

## О НЕКОТОРЫХ ОШИБКАХ ОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

А. С. Комаров

Клиника общей хирургии (зав.—проф. А. И. Кожевников)  
Горьковского медицинского института

Хорошо известно, что лапаротомия считается завершающим этапом в диагностике рака и других заболеваний желудка. Однако необходимо помнить, что и лапаротомия не всегда позволяет уточнить диагноз.

Об этом свидетельствуют случаи успешных радикальных операций на желудке, опровергающих прежний диагноз неоперабельной опухоли, поставленный при первой лапаротомии. Наблюдения над больными с большой продолжительностью жизни (более трех лет) после пробной лапаротомии по поводу «опухолей», признанных неоперабельными, также дают основания к сомнению в правильности диагноза.

Ошибочное заключение о неоперабельной опухоли тяжело травмирует психику больного и его родственников, а в последующем — и хирурга, совершившего ошибку. Такой диагноз, даже замаскированный в выданной на руки справке, рано или поздно становится известным больному, в результате чего нарушаются основные принципы хирургической деонтологии. Неудивительно, что некоторые из этих больных после тяжелых переживаний теряют доверие к медицине и не всегда в последующие годы дают согласие на повторную, необходимую им операцию. На этой почве возникают коллизии между хирургом и больным или родственниками, которые склонны объяснить удовлетворительное состояние как «самоизлечение» или «исцеление» от рака при помощи длительного применения каких-либо лечебных средств.

За последние 20 лет в нашей клинике ошибки операционной диагностики при язвенной болезни желудка обнаружены у 10 больных (0,02%): у 6 они допущены в районных больницах области, а у 4 — в клинике.

У всех больных во время операции был диагностирован рак. У 4 больных ошибка исправлена в последующие годы повторной операцией (резекцией желудка) и гистологическим исследованием, установившим наличие лишь хронической язвы желудка. У 3 больных истинный диагноз осложненных язв желудка выявлен на аутопсии с последующим гистологическим подтверждением. У 2 больных диагноз неоперабельной спухоли отвергнут через 2—3 года в связи с удовлетворительным их состоянием, сохранением работоспособности, а также рентгенологическими данными. У одной больной после тотальной резекции по поводу предполагаемого рака гистологически установлена только пенетрирующая язва.

Приводим наиболее поучительные из наших наблюдений.

1. К., 51 года, поступил 25/1 1963 г. с жалобами на боли в подложечной области, изжогу, отрыжки. Болен с октября 1961 г. Лечился в районной больнице по поводу желудочного кровотечения. После рентгенологического исследования желудка с заключением «стеноз привратника» оперирован 1/XI 1961 г. в той же больнице. При операции заболевание рассматривалось как рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод и поджелудочную железу. Хирург ограничился пробной лапаротомией, так как считал опухоль неоперабельной.

После операции у больного был плохой аппетит, слабость. Он не мог даже ходить. Лечился «травмами». Однако в дальнейшем состоянии его улучшилось.

С мая 1962 г. обострились боли в подложечной области, беспокоили отрыжки; больной стал часто прибегать к приемам чайной соды, которая временно уменьшала боли.

При обследовании констатирована бледность кожи и слизистых оболочек, умеренное напряжение брюшной стенки в подложечной области и болезненность при перкуссии там же.

Желудочный сок после пробного завтрака: свободная HCl — 54, общая кислотность — 80. Рентгеноскопически определяется большая ниша в субкардиальном отделе желудка по малой кривизне.

Диагноз: язвенная болезнь желудка с высокой локализацией язвы.

19/II 1963 г. больному произведена субтотальная резекция желудка по Спасокукоцкому — Финстереру с наложением межкишечного соустья. Гистологическое исследование: хроническая язва желудка с резкими склеротическими изменениями стенки; в трех кусочках инфильтративного роста не найдено. В лимфатическом узле гиперплазия лимфоидной ткани.

Выписан 6/III 1963 г. Через полгода получено сообщение о хорошем состоянии больного и полной трудоспособности.

2. К., 52 лет, поступил в клинику 21/I 1963 г. вторично. Болен с 1957 г. Беспокоили ноющие боли в подложечной области, отрыжки, тошноты, слабость, похудание. 17/X 1960 г. при рентгеноскопии желудка найден дефект наполнения в пилороантральном отделе желудка, суживающий и деформирующий этот отдел. Малая кривизна желудка почти до субкардии ригидна. Заключение: рак желудка.

