

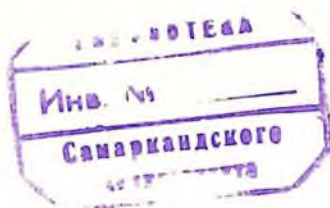
9494

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР
Д О Н Е Ц К И И
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ИМ. А. М. ГОРЬКОГО

В. Н. ШМАКОВ

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ДУОДЕНИТОВ И ГАСТРОДУОДЕНИТОВ

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук



г. ДОНЕЦК, 1965 г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР
Д О Н Е Ц К И Й
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ИМ. А. М. ГОРЬКОГО

В. Н. ШМАКОВ

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА
ХРОНИЧЕСКИХ ДУОДЕНИТОВ
И ГАСТРОДУОДЕНИТОВ

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

г. ДОНЕЦК, 1965 г.

Диссертация выполнена на кафедре факультетской терапии лечебного факультета (зав. — заслуженный деятель науки, доктор медицинских наук, профессор А. Я. Губергриц) Донецкого государственного медицинского института им. А. М. Горького (ректор — доктор медицинских наук, профессор А. М. Ганичнин).

Научный руководитель — заслуженный деятель науки, доктор медицинских наук, профессор А. Я. Губергриц.

Диссертация изложена на 294 страницах машинописи и состоит из введения, шести глав обзора литературы, восьми глав собственных наблюдений, заключения, выводов, указателя литературы и приложений.

Работа иллюстрирована 20 таблицами, 10 дуоденоскограммами, 5 микрофотограммами, 1 схематическим рисунком и 14 уменьшенными фотокопиями рентгенограмм.

Указатель литературы включает 531 источник, в том числе 359 отечественных и 172 иностранных авторов.

В приложении на 32 страницах представлены в виде таблиц основные данные из историй болезней всех обследованных больных и на 5 страницах данные, полученные при исследовании 18 человек контрольной группы.

Официальные оппоненты:

1. Доктор медицинских наук, профессор А. С. Воронов.
2. Доктор медицинских наук, профессор И. А. Шехтер.

Защита диссертации состоится « 11 » февраля 1965 г. в ученом совете лечебного факультета Донецкого государственного медицинского института им. А. М. Горького.

Автореферат разослан « 9 » февраля 1965 года.

Проблема хронических воспалительных заболеваний двенадцатиперстной кишки и в настоящее время является одним из актуальных вопросов гастроэнтерологии, привлекающим внимание врачей разных специальностей — терапевтов, хирургов, рентгенологов и др. Вместе с тем, анализ отечественной и зарубежной литературы свидетельствует, что многие вопросы клиники и диагностики хронических дуоденитов и гастродуоденитов еще недостаточно выяснены, весьма противоречивы, спорны и подлежат дальнейшему изучению и проверке. Так, например, нет единства взглядов по вопросу являются ли хронические дуодениты и гастродуодениты отдельными самостоятельными клиническими формами или их следует рассматривать, как воспалительные процессы, сопутствующие различным другим заболеваниям органов брюшной полости. Не подлежит сомнению, что, в связи с большим сходством хронических воспалительных заболеваний двенадцатиперстной кишки с клинической картиной язвенной болезни или с картиной хронических воспалительных заболеваний печени и желчных путей, дуодениты и гастродуодениты встречаются гораздо чаще, чем их диагностируют в практике.

Исходя из вышесказанного, мы сочли целесообразным заняться изучением ряда вопросов, связанных с хроническими воспалительными заболеваниями двенадцатиперстной кишки — дуоденитами и гастродуоденитами.

В основу настоящей работы положены критический анализ литературы по данному вопросу и собственные клинические наблюдения над 106 больными хроническими дуоденитами и гастродуоденитами, находившимися на лечении в факультетской терапевтической клинике лечебного факультета Донецкого медицинского института им. А. М. Горького.

При этом мы ставили перед собою следующие задачи:

1. Изучить особенности клинического течения изолированных («чистых») дуоденитов и гастродуоденитов, а также сочетанных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки или с хроническими заболеваниями печени и желчных путей и выявить черты различия, которые могли бы быть положены в основу дифференциальной диагностики.
2. Дать оценку значения некоторых лабораторных ис-

следований и функциональных проб в диагностике хронических воспалительных заболеваний двенадцатиперстной кишки.

3. Определить возможности и значение новых методов исследования в распознавании заболеваний двенадцатиперстной кишки, в частности, аспирационной дуоденальной биопсии и рентгенологического исследования изолированно заполненной двенадцатиперстной кишки в условиях искусственной гипотонии.

