивы и 3) юношеские формы.

В качестве иллюстрации приводим истории болезни.

1. Больная С., 28 лет. Шесть лет назад впервые появились боли в надчревье, возникающие через 1½—2 часа после еды и успокаивающиеся после приема пищи, тошнота, кислая отрыжка, изжога и запоры спастического характера. Хорошо помогала сода, которую больная принимала постоянно. При исследовании желудочного сока определялась умеренно повышенная секреция и кислотность, а при рентгеноскопии — язва (ниша) передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Зимой и осенью болезненные явления усиливались, наоборот, летом больная чувствовала себя хорошо. Так продолжалось 2% года, а затем около 1% лет чувствовала себя здоровой, оставалась лишь склонность к запорам.

В 1943 г., в условиях напряженной работы, вновь появились боли такого же характера, как и прежде, сильная изжога, тошнота и упорные запоры; боли быстро усиливались, пришлось прекратить работу. После амбулаторного лечения (диета, ляпис, щелочки) наступило облегчение; через 2 месяца последовало новое обострение. При рентгеноскопии обнаружено: умеренная гиперсекреция, складки слизистой утолщены, перистальтика раздражена, эвакуация в пределах нормы; сморщивание медиального контура и ниша передней стенки

луковицы двенадцатиперстной кишки со значительным инфильтратом вокруг.

Анализ желудочного сока: получено 50 см³, общая кислотность 70, свободная соляная кислота 48.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенная нервная возбудимость, красный дермографизм, трепет век и рук, легкая возбудимость пульса, печень без изменений, значительная болезненность при ощупывании в пилоро-дуоденальной области. После 1½-месячного лечения в санатории боли и диспептические явления исчезли, остались лишь запоры и легкая болезненность в пилоро-дуоденальной области. Контрольное просвечивание — ниши нет; попрежнему инфильтрация стенки луковицы и сморщивание; со стороны желудка такие же изменения (гиперсекреция и утолщенные складки слизистой). Результат лечения оказался нестойким — через 2½ месяца вновь появились боли и диспептические явления. Боли стали сильнее и более продолжительными; от приема пищи они не проходят; только сода еще попрежнему облегчает их. Болезненность в пилоро-дуоденальной области резко выражена даже при легком поколачивании. Боли стали беспокоить изредка ночью и отдавать в спину, чего раньше никогда не было.

Рентгеноскопия: глубокая ниша передней стенки луковицы, значительная инфильтрация слизистой оболочки и стенки, сморщивание медиального контура, резко выраженная болезненность в этой области; складки слизистой желудка утолщены, значительная секреция натощак, раздраженная перистальтика, эвакуация в норме. Хроническая рецидивирующая язва двенадцатиперстной кишки в стадии обострения; глубокий язвенный кратер, свежий периудонит.

2. Больной Г., 36 лет. До 1936 г. в течение 6 лет тяжело болел язвой желудка: периодически с перерывами в 3—4 месяца сильные боли в области желудка, изжога, рвота; постоянно пил воду. Диагноз язвы установлен неоднократным подобным обследованием, лечился амбулаторно и в клинике. Затем все явления исчезли и около 6 лет чувствовал себя хорошо, работал. Во время войны снова появились боли, изжога и изредка рвота. Боли упорно держались, несмотря на амбулаторное и больничное лечение в течение всего 1943 г. Лечение в Железноводске не дало результата. Возник вопрос об операции.

При обследовании: жалобы на сильные боли в эпигастрии через 1—1½ часа после еды; изжога; воду не пьет — запретили врачи, хотя только она и успокаивает боли; иногда на высоте боли рвота небольшим количеством кислой жидкости и тягучей слизи, после которой боли постепенно затихают; бывают в последнее время иочные боли, пользуется грелкой; спастические запоры, аппетит хороший.

Объективно: больной правильного телосложения, достаточного питания, живот мягкий, при прощупывании — разлитая болезненность в подложечной области и выраженный болезненный пункт слева над пупком.

Анализ желудочного сока: повышенная секреция и повышенная кислотность. Анализ крови: НЬ 76%, РОЭ 6 мм в час.

Рентгеноскопия: значительная секреция натощак, умеренная гипотония, складки слизистой оболочки утолщены; сморщивание малой кривизны у привратника и перигастрическая перетяжка по большой кривизне этой же области (рубцовые изменения и спайки после бывшей язвы); на малой кривизне средней трети тела желудка глубокая коническая ниша, повидимому, проникающая через всю толщу желудочной стенки (новая язва), инфильтрат слизистой вокруг язвы; перистальтика обычная, эвакуация замедлена, привратник и двенадцатиперстная кишка в норме. Диагноз: *Ulcus curvatae pars minoris sogregis ventriculi* (поздний рецидив язвенной болезни).

Предложено оставаться на курорте еще на месяц. Лечение: натощак Sol. Collargoli 1%, щелочь 4 раза в день после каждой еды, стол № 1, смирновская вода, грязелечение (на живот и спину) — 12 сеансов. Через неделю боли прекратились, уменьшились и запоры. Через месяц контрольный осмотр показал, что болей, диспептических явлений, запоров и болезненности при ощупывании нет, общее самочувствие хорошее.

Рентгеноскопия: едва заметная ниша без инфильтрации слизистой оболочки, немного секрета натощак, а в антруме те же изменения.

Через полгода — больной в хорошем состоянии, жалоб нет.

3. Больной П., 30 лет. Болен с детства, еще в школе часто ощущал изжогу, постоянно ел мел, что давало облегчение; затем, уже взрослым, постоянно носил с собой соду, прием которой снижал мучительную изжогу. В это время не лечился. С начала войны изжога стала мучительнее, периодически появлялись боли в области желудка, сода попрежнему давала облегчение. Стал лечиться; диагностирована язва двенадцатиперстной кишки; врачи категорически запретили соду. Осенью и зимой 1943 г. болел почти без перерыва; летом боли исчезли, но осенью 1944 г. снова наступило обострение. На этот раз боли стали еще сильнее, появилась кислая отрыжка; болеет без перерыва уже более года. Два месяца назад появились нестерпимые боли, которые стали беспокоить и ночью, чего ранее никогда не было. Приочных приступах болей больной садился на корточки, прижимая колени к животу, пользовался грелкой; отдача болей в спину не было, но «ломило» всю верхнюю часть живота справа; изредка рвота небольшим количеством кислой жидкости и слизи, стул — через 2 дня, самостоятельный. Безуспешно лечился амбулаторно и в больнице (атропин, диэта, привозная смирновская вода).

Анализ желудочного сока: добыто 30 см³, общая кислотность 64, свободная соляная кислота 40. Анализ крови: Нb 78%, РОЭ 6 мм в час. Рентгеноскопия — деформация луковицы в виде трилистника.

Объективно: больной правильного телосложения, немного исхудавший, слизистые бледны, язык влажный, немного обложен; живот мягкий, болезненность в области привратника; печень едва выступает, неболезненна; легкие и сердце в норме; рефлексы повышенны, трепет кистей рук и век, стойкий красный дермографизм, потливость.

Рентгеноскопия: сморщивание стенок луковицы с образованием карманов медиального и латерального контура, ниша передней стенки, инфильтрация слизистой и стенок; просвет кишки сужен; немного секрета натощак, складки слизистой оболочки утолщены,

тонус сохранен; напряженная перистальтика, эвакуация замедлена; резко болезненна тракция луковицы к позвоночнику. Хроническая рецидивирующая язва двенадцатиперстной кишки (юношеская форма) в стадии обострения; глубокий язвенный кратер, свежий периудо-денит.

После обычной консервативной терапии (щелочи, раствор ляписа, стол № 1) через 10 дней — болей нет, болезненность при ощупывании отсутствует, самочувствие хорошее.

ХРОНИЧЕСКИЕ ИНДУРАТИВНЫЕ (КАЛЛЕЗНЫЕ) ЯЗВЫ

Каждая хроническая рецидивирующая язва может при длительном течении превратиться в стойко не заживающую, индуративную язvu. Вероятно, не менее 25—30% всех хронических язв при многолетнем существовании делаются каллезными. Однако неправильно думать, что каллезной язве обязательно предшествует язва рецидивирующего характера; может и свежая язва развиться с самого начала как индуративная.

Г. А. Густерин при диспансерном наблюдении за 126 больными язвой в течение года обнаружил, что 40% всех хронических язв не показывают склонности к заживлению, 14% дают стойкий эффект заживления, а остальные — картину рецидивирующей ниши. Таким образом, по его данным, индуративные язвы встречаются немного реже, чем рецидивирующие.

В этом отношении не безразлична локализация язвы. Большую склонность к оплотнению имеют субкардиальные язвы. Почти такой же плохой славой пользуются большие язвы области антрума; редко бывают каллезными дуоденальные и привратниковые язвы. Следует отметить факт, имеющий, несомненно, важное клиническое значение, что локализация каллезных язв совпадает с наиболее частой локализацией рака желудка.

Клинически не всегда легко дифференцировать каллезную язvu от хронической рецидивирующей. При первой боли бывают менее острыми, тупыми, свободные от болей промежутки кратки, а симптом ниши делается постоянным. Однако бывают случаи обострений с сильными болями и рвотой при коротких ремиссиях, особенно тогда, когда воспален брюшинный покров и нарушена эвакуа-

торная функция желудка. Нужно учесть также локализацию язвы, возраст больного и давность заболевания.

Ниша при каллезной язве приобретает некоторые особенности (профильная ниша не только имеет дефект соседнего контура, но дефект различается и по всей окружности в виде опоясывающего валика, более резко очерченного, чем при обычных язвах; вместе с тем ниша делается более глубокой не за счет проникания в стенку желудка, а за счет приподнятого края ее, образующего в рентгеновском изображении указанный выше вал); тем не менее преимущественное значение для диагноза имеет динамическое рентгеновское наблюдение за нишей: если ниша и окружающий ее вал, несмотря на лечение, не изменяются, это указывает на каллезный характер язвы.

Существенно, что величина язвы сама по себе, без учета динамики ниши, не играет решающей роли. В практике часто делают ошибку, относя заболевание к каллезным язвам только потому, что находят большую нишу. Между тем хорошо известно, что большие ниши часто могут быстро рубцеваться и, наоборот, маленькие упорно не заживлять.

Столь же несостоительно и суждение о каллезной язве на основании ощупывания при лапаротомиях. Мы неоднократно наблюдали случаи, когда весьма авторитетные хирурги на основании ощупывания устанавливали каллезный характер язвы и вследствие острых воспалительных явлений в сальнике и железах производили гастроэнтеростомию, а в отдельных случаях закрывали брюшную полость даже без этого, ограничиваясь алкоголизацией по Разумовскому. В последующем наблюдалось очень быстрое (2–3 месяца) исчезновение симптома ниши при хорошем самочувствии и состоянии больных. Таким образом, решающее значение имеет только динамическое рентгенологическое наблюдение при систематическом лечении больных и подробное изучение рентгенологических данных в анамнезе.

Некоторые авторы справедливо замечают, что консервативная терапия каллезных язв безуспешна и даже рискована из-за возможности перехода язвы в рак, а поэтому рекомендуют поспешить с операцией. Но при

этом они впадают в другую крайность. Так, Альварец и Цейтлин утверждают, что если объективно улучшения не наблюдается в течение 6 недель, то, значит, язва каллезная и бесполезно продолжать консервативное лечение. С этим положением нельзя согласиться, ибо шестинедельный срок слишком мал и имеется много фактов, свидетельствующих о возможности рубцевания хронических язв со стойким симптомом ниши в результате упорно проводимого в течение многих месяцев консервативного лечения (Густерин, Рейнберг, собственные наблюдения, Зингер).

Наше мнение по этому вопросу таково: длительно не исчезающий симптом ниши сам по себе не является поводом к операции без учета всего комплекса болезни (боли, кровотечения, нарушение эвакуаторной функции и пр.). Кроме того, здесь имеет большое значение величина язвы и локализация ее: большие каллезные язвы антрума и верхнего отдела желудка нужно оперировать, ибо они часто переходят в рак, а язвы этой локализации размером 2—2,5 см, стойко не заживающие, считать раком, даже вне зависимости от клиники. Подробнее об этом будет изложено в разделе об *ulcus cancrorum* (язва, перерожденная в рак).

Из сказанного следует два вывода: 1) каллезные язвы не только трудно диагностировать, но еще труднее лечить; 2) при разборе клинического материала их прежде всего необходимо различать по величине и локализации.

Приводим два примера хронических каллезных язв.

1. Большой Ч., 35 лет. Болел 2½ года. Вначале периодически наступали нерезкие боли; не лечился. В 1944 г. боли стали беспокоить почти непрерывно, а зимой появилась рвота кислой жидкостью. При обследовании была обнаружена язва (ниша) малой кривизны желудка. Всю зиму почти безуспешно лечился стационарно. В марте и апреле 1945 г. (1½ месяца) лечился в Ессентуках, после чего наступило улучшение — боли затихли, рвота исчезла; однако при контрольной рентгеноскопии попрежнему была обнаружена ниша. Продолжал лечиться в Железноводске, где после грязелечения болезнь опять обострилась, но к концу курса оставались лишь небольшие боли, рвоты не было. Рентгеноскопия: язва без заметных изменений. Очевидно, достигнутое улучшение не было устойчивым. Через 2 недели после возвращения из Железноводска, в связи с грубым нарушением диеты, снова появились сильные боли и рвота. Прибыл 12 августа в Ессентукский санаторий.

Жалобы на боли в области желудка с отдачей их в правое подреберье, в грудь и в спину; при ходьбе боли усиливаются;

облегчает только рвота, которую иногда искусственно вызывает сам, и сода (соду пьет на протяжении всей болезни); изжоги и отрыжки нет, рвота редко, чистым желудочным соком, без пищи, аппетит пониженный; твердая пища усиливает боли; стул ежедневно.

Объективно: питание понижено, язык слегка обложен; живот мягкий, равномерно вздут, резкая болезненность по средней линии над пупком, шум плеска в желудке; край печени прощупывается не болезнен; раздражительность, повышенные рефлексы, стойкий красный дерматографизм.

Анализ желудочного сока: получено 60 см³, общая кислотность 18, свободная соляная кислота 6.

Анализ крови: Нб 72%, л. 6 300, э. 3%, п. 1%, с. 62%, лимф. 31%, мон. 3%, РОЭ 10 мм в час.

Рентгеноскопия: на малой кривизне средней трети тела желудка ниша размером 1×1 см; небольшое сморщивание малой кривизны, умеренное расширение и отвисание сиуса; значительная секреция натощак, складки слизистой оболочки утолщены, гипотония, вялая перистальтика, замедленная эвакуация, двенадцатиперстная кишка в норме; через 24 часа в желудке немного бария. Язва малой кривизны, перигастрит.

Санаторное лечение в течение 5 недель не дало результата; переведен в госпиталь для операции. В госпитале в течение 1½ месяцев состояние не улучшилось; контрольная рентгеноскопия опять устанавливает язвенную нишу в прежнем виде. Таким образом, около 1½ лет язва не заживает; болеет почти непрерывно, симптом язвенной ниши при многих рентгеноскопиях остается неизменным (индуративная, ареактивная язва).

Операция 4/X 1945 г.: желудок большой, толстостенный, гиперемирован; по малой кривизне прощупывается плотный ограниченный инфильтрат на месте сосудистого веера; антальный отдел желудка повернут по оси мощными веерообразно расположенным множественными рубцами, по рассечении которых без особых затруднений произведена типично по Бильрот II Финстереру резекция ⅔ желудка. При осмотре препарата — язва с мозолистыми, хрищающей плотности, краями.

Послеоперационный период осложнен инфильтратом за анастомозом и нагноением операционной раны. Постепенное выздоровление.

2. Больной К., 34 лет. Впервые болел в течение 3 месяцев в 1929 г.; боли в желудке после еды, изжога, повышенная кислотность. В 1932 г. также периодически болел. С 1934 по 1940 г., будучи на военной службе, чувствовал себя хорошо, дизты не наблюдал. Летом 1940 г. болел в течение 4 месяцев, а затем до марта 1942 г. болей не было. Затем опять появились изжога и боли, стал пить соду; в декабре боли усилились; беспрерывно болел до июня 1943 г. В ноябре резкое обострение, госпитализирован. В течение 19 дней — дегтеобразный стул, кровавая рвота. При обследовании обнаружена язва малой кривизны желудка; в марте 1944 г. поступил в санаторий.

Жалобы: боли в подложечной области с отдачей в грудную клетку, в область лопаток и в правое подреберье; боли появляются через полчаса после еды и сильно беспокоят ночью; на высоте болей иногда рвота небольшим количеством кислой жидкости, после

чего боли постепенно стихают, поэтому иногда больной сам искусственно вызывает рвоту; изжога и кислая отрыжка; аппетит удовлетворительный; склонность к запорам, общая слабость, головные боли.

Объективно: питание понижено, язык обложен, живот вздут, кожа его пигментирована от грелок, болезненность по средней линии над пупком; печень немного увеличена; рефлексы повышенны, трепом век и кистей рук, красный стойкий дермографизм, повышенная потливость.

Анализ желудочного сока тонким зондом: натощак получено 40 см³, общая кислотность 34, свободная соляная кислота 18; после кофеиновой нагрузки 20—45 см³, общая кислотность 4—38, свободная соляная кислота 0—30.

Анализ крови: НЬ 73%, эр. 4 050 000, л. 5 600, г. 3%, п. 3%, с. 58%, лимф. 31%, мон. 5%, РОЭ 9 мм в час.

Рентгеноскопия: значительное количество секрета натощак, складки слизистой утолщены, умеренная гипертония, большая ниша на малой кривизне субкардиального отдела, эвакуация — в пределах нормы. Большая глубокая субкардиальная язва.

Лечился в санатории в течение 75 дней (диета, щелочки, коллагол, эритемные дозы кварца, минеральная вода, грязелечение, нарезанные ванны): боли затихли, изжога исчезла, болезненности при ощупывании нет, прибавил в весе 7 кг. Контрольная рентгеноскопия: ниша отмечается попрежнему, уменьшился лишь отек слизистой оболочки, гиперсекреция.

