

отдела желудка, таким образом, всего в отечественной литературе нам удалось найти сведения о двух случаях липом желудка.

Значительная редкость описаний данного заболевания побудила нас опубликовать следующее наблюдение:

Б-ной У. поступил в хирургическое отделение 23 мая 1957 г. с жалобами на общую слабость и дегтеобразный стул, который наблюдался больным с 18 мая 1957 г. До 22 мая он за врачебной помощью не обращался. В 6 часов утра 22 мая появились резкая боль в правой подвздошной области, головокружение (больной упал со стула), наступила кратковременная потеря сознания. Больной был стационарирован, а 23 мая переведен к нам.

При поступлении общее состояние удовлетворительное, отмечается бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Температура — 36,2°, пульс 74, АД — 130/70. Сердце и легкие без отклонений от нормы. Живот мягкий, не вздут, участвует в акте дыхания. Печень и селезенка не прощупываются. При пальпации отмечается болезненность в подложечной области. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. Кровь: гем. — 44%, э. — 2070 000; Л. — 5800; ц. п. — 1,1; РОЭ — 11 мм в 1 час; л. — 46%; м. — 4%; п. — 1%; с. — 49%, анизопокилоцитоз макроцитарный, полихроматофилия.

Реакция Грегерсена резко положительная.

Рентгеноскопия желудка 3/VI 1957 г. (В. П. Паламарчук): бариевая взвесь, переходя из субкардального отдела в нижний отдел желудка, обтекает препятствие, располагающееся на задне-наружной стенке тела желудка. На этом же уровне отсутствие нормального рельефа слизистой и обрыв складок вышележащего отдела. Перистальтика желудка в области дефекта отсутствует, в остальных отделах сохранена. Ригидности складок не определяется. При исследовании в горизонтальном положении на животе определяется ясный дефект наполнения тела желудка по всей его ширине, длиной около 10 см.

Заключение: злокачественное новообразование желудка.

12/VI 1957 г. под интратрахеальным эфирно-кислородным наркозом верхняя лапаротомия (М. А. Цукерман). По середине желудка, на передней стенке, ближе к большой кривизне, субсерозно расположена мягкая, эластичная, подвижная опухоль величиной с куриное яйцо. Увеличенных лимфатических желез не обнаружено. Произведена резекция 2/3 желудка по Финстереру.

Гистологическое исследование (Д. Н. Руновский): часть желудка с мягкой опухолью размером 6 × 5 × 3 см. В центре опухоли звездчатый рубец. Опухоль расположена между слизистой и мышечной оболочками стенки желудка. По строению опухоль представляет типичную липому с несколько увеличенным количеством фиброзных прослоек.

28/VI 1957 г. б-ной выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Через 8 месяцев самочувствие хорошее, жалоб нет.

Кровотечение, которое привело больного в стационар, произошло вследствие изъязвления слизистой оболочки желудка над опухолью. Факт изъязвления подтверждается звездчатым рубцом.

В отношении дооперационной диагностики мы полагаем, что окончательно решить вопрос о природе опухоли на основании рентгеновского исследования невозможно.

В смысле объема вмешательства мы придерживаемся того мнения, что оно должно быть по возможности радикальным — резекция желудка.

Поступила 15 июня 1958 г.

К ПРИЖИЗНЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЛИМФОГРАНУЛОМАТОЗА ЖЕЛУДКА¹

А. М. Королев

Главный терапевт Кировского облздравотдела

Первый случай лимфогранулематоза желудка описал Штейндль в 1924 году; оперируя больного, он произвел резекцию желудка, подо-

¹ Доложено на выездной научной конференции Пермского медицинского института в г. Кирове 7—9 мая 1958 г.

зрелая рак, а гистологически оказался лимфогранулематоз. По А. В. Мельникову, описавшему двух подобных больных, в мировой литературе известно 98 случаев лимфогранулематоза желудочно-кишечного тракта.

За последние годы в отечественной литературе появились сообщения ряда авторов, посвященных лимфогранулематозу желудка (М. И. Лыткин — 1954, Х. И. Юсуфджанов — 1954, А. Л. Богославский — 1957). Описано несколько наблюдений лимфогранулематоза кишечника (Б. С. Лейзерсон — 1950, А. М. Вихерт и Л. А. Гулина — 1951).

