

Селективная проксимальная ваготомия как самостоятельная операция занимает самое скромное место в структуре наших оперативных вмешательств, так как практически к нам не поступают больные с неосложненными язвами и гипервагальным типом секреции. Выполнение такой операции при гиперпанхлоргидрии в наших наблюдениях неизменно сопровождалось ранним рецидивом язвенной болезни.

При субкомпенсированных стенозах пилородуоденального канала в деле профилактики постваготомического гастростаза неоценимую помощь оказывает разработанная нами методика временной минимальной гастродуоденостомии на протяжении с использованием круглой связки печени. При этом отмечено более легкое послеопера-

ционное течение. К тому же она позволяет проводить раннее энтеральное питание и местное лечение дуоденальных язв в послеоперационном периоде.

В заключение следует отметить, что ваготомию мы не рассматриваем как альтернативу резекции. В частности, при лечении желудочных язв резекция была и остается способом выбора. Однако первый опыт проведения органосберегающих привратникосохраняющих операций без применения ваготомии показал, что эти операции также имеют реальные перспективы. Следовательно, необходимо и далее совершенствовать методы оперативного лечения и прежде всего не только с технических, но и с методологических позиций.

Поступила 20.10.88.

УДК 616.34—002.44—006.5—072.1—089.8

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ПОЛИПЫ ЖЕЛУДКА

Ю. В. Васильев, Л. И. Болдырева

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии (директор — акад. АМН СССР, проф. А. С. Логинов), Москва

Известно, что заболевания верхних отделов пищеварительного тракта могут сочетаться. Поэтому своевременная диагностика основной и сопутствующей патологии, а также лечение больных с учетом этих заболеваний имеют важное практическое значение. В частности, до настоящего времени не ясен ряд моментов относительно язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, которая может сочетаться с полипозом желудка. Как часто сочетается язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с полипами желудка? Следует ли удалять полипы желудка у таких больных, учитывая возможность их злокачественного происхождения, и возможно ли перерождение полипов желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки? Целесообразно ли удаление полипов желудка в периоде обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопической полипэктомии желудка?

В начальном периоде работы нами проанализированы безвыборочно результаты 20965 эндоскопических исследований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, выполненных одномоментно при обследовании так называемых гастроэнтерологических больных. Сочетание полипов желудка с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (язва луковицы двенадцатиперстной кишки, рубцово-язвенная деформация луковицы по эндоскопическим данным) было отмечено в 18 (0,086%) случаях. Однако анализ, произведенный только среди больных язвен-

ной болезнью, показал, что сочетание язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и полипов желудка встречается значительно чаще (3,6%).

В настоящем сообщении мы проанализировали результаты обследования и лечения 39 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, у которых при эндоскопическом исследовании выявлены полипы желудка. Больные были в возрасте от 23 лет до 61 года, среди них было 26 мужчин и 13 женщин. Продолжительность заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки составляла от одного года до 16 лет. Большинство больных (36) поступили в ЦНИИ гастроэнтерологии в периоде ухудшения своего состояния. При поступлении эти больные жаловались на боли различной интенсивности и продолжительности, возникающие в пилородуоденальной и (или) эпигастриальной областях, а также на диспептические расстройства — изжогу, отрыжку, горечь в полости рта, метеоризм, задержку стула. При эндоскопическом обследовании у 14 из 36 больных в луковице двенадцатиперстной кишки на фоне обострения дуоденита была выявлена язва. У остальных 22 из 36 больных, поступивших в ЦНИИ гастроэнтерологии с указанными выше жалобами, была обнаружена рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки на фоне обострения дуоденита (отек и гиперемия слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки, у отдельных больных — и ее нисходящей части). При

этом у 2 больных имели место множественные эрозии в луковице двенадцатиперстной кишки и у одного — в желудке (6). У всех 36 больных на фоне различной выраженности и протяженности хронического гастрита были полипы желудка (у 33 — по одному полипу, у 3 — по 2—3). Полипы были полушаровидной и шаровидной формы, размерами от 0,4 см до 1,5 см. У 7 больных отмечено поверхностное изъязвление полипов (плоское дно, покрытое беловатым фибриновым налетом с ровными краями). Размеры изъязвлений — около 0,2 см. У большинства обследованных поверхностные изъязвления полипов желудка были одиночными. Лишь у одного из 14 больных в луковице двенадцатиперстной кишки были выявлены две язвы округлой формы размерами от 0,3 см до 1 см, и у 2 больных было от 4 эрозий до множественных (в луковице двенадцатиперстной кишки).

