

Г. М. Сагателян

Сравнительное рентгенологическое и гастроскопическое исследование желудка при гастритах

Среди авторов, как старых, так и современных, имеется множество разногласий по вопросу этиологии гастритов [1—24]. Эти разногласия были вызваны применением различных методов исследования и истолкованием фактических данных с различных идеологических и методологических позиций.

Так, ряд авторов, руководствуясь принципами целлюлярной патологии Вирхова, изучение желудка проводил в отрыве от функционально связанных с ним и взаимодействующих органов и систем организма. Ими игнорировался не только принцип внутренней целостности организма, но отрицалось единство организма с внешней средой. Они упустили из виду даже факт связи желудка с раздражителями окружающего мира.

Порочность теоретических предпосылок вирховианства придала изучению вопросов этиологии и патогенеза гастритов неправильное направление и породила антинаучные взгляды в этой области.

Следует указать, что в основе понимания этиологии заболевания вообще и гастритов в частности лежат принципы рефлексорной теории И. П. Павлова. Уже добыто большое количество экспериментального и клинического материала, подтверждающегося реальностью рефлексорных связей желудка с другими органами сложного организма как в норме, так и в патологических случаях.

Сущность этиологии заболеваний желудочно-кишечного тракта заключается в таком действии факторов, которое в конечном счете приводит к нарушению нервно-гуморальной регуляции его функций. Но нельзя представить себе дело так, что это нарушение обуславливается якобы только нервно-гуморальными факторами пищеварительной трубки. Наоборот, здесь в той или иной мере принимают участие все органы и системы. В патологии пищеварительной трубки особо выделяется роль коры больших полушарий головного мозга.

Являясь могучим регулирующим центром, мозговая кора осуществляет тонкую приспособительную функцию сложного организма. Эта функция коры в отношении органов пищеварения, в частности желудка, была подробно изучена И. П. Павловым и его школой. В настоящее время советскими исследователями доказано, что нарушение приспособительной функции коры головного мозга создает условия патологической реакции желудка и других органов на действия даже обычных раздражителей.

Павловская идея в дальнейшем своем развитии легла в основу создания К. М. Быковым теории кортико-висцеральной патологии.

С этиологической точки зрения гастриты подразделяются на экзогенные и эндогенные.

Независимо от вызывающих гастриты причин, последние протекают в виде острого или хронического процесса. Наше настоящее сообщение касается только вопросов сравнительной диагностики хронических гастритов, тем более, что острые гастриты в подавляющем большинстве случаев не являются предметом специальных исследований и ограничиваются только клиническими изучениями.

Хронические гастриты подразделяются на поверхностный катар слизистой, гипертрофическую и атрофическую формы.

Для рентгенологического и гастроскопического исследования хронические гастриты являются подходящим объектом. Больные, страдающие хроническим гастритом, имеют продолжительные те или иные желудочные явления, вследствие чего часто обращаются к врачам за помощью. Это обстоятельство дает возможность изучать больных как клинически, так и вышеуказанными методами исследования.

Хронический гастрит, по общему мнению авторов, обычно первоначально протекает в виде гипертрофического процесса. В последующем только нарастают атрофические изменения. По частоте гипертрофический гастрит занимает первое место, т. е. он встречается довольно часто по сравнению с другими формами гастрита. Наш материал хронических гастритов по видам выглядит так:

Таблица 1

Поверхностный катар слизистой			Хронич. атроф. гастрит			Хрон. гипертрофич. гастрит			Итого		Всего больных
м.	ж.	всего	м.	ж.	всего	м.	ж.	всего	м.	ж.	
2	1	3	15	6	21	100	53	153	117	60	177

Как видно из таблицы, на нашем материале соотношение отдельных форм хронического гастрита явно выражено в пользу хронического гипертрофического гастрита. Самыми меньшими цифрами определяются поверхностный катар слизистой и хронический атрофический гастрит.

1. Хронический поверхностный гастрит. Эту форму гастрита можно обнаружить почти исключительно гастроскопическим методом исследования. Ввиду того, что при этом виде поражения слизистая не подвергается глубоким анатомическим изменениям, рентгенологически выявить что-нибудь не представляется возможным, за исключением случаев с обильным выделением слизи, которая толстым слоем покрывает слизистую оболочку. При таких случаях на рентгенограммах можно обнаружить своеобразную мелкозернистость, затушевывающую нормальный рельеф слизистой.

Для хронического поверхностного гастрита имеются три основных и кардинальных симптома, встречающиеся при этом заболевании или вместе или врозь. Эти симптомы следующие:

- 1) клейкая или патологическая слизь в обильном количестве;
- 2) пятнистое покраснение слизистой;
- 3) отек слизистой.

Слой слизи иногда покрывают всю слизистую. Последняя теряет свой прозрачный вид, приобретая плотный, серовато-белый и непрозрачный, гнойный или желтоватый вид. Иногда слизь своим обилием образует густую сеть, не поддающуюся расправлению вдуванием в желудок воздуха. Слизь может образовать в полости желудка различные виды сосулек, гирлянд и пр.

Б-й Г. Р., 27 лет, явился 7/III—51 г. с жалобами на периодические тупые боли в эпигастральной области, не связанные с приемом пищи, чувство тяжести там же, аппетит хороший. Считает себя больным с 1948 г.

Объективно: органы грудной клетки в норме. При пальпации брюшной стенки болезненности нет.

Анализ крови: патологических изменений не обнаружено.

Анализ желудочного сока: желудочный сок слизистой консистенции. Общая кислотность 47. Связанная соляная кислота 20. Свободная соляная кислота 20. Реакция на кровь и молочную кислоту отрицательная.

