

О САРКОМЕ ЖЕЛУДКА

А. М. Чарный

Жданов

Известно, что соединительнотканые опухоли желудка встречаются гораздо реже эпителиальных.

Доброкачественные соединительнотканые опухоли желудка очень редки. По сведениям А. В. Мельникова, фибромы желудка обнаружены в отечественной статистике в 25 случаях, а в американской статистике к 1942 году было собрано 66 случаев фибром желудка. Саркомы желудка встречаются так же весьма редко, однако, чаще, чем доброкачественные соединительнотканые опухоли.

Наиболее крупная работа по саркоме желудка принадлежит З. И. Карташеву (1938 г.). Он сообщает о 726 опубликованных (включая 14 собственных) наблюдений первичных сарком желудка.

По его данным, на каждые 100 000 вскрытий выявляется от 16 до 55 сарком желудка (0,016—0,055%). М. Г. Фридман обнаруживал саркомы в 2,7% злокачественных новообразований желудка. По данным Л. М. Ратнера, среди органов пищеварительного тракта желудок занимает первое место по поражаемости не только раковыми опухолями, но и саркомой, до 57% сарком пищеварительного тракта приходится на желудок.

По материалам Ю. М. Лазовского, имеется непрерывное нарастание количества сарком желудка, начиная от раннего детского возраста и до 60 лет. Средний возраст больных составляет 44,4 года, причем до 30-летнего возраста саркома желудка обнаруживается в 22,1%.

При раке желудка, как утверждает А. С. Верещинский, средний возраст больных составляет 61,2 года.

Причины возникновения сарком желудка до сих пор не выяснены. З. И. Карташев в некоторых случаях отмечает значение травмы верхней части живота. Многие авторы считают, что саркома желудка может возникать на почве хронической язвы или язвенных рубцов. По мнению Ю. М. Лазовского, известную роль в развитии саркомы желудка играют доброкачественные соединительнотканые опухоли.

Саркомы желудка обычно отличаются по локализации от раковых опухолей. Саркомы желудка чаще всего располагаются по большой кривизне, реже — в пилорическом отделе и еще реже — в кардиальном отделе (Ю. М. Лазовский). В 3 раза чаще саркома растет по задней стенке, чем по передней.

По характеру роста все саркомы делят на три группы: 1) экзогастрические, 2) эндогастрические, 3) интрамуральные, или диффузные. Частота указанных форм представляется следующей: экзогастрические саркомы — 20—30%, эндогастрические саркомы — 12,3%, диффузные формы — 63,8% (З. И. Карташев, С. А. Холдин).

Размеры сарком желудка очень варьируют. Описаны случаи довольно больших опухолей.

Гистогенез сарком желудка недостаточно изучен. Ю. М. Лазовский считает, что исходным пунктом для них в 65—71% случаев служит подслизистый слой и в 18—24% — мышечная оболочка. По данным других авторов, из слизистой оболочки развивается не более 11% сарком.

По гистологической структуре саркомы желудка принято классифицировать следующим образом:

- 1) лимфосаркомы, составляющие около 40% всех сарком желудка;
- 2) веретенноклеточные саркомы: фибросаркомы — 14—20%, невrogenные саркомы и лейомиосаркомы, составляющие вместе 6—10%;
- 3) круглоклеточные саркомы — 20—24%;
- 4) полиморфноклеточные саркомы (5%);
- 5) другие формы сарком (10—20%).

По сведениям большинства авторов, чаще других встречаются лимфосаркомы и круглоклеточные саркомы.

З. И. Карташев считает, что фибросаркомы наблюдаются в 4% всех сарком желудка.

Д. Сагон, С. Горовитц, В. Келли в 1956 г. опубликовали данные о 1152 больных злокачественными новообразованиями желудка, у 6 из которых при гистологическом исследовании выявлена лимфосаркома (0,51%) и у 3 — лейомиосаркома (0,25%).

С. Оснер и А. Оснер в 1955 г. сообщили, что саркома желудка, по их материалу, встречается в 5,7% всех злокачественных опухолей желудка. Из 17 случаев сарком желудка в 10 была лимфосаркома, в 6 — лейомиосаркома и в 1 — нейрофибросаркома.

Метастазируют саркомы желудка более редко и на более поздних сроках, чем рак желудка. С. А. Кричевский и З. И. Карташев отмечают метастазирование не

более, чем в 45% случаев. Метастазы чаще всего распространяются лимфогенным и гематогенным путями, реже — имплантационным. Первое место по их локализации занимают большой сальник и лимфатический узел желудка, затем — в 27% случаев (Ю. М. Лазовский) метастазы встречаются в печени, в поджелудочной железе, кишечнике. Метастазы в отдаленные органы: легкие, сердце, почки — весьма редки.