Полгода болей не чувствовал, а с февраля 1945 г. — обострение. Рентгеноскопия (20/III 1945 г.): большая язва на задней стенке вблизи малой кривизны субкардиального отдела с воспалительным инфильтратом, складки слизистой оболочки отечны, много секрета натощак, гипертония антрума. С 27/III по 4/V 1945 г. снова лечился в санатории; выписался с незначительным улучшением, диспептические явления и болезненность при ощупывании остались. Контрольная рентгеноскопия при выписке: ниша отмечается попрежнему, уменьшился лишь инфильтрат вокруг язвы; умеренная секреция натощак, складки слизистой отечны. К ноябрю боли затихли, чувствует себя хорошо. В январе 1946 г., во время ремиссии, вызван для контрольной рентгеноскопии: ниша, инфильтрата вокруг язвы нет, складки слизистой оболочки утолщены, умеренная секреция натощак, гипертония антрума, эвакуация замедлена. Идуративная субкардиальная язва (со стойким симптомом ниши в течение 2½ лет). Через год оперирован — резекция желудка.

ОСЛОЖНЕННЫЕ ЯЗВЫ

Наиболее частыми осложнениями хронической язвы являются: проникание ее в соседние органы, обширные воспалительные явления брюшины, деформации желудка и сужения.

При проникающей язве боли резко усиливаются, теряют обычную связь с приемом пищи, становятся почти

постоянными и часто беспокоят ночью. Появляются боли в паравертебральных точках Боаса и сильная иррадиация болей в спину (при проникании в поджелудочную железу язв двенадцатиперстной кишки и желудка) и в грудь (при проникании в печень язв малой кривизны и верхнего отдела желудка). При проникании язвы в малый сальник боли, возникающие в надчревье, распространяются на всю верхнюю часть живота. Эти больные при приступах принимают вынужденное положение (чаще всего лежат с приведенными к животу бедрами или согнувшись вперед с прижатыми к животу руками); нередко они бинтуют себе живот; почти все энергично применяют грелки до резко выраженной пигментации кожи брюшной стенки; многие прибегают к наркотическим средствам. Болезненность при ощупывании очень сильная, боль ощущается даже при легком поколачивании. Выражены и диспептические явления; бывает рвота как рефлекторного характера, так и вследствие сужения, развивающегося в результате значительного набухания тканей в области привратника при локализации язвы у выхода. Изредка больные сами искусственно вызывают рвоту, облегчающую их состояние. Обострение, которое прежде продолжалось $1\frac{1}{2}$ —2 месяца и сменялось затем полной ремиссией, теперь длится несколько месяцев, иногда $1-1\frac{1}{2}$ года и более. Абсолютно светлых промежутков уже нет, бывает лишь уменьшение болей, и то на короткий срок. Больные из опасения усилить боли стараются меньше есть, пытаются явно недостаточно, нередко истощаясь настолько, что у врача возникает подозрение на рак желудка. У таких больных редко наблюдается прободение, но часты осложнения кровотечением. Большое значение имеет тот факт, что щелочки и при этих состояниях являются лучшим средством, уменьшающим и даже иногда совсем прекращающим боли. Нередко можно встретить больных, которые подолгу напрасно страдают только потому, что врачи запретили им пить соду.

Запоры еще более упорны, чем на первых этапах болезни. Исследование желудочного сока попрежнему в большинстве случаев дает гиперсекрецию и повышенную кислотность. Кровь без особых изменений, несмотря даже на истощение, но РОЭ может быть ускоренной.

У больных этой группы, особенно имеющих долголетний анамнез болезни, часто (до 30%) можно обнаружить мелкие ссадины по краям десен, более обширные плоские язвы у корня языка (глосситы) и явления гингивита; могут быть и другие симптомы авитамина. Изложенным клиническим признаком соответствует и картина рентгенологического исследования: глубокая ниша (на вертикальной части малой кривизны, часто двух- или трехслойная) и значительный воспалительный инфильтрат, нередко прощупываемый под экраном с резко выраженной локальной болезненностью; много секрета на тощак, выраженные разлитые гастритические изменения слизистой и часто замедленная эвакуация.

Практически важно отметить, что при гипотонии и значительной гиперсекреции даже большие проникающие язвы малой кривизны иногда не обнаруживаются рентгенологами, потому что больных не исследуют в горизонтальном положении на трохоскопе.

Для правильного понимания сущности процесса необходимо учесть, что анатомическая картина при проникающих пептических язвах, наблюдаемая при операциях, выражается местным перитонитом в виде обширных тяжей, пленок и рыхлых фибринозных наложений, резко инфильтрированных и сопровождающихся лимфангитом и лимфаденитом малого и большого сальника. Нередко все это превращается в массивные воспалительные опухоли, прощупываемые через брюшную стенку и напоминающие злокачественное новообразование.

Дифференциальная диагностика при умелом учете всех клинических особенностей и подробного рентгеновского исследования не представляет обычно больших трудностей.

В связи с описанными воспалительными изменениями могут быть повышения температуры, небольшой лейкоцитоз и ускоренная РОЭ.

Консервативная терапия проникающих язв — дело трудное, но не безнадежное, а радикальная операция при них сопряжена с серьезными опасностями. Поэтому терапия, даже проводимая только с целью подготовки к операции, требует большого внимания. К тому же опыт показывает, что в отдельных случаях можно добиться успеха и без операции.

При лечении таких состояний, кроме обычных методов (постельное содержание, щадящая диета, щелочи, белладонна, препараты серебра и пр.), показано энергичное использование тепла. От сульфамидных препаратов и пенициллина можно ожидать хороших результатов, особенно показано применение их непосредственно перед операцией резекции желудка. Приведем три истории болезни больных с проникающими язвами.

1. Больная Г., 67 лет. Много лет тяжело болела язвой желудка. В 1923 г. по поводу сильных болей, рвоты и истощения была оперирована, после чего в течение 10 лет чувствовала себя хорошо. Во время войны, в связи с тяжелой психической травмой, остро заболела: появились боли в подложечной области, изжога, запоры. Болезненные явления быстро нарастали, общее состояние ухудшалось с каждым днем, боли стали постоянными и особенно беспокоили ночью, появилась рвота. Больная слегла в постель и уже через 2 месяца после начала болезни поступила на консультацию к нам по вопросу об операции с диагнозом рака желудка.

Жалобы: сильные, почти постоянные боли в верхней части живота, усиливающиеся вскоре после приема пищи; боли особенно беспокоят ночью, отдаются в спину и распространяются на всю область живота; изжога, иногда кислая отрыжка и редко рвота небольшим количеством горько-кислой жидкости и тягучей слизи; рвота несколько облегчает боли; запоры, общая слабость.

Объективно: больная правильного телосложения; значительное исхудание, тургор тканей понижен, кожа и слизистые бледны, язык обложенный; живот втянут, напряжение мышц в верхней его части, резко выраженная болезненность слева от послеоперационного рубца, где прощупывается твердый инфильтрат; в нижнем отделе живот мягкий, ощупывание кишечника безболезненно; температура нормальная.

Анализ желудочного сока: натощак получено 30 см^3 , общая кислотность 40, свободная соляная кислота 32. Анализ крови: НЬ 76%, РОЭ 25 мм в час.

Рентгеноскопия: задний гастроэнтеростомоз, на малой кривизне тела желудка большая ($3,5 \times 2 \text{ см}$) ниша, отделенная широким инфильтратом, постепенно переходящим в отечную слизистую; сморщивание стенок луковицы двенадцатиперстной кишки и антрума у привратника (рубцовые изменения и спайки); эвакуация ускоренная, главным образом через анастомоз и совсем немного через привратник; в области пиши прощупывается резко болезненный твердый инфильтрат. Большая, проникающая в малый сальник язва малой кривизны тела желудка (поздний рецидив язвенной болезни).

Лечение: постельное содержание, диета (стол № 1), натощак — коллагенол, после каждой еды — щелочь, в первые дни — два раза в день пантопон, влажное тепло на живот, люминал, бромиды. Через несколько дней боли затихли; через 2 недели больная встала. К проводимой терапии была добавлена минеральная вода два раза

в день (есентуки № 4). Через 2 месяца — хорошее самочувствие; значительно прибавила в весе; изредка изжога; стул нормальный. Контрольная рентгеноскопия: небольшая ниша на прежнем месте, инфильтрат не прощупывается, небольшая отечность слизистой вблизи язвы. Через полгода ниши не обнаружено, самочувствие хорошее. Явилась для контроля через 2 года после начала болезни: самочувствие хорошее, жалоб на желудочные явления нет. Контрольная рентгеноскопия: ниши нет, нерезко выраженное сморщивание малой кривизны после заживления язвы.

Этот случай показывает, что проникающие и большие язвы не всегда являются показанием для операции; свежие язвы могут зарубцеваться и при консервативном лечении.

2. Больной Б., 47 лет. Болеет в течение 13—14 лет; были запоры, тяжесть, чувство сосания подложечкой, небольшие боли и изжога. Это периодически повторялось 1—2 раза в год, длилось 3—4 недели. Определялась повышенная кислотность. Лечился повторно в Железнодворске и Есентуках. Во время войны чувствовал себя удовлетворительно. В апреле 1945 г. в подложечной области появились боли, более сильные, чем раньше, возрастающие после приема пищи и затихающие от применения грелок; стал худеть, амбулаторное лечение не помогало. В августе был помещен в стационар, где после 1½-месячного лечения от «кислотного гастрита» боли затихли, и больной был выписан. Через 2 недели — новое обострение; сильные боли в подложечной области, распространяющиеся на всю верхнюю часть живота, отрыжка кислым и воздухом, тошнота и изредка рвота небольшим количеством кислой жидкости. Боли стали беспокоить ночью и отдавать в грудь; упорные запоры; прогрессивно худеет. Вновь помещен в стационар.

Объективно: правильного телосложения, пониженного питания, слизистые и кожа бледны, язык обложен; мышечный валик резко выражен, рефлексы повышенны, стойкий красный дермографизм; живот мягкий, над пупком слева от средней линии болезненность и слегка ощущается резистентность; печень выступает на два пальца, чувствительна.

Анализ желудочного сока: получено 30 см³, общая кислотность 66, свободная соляная кислота 40.

Анализ крови: НВ 70%, эр. 4 830 000, л. 6 250, э. 1%, п. 4%, с. 70%, лимф. 21%, мон. 4%, РОЭ 50 мм в час.

Рентгеноскопия: желудок раздраженный, большая ниша малой кривизны с большой инфильтрацией в окружности, рельеф слизистой в верхней части тела желудка беспорядочный, усиленная перистальтика, эвакуация не нарушена. Язва (раковая) малой кривизны.

Консультант-терапевт соглашается с этим мнением рентгенолога, но хирург делает заключение: «На основании клинико-рентгенологических данных полагаю у больного язву малой кривизны желудка, повидимому, проникающую в малый сальник; учитывая отсутствие эффекта от консервативного лечения, считаю показанной операцию».

В течение месяца еще проводится консервативная терапия (диета, минеральная вода, паровые ванны, промывание кишечника, переливание крови). Боли, болезненность при ощупывании и диспептические явления исчезли, стул ежедневно самостоятельный, самочувствие удовлетворительное; аппетит хороший, прибавил в весе 4 кг. Контрольная рентгеноскопия: на малой кривизне тела желудка незначительная коническая ниша, на этом уровне слизистая с перестроенным рельефом и отечна, других изменений нет. Заживающая язва малой кривизны, рака нет. Показаний к операции нет, нужна консервативная терапия. В дальнейшем состояние больного еще более улучшается.



Рис. 2. Язва (ниша) малой кривизны, деформация желудка в виде песочных часов с небольшим перехватом.



Рис. 3. Сморщивание малой кривизны, отвисание синуса (форма незатянутого кисета).



Рис. 4. Улиткообразная деформация желудка (форма затянутого кисета).

Такое благоприятное течение проникающих язв, однако, бывает не часто; значительно чаще консервативная терапия стойкого результата не дает и приходится оперировать, причем резекция желудка представляет значительные трудности.

Проникающие язвы желудка с сопутствующим им перигастритом иногда сопровождаются деформациями желудка, влекущими за собой резкое нарушение его эвакуаторной функции, даже без сужения привратника или двенадцатиперстной кишки. Среди этих состояний издавна известна деформация желудка в виде песочных часов (двухполостной желудок) с большим или меньшим перехватом (рис. 2)¹ и сморщивание малой кривизны с образованием кисетного или улиткообразного желудка (рис. 3 и 4).

¹ Помещаются всюду сделанные тушью зарисовки диапозитивов рентгенограмм.

Деформации в виде пёсочных часов на фоне язвенных симптомов клинически проявляются лишь при значительной степени перехвата желудка, когда развиваются все симптомы, характерные для сужения: чувство полноты и распирания в надчревной области, шум плеска, тухлая отрыжка, рвота пищей и пр. Малые степени сужения тела желудка никаких клинических симптомов не дают и определяются только при рентгеноскопии. Деформации желудка с резко выраженным перехватом встречаются очень редко.

Значительно чаще наблюдается кисетный и улиткообразный желудок; они и без рентгеноскопии имеют достаточно характерную клиническую картину застоя в желудке: шум плеска натощак и через много часов после еды, постоянное чувство полноты и тяжести в надчревье, громкая бродильная, периодически наступающая тухлая отрыжка; рвота бывает редко; обычно отсутствует видимая через брюшные покровы перистальтика; при исследовании желудочного сока — большой разрыв между общей кислотностью и свободной соляной кислотой и остатком пищи. Такие больные иногда рассказывают о случаях, когда во время курения отрыгнутый ими воздух загорался (метан).

Рентгеноскопия: ниша, картина укорочения малой кривизны и отвисание синуса, гипотония и расширение желудка с остатком бария спустя много суток.

1. Больной Ш., 37 лет. Через 2 года после тяжелой контузии впервые почувствовал боли в подложечной области после еды и кислую отрыжку. Весной боли прекратились и до осени чувствовал себя удовлетворительно. Затем вновь заболел: боли стали более частыми и сильными, беспокоят уже и ночью, отдают в спину и грудь, распространяются на всю верхнюю часть живота, появилась рвота, стал быстро худеть. В таком состоянии находился более года и после безуспешного амбулаторного и больничного лечения был направлен в Ессентуки.

Жалобы на сильные боли, увеличивающиеся после еды и особенно сильные ночью; боли локализуются слева в надчревье, распространяются на всю верхнюю часть живота и отдают в грудь, а иногда в спину.

Во время приступов больной ложится животом на печку или, сжимая живот руками, садится на корточки, а иногда для облегчения искусственно вызывает рвоту; изжога; периодически на высоте боли рвота, прежде кислой жидкостью и слизью, потом более обильная, со значительным количеством пищи; больше месяца рвоты нет. Отрыжка за последние несколько месяцев стала тух-

лой, часто с противным гнилостным запахом; прежде были запоры, последний месяц — поносы.

Объективно: бледен, язык обложен, гингивит, исхудание, живот в верхней части несколько напряжен, резкая болезненность слева над пупком, печень выступает на два пальца, болезненна; шум плеска в желудке натощак. Тремор век и рук, красный стойкий дермографизм, заикание.

Анализ крови: НВ 78%, эр. 4 000 000, л. 6 800, э. 1%, п. 3%, с. 68%, лимф. 21%, мон. 7%, РОЭ 10 мм в час.

Натощак, перед просвечиванием, через зонд получено 800 мл секрета с примесью пищи и слизи с бродильным запахом.

Рентгеноскопия: «кисетный» желудок вследствие сморщивания малой кривизны и отвисания синуса, расширение, много жидкости, несмотря на откачивание, есть кусочки пищи и остаток бария, принятого 6 дней назад: на малой кривизне в средней трети тела желудка большая коническая (повидимому, проникающая в печень) ниша; детальное исследование привратника и двенадцатиперстной кишки невозможно; эвакуации не наблюдается.

Проникающая в печень язва желудка, перигастрит с кисетной деформацией желудка и сужением выхода. Консервативная терапия не может дать результата; нужна операция.

Обычно у таких больных в анамнезе имеется отчетливое указание на нераспознанное прободение.

2. Больной Н., 38 лет. Болен около 15 лет. Вначале периодически ощущаемые боли в области желудка и изжога, главным образом осенью и зимой. Затем обострения стали чаще и продолжительней, а светлые промежутки — более короткими. Лечился амбулаторно. Кислотность желудочного сока была всегда повышенной, диагностировался кислый катар желудка. Три года назад состояние резко ухудшилось; болел почти без перерыва весь 1943 г., боли стали постоянного характера, особенно сильные ночью, распространялись на всю верхнюю часть живота и отдавали в грудь и спину; одновременно наблюдалась частая кислая отрыжка и иногда рвота кислым желудочным соком и слизью. 21/XII 1943 г. внезапно появилась резкая боль в животе, от которой упал и не мог самостоятельно подняться (прободение!); товарищами внесен в помещение; нестерпимая, резкая боль не уменьшалась; каретой скорой помощи доставлен в больницу. Постепенно наступило улучшение; через 2 недели выпился и через месяц приступил к работе. В последние 2 года болеет непрерывно, причем характер болезни изменился: кроме периодически обостряющихся болей, появилось мучительное чувство тяжести и распирания в желудке и часто тухлая отрыжка; для облегчения стал искусственно вызывать рвоту, примерно 1—2 раза в неделю; периодические поносы, значительно исхудал, ослабел.

Объективно: бледность, значительное исхудание, язык обложен, гингивит; живот мягкий, умеренно вздут, шум плеска в желудке натощак, болезненность влево над пупком, печень едва выступает, неболезненна.

Анализ желудочного сока: получено 70 см³, общая кислотность 68, свободная соляная кислота 42; микроскопия: единичные лейкоциты, много растительных клеток и мышечных волокон, большое количество крахмальных зерен, много желудочных сарцин.

Анализ крови: Нв 71%, эр. 4 710 000, л. 5 800, э. 3%, п. 2%, с. 58%, лимф. 35%, мон. 2%, РОЭ 10 мм в час.

Рентгеноскопия: желудок формы затянутого кисета, натощак в нем много жидкого содержимого с кусками плотной пищи, на малой кривизне тела желудка коническая ниша, в области которой фиксирована луковица двенадцатиперстной кишки; эвакуация резко замедлена.

Перигастрит с кисетной деформацией желудка, не зажившая язва малой кривизны, застой в желудке. Консервативная терапия не может дать стойкого результата; нужна операция.

По клинике близко к этим осложнениям стоят и перигастриты при не зажившей еще язве со смещением антравальной части желудка вверх и сращением его с печенью. В этих случаях, кроме симптомов застоя в желудке, всегда значительно выражен симптом боли, связанный не только с едой, но и с движениями: разгибанием, сгибанием и тряской. Обычно отмечаются и все так называемые печеночные симптомы (Кер, Ортинер).