Рентгенологическое исследование: желудок разветвляется по орто-тоническому типу, в форме крючка. Слизистая оболочка дает неопределенную картину. Кое-где рельеф сглажен, а в некоторых местах мелко-зернист. При пальпации желудка удается менять картину зернистости, образуется гладкая поверхность и выявляются складки. Контур желудка гладкие. Перистальтика усилена. Эвакуация своевременная. Двенадцатиперстная кишка не изменена. Через 24 часа толстые кишки равномерно заполнены (рис. 1).

Заключение: резко выраженный слизистый катар.

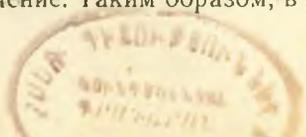
Гастроскопическое исследование: слизистая почти всего желудка, за исключением нижнего отдела малой кривизны, покрыта толстым слоем слизи. Местами из-под слизи виднеются вершины складок. Растяжимость стенок нормальная. При отхождении стенок желудка во время раздувания видны отдельные слизистые тяжи, соединяющие противоположные стенки, которые при дальнейшем раздувании желудка обрываются, принимая вид сосулек (рис. 2).

Гастроскопическое заключение: резко выраженный хронический слизистый катар.

Наложение слизи, главным образом, происходит на стенках желудка. По кривизнам слизь накладываться не может, ввиду постоянных перистальтических волн, систематически удаляющих ее.

В вопросе диагностики хронического поверхностного гастрита исключительное значение имеет эндоскопический метод исследования, т. е. гастроскопия. Это положение основано на том факте, что при данном заболевании происходят только поверхностные изменения, не дающие своих отражений на слизистой оболочке и также не меняющие функции и форму самого желудка. Изменения при этом заболевании легко определяются визуальным способом, так как большинство симптомов основано на цветных показателях и феноменах.

В этом вопросе рентгенологическое исследование имеет относительное и второстепенное значение. Таким образом, в диагностике хроническо-



го поверхностного гастрита отмечаются явное преимущество гастроскопического метода исследования и несостоятельность рентгенологического метода.

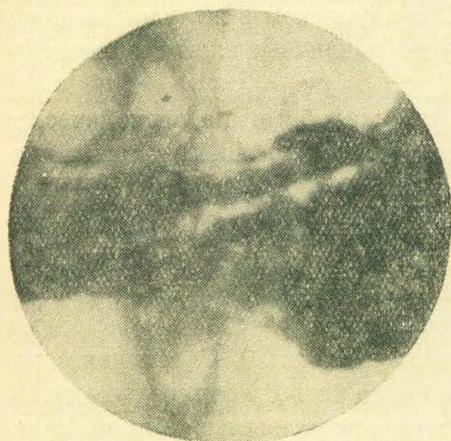


Рис. 1. Резко выраженный слизистый катар.



Рис. 2. Резко выраженный хронический слизистый катар.

Исходя из этого, всегда, при отрицательных рентгенологических результатах исследования желудка с имеющимися клиническими данными и наличием субъективных явлений, возникает бесспорная необходимость применения гастроскопического метода исследования.

Из всех форм хронического гастрита по своей частоте первое место занимает гипертрофический гастрит. Как по литературным данным, так и по нашим материалам хронический гипертрофический гастрит встречается гораздо чаще, чем атрофический. Болезнь встречается почти во всех возрастах, но больше можно наблюдать в возрасте от 30 до 50 лет, как показывает таблица 2.

Таблица 2

Распределение больных по полу и возрасту

От 20 до 30 лет			От 31 до 40 лет			От 41 до 50 лет			От 51 до 60 лет			От 61 года и выше			Итого		Всего больных
м.	ж.	вс.	м.	ж.	вс.	м.	ж.										
26	8	34	30	18	48	28	16	44	10	7	17	6	4	10	100	53	153

II. Рентгенологическая картина хронического гипертрофического гастрита. Гипертрофический гастрит имеет достаточно разработанную рентгенологическую симптоматику.

Первым и основным рентгенологическим признаком хронического гипертрофического гастрита является огрубение и утолщение складок, с одновременным утолщением слизистой оболочки желудка. Эти изменения могут встречаться в различной степени, начиная от увеличения ширины складок без изменения их направления до значительных утолщений, с одновременным изменением хода и перестройки их.

По Фанарджяну [21, 22, 23], гипертрофический гастрит рентгенологически характеризуется зернистым рельефом слизистой. На снимке слизистой видны различной величины просветления, большей частью с булавоочную головку или немного больше, округлой или продолговатой формы. Такие зерна расположены на вершинах и склонах складок или в промежутках между ними.

Утолщение складок, обнаруженное однократным рентгенологическим исследованием, не всегда можно принимать за изменение гастритического происхождения.

Для того, чтобы убедиться в том, с какими изменениями имеем дело, необходимо произвести повторные исследования в последующие дни. Этим создается условие для точного определения характера имеющихся утолщенных складок слизистой. При случаях изменения складок невоспалительного происхождения последние оказываются более явильными. Повторные рентгениследования обнаруживают неоднобразность картины рельефа слизистой желудка. При этом обнаруживаются складки, неодинаковые как по калибру, так и по направлению.

Окончательное установление диагноза хронического гипертрофического гастрита возможно только при совместном применении всех методов рентгенологического, гастроскопического и лабораторного, с учетом всех клинических данных.

Гастроскопическая картина хронического гипертрофического гастрита довольно характерна. Она отличается своей окраской—интенсивно красной, чаще диффузной, в зависимости от распространения процесса, а иногда и очаговой, если процесс носит местный характер. Окраска в отдельных случаях может переходить в буроватый цвет. Первым признаком этой формы гастрита является бархатистая картина слизистой с одновременным исчезновением прозрачности. Последний является результатом мелкоочаговой инфильтрации слизистой оболочки и подслизистого слоя. Эта инфильтрация представляется в виде мелких узелков, распространенных по поверхности слизистой оболочки желудка, как на вершинах складок, так и в бороздах между ними.