Всего было обследовано 106 больных хроническими дуоденитами и гастродуоденитами, причем 67 из них были изучены повторно спустя 5—6 недель после проведенного курса лечения. Кроме того было обследовано 18 практически здоровых людей (контрольная группа), не предъявлявших жалоб на какие-либо нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта.

Подавляющее большинство обследованных нами больных (90 чел.) относились к возрастным группам от 21 до 40 лет (табл. 1), что имеет определенное значение с точки зрения исключения возможного влияния возрастного фактора на изучавшиеся нами функции желудка и двенадцатиперстной кишки, в особенности на секреторную функцию желудка.

Таблица 1

Возрастные группы	16—20 лет		21—30 лет		31—40 лет		41—50 лет		51—60 лет		61 и старше		Всего	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.		
Число больных	2	—	36	12	30	12	6	3	3	—	1	1	78	28
Всего больных	2		48		42		9		3		2		106	

Мужчин среди обследованных больных было в три раза больше, чем женщин, очевидно, в связи с тем, что мужчины значительно чаще подвергаются воздействию таких вредных экзогенных факторов, как злоупотребление алкоголем, курение, несвоевременное и нерациональное питание и т. п.

Несовпадение диагнозов, установленных при амбулаторном и клиническом обследовании больных было отмечено более чем в половине всех наблюдений (у 60 из 106 больных). Такое сравнительно большое число расхождений сви-

детельствует о значительных трудностях в распознавании хронических дуоденитов и гастродуоденитов, что может быть объяснено многообразием их клинического течения, обусловленным анатомо-физиологическими особенностями двенадцатиперстной кишки, различной локализацией и распространенностью воспалительного процесса, характером и степенью выраженности реакции органов функционально взаимосвязанных с двенадцатиперстной кишкой и характером общей реакции организма как единого целого.

Преодоление этих трудностей возможно только при условии широкого использования современных клинико-рентгенологических и лабораторных методов исследования. Поэтому диагнозы хронических дуоденитов и гастродуоденитов устанавливались нами на основании комплексного изучения больных, причем учитывались и анализировались жалобы и анамнестические сведения, данные осмотра и пальпации, результаты исследования функционального состояния желудка и двенадцатиперстной кишки, данные рентгенологического исследования, анализы желудочного сока и дуоденального содержимого, а у части больных и данные гистологического исследования материала, взятого при аспирационной дуоденальной биопсии.

Одним из ведущих разделов клинического исследования больных является соби́рание анамнеза, на важное значение которого уже указывали основоположники отечественной медицины — М. Я. Мудров, С. П. Боткин, Г. А. Захарьин и др.

Из жалоб, предъявляемых больными хроническими дуоденитами и гастродуоденитами, в первую очередь, следует отметить боли и диспептические расстройства, которые, по общему признанию, являются ведущими симптомами при воспалительных поражениях гастро-дуоденального отдела пищеварительного тракта (табл. 2 и 3).

Наиболее часто больные жаловались на постоянные тупые ноющие боли, носившие разлитой характер с преимущественной локализацией справа от средней линии живота в подложечной и пилоро-дуоденальной области. При сочетании дуоденитов и гастродуоденитов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки или выходного отдела желудка боли носили чаще несколько иной характер, — к тупым ноющим болям присоединялись острые режущие (смешанный характер болей). Многие больные жаловались на усиление болей после приема пищи, на поздние и голодные боли, причем часто не только в периоды обострений, но и в спокой-

ном периоде. Так, во время ремиссий боли сохранялись у 76 из 102 больных, однако, выраженность болей, естественно, была значительно меньшей, вплоть до едва уловимой. Подавляющее большинство больных (84 чел.) дуоденитами и гастродуоденитами отмечали иррадиацию болей, главным образом, вдоль обеих реберных дуг (поперечная иррадиация). Но при сочетании с язвенной болезнью преобладала иррадиация в поясничную область.

Таблица 2.

Диагноз	Характер болей				Усиление болей после еды					Голодные боли	Иррадиация болей		
					в т. ч. через								
	тупые	острые	смешанные (тупые и острые)	схваткообразные	всего	точас	15—30 мин.		1—2 часа		3—4 часа		
							1	2					
Дуодениты	17	2	—	—	18	1	2	6	9	15	10	4	2
Гастродуодениты	36	2	3	2	33	9	11	11	2	14	22	6	4
Дуодениты и гастродуод. в сочет. с язв. бол. жел. и 12-п. киш.	2	2	17	—	17	2	6	8	1	15	6	8	3
Дуодениты и гастродуод. в сочетании с хр. холеангиогепатитами	18	—	1	—	19	4	5	5	5	11	11	2	6
Всего	73	6	21	2	87	16	24	30	17	55	49	20	15

Таблица 3.