Большинство советских и иностранных авторов считает, что клиническая диагностика сарком желудка трудна.

Большое значение в диагностике сарком желудка придается рентгенологическому исследованию, которое может дать ценные результаты, особенно в тех случаях, когда саркома растет эндогастрически или изъязвлена, но и тогда трудно решить вопрос о раковом или саркоматозном характере опухоли.

Чаще всего это решается гистологическим исследованием опухоли после операции, на вскрытии, или гастроскопически, с биопсией опухоли. Очень важно исследование промывных вод желудка, при котором, на основании микроскопического исследования осадка или мазка, можно установить характер опухоли.

Из клинических симптомов имеют значение боли в эпигастральной области, не связанные с приемом пищи, в 40% отмечаются рвоты, носящие чаще рефлекторный характер. Кровь в кале и рвотных массах, по данным ряда авторов, отмечается не более, чем в 20% случаев.

Значительная роль придается пальпаторному исследованию, при котором в 72% случаев (З. И. Карташев) удается прощупать опухоль. Исследование желудочного сока и крови, в большинстве случаев не дает необходимых данных. С. А. Холдин только у 50% больных отмечает изменения в содержании свободной соляной кислоты, а у 20% больных — нормальную или даже повышенную кислотность.

За последние 5 лет на материале нашего патологоанатомического отделения встретилось 3 случая сарком желудка, что по отношению ко всем злокачественным новообразованиям желудка, наблюдавшимся за это время, составляет 0,6%.

Все 3 случая представляют, по нашему мнению, интерес как для клинициста, так и для патологоанатома.

В двух случаях клинический диагноз не был установлен и саркома желудка была диагностирована на вскрытии, в 1 случае диагноз был установлен после операции гистологически при исследовании удаленной опухоли.

Приводим наши наблюдения:

И. Б-ная Т., 52 лет, поступила в стационар 18/XI-57 г. с жалобами на боли в подложечной области и правой половине живота, чувство сдавления за грудиной, тошноту, рвоту после приема пищи, исхудание. Больна в течение двух лет, но к врачам не обращалась.

Питание пониженное, телосложение правильное. Лимфатические узлы не увеличены. Легкие без отклонений от нормы. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены. Пульс — 84, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление — 110/60. Язык влажный, обложен буроватым налетом.

Живот обычной формы, мягкий, болезнен в эпигастральной области и левом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются.

Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта 11/XII-57 г.: пищевод свободно проходит на всем протяжении, желудок опущен, удлиннен, тонус его понижен, рельеф слизистой значительно изменен, участки сглаженной слизистой чередуются с участками ее значительного утолщения. Перистальтика вялая. Эвакуация из желудка после непродолжительного спазма пилоруса. Болезненность по всему телу желудка. Смещаемость ограничена. Подозрение на рак желудка.

В моче: белок 0,8‰, лейкоциты — 40—50 в поле зрения.

Нв. — 50%, Э. — 3 000 000, ц. п. — 0,8, Л. — 9 000, РОЭ — 30 мм/час.

Анализ желудочного сока: общая кислотность — 30, связанная — 0, свободной соляной кислоты — 0.

13/XII при глубокой пальпации обнаружена опухоль в эпигастральной области с неясными контурами.

Состояние больной все время прогрессивно ухудшалось, быстро нарастало истощение, и 16/XII она умерла.

На вскрытии в брюшной полости обнаружено 500 мл прозрачной, соломенно-желтого цвета, жидкости. Висцеральный листок брюшины тусклый, местами — сращения петель кишечника между собой. Капсула печени сращена с диафрагмой, сращения грубые, плотные. Parietalный листок брюшины чистый, гладкий, блестящий.

Желудок больших размеров — $36 \times 21 \times 6$ см, имеет форму крючка. Стенки желудка на ощупь очень плотные, бугристые, особенно в кардиальном отделе. В просвете желудка небольшое количество слизистых масс. Складки слизистой не определяются, совершенно сглажены. Местами бугристые участки, местами участки запа-

дений. Слизистая покрыта серовато-белыми пленчатыми наложениями, местами имеет салыный вид. Толщина стенки в пилорическом отделе желудка и тела желудка — 1,9 см, в кардиальном отделе — 2,5 см. Стенка плотная, гомогенного вида, серовато-белого цвета, с салыным оттенком. На слизистой кардиального отдела желудка в месте утолщения имеются два язвенных дефекта размерами $5 \times 3,5$ см и 3×2 см, доходящие до подслизистого слоя. Края дефектов почти на одном уровне со слизистой. Дно дефектов гомогенное, однородное, серого цвета, плотное. Пилорический отдел свободно проходим. Печень и поджелудочная железа без видимых изменений.