24/X 1960 г. была произведена лапаротомия с биопсией.

Гистологическое исследование: плотная фиброзная ткань с явлениями резко выраженного гиаиноза.

Рентгеноскопия 12/III 1962 г. Желудок ограничен в подвижности, малая кривизна его укорочена и ригидна, складки в антральном отделе перестроены, пальпируется уплотнение. Эвакуация замедленная. Заключение: рак малой кривизны желудка.

8/V 1962 г. при контрольном осмотре больного обнаружена кахексия, пальпацией определяется неподвижная опухоль в подложечной области с напряжением брюшной стенки. Однако последующее течение болезни все более подтверждало диагноз язвенного (а не бластоматозного) процесса (улучшение от приема соды, ночные боли).

29/I 1963 г. (через 2 года) произведена субтотальная резекция желудка по Финстереру с дополнением межкишечного соустья. Гистологическое исследование препарата: хроническая язва пилорической области с фиброзом подслизистого слоя.

Контрольная рентгеноскопия после повторной операции показала хорошую функцию резецированного желудка. Выписан в удовлетворительном состоянии 15/II 1963 г.

3. П., 52 лет, доставлен врачом скорой помощи 21/IX 1962 г. с диагнозом: профузное желудочное кровотечение. В последующие дни кровавые рвоты повторялись, стул дегтеобразный. Предполагено, что причиной кровотечения являлась раковая язва желудка.

24/IX 1962 г. под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом произведена экстренная операция. В брюшной полости — асцитическая жидкость. Большая, застойная, цирротически измененная печень. Желудок в рану не выводится. На малой кривизне желудка на границе верхней и средней трети определяется плотная, но плоская, по-видимому раковая язва 4×4 см, спаянная с поджелудочной железой, которая на всем протяжении бугристая, плотна и настолько увеличена в размерах, что трудно сказать, откуда исходит опухоль: из желудка или поджелудочной железы. Выделить и перевязать левую желудочную артерию у места ее отхождения невозможно, так как эту область занимает инфильтрат, переходящий в забрюшинное пространство. Операция ограничена лапаротомией.

28/IX больной скончался при явлениях сердечной и сосудистой недостаточности. Патологоанатомический диагноз: хроническая язва средней трети малой кривизны желудка с пенетрацией в поджелудочную железу. Желудочное кровотечение (зияющий сосуд в области дна язвы). Общий атеросклероз с преимущественным поражением сосудов сердца, почек, аорты. Диффузный миокардиосклероз, рубцовое образование в области перегородки и задней стенки левого желудочка. Умеренный асцит. Застойная печень. Гидроперикард. Умеренный гидроторакс. Пневмосклероз. Двухсторонняя сливная бронхопневмония. Отек легких. Рубцующиеся инфаркты левой почки. Дистрофические изменения паренхиматозных органов. Кахексия.

Ошибки операционной диагностики чаще всего относятся к пенетрирующим язвам, которые имеют вид рака («раковая маска язвенной болезни»). Огромные воспалительные инфильтраты имитируют неоперабельную опухоль.

Полная неподвижность желудка, каменная плотность поджелудочной железы, большие размеры и плотность инфильтрата вокруг язвы, мелкие, плотные, белесоватые узелки на серозной оболочке передней стенки желудка (результат осумкования и петрификации пищевых частиц после бывших перфораций), по своему виду весьма похожие на метастазы рака по типу диссеминации, довольно плотные, увеличенные лимфатические узлы у привратника, по ходу левой желудочной артерии и, наконец, впечатление прорастания опухоли в забрюшинное пространство — все это склоняет к ошибочной диагностике рака.

Недаром старые опытные хирурги старались не оперировать больных язвенной болезнью в периоды резкого обострения процесса. Массивные инфильтраты, дающие повод к ошибочному диагнозу неоперабельного рака, представляют, кроме того, значительные трудности мобилизации замурованного в шварты, спайках и инфильтрате желудка. Резекции у таких больных, по нашему опыту первых лет послевоенного периода, чаще приводили к различным осложнениям: анастомозитам и даже недостаточности швов, наложенных в воспаленных, инфильтрированных тканях.