Такие обширные перигастриты в области антрума бывают обычно у больных, подвергшихся операции ушивания прободной предпривратниковой или дуоденальной язвы, а у неоперированных больных наблюдаются только в тех случаях, когда в анамнезе имеются указания на бывшее скрытое прободение, излеченное консервативными методами без оперативного вмешательства.

Больной В., 54 лет. До войны изредка была изжога. На фронте в течение всей войны чувствовал себя хорошо, и только с весны 1944 г. появились нерезкие боли в подложечной области через 1—1½ часа после еды и изжога. Не лечился. В августе того же года внезапно почувствовал резкие боли в животе, заставившие его лечь на землю. Больной на посыпках был отправлен в санитарную часть, а оттуда в стационар (нераспознанное прикрытое прободение!). Боли постепенно утихли, и после трехнедельного консервативного лечения больной выписался с диагнозом перигастрита. В течение осени и зимы периодически появлялись боли и изжога; хорошо помогала сода, которую он стал пить постоянно. С февраля 1945 г. боли усилились, стали беспокоить и ночью; одновременно появилась иррадиация болей в спину и частая рвота большим количеством кислой жидкости и пищей; сода перестала приносить облегчение, спасала от болей только рвота, которую больной нередко вызывал сам. Больной эвакуировался в тыл и консервативно лечился в стационарах до августа.

Анализ желудочного сока: получено 40 см³, общая кислотность 74, свободная соляная кислота 46.

Рентгеноскопия 29/VIII 1945 г.: расширение, гипотония, очень много жидкости в желудке натощак; заполнение каскадом; область антитем смещена вверх, сужена, фиксирована спайками (парадоксальные движения при дыхании); луковица двенадцатиперстной кишки резко деформирована с образованием двух карманов и с резким сужением просвета; детальное исследование ее невозможно. Эвакуация резко замедлена; через 24 часа в желудке незначительное количество бария (была рвота обильным количеством жидкости с барием).

Сужение на почве обширного пилородуоденита, расширение. Консервативная терапия не может дать стойкого результата; нужна операция.

В результате лечения боли уменьшились, но рвота попрежнему продолжалась. 27/IX 1945 г. операция. Желудок большой, мало-подвижный. Передняя стенка у малой кривизны прочно сращена на всем протяжении с нижней поверхностью печени, от которой желудок отделен остро и тупо. Обширные сращения оказались между печеночно-дуodenальной связкой и антравальным отделом желудка; кроме того, были фиброзные сращения задней стенки антрума с головкой и телом поджелудочной железы. Выходящая часть оказалась суженной, проходил только палец. На задней стенке луковицы лучистый, плотный рубец, сращенный с поджелудочной железой. Сделана типичная резекция $\frac{2}{3}$ желудка по Финстереру. Послеоперационный период без осложнений; выздоровление.

Следует отметить и значительные спаечные процессы, развивающиеся на почве глубоко проникающих в головку поджелудочной железы язв луковицы двенадцатиперстной кишки. При прочих характерных для такой язвы клинических симптомах это осложнение ярко проявляется резкой болезненностью даже при поверхностном ощупывании и легком поколачивании; особенно характерно при этом вовлечение в процесс желчного пузыря при отсутствии холецистита в истинном смысле этого слова.

Рентгенологически: глубокая ниша, смещение луковицы вверх и кзади и парадоксальные движения ее при дыхании. При этом обычно бывают и сужения различных степеней: много секрета натощак, расширение желудка и сужение просвета деформированной луковицы.

В большинстве описанных случаев добиться заживления язвы и вообще стойкого улучшения состояния большого консервативными методами очень трудно, так как почти всегда бывает резко нарушена эвакуаторная функция желудка вследствие необратимых процессов, почему и показана операция.

Наиболее частым осложнением течения язвенной болезни бывает сужение привратника или луковицы двенадцатиперстной кишки. Более чем в 75% случаев клиническая картина сужения привратника бывает результатом сужения луковицы, а не самого привратника, поскольку язва двенадцатиперстной кишки встречается значительно чаще.

Сужение происходит вследствие стойких, необратимых изменений (рубцов и спаек) и от воспалительной, сопутствующей обострению язвы, инфильтрации слизистой оболочки и стенок луковицы; возможно, что некоторую роль играет и спазм.

Хотя в клинике спазму привратника часто уделяется большое внимание, рентгенологические наблюдения указывают, что в таких случаях нередко имеет место не спазм, а сужение привратника от других причин. Поэтому спазму не следует придавать большого значения при состояниях сужения; значительно чаще ремиттирующий характер сужения зависит от воспалительной инфильтрации, которая может претерпевать обратное развитие, вследствие чего уменьшаются или исчезают совсем явления сужения. Обычно при медленном развитии сужения признаки его выявляются вначале только в период обострения и стихают или даже совсем исчезают при очередной ремиссии болезни до тех пор, пока сужение в результате необратимых изменений не достигнет такой степени, что и без воспалительной инфильтрации оно уже не может быть компенсировано усиленной работой гипертрофированной мышцы желудка.

Сужение, хотя и редко, но может развиваться остро и при свежей язве. Это бывает при язвах привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки с большим инфильтратом, главным образом у астеников при сопутствующей гипотонии желудка.

Практически принято различать три степени сужения: компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная. Во всех этих стадиях всегда наблюдается полный параллелизм между клиническими и рентгенологическими данными.

В начальной степени сужения (компенсированной) общее состояние больного совсем еще не страдает; при исследовании натощак желудочного содержимого

задержки пищи в желудке обычно не обнаруживается. Между тем клинико-рентгенологический симптомокомплекс при внимательном изучении больного довольно характерен.

Клиническая картина: боли становятся интенсивными и длительными, значительно удлиняется и весь период обострения; появляется чувство полноты и тяжести в желудке; учащается кислая отрыжка, а изредка появляется и рвота желудочным соком; больной облегчает боли, систематически принимая соду («больной живет содой»), шума плеска в желудке натощак еще нет, он обнаруживается днем через много часов после еды; перистальтика сужения после обеда нет.

Рентгенологические данные: емкость желудка немного увеличена или обычна, значительная секреция натощак; складки слизистой оболочки чаще утолщены, исследование их возможно еще и без откачивания сока; тонус понижен или сохранен, перистальтика раздраженная, иногда с большим *antrum pylori* (напряжена); эвакуация в пределах нормы или немного замедленная; в луковице двенадцатиперстной кишки ниша с большим инфильтратом (дефектом) или только инфильтрат и сморщивание стенок с сужением просвета; стенки луковицы инфильтрированы, слизистая оболочка отечна, складки слизистой не выявляются; тракция луковицы к позвоночнику болезненна.

Больной Ш., 31 года. Болен с 17-летнего возраста. Периодически (обычно два раза в году — осенью и весной) появлялись боли и изжога. При обострениях всегда пил соду. Диагносцировался кислый гастрит; больной подробно не обследовался. Последние три года обострения участились и промежутки между ними сократились (не более 1—2 месяцев); боли усилились, отрыжка кислым стала чаще, а иногда бывала и рвота. Последние полгода болеет почти непрерывно: боли ежедневно через 1½—2 часа после еды, немного отдают в спину и в оба подреберья, мучительная изжога, кислая отрыжка, пьет соду (она помогает, но приходится употреблять ее в больших количествах); при недостатке соды несколько раз искусственно вызывал рвоту, что давало облегчение; была и самопроизвольная рвота большим количеством желудочного сока; спастические запоры. В течение недели — черный стул, слабость (кровотечение); положен в больницу.

Объективно: пониженное питание, язык обложен, живот мягкий, болезненность значительная в области привратника и двенадцатиперстной кишки, печень не прощупывается.

Анализ желудочного сока: получено 50 см³, общая кислотность 98, свободная соляная кислота 74.

Анализ крови: Нв 66%, л. 6200, э. 1%, п. 2%, с. 65%, лимф. 26%, мон. 6%, РОЭ 5 мм в час.

Рентгеноскопия: язва (небольшая ниша) медиального контура луковицы; луковица уменьшенных размеров, с узким просветом, фиксирована спайками, стенки ее инфильтрированы; желудок без анатомических изменений, значительная секреция натощак, складки слизистой оболочки обычные; раздраженная, временами напряженная перистальтика; эвакуация замедлена. Хроническая рецидивирующая язва двенадцатиперстной кишки и периудоденит с явлениями компенсированного сужения.

Лечение в больнице в течение месяца успеха не дало. Операция: большой, толстостенный, резко инфицированный желудок, много спаек по задней стенке антрума; на передней стенке двенадцатиперстной кишки пупкообразный рубец и спайки, выделение из которых было затруднено. Гладкое послеоперационное течение, выздоровление.

Здесь сужение было результатом главным образом инфильтрации при обострении язвы. Рентгенологические наблюдения полностью подтверждают это.

При осложнении язвы сужением второй степени (с умеренно компенсированной) клиническая картина бывает уже ярко выражена; при этом страдает и общее состояние: больные худеют, жалуются на слабость. Задержка пищи в желудке легко определяется и при обычном исследовании его содержимого натощак. Боли резко усиливаются, иногда до приступов, стихающих только после рвоты. Чувство тяжести и распирания в подложечной области, особенно тягостное к вечеру, становится почти постоянным. Частая отрыжка, в основном попрежнему еще кислая, изредка с запахом тухлых яиц, что больные обычно всегда отмечают, ибо у них раньше этого никогда не было. Рвота кислым желудочным соком становится очень частой, нередко с примесью значительного количества недавно съеденной пищи. Больные поглощают громадное количество соды, но она мало помогает, а поэтому они искусственно вызывают рвоту, дающую облегчение («больной живет рвотой»).

Объективно: шум плеска в желудке натощак, а после обеда видна и перистальтика сужения.

Рентгенологическая картина: много секрета натощак, слизистая не поддается изучению; растяжение желудка, тонус понижен, перистальтика напряженная, временами

вялая; эвакуация резко замедлена, с поздним остатком пищи через 8—12 часов и даже через сутки; луковица уменьшенных размеров, ниша, трубкообразное сужение или сужение только аборального отдела ее с опорожнением обратно в желудок, смещение луковицы и привратника. Детальное исследование луковицы без предварительного откачивания сектета весьма затруднено, а во многих случаях и невозможно.

При этой степени сужения во время ремиссии болезни может наступить значительное улучшение: рвота прекращается, остается только редкая кислая отрыжка и чувство полноты и некоторой тяжести в надчревье. Поздних остатков пищи нет. Это объясняется тем, что после лечения, вследствие стихания инфильтративных изменений, на месте язвы уменьшается степень сужения просвета и одновременно улучшается тонус желудка. Сужение, таким образом, компенсируется, но лишь на короткое время; почти как правило, скоро возвращаются все прежние явления; больному необходима операция, для которой при компенсированных сужениях показания еще условны, ибо и консервативная терапия тогда нередко дает хороший результат. Наш опыт учит, что скорее и более стойко компенсируются сужения аборального отдела луковицы двенадцатиперстной кишки, которые к тому же вообще клинически трудно распознаются, ибо дают более стертую клиническую картину.

Больная С., 26 лет. Заболевание началось с 18-летнего возраста. Вначале периодически появлялась изжога и боли ноющего характера, главным образом осенью и зимой. Принимала соду, к которой привыкла и без которой в последующем уже не могла обходиться. Из года в год боли постепенно усиливались, периоды обострений становились длинней, а светлые промежутки короче, стала болеть и весной; кроме изжоги и болей, появилась частая кислая отрыжка, а иногда и рвота. Во время войны состояние больной еще более ухудшилось, и последний год она болела без перерыва. Жалобы на постоянное чувство тяжести и полноты в желудке, сильные боли через 1½—2 часа после еды и особенно ночью, отдающие в спину; часто кислая, иногда и тухлая отрыжка, рвота большим количеством кислой жидкости и пищи. Сода уже не помогает и больная часто искусственно вызывает рвоту. За последние полгода резко исхудала, ослабела. Спастические запоры.

Объективно: бледна, значительное исхудание, язык обложен, живот умеренно вздут, болезненность при тракции области приврат-

ника, шум плеска в желудке; после обеда видна и перистальтика желудка.

Анализ желудочного сока: получено 60 см³, общая кислотность 80, свободная соляная кислота 62.

Гемоглобин 60%, РОЭ 8 мм в час.

Рентгеноскопия: растяжение, гипотония, много жидкости в желудке натощак; складки слизистой оболочки тела желудка обычные, язва (ниша) передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки с большим инфильтратом, просвет ее резко сужен, стеники инфильтрированы; перистальтика напряженная, сменяющаяся покоям; эвакуация резко замедленная.

Хроническая рецидивирующая язва двенадцатиперстной кишки (юношеская форма), осложненная субкомпенсированным сужением. Консервативная терапия не может дать стойкого результата; нужна операция.

Операция. Большой, толстостенный желудок; на передней поверхности двенадцатиперстной кишки звездчатый рубец с плотным инфильтратом в окружности. К рубцу припаян сальник, кишка неподвижна и резко сужена спайками. Резецировано 2/3 желудка. Выздоровление.

Осложнение язвы сужением третьей степени (декомпенсированной) характеризуется тяжелым общим состоянием больных: исхудание, иногда до истощения, резкая слабость, потеря аппетита; больной много пьет жидкости, количество мочи уменьшается, периодически поноссы. Боли и мучительное чувство тяжести и распирания в надчревье становятся почти постоянными. Частая отрыжка уже не кислым, а прогорклым желудочным содержимым с противным гнилостным запахом тухлых яиц. Рвота почти ежедневно большим количеством жидкости и пищи, иногда съеденной накануне или еще ранее, в предыдущие дни. Сода уже совсем не помогает, да и рвота лишь несколько облегчает состояние. Только систематические промывания желудка приносят значительное облегчение («больной живет зондом»). Иногда вследствие резкого нарушения водно-солевого обмена и гипохлоремии наблюдаются клонические судороги; могут быть и пеллагрические явления.

Объективно: шум плеска в желудке натощак и перистальтика сужения, видимая через истонченные стенки живота не только после обильной еды (после обеда), а почти постоянно.

Рентгенологически: резко выраженное растяжение, гипотония; много жидкого содержимого в желудке на-

тощак, определяются и плотные остатки пищи в виде «вакуольных дефектов» в антруме; эвакуация резко замедлена, большой остаток бария через 24—48 часов; напряженная перистальтика, сменяющаяся покоем. Детальное исследование привратника и луковицы, а равно и складок слизистой оболочки невозможно.

Такое состояние больного, конечно, не делает чести лечащему врачу, ибо значительно раньше были абсолютные показания к операции, исход которой теперь, у истощенного больного, имеет уже худшее предсказание.

Больной Ш., 65 лет. Болеет язвой желудка более 20 лет. Лечится амбулаторно. Прошел все стадии болезни: вначале пользовался содой, которая облегчала боли; затем, когда сода перестала помогать, больной «жил рвотой», искусственно вызывая ее всякий раз, когда нужно было облегчить боли. Много раз предлагали операцию, но больной отказывался. В течение последнего года постоянно чувствует тяжесть и распирание в желудке; тухлая гнилостная отрыжка и боли стали особенно мучительны; сильно похудел, ослабел; самоневольной рвоты не бывает, периодически появляются поносы. Два раза в течение последнего года больного в тяжелом состоянии доставляли в больницу; промывания желудка и вливания физиологического раствора поваренной соли улучшали состояние.

Рентгеноскопия: растяжение и атония желудка, много жидкости и комков пищи натощак; антрум привратника сужен, с большой нишней на малой кривизне; эвакуации не наблюдается, детальное исследование невозможно; через трое суток в желудке много бария.

Обширный спаечный процесс в области антрума и привратника на почве хронической язвы, декомпенсированная степень сужения.

От операции отказался и продолжал работать, промывая желудок амбулаторно 2—3 раза в неделю. Однажды через несколько часов после очередного промывания вдруг на улице почувствовал себя плохо: потемневло в глазах, выступил пот на лбу, затошило, вырвало кровью, наступило полуобморочное состояние. Доставлен в больницу каретой скорой помощи. Операция. Большой толстостенный желудок, почти неподвижный в пилорическом отделе, где располагается большая каллезная язва с обширным спаечным процессом, создающим полное сужение. Учитывая возраст, плохое общее состояние больного и трудность радикальной операции вследствие массивных плотных спаек, наложен задний гастроэнтеростомоз. Гладкое послеоперационное течение, выздоровление. В течение трех лет чувствовал себя хорошо и работал.

Только что описанные осложнения язвы, а именно: деформация желудка, обширные перигастриты и сужения, остаются, конечно, и после заживления язвы, подобно тому как они сохраняются и при ремиссиях. В таких

случаях в клинике больного исчезают симптомы язвы — боли, связанные с приемом пищи, и местная болезненность при ощупывании; остаются лишь симптомы гастрита и нарушения эвакуаторной функции желудка. Рентгеновская картина при этом мало изменяется, ибо исчезает только ниша и инфильтрат вблизи язвы, которые трудно обнаружить при сужениях.

Сравнительно редким, но практически важным и трудным в отношении своевременной диагностики является раковое перерождение язвы. Возможность такого превращения известна давно, между тем единого мнения о частоте случаев ракового перерождения не существовало. Одни считают, что язвы переходят в рак не чаще чем в 2—3—5% случаев, другие указывают на очень большую частоту перерождения (60—71%). Однако теперь можно считать эти споры ликвидированными, так как выяснилось, что нередко за раковое перерождение ошибочно принимались атипичные разрашенния, наблюдающиеся по краям язв.

Впоследствии было установлено, что высокий процент ракового перерождения следует относить только к большим язвам, имеющим в диаметре не менее 2—2,5 см.

Таким образом, выяснилось, что для диагностики перехода в рак большое значение имеет величина язвы. Кроме того, оказалась не безразличной и локализация ее, в частности, отмечены частые случаи ракового перерождения при язвах в области антрума. Одновременно накаплялись и клинические наблюдения, подтверждающие частоту случаев ракового перерождения субкардиальных язв (Певзнер), тогда как рак первично в верхней части двенадцатиперстной кишки возникает исключительно редко.

Итак, только большие, длительно не заживающие язвы, особенно в области антрума и верхней части и редко на малой кривизне тела желудка, являются подозрительными на переход язвы в рак. На них-то и должно быть обращено прежде всего внимание терапевта и рентгенолога.

Подробности о диагностике раковоперерожденной язвы приведены в соответствующих главах нашей книги

«Рак желудка» (Горький, 1941), здесь же мы даем лишь краткую характеристику клинико-рентгенологических проявлений первично-язвенного рака и рака из язвы.