А. Л. Богославский наблюдал трех больных с изолированным лимфогранулематозом желудка, причем правильный прижизненный диагноз был поставлен в одном из этих случаев.

Трудность диагностики и редкость заболевания побуждают опубликовать наше наблюдение.

Б-ной З-нов, 68 лет, пенсионер, поступил в терапевтическое отделение 23/XI-56 г. с жалобами на высокую температуру, общую слабость, небольшую тошноту, жидкий стул 1—2 раза в день без крови и слизи.

Отмечает сравнительно хороший аппетит. За две недели до поступления в больницу были внезапные поты. К врачам никогда не обращался — лечился травами. В прошлом перенес брюшной тиф.

Больной выше среднего роста, удовлетворительного питания. Кожные покровы и слизистые бледно-розовой окраски. Зев чистый. Грудная клетка эмфизематозна. Дыхание везикулярное, слегка ослабленное. Границы сердца расширены влево до средне-ключичной линии. Тоны приглушены. Небольшой акцент второго тона на аорте. Систолический шум на верхушке. Единичные экстрасистолы. Пульс — 85, ритмичный, мягкий, среднего наполнения. Артериальное давление — 105/55. Брюшная стенка мягкая, печень выступает на 4 см из подреберья; преимущественно выступает левая доля, спаянная с плотнoэластическим образованием в области выхода желудка, где определяется опухолевидный конгломерат, совершенно безболезненный при пальпации. Отмечается отсутствие пульсации аорты выше пупка. Периферические лимфоузлы (подчелюстные, шейные, подмышечные, паховые) не были увеличены за все время наблюдения.

Картина крови:

Дата	Эритро- в млн	Гем- в ед.	Цв. показ.	Лейкоц. в тысяч.	Э	П	С	Л	М	РОЭ в мм за час
24/XI 56 г.	4,58	77	0,85	8,1	2	12	65	20	3	55
8/III 57 г.	2,51	31	0,6	4,8	1	10	53	30	6	67
14/III	2,81	36	0,62	12,3	—	11	81	6	1	54
18/III 57 г.	2,89	34	0,6	6,6	4	7	63	18	8	52

Тромбоциты (8/III-57 г.) — 201 000. Анизоцитоз, пойкилоцитоз, токсическая зернистость нейтрофилов, клетки раздражения. Билирубин крови по видоизмененному методу Бокальчука — 1 мг%. Реакция Вассермана отрицательная. Реакция Видаля отрицательная.

Моча (28/XI-56 г.) насыщенно-желтого цвета, прозрачна, уд. вес—1,021; следы белка; сахара нет; лейкоциты — 3—5 в поле зрения.

Рентгеноскопия грудной клетки (24/XI-56 г.): в обоих легких умеренно выраженная эмфизема и пневмосклероз. Диафрагма подвижна, синусы свободны. Сердце — увеличено влево и назад за счет гипертрофии левого желудочка; в меньшей степени вправо за счет правого желудочка. Сердечные сокращения резко учащены. Аорта расширена, склерозирована.

Диагноз: висцеральный атипичный лимфогранулематоз (тифоидная форма) с поражением желудка, мезентериальных узлов, печени. Атеросклеротический кардиосклероз с явлениями экстрасистолии. Атеросклероз аорты. Умеренная эмфизема легких и пневмосклероз.

Больной за время наблюдения категорически отказывался от проведения рентгеновского исследования желудка, рентгенотерапии, применения эмбихина. Выписался домой после некоторого спада температуры 8/XII-56 г.

Через два месяца—с 4/II-57 г. по 21/II-57 г.—больной вновь госпитализируется в

стационар по поводу левосторонней пневмонии (очаговой), подтвержденной рентгенологически. Последнюю мы рассматривали как интеркуррентное заболевание, возникшее в результате ослабления защитных сил на почве лимфогранулематоза. Под влиянием антибиотиков и сульфамидов явления пневмонии исчезают, но несмотря на применение витамина В₁₂, переливания крови, нарастает анемия и общая слабость.

Желудочный сок толстым зондом после пробного завтрака по Боас — Эвальду: количество — 7 см³, однослойный, общая кислотность — 26, свободная НСl — 4, связанная — 18. Фосфаты — 4. Молочная кислота отсутствует, крови нет, небольшое количество дрожжевых грибов, единичные клетки эпителия и немного слизи, лейкоцитов 2—4 в поле зрения.

