

О НЕКОТОРЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ВОПРОСАХ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ЖЕЛУДКА

Н. М. Сорокин и Н. И. Баранов

I кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. Р. А. Вяселев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и Казанский городской онкологический диспансер (главврач — И. Б. Нагимов)

Среди проблем практической онкологии вопросы лечения рака желудка занимают важное место, поскольку эта локализация рака составляет 20—30% общего числа больных с впервые установленным диагнозом рака, а среди умирающих от злокачественных опухолей — до 40%. По г. Казани эти показатели представлены следующей таблицей.

Таблица 1
Заболееваемость и смертность от рака желудка

Рак желудка	Годы		
	1960	1961	1962
Среди заболевших раком (в ‰) . .	32 08	33,1	36,8
Среди умерших от рака (в ‰) . .	41,06	40,6	49,4

Представленные показатели свидетельствуют об определенной тенденции к росту заболеваемости раком желудка и смертности при нем.

Ранний диагноз рака желудка весьма труден для практического врача. Он требует большого опыта и неоднократного клинико-рентгенологического обследования.

По установлении диагноза необходимо решить вопрос об операбельности. Согласно отчетным данным по Казани за изучаемый период, возможность радикальной операции допускалась у 75% больных. По годам это выглядело следующим образом: в 1960 г. — 72,9%, в 1961 г. — 65,2%, в 1962 г. — 77,1%.

При госпитализации больных происходит определенный отсев, который увеличивается после детального обследования. Этот процесс закономерен и освещен многократно в различных литературных источниках. По этим данным в ведущих клиниках нашей страны и за рубежом количество больных, подвергшихся радикальной операции, не превышает 50—60% от количества госпитализированных. Объяснение этого факта кроется в трудностях диагностики границ распространения опухоли по желудку и на другие органы. Вот почему мы считаем целесообразным проводить детальное обследование больных с малейшим подозрением на рак желудка в стационарах хирургического или терапевтического профиля. Коечный фонд г. Казани позволяет осуществить эту задачу, поскольку число таких больных не велико. Терапевтические и хирургические клиники не должны устраниваться от этой практически важной работы.

Мы решили рассмотреть вопрос о том, какое же количество больных среди признанных операбельными фактически поступает в стационары. Оказалось, что из числа больных раком желудка, подлежащих радикальному лечению, в 1960 г. было госпитализировано 11,9%, в 1961 г. — 53,2%, в 1962 г. — 70,5%. Чтобы выяснить причины таких весьма низких показателей госпитализации больных раком желудка, мы подвергли анализу некоторые факторы, зависящие от состояния больного, локализации и распространенности процесса в желудке и ряда других обстоятельств, определяющих возможности хирурга активно вмешаться в лечение этих больных.

Мы изучили 498 историй болезни больных раком желудка, находящихся на учете в городском онкологическом диспансере. Карточки больных взяты без какого-либо отбора. Мужчин оказалось 212, женщин — 286, что примерно соответствует общепринятым представлениям и тем данным, какие были получены при изучении заболеваемости по городу. Заболеваемость среди мужчин кажется несколько меньше, чем среди женщин, но вычислением интенсивных показателей на 100 000 установлено, что она не только не уступает, но даже несколько превышает соответствующие показатели среди женщин.

В решении вопроса о выборе метода лечения может иметь значение возраст, ибо масштабы онкологических операций требуют определенного состояния резервных сил организма, позволяющих произвести необходимое вмешательство.

В возрасте до 30 лет было всего 6 больных, от 31 до 50 лет — 86 и от 51 до 60 лет и старше — 406. Конечно, превалирование старших возрастных групп могло способствовать снижению процента госпитализации, однако в современной литературе имеется достаточно сообщений об успешном хирургическом лечении рака желудка в пожилом и старческом возрасте; такие наблюдения есть и в Казани.

Поскольку условия выполнения операций в дистальном и проксимальном отделах желудка не равноценны, нами проведен подсчет встретившихся локализаций опухоли в желудке. Рак кардиального отдела с переходом на пищевод был у 13,1% больных, рак кардиального отдела желудка — у 6,7%, тела желудка — у 37%, рак пилорического отдела — у 42,5%, у 0,7% больных локализация не была точно указана. Приведенные данные свидетельствуют о том, что более чем у $\frac{4}{5}$ больных локализация процесса была благоприятной для радикального лечения или сама по себе не могла ему препятствовать.

