

18. Tetsuya T., Kohzoh N., Y. Shitaka Y., Etsuro Y., T. Kato I. Gann. Jap. J. Cancer Res., 1981, 2, 305.
19. Traynor O. J., Costa N. L., Blumgart L. H., Wood C. B. Brit. J. Surg., 1981, 10, 701.

УДК 616.342—06:616.34—002.44

Гр. А. ДАНИЕЛЯН, Н. А. МАМИКОНЯН

ОБ ОСЛОЖНЕНИЯХ ВНЕЛУКОВИЧНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Приведены краткие выписки из историй болезней субоперационно верифицированных наблюдений с осложненными формами внелуковичных язв. Отмечено изменение характера течения заболевания при развитии осложнений. Подчеркивается важность своевременного распознавания и лечения внелуковичных язв для предупреждения осложнений.

Внелуковичные язвы двенадцатиперстной кишки—особая форма язвенной болезни, при которой дефект может возникнуть на всем протяжении кишки. Они составляют от 5 до 25% всех случаев язв двенадцатиперстной кишки. Целесообразность выделения внелуковичных язв из общей массы язв с общеклинических, рентгенологических и хирургических позиций подтверждается исследованиями ряда авторов и нашими наблюдениями [2, 4, 6, 8].

В настоящем сообщении, основанном на данных анализа комплексного рентгенологического обследования 60 больных с внелуковичными язвами двенадцатиперстной кишки, затрагиваются лишь основные и наиболее часто встречающиеся осложнения внелуковичных язв.

При внелуковичных язвах осложнения встречаются чаще, чем при язвах луковицы двенадцатиперстной кишки, т. к. первые имеют позадибрюшинное расположение в тесном соседстве с головкой поджелудочной железы, общим желчным протоком, правой почкой. Осложнения возникают в различные периоды заболевания. В одних случаях они являются первым (начальным) клиническим проявлением болезни, в других—поздним, конечным. Согласно нашим наблюдениям и литературным данным, наиболее частыми из осложнений постбульбарной язвы являются перивисцериты—60, желудочно-кишечные кровотечения—41, пенетрации—36, сужения кишки—30 случаев.

Перивисцериты практически наблюдаются у всех носителей внелуковичных язв. Вследствие сопутствующего воспаления, приводящего к развитию спаечного процесса, возникают перидуодениты, перихолециститы, перигастриты. Перивисцериты обычно сопровождаются изменением характера клинических проявлений чаще в сторону их усиления, проявлением новых симптомов, ухудшением и утяжелением течения заболевания в целом. Спайки большей частью имеют характер грубых фиброзных тяжей, которые деформируют антральный отдел желудка, двенадцатиперстную кишку и желчный пузырь. В наших наблюдениях 20 больных с внелуковичными язвами подверглись оперативному вмешательству, перивисцериты были обнаружены у всех.

Другим частым и опасным осложнением внедуоденальных язв является желудочно-кишечное кровотечение, которое проявляется кровавой рвотой и дегтеобразным стулом. Установлено, что острые массивные кровотечения из внедуоденальных язв происходят в 3 раза чаще, нежели из язв луковицы, и в два с лишним раза чаще, чем из язв желудка, что объясняется анатомическим строением окружающих тканей, обильной васкуляризацией дистального отдела двенадцатиперстной кишки, частой пенетрацией язв в головку поджелудочной железы, обилием сосудистых анастомозов, питающих поджелудочную железу и стенку кишки и т. д. При этом важно подчеркнуть, что в отдельных случаях кровотечение служит первым клиническим проявлением, как это имело место у 28 наших больных. Следует отметить также, что кровотечения при внедуоденальных язвах чаще всего носят массивный и повторный характер. Среди наших больных многократные профузные кровотечения были констатированы в 18 из 41 случая.

Приводим одно из наших наблюдений.

