

ПЕРФОРАЦИЯ И ПРОФУЗНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ КАК ОСЛОЖНЕНИЯ МАЛИГНИЗИРОВАННОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА

Е. П. Сведенцов

Кировский областной онкологический диспансер (главврач — А. А. Батухтина)

До настоящего времени не ясен вопрос, как часто при малигнизированных язвах желудка возникает перфорация или профузное кровотечение.

Так, по патологоанатомическим данным Ф. И. Пожариского, на 58 наблюдений малигнизированных язв желудка встретились 9 прободений и 6 смертельных желудочных кровотечений. А. А. Дикштейн сообщает о 3 прободениях и 1 смертельном кровотечении из 7 случаев раковоперерожденных язв желудка.

По клиническим данным, эти осложнения встретились в меньшем количестве. А. С. Федорев среди 70 больных раком, развившимся из язв желудка, наблюдал одного с прободением и 5 с желудочным кровотечением, а А. В. Джорбенадзе и А. В. Телиа на 11 больных малигнизированными язвами желудка имели одного с прободением и одного с профузным кровотечением.

Большинство же авторов сообщает об отдельных случаях перфораций малигнизированной язвы желудка: (14), (23), (4), (9, 10), (15), (24), (25), (23), или о профузном кровотечении на почве ее: (7), (21), (5), (11), (17).

За одиннадцатилетний период работы Кировского обонкодиспансера (1949—1959) через его стационар прошло 43 больных малигнизированными язвами желудка, из которых у 22 перерождение в рак язв желудка доказано гистологически и у 21 раку желудка предшествовала язвенная болезнь (по данным анамнеза, рентгеноскопии желудка и предшествующих операций — гастроэнтеростомии или ушивания прободений). Из 43 больных с раковоперерожденными язвами желудка у 6 было прободение и 8 — профузное кровотечение.

Из этих больных мужчин было 12, женщин 2. У обеих женщин было прободение малигнизированной язвы желудка. Осложненные раковоперерожденные язвы локализовались у наших больных преимущественно на малой кривизне выходного отдела и нижней трети тела желудка. Самому молодому было 39 лет, а старшему — 61 год. Средняя длительность болезни (от начала заболевания до осложнения) составила 8 лет. Самый короткий анамнез — 2 года, наиболее длинный — 25 лет. Таким образом, при прободении или профузном кровотечении у больных с язвенным анамнезом в возрасте от 40 до 60 лет следует предполагать и малигнизацию язвы желудка, даже при отсутствии таких известных клинических признаков малигнизации язвы как нарастание болей в эпигастрии, нарушение их периодичности, снижение аппетита, похудание, падение содержания свободной соляной кислоты в желудочном соке.

У 12 наших больных малигнизация язв желудка была распознана. У двух больных в районных больницах была допущена ошибка на операционном столе: в момент ушивания прободной язвы желудка не определена ее малигнизация. Впоследствии эти больные находились на стационарном лечении в онкодиспансере, где был установлен запущенный рак желудка.

В тех случаях, когда анамнез и объективные данные, в том числе осмотр и пальпация прободной язвы желудка, не позволяют установить раковое перерождение язвы, очевидно, следует произвести, как это рекомендуют А. В. Смирнов, И. С. Анищенко и Г. Л. Ратнер, Кеннеди, биопсию края прободного отверстия желудка при его ушивании. Биопсию следует делать из самого плотного края прободного отверстия желудка.

Из наших 43 больных 24 произведена резекция желудка. Двум из них предшествовало ушивание прободной язвы желудка, малигнизация которых была не распознана.

Одно из этих наблюдений приводим ниже.

Б., 55 лет, поступила в Кировский облонкодиспансер 5/VIII-59 г. Два года отмечала боли в эпигастрии, изжогу, отрыжку, периодически рвоту. В июле 1958 г. в областной больнице при рентгеноскопии обнаружили язву желудка, по поводу которой б-ная лечилась в 5-й горбольнице. Почувствовала улучшение. Зимой сильных болей не ощущала. С мая 1959 г. состояние ухудшилось, появились отрыжки, изжоги, частая рвота, стала худеть. 15/VII-59 г. решила обратиться вновь в амбулаторию, но дорогой почувствовала чрезвычайные сильные боли в животе. Скорой помощью доставлена в горбольницу № 5, где было диагностировано прободение язвы желудка, и спустя 2 часа больная была оперирована. Во время операции на малой кривизне желудка обнаружена большая язва, в диаметре не менее 5 см, с плотными краями, в центре ее перфоративное отверстие — $1,5 \times 1$ см. Последнее ушито шелком и прикрыто салником на ножке. У оператора возникло подозрение на злокачественное перерождение язвы желудка. После снятия швов и восстановления сил больная переведена в облонкодиспансер с диагнозом: состояние после ушивания перфоративной язвы желудка, подозрительной на раковоперерожденную.

