

крови и костномозговое кроветворение при раке желудка. Баку, 1943.—9. Кассирский И. А. Лейкемоидные реакции, 1951.—10. Ланг Г. Ф. О диагностическом значении повышения стойкости красных кровяных шариков и других изменений крови при раке желудка. Дисс., СПб, 1901.—11. Либеров П. Д. Практический врач, 1913, 24.—12. Пранис Л. Ю. О лейкоцитарных и тромбоцитарных сдвигах в периферической крови и костном мозгу при раке. Дисс., 1955.—13. Рубинштейн Г. Качественные и количественные изменения состава крови при раковых заболеваниях. Дисс., 1898.—14. Ракчеева М. А. Тер. арх., 1951, 2.—15. Фридман Э. Л. Материалы к изучению миелограммы при злокачественных новообразованиях. Дисс., 1949.—16. Хахалева О. В. Вопр. онкологии, 1955, 3.—17. Чекулаев Г. Н. Клин. мед., 1949. 1.—18. Чекулаев Г. Н. Воен.-мед. журнал, 1950, 12.

Поступила 14 января 1958 г.

О СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЖЕЛУДКА

Проф. П. И. Шамарин

(Саратов)

В настоящее время единственным эффективным методом лечения больных раком желудка является резекция желудка. Однако оперативное лечение может быть действительно эффективным только при условии своевременной диагностики опухолей.

Чаще всего позднее распознавание рака желудка определяется следующими моментами:

- а) малая квалификация врача, его недостаточная «раковая настороженность»;
- б) недостаточное или небрежное обследование больного, недооценка «малых признаков» (Савицкий);
- в) неполноценная организация ранней диагностики рака;
- г) переоценка результатов рентгеновского исследования (в ущерб анамнестическим и клиническим данным).

На последний момент мы и хотим обратить внимание в настоящей статье.

Результаты рентгеновского исследования справедливо признаются наиболее достоверными для диагностики рака, нередко они являются решающими. Между тем, рентгенологи также допускают диагностические ошибки, которые обуславливаются:

- а) недостаточной квалификацией рентгенолога, его недостаточной раковой настороженностью;
- б) ограниченными возможностями метода при определенной локализации опухоли (рак кардиального или субкардиального отделов, плоский рак задней стенки желудка).

Приводим характерные примеры диагностических ошибок, обусловленных недооценкой клинических данных и переоценкой результатов рентгеновского исследования.

Б-ной П., 52 лет, поступил в клинику 18 апреля. Впервые ноющие боли в подложечной области появились в октябре 1950 г. По ночам боли утихали, не мешали работать. К январю 1951 г. боли усилились, и больной обратился в поликлинику. Амбулаторное лечение оказалось безрезультатным. Появилась отрыжка. Больной похудел, несмотря на сохранившийся аппетит и нормальный стул. Трехкратная рентгеноскопия желудка патологии не выявила.

В клинике вновь проведена рентгеноскопия, но найдено только утолщение складок слизистой желудка. В крови был установлен небольшой нейтрофилез. РОЭ нормальная. Температура по вечерам субфебрильная (37,2—37,5°). Боли в животе держатся, теперь и ночные боли, 11 мая был выписан с диагнозом — нормацидный гастрит.

При пятой рентгенокопии 15 июня установлена опухоль желудка. Но при этом уже и пальпируется плотная бугристая опухоль в правом верхнем квадранте.

18 июня больной поступил в хирургическую клинику. 27 июня при лапаротомии

обнаружена плотная бугристая опухоль в два кулака, исходящая из антрального отдела желудка со стороны малой кривизны. Массовое поражение лимфатических узлов, метастазы в печень и тонкий кишечник. Брюшная полость зашита без каких-либо вмешательств.

16 октября наступила смерть.

Если бы в поликлинике, а затем и в клинике не переоценили данных четырехкратного рентгеновского исследования с отрицательными результатами, а должным образом оценили клинику (возраст, короткий желудочный анамнез, похудание, безрезультатность терапии, небольшой нейтрофилез, вечерний субфебрилитет) и подвергли бы большую операцию¹, то, возможно, что удалось бы удалить опухоль.

При подозрении на рак необходимы стационарное обследование и квалифицированная консультация. Такие больные должны госпитализироваться, наряду с больными, доставляемыми в порядке скорой или неотложной помощи, что, к сожалению, не всегда выполняется. Но и в случаях госпитализации рак не всегда своевременно распознается. Особого внимания заслуживают случаи, когда отсутствие рентгенологических признаков опухоли служит основанием для отказа от диагностики рака и, следовательно, от оперативного вмешательства, несмотря на обоснованные предположения о наличии рака.