Эти две формы невозможно различить морфологически и даже сложное гистологическое исследование ряда серийных срезов иногда не решает вопроса. При этих условиях вряд ли можно рассчитывать на возможность рентгенологически дифференцировать эти формы, да и простую большую каллезную язву часто очень трудно отличить от раковоперерожденной.

При рентгеноскопии учитываются те же соображения, что при осмотре и ощупывании препарата. Раковые разращения происходят прежде всего по краю язвы, поэтому детальное исследование краев является одним из главных моментов, могущих разъяснить истинный характер поражения. Значительное утолщение этих краев разрастаниями, особенно неровными, при большой плоской нише, является признаком раковой язвы. Симптом соскальзывания с концов пальцев на экране краевого вала язвы, а тем более ощущение плотности являются важными диагностическими признаками рака. При этом возможны ошибки, но только микроскопия может ревизовать рентгенологические данные, и риск операции вполне оправдывается громадным процентом раковых изменений таких больших язв.

Итак, большая ниша (в диаметре 2—2,5 см) с плотным широким валом, расположенная в области антрума или у кардии и редко на малой кривизне тела желудка, с сопутствующими длительному течению язвы воспалительными изменениями слизистой оболочки, перигастритом и деформациями желудка, а равно и без них,—таково рентгенологическое изображение раковой язвы.

Клинически различаются две формы: 1. Первично-язвенный рак (*cancer ulceriforme*) — короткий язвенный анамнез, бурное течение с сильными болями язвенного характера, без светлых промежутков; резкие приступы болей ночью с отдачей в спину (при расположении на малой кривизне и в антруме) и в грудь (при кардиаль-

ной локализации). 2. Рак из язвы (cancer ex ulcere) — с длительным язвенным анамнезом; прогрессирующее ухудшение после кровотечения; внезапно наступающие явления сужения во время светлого промежутка; исчезновение аппетита, бывшего до того хорошим, иногда падение кислотности желудочного сока.

Кроме того, обе формы имеют общие симптомы: прогрессирующее исхудание, анемия, ускоренная РОЭ, положительная реакция на скрытую кровь в кале, иногда умеренная лихорадка; опухоль обычно не прощупывается; болезненность при ощупывании; кислотность чаще повышенна или нормальна, а ахиляция наблюдается редко.

Нет большой беды, если при гистологическом исследовании препарата будет найдена только каллезная язва — операция все равно необходима. Опыт показывает, что раковоперерожденная язва является наиболее злокачественной формой рака, при которой очень трудно своевременно поставить диагноз. Предупредить запоздание может только самое педантическое рентгенологическое наблюдение за каждой желудочной язвой: всякая каллезная язва желудка, упорно не заживающая, должна быть поводом к радикальной операции.

I. Больной Б., 43 лет. Больным считает себя 8 месяцев, хотя и раньше изредка бывали незначительные тупые боли и вздутия живота. Жалобы на постоянные ноющие боли высоко в подложечной области, которые не связаны с приемом пищи и не усиливаются после еды. Ночью, а иногда и днем, бывают сильные приступы болей с отдачей в спину и вверх — в грудную клетку слева. Диспептических явлений нет, лишь иногда бывает отрыжка воздухом. Аппетит плохой, запоры. За время болезни похудел на 10 кг, ослабел. В течение последнего месяца несколько раз твердая пища задерживалась в пищеводе, что вызывало рвоту.



Рис. 5. Больной Б. Раковоперерожденная язва. Рентгенограмма спины на трохоскопе: большая язва (инша) субкардиального отдела малой кривизны и охватывающая кардию опухоль, соответственно которой виден участок, лишенный складок слизистой; нижний отдел пищевода умеренно расширен и длительно заполнен.

Объективно: истощен, кожные покровы бледны, с землистым оттенком; живот мягкий, болезненность умеренная в подложечной области и слева в области S-образной кишки.

Желудочный сок: общая кислотность 60, свободная соляная кислота 48, моча — норма.

Анализ крови: Нб 57%, РОЭ 25 мм в час.

Рентгеноскопия: при первых глотках бария на фоне воздушного желудочного пузыря видна опухоль у кардии; нижний отдел пищевода немного расширен и в нем длительнее обычного задерживается барий. Большая ($2,5 \times 2$ см) ниша в субкардиальном отделе малой кривизны с инфильтратом соседних частей; сверху инфильтрат переходит в большую опухоль, охватывающую кардию; соответственно опухоли при положении больного на спине — дефект заполнения, а при исследовании рельефа слизистой при положении на животе — участок, лишенный складок (рис. 5). Заключение: раковоперерожденная язва. Неизлечимый случай.



Рис. 6. Больной X. Рак из язвы. Рентгенограмма после первого глотка бария: большая ниша на малой кривизне вблизи кардии; над нишой по направлению к кардии неровные разращения слизистой.

после еды и продолжались в течение 2—3 часов; изредка сильные ночные боли. Рвота пищей на высоте болей; бывала рвота и натощак, но без примеси пищи.

Рентгеноскопия 15/VIII 1938 г.: большая ниша на малой кривизне вблизи кардии. Над нишой, по направлению к кардии, обтекаемые барием неровные разращения (рис. 6). Раздраженная перистальтика и ускоренная эвакуация. Привратник и двенадцатиперстная кишка в норме.

Кардимальная язва, перерождающаяся в рак.

Предложена операция. При операции (10/X 1939 г.) оказалось, что язва располагается очень близко к кардии и может быть уда-

лена только при тотальной резекции желудка, чтоказалось слишком рискованным, ибо язва была окружена большим воспалительным инфильтратом и не производила впечатления раковой. Поэтому была произведена резекция антрума без удаления высокосидящей язвы. После операции больной чувствовал себя хорошо, ощущал лишь изредка незначительные боли в подложечной области, не связанные с приемом пищи. Однако в весе не прибавлял, слабость продолжалась, несмотря на санаторное лечение. Исследование крови в санатории: НЬ 58%, РОЭ 19 мм в час. Через 8 месяцев после операции стал периодически ощущать задержки плотной пищи в пищеводе.

Рентгеноскопия 20/VII 1939 г.: ниша в кардиальной части с большим краевым лаем, переходящим на кардию (рис. 7); обрыв складок брюшного отрезка пищевода; эвакуация ускоренная.

Постепенно дисфагия нарастает, и к маю 1940 г. задержка пищи в пищеводе наблюдается несколько раз в дни; болей нет, иногда бывает чувство давления в подложечной области и отрыжка. Похудел еще на 2 кг. Анализ крови: НЬ 58%, РОЭ 7 мм в час.

Рентгеноскопия 16/II 1940 г.: маленький деформированный желудочный пузырь, большая опухоль, охватывающая кардию и брюшной отрезок пищевода. Беспорядочно перестроенный рельеф слизистой брюшной части пищевода.

В дальнейшем быстро нарастала дисфагия, исхудание, кахексия, и в ноябре 1940 г. наступила смерть (через 2 года после операции).



Рис. 7. Этот же больной через год.

Субкардиальная язва (ниша) с большим краевым инфильтратом, переходящим на кардию и абдоминальный отрезок пищевода.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ЯЗВЫ

Язвы после операции на желудке подробно освещены с клинической и рентгенологической стороны в монографии Е. Л. Березова и А. Д. Рыбинского «Болезни оперированного желудка» (Горький, 1940). Поэтому ограничимся лишь краткими замечаниями.

Незажившие язвы после гастроэнтеростомии и других палиативных операций (ушивание, лоскутная резекция язвы, пилоропластика и пр.), а также рецидивы и новые язвы после этих операций клинически выражаются обычным язвенным симптомокомплексом (исчезает после операции гастроэнтеростомии только рвота). Разница между ними лишь в послеоперационном анам-

незе: при незажившей язве совсем нет светлого промежутка после операции или он ограничен неделями; при рецидиве, наоборот, всегда есть период полного благополучия (полгода и более). При новой язве светлый промежуток длится годами (2—3 года и больше); это дает основание полагать, что ранее бывшая язва зажила, тем более, что при этом рентгенологически нишу нередко находят на другом месте, чем до операции. Это так называемые новые язвы или поздние рецидивы язвенной болезни.

В отношении рентгеновской картины необходимо отметить, что при незаживших язвах и рецидивах ее после операции ушивания прободной язвы обнаружить нишу очень трудно вследствие перигастрита и сложных деформаций слизистой на месте ушивания. Поэтому в этих случаях клиника для диагноза имеет большее значение; при рентгенологическом исследовании не так важно установить наличие ниши, как обнаружить инфильтрацию и отек слизистой в области операции.

Лечение этих послеоперационных язв обычно не最难 неоперируемых случаев. Предсказание прежде всего зависит от характера язвы — простая или каллезная, проникающая и осложненная сужением выхода (привратника или анастомоза). Отмечают более упорный характер незаживших язв после операции, потому что они чаще всего бывают каллезными и требуют настойчивого, длительного лечения и настороженности в отношении всех возможных при такой язве осложнений. При рецидивах и новых язвах нужно опасаться лишь сужения привратника после операции ушивания прободной язвы; этого не приходится бояться при наличии гастроэнтеростомии, при которой, однако, существует угроза еще более тяжелого заболевания — пептической язвы тощей кишки со всеми грозными последствиями.

Приводим несколько историй болезней рецидивов язв после операции.

1. Больной Г., 40 лет. Считает себя больным с 1935 г., когда впервые весной появились боли в подложечной области, связанные с приемом пищи, и изжога. С этих пор ежегодно весной наступали обострения, причем боли с каждым годом становились сильнее,

изжога мучительней, а позднее появилась рвота кислой жидкостью. Кислотность желудочного сока всегда была повышенной; принимал соду, для чего постоянно носил ее с собой. Ежегодно пользовался курортным лечением в Железноводске, после чего всегда чувствовал себя в течение нескольких месяцев хорошо. С начала войны до декабря 1942 г. был совершенно здоров, диаты не соблюдал, много работал. Неожиданно 25/XII 1942 г. открылось кровотечение (кровавая рвота и кровавый стул). После месячного лечения в стационаре поправился и в течение 4 месяцев чувствовал себя удовлетворительно. В июле 1943 г. внезапно появилась сильная боль; диагностировано прободение; через 6 часов оперирован — ушито прободное отверстие луковицы двенадцатиперстной кишки. После операции в течение нескольких месяцев при соблюдении диаты чувствовал себя удовлетворительно, а затем появились слабые боли, чувство тяжести и распирания в области желудка, частая кислая и тухлая отрыжка, рвота, которую для облегчения часто искусственно вызывал сам. Так с временнымми короткими улучшениями продолжалось до поступления в санаторий (25/II 1945 г.).

Объективно: питание удовлетворительное, язык обложен, живот мягкий, умеренно вздут, шум плеска в желудке натощак, небольшая болезненность при тракции привратниковой области к позвоночнику; видимой перистальтики нет.

Анализ желудочного сока: получено 50 см³, общая кислотность 70, свободная соляная кислота 62. Анализ крови: Нв 66%, эр. 4 480 000, л. 6 000, э. 3%, п. 2%, с. 66%, лимф. 24%, мон. 5%, РОЭ 6 мм в час.

Рентгеноскопия: умеренное расширение, гипотония, много секрета в желудке натощак, есть и мелкие кусочки пищи; исследование слизистой весьма затруднено, вялая перистальтика, эвакуация резко замедлена; луковица малых размеров вследствие сморшивания стенок, небольшая ниша на задней стенке ее; через 24 часа в желудке много жидкости с примесью контраста.

Незажившая язва двенадцатиперстной кишки после операции ушивания прободения, осложненная субкомпенсированным сужением. Консервативная терапия не может дать стойкого результата; показана операция.

У больного во второй половине дня почти всегда отмечается тухлая отрыжка, распирание и боли в желудке; больной ежедневно искусственно вызывает рвоту. После месячного лечения в санатории (промывания желудка, щелочки, минеральная вода, парафинолечение, наарзанные ванны, стол № 1-б, витамины В₁ и С — значительное улучшение. Остается еще на месяц в Ессентуках и уезжает в хорошем состоянии, без всяких желудочных жалоб.

Перед отъездом — контрольная рентгеноскопия: значительная секреция натощак, тонус понижен, перистальтика напряженная, деформация луковицы и ниша попрежнему, тракция ее к позвоночнику чувствительна, эвакуация резко замедлена. Неустойчиво компенсированное сужение при незажившей язве.

2. Больной С., 45 лет. Болен с 1929 г. В январе 1934 г. оперирован по поводу гнойного холецистита и язвы двенадцатиперстной кишки — сделана холецистэктомия и задняя гастроэнтеростомия.

Послеоперационное течение гладкое. В продолжение 2 лет чувствовал себя хорошо. Затем периодически (через 4–6 месяцев) появлялись боли, сопровождавшиеся тошнотой и обильным слюноотделением. Эти явления продолжались обычно 2–3 недели. Ежегодно лечился в Ессентуках, что избавляло от болей лишь до следующего года. Так продолжалось в течение 8 лет. Летом 1944 г. лечился в Ессентуках, но зимой наступило новое обострение. Вновь прибыл в санаторий 10/XII 1944 г. Жалобы: ноющие боли в подложечной области и в правом подреберье, усиливающиеся через 1½–2 часа после еды, сопровождающиеся чувством давления, тошнотой и обильным слюноотделением. Боли успокаиваются при лежании с грелкой, а также при приеме пищи. Отрыжка воздухом, изредка изжога. Аппетит хороший; стул задержан; общее состояние — слабость, раздражительность.

Объективно: питание удовлетворительное, живот немного вздут, печень выступает на 3–4 см, болезненна, разлитая болезненность в надчревье. Анализ крови: НЬ 61%, РОЭ 8 мм в час. Исследование желудочного сока не удалось.

Рентгеноскопия: задний гастроэнтеростомоз, эвакуация через анастомоз и привратник, складки слизистой отечны, небольшая язвенная ниша на малой кривизне нижней трети тела желудка; сморщивание стенок луковицы вaborальном отделе, тонус понижен, перистальтика вялая, эвакуация замедлена. Гепатит, перипилородуodenит, гастрит, язва малой кривизны желудка (новая язва после гастроэнтеростомии). К концу лечения боли и болезненность при пальпации значительно уменьшились, тошнота прекратилась; при контрольной рентгеноскопии — ниша без изменений.

Хирурги полагают, что пептическая язва тощей кишки и после гастроэнтеростомии бывает у 2–3% всех оперированных. Терапевты, наоборот, указывают на значительно большую частоту этого заболевания — 20–25%. Вероятно, терапевты несколько преувеличивают число этих язв, нередко относя к ним ошибочно перигастроэнтеростомозиты, не имеющие отношения к язве; хирурги же значительно уменьшают число их, располагая главным образом осложненными случаями и редко наблюдая легкие, которые к тому же они часто относят только за счет анастомозита и перигастроэнтеростомозита. Между тем в клинике я рентгеновском изображении именно за симптомами перигастроэнтеростомозита часто скрываются хронические рецидивирующие язвы тощей кишки, подобно тому, как диагноз периодуоденита (одно время очень модный) обычно прикрывает рецидивирующие язвы двенадцатиперстной кишки. Как в том, так и в другом случае в рентгеновской картине часто преобладает не маленькая трудно находимая язва (ниша), а воспалительная инфильтрация слизистой и стенок кишки и спаечный процесс со сморщиванием, образованием карманов и сужением просвета.

Между язвой двенадцатиперстной кишки и пептической язвой тощей кишки много общего не только по рентгеновской картине, но и по течению и осложнениям (проникание, кровотечение, прободение и сужения). При этом большинство авторов полагает, что

осложнения эти при язвах тощей кишки наблюдаются значительно чаще, чем при язвах какой-либо другой локализации и что боли бывают значительно сильнее, чем до операции.

Диагноз пептической язвы тощей кишки ставится легко только в осложненных случаях, а неосложненные язвы долго не распознаются. Разница значительно сглаживается, если пептические язвы тощей кишки разделить, как и язвы другой локализации, на свежие, хронические, рецидивирующие и осложненные. Это значительно облегчает получение правильного представления о клинико-рентгенологических особенностях язв этой локализации и способствует своевременной постановке диагноза, рациональной терапии и профилактике осложнений.

Итак, клиника пептической язвы тощей кишки столь же разнообразна, в зависимости от формы и стадии болезни, как и язв другой локализации.

При свежей пептической язве тощей кишки боли редко бывают интенсивными и вначале отмечаются лишь диспептические явления (изжога!). Эти язвы нередко возникают рано, в первые полгода после операции, клинические явления постепенно нарастают, переходя в типичную картину язвенных болей, часто возникающих непосредственно после еды, но нередко и через 1—1½ часа и позднее — несколько часов спустя.

Рентгенологически вначале обнаруживают лишь отечность слизистой петли тощей кишки и небольшую плоскую или коническую нишу, окруженную воспалительным валиком слизистой. В этих случаях рентгенодиагностика имеет решающее значение, причем свежие пептические язвы тощей кишки диагностируются неожиданно, если больных исследуют рентгеноскопически вскоре после гастроэнтеростомии, при первых, самых незначительных, жалобах. Неправильно думать, что пептические язвы тощей кишки всегда имеют длительный (1½—2 года) светлый промежуток после операции — чаще этот промежуток бывает гораздо меньше (3—6 месяцев).

Обнаружение при рентгеноскопии в эти ранние сроки спаечного процесса с деформацией и фиксацией спайками отводящей петли тощей кишки и обезображенного спайками анастомоза всегда указывает на то, что перигастроэнтеростомозит является следствием не пептического процесса, а травмы и местного инфицирования во

время операции. При этом иногда и по анамнезу можно бывает установить осложнение послеоперационного периода инфильтратом и нарушением функции анастомоза с горькой отрыжкой и рвотой, отчасти сохраняющимися и в последующем. Однако, если к такому послеоперационному перигастроэнтеростомозиту присоединится небольшая язва, ранняя диагностика последней будет не только трудна, но часто и невозможна. Это замечание имеет большое практическое значение, так как послеоперационный перигастроэнтеростомозит часто бывает причиной раннего возникновения пептической язвы тощей кишки, представляя собой как бы предъязвленное состояние.

Хронические рецидивирующие язвы тощей кишки являются такой формой язвенной болезни, при которой местный воспалительный процесс не только всегда сопутствует язве, но часто преобладает в картине болезни над единичной или даже множественными маленькими язвами. Поэтому всегда необходимо дифференцировать пептическую язву тощей кишки от простого перигастроэнтеростомозита по следующим признакам:

1. При пептической язве тощей кишки в большинстве случаев посредством рентгеноскопии (иногда повторной), кроме деформаций, удается обнаружить сужение и карманы тощей кишки, а также достоверную нишу с инфильтратом слизистой.

