

СЛУЧАЙ ИЗОЛИРОВАННОГО ЯЗВЕННОГО ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ЖЕЛУДКА

Кандидат медицинских наук **И. А. ПЕТУХОВ**

Из кафедры факультетской хирургии (заведующий — доктор медицинских наук Н. М. Янчур) Витебского медицинского института

Изолированный лимфогранулематоз желудка встречается редко. По данным И. И. Сивкова и М. И. Сарминской, до 1954 г. в отечественной и иностранной литературе описано до 25 случаев этого заболевания. С 1954 до 1958 г. нами собрано из отечественной литературы 16 случаев изолированного лимфогранулематоза желудка, описанных 11 авторами. Диагностика лимфогранулематоза затруднительна.

Приводим выписку из истории болезни.

О., 43 лет, поступил в клинику 22 сентября 1958 г. с жалобами на сильные боли в подложечной области через 30—40 минут после еды, плохой аппетит, похудание; иногда бывает тошнота и рвота. Считает себя больным в течение шести месяцев. Лечился амбулаторно по поводу хронического гастрита. Неоднократно производилась рентгеноскопия желудка. Заподозрена опухоль желудка. От операции больной отказался. В связи с ухудшением состояния госпитализирован для повторного обследования.

Упитанность пониженная. Кожные покровы бледные, доступные пальпации лимфоузлы не увеличены. В легких перкуторно — легочный звук, при аускультации — везикулярное дыхание. Левая граница сердца — по среднеключичной линии. Пульс 76, удовлетворительного наполнения и напряжений, ритмичный. Артериальное давление 110/65 мм. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, болезнен в подложечной области. Печень на 1,5 см выступает ниже реберной дуги. Пальпируется плотный край селезенки. Мочеспускание свободное, неучащенное, Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул регулярный, оформленный.

Кровь: РОЭ 5 мм, гем. 80 проц., эр. 4 810 000, л. 5300, э. 1, п. 2, с. 48, лимф. 46, мон. 3 проц. Реакция Вассермана отрицательная. Сахара в крови натощак 96 мг/проц., через 30 минут после нагрузки — 210, через 60 минут — 121, через 90 минут — 117, через 120 мин. — 114 мг/проц.

Моча без патологии. Диастазы в моче 16 единиц. Реакция на билирубин отрицательная, на уробилин — слабоположительная. Реакция Грегерсена — отрицательная. Желудочный сок: натощак — общая кислотность 10, свободная соляная кислота 0; после пробного завтрака — общая кислотность 46, свободная соляная кислота 26. При рентгеноскопии грудной клетки и желудка легочные поля прозрачны, реберно-диафрагмальные синусы затемнены. Сердце и аорта в норме. Пищевод свободно проходит. Желудок деформирован, в форме каскада, контуры гладкие, перистальтика наблюдается в нижней трети тела желудка, субкардиальный отдел деформирован, болезнен при пальпации, смещаемость свободная, рельеф слизистой грубый, особенно в субкардиальном отделе, эвакуация своевременная. Луковица 12-перстной кишки не изменена. Через 24 часа в желудке контрастная взвесь не определяется, последняя заполнила толстый кишечник до сигмовидной кишки. Через 48 часов контрастная взвесь заполнила сигмовидную и прямую кишку. Гаустрация выражена хорошо.

Заподозрена опухоль желудка. 2 октября под потенцированным интубационным эфирно-кислородным наркозом произведена лапаротомия. При ревизии желудка в средней трети его, у малой кривизны, обнаружен инфильтрат 4 × 5 см, в малом сальнике плотные лимфоузлы величиной до фасоли. Произведена резекция $\frac{2}{3}$ желудка по Гофмейстеру-Финстереру.

Резецированная часть желудка — 18×15 см, с 4 язвенными дефектами на слизистой оболочке, размером от $2,5 \times 2,5$ до $1,0 \times 1,0$ см. Вокруг дефектов слизистая утолщена в виде валиков сероватого цвета. Гистологическое исследование (А. А. Николаев): в слизистом и частично подслизистом слое желудка имеется язвенный дефект. В дне язвы и особенно по краям ее имеется значительное скопление эозинофилов и ретикулярных и лимфоидных клеток. Подобного же характера инфильтрация распространяется на слизистый и подслизистый слой, местами захватывает мышечный слой. Имеются скопления лимфоидных клеток.

Послеоперационный период протекал без осложнений. 19 октября 1958 года больной в удовлетворительном состоянии выписан домой. Находится под диспансерным наблюдением. В августе 1959 года осмотрен. Особых жалоб не предъявляет. Подмышечные и паховые лимфоузлы увеличены до горошины, плотные, подвижные. Селезенка не пальпируется.

Изолированные и атипичные формы лимфогранулематоза отличаются ацикличностью течения, до конца остаются ограниченными и диагностируются исключительно гистологически.

Лечение изолированных форм лимфогранулематоза желудка должно быть хирургическим — резекция желудка. Радикальная операция приносила выздоровление даже в тех случаях, когда имелись противопоказания для лучевой терапии.