Б-ой М. Г., 43 лет, явился 22 апреля 1949 г. с жалобами на острые боли в желудке, на изжоги и чувство полноты в желудке, поносы. Аппетит сохранен. Больным себя считает 10 месяцев.

Объективно: органы грудной клетки отклонений от нормы не имеют. При пальпации брюшной полости отмечается разлитая болезненность почти по всему животу. Брюшной пресс слегка напряжен. Печень и селезенка не прощупываются.

Анализ крови: гемоглобин—85%, эритроц.—4 300 000, цвет. показ.—1, лейкоц.—5300, сегмент.—67, лимфоц.—25, моноц.—2, РОЭ—9 мм.

Желудочный сок: общая кислотность—54, свободная соляная кислота—30, связанная соляная кислота—20, реакция на молочную кислоту и кровь—отрицательная.

Рентгенологическое исследование: желудок разветвляется по орто-

тоническому типу. Складки слизистой грубо расширены, местами пере-строены, извилисты. Контуры желудка гладкие. Положение и смещаемость в норме. 12-перстная кишка без особых изменений (рис. 3).

Заключение: хронический гипертрофический гастрит.

Гастроскопическое исследование: выкачено 120 мл жидкости. Слизистая гиперемирована, яркочерного цвета. Складки слизистой почти везде резко расширены. Растяжимость стенок сохранена. Вход в антрум в виде горизонтальной щели (рис. 4).

Заключение: хронический гипертрофический гастрит.

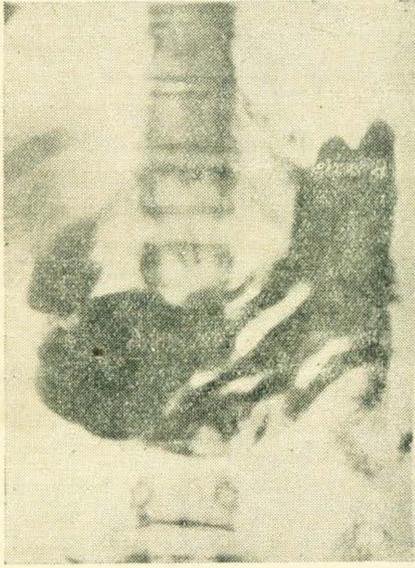


Рис. 3. Хронический гипертрофический гастрит.

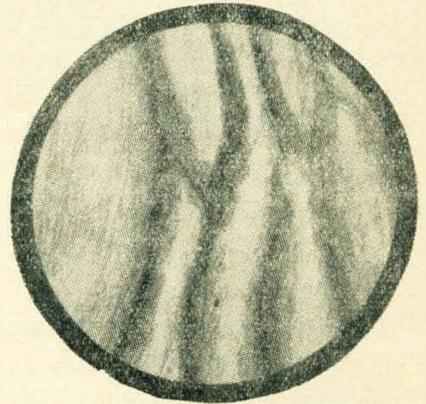


Рис. 4. Хронический гипертрофический гастрит.

При значительном развитии процесса хронического гипертрофического гастрита большие участки слизистой оболочки могут приобретать инфильтрированный и уплотненный вид.

Характерным для хронического гипертрофического гастрита является образование на поверхности слизистой оболочки желудка мелких поверхностных разрастаний. Последние, в зависимости от их размеров, могут давать различные картины, как зернистость, бородавчатость и полипообразные выступы. В отдельных случаях вышеуказанные разрастания доходят до такой величины, что напоминают опухоль.

При зернистом гастрите слизистая желудка покрыта мелкими бугорками, занимающими большей частью отдельные участки слизистой, или же они покрывают весь желудок, давая картину диффузного обсеменения. Эти мелкие возвышения могут быть отдельными или же они, сливаясь вместе, образуют неровности, бугорки и прочее, большей частью принимая неправильную форму. Они могут находиться как на складках, так и в бороздах между ними. В последнем случае эти скопления могут заполнять щели между складками, давая картину сглаженного рельефа.

Б-я М. Н., 58 лет, домохозяйка, явилась 8/IX—50 г. с жалобами на боли в области желудка спустя 10—15 минут после еды, независимо от характера пищи, вздутие, отрыжки, изжоги и временами рвоту, связанную

с приемом грубой пищи. Больной себя считает свыше 3 лет. Отмечает похудание за последнее время. Аппетит сохранен, однако она избегает принимать пищу из-за болей.

Объективно: больная среднего роста, правильного телосложения. Тургор кожи понижен. На коже и видимых слизистых оболочках заметных изменений нет. Пальпация в области пупка болезненна.

Исследование желудочного сока: общая кислотность—50, свободная соляная кислота—20, связан. соляная кислота—25, реакция на кровь и молочную кислоту отрицательная.

Анализ крови: НВ—65%, эритроц.—3 750 000, цвет. показ.—0,8, лейкоциты—6 200, эоз.—2%, сегмент.—65%, лимфоц.—25%, моноц.—5%, РОЭ—15 мм в 1 час.

Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта. Желудок несколько эктазирован, сильно опущен, тонус стенок почти отсутствует, складки слизистой деформированы. Как на складках, так и в пространствах между ними имеется большое количество мелких округлых образований в виде зерен, дающих картину зернистого рельефа, контуры желудка гладкие, эвакуация резко задержана. 12-перстная кишка без отклонений от нормы. Через 24 ч. Р. С. в желудке большое количество принятого накануне бария. Толстые кишки заполнены неравномерно (рис. 5).

Заключение: хронический зернистый гастрит, органический стеноз привратника рубцового характера, спастический колит.

Гастроскопическое исследование: произведено промывание желудка, извлечено большое количество бария. Гастроскоп проходит через пищевод свободно. Слизистая желудка светлокрасного цвета, складки на стенках, больше на передней, истончены, почти вся поверхность слизистой усеяна мелкими зернами, которые отличаются своей яркокрасной окраской. Растяжимость стенок желудка нормальная (рис. 6).

