

Наблюдения из практики и краткие сообщения.

Госпитальная терапевтическая клиника (директор проф. Н. К. Горяев)
Казанского гос. мед. ин-та.

Два случая рака желудка в молодом возрасте.

Ф. Л. Лукманов.

Из литературы, посвященной раковым заболеваниям в молодом возрасте, видно, что рак желудка встречается, хотя и редко, в самых разнообразных периодах молодого возраста. Так, Державич, сообщая о своем наблюдении над случаем рака желудка у 32-летней женщины, приводит из литературы случай Гуллингворта—рак желудка у 5-недельного ребенка. Случай Кулиха—у 1½ годовалого ребенка, случай Дитрехса—у 12-летней девочки, случай Шеффера—у 14-летнего мальчика. Кукин в своем сообщении по поводу рака желудка у 18-летней больной приводит случаи рака желудка у плодов (случай Вилькинсона и Видергофера). Релько в своем сообщении по поводу двух случаев рака желудка в 25 и 27 лет приводит статистические данные о раковых заболеваниях в молодом возрасте, собранные им из русской и иностранной литературы до 1914 года. По его статистике, из 592 случаев раковых заболеваний до 30 лет на рак желудка приходилось 32 случая, при этом до 5 лет 2 случая, от 10 до 15 лет 3 сл., от 15 до 20 лет 2 сл., от 20 до 25 лет 8 сл., от 25 до 30 лет 17 сл. Красавитов, сообщивший в 1924 году случай рака желудка у 24-летней женщины, говорит, что рак желудка в молодом возрасте встречается очень редко и всего в литературе описано 34 случая. Шегал в своем сообщении о раковых заболеваниях в молодом возрасте указывает, что с 1914 года по 1929 год литературный материал о раке желудка у лиц до 30 лет едва насчитывает 100 случаев. Относительно частоты заболеваемости раком желудка в молодом возрасте мы не могли получить из доступной нам литературы цифр, основанных на большом материале. Статистика раковых заболеваний, приводимая в специальных руководствах, этого вопроса особо не выделяет. По старой статистике Пенцольдта 10% раков желудка встречается в 30-летнем, 2%—в 20-летнем возрасте. Ригель в руководстве Нотнагеля приводит данные различных авторов, указывавших частоту рака желудка до 30 лет в 2, 2,5 и 3%. По статистике Фуша и Панека из клиники Хохенегга, основанной на 1717 случаях раковых заболеваний,—рак желудка встретился у больных до 10 лет 1 раз, до 20 лет—14 раз, до 30 лет—48 раз. По недавно опубликованному материалу Ленинградского онкологического института из 1492 случаев рака желудка, прошедших через Институт за последние 10 лет, рак желудка до 30 лет констатирован у 19 лиц (1,3%), из которых самым молодым был 23-летний пациент. Шегал считает, что рак желудка в молодом возрасте встречается в 1—3%.

Многими отмечено, что раковые заболевания, в частности и раки желудка, у молодых лиц развиваются очень быстро и протекают особенно злокачественно (Петров, Лифшиц, Прибрам и др.), часто дают различные типичные картины болезни, затрудняющие диагноз страдания. В этом отношении демонстративным примером может служить случай, сообщенный на заседании общества врачей г. Казани в 1915 году Н. К. Горяевым в его докладе о картине крови при карциноматозе костного мозга. Случай касается больного 29 лет из клиники нервных болезней, заболевшего в феврале 1915 года при явлениях острого, инфекционного характера, напоминавшего полиартрит с повышенной температурой, с болями в ногах и в спине. Болезнь быстро прогрессировала, и при явлениях истощения и ослабления сердечной деятельности в конце апреля того же года больной скончался. Накануне смерти, на основании картины крови, Н. К. Горяев высказал предположение о карциноматозе костного мозга; клинически же не возникало и подозрения о наличии злокачественного новообразования. На вскрытии обнаружен рак желудка с обширными метастазами в костный мозг.

