

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Доц. Н. И. ЛЮБИНА

Из кафедры хирургии и онкологии (зав. — проф. Ю. А. Ратнер) Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина

В настоящее время, судя по литературным данным, еще недостаточно уделяется внимания вопросу диагностике и лечения туберкулеза желудка и двенадцатиперстной кишки. Даже в классических руководствах по внутренним болезням (В. Ф. Зеленин, Э. М. Гельштейн, М. П. Кончаловский) этому вопросу посвящено несколько строк, в которых говорится о редкости туберкулезного поражения желудка, невозможности клинического распознавания и безуспешности лечения. По патологоанатомическим данным (И. В. Давыдовский), туберкулез желудка и двенадцатиперстной кишки встречается от 0,12% до 0,4% случаев на все число вскрытий и от 0,7 до 2,4% случаев на число вскрытий умерших от туберкулеза. По тем же данным, туберкулезное поражение желудка у детей и юношей встречается значительно чаще — до 4,2% случаев. М. Г. Зайцевым опубликовано (1950) 12 случаев туберкулеза желудка и двенадцатиперстной кишки у детей и подростков, которые автор наблюдал в хирургической клинике, руководимой А. Т. Лидским.

Туберкулез желудка и двенадцатиперстной кишки встречается обычно как вторичное заболевание в организме. Инфекция проникает в желудок, вероятно, так же, как и при всяком органном туберкулезе, а именно: гематогенно, лимфогенно и контактно. Какой путь наиболее частый, единого мнения по этому вопросу нет. Казалось, что контактный путь должен быть наиболее частым, так как больные туберкулезом легких заглатывают мокроту с бациллами, однако, клинические наблюдения показывают, что желудок представляет одну из редких локализаций туберкулезной инфекции. Сравнительно редкое поражение желудка контактным путем некоторые авторы (А. В. Мельников, А. П. Райз) объясняют наличием в желудке соляной кислоты, которая является неблагоприятной средой для жизнедеятельности туберкулезных бацилл. Это мнение не является общепризнанным. Р. А. Лурия считает, что для заражения желудка недостаточно только заглатывания мокроты. Необходимы еще predisposing моменты, к которым, в первую очередь, относятся повреждение слизистого покрова и нарушение нервнорефлекторной регуляции. Наиболее часто инфекция попадает в желудок лимфогенным путем. В пользу этого говорит то обстоятельство, что излюбленным местом поражения желудка является препилорическая и пилорическая часть желудка, богатая лимфоидной тканью.

Туберкулезная инфекция, попадая в желудок, может вызывать самые разнообразные патоморфологические изменения, начиная от образования бугорка, язвы, инфильтрата, склероза и рубцовых изме-

нений. В связи с наблюдаемыми патоморфологическими изменениями Я. Л. Леви предлагает различать следующие формы туберкулезного поражения: милиарную, воспалительную, которая может быть вызвана не самим микробом, а его токсинами, язвенную, гипертрофическую или опухолевидную. Эта классификация, основанная на патоморфологических изменениях, не дает представления о клинической картине и течении болезни. С практической точки зрения наиболее целесообразно, по нашему мнению, выделять следующие формы: 1) поражение желудка при остром милиарном туберкулезе или генерализации процесса, где туберкулез желудка является частным проявлением общего тяжелого заболевания и 2) хронический туберкулез желудка и двенадцатиперстной кишки при отсутствии выраженных туберкулезных изменений в других органах. Именно последняя форма поражения и привлекает внимание клиницистов.

Сравнительная редкость изолированного поражения туберкулезным процессом желудка и двенадцатиперстной кишки, тяжесть страдания, трудность диагностики, а также недостаточное количество наблюдений за отдаленными результатами хирургического лечения побуждают нас поделиться своими наблюдениями. В клинике хирургии и онкологии ГИЦУВа за период 1938—1950 гг. 9 человек лечились по поводу туберкулеза желудка и двенадцатиперстной кишки. Из них было трое мужчин и шесть женщин. По возрасту они распределялись следующим образом: от 10 до 15 лет—3 человека, от 16 до 20 лет—2; от 31 до 40—3 и в 50 лет—1. Следовательно, и на нашем материале, больше половины больных относились к детскому и юношескому возрасту. Кроме основного заболевания, то есть туберкулеза желудка и двенадцатиперстной кишки, у 6 больных отмечалось увеличение лимфатических узлов шеи, перибронхиальных и подмышечных. Из них у 2 больных были множественные рубцы на шее после казеозного распада лимфатических узлов и у 1 больной—рубцы в области шеи и подмышечной. У 2 больных при рентгеноскопии органов грудной клетки был обнаружен хронический фиброзноочаговый процесс в легких. Эти больные никогда не лечились по поводу туберкулеза легких и до заболевания желудка считали себя здоровыми.