Гастроскопическое заключение: хронический диффузный зернистый гастрит.

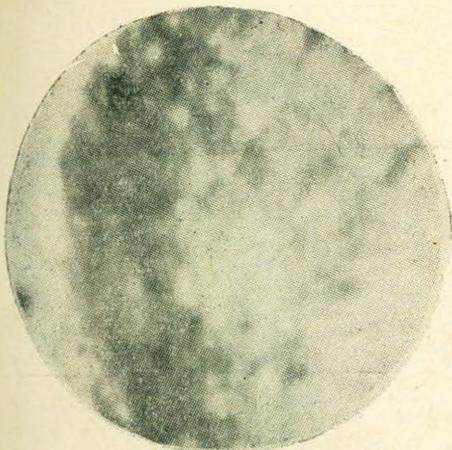


Рис. 5. Хронический зернистый гастрит.

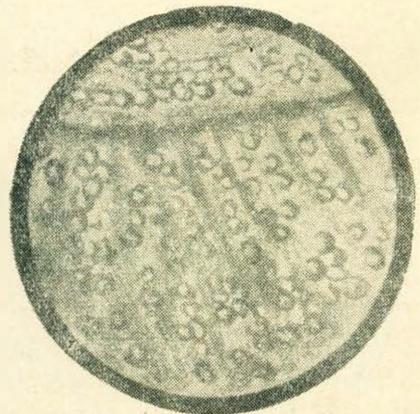


Рис. 6. Хронический диффузный зернистый гастрит.

В этом случае гастроскопическое исследование полностью подтвердило результаты рентгенологического исследования о наличии зернистого гастрита.

Следующий вид хронического гипертрофического гастрита—бородавчатый гастрит—представляет собой такую же картину, как и при зернистом гастрите.

Б-й А. М., 38 лет, врач, явился 11/ХІІ—49 г. с жалобами: тупые постоянные боли в эпигастральной области, чувство тяжести и полноты после еды, периодические изжоги, кислые отрыжки, редко тошноты и рвоты, похудание, поносы, кал черного цвета, плохой аппетит, чувство отвращения к маслу, яйцам, мясным блюдам. Считает себя больным 4 года.

Объективно: больной выше среднего роста, удовлетворительного питания. Физических недостатков нет. Не курит. Не пьет. Органы грудной клетки стетаскопически не изменены. При пальпации брюшной стенки отмечается некоторая болезненность в эпигастральной области.

Анализ крови: отклонений от нормы нет.

Анализ желудочного сока: общая кислотность 40, связанная соляная кислота 20, свободная соляная кислота 20.

Рентгенологическое исследование: желудок разворачивается по ортоническому типу, в форме крючка. Складки слизистой утолщенные, неравномерные, четкособразные. На них обнаруживаются небольшие возвышения в виде бородавок. Контуры желудка гладкие. Эвакуация своевременная. Двенадцатиперстная кишка не изменена. Через 24 часа остаток бария в дистальном отделе толстой кишки (рис. 7).

Р-заключение: бородавчатый гастрит.

Гастроскопическое исследование: выкачено 120 мл жидкости желто-зеленого цвета. Слизистая светлокрасного цвета. Складки слизистой расширены, извилисты, четкообразноприпухшие. В некоторых отделах, больше на задней стенке у угла желудка, небольшие возвышения. Растяжимость стенок сохранена. Малая кривизна гладкая (рис. 8).

Гастроскопическое заключение: хронический бородавчатый гастрит.

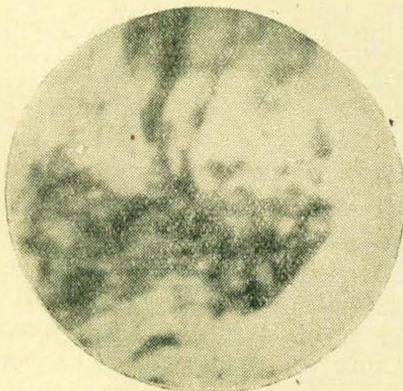


Рис. 7. Бородавчатый гастрит.

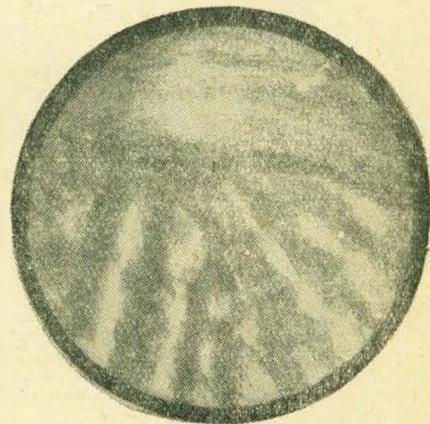


Рис. 8. Хронический бородавчатый гастрит.

Третья разновидность хронического гипертрофического гастрита, представленная в виде узелкового разрастания, является так называемый полипозный гастрит. При этом заболевании узелки имеют большую величину. Такой вид разрастания встречается сравнительно редко.

Полипозные разрастания могут распространяться по всему желудку, однако излюбленным местом их локализации является антральная полость, главным образом складки. Это дает картине рельефа более неровный и бугристый вид. При наличии их слизистая нередко разрыхляется, меняется по цвету, получая более синеватый оттенок.

Б-я Н., 48 лет, явилась 9/1—51 года на поликлинический прием с жалобами на периодические острые боли в подложечной области, не связанные с приемом пищи, чувство полноты и тяжести в желудке после приема пищи, кислые отрыжки, иногда тошноты, понижение аппетита, похудание.

Объективно: органы грудной клетки заметно не изменены. При пальпации брюшной стенки небольшая болезненность в подложечной области. Печень и селезенка не прощупываются.

Исследование крови: НВ—67%, эритроциты—3 530 000, цветной показатель 0,9, лейкоциты 6000, эозин. 4%, сегмент. 69%, лимф. 25%, моноциты 2%, РОЭ 10 мм в 1 час.