Б-й А. М., 53 лет, поступил в хирургическое отделение Республиканской клинической больницы 9/IX 82 г. по поводу кишечного кровотечения. Больной жалуется на слабость, головокружение, дегтеобразный стул, боли в эпигастриальной области, иррадирующие в поясницу и правую лопатку, усиливающиеся ночью. Болеет около 6 лет. Неоднократно лечился в различных клиниках с диагнозом язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожа и видимые слизистые оболочки бледны. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в области эпигастрия. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови—Hb—11,6%, эр.—3760000, цв. показатель—0,9, лейкоц.—8600, СОЭ—26 мм в час.

Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта: пищевод без особенностей; желудок расположен высоко, натощак содержит большое количество жидкости. Складки слизистой утолщены. Перистальтика живая, эвакуация несколько ускоренная. Луковица двенадцатиперстной кишки не изменена. В начальном отделе нисходящей части двенадцатиперстной кишки по внутреннему контуру определяется стойкое округлой формы бариевое депо—ниша диаметром 2—1,5 см. В этом участке двенадцатиперстная кишка сужена. Складки слизистой оболочки конвергируют к язвенной нише. Прохождение бариевой взвеси на остальном протяжении двенадцатиперстной кишки и по верхним петлям тощей кишки ускоренное.

Заключение: внедуоденальная язва двенадцатиперстной кишки, очевидно, с пенетрацией в поджелудочную железу (рис. 1).

Ночью состояние больного резко ухудшилось в связи с начавшимся массивным кровотечением. В результате проведенной срочной операции обнаружена кровоточащая внедуоденальная язва на задне-боковой стенке кишки размером 2,5—2 см, пенетрирующая в поджелудочную железу. Произведена пластика по методу Финей, стволовая ваготомия с перерезкой обоих стволов. Послеоперационное течение гладкое. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Серьезным и тяжелым осложнением внедуоденальных язв является пенетрация язвы в окружающие органы и ткани. Внедуоденальные язвы гораздо чаще, чем язвы других локализаций, сопровождаются пенетрацией. Это осложнение имело место в 36 наших наблюдениях из 60 (60%). Примерно аналогичные сведения приводятся и другими авторами. По литературным данным [1, 7], пенетрации больше подвержены язвы задней и боковых стенок двенадцатиперстной кишки. Здесь

играет роль то, что задняя поверхность верхней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки не покрыта серозной оболочкой и очень близко прилежит к поджелудочной железе. Наиболее часто внепеченочные язвы пенетрируют в поджелудочную железу и печеночно-дуоденальную связку, а иногда и в поперечно-ободочную кишку, желчные пути (желчный пузырь, общий желчный проток). У больных с подобными осложнениями болезнь характеризуется более тяжелым течением, и лечение бывает малоэффективным.



Рис. 1

В литературе описаны случаи механической желтухи, когда во время операции было обнаружено, что причиной желтухи явилась постбульбарная язва, рубцовый процесс или воспалительный инфильтрат язвенной этиологии, что и создавало механическое препятствие оттоку желчи [3, 5]. Приводим следующее наблюдение.

Б-ая Х. Ш. 63 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение Республиканской клинической больницы 27/XII 82 г. с диагнозом язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Жалобы: боли в эпигастриальной области с иррадиацией в поясницу, чувство жжения, изжога, отрыжка воздухом, тошнота, периодическая рвота с примесью желчи, потеря аппетита. Болеет с 1975 г. Неоднократно подвергалась рентгенологическому обследованию, при котором обнаружались явления хронического гастрита. В ноябре 1981 г. состояние резко ухудшилось, появилась желтуха. С диагнозом водянки желчного пузыря больная подверглась операции, во время которой установлена опухоль поджелудочной железы. Наложен анастомоз между желчным пузырем и желудком. После операции состояние больной улучшилось, желтуха прошла, однако изжога, рвота желчью продолжались.

Больная правильного телосложения, удовлетворительной упитанности, кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Язык влажный, густо обложен

желтовато-белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом верхнем квадранте. Печень и селезенка не прощупываются.

Общий анализ крови: Нв—13 г%, цв. показатель—0,8, эр.—4150000, лейкоц.—7000, СОЭ—20 мм в час. Билирубин—0,67 мг%. Общий анализ мочи и кала без особенностей.