Диагноз	Диспепт. расстройства							Аппетит				Стул			
	чувство тяжести после еды	отрыжка			изжога	тошнота	рвота	нормальный	повышенный	пониженный	отсутствует	нормальный	поносы	Запоры	смена запоров поносами
		кислым	воздухом	пищей											
Дуодениты	19	14	5	2	15	8	10	5	—	13	1	5	2	3	9
Гастродуодениты	22	27	2	5	33	26	12	11	1	23	12	14	3	7	23
Дуодениты и га- строудод. в со- чет. с язв. бол. жел. и 12-п. киш.	11	9	3	3	16	14	8	9	—	7	5	3	2	8	8
Дуодениты и га- строудод. в со- четан. с хр. хо- лангно гепати- тами	13	6	10	—	15	15	8	3	—	12	4	1	—	6	12
Всего	65	56	20	10	79	63	38	28	1	55	22	23	7	24	52

Диспептические расстройства у больных дуоденитами и гастродуоденитами встречались также часто как и боли, связанные с приемом пищи. Чаще всего отмечались жалобы на отрыжку, причем преобладающей была отрыжка кислым. Почти так же часто больные предъявляли жалобы и на изжогу, на чувство тяжести в подложечной области после приема пищи, на тошноту. Значительно реже больные жаловались на рвоту, причем, что весьма характерно, после рвоты не наступало облегчения.

Нарушения аппетита, отмеченные у 77 из 106 больных, по-видимому, связаны с торможением пищевого центра, вследствие рефлекторных воздействий, обусловленных патологическими процессами разыгрывающимися в гастро-дуоденальном отделе пищеварительного тракта. Возможно известную роль играет и длительное соблюдение диетического режима.

так как длительное однообразное питание, бедное вкусовыми возбуждителями, может становиться со временем отрицательным фактором.

У части больных (35 чел.) имелись жалобы на ощущение застревания пищи за грудиной (чувство «комка») независимо от характера пищи и ее консистенции. Иногда это ощущение сопровождалось болями, имевшими большое сходство с приступами стенокардии, в отличие от которой прием сосудорасширяющих средств оказывался неэффективным.

У одной трети больных (37 чел.) были жалобы на головные боли, возникавшие через 2—3 часа после еды, а иногда без какой-либо связи с приемом пищи. Можно согласиться с мнением М. М. Губергрица, считавшего подобные боли следствием рефлекторных влияний на сосуды головного мозга в связи с интоксикацией на почве недостаточности дуоденальной и гастральной фаз пищеварения.

Пищевая кашица, поступающая в подготовленном виде из двенадцатиперстной кишки в нижележащие отделы пищеварительного тракта, влечет за собою различные нарушения стула, наблюдавшиеся нами у 83 из 106 обследованных больных, причем у значительного большинства была отмечена частая смена запоров поносами.

В комплексе физических методов исследования одним из важных диагностических приемов является осмотр, с помощью которого могут быть выявлены некоторые патологические признаки. Так, у подавляющего большинства больных дуоденитами и гастродуоденитами имелись совершенно отчетливо выраженные изменения со стороны языка, — грязновато-серые налеты (у 91 больного), отпечатки зубов на боковых поверхностях (у 51 больного) и небольшие (3—5 мм) овальные дефекты слизистой, локализовавшиеся на спинке и боковых поверхностях ближе к корню.

Важное значение в диагностике дуоденитов и гастродуоденитов имеет симптом болезненности при пальпации пилородуоденальной области, наблюдавшийся нами у 80 из 102 больных. У 22 больных боли ощущались при пальпации в подложечной области и в области правого подреберья.

У 43 больных прощупывался «мышечный валик» как мало подвижное или неподвижное цилиндрическое тело, расположенное под нижним краем печени на 1—2 см вправо от правого края прямой мышцы живота. При пальпации больных в положении на левом боку этот валик, также как и болезненность часто исчезали.

Более чем у половины обследованных больных (у 62 чел.) определялась болезненность в пилоро-дуоденальной зоне при легком постукивании пальцем по передней брюшной стенке.