Сердце весом 450 г, размерами $13 \times 8 \times 6$ см. Из-под эпикарда несколько выступают обширные, неправильной формы плотные участки, беловато-серого цвета, салыного, полупрозрачного вида. Они придают поверхности сердца вид географической карты. Клапанный аппарат сердца и крупных сосудов без видимых изменений. Толщина стенки левого желудочка — 2,3 см, правого — 0,8 см. Мышца сердца на разрезе с обширными, неправильной формы, полупрозрачными, салыного вида участками, проникающими до эндокарда. Местами эти участки выступают из-под эндокарда.

Почки увеличены ($13 \times 6 \times 6$ см), вес их — 700,0. Фиброзная капсула снимается легко. Поверхность почек гладкая, серовато-белого цвета, салыного вида. На разрезе анатомический рисунок не определяется, ткань почек серо-белого цвета, с участками салыно-воскового вида, неправильной формы. Слизистая лоханок, мочеточников и мочевого пузыря полнокровна. Со стороны других органов и систем видимых изменений не обнаруживается.

Патологоанатомический диагноз: инфильтрирующая, диффузная саркома желудка; метастазы в миокард и почки; паренхиматозная дистрофия печени; эмфизема, полнокровие и отек легких; асцит.

Микроскопическое исследование препаратов желудка, миокарда и почек — ретикуло-эндотелиальная саркома. Опухоль диффузно инфильтрирует стенку органа, местами в ней есть участки гиалиноза. Ткань миокарда и почек диффузно инфильтрирована незрелыми ретикуло-эндотелиальными клетками.

II. Б-ная З., 44 лет, поступила в терапевтическое отделение 7/IV-56 г. с диагнозом бронхопневмония. Жалуется на головные боли, сухой кашель, боль в области подреберий. Считает себя больной со 2/IV-56 г. В 1952 г. перенесла бронхопневмонию. Заболеваний желудочно-кишечного тракта не отмечает.

Общее состояние больной удовлетворительное, телосложение правильное, питание удовлетворительное. Лимфоузлы не увеличены. Справа и слева, на уровне лопаток, прослушиваются сухие хрипы. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены. Пульс 96, хорошего наполнения и напряжения. Артериальное давление — 140/90. Язык влажный, обложен белым налетом, суховат. Глотание пищи свободное. Живот вздут в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

До 13/IV жалобы больной оставались прежними. Температура — $38,1-38,4^\circ$. В нижних отделах обеих легких появились мелкопузырчатые хрипы.

С 14/IV больная стала жаловаться на резкие боли в левой половине живота. С этого же дня в брюшной полости определяется свободная жидкость. Заподозрен туберкулезный перитонит, и начато лечение стрептомицином. Температура в последующие дни снизилась до субфебрильной.

24/IV из брюшной полости эвакуировано 8 л геморрагической жидкости. В этот же день сделана рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта. Пищевод свободно проходим. Желудок деформирован, развернут и расположен параллельно реберному краю, отнесен назад плотным образованием, прощупываемым через брюшную стенку и расположенным под желудком. Рельеф слизистой оболочки несколько сглажен. Пальпировать желудок не удается из-за жидкости в брюшной полости. Предположено новообразование поджелудочной железы.

На следующий день состояние резко ухудшилось. Быстро стало нарастать количество жидкости в брюшной полости, появилась сердечно-сосудистая недостаточность, и 25/IV больная умерла.

На вскрытии: в брюшной полости до 10 л мутной кровянистой жидкости; париетальный листок брюшины тусклый, покрыт множеством рыхлых, сероватых, мясистых разрастаний и узлами белесовато-синюшного оттенка, на разрезе пропитанными кровью. На передней поверхности желудка, его наружной стенке, по малой кривизне имеется опухолевидное образование шарообразной формы, размерами $13 \times 12 \times 10$ см, весом 2,5 кг. Опухоль сидит на стенке в виде большого гриба с короткой ножкой и шаровидной шляпкой, плотно соединена со стенкой желудка. Опухоль опускается вниз, циркулярно охватывая желудок и выходя на большую кривизну, где образует узел размерами $5 \times 4 \times 3$ см. Опухоль прорастает поджелудочную железу. Ткань опухоли серо-вишневого цвета, рыхлая, губчатая, кровянистая, распадается при слабом давлении пальцами. В глубине ткани опухоль имеет пестрый вид: серо-белесоватые участки чередуются с очагами распада кровянисто-бурого оттенка. В просвете желудка небольшое количество слизи. Слизистая оболочка с обычной складчатостью, без видимых дефектов и новообразований.