Б-ной С., 56 лет, доставлен в терапевтическую клинику 9 мая 1950 г. Схваткообразные и ноющие боли в подложечной области впервые появились в октябре 1949 г., но к врачам больной не обращался. 5 мая 1950 г. боли усилились, и 6 мая больной обратился в поликлинику, но от обследования отказался.

8 мая после дефекации больной почувствовал себя плохо: появилось головокружение, пот на лице, упал и потерял сознание. Позже была однократная рвота сгустками крови.

В клинике стул вначале был дегтеобразным.

Больной иногда жаловался на тошноту, вздутие живота, но общее состояние было удовлетворительным. Вес — 79,9 кг. Нв — 82%. Желудочный сок — общая кислотность 62, свободная НС1 — 32. При рентгеноскопии найдено лишь умеренное утолщение складок слизистой.

Реакция в кале на скрытую кровь периодами была положительной. Был выписан 9 июня с диагнозом: язвенная болезнь желудка.

1 августа в 8 ч. у больного внезапно наступил обморок, в 12 ч. была кровавая рвота, в 15 ч. больной доставлен в клинику. Жалуется на общую слабость, головокружение, сухость во рту, тупую боль в подложечной области. Стул дегтеобразный.

За время пребывания в клинике он постоянно жаловался на боль в подложечной области, вздутие живота, урчание в животе, отрыжку, тошноту, задержку стула. Дегтеобразный стул с симптомами внутреннего кровотечения наблюдался 12, 13 и 14 августа. Содержание гемоглобина упало с 60 до 42%.

Перед хирургами был поставлен вопрос о пробной лапаротомии, но они отказались, и 12 сентября больной был выписан.

21 сентября при рентгеноскопии непосредственно под кардией на задней стенке вблизи малой кривизны была обнаружена ниша, окруженная воспалительным инфильтратом.

Вновь, вместо того, чтобы предпринять оперативное вмешательство, было решено наблюдать за больным.

Больной выехал в Москву, и там в Рентгенологическом институте был установлен диагноз: изъязвившийся рак желудка.

В январе в институте им. Склифосовского были произведены пробная лапаротомия и диафрагмотомия, опухоль оказалась неоперабельной. 3 сентября наступил смертельный исход.

В данном случае, несмотря на наличие показаний к оперативному лечению, последнее проведено не было, и выжидание в течение многих месяцев привело к тому, что время для оперативного вмешательства было упущено.

Поучителен и следующий случай кардиального рака.

Б-ной М., 48 лет, поступил в клинику 18 августа 1950 г.

Злоупотреблял алкоголем. С 29 лет страдает гастритом. Состоял на учете в ту-

¹ Пробной лапаротомии.

беркулезном диспансере. С 12 по 28 марта находился на стационарном лечении по поводу быстрой утомляемости, субфебрилитета, головокружения. Выписан с диагнозом: обострение хронического гастрита. Состояние прогрессивно ухудшалось, больной похудел.

При исследовании желудочного сока найдено — отсутствие свободной соляной кислоты, примесь крови и гноя, неприятный запах.

Язык влажный, живот безболезненный.

При рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта уклонений от нормы не обнаружено.

Нв — 54%, Э. — 4 000 000, РОЭ — 55 мм/час.

Лейкоцитарная формула без отклонений.

В начале сентября появилась болезненность в подложечной области. Немного увеличилась печень, больше левая доля, она болезненна при пальпации. Диспептических симптомов нет. Сон стал хуже, появились схваткообразные боли в верхних конечностях. Невропатолог нашел выраженную неврастению с вегетативными явлениями.

Со второй половины сентября состояние еще более ухудшилось: нарастали слабость, головная боль, еще хуже стал сон. Высказано предположение о раке желудка.

При рентгеноскопии желудка 5 октября установлено — в теле желудка складки слизистой резко утолщены, некоторые из них достигают ширины 1,5 см, они выпрямлены, совершенно неподатливы. Форма и положение желудка нормальны, тонус сохранен; перистальтика прослеживается на всем протяжении большой и малой кривизны, средней глубины. Заключение: резко выраженный гиперпластический гастрит; больной подлежит периодическому рентгенологическому обследованию.

Реакция на скрытую кровь в кале за это время дважды была положительной. Соляной кислоты в желудочном соке не обнаружено.

Температура по вечерам стала подниматься до 39°, появилась боль в левом подреберье.

Диагностические блуждания привели к мысли о хроническом сепсисе с исходным очагом в желчном пузыре, поскольку при посеве желчи обнаружен негемолитический стрептококк. Была проведена терапия пенициллином, и 1 декабря в удовлетворительном состоянии больной был выписан.

Но вскоре состояние больного резко ухудшилось, и 24 января больной вновь был стационарирован.

При попытке добыть желудочный сок было получено желудочное содержимое с большой примесью крови и с неприятным гнилостным запахом.

