

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 Гартынова, 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 оболочкой 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

положительна не только у больной, но и у ее мужа, после соответствующего лечения отрицательна.

И. Б., 24 лет, страдает язвенной болезнью желудка свыше 5 лет, лечился амбулаторно, длительно — в больнице, но без успеха. Неделю назад боли усилились, отмечал необильную кровавую рвоту и темный стул.

В хирургическом отделении областной больницы при рентгеноскопии обнаружены язва двенадцатиперстной кишки, гастродуоденит.

Общая кислотность — 80, свободная HCl — 40. Анализ крови без особенностей (эозинофилов 2%), RW отрицательна.

Во время операции обнаружен звездчатый рубец в области привратника. Произведена резекция желудка.

Исследование резецированной части желудка — складки утолщены, грубые, на малой кривизне язва диаметром 0,7 см. Микроскопически в дне язвы видна нежная грануляционная ткань, обильно инфильтрированная эозинофилами. Границы ее нечетки, она простирается довольно далеко за края язвы.

Второе наше наблюдение позволяет предполагать следующее возможное происхождение эозинофильной гранулемы желудка. По-видимому, есть связь между эозинофильными грануляциями в дне язвы и эозинофильной гранулемой, и последняя в желудке — проявление своеобразного воспаления (Н. М. Смирнов), отражая местные, очевидно — аллергические процессы.

Поступила 17 октября 1961 г.

ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДКА И ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФАДЕНОЗЕ

Э. С. Койфман

1-я кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф. М. Х. Файзуллин)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и городской онкологический диспансер
(главврач — И. Б. Нагимов)

Поражения желудочно-кишечного тракта при лимфаденозах хотя и редко, но встречаются.

Приводим наше наблюдение.

Б., 48 лет, обратилась в городской онкологический диспансер с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, чувство тяжести в животе. Считает себя больной с 1959 г.

Телосложение правильное. Упитанность понижена. Кожа и видимые слизистые бледные. Пальпируются лимфатические узлы: шейные, подчелюстные, подмышечные, паховые и внутрибрюшные. Перкуторный звук в легких не изменен, дыхание везикулярное, справа под углом лопатки — жестковатое.

Гем. — 62%, Э. — 4 000 000, Л. — 12 000, п. — 3%, с. — 17%, л. — 72,5%, м. — 5,5%, э. — 1%, миел. — 1%. Анизоцитоз, пойкилоцитоз, РОЭ — 23 мм/час.

Гистологическое исследование биопсированного лимфатического узла показало гиперплазию лимфаденоидной ткани.

Костный мозг: л. — 69,5%, лимфобл. — 8%; нейтроф. — 14,5%; э. — 1%; плазм. кл. — 0,5%.

Рентгеноскопия. В верхушке левого легкого единичные обызвествленные туберкулезные очаги. Корни легких расширены с полициклическими контурами за счет увеличенных бронхопальмональных лимфатических узлов.

После первого же глотка бариевой взвеси на всем протяжении желудка выявляются множественные неподвижные полипообразные дефекты наполнения. Продольные складки слизистой полностью отсутствуют. Газовый пузырь желудка очень малых размеров, имеет фестончатый внутренний контур. Желудок эктазирован. Прослеживается неглубокая перистальтика, эвакуация ускорена. Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована, имеет фестончатые контуры. Петля двенадцатиперстной кишки — без изменений.

Был поставлен диагноз: хронический лимфаденоз (генерализованная форма) с поражением периферических лимфоузлов, средостения, забрюшинных, брыжеечных с лимфоидной метаплазией костного мозга и разрастанием лимфоидной ткани слизистой желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки.

Было проведено лечение дегранолом, преднизолоном, что способствовало улучшению общего состояния.

Рентгенологическая картина не изменилась.

Поступила 17 октября 1962 г.