В прогнозе и лечении опухолевого процесса важное значение имеет длительность течения заболевания («темп роста»). Мы рассмотрели и этот показатель.

Как выяснилось, число больных с продолжительностью анамнестических признаков до 1 мес. не достигало 10% общего количества больных, в то время как число больных с продолжительностью характерного анамнеза от года и более составляло почти 30%. Следовательно, основная масса больных имела медленно текущие и относительно благоприятные для лечения формы раковых опухолей. Наличие большой группы больных с продолжительностью анамнеза от 1 до 5 лет (76 чел.) и от 5 до 10 и более лет (64 чел.) дает основание предполагать возможность предотвращения озлокачествления при активном лечении хронических заболеваний желудка, если бы каждый такой больной был на диспансерном наблюдении. Более внимательное отношение к этим больным и более ранний переход к активному хирургическому лечению их при безрезультатном консервативном лечении могут явиться реальными факторами профилактики рака желудка. Длительность выраженных клинических симптомов позволяет значительно расширить приемы диагностики рака желудка. Следует отметить, что гастроскопия и цитологический метод исследования промывных вод желудка еще не нашли достаточно широкого распространения даже в лечебных учреждениях города, где имеются все условия для их развития.

Из числа изученных нами больных оперативному вмешательству подвергся 181 чел. (36,4% к числу диагностированных случаев рака желудка). Эта цифра несколько превышает литературные данные, по которым хирургическая активность не превышает 25% к числу диагностированных и 50—60% к числу госпитализированных больных.

Было произведено 20 гастрэктомий, 51 субтотальная резекция, 50 резекций желудка, 15 гастрозентеростомий, 42 пробных чревосечения и 3 гастростомии.

Этот перечень свидетельствует о достаточной онкологической подготовленности хирургов, выполняющих операции с должным радикализмом и желанием компенсировать несвоевременность диагностики расширением масштабов проводимых вмешательств.

Мы изучили продолжительность жизни оперированных больных и получили следующие данные: после гастрэктомий более 5 лет не прожил ни один больной; после субтотальных резекций жили дольше 3 лет менее трети оперированных, в то время как после обычных резекций, выполненных, вероятно, при небольших размерах опухоли, прожили от 3 лет и дольше свыше половины прооперированных. Гастрозентеростомии продлевали жизнь больным не более чем на 2 года.

По данным Я. Ошацкого и М. Ленчика, доложенным на VIII международном противораковом конгрессе (1962), средняя продолжительность жизни больных раком желудка, умерших ранее 5 лет, оказалась для нелечившихся больных равной 10,9 месяца, в то время как после резекции желудка средняя продолжительность жизни равнялась 14,3 месяца.

Общезвестно, что лечение рака желудка может быть успешным только при своевременном вмешательстве. Чем же объяснить наши данные, показывающие, что диагностика опухолей относительно обеспечена, коечная сеть хирургических стационаров позволяет госпитализировать всех нуждающихся, опыт хирургов и их возможности помочь больным достаточны, а количество своевременно прооперированных больных все же низко?

Отчасти причина этого кроется в настроенности самих больных, нередко отказывающихся от предлагаемого лечения. Основная масса отказов связана с недостаточной медицинской грамотностью больных и зависит от низкого уровня санитарного просвещения по онкологической тематике.

Нам кажется целесообразным использовать для этих целей радио- и телевизионные программы с выступлениями и показом больных, живущих в течение многих лет и, следовательно, излеченных от рака. Такие выступления будут более убедительными и наглядными, чем многие лекции и беседы, прочитанные без демонстрации людей, излеченных от рака желудка и предраковых заболеваний.

С другой стороны, следует повысить ответственность лечущих учреждений и каждого из врачей за пропуск сроков поступления больных раком и предраковыми заболеваниями в стационар. Обязательность диспансерного контроля за этими больными и поддержания двухсторонней связи между хирургическими стационарами и участковыми тера-

певтами, обслуживающими соответствующий участок, — единственный путь для этого.