Больная среднего роста, правильного телосложения, пониженной упитанности. Дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, несколько приглушены, акцент II тона на аорте. Пульс — 60, ритмичный, удовлетворительного наполнения, хорошего напряжения. АД — 150/90. Язык чист. Живот правильной конфигурации, в дыхании участвует, мягкий. По средней линии живота от мечевидного отростка до пупка свежий послеоперационный рубец, эластичный, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Hb — 72%, Э. — 4 020 000, ц. п. — 0,9, Л. — 3600, э. — 5%, п. — 1%, с. — 45%, л. — 43%, м. — 6%, РОЭ — 11 мм/час.

Моча без отклонений от нормы. Реакция Грегерсена положительная.

Анализ желудочного сока: на 35 минуте от начала исследования — общая кислотность — 60, свободная соляная кислота — 42.

Рентгеноскопия. Желудок формы крючка. В антральном отделе, ближе к малой кривизне, дефект наполнения с нечеткими контурами, размером 4×3 см. Складки слизистой здесь не прослеживаются. Перистальтика глубокая, в указанном отделе проходит только по большой кривизне. Привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки не изменена. Эвакуация своевременная. Заключение: инфильтрация стенки желудка в антральном отделе, возможно опухолевого происхождения (Б. П. Платонов).

19/VIII-59 г. б-ной произведена резекция $3/4$ желудка (Е. П. Сведенцов). Послеоперационный период протекал без осложнений. 2/IX-59 г. б-ная выписана.

Патологоанатомическое исследование препарата. На границе антрального отдела и нижней трети тела желудка со стороны малой кривизны опухолевидное образование $4 \times 4,5$ см; поперечно по отношению к длинной оси желудка по центру опухоли проходит щелевидная борозда. На разрезе видны шелковые нити и утолщения краев ушитой прободной язвы желудка, края ее хрящевидной консистенции. Микроскопически (К. А. Зуев): хроническая язва желудка с участком ракового перерождения.

Из 8 больных с кровотечением из раковоперерожденной язвы желудка у 6 оно было легким (первой степени, по классификации Е. Л. Березова(2), и у 2 — тяжелым, смертельным (третьей степени).

Содержание Hb у 5 больных в момент и после желудочного кровотоечения колебалось от 22 до 82%, а в среднем составляло 48,8%. Профузное желудочное кровотоечение проявлялось у 3 больных рвотой кровью и меленой, у 3 больных — меленой и у двух — рвотой цвета «кофейной гущи». В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Б-ной Л., 53 лет, поступил в Кировский облонкодиспансер 5/XI-58 г. с жалобами на постоянные боли ноющего характера в подложечной области, усиливающиеся после приема грубой пищи, периодические кислые отрыжки, резкую общую слабость.

Больным себя считает около 10 лет, когда начал отмечать периодически появляющиеся боли в подложечной области, особенно в осенне-весеннее время. Впервые при рентгеновском исследовании в 1948 г. была определена язва желудка. Лечился и до 1951 г. чувствовал себя хорошо. В 1951 г. был на стационарном лечении в областной больнице по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, где делали подсадку ткани по Румянцеву. После этого до июня 1958 г. чувствовал себя удовлетворительно; ежегодно проходил контрольные рентгеноскопии желудка. С июня 1958 г. боли усиливаются после приема грубой пищи, с сентября 1958 г. становятся постоянными. 7/X 1958 г. у б-ного возникла рвота кровью, был госпитализирован. Кровавая рвота держалась трое суток, неделю был дегтеобразный стул. После гемостатической терапии рвота прекратилась, но боли в эпигастрии остались. 30/X-58 г. после рентгеноскопии высказано подозрение на малигнизацию язвы желудка.