Несмотря на многообразие клинической симптоматики дуоденитов и гастродуоденитов, нельзя было не обратить внимания на преимущественное сходство их клинической картины с язвенной болезнью, хроническим гастритом и хроническими воспалительными заболеваниями желчных путей. В связи с этим мы сочли целесообразным разделить наблюдавшихся нами больных первых двух групп (дуодениты и гастродуодениты) на следующие клинические подгруппы:

- | | |
|--|-------------|
| а) язвopodobное течение заболевания | 31 человек; |
| б) гастритоподобное течение заболевания | 15 человек; |
| в) холецистоподобное течение заболевания | 16 человек; |
| г) скрыто протекающее заболевание | 4 человека. |

Почти у половины больных первых двух групп (у 31 из 66 чел.) наблюдалась язвopodobная форма дуоденитов и гастродуоденитов. Как правило, заболевание начиналось у них с болевого синдрома, к которому присоединялись через некоторое время диспептические явления. Обычно больные жаловались на поздние и ночные боли, преимущественно, тупые ноющие, усиливающиеся после приема пищи, особенно грубой, острой, соленой или пряной. В отличие от болей, наблюдаемых у язвенных больных, боли при дуоденитах и гастродуоденитах были не строго локализованными, а носили разлитой характер справа от средней линии живота в подложечной и пилоро-дуоденальной области и иррадиировали чаще вдоль обеих реберных дуг. Рвота наступала у них независимо от болей и не приносила больным облегчения. Подобные больные часто поступали в клинику с диагнозом язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

При гастритоподобной форме дуоденитов и гастродуоденитов, наблюдавшейся нами у 15 из 66 больных, ведущим симптомом были не боли, а диспептические расстройства. Боли обычно появлялись у них несколько позднее.

При холецистоподобной форме жалобы больных почти ничем не отличались от жалоб при хронических воспалительных заболеваниях желчных путей. Обычно боли были связаны у них с приемом пищи, особенно после жирной пищи. При этом боли иррадиировали вдоль обеих реберных дуг, в то время как при хронических воспалительных заболеваниях желчных путей боли обычно иррадиируют в правый плечевой пояс.

Изучение скрыто протекающих форм дуоденитов и гастро-дуоденитов стало возможным благодаря значительным успехам лабораторно-инструментальных исследований больных, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта. При дифференцировании хронических воспалительных заболеваний двенадцатиперстной кишки и желчных путей весьма важное значение имеют данные, полученные при дуоденальном зондировании и при рентгенологическом исследовании.

Дуоденальное зондирование производилось всем больным, причем у 36 человек проведение зонда в двенадцатиперстную кишку оказалось затруднительным из-за стойкого спазма привратника, что по мнению И. Павела и А. Подеану (I. Pavel et A. Podeanu — 1949 г.), разделяемого и нами, является одним из важных признаков воспалительного поражения пилородуоденального отдела.

У многих больных количество дуоденального содержимого, получаемого при зондировании двенадцатиперстной кишки, было уменьшено до 10—12 мл, по-видимому, в связи с отеком слизистой оболочки в области фатерова соска, что создавало препятствие для поступления желчи и панкреатического сока в просвет кишки. После курса лечения отек слизистой проходил и количество дуоденального содержимого становилось нормальным.

У подавляющего большинства больных (у 95 чел.) дуоденальное содержимое было мутным из-за резкого увеличения продуцируемой слизи и муцина, причем чем интенсивнее был воспалительный процесс, тем больше образовывалось хлопьев слизи. В связи с этим была увеличена и вязкость порции «А» дуоденального содержимого, определявшаяся изги методом сталагмометрии.

При изучении цитологической картины дуоденального содержимого, у многих больных (у 55 чел.) оказалось увеличенным содержание лейкоцитов в порции «А», причем особенно важным было скопление их в хлопьях слизи. Не менее важным признаком воспалительного поражения двенадцатиперстной кишки является наличие в порции «А» свежих эритроцитов, которые были обнаружены нами у 22 больных.

Из биохимических исследований мы применяли цветную реакцию желчи (по Д. И. Финько — 1955 г. в модификации А. Л. Ланда с соавторами — 1961, 1962 гг.), сущность которой заключается в выявлении комплексных белковых соединений, образующихся за счет адсорбции билирубином белка воспалительного происхождения. Эта реакция ока-

залась положительной в порции «А» у 63 из 70 больных, что свидетельствовало; в известной мере, о воспалительном поражении двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, признаками воспалительного поражения пилородуоденального отдела являются: снижение количества дуоденального содержимого, получаемого при зондировании, помутнение порции «А» за счет выраженного нарастания продуцируемой слизи и муцина, увеличение количества лейкоцитов в порции «А» и расположение их скоплениями в хлопьях слизи, появление в порции «А» свежих эритроцитов и получение положительной цветной реакции желчи, увеличение вязкости дуоденального содержимого.