2. Весьма важными клиническими признаками пептической язвы тощей кишки являются: повышенная секреция и кислотность, а также разлитой гастрит (толстые отечные складки слизистой желудка).

3. При пептической язве тощей кишки в анамнезе всегда отмечается абсолютно свободный от болезни промежуток времени после операции (от нескольких месяцев до $1\frac{1}{2}$ —2 лет), тогда как при перигастроэнтеростомозите болезнь чаще начинается непосредственно после операции.

4. Потребление соды при пептической язве тощей кишки облегчает боли столь же постоянно, как и при хронической рецидивирующей язве двенадцатиперстной кишки; при перигастроэнтеростомозите сода не дает облегчения.

5. Болевой симптомокомплекс при перигастроэнтеростомозите никогда не бывает выражен так отчетливо, как при язве.

6. В случае перигастроэнтеростомозита болезненные явления в начале болезни выражены сильнее, а в дальнейшем уменьшаются; при пептической язве тощей кишки, наоборот, болезненные явления постепенно нарастают.

Тем не менее бывают случаи, когда только длительное наблюдение и контрольные рентгеноскопии избавляют от ошибок при постановке диагноза.

Больной Л., 38 лет. Болеет с 1936 г.; периодически появлялись боли в подложечной области и изжога; пил соду. В феврале 1938 г. наступило прободение; через час — операция ушивания прободного отверстия двенадцатиперстной кишки и задняя гастроэнтеростомия. Послеоперационный период протекал гладко. В апреле в течение месяца лечился в Ессентуках и до осени 1941 г. чувствовал себя хорошо, затем появились боли ниже и левее пупка. В феврале 1942 г. произведена операция по поводу грыжи белой линии живота; боли продолжались. С этого времени ежегодно по несколько раз лежал в стационаре. Предполагали рецидивную язву двенадцатиперстной кишки, затем — пептическую язву тощей кишки. При повторных рентгеноскопиях язва не обнаруживалась. В июне 1945 г. направлен в санаторий (Ессентуки).

Жалобы на ежедневные острые боли ниже и слева от пупка через 2—3 часа после еды; приемы пищи успокаивают боли; диспептических явлений нет; периодические запоры.

Объективно: питание удовлетворительное, живот мягкий, печень не увеличена; резкая локальная болезненность слева и несколько ниже пупка.

Анализ желудочного сока: получено 30 см³, общая кислотность 50, свободная соляная кислота 38.

Анализ крови: Нб 69%, эр. 4 380 000, л. 6 000. Клинически — пептическая язва тощей кишки.

Рентгеноскопия: желудок без анатомических изменений, складки слизистой обычные, тонус повышен, перистальтика раздражена, задний гастроэнтеростомоз на короткой петле, эвакуация через гастроэнтеростомоз и привратник; луковица с незначительным сморщиванием передней стенки; слизистая луковицы обычная, инфильтрации стенок нет; отводящий отдел петли анастомоза образует небольшую петлю, фиксированную спайками, складки ее слизистой нормальны. Пептической язвы нет, перигастроэнтеростомоз.

Выписывается в хорошем состоянии; острые боли исчезли, стул ежедневно самостоятельный, самочувствие бодрое.

При хронической пептической язве тощей кишки, как и при язвах всякой другой локализации, течение болезни

имеет ремиттирующий характер со сменой обострений и затишья. При осложненной язве промежутки между обострениями не бывают длительными, часто болезненные явления не прекращаются, а лишь затихают, уменьшаются.

При обострениях нередко усиливаются и нарушения эвакуаторной функции анастомоза с появлением симптомов его сужения и хронического порочного круга: тяжесть в желудке, горько-кислая или горькая отрыжка и обильная рвота. Вообще в клинике, да и в рентгеновской картине пептической язвы тощей кишки хронический порочный круг наблюдается часто как результат затрудненного оттока по отводящему калену петли анастомоза вследствие инфильтрации и отека, а равно и сужения спайками.

Однако полная картина порочного круга отсутствует, и при рентгеноскопии наблюдается лишь массивное заtekание в приводящий отдел петли анастомоза и застой как в нем, так и в двенадцатиперстной кишке, потому что в большинстве этих случаев имеется сужение привратника (что и было показанием для операции гастроэнтеростомии), а обязательным условием полного порочного круга является свободная проходимость привратника.

Клинико-рентгенологическая картина сужений анастомоза по степеням нарушения эвакуаторной функции аналогична картине сужения привратника у неоперированных больных.

Осложненные прониканием пептические язвы тощей кишки имеют простую рентгеновскую картину — большую нишу, проникающую в мезоколон и сальник, а при передней гастроэнтеростомии — в брюшную стенку, с воспалительным инфильтратом, обычно легко прощупываемым под экраном, в сочетании с нестерпимыми болями, рвотой кислым и горьким желудочным содержимым, вынужденным положением больных и прочими признаками, свойственными проникающим язвам всякой другой локализации. При этом характерна локализация болей слева и отдача их кзади и вниз. Такие случаи легко диагностируются. Проникающие язвы тощей кишки можно отнести к абсолютным показаниям для операции, но свежие и хронические рецидивирующие язвы

тощей кишки, не осложненные сужением анастомоза, хорошо поддаются лечению и при консервативной терапии.

В заключение следует отметить, что пептические язвы тощей кишки иногда протекают скрыто и атипично, особенно в начальных периодах болезни. Могут быть бессимптомными и глубоко проникающие в мезоколон язвы, и лишь наступившие осложнения — кровотечение или прободение — открывают истинный диагноз. В четырех из 19 случаев желудочно-ободочнокишечного свища, описанных нами, пептическая язва тощей кишки протекала почти без клинических проявлений.

Практически важно отметить еще одно обстоятельство: примерно в 35% случаев пептических язв тощей кишки эвакуаторная функция анастомоза бывает сохранена, почему и симптомы сужения в клинике этой болезни далеко не постоянны.

1. Больной Р., 49 лет. Считает себя больным с 1930 г., когда появились боли в подложечной области, изжога и отрыжка. Такое состояние периодически повторялось; светлые промежутки постепенно сокращались, боли стали сильней, появилась рвота, и в 1940 г. впервые была диагностирована язва двенадцатиперстной кишки. Почти без перерыва болел в 1941 и 1942 гг., явления сужения нарастали. В ноябре 1942 г.—сильное кровотечение (НЬ 19%); после повторных переливаний крови оперирован — наложен задний гастроэнтеростомоз. Послеоперационный период протекал гладко. Около года чувствовал себя хорошо, а затем появились острые боли в области пупка, изжога, а иногда кислая рвота. На несколько месяцев все эти явления исчезли. Осенью 1944 г.—новое обострение. После лечения в стационаре чувствовал себя хорошо. С мая 1945 г.—опять обострение: резкие боли постоянного характера, изжога, тошнота, иногда облегчающая боли рвота. Два месяца лечился в стационаре; боли уменьшились, рвота прекратилась. В стадии затихания болезни 15/VIII 1945 г. поступил в санаторий. Жалобы: боли во второй половине дня в области пупка, иногда отдающие в спину; бывают боли и ночью; отрыжка воздухом, изжога, обильное слюноотделение, умеренные запоры.

Объективно: питание удовлетворительное, живот мягкий, резкая болезненность слева и несколько выше пупка, небольшая болезненность и в пилоро-дуоденальной области.

Анализ желудочного сока: получено 50 мл, общая кислотность 44, свободная соляная кислота 30.

Анализ крови: НЬ 78%, эр. 4 000 000, л. 6 400, б. 1%, э. 4%, п. 7%, с. 58%, лимф. 28%, мон. 2%, РОЭ 11 мм в час.

Рентгеноскопия: умеренная секреция натощак, емкость и тонус желудка обычные, перистальтика вялая, складки слизистой утолщены, луковица деформирована с резко выраженным сморщиванием стенок, фиксирована спайками, расширенная и застойно заполненная гипотоничная двенадцатиперстная кишка; задний высоко нало-

жечинный гастроэнтеростомоз; петля тощей кишки фиксирована спайками, складки слизистой отводящей кишки утолщены, конвертируют к небольшой язвенной нише (4×4 мм), карман противоположной стенки, эвакуация замедлена.

Пептическая язва тощей кишки (хроническая, рецидивирующая), перигастроэнтеростомозит.

После 33 дней лечения (минеральная вода, грязь, нарезанные ванны, диэта) наступило значительное улучшение: боли и диспептические явления исчезли, живот мягкий, болезненность при ощупывании незначительна; стул в норме; общее самочувствие хорошее. Контрольная рентгеноскопия: ниша исчезла, отека слизистой тощей кишки нет.

2. Больной П., 37 лет. У больного в течение 7 лет типичная картина хронической рецидивирующей язвы двенадцатиперстной кишки. В 1942 г. непрерывно в течение 5 месяцев тяжело болел: почти постоянного характера боли с сильной отдачей в спину; частая рвота желудочным соком (проникающая язва с компенсированным стенозом). Зимой состояние ухудшилось. Произведена операция — наложен задний гастроэнтеростомоз. В течение $2\frac{1}{2}$ лет — полное благополучие. В августе 1945 г. снова появились боли, которые быстро усиливались; диспептических явлений не было. В декабре 1945 г. вновь приехал в Ессентуки. Жалобы на боли слева от пупка, усиливающиеся через $1\frac{1}{2}$ —2 часа после еды; умеренные запоры. За последние 2 недели боли стали значительно сильнее (просыпался от них и ночью), причем они отдавали вниз, распространяясь на всю нижнюю половину живота.

Объективно: резкая болезненность слева от пупка в области анастомоза. Анализ крови: Нб 76%, РОЭ 4 мм в час.

Анализ желудочного сока: получено 50 мл, общая кислотность 60, свободная соляная кислота 50.

Рентгеноскопия: складки слизистой оболочки желудка утолщены, ускоренная эвакуация через задний гастроэнтеростомоз; заполнение двенадцатиперстной кишки не удалось, перистальтика раздражена; в начальной части отводящей кишки анастомоза — язва (ниша) величиной с фасоль, окруженнная инфильтратом и отеком слизистой; кишка в этом отделе фиксирована спайками, резкая болезненность при ощупывании этой области. **Пептическая язва тощей кишки (свежая с глубоким кратером), свежий спаечный процесс.**

Был повторно оперирован — резекция желудка вместе с анастомозом по Бильрот II-Финкстереру. Послеоперационное течение гладкое. Через 18 дней был выписан и поступил в санаторий, где в течение месяца хорошо поправился; жалоб не было.

3. Больной К., 44 лет. Болен с 1937 г. Типичный анамнез хронической рецидивирующей язвы двенадцатиперстной кишки с постепенным нарастанием явлений сужения, по поводу которого был оперирован в 1940 г. Была произведена задняя гастроэнтеростомия. После этого больной около $1\frac{1}{2}$ лет чувствовал себя хорошо. В конце 1941 г. снова появились боли, которые через 2 месяца затихли. В феврале 1942 г. после ранения наступило резкое обострение: сильные боли в области пупка, изжога и рвота кислой жидкостью. Лечился в продолжении $1\frac{1}{2}$ месяцев в стационаре строгой диетой,

атрониом и щелочами; выписался в хорошем состоянии. Через 2 месяца снова наступило такое же обострение. Лежал в стационаре, улучшения не наступило. В санаторий поступил с диагнозом: «хроническая язва двенадцатиперстной кишки с гастроэнтеростомией, атония желудка, невроз желудка, анемия и истощение». Жалобы: резкие боли в левой половине живота, тяжесть и урчание в желудке, изжога, тухлая отрыжка и рвота большим количеством горькой зеленой жидкости и пищи; иногда в рвотных массах остатки пищи, съеденной несколько дней назад. Эти явления обычно наступают через 2–3 часа после еды; после рвоты чувствует облегчение. Аппетит плохой, запоры (стул только с клизмой), резкая слабость, головокружение.

Объективно: истощенный, бледный больной; язык обложен; при вертикальном положении больного живот выпячен; значительная болезненность слева от пупка; шум пlesка в желудке, периодически видна и перистальтика желудка.

Анализ крови: Нб 68%, эр. 4 020 000, л. 7 800, э. 2%, п. 10%, с. 61%, лимф. 20%, мон. 7%, РОЭ 38 мм в час.

Анализ желудочного сока: натощак получено 470 см³ сока зеленого цвета (желчь); общая кислотность 18, свободная соляная кислота 0; после пробного завтрака получено 540 см³ жидкости зеленого цвета; общая кислотность 40, свободная соляная кислота 22.

Рентгеноскопия: расширение желудка, задний гастроэнтеростомоз, много жидкости натощак; в области тела луковицы складки утолщены; резко выраженное сужение аборального отдела луковицы; через анастомоз заполняются расширенный приводящий отдел истили тощей кишки и вся двенадцатиперстная кишка; глубокие перистальтические и антиперистальтические сокращения их; в начальной части отводящей кишки большая (3 × 2 см) ниша с массивным, прощупываемым инфильтратом и сужением кишки (рис. 8). Пептическая язва тощей кишки, проникающая в мезоколон, массивный спаечный процесс, хронический порочный круг, сужение отводящей кишки анастомоза и аборального отдела луковицы двенадцатиперстной кишки.

В тяжелом состоянии был переведен в хирургический стационар. Операция 24/XII 1943 г. Желудок расширен, на месте заднего гастроэнтеростомоза пептическая каллезная язва величиной 3,5 × 2,5 см; дно язвы плотно спаяно с поперечной кишкой, приводящая кишка очень расширена и сляна с сигмой и петлей тощей кишки. Сделана резекция желудка и анастомоза по Бильрот II. Послеоперационный период протекал тяжело; потребовалась вторая операция. Посте-



Рис. 8. Больной К. Пептическая язва тощей кишки носле задней гастроэнтеростомии, проникающая в мезоколон, осложненная сужением отводящей кишки и хроническим порочным кругом (застойное заполнение эктазированной двенадцатиперстной кишки).

пенно поправился. После месячного лечения в санатории выписан (21/IV 1944 г.) в удовлетворительном состоянии.

В этом случае была большая пептическая язва тощей кишки, глубоко проникающая в мезоколон и уже спаянная со стенкой поперечной кишки. Дальнейшим этапом развития язвы был бы прорыв ее в толстую кишку с образованием желудочноободочного кишечного свища. Такие осложнения пептической язвы тощей кишки бывают



Рис. 9. Больной Б. Обширный перигастрит, передний гастроэнтеростомоз; в начальной части отводящей кишки большая язва (ниша 3×3 см), проникающая в брюшную стенку (соответственно в ней прощупывается инфильтрат)

только при задней гастроэнтеростомии, а при переднем анастомозе топографические условия благоприятны для проникания язвы в брюшную стенку. В клинике этого осложнения, кроме обычных для этой язвы симптомов обращает на себя внимание плотный и болезненный инфильтрат брюшной стенки, на который, как на опухоль, указывают обычно сами больные, а в анамнезе часто отмечается нераспознанное скрытое прободение язвы. Несколько таких случаев описаны в наших прежних работах; три случая мы наблюдали в военное время, один из которых приводится.

Больной Б., 54 лет. Болеет язвой давно; во время войны состояние резко ухудшилось (явления субкомпенсированного сужения, кровотечение). Был оперирован — наложен передний гастроэнтеростомоз с анастомозом Брауна. Гладкое послеоперационное течение; хорошо поправился, приступил к работе. Через 2 месяца во время физической работы вдруг почувствовал нестерпимо сильную боль в животе; был отправлен в больницу. Постепенно состояние улучшалось, но резкие боли в животе после еды с тех пор беспокояли ежедневно; иногда бывала и рвота. Возник вопрос о повторной операции; решено было предварительно испробовать курортное лечение. Больной был направлен в Железнодорожный (зимой). Здесь во время грязелечения наступило резкое обострение болей и кровотечение. Лечился в больнице; через месяц поступил в санаторий на консультацию. Жалобы на постоянные боли в животе, усиливающиеся через 1—1½ часа после еды и особенно ночью, изжога, бывает и обильная рвота желудочным соком с примесью пищи; рвоту больной часто вызывает искусственно, так как она облегчает сильные боли; запоры, аппетит сохранен, но боится есть из опасения усиления боли.

Объективно: питание значительно понижено, бледен, язык обложен; живот втянут, кожа живота с резко выраженной пигментацией от грелок; непосредственно справа от пупка большой, плотный болезненный инфильтрат (на него указывает сам больной).

Желудочный сок не исследован; раньше всегда была повышенная кислотность. Анализ крови: Нв 70%, РОЭ 23 мм в час.

Рентгеноскопия: много секрета натощак, обширный перигастрит, желудок фиксирован спайками с печенью и стенкой живота (пародоксальные смещения); область антрума сужена; привратник и двенадцатиперстная кишка не заполняются; передний гастроэнтеростомоз; в начальной части отводящей кишки большая язва (ниша 3×3 см), проникающая в брюшную стенку в центральной части прощупываемого инфильтрата, эвакуация замедлена (рис. 9).

Систематические приемы соды, коллагола и строгая диета дали некоторое облегчение, но скоро наступило новое обострение. Направлен в клинику, где 23/X 1945 г. произведена операция — резекция $\frac{2}{3}$ желудка вместе с анастомозом. В брюшной полости обширные сращения с печенью, желчным пузырем и передней брюшной стенкой, в которую глубоко проникает язва размером $3 \times 3,5$ см. На четвертый день после операции больной умер.

Язвы после резекции желудка очень редки. Из них следует выделить в отдельную группу язвы, оставленные во время операции сознательно вследствие их высокого (у самой кардии) расположения или случайно просмотренные на задней стенке двенадцатиперстной кишки (при Бильрот I) или желудка. Симптомы таких язв появляются обычно непосредственно после операции и распознаются клинически без особого труда, если только не забывают об этом редком заболевании. Предсказание при таких язвах вполне благоприятно, если при резекции удалено не меньше $\frac{2}{3}$ желудка и получена стойкая ахилля. Возможно раковое перерождение субкардиальных язв.

Новые язвы как в оставшейся после резекции части желудка, так и в двенадцатиперстной (Бильрот I) и тощей кишке (Бильрот II), наоборот, отличаются большим упорством и весьма плохо поддаются консервативному лечению. При них в желудочном соке содержится свободная соляная кислота, что свидетельствует о недостаточной резекции. Мы ни разу не наблюдали новых язв при ахиллии после полноценной резекции.