Произведено (Т. И. Красных) наложение переднего гастроэнтероанастомоза с

дополнительным брауновским соустьем. 23/XI-58 г. больной выписан. Спустя 7 месяцев умер. Желудочное кровотечение не повторялось.

У больных профузным кровотечением радикальные операции нередко оказывались невыполнимыми в силу запущенности ракового процесса.

Характерной чертой клинического течения малигнизированной язвы желудка, осложненной профузной геморрагией, у наших больных был симптом умеренных постоянных болей в эпигастрии до, во время кровотечения и после его остановки. Этот симптом, как известно, не наблюдается у больных с кровоточащей хронической язвой желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анищенко И. С., Ратнер Г. Л. Сов. мед., 1959, 7. — 2. Березов Е. Л. Сб. научн. раб. Астраханского филиала Центр. ин-та гемат. и перел. крови, М.—Л. 1937. — 3. Он же и Симанович А. Н. Хирургия, 1951, 12. — 4. Бочаров А. А. В. кн.: *Анналы института Склифосовского*, М., 1942. — 5. Гейнац С. В. В кн.: *Некоторые проблемы клинической хирургии*. Л., 1953. — 6. Джорбенадзе А. В. и Телиа А. В. В кн.: *Клиника и лечение заболеваний желудка*, 1956, Орджоникидзе. — 7. Дикштейн А. А. *Арх. пат. анат. и пат. физиол.*, 1935, 3. — 8. Дикштейн А. А. *Нов. хир. арх.*, 1939, 1. — 9. Епифанов Н. С. Повторные операции на желудке при язвенной болезни по материалам Кировской областной больницы. Канд. дисс., 1954, Горький. — 10. Он же. *Вопр. онкологии*, 1958, 3. — 11. Зайцев М. Г. *Тр. госп. хир. клин.*, 1948, Свердловск. — 12. Пастухова Л. К. *Тр. Смол. мед. ин-та*, 1955, 5. — 13. Пожариский Ф. И. *Вопр. онкол.* 1929, 3. — 14. Поль З. В. *Рус. врач.*, 1917, 12. — 15. Самсонов В. А. *Клин. мед.*, 1958, 4. — 16. Сведенцов Е. П. *Казанский мед. журн.*, 1958, 3. — 17. Серебрякова А. Г. *Клин. мел.*, 1954, 3. — 18. Смирнов А. В. *Нов. хир. арх.*, 1938, 1—3. — 19. Суторихина С. А. Кровоточащие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и их лечение. Канд. дисс., 1952, Свердловск. — 20. Федореев А. С. *Рак желудка из язвы*. Медгиз, 1948. — 31. Халфен Ш. С. *Клин. мед.*, 1940, 12. — 22. Юдин С. С. *Хирургия*, 1938, 6. — 23. Bellavia A. *Arch. ital. Mal. Appar. diger.*, 1952, 18. — 24. Distefano G. *Boll. Soc. med. chir. Catania*, 1939, 7. — 25. Doll R. *Brit. Med. Journ.*, 1950, 4647. — 26. Kennedy T. L. *Brit. Med. Journ.*, 1951, Dec. 22. — 27. Novak E. *Zbl. Chir.*, 1951, 76.

Поступила 10 августа 1960 г.

ЛЕЧЕНИЕ АТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ТУГОЙ ТАМПОНАДОЙ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА¹

Асс. К. М. Семаков

Филиал (Орджоникидзевский роддом — главврач М. С. Балаганова)
акушерско-гинекологической клиники (и. о. зав. — доц. В. И. Давыдов)
Свердловского медицинского института

Атонические кровотечения являются грозным осложнением родов. Материнская смертность от этого осложнения до сих пор занимает одно из первых мест.

Метод тугой тампонады матки и влагалища при атонических кровотечениях одними акушерами (И. И. Яковлев и др.) отвергается, другими (П. В. Маненков и др.) считается вполне приемлемым в подходящих случаях. Мы этот метод применяли успешно много лет, затем оставили его и вновь возвратились к нему в 1955 г. В данном сообщении мы будем говорить только о результатах применения этого метода в 1955—59 гг. За это время у нас прошло 12 003 родов. В 1610 (13,4%) случаях было атоническое кровотечение. Тугая тампонада матки и влагалища применена нами только в 51 (3,16%) случае после последова-

¹ Доложено на годичной сессии Свердловского медицинского института 18/III-59 г.