Еще одной из характеристик воспалительного поражения двенадцатиперстной кишки является оценка всасывательной способности ее. С этой целью мы применили йод-калиевую пробу у 105 больных и пробу с радиоактивным йодом у 42 больных. В том и другом случае было выявлено закономерное снижение всасывательной функции двенадцатиперстной кишки.

Моторная функция двенадцатиперстной кишки была изучена нами с помощью графического баллонометрического метода у 56 больных дуоденитами и гастродуоденитами. При этом наблюдались три типа кишечных сокращений:

- а) прерывистый тип;
- б) периодически-прерывистый;
- в) беспрерывный тип.

Мы не обнаружили каких-либо характерных кривых кишечных сокращений для того или иного заболевания и не наблюдали при патологических состояниях двенадцатиперстной кишки каких-либо закономерных изменений в распределении типов кишечных сокращений, продолжительности периодов работы и относительного покоя, увеличения или уменьшения числа кишечных сокращений и т. п.

Важное значение в диагностике воспалительных поражений слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки имеет аспирационная дуодинальная биопсия, предложенная в 1956 году М. Шинером (М. Shiner). Нами эта методика была применена у 15 больных. Ни в одном случае мы не встретились с какими-либо осложнениями или с невозможностью иссечения кусочка ткани для последующего гистологического исследования. У 11 больных были отмечены явления отека слизистой оболочки, на поверхности которой обнаруживались скопления белковых масс и слизи с включениями

клеток слущенного эпителия и форменных элементов крови. Собственный слой слизистой оболочки был инфильтрирован лимфоцитами. Просветы желез были расширены, в базальной части их отмечалась метаплазия эпителия, свидетельствующая о повышенной функциональной активности поверхностных отделов слизистой двенадцатиперстной кишки. Определялись изменения и со стороны ворсинок (уплощение, инфильтрация лимфоцитами), а также нарушения местного кровообращения. У 4 больных данные аспирационной дуоденальной биопсии были отрицательными, но клинический диагноз при этом не опровергался, так как иссечение кусочка слизистой оболочки производится вслепую и для гистологического исследования мог быть взят кусочек нормальной ткани. В связи с этим отрицательные результаты биопсии имеют несравнимо меньшее диагностическое значение, чем положительные результаты.

Одним из ведущих звеньев в диагностике заболеваний органов пищеварения является рентгенологическое исследование. Однако, при рентгенологическом исследовании двенадцатиперстной кишки нередко возникают значительные трудности, обусловленные некоторыми анатомо-физиологическими особенностями кишки, препятствующими достаточному заполнению ее контрастной массой (спазм привратника, быстрое прохождение контрастной массы по двенадцатиперстной кишке).

С помощью обычного метода рентгенологического исследования не всегда удается преодолеть указанные трудности. В связи с этим известный интерес представляет, разрабатываемая в последнее десятилетие, методика рентгенологического исследования изолированно вызванной гипотонии путем внутривенного введения релаксантов (Д. Лиотта — D. Liotta — 1953 г., Малле Ги — Mallet Guy с соавторами — 1958, 1959, 1960 гг., Г. И. Варновицкий и В. В. Виноградов 1960 г., Н. И. Рыбакова и М. М. Сальман — 1961, 1962 гг., Н. А. Скуя и В. Ф. Толпежников — 1963 г., И. А. Шехтер и А. Н. Рабухина — 1963 г., В. Н. Шмаков — 1963 г., В. Н. Шмаков и И. С. Павлова — 1964 г. и др.).

При изучении рентгено-морфологических изменений двенадцатиперстной кишки у больных хроническими дуоденитами и гастродуоденитами заполнение луковицы контрастной массой чаще было беглым (у 73 больных), контуры ее обычно были четкими, гладкими. У 22 больных наблюдались нестойкие деформации луковицы, которые отличались своей

изменчивостью от стойких деформаций характерных для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Подобные стойкие деформации луковицы мы наблюдали у больных третьей группы (сочетание дуоденитов и гастродуоденитов с язвенной болезнью), причем обычно обнаруживались и прямые признаки язвы (ниша, воспалительный вал). Складки слизистой, в зависимости от степени нарушения гидродинамического состояния и от степени сокращения мышечных волокон слизистой оболочки, становились грубыми, утолщенными и широкими, а бороздки между ними соответственно настолько суженными, что создавалось впечатление как бы наслаивания одних складок на другие. В промежутках между складками нередко определялись скопления бариевой взвеси в виде небольших депо. У ряда больных наблюдалась извилистость складок и изменение их направления. Иногда складки слизистой представлялись подушкообразно набухшими, симулировавшими мелкие дефекты наполнения.