Наше утверждение о наличии опасной задержки между моментом установления диагноза и сроком оперативного вмешательства базируется на данных, полученных при анализе нашего материала (табл. 2).

Таблица 2

Сроки от момента установления диагноза до оперативного вмешательства

Характер вмешательства	Всего больных	Операция произведена в сроки					
		до 10 дней	до 20 дней	до 1 мес.	до 3 мес.	до 6 мес.	до года
Гастрэктомия . . .	15	1	2	5	6	1	—
Субтотальная резекция	36	6	10	5	10	2	3
Резекция желудка . . .	28	5	7	6	7	—	3
Анастомоз	12	4	3	2	3	—	—

При рассмотрении таблицы невольно возникает мысль о многих потерянных возможностях лечения рака желудка.

ВЫВОДЫ

1. Диагностика рака желудка может быть существенно улучшена за счет более детального обследования больных, длительно и часто болеющих желудочными болезнями, что в современных условиях вполне реально.

2. Для этого при установлении рака или предракового заболевания желудка терапевту следует совместно с хирургом и онкологом решить вопрос операбельности его и не выпускать больного из-под диспансерного контроля до момента госпитализации.

3. Следует улучшить санитарное просвещение по онкологической тематике, сделав его более наглядным.

4. Случаи дефектной диагностики и несвоевременной госпитализации желудочных онкологических больных должны стать предметом обсуждения в заинтересованных лечебных учреждениях для предотвращения таких упущений в будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березов Е. Л. *Вопр. онкол.*, 1955, 6; *Хирургия*, 1956, 12. — 2. Дымарский Л. Ю. *Вопр. онкол.*, 1956, 4. — 3. Корхов В. И. Там же, 1930, 1. — 4. Мац Д. И. Там же, 1955, 3. — 5. Мельников А. В. *Клиника рака желудка*. Медгиз, М., 1960. — 6. Немыря А. Н. *Организация онкологической помощи больным раком желудка*. Медгиз, М., 1962. — 7. Савиных А. Г. *Вестн. хир.*, 1955, 10. — 8. Холдин С. А. *Злокачественные опухоли желудка*. Руководство: *Злокачественные опухоли*, т. II, 1952. — 9. Раков А. И., Чехарина Е. А. *Сб.: XXX лет ин-та онкологии*, 1956. — 10. Раков А. И. *Совр. пробл. онкол.*, 1953, 4. — 11. Шевченко И. Т. *Нов. хир. арх.*, 1955, 3. — 12. Щукарева Н. К. *Вопр. онкол.*, 1955, 3. — 13. Юдин С. С. *Этюды желудочной хирургии*. Медгиз, М., 1955.

УДК 616—07—616.33—006

РОЛЬ ЭЛЕКТРОГАСТРОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЖЕЛУДКА

М. Х. Фишер

Кафедра хирургии и онкологии (зав.—проф. Ю. А. Ратнер) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе 5-й городской клинической больницы (главврач — Н. И. Полозова)

Раннее распознавание рака желудка является одной из актуальных проблем онкологии. Несмотря на успехи диагностики, больные все же поступают на операцию в основном в III и IV ст. развития опухоли.

В общем комплексе методов диагностики рака желудка немаловажное значение имеет электрогастрография (ЭГГ), позволяющая исследовать моторную функцию желудка.

Первая попытка записи ЭГГ у человека была произведена еще в 1922 г. Альварезом.

Мы производили запись ЭГГ по методу проф. М. А. Собакина (с поверхности тела в условиях пищеварения) электрогастрографом ЭГС-3, созданным проф. М. А. Собакиным совместно с инженерами М. А. Гуревичем, С. М. Яковлевым и Л. Н. Мишиным.

Утром, за 2 часа до записи, больному делают очистительную клизму. За 20 мин. испытуемый получает стакан сладкого чаю и 150,0 белого хлеба. Исследование проводят в положении больного на спине. Дифферентный электрод укладывают по средней линии, отступя 2—3 см от мечевидного отростка. Это место обычно соответствует по рентгеновским данным антрально-пилорической области. Индифферентные электроды укладывают на передней поверхности нижней трети обеих голеней. Исследование продолжается от 40 мин. до 2 часов.