Течение болезни у всех наших больных было длительным. С момента появления симптомов со стороны желудка и до поступления в клинику у 5 больных прошло более 3 лет, у 3 больных—свыше 2 лет и у одного больного—больше года. Большинство из них длительно и повторно лечилось в терапевтических отделениях и санаториях. При поступлении в нашу клинику 6 больных, несмотря на сохранившийся аппетит, были крайне истощены и обезвожены, вялые и апатичны. У детей отмечалось отставание в физическом развитии. Постоянными симптомами у них были тупые боли в подложечной области, усиливающиеся после еды, чувство тяжести, отрыжка, тошнота и рвота, иногда многократная в течение дня. Жидкий стул по несколько раз в день отмечался у 3 больных, у 1 больной были длительные запоры и симптомы относительной кишечной непроходимости. Температура только у 3 больных была нормальной, у остальных она была субфебрильной, а у 1 больной доходила до 38,5°. Что касается картины крови, то у всех 9 больных отмечалась повышенная РОЭ (от 20 до 60 мм в час), в 3 случаях—понижение гемоглобина до 55%. Особых сдвигов в лейкоформуле не было. Анализ желудочного сока показал в 7 случаях понижение как общей, так и свободной соляной кислоты. При микроскопическом исследовании желудочного сока в 6 случаях обнаружены в

большом количестве сарцины, крахмальные зерна. Рентгенологическое обследование проведено у всех 9 больных. У 1 больного обнаружена язва в препилорическом отделе по малой кривизне, у 1 больной — дефект заполнения в антральном отделе желудка по большой кривизне и в 7 случаях — картина стеноза привратника, с резко нарушенной моторной функцией.

Таким образом, течение болезни, клинические симптомы, а также данные лабораторного и рентгеновского методов исследования у большинства наших больных ничем не отличались от обычной язвенной болезни, осложненной стенозом, у 1 больной выявилась характерная картина опухоли желудка (пальпируется опухоль, дефект заполнения желудка). Поэтому этиологический диагноз нами не был поставлен ни у одного больного. Наличие туберкулезного поражения в других органах не давало права с уверенностью диагностировать такого же характера поражение желудка, так как в хирургической практике нередко туберкулезное поражение других органов сочетается с язвой или раком желудка.

Наши наблюдения показывают, что туберкулез желудка и двенадцатиперстной кишки не имеет специфических симптомов и по своему течению напоминает либо язвенную болезнь, либо рак желудка. Рентгенологический метод исследования не дает достаточно убедительных данных для точного и уверенного этиологического диагноза. Но такие признаки, как длительное течение болезни при рентгенологически диагностируемой „опухоли“ желудка, резкое расширение двенадцатиперстной кишки, составляющее как бы непосредственное продолжение желудка, — в сочетании с другими методами исследования в ряде случаев могут навести на мысль о наличии туберкулезного процесса в желудке. Цитологический метод диагностики, получивший широкое распространение для распознавания рака легкого, желудка и других локализаций опухолей, должен найти применение в целях диагностики и туберкулеза желудка.

Наблюдаемые нами 9 больных были подвергнуты оперативному вмешательству. Показанием к операции у 7 больных служила пилородуоденальная непроходимость, у 1 больной клинически и рентгенологически диагностируемая опухоль (рак) желудка и у 1 больного — язва антрального отдела желудка. Во всех 9 случаях этиологический диагноз не был распознан не только клинически, но и в момент операции. Больной с диагнозом рака желудка была произведена комбинированная резекция желудка и поперечно-ободочной кишки. При гистологическом исследовании в стенке желудка и кишки обнаружены туберкулезные очаги с некрозом и гигантскими клетками.

5 больным произведена резекция желудка и 3 больным наложен задний гастроэнтероанастомоз. Последние 3 больных были в возрасте 10, 11, 14 лет. При лапаротомии у них обнаружены плотные опухолевые инфильтраты в области привратника и двенадцатиперстной кишки с резко выраженным стенозом и поражением регионарных лимфоузлов. В этих случаях истинный характер заболевания трудно было определить даже во время операции. Диагноз туберкулеза был поставлен на основании гистологического исследования лимфоузлов, взятых во время операции.

Из 9 оперированных больных одна умерла на 8 день после операции — комбинированной резекции желудка и поперечно-ободочной кишки. При патологоанатомическом вскрытии было обнаружено казеозное перерождение лимфоузлов средостения, спайки плевры слева, разлитой перитонит. Остальные 8 больных операцию перенесли хо-

рошо. Послеоперационный период у них протекал без осложнений и не отличался от послеоперационного периода больных, оперированных по поводу язвенной болезни или рака. Всем больным производилось переливание крови как в момент операции, так и в первые дни после нее. После переливания крови обострения туберкулеза и других осложнений не наблюдалось. Специфическое противотуберкулезное лечение (стрептомицин) больным в послеоперационном периоде не проводилось по следующим причинам: часть больных оперирована была в те годы (1938 — 1941), когда антибиотики еще не применялись, остальные выписывались из клиники домой раньше, чем был известен окончательный диагностический гистологический исследования. Несмотря на тяжесть страдания и резкое истощение, большинство наблюдаемых нами больных после операции довольно быстро прибывало в весе, становились жизнерадостными и выписывалось домой в сроки от 18 до 24 дней. В качестве примера приводим данные следующего наблюдения:

Больная С., 17 лет (история болезни № 394), поступила в клинику 23/VI 1948 г. по поводу постоянных болей в подложечной области, чувства тяжести, отрыжки, ежедневной многократной рвоты, болей и припухлости в суставах, высокой температуры — до 38°. Больной считала себя с детства. Неоднократно лечилась в больницах и санатории по поводу бронхоаденита и туберкулеза шейных желез. Желудочные симптомы появились около 3 лет назад. За последние 8 месяцев стали беспокоить рвота и боли в суставах.

Объективно: физическое развитие не соответствует возрасту. Резкое истощение. Больная вялая, апатична. На шее рубцы, спаянные с подлежащими тканями. Голенистоопные и лучезапястные суставы увеличены в объеме, болезненны.

Желудочный сок: общая НСІ — 52, свободная НСІ — 38. При микроскопическом исследовании осадка — много лейкоцитов, сарцин, зерен крахмала. Анализ крови: РОЭ — 62 мм/час, гемоглобин — 55%, эритроцитов — 2 950 000, п. — 12%, с. — 58, э. — 2%, м. — 8%, л. — 20%. При рентгеноскопии органов грудной клетки и желудка обнаружены вблизи корней обоих легких множественные очаги Гона. Желудок резко растянут, — нижний полюс его расположен в малом тазу. Эвакуация контрастной массы из желудка не наступила в течение 12 часов. Клинико-рентгенологический диагноз: органический стеноз привратника.

В данном случае, учитывая длительное страдание больной туберкулезным лимфаденитом, по поводу которого она лечилась в туберкулезном санатории, мы предполагали о возможности туберкулезного процесса в желудке или в двенадцатиперстной кишке. Несмотря на крайне тяжелое состояние больной, высокую температуру и полиартрит, учитывая резко выраженную непроходимость желудка, больной была произведена операция — электрохирургическая резекция желудка под местной анестезией. При операции обнаружена язва двенадцатиперстной кишки, с пенетрацией в головку поджелудочной железы. При гистологическом исследовании найдены туберкулезные очаги с некрозом грануляционной ткани и скоплением эпителиальных клеток в подслизистом и мышечном слоях стенки двенадцатиперстной кишки.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Уже в первые его дни температура снизилась с 38,5 до 37,3°. Боли и припухлость в суставах уменьшались, а через 3 недели совсем исчезли; больная прибыла в весе (на 4 кг), стала жизнерадостной. Срок наблюдения после операции — 7 лет. Чувствует себя хорошо, учится в институте.

Отдаленные результаты хирургического лечения нам удалось проследить еще у 6 больных. 3 больных после операции резекции желудка находились под наблюдением от 3 до 5 лет. За это время они чувствовали себя вполне удовлетворительно. Остальные 3 больных (возраст — 10, 11, 14 лет), перенесшие операцию гастроэнтероанастомоза, наблюдались нами в течение 1 — 2 лет. Состояние их оставалось удовлетворительным. Они развивались нормально и продолжали заниматься в школе.

Методом выбора оперативного вмешательства при туберкулезе желудка и двенадцатиперстной кишки большинство авторов (А. В. Мельников, М. Г. Зайцев) считают резекцию желудка. Однако, как мы могли убедиться, она не всегда бывает выполнима из-за

обширной инфильтрации и массивных рубцовых изменений, которые часто сопровождают туберкулезный процесс. Операция наложения гастроэнтероанастомоза в этих случаях дает удовлетворительные результаты.

Анализ наших немногочисленных наблюдений дает основание сделать некоторые выводы:

1. По клинической картине, течению, осложнениям туберкулез желудка и двенадцатиперстной кишки имеет большое сходство с язвенной болезнью или злокачественным новообразованием.

2. Распознавание этого заболевания и до сего времени представляет большие трудности.

3. При безуспешности терапевтического лечения и при наступивших осложнениях (стеноз, перфорация, пенетрация) показано оперативное вмешательство.

4. Методом выбора операции является резекция желудка под местной анестезией.

5. Результаты операции могут быть хорошими при своевременном оперативном лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Я. Л. Леви. Туберкулез желудка и двенадцатиперстной кишки. Советская хирургия, № 6, 1934.

2. Р. А. Лурья. Болезни пищевода и желудка. Медгиз, 1941.

3. М. Г. Зайцев. Туберкулез желудка и двенадцатиперстной кишки в детском и юношеском возрасте. Хирургия, № 7, 1950.

4. А. В. Мельников. Клиника предопухолевых заболеваний желудка. Медгиз, 1954.

5. М. О. Махачев. О хирургическом лечении туберкулеза желудочно-кишечного тракта. Хирургия, № 5, 1956.

6. А. Я. Попов и Е. М. Пташкин а. Туберкулезное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки. Вестник рентгенологии и радиологии, т. XV, вып. 3, 1935.

7. А. П. Райз. О дуоденальном стенозе туберкулезного происхождения. Вестник хирургии, т. 6, № 3, 1940.

8. И. В. Давыдовский. Патологическая анатомия и патогенез болезней человека. Медгиз, 1938.

Поступила 10 июня 1957 г.