Специально для проведения эндоскопических полипэктомий желудка в ЦНИИ гастроэнтерологии поступили 3 пациента с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, у которых в этом периоде жалоб не было. При эндоскопическом обследовании у всех больных была обнаружена рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки (без эрозий и язв) без диффузных признаков, считающихся характерными для обострения дуоденита (отек, гиперемия слизистой оболочки и др.). У одного из 3 пациентов выявлен один полип желудка, у 2 — 2 полипа. Форма полипов полушаровидная и шаровидная, размеры — от 0,6 до 1 см. У одной из этих больных отмечено поверхностное изъязвление 2 полипов (ровные края и дно, покрытое беловатым фибриновым налетом).

Из представленных выше данных видно, что клинические признаки ухудшения состояния (боли и диспептические расстройства) у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, сочетающейся с полипами желудка, могут определяться как при язве в луковице двенадцатиперстной кишки, так и без нее. Клиническая картина заболевания у этих больных была обусловлена обострением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, а не собственно наличием полипов в желудке (хотя у части больных в момент обследования и не было язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, однако у них констатируются рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки и эндоскопические признаки обострения дуоденита). Как отмечалось выше, наличие изъязвлений на вершине 2 полипов у одной больной также не вызывало с ее стороны никаких жалоб.

Эндоскопическая электроэксцизия в сочетании с электрокоагуляцией основания полипа была проведена у 27 из 39 больных; у 3 больных произведена фотокоагуляция

полипов с применением излучения лазера на алюмоитриевом гранате по методикам, опубликованным ранее [1—3]. Все больные перенесли эндоскопическое исследование и удаление полипов желудка вполне удовлетворительно, осложнений не было.

Опыт выполнения эндоскопических полипэктомий желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки показал, что эндоскопическую полипэктомию желудка у таких больных можно успешно осуществлять не только в периоде ремиссии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, но и в периоде ее обострения. Однако полипэктомию желудка, по нашему мнению, целесообразно производить после исчезновения выраженных болей в пилорoduodenальной и (или) эпигастриальной областях на фоне обычного консервативного лечения язвенной болезни (холинолитики, антациды, седативные препараты). Проведение эндоскопических полипэктомий желудка не вызвало обострения язвенной болезни у больных без жалоб и не привело к ухудшению субъективного состояния больных в периоде обострения язвенной болезни, соответственно не повлияло и на увеличение сроков их пребывания в стационаре.

Как известно, в основе образования, рассматриваемого эндоскопически как полип, может быть различный патоморфологический субстрат: аденоматозный и фиброзный полипы, фовеолярная гиперплазия, эозинофильная гранулома, ксантоматоз. В настоящее время высказываются различные мнения о возможности злокачественного перерождения тех или иных полипов желудка. Так, одни авторы [5] не обнаружили злокачественного перерождения аденоматозных полипов ни в одном случае из 238 наблюдений, другие же [6] считают, что хотя аденоматозные полипы не имеют тенденции к злокачественному перерождению, однако возможно озлокачествление гиперплазιοгенных полипов, в частности, в 14,8% случаев [4].

При гистологическом изучении материалов множественных прицельных биопсий полипов желудка и материалов, извлеченных после эндоскопической полипэктомии, было установлено, что у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки морфологическое строение полипов различно: фовеолярная гиперплазия, гиперпластический полип, аберрантная поджелудочная железа. Мы не наблюдали злокачественного перерождения полипов желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (вполне возможно, что это объясняется относительно небольшим количеством наблюдений, в том числе и гиперпластических полипов желудка — у $\frac{1}{3}$ больных).

Осложнений при проведении эндоскопических полипэктомий у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки не было.