Запись ЭГГ была произведена у здоровых и у больных раком желудка. Группа здоровых состояла из 20 молодых людей в возрасте от 17 до 30 лет. У 17 из 20 испытуемых ЭГГ характеризовались правильным ритмом (3 сокращения в мин.); амплитуда у 12 была равна 0,2—0,4 мв (норма), у одного — 0,1 мв и у 4 — 0,5—0,7 мв. Эти измерения соответствуют данным Л. Г. Красильникова и Ю. И. Фишзон-Рысс, которые в зависимости от амплитуды выделяют 3 типа ЭГГ у здоровых людей: нормо-, гипер- и гипокинетический.

У 3 испытуемых на ЭГГ были наслоения токов действия тонкого и толстого кишечника. ЭГГ получилась сложной и нехарактерной.

Больных раком желудка было 100, из них женщин — 38. 77 больных были прооперированы (у 23 произведена гастрэктомия, у 22 — субтотальная резекция желудка, у 4 — паллиативная резекция желудка, у 26 — пробная лапаротомия, у 2 — пробная торакотомия). 14 больным отказано в оперативном вмешательстве в связи с явной неоперабельностью, 9 больных не дали согласия на предложенную им операцию.

Полученные 100 ЭГГ были разделены на 3 группы.

ЭГГ I гр. (3 больных) ничем не отличались от нормы, т. е. характеризовались правильным ритмом с количеством сокращений 3 в минуту. Амплитуда колебаний их была равна 0,2—0,3 мв. Эти ЭГГ были записаны у 2 больных с блюдцеобразной и у 1 с язвенно-инфильтративной формой опухоли кардиального отдела. По-видимому, опухоли, расположенные в кардиальном отделе, не влияют на моторную функцию желудка.

Во II гр. мы отнесли ЭГГ, записанные у 14 больных с инфильтративным поражением всего желудка, у 5 со стенозирующим раком пилорического отдела желудка в стадии декомпенсации и у 9 с локализацией опухоли в области антрально-пилорического отдела. На этих ЭГГ ритм зубцов был нарушен, амплитуда едва достигала 0,1 мв. Таким образом, инфильтративное поражение опухолевым процессом всего желудка и стенозирующая форма рака пилорического отдела желудка в далеко зашедших случаях ведут к значительному нарушению тонуса желудка. У 9 больных низкая амплитуда была, вероятно, связана с тем, что дифферентный электрод был расположен как раз над областью новообразования.

ЭГГ III гр. (62 больных) обнаруживали значительные нарушения ритма и колебаний амплитуды со сменой высоких и низких зубцов, причем особенно высокие зубцы, достигающие 1,5 мв, отмечались при раке желудка с болевым синдромом. У 60 больных этой группы опухоли располагались в теле желудка. У 2 больных рентгенологически и гастроскопически был подтвержден дооперационный диагноз — язва малой кривизны антрального отдела желудка. Гистологически в обоих случаях оказалась язва с краевой малигнизацией.

У 7 больных, кроме токов действия желудка, были зафиксированы токи действия тонкого и толстого кишечника. Расшифровка таких ЭГГ оказалась затруднительной.

С помощью электрогастрографического метода можно провести дифференциальную диагностику органических стенозов. При стенозе язвенного происхождения кривой ЭГГ свойствен нормальный ритм и высокая амплитуда. При стенозе же на почве раковой опухоли наряду с высокой амплитудой имеется и нарушение ритма. При декомпенсированном стенозе произвести дифференциальный диагноз невозможно, ибо в этих случаях нарушение ритма и низкая амплитуда одинаковы и при раке, и при язве.

ВЫВОДЫ

1. Электрогастрографический метод не имеет самостоятельного значения и должен применяться в комплексе с другими методами обследования.

2. Типичными для больных раком желудка являются ЭГГ с нарушением ритма и низкой или высокой амплитудой в зависимости от локализации опухоли.

3. Электрогастрографический метод имеет немаловажное значение в дифференциальной диагностике между раковыми и язвенными стенозами пилорического отдела желудка.