Исследование желудочного сока: общая кислотность 6, свободная соляная кислота 0, связанная соляная кислота 0, реакция на кровь и молочную кислоту отрицательная.

R-исследование: органы грудной клетки без заметных отклонений от нормы. Желудок развертывается по ортотоническому типу, в форме крючка. Складки слизистой неравномерны. На поверхности слизистой дистальной половины желудка отмечаются мелкие округлой и овальной формы просветления с довольно четкими контурами. Контур желудка гладкие. Эвакуация своевременная. Нижний полюс желудка на 4 поперечных пальца ниже гребешка подвздошной кости. Луковица 12-перстной кишки не изменена. Через 24 часа толстые кишки равномерно заполнены (рис. 9).

R-заключение: полипозное разрастание слизистой.

Гастроскопическое исследование: перед гастроскопией выкачено большое количество секрета слизистой консистенции.

Желудок больших размеров, в нижней трети его складки гиперемированы, расширены, прерывисты. В верхнем отделе цвет слизистой багрово-красный. Отмечаются мелкие возвышения (рис. 10).

В вопросе диагностики гипертрофического гастрита основное и первостепенное значение имеют рентгенологический и гастроскопический методы исследования. Это обстоятельство доказывается тем фактом, что из 153 случаев гипертрофического гастрита в 150 случаях диагнозы этих обоих методов совпадали. В одном случае мы получили несоответствие диагнозов в том смысле, что при рентгенологическом исследовании у больной был обнаружен прекардиальный дивертикул желудка, а гастроскопически этот дивертикул не был установлен в силу того, что местонахождение дивертикула являлось неблагоприятным для гастроскопии, т. е. дивертикул находился в «слепой зоне» для гастроскопа. Такое положение имело мес-

то также в одном случае, где гастроскопически был диагностирован гипертрофический гастрит, а при рентгенологическом исследовании, помимо этого, была обнаружена язва малой кривизны выходного отдела желудка.

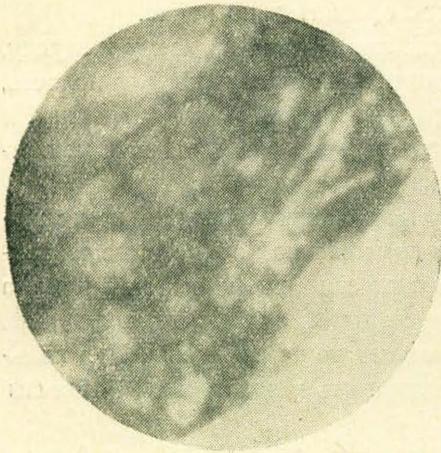


Рис. 9. Полипозное разрастание слизистой.

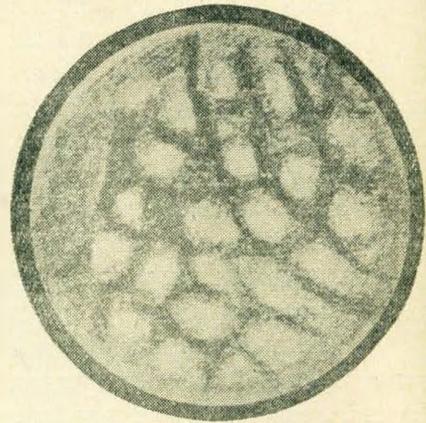


Рис. 10. Гастроскопическая картина у той же больной.

В этих двух случаях отмечается явное преимущество рентгенологического метода перед гастроскопией. В третьем случае при рентгенологическом исследовании был найден гипертрофический гастрит, гастроскопически же стало возможным высказываться в пользу злокачественного перехода процесса, что и подтвердилось на операции.

Что касается совпадения диагнозов клинического, гастроскопического и рентгенологического, то получено следующее: в 52 случаях клинический диагноз совпал с рентгенологическим и гастроскопическим диагнозами. В 11 случаях клинический диагноз был рак желудка, а рентгенологически и гастроскопически он не подтвердился. В 32 случаях клинический диагноз был язва желудка, из которых только в одном случае рентгенологически язва была установлена, а гастроскопически нет. Об этом случае мы уже говорили. В 13 случаях клинически был поставлен диагноз язвы 12-перстной кишки, а рентгенологически не было подтверждено это. В 17 случаях больные поступали на исследование без клинического диагноза, остальные по поводу других заболеваний.

Таким образом, получается, что клинический диагноз не всегда совпадает с рентгенологическим и гастроскопическим диагнозами.

Это обстоятельство диктует необходимость исследовать желудок, как правило, рентгенологически в сочетании с методом гастроскопии.

Такой подход к разрешению вопроса всегда оправдывает себя, и результаты получаются наиболее реальными и точными. Это даст возможность своевременно и правильно лечить больных с желудочными страданиями, в частности гастритами.

III. Хронический атрофический гастрит. По литературным данным, имеются указания на переходы хронического поверхностного гастрита в атрофическую форму. Патогистологически хронический атрофический

гастрит сопровождается разрушением железистого аппарата. Разрушение желез наблюдается наряду с воспалительным процессом слизистой оболочки.

Рентгенологическая картина хронического атрофического гастрита.

Для того, чтобы получить представление об имеющихся изменениях в слизистой оболочке желудка, необходимо знать патоморфологическую картину той или иной болезни. Ввиду того, что рентгенологическое изучение слизистой оболочки желудка базировано на макроскопическом виде того или другого заболевания, понятно, что картина заболевания будет ясна лишь в том случае, если изменения доходят до визуальных размеров.

Атрофический гастрит в своем определенном периоде развития сказывается на макроскопической картине рельефа слизистой оболочки желудка, вызывая в ней известные изменения. Эти изменения находят свое отражение первым делом на слизистой оболочке и на ее складках. Последние меняются в своих размерах и калибре, а также в нормальном направлении.