При гастродуоденоскопии в пилорическом отделе желудка определяется анастомоз с желчным пузырем. Привратник функционирует нормально. Фатеров сосок плотной консистенции, увеличен в размерах, поверхность бугристая, язвенная.

Заключение: опухоль фатерова соска?

При гистологическом исследовании биоптического материала данных о злокачественности новообразования нет. Рентгенологическое исследование: желчный пузырь соединен с выходным отделом желудка, бариевая масса заполняет желчный пузырь. В последнем наряду с барием имеется и воздух. В нисходящей части двенадцатиперстной кишки по медиальному контуру, примерно на уровне фатерова соска, выявлено довольно большое изъязвление.

Заключение: язва нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки.

В приведенном наблюдении не только при ранее предпринятых рентгенологических исследованиях, но даже при операции и дуоденоскопии не удалось выяснить природу заболеваний. Произведенное оперативное вмешательство (холецистогастротомия) по поводу диагноза опухоли поджелудочной железы, оказавшегося впоследствии ошибочным, привело лишь к ликвидации желтухи и частичному улучшению состояния больной.

Весьма частым осложнением язв является рубцовое сужение двенадцатиперстной кишки, которое в наших наблюдениях было отмечено у 30 больных (50%). В 14 случаях оно локализовалось в области перехода луковицы в нисходящий отдел, в 12—в верхней трети последнего, а в 4 случаях ниже фатерова сосочка, при этом у 86% больных стенозы располагались супрапапиллярно и только у 14% инфрапапиллярно.

Ранними признаками начинающегося стеноза двенадцатиперстной кишки являются чувство переполнения желудка, вздутие, отрыжка, тошнота, рвота, которая только временами облегчает состояние больного. Он теряет в весе, несмотря на полноценное питание.

Приводим одно из наших наблюдений.

Б-й М. Б., 28 лет, поступил в хирургическое отделение Республиканской клинической больницы 10/X 50 г. с диагнозом: спаечная болезнь, острый панкреатит. Жалуются на постоянные ноющие боли в эпигастриальной области, чувство распирания и переполнения в верхней половине живота, тошноту, рвоту, дегтеобразный стул. Болеет около 8 лет. При повторных рентгенологических исследованиях ставился диагноз язвенной болезни луковицы двенадцатиперстной кишки.

Шесть месяцев назад больной оперировался по поводу язвенной болезни, но язвы не была обнаружена. Через месяц жалобы возобновились, и с кровотечением повторно поступил в хирургическое отделение.

Больной правильного телосложения, удовлетворительной упитанности. Язык влажный. Живот при пальпации болезненный в эпигастриальной области. Печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: Нв—10 г%, эр.—34160000, лейкоц.—7000, СОЭ—10 мм в час. Рентгенологическое исследование: пищевод без изменений, желудок больших размеров, натощак содержит много жидкости. Перистальтика живая. Эвакуация бария замедленная. В начальном отделе нисходящего отдела 12-перстной кишки по наружному контуру определяется втяжение, а по внутреннему—ниша размером 2—3 см. Склад-

ки слизистой конвергируют к язвенной нише. На уровне поражения определяется сужение кишки.

Заключение: внеулькерная язва двенадцатиперстной кишки, осложненная стенозом и, очевидно, пенетрацией в поджелудочную железу.

При повторном оперативном вмешательстве установлено, что желудок и двенадцатиперстная кишка в обширных сращениях. Головка поджелудочной железы с подковой двенадцатиперстной кишки составляют один конгломерат. Была произведена резекция желудка с выключением язвы двенадцатиперстной кишки по Гофмейстеру-Финстереру. Послеоперационное течение гладкое. Больной выписан с улучшением.

Из вышеизложенного следует, что внеулькерные язвы, по сравнению с улькерными, значительно чаще сопровождаются различного рода осложнениями.

Длительно существующая язва вызывает не только необратимые изменения в стенке самой кишки, но и отрицательно влияет на функцию смежных органов, что утяжеляет течение заболевания и существенно затрудняет оперативное вмешательство. Своевременная и правильная диагностика внеулькерных язв приобретает исключительно важное значение.

Кафедра рентгенологии и радиологии
Ереванского медицинского института

Поступила 15/III 1983 г.

