

пертрофическая формы туберкулеза желудка. Отличить рентгенологически туберкулезную язву и стенозирование желудка туберкулезной этиологии от неспецифического язвенного процесса почти невозможно. При опухолевидной форме туберкулезного поражения желудка рентгенологическая картина сходна с таковой при злокачественных опухолях желудка. Даже на операционном столе не всегда удастся отличить туберкулезную инфильтрацию от раковой. Поэтому диагностика туберкулезного поражения желудка должна быть основана на тщательном обследовании больного всеми имеющимися в распоряжении клиники средствами, дополненными рентгенологическим методом. Особое внимание следует обращать на одновременное поражение легких. Сочетание всех методов исследования в значительной мере увеличивает шансы точной диагностики заболевания.

Нами была исследована больная М., 47 лет, поступившая в клинику с жалобами на боли в эпигастриальной области после приема пищи, чувство давления в области желудка, тошноту, рвоту, общую слабость, плохой аппетит. Давность заболевания 3 года. Больная бледна, лимфоузлы не увеличены. Пульс 72, АД 90/60. Общая кислотность желудочного сока — 6, свободная HCl — 0, связанная HCl — 0. Л. — 8500, э. — 4%, п. — 14%, с. — 68%, л. — 10%, м. — 4%, РОЭ — 50 мм/час. Билирубин крови по Бокальчуку — 0,6 мг%. Хлоиды крови — 585 мг%. Моча нормальна.

Рентгеноскопия: в верхних легочных полях справа и слева множество различной величины и плотности очаговых теней. Пищевод свободно проходит. Желудок содержит небольшое количество жидкости натошак. В области угла желудка по малой кривизне прослеживается обрыв складок и значительных размеров дефект наполнения с депо бария в центре до 2—3 см в диаметре. Наблюдается конвергенция складок к депо бария. Здесь же выпадение перистальтической волны, резкая болезненность и опухолевидное образование при пальпации за экраном. Заключение: бластома тела желудка с распадом, двухсторонний очаговый туберкулез легких.

При лапаротомии выявлен туберкулезный перитонит, весь кишечник покрыт туберкулезными бугорками; по малой кривизне желудка пальпируется значительных размеров опухолевидное образование туберкулезного характера. Произведена резекция желудка по Финстереру. В резецированном отделе значительных размеров туберкулезная язва.

М. выписана в удовлетворительном состоянии для лечения по месту жительства.

УДК 616.344—002

А. К. Горлов, кандидаты мед. наук И. М. Варшавский и М. Г. Шебуев (Куйбышев-обл.).
Тактика хирурга при болезни Крона

В 1923 г. Крон описал воспалительные изменения конечного отдела тонкой кишки как самостоятельное заболевание. С тех пор в литературе стали встречаться описания отдельных случаев этого страдания, получившего название терминального илеита, или болезни Крона.

Принимая во внимание определенную стадийность болезни Крона и неоднократно наблюдая «тяжи Лейна», описанные впервые в 1911 г., проф. А. М. Аминев высказал предположение о патогенетической связи этих двух заболеваний. Он считает, что «тяжи Лейна» являются исходом тех склеротических изменений, которые наступают после исчезновения воспалительных явлений в конечном отделе тонкой кишки.

Мы наблюдали 9 пациентов с болезнью Крона (5 мужчин и 4 женщины в возрасте от 35 до 67 лет). У 7 больных ранее была произведена аппендэктомия по поводу катарального аппендицита, однако полного выздоровления не наступило. Почти у всех больных боли локализовались вокруг пупка и в правой подвздошной области и носили постоянный характер, лишь у 2 они были приступообразными. У 6 больных была склонность к запорам. 5 чел. отмечали повышенное газообразование. У всех больных наблюдался субфебрилитет (до 37,5°) и значительная потеря веса тела (от 3 до 6,5 кг). Живот был незначительно, равномерно вздут (даже после очистительной клизмы). Нечеткое болезненное уплотнение в правой половине живота определялось у 4 больных.

Количество лейкоцитов в крови не превышало 9000, а лейкоцитарный индекс интоксикации Кальф-Калифа был в пределах нормы. При рентгенологическом исследовании у 4 больных было выявлено стойкое сужение участка подвздошной кишки, у остальных — увеличение диаметра кишечной трубки проксимальнее сужения.

Правильный диагноз до операции был установлен у 5 больных, в прошлом оперированных по поводу хронического аппендицита. У 2 больных предполагался острый аппендицит, у 1 — опухоль тонкой кишки и у 1 — острая кишечная непроходимость.

Тактика хирурга при болезни Крона зависит от того, диагностировано ли заболевание до операции или после вскрытия брюшной полости; от характера интраоперационных находок; от факта рецидивирования заболевания и тяжести клинических его проявлений.