Слева в эпигастрии прощупывалась опухоль.

При рентгеноскопии в области тела желудка был выявлен дефект наполнения, подтвержденный повторной рентгеноскопией 15 февраля. Тогда хирургом было дано заключение: «Рак кардиального отдела желудка, сомнительной операбельности. Следует перевести в хирургическое отделение для пробной лапаротомии».

19 февраля при лапаротомии выявлены бугристая опухоль в кардиальном отделе, распространяющаяся на тело желудка; прорастание опухоли в поджелудочную железу, множественные метастазы в печени.

В апреле 1951 г. больной скончался.

Таким образом, и в этом случае была произведена запоздалая лапаротомия.

Из приведенных фактов необходимо сделать два вывода:

1) Рентгенолог, даже очень квалифицированный, по не зависящим от него обстоятельствам может стать соучастником запоздалой диагностики или задержать организацию ранней диагностики, вынуждая терапевта или хирурга выжидать появления более отчетливых признаков рака желудка.

2) Клиницисты, переоценивая значение рентгеновского исследования и недооценивая роль клинического наблюдения, иногда пренебрегают полученными в клинике данными и выжидают, несмотря на обоснованное предположение рака.

Мы привели только три примера запоздалой диагностики рака желудка и только потому, что в ней принимали участие высококвалифицированные специалисты. Подобные примеры могли бы привести многие опытные клиницисты и онкологи. Поэтому вопрос об организации ранней диагностики рака желудка и, в частности, о своевременном пробном чревосечении, поднятый в свое время Певзнером, Савицким, Терebinским и другими известными клиницистами, имеет громадное значение и не потерял актуальности.

Необходимо подчеркнуть, что очень большая ответственность в деле

раннего распознавания рака желудка лежит на участках врачей-терапевтах.

Они обязаны хорошо знать наиболее ранние симптомы рака и при малейшем подозрении организовать своевременное квалифицированное обследование, в основном в стационарных условиях.

Врачи же стационаров, подвергая больного вспомогательным методам исследования, должны учитывать всю совокупность клинических проявлений, а не полагаться только на данные рентгеновского обследования.

В настоящее время показания к пробной лапаротомии искусственно ограничиваются. К ней прибегают, главным образом, в тех случаях, когда следует уточнить, возможна ли радикальная операция при доказанном раке желудка или нет. Пробная лапаротомия в диагностических целях производится исключительно редко. Даже для решения вопроса о происхождении механической желтухи (опухоль или камень) не всегда охотно идут на операцию.

Между тем, на современном уровне хирургической техники пробное чревосечение в руках опытных хирургов не представляет большой опасности для больного.

Необходимо признать, что пробное чревосечение показано во всех случаях клинически обоснованного подозрения на рак желудка, даже при отсутствии рентгенологических признаков рака или при наличии признаков сомнительных. В таких случаях пробное чревосечение менее опасно, чем выжидание появления явных рентгенологических симптомов рака. У определенного, к тому же значительного, количества подобных больных пробная лапаротомия превратится в радикальную операцию по поводу рака желудка.

Поступила 8 июля 1957 г.

О ТОТАЛЬНОЙ ГАСТРОЭКТОМИИ

Проф. В. И. Акимов и С. М. Бова

Из кафедры факультетской хирургии педиатрического и санитарно-гигиенического факультетов (зав.—проф. В. И. Акимов) Львовского медицинского института и 5-й городской клинической больницы (главврач — И. И. Хома)

В последние годы тотальная гастроэктомия получила довольно широкое распространение как в нашей стране, так и за рубежом, являясь операцией выбора при далеко зашедшем раке желудка, особенно его кардиального отдела. В связи с этим операбельность рака желудка, по данным некоторых авторов, располагающих большим статистическим материалом, достигает 65% (Walter), а по данным Дзядека (I. Dziedek), — даже 82%.

Так называемая резектабельность, по данным института онкологии АМН СССР, составляла в довоенный период около 40%, а за последние годы приблизилась к 60% (Н. Н. Петров, С. А. Холдин, А. И. Раков и В. П. Тобилевич).

В большинстве случаев при тотальной гастроэктомии по поводу рака удаляются большой сальник, печеночно-желудочная связка, желудочно-ободочная и дуоденально-ободочная связки вместе с увеличенными лимфатическими узлами в зоне привратника, нередко поперечноободочная кишка, частично или полностью поджелудочная железа и селезенка. При расширенной, комбинированной тотальной гастроэктомии, кроме того, нередко подлежат удалению селезенка, хвост или тело поджелудочной железы, часть левой доли печени и нижний отдел пищевода.

Комбинированные гастроэктомии, особенно с резекцией поджелудочной железы, производятся относительно редко (Н. Махов).

Вполне естественно возникает вопрос, как реагирует организм на полную утрату