

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 гипокINETический.

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.