Настоящее сообщение о двух случаях рака желудка в возрасте 18 и 25 лет, наблюдавшихся в госпитальной терапевтической клинике КГМИ за последние годы, имеет целью дать краткое описание проявления раковой болезни в молодом возрасте.

Сл. 1. Больной С., 18 лет, учащийся, поступил в госпитальную терапевтическую клинику (III терапевтическое отделение Областной советской больницы в Казани) 23. I. 35 г. с жалобами на постоянного характера боли в подложечной области, не зависящие от приема пищи, рвоту, непостоянные поносы. Болен 3 месяца. Вначале боли были внизу живота, понос 3—4 раза в день и рвота. Иногда рвота и понос не бывали по 2—3 дня, но боли не прекращались и с каждым днем усиливались. Никаких перенесенных болезней не помнит; родители здоровы, имеет 5 братьев и трех сестер—все они здоровы. Венерические болезни отрицает, не пьет и не курит.

Status praesens. Больной малого роста; производит впечатление несколько отставшего в развитии; кожа бледна и слегка иктерична; подкожно-жировой слой развит слабо; слизистые бледны; язык чист; высокое твердое небо; имеется анизокория; лимфатические железы не увеличены. Легкие без особых уклонений. Сердце—тоны усилены, на верхушке небольшой систолический шум и незначительный акцент на втором тоне легочной артерии. Печень и селезенка пальпируются у края реберных дуг. Отчетливо пальпируется в подложечной области ниже мечевидного отростка нерезкое уплотнение, нижний край которого идет поперечно, длиной 7—8 см. Контурировать уплотнение полностью не удается, так как сверху оно уходит под мечевидный отросток и в левое подреберье. Температура за все время наблюдения субфебрильная. Данные исследования желудочного сока следующие: натощак добыто 50 см³ желудочного сока цвета кофейной гущи с хлопьевидным осадком, слизь+, св. соляной кислоты—20, общ. к.—40, р. на кровь+; после пробного завтрака добыто 80 см³ цвета кофейной гущи, св. соляной кислоты—37, общ. к.—40, р. на кровь+.

В моче ничего патологического не обнаружено. Кровь Hb—37%, эритроциты—3020000, цв. показ. 0,61; лейкоц.—9900. Лейкоцитарная формула с.—72, п.—6, л.—14,5, мон.—6,5%. Рентген: легкие и сердце в пределах нормы, желудок—нормотоничен, с очень широкими утолщенными складками слизистой и с жилой перистальтикой. По большой кривизне имеется зубчатость, на малой кривизне, в средней трети, ближе к задней стенке, имеется стойкое выпячивание стенки желудка (ниша), резко болезненное при пальпации. Смещаемость в этом месте ограничена. Antrum, pylorus et b. duodeni без изменений. Заключение офтальмолога—остатки хориодита правого глаза.

После предварительного переливания крови больной был переведен в хирургическое отделение для операции с диагнозом с. ventriculi.

3/II 35 г. под местной анестезией произведена лапаротомия. Обнаружено: в средней трети малой кривизны зарубцевавшаяся плотная язва, язва спаяна рубцом с mesocolon. На задней стороне mesocolon имеется рубцовоизмененный участок величиной с пятикопеечную монету. Железы на малой кривизне увеличены на всем протяжении почти до cardia, плотны на ощупь. Пилорус расширен. По большой кривизне расположена плотная опухоль продолговатой формы, тесно спаянная с mesocolon, пальца на три не доходящая до cardia. Заднюю стенку желудка пальпировать не удается вследствие перигастрита. Подвижность желудка слегка ограничена, duodenum N. Вследствие неоперабельности случая рана зашита наглухо. Заживление раны прошло гладко. 23/II 36 г. больной выписан из отделения.