Գ. Ա. ԴԱՆԻԵԼՅԱՆ, Ն. Ա. ՄԱՄԻԿՈՆՅԱՆ

ՏԱՍՆԵՐԿՈՒՄԱՏՆՅԱ ԱՂՈՒ ԱՐՏԱԲՈՒԼԱՐ ԽՈՑԻ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Հեղինակների կողմից դիտված տասներկուամսյա աղու արտաբուլբար խոցի 60 դեպքի կլինիկառենտգենոլոգիական ուսումնասիրության ժամանակ բացահայտվել են հետևյալ բարդություններ՝ պերիվիսցերիտ՝ 60, ադիտամոթ-սային արյունահոսություն՝ 41, հարևան Օրգաններում խոցի ներթափանցում՝ 36, աղիների նեղացում՝ 30 դեպք:

Ներկայացված են կրճատ արտաբուլբար խոցի բարդացված ձևերով հիվանդների ստուգված դիտումներ:

Նշվում է հիվանդության ընթացքի բնույթի փոփոխությունը բարդության զարգացման պայմաններում:

Հնդգծվում է բարդությունները կանխելու համար արտաբուլբար խոցերի ժամանակին ախտորոշման և բուժման անհրաժեշտությունը:

G. A. DANIELIAN, N. A. MAMIKONIAN

ON THE COMPLICATIONS OF DUODENAL EXTRABULBAR ULCERS

The cases of very interesting suboperative verified observations of complicated forms of extrabulbar ulcers are described. The changes in the character and course of the disease during the development of complications are revealed. The importance of the timely diagnosis and treatment of extrabulbar ulcers is stressed for the prevention of the development of the complications.

1. Баниев И. И. Докл. II объединенной конф. мед. и научн.-исслед. ин-тов Ростова-на-Дону, 1965, стр. 157.
2. Василенко В. Х., Майоров В. М., Сальман М. М. Внелуковичные язвы двенадцатиперстной кишки. М., 1975.
3. Выржиковская М. Ф. В кн.: Рентгенодиагностика заболеваний двенадцатиперстной кишки. М., 1963, стр. 173.
4. Рейнберг С. А., Сальман М. М. Клин. мед., 1960, 4, стр. 48.
5. Farreal American J. Gastroenterology, 1966, 5, 391.
6. Fernando Brit. J. Radiology, 1981, 54, 72.
7. Rougemont C. J. Chir. (Paris), 1909, 78, 531.
8. Svarts J., Kice M. Gastroenterology, 1954, 26, 251.

УДК 618.19—076.5—084

Г. А. АРЗУМАНЯН

О ВОЗМОЖНОСТЯХ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ И РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ

Установлено, что цитологический метод является одним из обязательных диагностических мероприятий, повышающих эффективность профилактических осмотров в выявлении предопухолевых состояний и рака молочной железы.

На данном этапе развития клинической онкологии проблема рака молочной железы состоит не столько в усовершенствовании методов лечения этого заболевания, сколько в раннем его выявлении и профилактике.

Опыт ведущих онкологических учреждений показал, что одним из путей активного выявления предраковых состояний и рака молочной железы могут явиться профилактические осмотры женщин в маммологическом центре, где используется комплекс диагностических мероприятий, в том числе цитологический метод, для уточнения характера процесса.

Поскольку цитологический метод в диагностике предраковых состояний и рака молочной железы считается эффективным и достоверным, весьма актуально уточнение показаний к его применению, методике исследования, а также определение его роли при массовых профилактических осмотрах женщин.

Цитологическое исследование при профилактических осмотрах нами произведено у 1026 женщин с целью выявления предопухолевых состояний и рака молочной железы. Материалом служили пунктаты пальпируемых опухолей, опухолевидных образований и уплотнений в молочной железе, увеличенных регионарных лимфатических узлов, плевральной полости (4147 исследований). Эксфолиативный материал, подвергнутый цитологическому исследованию, включал: выделения из соска (674 надлюдения), соскобы с эрозированной поверхности соска или околососковой зоны (80), выделения из свищей и отделяемое с