ВЫВОДЫ

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки сочетается, по нашим данным, с полипами желудка в 3,6% случаев.

2. Эндоскопическая полипэктомия желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки целесообразна с диагностическими, лечебными и профилактическими целями.

3. Эндоскопическую полипэктомию желудка можно проводить как в периоде ремиссии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, так и в периоде обострения заболевания после исчезновения выраженных болей в эпигастральной и (или) пилородуоденальной области.

4. Удаление полипов желудка ни в одном случае не привело к обострению язвенной

болезни двенадцатиперстной кишки или к осложнению течения заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев Ю. В., Матвеев Н. К., Неугодов В. В. и др.//В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии.— М., 1976.
2. Логинов А. С., Басов Н. Г., Васильев Ю. В. и др.//В кн.: Инструментальные методы в гастроэнтерологии.— М., 1986.
3. Логинов А. С., Васильев Ю. В., Ступницкая Е. Е.//В кн.: Неотложная хирургия груди и живота.— Воронеж, 1987.
4. Davaris P., Petraki K.//Patol. Res. Pract.— 1986.— Vol. 181.— P. 385—389.
5. Justabo E., Quion L., Levillain P. et al.//Ann. Anat. pathol.— 1987.— Vol. 7.— P. 106—112.
6. Seifert E., Gail K., Weismuller J.//Endoscopy.— 1985.— Vol. 15.— P. 8—11.

Поступила 24.03.89.

УДК 616.24—007.63—053.1

ВРОЖДЕННАЯ ЛОКАЛИЗОВАННАЯ ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

М. Р. Рокицкий, Р. В. Хабибуллина, В. Н. Порываева, П. Н. Гребнев

Кафедра детской хирургии (зав.— проф. М. Р. Рокицкий) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Врожденная лобарная эмфизема, или прогрессирующая эмфизема новорожденных, — это такой порок развития, который связан с неполной проходимостью бронха и образованием в нем клапанного механизма в результате дефектов развития хрящевой ткани и обусловлен он сегментарным или долевым вздутием легочной паренхимы [2]. Наиболее рациональным, очевидно, следует признать термин «врожденная локализованная эмфизема», так как при этом заболевании могут поражаться не только одна доля, но и отдельные сегменты, несколько долей. Встречается оно у детей относительно редко, поэтому причины его возникновения до настоящего времени изучены недостаточно. В связи с редкостью заболевания, а также немногочисленными публикациями возможны диагностические ошибки и неблагоприятные исходы.

С 1968 по 1988 г. в нашей клинике находились на лечении 17 детей в возрасте от 14 дней до 13 лет с врожденной локализованной эмфиземой легких. Распределение детей по возрасту и полу приведено в табл. 1.

Таким образом, большинство детей поступили в стационар в возрасте до 6 мес. В отличие от большинства авторов нами отмечено, что врожденная локализованная эмфизема возникает чаще у девочек.

Объем поражения у наблюдаемых нами больных представлен в табл. 2.

Таким образом, у 9 детей были поражены одна доля, у 2 — один сегмент, у 6 больных поражение было комбинированным.

По клиническим проявлениям у 6 детей наблюдалась декомпенсированная форма врожденной локализованной эмфиземы. Она

Таблица 1

Распределение детей с врожденной локализованной эмфиземой по возрасту и полу

Возраст детей	Мальчики	Девочки	Всего
14—30 дней	5	1	6
2—3 мес.	1	1	2
3—6 мес.	—	2	2
1—3 года	1	2	3
4—7 лет	—	2	2
8—13 лет	—	2	2
Всего	7	10	17

Таблица 2

Объем поражения и сторона поражения легких у детей с врожденной локализованной эмфиземой

Объем поражения	Сторона поражения легких		Всего
	правая	левая	
Задний сегмент	1	—	1
Верхний сегмент	—	1	1
Верхняя доля	3	2	5
Верхняя доля + язычковые сегменты	2	3	5
Верхняя + нижняя доли	1	—	1
Средняя доля	2	—	2
Нижняя доля	1	1	2
Итого	10	7	17