Рентгенологически при хроническом атрофическом гастрите обнаруживается низкий, нежный рельеф слизистой или же складки могут вообще отсутствовать. Участки эти на рентгенограмме получают сглаженный рельеф с неопределенной картиной слизистой оболочки. Отсутствие складок встречается при далеко зашедших стадиях атрофического гастрита.

Рентгенологическую картину рельефа слизистой оболочки желудка при атрофическом гастрите можно в основном разбить на три группы:

а) Рельеф с тонкими и нежными складками. При этой форме складки слизистой уменьшены в калибре, истончены, нитевидные, однако направление их везде сохранено. При этой форме часто можно наблюдать уменьшение числа складок. Рельеф получает линейный вид. Складки идут параллельно обеим кривизнам, чаще всего малой кривизне, доходя до самого привратника.

б) Рельеф с истонченными складками с одновременным изменением их направлений. Складки местами прерываются или же меняют свой нормальный ход.

в) Рельеф с полным отсутствием складок и сглажением слизистой. Эта картина большей частью встречается в антропилорическом отделе желудка. Все эти формы рельефа встречаются почти одинаково часто. Можно одновременно полагать, что вышеуказанные формы чередуются, и одна переходит в другую форму в связи с развитием процесса.

Нужно сказать, что хронический атрофический гастрит редко поражает слизистую всего желудка, а большей частью сосредоточивается в антральном отделе, т. е. в дистальном отделе желудка.

Гастроскопическая картина хронического атрофического гастрита.

Атрофический гастрит при гастроскопическом исследовании наблюдается в виде диффузного или очагового поражения. Диффузность в отдельных частях желудка выражена неодинаково, ибо процесс возникает не сразу, а постепенно, захватывая отдельные участки, почему и наряду с небольшими изменениями можно наблюдать участки глубокого поражения слизистой желудка. Полная диффузная атрофия встречается сравни-

тельно редко. В ряде случаев, в одном и том же желудке, наблюдаются процессы как атрофические, так и гипертрофические.

Б-й Т., 45 лет, явился 9/III—51 г. с жалобами на периодические острые боли, появляющиеся спустя 30 минут после приема пищи в подложечной области и в правом подреберье, чувство тяжести и полноты в области желудка после еды, изжоги, отрыжки воздухом с неприятным запахом, частый жидкий стул, похудание. Appetit сохранен.

Объективно: в органах грудной клетки изменений не обнаружено. При пальпации брюшной полости отмечается болезненность в подложечной области, в правом подреберье и по ходу толстого кишечника. Печень прощупывается из-под края реберной дуги, болезненна.

Анализ крови: НВ 60%, эрит. 3 900 000, цвет. пок. 0,85, лейкоц. 6000, эозин. 2%, палочк. 2%, сегмент. 65%, лимфоц. 26, моноц. 3, РОЭ 30 мм в 1 час.

Анализ желудочного сока: общая кислотность 2, свободная соляная кислота 0, реакция на молочную кислоту отрицательная, реакция на кровь слабо положительная.

Рентгенологическое исследование: желудок разворачивается по ортотоническому типу в форме крючка, контуры гладкие. Складки слизистой в дистальном отделе тела желудка и в антральной части атрофичны. Смещаемость и положение желудка в норме. Эвакуация своевременная. Луковица двенадцатиперстной кишки больших размеров с гладкими, четкими контурами. Через 24 часа в толстых кишках бария нет.

В-закключение: хронический атрофический гастрит (рис. 11).

Гастроскопическое исследование: слизистая светлокрасного цвета с желтоватым оттенком. Складки слизистой в верхнем отделе желудка со-



Рис. 11. Хронический атрофический гастрит.

хранены, в нижних отделах атрофичны, местами вовсе сглажены. Растяжимость стенок хорошая. Вход в антрум в виде треугольной щели. Пилорическое отверстие зияет (рис. 12).

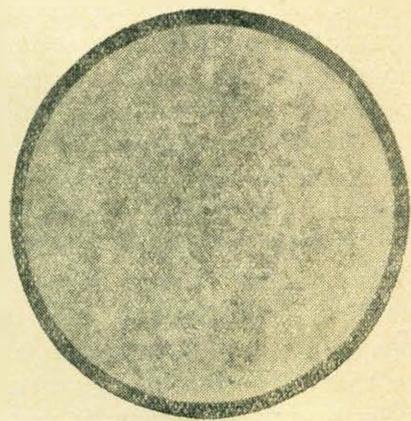


Рис. 12. Хронический атрофический гастрит (очаговый).

Гастроскопическое заключение: хронический атрофический гастрит (очаговый).

Б-й Е. М., 46 лет, явился 27/X—51 г. с жалобами на боли в подложечной области, связанные с приемом пищи, боли носят острый характер, чувство полноты в желудке, изжоги, кислые отрыжки, тошноты. Больным себя считает с 1926 года. Причину заболевания не указывает. Больной отмечает резкое похудание, с 1947 года потерял в весе 10 кг, аппетит плохой, временами поносы. Пальпаторная болезненность в подложечной области и по ходу нисходящего отдела толстой кишки. Печень и селезенка не прощупываются.

Анализ желудочного сока: общая кислотность 6, свободная соляная кислота 0, связанная соляная кислота 0, реакция на кровь и молочную кислоту отрицательная.

Анализ крови: НВ—64%, эритро. 3 400 000, цветной показатель 0,8, лейкоциты 7200, эозин. 1%, палочк. 2%, сегмент. 65%, лимфоц. 28, моноциты 3%, РОЭ—27 мм в 1 час.

Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта: желудок разворачивается по гипотоническому типу, формы крючка. Рельеф слизистой сглажен, резко атрофичен, складок почти нет. Контуры желудка гладкие. Эвакуация ускорена. Нижний полюс желудка на 5 поперечных пальцев ниже гребня подвздошной кости. Двенадцатиперстная кишка в пределах нормы. Через 24 часа в желудке остаточного бария нет. Толстые кишки неравномерно заполнены (рис. 13).

R-заключение: хронический диффузный атрофический гастрит.

Гастроскопическое исследование: слизистая бледнорозового цвета, сухая. Складки слизистой сильно атрофичны, имеют вид тонких полосок,

на стенках, кое-где, видны кровеносные сосуды. Растяжимость стенок хорошая. Вход в антрум в виде горизонтальной щели. Пилорическое отверстие не видно (рис. 14).

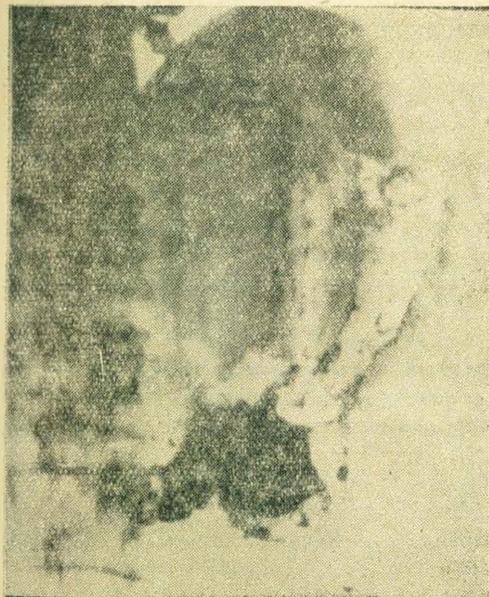


Рис. 13. Хронический диффузный атрофический гастрит.

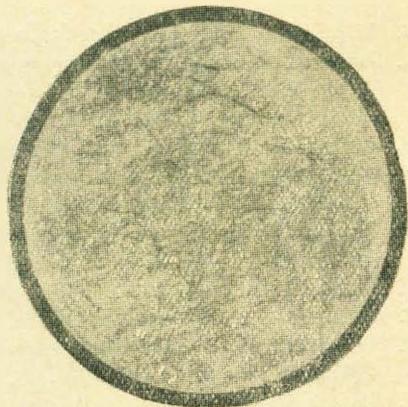


Рис. 14. Хронический диффузный атрофический гастрит.

Гастроскопическое заключение: хронический диффузный атрофический гастрит.

Наш опыт показывает, что картина атрофического гастрита не представляет дифференциально-диагностических затруднений. Атрофическая слизистая представляется в виде уплощенных складок до полного или частичного исчезновения их, что гастроскопически легко определить.

Как мы указали выше, хронический атрофический гастрит встречается сравнительно редко. В нашем материале он составляет около 13,72 процента. Всего у нас был 21 случай хронического атрофического гастрита, причем мужчин в два раза больше, чем женщин (см. табл. 3).

Таблица 3

Распределение больных по полу и возрасту

От 20 до 30 лет			От 31 до 40 лет			От 41 до 50 лет			От 51 до 60 лет			От 60 и выше			Всего		Итого больных
м.	ж.	вс.	м.	ж.	вс.	м.	ж.										
2	—	2	2	3	5	6	4	10	2	—	2	2	—	2	14	7	21

Как видно из таблицы, наибольшее количество заболеваний хронического атрофического гастрита падает на средний возраст, т. е. от 31 года до 50 лет, что составляет больше половины всех больных (15 чел.).

По характеру данных рентгенологического и гастроскопического методов исследования во всех случаях (21) хронического атрофического гастрита получены одинаковые результаты, т. е. полное совпадение диагнозов обоих методов.

Таким образом, мы видим, что для диагностики хронического атрофического гастрита одинаково важное значение имеют рентгенологический и гастроскопический методы исследования. Как мы видим, эти два метода одинаково точно дают картину заболевания.

Институт рентгенологии Министерства
здравоохранения Арм. ССР

Поступило 31 I 1953 г.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абарбанель Е. Э. К рентгенодиагностике гастрита. Тер. арх., 13, 3, 1945.
2. Быков К. М. Кора головного мозга и внутренние органы, 1947.
3. Быков К. М. и Курцин И. Т. Кортико-висцеральная теория патогенеза язвенной болезни. АМН СССР, Москва, 1952.
4. Гордон О. Л. Хронический гастрит. Москва, 1947.
5. Кончаловский М. П. Патогенез гастритов и их взаимоотношения с различными системами и органами. Тр. XII Всесоюз. съезда терапевтов, 1940.
6. Лазовский Ю. М. Функциональная морфология желудка в норме и патологии. Изд. Акад. мед. наук СССР, М., 1947.
7. Лурия Р. А. Старое и новое в учении о хр. гастритах. М. УК. Медиздат, 1929.
8. Лурия Р. А. Проблема гастрита. Тер. арх. т. X, вып. 3, стр. 209, 1932.
9. Николаева Г. В. Интероцептивные влияния с кишечника на моторику желудка. Физиол. журн. СССР, 1951, 37, 4.
10. Павлов И. П. Полное собрание сочинений, том II, ч. I, изд. АН СССР, 1951.
11. Павлов И. П. Полное собрание сочинений, т. II, ч. II, изд. АН СССР, 1951.
12. Павлов И. П. Полное собрание сочинений, т. III, ч. I, изд. АН СССР, 1951.