Однако в известной части случаев и после удаления не менее $\frac{2}{3}$ желудка, повидимому, секреция сохраняется. Так, Фридеман наблюдал 450 больных после резекции желудка; из них у 80% он обнаружил отсутствие кислот-

ности, у 10% — пониженную и у 10% нормальную и повышенную кислотность, а О. Л. Гордон у 19% (из 130 больных) нашел сохранными обе фазы секреции. В противоположность этому при исследовании более 200 больных (Сойнова, Ойстрах, Баранова, Лопачук) только у одного больного было обнаружено наличие свободной соляной кислоты. Практически всегда важно знать, сохранилась ли свободная соляная кислота в желудочном соке, ибо при ахилли пептических язв после резекции желудка не бывает.

Для диагноза, кроме жалоб на характерные для язвы боли, решающее значение имеет ниша при рентгенологическом исследовании, которое требует достаточного опыта и большой осторожности, чтобы не принять за нишу неровность на месте ушитого просвета после отсечения желудка или кармашек в области анастомоза. При оперированном желудке часто обнаруживаются нишебразные выпячивания, контрастные пятна и неровности контура, на основании которых нередко ставится ошибочный диагноз язвы.

1. Больной С., 31 года. Больным считает себя с 1942 г., когда впервые появились боли в области желудка и изжога. В 1943 г. у больного неожиданно возникли нестерпимо сильные боли; диагностировано прободение язвы. Срочно оперирован — произведено ушивание прободного отверстия луковицы двенадцатиперстной кишки. Через 2 месяца наступил рецидив болей. Диагностирована незажившая после ушивания язва. Лечился в стационаре, затем в Ессентуках с кратковременным успехом. Вторую половину 1944 г. болел без перерыва. В январе произведена вторичная операция — резекция желудка. Послеоперационный период протекал гладко. Чувствовал себя в течение 7 месяцев хорошо, лишь изредка ощущал тяжесть после еды. Затем появились боли слева от пупка, стихавшие после приема пищи и вновь возникающие через 2—2½ часа. Постепенно боли усиливались, лечение было безуспешно. 5/XII 1945 г., т. е. через 11 месяцев после последней операции, поступил в санаторий. Жалобы на сильные боли слева от пупка независимо от приема пищи; боли распространяются на всю нижнюю часть живота, беспокоят и ночью; диспептических явлений нет, стул задержан.

Объективно: прощупывается резкая болезненность слева от пупка и в меньшей степени справа от него.

Анализ желудочного сока: получено 20 мл, общая кислотность 56, свободная соляная кислота 36.

Анализ крови: Нb 62%, эр. 3 900 000, л. 4 500, э. 3%, п. 1%, с. 62%, лимф. 31%, мон. 3%, РОЭ 3 мм в час.

Рентгеноскопия: после резекции около $\frac{2}{3}$ желудка по Бильрот II тонус сохранен, складки слизистой утолщены, эвакуация ускоренная, непрерывной струей; большая ниша на задней стенке начальной

части отводящей кишки, которая в этом отделе фиксирована спайками, стенки ее инфильтрированы, слизистая отечна. Пептическая язва тонкой кишки после резекции по Бильрот II.

Выписался без улучшения.

2. Больной М., 39 лет. Болеет язвой с 1932 г. В мае 1936 г. прободение язвы двенадцатиперстной кишки. Сделана операция резекции желудка по Бильрот II. До 1939 г. чувствовал себя очень хорошо. В феврале появились боли внизу живота, а в марте — кровавая рвота и дегтяобразный стул. Лежал в больнице; делали переливание крови, выписался без болей. В апреле 1940 г. новое обострение и повторное кровотечение. После больничного лечения улучшение, а затем появились снова боли. Направлен в Железнодорожск. Жалобы: боли в области желудка через 2—3 часа после еды, успокаивающиеся после приема пищи, боли отдают в спину и вниз живота, диспептические явления отсутствуют, стул в норме.

Объективно: язык обложен, живот мягкий, болезненности при ощупывании нет, печень увеличена, селезенка не прощупывается. Анализ крови: НЬ 77%, РОЭ 3 мм в час.

Анализ желудочного сока: получено 75 см³, общая кислотность 22, свободная соляная кислота 8.

Рентгеноскопия: желудок уменьшенных размеров после резекции около 2/3 его по Бильрот II, складки слизистой обычные, тонус сохранен, смещаемость ограничена, эвакуация быстрая с заполнением приводящего отдела петли тонкой кишки; большая ниша в начальной части отводящей кишки, окруженная воспалительным инфильтратом; болезненность в области ниши незначительная. Пептическая язва тонкой кишки после резекции по Бильрот II.

СКРЫТЫЕ (БЕССИМПТОМНЫЕ И АТИПИЧНЫЕ) ЯЗВЫ

К группе скрытых относятся язвы, которые не дают типичных клинических проявлений и диагноз которых устанавливается лишь на основании наступающих в дальнейшем неоспоримых симптомов (кровотечение, прободение) или рентгеновского исследования.

Таковы прежде всего немые, т. е. абсолютно бессимптомные, язвы. Примером бессимптомного течения язвы в прошлом могут быть случаи, когда при первых клинических проявлениях язвы рентгенологически находят рубцовые изменения, с несомненностью указывающие на то, что это не свежая язва, а рецидив язвы, ранее протекавшей бессимптомно. Наблюдаются многочисленные случаи, когда диагноз устанавливается только при внезапных прободениях или кровотечении у лиц, до того не высказывавших никаких жалоб.

Распознавание немых язв до наступления каких-либо катастроф или типичного клинического синдрома невозможно, потому что у больного нет никаких поводов обращаться к врачу или тем более к рентгенологу. Поэтому немые, бессимптомные, язвы обнаруживаются в исключительно редких случаях.

Значительно большее практическое значение имеют не абсолютно бессимптомные, а атипичные язвы, т. е. язвы с симптомами, не характерными для обычной клинической картины язвенной болезни. К ним следует отнести заболевания с весьма незначительными желудочно-кишечными проявлениями (запоры, сосание подложечкой), когда, однако, при рентгенологическом исследовании обнаруживается бесспорная язва. Такие случаи не представляют большой редкости. Необходимо отметить, что такое нетипичное «стертное» течение имеют вначале обычно свежие язвы до того, как развивается яркая клиническая картина. Нам приходилось находить язвы и следить за их заживлением при весьма небольших и совсем нетипичных клинических проявлениях.

К этой же группе следует отнести язвы желудка, протекающие без диспептических явлений, но с болями, симулирующими различные кардиалгии, или имеющими приступообразное течение холецистита.

Атипичные язвы часто обнаруживаются в лечебных учреждениях, широко пользующихся рентгенологическим исследованием, и не встречаются там, где отсутствует рентгенодиагностика. В то же время диагноз скрытой или атипичной язвы легко может быть поставлен ошибочно в результате неопытности рентгенолога, устанавливающего наличие язвы по не заслуживающим доверия симптомам или принимающего за нишу всякое пятнышко или выбухание.

I. Больной В., 50 лет. Поступил в санаторий в марте 1944 г. с жалобами на режущие боли в кишечнике, усилившиеся во второй половине дня, и вздутие кишечника, причем после дефекации и отхождения газов боли стихали. Кроме того, изредка бывала отрыжка и легкая изжога, сухость во рту. Аппетит хороший, стул с задержкой на 2—3 дня, часто с выделением крови. Запорами и болями страдал с 1931 г. В зимние и весенние месяцы чувствовал

себя хуже, летом и осенью лучше; фрукты и помидоры улучшали действие кишечника.

Объективно: питание понижено, язык слегка обложен; живот мягкий, печень прощупывается, но не болезненна; симптом пlesка в желудке, разлитая болезненность по ходу толстого кишечника, прощупывается нисходящая и сигмовидная его часть; невоспаленные геморроидальные шишки.

Анализ крови: Нb 62%, л. 5800, э. 2%, п. 3%, с. 63%, лимф. 23%, мон. 5%, РОЭ 14 мм в час.

Анализ желудочного сока: получено 75 см³, общая кислотность 32, свободная соляная кислота 18.

Рентгеноскопия: желудок без анатомических и функциональных изменений, складки слизистой оболочки обычные, на передней стенке луковицы — большая коническая ниша, тракция луковицы к позвоночнику болезненна. После месячного лечения — боли и болезненность при ощупывании исчезли, но больной продолжал страдать запорами.

Контрольная рентгеноскопия — ниша значительно меньших размеров, болезненности нет.

2. Больная Ф., 30 лет. Больна около 2 лет. Периодически, 2—3 раза в год, появляются сильные боли в подложечной области и в правом подреберье, сопровождающиеся повторной рвотой (пищей) и сильной изжогой. Приступы эти наступают без всяких предвестников, не зависят от приема определенной пищи, продолжаются 3—4 дня.

За последний год приступы стали чаще, появились умеренные запоры. Диагностируется холецистит. Лекарства мало помогли. Больная заметила, что лучше всего при приступах действует сода.

Объективно: умеренно пониженное питание и бледность, живот мягкий; болезненна только тракция привратниковой области к позвоночнику.

Анализ желудочного сока: получено 30 мл, общая кислотность 60, свободная соляная кислота 42.

Анализ крови: Нb 76%, РОЭ 7 мм в час.

Рентгеноскопия: умеренная гипотония антрума, значительная секреция катоцак, складки слизистой оболочки утолщены, привратник зияет, резко выраженное сморщивание и ригидность (инфилтрация) передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки; небольшая ниша этой стенки; слизистая луковицы отечна; тракция луковицы к позвоночнику болезненна. Хроническая язва двенадцатиперстной кишки и периудоденит (диагностика абсолютно достоверная).

ПОСЛЕЯЗВЕННЫЕ ПРОЦЕССЫ

В настоящей главе дается характеристика внутренних свищей от прорыва язвы в соседние полые органы: желчный пузырь, желчные протоки и поперечноободочную кишку. Прорыв язвы в желчный пузырь встречается чрезвычайно редко и практически возможностью прорыва

дуоденальной язвы в желчный пузырь можно пренебречь. Два других осложнения: 1) прорыв пептической язвы анастомоза в ободочную кишку с образованием желудочно-ободочнокишечного свища и 2) прорыв дуоденальной язвы в общий желчный проток с образованием холедоходуоденальной fistулы — встречаются чаще и заслуживают упоминания наравне с прочими осложнениями язвенной болезни. Клиническая картина при этих осложнениях, их последствия и рентгеновские данные совершенно различны.

Клиника желудочно-ободочнокишечного свища имеет весьма характерные особенности. В анамнезе — всегда операция гастроэнтеростомии по поводу хронической язвы (чаще двенадцатиперстной кишки); затем следует светлый промежуток на несколько месяцев, а нередко и на несколько лет, после чего часто развивается типичная клиническая картина пептической язвы тощей кишки. Момент прорыва язвы в кишку клинически не определяется. Самыми постоянными признаками являются прекращение болей и одновременное появление поносов, каловой отрыжки и рвоты. При тщательном исследовании испражнений можно установить лиэнтерию и стеаторею, а при исследовании желудочного содержимого — найти примесь каловых масс. Вместе с поносами наступает истощение, вторичное малокровие. Живот обычно мягок, лишь умеренно вздут; иногда отмечается болезненность при ощупывании в области анастомоза. Резкое вздутие живота, урчание и переливание жидкости в нем при перемене положения бывают только в последней стадии болезни.

Несмотря на такую яркую картину, свищ в практике терапевтов часто не распознается, и ставится диагноз энтероколита. Ошибка объясняется только тем, что врач не учитывает возможности этого осложнения послеоперационной язвы анастомоза.

Для обнаружения свища предложены клизмы, окрашенные синькой или животным углем; окрашенная вода, проникающая через свищ в желудок, откачивается зондом. Простым и надежным способом распознавания желудочно-ободочного свища мы считаем откачивание желудочного содержимого непосредственно после дефе-

кации; при этих условиях всегда легко обнаружить привремесь каловых масс в желудочном содержимом. Самым надежным методом является ирригентгеноскопия, которая не только обнаруживает свищ, но и устанавливает анатомические взаимоотношения органов в области фистулы, а также ее функцию. Рентгеноскопия при заполнении желудка барием часто не дает результата.

При свище, как и при других осложнениях язвенной болезни, отмечается полный параллелизм рентгенологических данных и клинической картины.

При ирригентгеноскопии встречаются три варианта: 1) барий через свищ устремляется главным образом в желудок, полностью его заполняя, и лишь незначительное количество его проникает в петли поперечноободочной кишки (*fistula gastro-colica*); 2) барий одинаково быстро проникает в желудок и в петли тощей кишки (*fistula gastro-jejuno-colica*); 3) барий главным образом поступает в петли тощей кишки и лишь небольшое его количество при натуживании попадает в желудок (*fistula jejuno-colica*).

Этими особенностями функции свища определяются и клинические особенности болезни.

При *fistula gastro-colica* — широком свище, функционирующем главным образом между желудком и поперечноободочной кишкой, наблюдается бурная, тяжелая клиническая картина лиэнтерии и быстрого истощения вследствие почти полного выключения тонкого кишечника.

При свище, функционирующем в одинаковой степени во все три органа (*fistula gastro-jejuno-colica*), в тонкие кишки попадает значительная часть пищи, и поэтому истощение наступает менее быстро; в меньшей степени выражены и неукротимые поносы.

Наконец, при *fistula jejuno-colica* — свище, функционирующем главным образом между толстой и тощей кишкой, клиническая картина выражена неясно: поносы редки, могут даже совсем отсутствовать, каловая отрыжка лишь изредка (часто только после натуживания при испражнении!) и на первый план могут выступать явления интоксикации.

Приводим три истории болезни.

1. Больной Ф., 42 лет. Болен 8 лет. 4 года назад была сделана операция по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, наложен гастроэнтеростомоз и одновременно сделана резекция слепой и восходящей кишки по поводу *rheumatosis intestinorum cystoides*.

В течение 3 лет чувствовал себя хорошо, затем вновь появились боли; был дегтеобразный жидкий стул с ощущением резкой слабости (кровотечение). В настоящее время болей нет, жалобы на плохой аппетит, изредка тухлая отрыжка, слабость; периодически приступы малярии.

Объективно: резкая бледность, питание подорвано, живот умеренно вздут, болезненность слева от средней линии в области анастомоза; печень умеренно увеличена, безболезненна; селезенка плотна, выступает на 2 поперечных пальца.

Желудочный сок: натощак 155 см³, общая кислотность 72—26, свободная соляная кислота 0—36; нейтральрот выделялся через 15 минут, запах прогорклый, лейкоциты скоплениями в слизи, мышечные волокна, местами с поперечной исчерченностью, нейтральные жиры и мыла и иглы жирных кислот — немного.

Анализ крови: НЬ 63%, эр. 4 400 000, л. 4 000, э. 2%, п. 2%, с. 58%, лимф. 32%, мон. 6%, РОЭ 21 мм в час.

Кал комковатой формы, мягкой консистенции, щелочной реакции; местами немного мышечных волокон с поперечной исчерченностью.

Рентгеноскопия: задний гастроэнтеростомоз, наложенный на длинной петле с брауновским соустьем, эвакуация главным образом через анастомоз. Спайки в области брауновского соусья. В остальном тонкие кишки без изменения. Полное опорожнение желудка через 2 часа.

И ригорентгеноскопия: левая половина толстой кишки без каких-либо изменений, при переходе бария в поперечноободочную кишку заполняются петли тонких кишок и немного бария проникает в желудок; после массирующего ощупывания заполняется поперечноободочная кишка до печеночного перегиба; после дефекации — полное опорожнение всех отделов толстой кишки, много бария в петлях тонкой кишки и в желудке, раздраженная перистальтика желудка.

Операция: задний гастроэнтеростомоз на длинной петле; свищ между отводящей частью петли тощей кишки и поперечной кишкой вблизи брауновского соусья; сделана резекция желудка по Бильрот II вместе с анастомозом до брауновского соусья и с частью поперечной кишки на месте свища. Выздоровление.

Вследствие наличия брауновского соусья и расположения свища вдали от желудка фистула функционировала главным образом между поперечной и тощей кишкой. Из желудка вся пища поступала в тонкий кишечник, и лишь при натуживании каловые массы попадали в желудок и тонкие кишки. Поэтому не было поносов и преобладали явления интоксикации.

2. Больной Ч., 29 лет. Болеет 9 лет. Постоянная изжога, боли в подложечной области после еды и часто рвота кислой жидкостью и пищей. Периодически все эти явления стихали. Два года назад наступило резкое обострение; была сделана операция гастроэнтеростомии. После операции к изжоге и болям в подложечной области присоединились приступы резких болей справа, со вздутием живота и обильной горькой рвотой (порочный круг). Год назад боли прекратились, но появились поносы и прелая отрыжка. После длительного безрезультатного амбулаторного лечения был помещен



Рис. 10. Больной Ч. Желудочно-ободочнокишечный свищ на почве пептической язвы тощей кишки после задней гастроэнтеростомии. Снимок при рентгеноскопии желудка: через фистулу в начальной части отводящей кишки анастомоза заполняется барием небольшой отрезок попечной кишки.



Рис. 11. Этот же больной. Ирригография: поперечная кишка на уровне анастомоза сужена; здесь через свищ заполняется барием желудок и начальная часть тощей кишки (рентгенограмма при положении больного на спине).

в терапевтическую клинику, откуда выписан через месяц с диагнозом гастрита и хронического энтероколита. Больной направлен на курорт. Бледен, истощен. Язык обложен, резкий кислый каловый запах изо рта. Живот вздут, безболезнен; при переменых положениях урчание. Аппетит усиленный. Поносы: стул 5—7 раз в день, испражнения жидкые, пенистые.

Анализ крови: Нб 65%, эр. 3 890 000, л. 7 400, э. 1%, п. 1%, с. 63%, лимф. 24,5%, мон. 10,5%, РОЭ 33 мм в час.

Исследование желудочного сока тонким зондом: общая кислотность 48—92, свободная соляная кислота 26—70.

Рентгеноскопия желудка: желудок формы крючка, нормотоничен; расположение обычное, смещаемость ограниченная; рельеф

слизистой перестроенный, инфильтрации складок нет; эвакуация обычная через гастроэнтеростомоз с заполнением приводящего отдела и двенадцатиперстной кишки, одновременно опорожнение и через привратник; застой в двенадцатиперстной кишке; из отводящего отдела непосредственно у гастроэнтеростомоза заполняются частично селезеночный изгиб и немного правая часть поперечно-ободочной кишки; петли тощей кишки длительно заполнены, ограничено смещаемы (рис. 10).