Рентгено-морфологические изменения у больных дуоденитами и гастродуоденитами обычно сопровождались выраженными, в той или иной мере, функциональными нарушениями. Так, у 63 больных наблюдались антиперистальтические движения, чаще возникавшие в нисходящей части двенадцатиперстной кишки и в области нижнего колена, причем у 56 человек было отмечено обратное забрасывание контрастной массы из двенадцатиперстной кишки через привратник в желудок. У 42 больных опорожнение двенадцатиперстной кишки было ускоренным (в пределах 1—4 сек), у 34 — замедленным до 1 минуты и у 15 — в пределах 1—5 минут. При этом мы наблюдали три типа дискинезий:

1. Гипертонический тип, характеризовавшийся продолжительным спазмом внелуковичных отделов двенадцатиперстной кишки при нормальном заполнении луковицы. Просвет спазмированных отделов кишки был резко сужен, — до толщины тонкого шнура.

2. Гипотонический тип, характеризовавшийся тотальной гипотонией двенадцатиперстной кишки с выраженным замедленным прохождением контрастной массы.

3. Смешанный тип, при котором наблюдалось чередование спастического состояния одного сегмента кишки с гипотонией другого. Нижняя горизонтальная часть в области нижнего угла двенадцатиперстной кишки была значительно дилатированной и имела вид «кюветы», на границе которой обычно и начинались антиперистальтические движения.

Гипотоническая рентгено-дуоденография, по мнению одних авторов (Н. Я. Скуя и В. Ф. Толпежников — 1961 г., М. Ф. Выржиковская — 1963 г. и др.), не имеет сколь-нибудь существенного значения в распознавании хронических воспалительных заболеваний двенадцатиперстной кишки, а по мнению других исследователей (П. Жакме и Д. Лиотта— P. Jacquet et D. Liotta— 1963 г., Малле Ги с соавторами — 1958 г. и др.), с помощью этого метода могут быть обнаружены те или иные изменения, полнее характеризующие и уточняющие картину патологического процесса у больных дуоденитами и гастродуоденитами.

Нами были проведены исследования изолированно заполненной двенадцатиперстной кишки в условиях искусственной гипотонии у 77 больных, причем полная степень гипотонии была получена у 54 больных, а неполная у 23. Следует отметить то важное обстоятельство, что неполная степень гипотонии, была у больных с резко выраженными клиническими проявлениями заболевания. По-видимому, фармакологические препараты, применяемые в качестве релаксантов, не снимают в достаточной мере состояние повышенной возбудимости у больных дуоденитами и гастродуоденитами.

О состоянии рельефа слизистой мы судили при этом по характеру контура кишки. При воспалительных поражениях теряется равномерность зубчатости контура кишки за счет отека и набухания складок, толщина которых увеличивается и превышает величину в 10 мм. Местами зубчатость может нивелироваться и контур кишки представляется в этих участках выпрямленным. Иногда складки слизистой остаются мелкими и узкими, но и в этих случаях наличие на отдельных участках сглаживания и выпрямления контура кишки говорят в пользу воспалительного процесса. От неврогенно-рефлекторной перестройки рельефа слизистой изменения воспалительного происхождения отличаются стойкостью, выявляемой при динамическом наблюдении.

Рентгенологическое исследование двенадцатиперстной кишки, обычное и в условиях искусственной гипотонии, как впрочем и другие виды исследований, не может иметь самостоятельного значения. Оно должно рассматриваться как один из методов взаимно дополняющих друг друга и тем самым способствующее распознаванию характера патологического процесса.

Лечение больных хроническими дуоденитами и гастродуоденитами определяется характером общих и местных реакций

организма и складывается в основном из соблюдения больными соответствующего режима, лечебного питания, в пределах стола № 1, медикаментозных средств и физиотерапевтических процедур. В дополнение к общепринятому лечению мы назначали новокаиновые дуоденальные орошения с целью воздействия на рецепторный аппарат двенадцатиперстной кишки. Всего этим методом лечились 80 больных, в том числе 31, у которых дуодениты и гастродуодениты сочетались с язвенной болезнью или с хроническими воспалительными заболеваниями желчных путей. Первым—дополнительно проводился курс лечения бром-атропином и витаминотерапия, вторым — назначались спазмолитические средства, желчегонные препараты, физиотерапевтические процедуры (индуктотерапия) и лечебные дуоденальные зондирования. Подавляющее большинство больных хорошо переносили дуоденальные новокаиновые орошения. Обычно уже после 5—8—10 орошений с одно-двухдневными интервалами больные отмечали исчезновение или значительное уменьшение болей и прекращение или облегчение диспептических расстройств. Улучшались и объективные показатели: исчезала болезненность при пальпации, нормализовалась цитологическая картина дуоденального содержимого, приближались к норме данные рентгенологического исследования и т. п.