13. *Разенков И. П.* Новые данные по физиологии и патологии пищеварения (лекции). Изд. АМН СССР, 1948.
14. *Рыбинский А. Д.* Рельеф слизистой желудка и его изменения при гастритах. Вестн. рентген., т. 21, № 2, стр. 85—90, 1938.
15. *Сагателян Г. М.* О гастроскопии, ее значении в диагностике заболеваний желудка, в особенности рака желудка. Вопр. рентген. и онкол., Госизд. том I, Ереван, 1950.
16. *Сагателян Г. М.* Диагностическое значение комбинированного гастроскопического и рентгенологического исследования при раковых поражениях желудка. Реф. и тез. докл., Тбилиси, 1951.
17. *Сагателян Г. М.* Комбинированные, гастроскопические и рентгенологические исследования желудка при раке его. Изв. Акад. наук Арм. ССР, т. V, 38, 1952.
18. *Смирнов Н. С. и Гагман А. Н.* Значение гастроскопии в диагностике гастритов. Тр. XII Всесоюз. съезда терапевтов, стр. 209, 1940.
19. *Смирнов Н. С.* О взаимодействии результатов гастроскопического исследования при гастритах с рентгеновскими данными. Кл. мед., 20, 1942.
20. *Тарнопольская П. Д.* Гастрит в рентгенологическом освещении. Ж. Сов. кл. 20, 2, стр. 212—225, 1934.
21. *Фанарджев В. А.* Гастрит и рентгеновские исследования. Вестн. рентген. и радиол., 12, т. 1—2, 1933.
22. *Фанарджян В. А.* Гастрит и рентгеновское исследование, Вестн. рентген. и радиологии, т. IX, в. 4, стр. 270—93, 1931.
23. *Фанарджян В. А.* Руководство по рентгенодиагностике, т. II. Пищеварит. тракт, изд. второе. Медгиз, 1951.
24. *Schindler K.* Gastritis. New-York, 1947.

2. Մ. Սուդարեւյան

ՍՏԱՍՈՔՍԻ ՌԵՆՏԳԵՆԱԲԱՆԱԿԱՆ ԵՎ ԳԱՍՏՐՈՍԿՈՊԻԱԿԱՆ ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ ՇԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ԳԱՍՏՐԻՏՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա Մ Փ Ո Փ Ո Ւ Մ

Ստամոքս-աղիքային համակարգության հիվանդությունների մեջ գաստրիտները զգալի մեծ տեղ են գրավում: Նրանք հանդիպում են բավական հաճախ: Այդ պատճառով գաստրիտների դիագնոստիկայի հարցը նույնպես առաջնակարգ խնդիրներից մեկն է հանդիսանում կլինիկական պրակտիկայում: Գաստրիտների մեջ դիագնոստիկական հետաքրքրություն են ներկայացնում նրանց խրոնիկական ձևերը, քանի որ սուր գաստրիտներով հիվանդները մեծ մասամբ բժշկական քննության օբյեկտ չեն հանդիսանում: Այդ բացատրվում է նրանով, որ սուր գաստրիտների կլինիկական պատկերը և անամնեստիկ տվյալները բավականին հեշտացնում են նրանց դիագնոզը: Իսկ ինչ վերաբերվում է խրոնիկական գաստրիտներին, ապա պետք է ասել, որ նրանց դիագնոզելու հարցը կապված է որոշ դժվարությունների հետ, շնորհիվ այն հանգամանքի, որ նրանցից ստացված կլինիկական նշանները շատ հաճախ նման են լինում ստամոքսի այլ հիվանդությունների տված նշաններին. օրինակ, քաղցկեղի, խոցի և այլն:

Ելնելով այս դրուվյունից, անհրաժեշտություն է առաջանում ժամանակին հայտնաբերել գաստրիտները և ճշգրտությամբ որոշել նրանց բնույթը, որով-

հետև ոչ լիարժեք քննություններ հնարավոր է դառնում շփոթել դաստրիտները վերևում հիշված հիվանդությունների հետ:

Հարցն ավելի ծանրակշիռ է դառնում իր հետևանքով, եթե քննության ժամանակ քաղցկեղի փոխարեն, որն իրականում գոյություն ունի տվյալ անհատի մոտ, դիագնոզվի դաստրիտ և հակառակը: Այս հանգամանքը պատճառ կդառնա սխալ մոտեցման դեպի հիվանդության բուժման գործը և տեղի կտա ոչ ճիշտ բուժման:

Գաստրիտների դիագնոստիկայի հարցում մեծ նշանակություն ունեն ռենտգենարանական և գաստրոսկոպիկական քննությունների մեթոդիկան, կապված կլինիկական տվյալների հետ: Այս մեթոդները, ինչպես ցույց են տալիս գրականության տվյալները և մեր փորձը, պետք է օգտագործվեն բոլոր այն դեպքերում, երբ դիագնոզի հարցը կասկածի տակ է ընկնում: Ըստ որում, այդ երկու մեթոդները պետք է կիրառվեն համակցված ձևով, սկզբում ռենտգենյան քննություն կատարելով, ապա նրան հաջորդելով գաստրոսկոպիկական քննության մեթոդով:

Նման քննության անհրաժեշտությունը առաջանում է նուև այն հանգամանքից, որ գաստրիտների որոշ ձևեր իրենց արտացոլումը չեն տալիս ստամոքսի պատի մորֆոլոգիայի վրա և ռենտգենյան քննության տեսադաշտից դուրս են մնում, որովհետև վերջինս կարող է հայտնաբերել հիվանդությունը այն շրջանում, երբ նա դառել է աչքով տեսանելի: Այսպիսի դեպքերում գաստրոսկոպիկական քննությունը կարող է օգնել հիվանդության իսկական բնույթը պարզելու գործին, որովհետև նա հնարավորություն է ստեղծում անմիջապես դիտելու և աչքով տեսնելու լորձաթաղանթի վրա տեղի ունեցող բոլոր փոփոխությունները, սկսած նրա գունավորման փոփոխություններից մինչև մորֆոլոգիականը ներառյալ:

Ղեկավարվելով այս սկզբունքով, մենք միշտ օգտվել ենք երկու մեթոդներով և ստացել ենք բավականին աչքի ընկնող արդյունքներ դիագնոզի ճշտության վերաբերյալ: