

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ УШИВАНИЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ю. О. Фурман

1 хирургическое отделение (зав.—Ю. О. Фурман) 1 городской больницы
Нижнего Тагила (главврач—Н. А. Фарберов)

Почти все хирурги согласны с тем, что при прободении язвы желудка и двенадцатиперстной кишки необходима экстренная операция, причем производят или ушивание перфоративного отверстия, или первичную резекцию желудка.

С. И. Спасокукоцкий, С. С. Юдин, И. Г. Кочергин, Б. А. Петров, А. Т. Лидский, Б. С. Розанов и др. считают, что операцией выбора при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки является первичная резекция желудка. Б. В. Петровский, В. И. Стручков, И. Г. Руфанов, А. В. Мельников, А. П. Баженова, И. С. Кузнецов и многие другие предпочитают ушивать перфоративную язву.

Мы провели анализ отдаленных результатов у перенесших операцию ушивания прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки в нашей больнице за 12 лет (с 1948 г. по 1960 г.).

За это время сделано 134 операции ушивания язв. Мужчин было 127, женщин—7. После операции умерло 3 пациента (2,2%), двое от перитонита и один—от эндокардита, которым болел до оперативного вмешательства.

В возрасте до 20 лет было 10 больных, от 21 до 40 лет—87, от 41 до 50 лет—31.

Сроки поступления больных в стационар от момента перфорации и сроки оперативного вмешательства указаны в таблице 1.

Таблица 1

Сроки	Число больных, достав- ленных с момента за- болевания		Число оперированных с момента поступления	
до 1 часа	14	10,5%	66	49,2%
от 1 до 2 час.	38	28,5%	37	27,6%
от 2 до 3 час.	18	13,3%	10	7,5%
от 3 до 4 час.	18	13,3%	9	6,8%
от 4 до 5 час.	14	10,5%	1	0,7%
от 5 до 6 час.	9	6,8%	2	1,5%
от 6 до 12 час.	17	12,7%	6	4,5%
от 12 до 24 час.	6	4,5%	3	2,2%

Больные поступали в приемный покой с самыми различными диагнозами.

Правильный диагноз был поставлен только у 47,7% больных (по И. И. Неймарку—в 52,2%). У 89 больных язва локализовалась в желудке и у 45—в двенадцатиперстной кишке. Нам удалось выяснить отдаленные результаты у 104 больных (77,7%). Эти результаты мы разделили на хорошие, удовлетворительные и плохие.

Хорошие результаты—пациенты практически здоровы, не соблюдают диеты.

Удовлетворительные результаты—остались лишь легкие диспепсические явления, больные периодически соблюдают диету. Язв у этих больных рентгенологически не обнаружено.

Плохие результаты—остался язвенный процесс со всеми объективными (рентгенологически) и субъективными явлениями.

Более половины перфоративных язв—58 (55,7%) было у больных до 30-летнего возраста. В этой группе значительно больше хороших и удовлетворительных отдаленных результатов (39), чем в остальных возрастных группах. Из 58 больных в возрасте до 30 лет у 22 были немые язвы. Из них практически здоровыми оказалось 19, удовлетворительные результаты получены у 2, только у одного рентгенологически язва обнаружена.

Из 46 пациентов старше 30 лет у 24 отдаленные результаты оказались плохими. Немые язвы оказались всего лишь у 6, из них у 3 хорошие отдаленные результаты. У 18 пациентов во время операции обнаружены каллезные язвы.

Из 43 больных, у которых установлены плохие отдаленные результаты, 9 сделана резекция желудка (через 2 года после перфорации—1, через 4 года—1, через 5 лет—2, через 8 лет—4, через 9 лет—1). 8 больных после резекции желудка чувствуют себя хорошо. Один страдает болезнью резецированного желудка—печеночно-поджелудочным синдромом.

ВЫВОД

У молодых лиц, особенно с немими язвами, вполне оправдано ушивание перфоративного отверстия, у пациентов с длительным язвенным анамнезом и каллезными язвами при перфорации следует прибегать к первичной резекции желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баженова А. П. Хирургия, 1953, 7. — 2. Березов Е. Л. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. Горький, 1950. — 3. Кочергин И. Г. В кн.: Клинические очерки оперативной хирургии, М., 1952. — 4. Лидский А. Т., Норенберг Черквиани А. Е. Хирургия, 1953, 7. — 5. Мельников А. В. Вестн. хир., 1954, 2. — 6. Неймарк И. И. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Л., 1958. — 7. Розанов Б. С. Хирургия, 1953, 7. — 8. Стручков В. И. Хирургия, 1953, 7. — 9. Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии, М., 1955; Хирургия, 1938, 6.

Поступила 15 февраля 1962 г.

ЭОЗИНОФИЛЬНАЯ ГРАНУЛЕМА ЖЕЛУДКА

П. С. Гуревич, М. Л. Генкин, Н. К. Земсков

Ульяновская областная больница (главрач — А. П. Иванов)

Эозинофильная гранулема, или болезнь Таратынова, впервые описанная в 1913 г. в «Казанском медицинском журнале», является сравнительно редким заболеванием. К настоящему времени опубликовано более 200 случаев, в том числе — около 60 наблюдений эозинофильной гранулемы желудка.

Этиология этого заболевания не ясна. Возраст больных — около 40—60 лет, мужчины и женщины болеют одинаково часто. В желудке эозинофильная гранулема располагается обычно в пилорическом или препилорическом отделе в виде узла диаметром до 2,5 см, исходящего из подслизистой. Слизистая над ним иногда изъязвлена. Иногда гранулема располагается в крае каллезной язвы (С. А. Калашников).

Больные жалуются на боли в эпигастральной области, повторные рвоты, слюнотечение, похудание. При рентгеновском исследовании выявляется дефект наполнения или, реже, ниша. В крови нередко эозинофилия (иногда до 30%). Исследование желудочного сока выявляет ахилию, но возможна и нормальная кислотность. Приводим наши наблюдения.

И. С., 37 лет, около двух лет тому назад появились боли в подложечной области, тошнота, несколько уменьшившиеся после амбулаторного лечения. 3 месяца тому назад наступило значительное ухудшение. Резко усилились боли, рвота стала ежедневной, за 3 недели больная потеряла в весе 12 кг. При рентгеноскопии обнаружена «ниша» в средней трети желудка. Лечение пентамином и гексонием дало улучшение, «ниша» при рентгеноскопии не определялась. Через 2 недели состояние вновь ухудшилось, и больная поступила в хирургическое отделение.

Состояние удовлетворительное, бледна, значительно истощена. Живот правильной конфигурации, симметричен, болезнен при пальпации в эпигастрии справа. При повторной рентгеноскопии желудка обнаружена по малой кривизне «ниша» размером $0,6 \times 0,8$ см.

Общая кислотность — 50, свободная HCl — 20. Гем. — 52 ед., лейкоформула без особенностей (эозинофилов 1%), РОЭ — 15 мм/час. Реакция на скрытую кровь в кале резко положительна.

Была произведена резекция желудка. Послеоперационный диагноз — полип желудка. Послеоперационное течение гладкое.

Исследование резецированной части желудка: слизистая розового цвета, с несколько утолщенными складками; в подслизистой образование размером $2 \times 3,3$ см, состоящее из бледно-серой эластичной ткани однородного строения, с довольно четкими границами; это образование высотой 0,7 см на широкой ножке выступает в виде полипа над поверхностью слизистой, которая вокруг него образует небольшой валик, сам вырост слизистой оболочки не покрыт. Микроскопически — нежная компактная грануляционная ткань, сплошь инфильтрированная эозинофилами, кое-где видны небольшие скопления лимфоцитов; в мышечной и слизистой оболочках также имеются скопления эозинофилов, но грануляционной ткани нет. Гистологический диагноз: эозинофильная гранулема (подтвержден проф. Г. Г. Непряхиным).

Проведено рентгеновское исследование скелета (череп, грудной клетки, верхних и нижних конечностей) — патологических изменений не обнаружено. RW, повторно