В ы в о д ы

1. Клинико-рентгенологические и лабораторные исследования 106 больных дают нам основание считать доказанным существование дуоденитов и гастродуоденитов как отдельных самостоятельных клинических форм с присущей им симптоматологией, многообразие которой объясняется анатомо-физиологическими особенностями двенадцатиперстной кишки, различной локализацией и распространенностью воспалительного процесса, характером и степенью выраженности реакции органов функционального взаимосвязанных с двенадцатиперстной кишкой.

2. Дуодениты и гастродуодениты могут встречаться в любом возрасте, но чаще всего, по нашим данным, в возрасте 21—40 лет (90 из 106 больных), причем у мужчин в три раза чаще, чем у женщин.

3. Дуодениты и гастродуодениты не имеют четкой клинической симптоматиологии и распознавание их представляет поэтому значительные трудности, преодоление которых воз-

можно лишь при условии широкого использования современных методов исследования.

4. Деление дуоденитов и гастродуоденитов по морфологическим признакам на поражения изолированные и поражения сочетанные с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки или с хроническими воспалительными заболеваниями желчных путей не отражает всего многообразия клинических картин. Поэтому целесообразно выделение еще следующих четырех типов течения заболевания:

- а) язвopodobное течение;
- б) гастритоподобное;
- в) холецистоподобное;
- г) скрытое течение заболевания.

5. Среди жалоб, предъявляемых больными дуоденитами и гастродуоденитами, наиболее важное диагностическое значение имеют жалобы на боли и диспептические расстройства, которые являются ведущими при воспалительных поражениях гастро-дуоденального отдела пищеварительного тракта, причем, в зависимости от типа течения заболевания, могут быть отмечены и некоторые черты различия между отдельными формами.

а) при язвopodobной форме заболевание начинается с болевого синдрома, к которому присоединяются через некоторое время и диспептические расстройства. Боли в подложечной области носят не локализованный, а разлитой характер. Рвота не облегчает болей;

б) при гастритоподобной форме заболевание начинается с диспептических расстройств, к которым позже присоединяются и болевые ощущения;

в) при холецистоподобной форме жалобы почти не отличаются от жалоб, предъявляемых больными, страдающими хроническими холангиогепатитами;

г) скрытотекущие формы выявляются на основании данных объективного, лабораторного и рентгенологического исследований.

6. При объективном исследовании наиболее важными признаками являются: пальпаторная и перкуторная болезненность, симптом «мышечного валика». Весьма характерным является исчезновение этих симптомов у большинства больных при исследовании их в положении на левом боку.

7. При исследовании дуоденального содержимого признаками воспалительного поражения пилоро-дуоденального отдела являются: понижение количества дуоденального содер-

Жимого, получаемого при зондировании, помутнение дуоденального содержимого, ~~получаемого при зондировании, помутнение дуоденального содержимого,~~ особенно порции «А» за счет увеличенного продуцирования слизи и муцина, увеличение количества лейкоцитов и расположение их в хлопьях слизи, появление в порции «А» свежих эритроцитов и положительной цветной реакции желчи, увеличение вязкости и т. п. Известное значение в диагностике дуоденитов и гастродуоденитов следует придавать обратному вытеканию сернокислой магнезии из зонда, трудность введения зонда в двенадцатиперстную кишку из-за спазма привратника и т. п.

8. Весьма перспективным является метод аспирационной дуоденальной биопсии, с помощью которой можно получить кусочек слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки для гистологического исследования. Этот метод ценен при диффузных поражениях, причем отрицательные результаты не опровергают клинического диагноза воспалительного поражения и являются менее ценными, чем положительные результаты.

9. У больных дуоденитами и гастродуоденитами, в известной мере, нарушается всасывательная функция двенадцатиперстной кишки. Йод-калиевая проба и проба с радиоактивным йодом получаются замедленными (до 8—20 минут при норме 3—6 минут).

10. Кривые кишечных сокращений, определяемые баллонометрическим методом, одинаковы у здоровых и больных и характеризуются следующими тремя типами:

- а) прерывистый тип;
- б) периодически-прерывистый тип;
- в) беспрерывный тип.

Каких-либо особенностей кривых кишечных сокращений у больных дуоденитами и гастродуоденитами не отмечается, что лишает диагностического значения метод баллонометрической дуоденокимографии.