Известно, что квалифицированное рентгеновское исследование является существенным дифференциально-диагностическим средством. У всех больных, у которых диагноз был ошибочным, рентгенологическое описание (неровность контуров, прерывистость перистальтики, отчетливый дефект наполнения и пр.) и неверное рентгенологическое заключение способствовали в известной степени установлению правильного диагноза рака при операции. Рентгенолог и хирург приходят к одному ошибочному заключению.

Рентгенологический метод при всей своей высокой, часто незаменимой роли может иногда привести к дезориентации.

Чтобы исключить или уменьшить ошибки операционной диагностики, следует производить при лапаротомии обследование желудка и соседних с ним органов методично, обязательно со вскрытием сальниковой сумки.

При обнаружении опухоли, принимаемой за неоперабельную карциному, желательно (а часто необходимо) иссечение кусочка опухоли или увеличенных регионарных лимфатических узлов иногда из нескольких мест для срочного гистологического исследования. Правда, биопсию в некоторых случаях произвести трудно.

Мы считаем возможным устранение значительной части ошибок операционной диагностики при язвенной болезни желудка. Профилактической мерой являются: тщательное изучение анамнеза, полная клинического исследования больного с применением эндоскопических методов исследования (гастроскопии, гастробиопсии, лапароскопии и гастротомии). Важно, чтобы консультация высококвалифицированного хирурга могла сопровождаться личным его участием во время операции и обследованием патологических изменений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисов С. С. Вест. хир., 1964, 2. — 2. Бакулев А. Н. Клинические очерки оперативной хирургии. Медгиз, М., 1954. — 3. Волков П. Т. Вопр. онкол., 1959, 1. — 4. Гдалина Т. Д. Хирургия, 1954, 11. — 5. Добросердова А. К. Хирургия, 1951, 7. — 6. Кожевников А. И. и Вазин Н. А. Сб. тр. госпит. хир. клиники ГМИ. Изд. Горьковского мед. ин-та, Горький, 1941.

УДК 616—089. 168—06—616—089. 87—616. 33—002. 44

## БЛИЖАЙШИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*П. В. Кравченко и О. С. Кочнев*

Кафедра хирургии и неотложной хирургии (зав.—проф. П. В. Кравченко)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Результаты хирургического лечения язвенной болезни неуклонно улучшаются, смертность после резекций желудка заметно уменьшается. Этому способствовали рост квалифицированной хирургической помощи, стандартизация методов оперативного лечения и улучшение техники оперирования. Не менее важную роль сыграло и совершенствование тактики при уже развившихся осложнениях.

Мы подвергли анализу 383 истории болезни оперированных в нашей клинике за последние 9 лет по поводу язвенной болезни. Мужчин было 348, женщин 35, в возрасте от 10 до 19 лет было 10, от 20 до 39 лет — 216, от 40 до 59 лет — 146 и старше — 11 чел.

Согласно установке, принятой в клинике, оперативному лечению подлежат те лица с язвенной болезнью, которые лечились безуспешно в течение не менее 2 лет у терапевтов и при этом в течение 2 месяцев стационарно. К условно абсолютным показаниям мы относим субкомпенсированные стенозы выходной части желудка и язвенные кровотечения. Мы считаем операцию абсолютно показанной при декомпенсированных стенозах после соответствующей энергичной предоперационной подготовки и при обоснованном подозрении на перерождение язвы в рак. Поэтому у большинства наших больных была значительная длительность заболевания (от 3 лет до 16).

119 операций выполнено под местной анестезией, 19 — под местным потенцированным обезболиванием, 26 — под потенцированным эндотрахеальным наркозом и 219 — под эндотрахеальным интубационным наркозом с применением релаксантов. У большинства оперированных больных выполнена типичная резекция двух третей желудка по Бильрот-II — Гюфмейстеру — Финстереру. У 16 больных была произведена резекция для выключения, которую мы считаем показанной при низко сидящей язве с пенетрацией. Правда, эту операцию, часто спасительную, мы не склонны рекомендовать при кровоточащих язвах из-за возможности кровотечения из оставленной язвы. Мы наблюдали одного такого больного.

Приводим выписку из истории болезни.

Г., 30 лет, поступил 16/XII 1963 г. с жалобами на боли в подложечной области, появляющиеся через 1,5—2 часа после еды, изжогу, тошноту, временами рвоту. За последние 2 года боли стали беспокоить по ночам. Прием соды перестал приносить облегчение. Болен в течение 10 лет. 2 года назад был дегтеобразный стул.