Исследование кала (18/II-57 г.): консистенция жидкая, цвет желтый, много слизи в виде мелких комочков, нерезкий запах. Эритроциты до 10—15 в поле зрения, эпителия немного. Имеются дрожжевые грибки. Простейшие не обнаружены.

Состояние несколько улучшается, и 21/II-57 г. больной выписывается домой по собственному категорическому заявлению.

7/III-57 г. больной вновь поступает в стационар с явлениями резкой слабости, головокружения, сердцебиения. Отмечаются резкая бледность с слегка желтушным оттенком кожи, пастозность лица и конечностей, асцит. В брюшной полости по-прежнему пальпируется конгломерат плотнoэластической консистенции, спаянный с печенью, желудком, величиной с голову младенца, неправильной формы, совершенно безболезненный при пальпации.

Температура в этом периоде держится в пределах 38,2—37,6—38,9°.

Моча остается без особенностей: в отдельных анализах имеется белок до 0,066%; положительная реакция на уробилин. Гиалиновые цилиндры в очень редких полях зрения, лейкоциты 2—5 в поле зрения.

У больного нарастает слабость, истощение, асцит, гидроторакс, отеки на ногах. Тоны сердца становятся резко глухими, пульс почти не пальпируется. 10/IV-57 г. больной скончался.

За все время наблюдения больной никогда не жаловался на боли в животе.

Диагноз лимфогранулематоза нами поставлен на основании высокой волнообразной температуры в течение длительного времени наблюдения (5 месяцев), ослабляющих потов, хорошего аппетита в первые месяцы заболевания, несмотря на наличие большого конгломерата в брюшной полости, спаянного с желудком, мезентериальными лимфоузлами и печенью и совершенно безболезненного при пальпации. Учитывали также нарастание резко выраженной гипохромной анемии, резко ускоренную РОЭ, лейкоцитоз, иногда лимфопению. Все это дало основание поставить правильный прижизненный диагноз лимфогранулематоза с преимущественным поражением желудка.

Патологоанатомический диагноз (областной прозектор — А. Ф. Протасова): Лимфогранулематоз с преимущественным поражением желудка — опухолевидная форма с обширным изъязвлением в области пилорического отдела. Множественное поражение лимфатических узлов по аорте, брыжейке, поджелудочной железе. Участок лимфогранулематоза в печени. Общая анемия. Кахексия. Отеки. Асцит. Двухсторонний гидроторакс. Слабовыраженный атеросклероз аорты и коронарных сосудов.

Диагноз подтвержден гистологически: в препаратах лимфатических узлов, желудка картина лимфогранулематоза в различных стадиях развития с участками распада, фиброза и гранулем. В печени картина межуточного отека, жировой дистрофии и лимфогранулематозного инфильтрата. В поджелудочной железе участки лимфогранулематоза. В селезенке изменений не обнаружено. В мышце сердца нерезко выраженный кардиосклероз. В почках явления отека клубочков.

Отсутствие жалоб на боли в течение длительного времени у больных с прощупываемыми «опухолями» в животе и безболезненностью при пальпации могут служить отличительными признаками лимфогранулематоза от рака, где боли при пальпируемой опухоли в запущенных случаях весьма часты. Это зависит, возможно, от различного характера распространения процесса при лимфогранулематозе и раке. Лимфогранулематоз, по-видимому, больше, чем рак, щадит нервные стволы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богославский А. Л. Клин. мед., 1957, 2. — 2. Бузни Н. А. Труды Одесского рентгено-онкологического института, 1934, в. 2. — 3. Вихерт А. М. и Гулина Л. А. Арх. патол., 1951, т. 13, в. 6. — 4. Кодолова И. М. Арх. патол., 1952, т. 14, в. 5. — 5. Козачук Ю. С. Врач. дело, 1956, 9. — 6. Лейзерсон Б. С. Клин. мед., 1950, 6—7. Лыткин М. И. Сов. мед., 1954, 2. — 8. Мельников А. В. Клиника предопухолевых заболеваний желудка. Медгиз, 1954. — 9. Юсуфджанов Х. И. Хирургия, 1954, 3.

Поступила 7 июля 1958 г.