Патологоанатомический диагноз: экзогастрическая саркома желудка, метастазы в поджелудочную железу, брюшину, регионарные лимфоузлы; паренхиматозная дис-

грозия миокарда, печени и почек; эмфизема, полнокровие и отек легких; гиперплазия селезенки, геморрагический асцит.

При микроскопическом исследовании препаратов оказалось, что опухоль представляет круглоклеточную саркому, исходящую из подслизистого слоя стенки желудка. В месте соединения опухоли со стенкой большое количество тонкостенных сосудов, содержащих элементы опухоли. В поджелудочной железе и брюшине метастазы круглоклеточной саркомы (препараты консультированы проф. Г. Л. Дерман).

Данное наблюдение представляет интерес тем, что существовавшая, по-видимому, давно опухоль протекала почти бессимптомно. Кроме того, большие размеры опухоли являются особенностью данного случая. Локализация опухоли по передней стенке так же не характерна, ибо в большинстве случаев саркомы локализуются на задней стенке. Отсутствие симптомов связано скорее всего с тем, что опухоль росла экзогастрически и не нарушала проходимости желудка. Цитологическое исследование асцитической жидкости могло оказать помощь в диагностике.

III. Б-ная Т., 44 лет, поступила в терапевтическое отделение 24/XII-57 г. с жалобами на приступообразные боли в эпигастриальной области, тошноту, рвоту, горечь во рту. Болея полтора года. Лечилась амбулаторно по поводу хронического гастрита. С этим же диагнозом поступила в отделение.

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Со стороны сердца и легких изменений не обнаружено. Пульс — 80, хорошего наполнения и напряжения. Артериальное давление — 100/80.

Живот овальной формы, болезнен в эпигастриальной области, несколько напряжен. Печень и селезенка не пальпируются, физиологические отправления в норме.

Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта от 7/I-58 г.: Желудок удлиннен, несколько опущен, тонус его понижен. Рельеф слизистой сглажен. Перистальтика вялая. По задней стенке, выше угла желудка, имеется крупный дефект наполнения. Поставлен диагноз: опухоль желудка.

В моче отклонений от нормы нет. В крови, за исключением ускоренной РОЭ (63 мм/час), отклонений нет.

27/I-58 г. сделана резекция желудка, с наложением гастроэнтероанастомоза, по Гофмейстеру — Финстереру. В резецированной части желудка обнаружена опухоль, прикрепленная к слизистой толстой короткой ножкой. Размеры опухоли — $6 \times 6 \times 3,5$ см. Опухоль растет в просвете желудка. Плотная на ощупь, с трудом режется ножом. На разрезе ткань опухоли белого цвета, тяжистая, местами с желтоватым оттенком. Микроскопически опухоль представляет фибросаркому (препарат консультирован проф. Г. Л. Дерман).

Послеоперационное течение протекало гладко, и 13/II-58 г. больная выписана для амбулаторного наблюдения.

Во всех представленных нами случаях было довольно длительное течение заболевания, не дающее клинической симптоматики. Несмотря на трудности клинической диагностики сарком желудка, диагноз все же возможен, но только при обязательном цитологическом исследовании промывных вод желудка и асцитической жидкости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карташев З. И. Саркома желудка, Ростов на Дону, 1938. — 2. Кричевский С. А. Харьковский медицинский журнал, 1913. — 3. Холдин С. А. Злокачественные опухоли, 1952.

Поступила 22 декабря 1958 г.

ЭНДОКРИННООБМЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ СПИННОГО МОЗГА

Канд. мед. наук С. А. Гринберг

Из нейрохирургической клиники Казанского научно-исследовательского института восстановительной хирургии и ортопедии (директор — проф. Л. И. Шулутко)

При опухолях спинного мозга, кроме местных изменений, обусловленных локальным воздействием опухоли, отмечаются так называемые симптомы на расстоянии, в виде изменений черепно-мозговых нервов, чувствительности, рефлексов и т. д.