

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 бронхоплевональных 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.