Сл. 2. Больной К., 25 лет, крестьянин, поступил в госпитальную терапевтическую клинику 3/X 30 г. с жалобами на слабость и боли в спине. Начало своей болезни больной объясняет так: две недели тому назад он поднял значительную тяжесть и сразу почувствовал боль в спине. День после этого он ходил, а затем слег; его сильно мучили боли в спине, он не спал по ночам, плохо ел, похудел и побледнел. Так появились боли, но слабость он чувствовал уже за неделю до этого. Запоров, поносов, болей, связанных с приемом пищи, тошноты, рвоты больной не отмечает; кашля, повышения температуры, потов также раньше не было.

Status praesens. Больной среднего роста; подкожный жировой слой развит слабо; мускулатура слабая, вялая. Кожные покровы и видимые слизистые бледны. Слева над ключицей пакет плотных железок величиною с горошину, еди-

ничные железки слева в подмышечной впадине. Температура—норма, пульс 70 ударов в 1 минуту. Со стороны сердца выраженных уклонений нет. Легкие—укорочение перкуторного звука в верхних отделах с обеих сторон, жестковатое дыхание, в нижних отделах обоих легких и мелкопузырчатые хрипы в небольшом количестве. В области левой половины эпигастрия отчетливо пальпируется плотный узел с диаметром в 3—4 см, смещающийся при дыхании. Печень и селезенка не пальпируются.

Данные исследования желудочного сока. Натощак добыто 25 куб. см желудочного содержимого, темно-бурого цвета, св. HCl—0, об. к.—18. Реакции на кровь и молочную кислоту—положительные. После пробного завтрака—св. HCl—0, реакции на кровь и молочную кислоту—положительные. Реакция на скрытую кровь в кале резко положительна. Кровь—Hb—58%; эритроц.—4 580000, лейкоц.—8700. Цветов. показ.—0,64. Исследование мочи ничего патологического не дало.

С каждым днем состояние больного быстро ухудшалось, и через 12 дней после поступления в клинику при явлениях нарастающей слабости сердечной деятельности больной скончался. На вскрытии обнаружено: коллоидная струма щитовидной железы, водянка сердечной сорочки, паренхиматозная дегенерация сердечной мышцы, бородавчатый эндокардит клапанов трехстворки, метастаз новообразования в правое ушко, незаращение овального отверстия межпредсердной перегородки. Распространенные метастазы новообразования в лимфатические железы. Облитерация левой плевральной полости, двусторонний фиброзный плеврит, карциноз легких. Ограниченный карциноматозный перитонит диафрагмы, карциноматозная язва желудка, фиброзный и карциноматозный перигепатит, дегенерация паренхимы печени, метастаз новообразования в печени, гипертрофия пульпы селезенки, паренхиматозная дегенерация почек. Микроскопический диагноз—*adeno-carcinoma*.

Поступила в ред. 21/III 1938 г.

Из хирургической клиники (дир. проф. Ю. А. Ратнер) Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

К казуистике инородных тел в желудочно-кишечном тракте.

М. М. Шалагин.

Попадание инородных тел в организм человека встречается повседневно и составляет большой процент внезапных заболеваний. По статистике Вакара Одесской спасательной станцией за 7 лет отмечено 1868 случаев с инородным телом, как причиной внезапных заболеваний. В Московском ин-те неотложной помощи им. Склифасовского за 11 лет наблюдалось 2324 случая инородных тел пищевода, из которых в 2247 сл. была применена эзофагоскопия. Шлеммер приводит материал в 1657 эзофагоскопий по поводу инородных тел пищевода. Значительно реже встречаются заболевания в связи с инородным телом в желудочно-кишечном канале, однако в ряде случаев такое инородное тело вызывает необходимость хирургического вмешательства. Инородные тела в полость желудка попадают или через рот, или же через кишечник и из соседних полых органов, или же при ранении. Эти тела проглатываются то случайно, вследствие неосторожности или быстрой еды, то из-за шалости детьми, то