11. Рентгенологическое исследование является одним из ведущих звеньев в диагностике хронических воспалительных заболеваний двенадцатиперстной кишки и, в известной мере, в качественной характеристике их. Более полные представления о характере патологического процесса получаются при сочетании обычного рентгенологического исследования с исследованием изолированно заполненной двенадцатиперстной кишки и в условиях искусственно вызванной гиповонии ее.

12. Рентгено-морфологическими признаками дуоденитов и гастродуоденитов являются:

а) нестойкая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, грубые утолщенные складки слизистой, изменяющие свое направление и представляющиеся нередко как бы наплаивающимися друг на друга. Иногда они подушкообразно набухшие, симулирующие в таких случаях мелкие опухолевидные образования;

б) такого же характера изменения со стороны рельефа слизистой желудка определяются при гастродуоденитах. Иногда складки слизистой желудка представляются затусованными, закрытыми гиперсекреторной жидкостью или напонируют картину створоженного молока.

13. При рентгенологическом исследовании должны учитываться и нарушения функции желудка и двенадцатиперстной кишки:

а) замедленная эвакуация контрастной массы из желудка, обусловленная, по-видимому, спазмом привратника, глубокая перистальтика;

б) в двенадцатиперстной кишке беглое заполнение луковицы, антиперистальтические движения, замедленное прохождение контрастной массы по кишке, дискинезии.

14. Гипотоническая рентгено-дуоденография не имеет самостоятельного значения, а лишь дополняет другие методы исследования. Вместе с тем, некоторые признаки могут непосредственно говорить в пользу воспалительного поражения двенадцатиперстной кишки, — неравномерная зубчатость контура кишки, а на отдельных участках сглаживание и выпрямление контура, широкие промежутки между зубцами (более 10 мм) за счет отека и набухания складок. В отличие от неврогенно-рефлекторной перестройки рельефа слизистой, воспалительные изменения отличаются стойкостью, определяемой при динамическом наблюдении.

15. Лечение больных дуоденитами и гастродуоденитами должно определяться характером общей и местных реакций организма. Наряду с обычными лечебными мероприятиями, целесообразно назначение дуоденальных новокаиновых орошений. При сочетанных поражениях (с язвенной болезнью или с холангиогепатитами) дуоденальные новокаиновые орошения могут входить, как составная часть комплексной терапии.

Список печатных работ,

в которых отражены материалы диссертации.

1. Значение рентгенологического метода исследования внедуоденальных отделов двенадцатиперстной кишки в условиях гипотонии для изучения первичных и вторичных дуоденитов. В кн. IV съезд рентгенологов и радиологов Украинской ССР (тезисы докладов). Киев—Харьков. 1963 г.

2. Некоторые клинические признаки воспалительных заболеваний двенадцатиперстной кишки. Врачебное дело. 1964 г. № 11.

3. Значение метода изолированного контрастирования двенадцатиперстной кишки и искусственной гипотонии в диагностике дуоденитов. Вестник рентгенологии и радиологии. 1964 г. № 5.

4. Клиника и диагностика хронических воспалительных заболеваний двенадцатиперстной кишки. В кн.: Материалы научной республиканской конференции по проблеме «Физиология и патология пищеварения». Тернополь. 1964 г.

5. К клинике и лечению дуоденитов и гастродуоденитов. В кн.: Материалы второй научной конференции терапевтов Грузии. Тбилиси, 1964 г.

6. К клиническому изучению двигательной функции двенадцатиперстной кишки. В кн.: Тезисы итоговой научной конференции Донецкого медицинского института им. А. М. Горького. Донецк, 1964 г.

7. До методики вивчення стану слизової оболонки дванадцятипалої кишки при її захворюваннях. В кн.: Тези доповідей. Конференція по проблемі фізіології і патології органів травлення (25—26 червня 1964 р.). Івано-Франківськ., 1964 р.

Материалы диссертации доложены:

1. На декаднике по гастроэнтерологии. Донецк, 1963 г.

2. На заседании Донецкого областного научного общества врачей-терапевтов. Донецк, 1964 г.

3. На научно-практической конференции Донецкой областной клинической больницы им. Калинина. Донецк, 1964 г.

4. На межрайонной научно-практической конференции в гор. Снежное, 1964 г.

Ответственный за выпуск: ученый секретарь
кандидат медицинских наук
Надежда Владимировна Масвская.

БП 31590 Подписано к печати 29-12-1964 года. Формат бу-
маги 60x84 ¹/₁₆. Объем 1,25 печ. л. Усл. 1,13. Заказ № 9653—200.

Донецкая городская типография, Артема, 5