Мы считаем, что лечение больных начальными формами болезни Крона, диагностированными до операции, должно быть консервативным (антибиотики, преимущественно стрептомицин, витамины, новокаиновые блокады, кортикостероиды, щадя-

щая диета). Эти больные подлежат диспансерному наблюдению. При установлении диагноза на операционном столе добавляют еще введение в брыжейку пораженного участка кишки новокаина со стрептомицином.

Если из анамнеза выясняется, что у больного часто бывают обострения и рецидивы заболевания, а интраоперационно это подтверждается (резкие деформации кишки, сужения, вызывающие явления непроходимости), то оправдана резекция измененных участков. В связи с аналогичными изменениями 2 нашим больным была произведена резекция измененного отдела тонкой кишки, однако уже через год наступил рецидив заболевания. Сложившаяся внутрибрюшная ситуация, выявленная при повторной операции, вынудила произвести резекцию илеоцекального угла, так как конечный отдел тонкой кишки был резко деформирован, изогнут, в обширный спаечный процесс была вовлечена слепая кишка. Все это значительно затрудняло прохождение кишечного содержимого и привело к частичной непроходимости.

Позднее, учитывая опыт предыдущих операций, мы выполнили резекцию илеоцекального угла 4 больным с аналогичной локализацией и клиническими проявлениями терминального илеита. У всех этих больных в дальнейшем, при наблюдении в течение 3 лет, рецидива заболевания не было.

УДК 616.62—006.81

Канд. мед. наук Б. И. Зак, К. Ю. Гулькевич (Московская область). Меланома уретры

Меланома уретры — заболевание крайне редкое. За 8 лет (1962—1969) в больнице находилось 103 больных с меланомами различных локализаций, из которых лишь у 2 (1,94%) было поражение уретры. За этот же период злокачественные опухоли уретры встретились у 21 больного.

Приводим наши наблюдения.

1. А., 43 лет, поступил 19/VIII 1968 г. в тяжелом состоянии с жалобами на боли в мочеиспускательном канале, тонкую струю мочи с примесью крови. Болен в течение года. В дистальной части уретры — плотный инфильтрат 3×1 см. Сосочковые разрастания свисают из наружного отверстия уретры. Регионарные паховые лимфатические узлы увеличены до 3 см в диаметре, плотные, неподвижные, спаяны с кожей. В левой половине живота плотный, неподвижный малоболлезненный инфильтрат 18×7 см. На инфузионных урограммах при сохранившейся функции почек отмечается отклонение левого мочеточника за счет увеличенных парааортальных лимфатических узлов.

Гистологическое исследование кусочков опухоли показало наличие меланомы.

2/IX 1968 г. у больного возникла острая задержка мочи. Произведена эпицистостомия.

В первом этапе комбинированного лечения больной получал сочетанную лучевую терапию: дистанционную гамматерапию на установке «Луч» с двух полей 8×13 см ежедневно (суммарная очаговая доза на уретру — 8000 рад, на каждую паховую область — по 6300 рад) и внутриполостную гамматерапию (суммарная доза — 2200 рад Со-60). В результате лечения значительно уменьшилась инфильтрация в дистальной части уретры (до $1,5 \times 1$ см) и величина паховых лимфатических узлов. В январе 1969 г. у больного были обнаружены метастазы опухоли в легких. Состояние больного прогрессивно ухудшалось. Стали определяться метастазы в печени, появился асцит, нарастала опухолевая интоксикация, кахексия. 11/VII 1969 г. больной скончался.

2. Б., 74 лет, поступила 23/VI 1970 г. с жалобами на кровянистые выделения из уретры, недержание мочи. В 1945 г. у больной была удалена матка с придатками по поводу фибромиомы, а в 1967 г. — полип уретры. В 1968 и 1969 гг. производились повторные электрокоагуляции по поводу рецидива полипа. В июле 1970 г. произведена клиновидная резекция уретры. Гистологическое исследование показало наличие меланомы.

При поступлении в отделение состояние больной удовлетворительное. Наружное отверстие уретры сужено, задняя стенка инфильтрирована и на ней определяются темно-синего цвета опухоли размерами $0,5 \times 0,3$ см в диаметре каждая. Регионарные паховые лимфатические узлы не пальпируются. При уретроскопии и цистоскопии патологии не обнаружено. Функция почек сохранена. При лимфоаденографии метастазы в регионарных лимфатических узлах не выявлены.

Проведена сочетанная лучевая терапия: близкофокусная рентгенотерапия на аппарате ТУР-60, тубус 6 (разовая доза на очаг 700 р, суммарная — 6000) и дистанционная гамматерапия на установке «Луч» полем 6×6 см по 200 рад на опухоль ежедневно (суммарная очаговая доза 3500 рад). В результате отмечено незначительное уменьшение размеров опухолей. От предложенной радикальной операции (полного удаления уретры) больная категорически отказалась. Осмотрена через 6 месяцев на амбулаторном приеме. Размеры и цвет пигментных опухолей такие же, как и при выписке. Регионарные паховые лимфатические узлы не пальпируются. От операции В. по-прежнему отказывается. Частично мочу не удерживает.