Ирригография: увеличенная емкость левой половины толстых кишок; заполнение удается только до начальных отделов поперечной кишки, введена дополнительная порция контрастной массы (всего 2,5 л); после поворачивания больного на все стороны и длительного лежания на животе заполнились желудок и небольшая часть петли тонких кишок; поперечная кишка в области фистулы сужена и в правую половину ее проникает лишь немного бария (рис. 11). После опорожнения заполнены барием желудок и петли тощей кишки, локализованной болезненности нет. *Fistula gastro-jejuno-solica.*

Операцией диагноз желудочно-ободочного свища подтвержден. Больной выздоровел и в дальнейшем чувствует себя хорошо.

В этом случае, как видно из истории болезни, не было светлого промежутка после гастроэнтеростомии, что объясняется осложнением операции явлениями частичного хронического порочного круга, которые и затемнили образование в течении пептической язвы в тощей кише. Несмотря на выраженную клиническую картину, диагноз свища не был установлен при обследовании в клинике.

3. Больной М., 56 лет. 21 год назад оперирован по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, после чего все время чувствовал себя удовлетворительно; иногда была только изжога; пил соду. Больным себя считает только год. После жирной пищи появился понос, который продолжается до настоящего времени. Лечение амбулаторное, а затем и больничное безрезультатно. В течение года убавил в весе 8 кг, появилась слабость и апатия. Аппетит плохой. Часто была тухлая «противная» отрыжка. Стул жидкий, пенистый, обильный, зловонный. Больной бледен, истощен. Живот умеренно вздут, безболезнен.

Анализ желудочного сока: общая кислотность 40, свободная соляная кислота 0, других особенностей не отмечено.

Анализ крови: НЬ 63%, л. 5 200, РОЭ 6 мм в час.

Анализ кала: серый, кашицеобразный, неоформленный, щелочной реакции; мышечные волокна, преимущественно неизмененные, в большом количестве, местами нейтральные жиры, омыленных жиров много, умеренное количество растительной клетчатки.

Направлен на курорт. Диагноз: бескислотный гастрит и энтероколит с упадком питания. Этот же диагноз установлен и в санатории. К концу санаторного лечения, в связи с ухудшением общего

состояния, исхуданием (убавил в весе 2 кг), возникает подозрение на рак желудка или кишок.

Рентгеноскопия желудка: желудок увеличенной емкости, натощак в нем много жидкого содержимого, эвакуация замедленная через задний гастроэнтеростомоз, через привратник эвакуация незначительная; луковица двенадцатиперстной кишки беспорядочно деформирована, уменьшенных размеров и смещена кзади; резко выраженный *perjejunitis* с образованием кармана; петли тощей кишки смешены влево; при просвечивании на трахоскопе при положении больного на спине удается установить, что немного бария проходит в поперечную кишку, заполняя ее близкайшие к анастомозу отделы.

Через несколько дней ирригогорентгеноскопия: заполнение удается лишь до начальной части среднего отдела поперечной кишки, затем заполняются петли тонких кишок и желудок; емкость кишечника увеличена; опорожнение толстых кишок полное, после чего остается много бария в желудке и в тонких кишках; на рентгенограмме хорошо видна соединяющая желудок и кишку часть в виде неровной трубки и карман тощей кишки (рис. 12). *Fistula gastro-jejuno-colica. Perjejunitis et peritansversitis.*

Случай представляет интерес в том отношении, что фистула развилаась через 21 год после операции гастроэнтеростомии, причем пептическая язва тощей кишки не давала характерных для нее тяжелых симптомов. Правильного диагноза не было поставлено ни в больнице по месту жительства, ни в санатории до последних дней пребывания в ней.

Желудочно-ободочный свищ бывает только после операции задней гастроэнтеростомии, когда область анастомоза, где образуются язвы, располагается непосредственно сзади ободочной кишки. Столы же благоприятны топографические условия для прорыва язвы двенадцатиперстной кишки в общий желчный проток, который в нормальных условиях находится в непосредственной близости к задней стенке абрального отдела луковицы, пересекая ее сзади по своему ходу к фатерову соску (рис. 13). Если язвы начального отдела луковицы часто проникают в головку поджелудочной же-



Рис. 12. Больной М. Желудочно-ободочно-кишечный свищ. Ирригогорентгеноскопия: поперечная кишка на уровне анастомоза сужена; через фистулу заполняется барием желудок и петли тонких кишок (рентгенограмма сделана после дефекации с полным опорожнением толстой кишки).

лезы, то язвы задней стенки аборального отдела луковицы могут проникать в общий желчный проток и, прорываясь в него, образуют холедоходуоденальную фистулу.

Язвы в аборальном отделе луковицы бывают сравнительно не часто (по Бергу — в 8% случаев, по нашим данным — в 15%), стало быть, и холедоходуоденальные

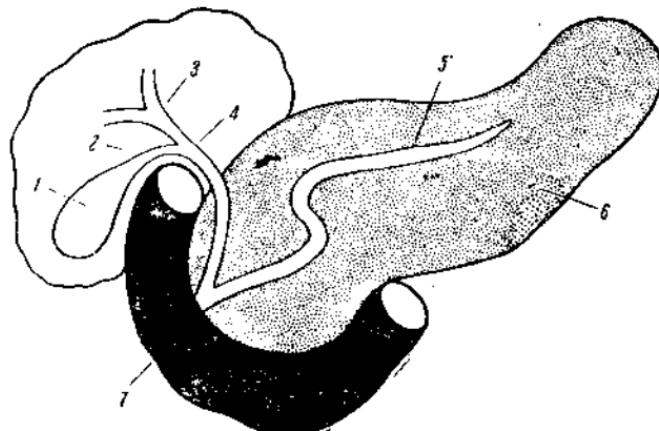


Рис. 13. Схема двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы.

1 — желчный пузырь; 2 — пузырный проток; 3 — печеночный проток; 4 — общий желчный проток; 5 — панкреатический проток; 6 — поджелудочная железа; 7 — двенадцатиперстная кишка.

фистулы не могут быть очень частым осложнением. Тем не менее, принимая во внимание большое количество больных язвой двенадцатиперстной кишки, необходимо признать, что прорыв дуоденальной язвы в общий желчный проток с образованием холедоходуоденальной фистулы происходит несравненно чаще, чем мы об этом знаем и практически учитываем. Клинические симптомы этих свищей не тяжелы, диагностика трудна, и это способствует их скрытому течению.

По нашим наблюдениям, рентгеновская картина очень проста: имеется значительная секреция натощак (желчь), умеренное расширение желудка, замедленная эвакуация; сужение аборального отдела луковицы двенадцатиперстной кишки или резко выражен-

ная беспорядочная ее деформация. При настойчивом, длительном наблюдении посредством трохоскопа за эвакуацией из желудка нетрудно заметить заполнение барием общего желчного и пузырного протока, а равно печеночного протока и часто его мельчайших древовидных разветвлений в печени (рис. 14 и 14а). Наконец, еще до приема бария во многих случаях можно видеть горизонтальный уровень с воздухом над ним в желчном пузыре.

Клиническая картина этого осложнения язвы, наоборот, может показаться на первый взгляд почти бессимптомной. Момент прорыва анамнестически точно не определяется; лишь у 6 наших больных можно было условно связать его с кровотечением. Образование фистулы не ведет к каким-либо тяжелым последствиям, и больные, а также и врачи, годами могут не замечать свища. Несмотря на то, что у этих больных барий (стало быть и пища) проникает в мелкие разветвления печеночного протока, нет никаких данных, свидетельствующих о восходящей инфекции. И даже объективные изменения (увеличенная, уплотненная и болезненная печень) были только у 3 из 20 наших больных; повидимому, кислотность желудочного сока и хороший дренаж спасают больных от осложнений.

При внимательном изучении внутренней картины болезни можно в большинстве случаев, если не распознать, то хотя бы с большой вероятностью заподозрить наличие холедоходуodenальной фистулы, что имеет решающее значение для рентгеноскопии. Успех последней всегда зависит, конечно, не от «остроты зрения исследователя» и даже не от его рентгенологического «опыта и умения», как совершенно неправильно полагают В. Н. Смотров и В. Н. Виноградов, а прежде всего от клинической целесустримленности рентгенолога.

Следует учитывать, что проникновение бария через холедоходуodenальную фистулу вверх по желчным протокам, тем более при малом количестве бария, вряд ли будет происходить часто при вертикальном положении больного, скорее надо ожидать этого при горизонтальном положении его и при значительном количестве жидкого контрастного вещества; при этом нужно выждать время, пока наступит энергичная перистальтика, а иногда может понадобиться и блокада двенадцатиперстной кишки.

В 5 случаях мы клинически диагностировали холедоходуоденальную фистулу еще до просвечивания, которое только подтвердило и уточнило диагноз. Следова-



Рис. 14. Прорыв язв желудка и двенадцатиперстной кишки в полые органы. Холедоходуоденальный свищ; через фистулу барием заполнялись желчные протоки и их древовидные разветвления в обеих долях печени (снимок после длительного лежания на трохоскопе).

тельно, и здесь существует неразрывная связь между клинической и рентгеновской картиной болезни.

Для этого осложнения язвенной болезни характерен многолетний типичный для хронической рецидивирующей язвы двенадцатиперстной кишки анамнез. Затем тя-

желое состояние в связи с прониканием язвы и частичным сужением: длительный период сильных болей, отдающих в спину и беспокоящих ночью; рвота кислым



Рис. 14а. Такой же случай. На рентгенограмме хорошо виден горизонтальный уровень с воздухом над ним в желчном пузыре (→).

желудочным соком с примесью пищи; малоуспешность терапии. Неожиданно, иногда после кровотечения, это тяжелое состояние сменяется длительным (на 1—3 года) сравнительным благополучием: боли и рвота прекраща-

ются, у некоторых совсем исчезают всякие симптомы болезни: в большинстве же случаев остаются только жалобы на чувство полноты и тяжести в желудке после еды, свидетельствующие о наличии частичного сужения. Одновременно больные отмечают появление необычной горькой отрыжки вместо бывшей ранее кислой, а изредка даже и рвоты «зеленой, горькой, как пойль, жидкостью». В связи с этим простым и очень важным клиническим симптомом холедоходуоденального свища постоянно обнаруживаются большие количества желчи в желудочном содержимом, добытом зондом. В этих случаях всегда нужно настойчиво искать рентгенологически патологическое соединение желудка с желчными путями. В отдельных случаях может наблюдаться увеличенная и уплотненная печень и приступы печеночных колик. Одного больного мы наблюдали вскоре после прорыва язвы и образования фистулы (кровотечение); некоторое время держались боли, после их исчезновения сужение компенсировалось. У 2 больных язва после прорыва не зажила, что вызвало типичный для язвы болевой синдром.

1. Больной Ч., 28 лет. Болеет с 1938 г., когда остро появилась боли в области желудка и изжога. По поводу грыжи белой линии сделана операция, которая облегчения не принесла. Повторная операция — удаление червообразного отростка; это тоже не дало облегчения. Улучшение наступило лишь после лечения в терапевтическом стационаре, где диагностировали кислый гастрит и больной около 2 месяцев находился на диете. После этого около года чувствовал себя сравнительно хорошо; иногда появляющиеся боли быстро проходили от приема соды. В 1941 г. при грубой пище вновь наступило более сильное, чем прежде, обострение. Лечился в стационаре с незначительным успехом: боли, изжога, кислая отрыжка и рвота продолжались более года. В августе 1942 г. появилась внезапно очень сильная боль справа в верхней части живота, заставившая больного немедленно лечь; сам подняться он уже не мог. Вскоре последовала кровавая рвота. Лечился в течение 2 месяцев в стационаре, после чего болей не было в продолжение года, но появилась частая горькая отрыжка, которой раньше никогда не было. Осенью 1943 г. новое обострение; лечение в стационаре успеха не имело. 5/1 1944 г. больного направили в санаторий. Жалобы на острые боли в подложечной области, отдающие в правое подреберье и в спину к позвоночнику, продолжительностью до 4 часов. Возникают боли через $1\frac{1}{2}$ часа после приема пищи, обычно во вторую половину дня и часто ночью. При болях лежит на правом боку с притянутыми к животу согнутыми коленями. Частая кислая и горькая отрыжка, изжога и изредка рвота кисло-горькой жидкостью. Аппетит хороший, боится есть

из-за болей. Стул задержан (спастический запор). Слабость, быстрая утомляемость.

Объективно: телосложение правильное, бледен, питание понижено, язык немного обложен; живот умеренно вздут, мягкий, болезненность в правом подреберье и в области привратника двенадцатиперстной кишки; печень и селезенка не прощупываются.

Анализ желудочного сока: получено 40 см³, общая кислотность 60, свободная соляная кислота 42.

Анализ крови: НЬ 78%, эр. 4 670 000, л. 6 800; э. 3%, п. 5%, с. 54%, лимф. 33%, мон. 5%. РОЭ 21 мм в час. При промываниях желудка — много желчи в промывных водах.

Рентгеноскопия: значительная секреция катошка, складки слизистой утолщены, емкость умеренно увеличена, тонус понижен, привратник в норме; луковица двенадцатиперстной кишки деформирована: большой карман латерального контура, аборальный отдел сужен, небольшая ниша задней стенки в этом отделе; луковица смещена кзади, фиксирована спайками; холедоходуоденальный свищ, вследствие чего барийем заполняется желчный проток, частично печеночный проток и весь проток желчного пузыря, причем немного бария проникает и в желчный пузырь; все эти отделы длительно заполнены; эвакуация замедленная, болезненность в области луковицы. Хроническая рецидивирующая язва двенадцатиперстной кишки, осложненная холедоходуоденальной fistулой и спаечным процессом с явлениями компенсированного сужения.

Лечение в санатории с незначительным успехом, боли остались; рекомендована операция.

2. Больной Д., 40 лет. Больным считает себя 13 лет. Впервые в 1932 г. появилась изжога и нерезкие боли в области желудка через 1—1½ часа после еды. Периодически эти болезненные явления исчезали и больной по несколько месяцев чувствовал себя хорошо. В 1935 г. наступило более сильное обострение, болел без перерыва больше года. Диагносцирована язва двенадцатиперстной кишки. Безуспешно лечился в Железноводске, затем в больнице.

В 1940 г. после большого количества алкоголя и обильной еды наступил приступ резких болей в правом подреберье и рвота. Лечился в больнице, острые боли прекратились, однако тупая боль в правом подреберье осталась и в последующее время. Периодически боли обострялись, возникали через 1½—2 часа после еды, бывали и ночью, иногда отдавали в правое плечо и в спину. В феврале 1945 г. повторился приступ сильных болей в правом подреберье, по поводу которых вновь лечился в больнице. Попрежнему отмечалась изредка горькая отрыжка и ощущение плеска большого количества жидкости в желудке. На правом боку лежать не мог — усиливалась боль. Стул задержан на 2—3 дня. С этими жалобами в мае 1945 г. больной направлен в санаторий.

Объективно: больной достаточного питания, живот мягкий, немного вздут; болезненность в области привратника и двенадцатиперстной кишки; печень выступает на два пальца, плотна, болезненна.

Анализ желудочного сока: получено 60 см³, общая кислотность 106, свободная соляная кислота 86. При откачивании желу-

дочного содержимого перед рентгеноскопией получено около 800 см³ интенсивно окрашенного желчью секрета.

Анализ крови: НЬ 70%, эр. 4 460 000, л. 4 600; э. 8%, п. 3%, с. 49%, лимф. 36%, мон. 4%, РОЭ 10 мм в час.

Рентгеноскопия: емкость антрума, много секрета, складки слизистой обычные;

желудка умеренно увеличена, гипотонатошак (несмотря на откачивание), перистальтика вялая, иногда напряжена, эвакуация замедленная; привратник зияет, луковица сужена в аборальным отделе, откуда через холедоходуоденальный свищ барий заполняет все желчные протоки до мелких разветвлений в обеих долях печени; заполняется также и проток желчного пузыря; в желчном пузыре воздух с горизонтальным уровнем жидкости (рис. 15). Холедоходуоденальная фистула в результате прорыва язвы двенадцатиперстной кишки; перидуоденит с компенсированным сужением. Лечение в санатории не дало заметных результатов.

Рис. 15. Больной Д. Холедоходуоденальный свищ (рентгенограмма привертикальном положении больного); привратник зияет, луковица в аборальном отделе сужена; через фистулу заполняются барием желчные протоки до мелких разветвлений их в печени; в желчном пузыре воздух с горизонтальным уровнем жидкости.

Практическое значение диагностики холедоходуоденальных свищей прежде всего сводится к предупреждению весьма опасного повреждения общего желчного протока во время операции резекции желудка. Нам известны два таких случая со смертельным исходом. В этих случаях операцией выбора является резекция антрума желудка о бязательно по способу Бильрот II с оставлением луковицы двенадцатиперстной кишки, мобилизация которой без повреждения желчного протока невозможна. Такая операция, излечивая от основной язвенной болезни, исключает возможность попадания пищи в желчные пути. При гастроэнтеростомии, когда сохраняется эвакуация через привратник и пища попрежнему попадает в желчные протоки, этого нельзя достигнуть, что мы и наблюдали у 6 больных.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ

К группе послеоперационных процессов относятся различные осложнения, связанные не с дальнейшим течением язвенной болезни, а с самой операцией, главным образом с нарушением эвакуаторной функции желудка. Таким образом, прямого отношения к язве желудка или двенадцатиперстной кишки эти страдания не имеют и в нашу классификацию внесены постольку, поскольку они косвенно связаны с язвой.

Эти вопросы достаточно подробно освещены в монографии Е. Л. Березова и А. Д. Рыбинского «Болезни оперированного желудка и их лечение» (Горький, 1940), и мы ограничимся таблицей, характеризующей клинико-рентгенологические особенности этой группы болезней.

Все изложенное свидетельствует об очень большом разнообразии форм и осложнений язвенной болезни и о необходимости их дифференциации. Общие диагнозы — «язвенная болезнь» или даже «язва желудка», «язва двенадцатиперстной кишки» — ни в какой мере не могут больше удовлетворять клинику, подобно тому, как и столь же общие понятия в других областях патологии («ревматизм», «туберкулез» и пр.). Необходимо более точное определение формы и стадии болезни не только в условиях научных наблюдений, но и в повседневной врачебной практике, так как только при этих условиях может быть обеспечена рациональная терапия, успех которой зависит прежде всего от того, правильно или неправильно понял врач «текущий момент болезни». Характер терапии, показания к операции и даже выбор типа операции, а порой и видоизменения ее находятся в прямой зависимости от детальной диагностики, для достижения которой требуется, чтобы врач умел в одинаковой степени хорошо оценить и клинику, и рентгеновскую картину. Иначе нельзя правильно решать сложнейшую задачу диагностики и терапии на различных этапах язвенной болезни.

В равной степени это относится и к рентгенологу, который должен быть хорошо эрудированным в вопросах гастроэнтерологии. Здесь больше, чем где-либо, успех зависит от правильного освещения рентгенологических данных;

Послеоперационные процессы

Диагноз	Клиническая картина	Рентгеновские данные	Течение болезни и лечение
I. Гастриты после гастроэнтеростомии и других палиативных операций	Диспептические явления, иногда нерезкие боли. Часто разлитая болезненность в подложечной области. Умеренная гиперсекреция	Отечные складки слизистой, иногда с перестроенным рельефом. Часто раздраженная перистальтика и повышенный тонус. Умеренная секреция натощак	Консервативная терапия дает хороший результат
II. Перигастриты после гастроэнтеростомии и других палиативных операций	Часто в комбинации с гастритом, но боли усиливаются при движениях (сгибании, разгибании, беге). Разлитая болезненность в надчревье при ощупывании	Деформация и смещение луковицы и антрума. Пародоксальные движения желудка при дыхании (при передних перигастритах). Ограничена и болезненная смещаемость желудка вверх (при задних перигастритах). Иногда нарушена эвакуаторная функция	Течение длительное. Настойчивая консервативная терапия. Показано грязелечение. Операция показана только при резком нарушении эвакуаторной функции, главным образом после ушивания перфораций

Продолжение

6 Классификация язвенной болезни

Диагноз	Клиническая картина	Рентгеновские данные	Течение болезни и лечение
III. Болезни анастомоза. 1. Анастомозиты (гастро-сюниты)	Нерезкие боли, связанные с приемом пищи, похожие на язвенные; могут быть и диспептические жалобы. Небольшая болезненность при глубокой пальпации области анастомоза. Гиперсекреция умеренная	Отечные складки слизистой, часто с перестроенным рельефом желудка у анастомоза и отводящей кишки. Умеренная гиперсекреция	Консервативная терапия и диета дают хороший результат
2. Перигастроэнтеростомозиты	Обычно в комбинации с анастомозитами. Весьма сходна клинической картиной с пептической язвой тощей кишки (см. соответствующую главу)	Деформация отводящей кишки анастомоза с карманами и зубцами, фиксация ее спайками. Отечные складки слизистой с перестроенным рельефом. Иногда нарушение эвакуации	Предсказание благоприятное. Консервативная терапия, особенно курортная, с применением грязелечения. Операция только при сужениях
3. Длительное затекание (застой) в приводящий отдел анастомоза	Чувство тяжести в желудке после еды, отрыжки желчью, иногда рвота горечью	Гипотония и расширение приводящей кишки анастомоза и застой в ней	Консервативная терапия; успех ееомнителен

Продолжение

Диагноз	Клиническая картина	Рентгеновские данные	Течения болезни и лечение
4. Хронический почечный круг	Тягостное чувство полноты в желудке после еды, горькая отрыжка и периодическая рвота желчью, временами видимая перистальтика	Много секрета натощак, умеренное расширение желудка. Эвакуация через привратник с переполнением расширенной двенадцатиперстной кишки и приходящей кишкой анастомоза. Возвращение контраста обратно в желудок через анастомоз. Резко замедленная эвакуация. Часто явления перигастроэнтеростомита	Консервативная терапия мало успешна; показана операция
5. Гастроэнтеростомический гипер-гипогидный симптомокомплекс (болезнь Прибрама)	Диспептические расстройства тяжелого характера без болевого синдрома. Редкая форма болезни	Особых изменений нет, гастроэнтеростомоз функционирует одновременно с привратником. Иногда гиперсекреция	Упорное течение. Операция выбора — дегастроэнтеростомия
IV. Болезни резектированного желудка 1. Гастриты резектированного желудка	Диспептические явления, иногда гиперсекреция	Ригидные, отечные складки слизистой желудка, часто с перестроенным рельефом	Обычная терапия гастрита дает хороший результат

Продолжение

Диагноз	Клиническая картина	Рентгеновские данные	Течение болезни и лечение
2. Перигастриты резецированного желудка	Разлитая болезненность в подложечной области. Боли при движениях. Диспептические явления. Часто в комбинации с гастритом	Смещения и деформация желудка. Часто встречаются гастритические изменения слизистой и нарушения эвакуации	Консервативная терапия, особенно грязелечение, дает хороший результат
3. Анастомозиты (гастродуодениты при Бильрот I и гастроэнтериты при Бильрот II)	Боли, связанные с приемом пищи, похожие на язвенные. Болезненность при ощупывании в области анастомоза. Могут быть и диспептические явления	Отечные ригидные складки слизистой с перестроенным рельефом области анастомоза как в желудке, так и в отводящей кишке. Умеренная гиперсекреция	Консервативная терапия (диета) дает хороший результат
4. Перигастроэнтестостомозиты после резекции желудка (часто в комбинации с анастомозитами)	Клиническая картина, очень похожая на вторичную пептическую язву, но болезнь начинается непосредственно после операции	Деформация области анастомоза, фиксированного спайками, с образованием карманов и зубцов, иногда имитирующих симптом ниши. Отечные складки слизистой желудка у анастомоза и в отводящей кишке с перестроенным рельефом. Иногда нарушение эвакуации	Консервативная терапия, особенно курортная с применением грязи, дает хороший результат

Продолжение

Диагноз	Клиническая картина	Рентгеновские данные	Течение болезни и лечение
5. Извращения эвакуаторной функции резецированного желудка: а) Застой в двенадцатиперстной кишке при Бильрот I	Чувство распирания и боли после еды, часто рвота пищей и желчью. Разлитая болезненность в надчревье, больше в верхнем правом квадранте	Расширение двенадцатиперстной кишки и застой в ней; гиперсекреция	Длительное течение. Консервативное лечение, в том числе и курортное. Успех сомнителен
б) Длительное затекание (застой) в приводящий отдел при Бильрот II	Чувство тяжести после еды. Отрыжки желчью и иногда рвота горечью	Заполнение барием приводящей кишки на значительном протяжении, застой в ней и расширение кишки	То же
в) Молишеносное опорожнение после резекции желудка	Иногда без клинических симптомов. Чаще чувство тяжести и полноты внизу живота, нередко поносы	Быстрое опорожнение по типу провала. Переполнение начальных петель тощей кишки. Раннее поступление контраста в толстые кишки	Длительное, упорное течение. Лечение сопутствующих колитов

в руках случайного исследователя вряд ли может «рентген показать» то, что нужно терапевту и хирургу.

Следует признать, что и большинство терапевтов слабо разбирается в вопросах рентгенодиагностики. Между тем, с помощью плессиметра, молоточка и стетоскопа не много можно установить в желудочной патологии. Что же касается ощупывания, то при самой утонченной методике оно никогда не может сравниться с ощупыванием под контролем рентгеновых лучей. Без умения использовать рентгеновский экран всякий терапевт находится в постоянной зависимости от рентгенолога и без опытной консультации последнего не вправе поставить ни одного сколько-нибудь ответственного диагноза.

При этом успех диагностики зависит прежде всего от клинической направленности исследования, и стало быть, от клинической опытности рентгенолога.

В заключение необходимо кратко остановиться на двух классификациях язвенной болезни — М. И. Певзнера и Я. И. Дайховского, предложенных в самое последнее время. Эти авторы стремятся дифференцировать типы язвенной болезни по этиопатогенетическому признаку и тем самым найти наиболее эффективные методы дифференцированной каузальной терапии. Перспектива такой классификации на первый взгляд действительно весьма заманчива, и можно сделать упрек нашей классификации в том, что она не отражает патогенетических факторов, в то время как «одним из самых актуальных вопросов язвенной проблемы является дифференциация заболевания, которую следует строить на современных представлениях о патогенезе язвенного страдания» (О. Л. Гордон и Я. И. Дайховский).

Однако вопрос об этиопатогенезе язвенной болезни не нашел еще своего окончательного разрешения. Учитывая новейшие исследования школы академика И. П. Павлова (К. М. Быков, И. П. Разенков, Л. А. Орбели, А. Д. Сперанский и др.) надо полагать, что в недалеком будущем спорные моменты язвенной проблемы несомненно будут разрешены, что даст возможность соответственно перестроить и практическую работу в клинике.

М. И. Певзнер (1946) различает следующие пять типов язвенных больных: 1) нервно-вегетативный,

2) трофический, 3) гастритический, 4) больные с наклонностью к повторным кровотечениям из язвы (на почве прескорбутического состояния, артериосклероза, стертой формы алиментарной дистрофии), 5) юношеские язвы. По О. Л. Гордону (1948), эта же клиника различает уже четыре типа язвенной болезни: нервно-вегетативный, трофический, гастритический и сосудистый. Я. И. Дайховский (1948) предлагает различать только три типа язвенных больных: нервно-вегетативный, церебральный и сосудистый.

Не говоря уже о том, что передко бывают смешанные типы заболевания, из одного сопоставления числа различаемых групп больных — пять, четыре и три типа — явствует, что дифференциация базируется далеко не на твердых и понятных каждому врачу критериях. Это становится особенно очевидным после ознакомления с дискуссией по этому вопросу между Я. И. Дайховским и О. Л. Гордоном (Клиническая медицина, № 8 и 10, 1948).

Я. И. Дайховский считает, что «присущие каждому из его трех типов язвенных больных характерные черты делают распознавание их в практической деятельности врача легко доступным». Между тем О. Л. Гордон пишет, что «из приводимой им (т. е. Дайховским) характеристики язв у больных с нервно-вегетативным и церебральным типом язвенной болезни отнюдь не следует, что они сколько-нибудь принципиально отличаются», а несколько ниже отмечает, что некоторые элементы, характеризующие язвы церебрального типа Дайховского (роль травмы черепа, локализация язв на малой кривизне, сниженная возбудимость желудка), делают их похожими на язвы трофические, если к этому добавить главное — наличие других трофических расстройств организма и слабой тенденции к заживлению, на чем совсем не фиксирует внимания Дайховский.

О. Л. Гордон недоумевает, почему Я. И. Дайховский не признает гастритического типа язвенной болезни. По мнению О. Л. Гордона, «в настоящее время универсальное значение гастритической теории в происхождении язвы поколеблено, но многочисленные клинические и экспериментальные исследования все же свидетель-

ствуют о том, что для ряда случаев язвенного заболевания этот путь развития страдания сохраняет свое значение». Интересно, что «по его наблюдениям 10—15% язв развиваются на почве катарра желудка», а М. И. Певзнер считает, что гастритический тип язвы «теперь составляет приблизительно $\frac{1}{3}$ общего количества язвенных больных, а до войны эта форма встречалась чаще других».

Я. И. Дайховский на сделанный ему упрек отвечает, что в настоящее время имеются все основания для пересмотра прежних его представлений о сущности тех изменений слизистой, которые предшествуют и сопутствуют язве, и что теперь уже нельзя эти изменения слизистой называть гастритом, ибо они являются лишь результатом повышенной проницаемости сосудов желудка. Вероятно, поэтому у Я. И. Дайховского язвенные больные сосудистого типа составляют 16%, а О. Л. Гордон сводит эту цифру почти на нет (1—2%).

Из сказанного ясно, что позиции этих классификаций непрочны, и этим обусловлены разногласия, в результате которых авторы так часто по-разному расценивают патогенез язвы у одинаковых больных.

Кроме того, с нашей точки зрения, большим недостатком обеих этих классификаций является отсутствие рентгенологической характеристики типов язвенной болезни на различных этапах ее течения, без чего немыслима сколько-либо убедительная дифференциация, и потому они ни в какой мере не умаляют значения нашей клинико-рентгенологической классификации.

В самом деле, разве можно рассматривать клинические проявления болезни, например, силу и характер болей, вне всякой зависимости от анатомической характеристики язвы (простая, проникающая, осложненная сужением и пр.), как это делает Я. И. Дайховский? Очевидно, нужно учесть, что признаки, характеризующие по Певзнеру трофические язвы — сухая, шелушащаяся кожа, падение общего тонуса, депрессивное состояние, истощение, поносы, гингивиты, глосситы, инфильтраты в мышцах и пр., часто могут быть следствием глубокопроникающей язвы и «кисетообразной» деформации желудка, декомпенсированного сужения или желудочно-

ободочнокишечного свища. Кто же, наконец, не знает, что вегетативная дистоция является не столько причиной язвенного заболевания, сколько следствием многолетних нестерпимых болей в связи с проникающей язвой.

Без подробной клинико-рентгенологической дифференциации врач легко может спутать следствие с причиной и не найти правильных путей в терапии. Нам неоднократно приходилось распознавать чашеобразный рак, когда диагностировалась трофическая язва малой кривизны, и мы наблюдали случаи сосудистой язвы с повторными кровотечениями, когда не распознавалась кисетная деформация желудка и даже желудочно-кишечный свищ.

ЛИТЕРАТУРА¹

- Березов Е. Л. и Рыбинский А. Д., Болезни оперированного желудка и их лечение, Горький, 1940.
- Гордон О. Л., Дискуссионная заметка к статье Я. И. Дайховского, Клиническая медицина, № 10, 1948.
- Дайховский Я. И., Клинические типы язвенных больных, их характеристика и практическое значение, Клиническая медицина, № 8, 1948.
- Дайховский Я. И., Ответ на дискуссионную заметку О. Л. Гордона, Клиническая медицина, № 10, 1948.
- Гуляницкий Ф. М., Послеоперационный желудочно-ободочный свищ, Горький, 1940.
- Густерин Г. А., Течение язвенной болезни в рентгеновском изображении, Вопросы общей и частной рентгенологии, т. 2, изд. Академии наук СССР, Ленинград, 1937.
- Лурия Р. А., Болезни пищевода и желудка, Медгиз, 1941.
- Майзель Е. И., Терапия язвенной болезни, Хирургия язвы желудка в освещении терапевта, Москва, 1931.
- Ойстраж Д. Г., Биохимические сдвиги после резекции желудка, Астрахань, 1938.
- Певзнер М. И., Дифференциальная терапия язвы желудка и двенадцатиперстной кишки соответственно различным типам язвенной болезни, Труды IV пленума больничного совета Наркомздрава, Медгиз, 1944.
- Певзнер М. И., Язва желудка и двенадцатиперстной кишки, изд. ЦИУ, 1946.
- Певзнер М. И. и Гордон О. Л., Клиника и терапия осложнений после резекции желудка у язвенного больного, Новый хирургический архив, т. 43, кн. 170—171, 1939.
- Петров Н. Н. и Ковтунович Г. П., Клиническая картина и диагностика язвенной болезни, в кн.: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и ее хирургическое лечение, изд. Академии наук СССР, Ленинград, 1938.
- Ратнер Л. М., Прекарциноматозы пищеварительного тракта с клинической точки зрения, Труды онкологической клиники Свердловского ФТИ, Сборник 3, 1936.
- Рейнберг С. А. и Яхнich И. М., Рентгенологические наблюдения над динамикой язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

¹ В литературный указатель вошли лишь основные работы, упомянутые в тексте книги.

- при консервативном лечении язвенной болезни. Вопросы общей и частной рентгенологии, т. 2, изд. Академии наук СССР. Ленинград, 1937.
- Рыбаков И. М., Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (клинический очерк), изд. Горьковского медицинского института, 1941.
- Рыбинский А. Д. и Толузаков Л. П., Рентгеновская картина препилорических и пилорических язв, Вестник рентгенологии и радиологии, № 1, 1937.
- Рыбинский А. Д. и Толузаков Л. П., О рентгенодиагностике язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, Врачебное дело, № 9, 1937.
- Рыбинский А. Д., Рельеф слизистой желудка и его изменения при гастритах, Вестник рентгенологии и радиологии, № 2, 1938.
- Рыбинский А. Д., Желчнопузирно-желудочные и холедоходуденальные свищи, Врачебное дело, № 4, 1939.
- Рыбинский А. Д., Полипы желудка и полипозные гастриты, их диагностика и клиническое значение, изд. Горьковского медицинского института, 1939.
- Рыбинский А. Д., Оперированный желудок и его болезни в рентгеновском изображении, изд. Горьковского медицинского института, 1940.
- Рыбинский А. Д., Роллова Э. Х. и Шафран А. Л., Рак желудка (клинико-рентгенологический очерк), изд. Железнодорожного курорта, Горький, 1941.
- Рыбинский А. Д., О прорывах язв желудка и двенадцатиперстной кишки в полые органы, в сб.: Вопросы хирургии войны, желудочной хирургии и урологии, изд. Горьковского медицинского института, 1942.
- Смотров Н. В., Язвенная болезнь и ее лечение, Медгиз, 1944.
- Фараджин В. А., Руководство по рентгенодиагностике, ч. 2, в. 1 и 2, Ереван, 1935.
- Флекель И. М., Консервативная терапия язвенной болезни, в кн.: Язвенная болезнь и ее хирургическое лечение, изд. Академии наук СССР, 1938.
- Флекель И. М., Язвенная болезнь, изд. Ленинградского института усовершенствования врачей, 1944.
- Шлифер И. Г., Рельеф слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, Госмедиздат УССР, 1935.
- Эрман Е. М., Трудоспособность и трудоустройство при язвенной болезни, Вопросы определения трудоспособности, сб. 17, Москва, 1941.
- Эрман Е. М., Оценка трудоспособности и показания к трудоустройству при язвенной болезни, Библиотека врача-эксперта ВТЭК, в. 5, Горький, 1944.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Острые (свежие) язвы	8
Хронические рецидивирующие язвы	15
Хронические индуративные (каллезные) язвы	25
Осложненные язвы	29
Послеоперационные язвы	49
Скрытые (бессимптомные и атипичные) язвы	63
Послеязвенные процессы	65
Послеоперационные процессы	79

Редактор *M. E. АМАШУКЕЛИ*
Техн. редактор *E. Серебряникова*
Корректор *O. B. Соколова*

Т 03373 Подп. к печ. 31/V 1950 г.
МН—54. Ф. 6. 84×108₃₂=1,44 бу-
маги. 4,71 п. л. Уч.-изд. л. 5,3
Зн. в 1 п. л. 45000. Тираж 10.000 экз.
Цена 3 р. 20 к. Зак. 1034

Типография № 2 Управления изда-
тельств и полиграфии Исполкома
Ленгорсовета. Ленинград, Социали-
стическая ул., 14