

то есть у 2,4%, тогда как согласно данным литературы это осложнение возникает у 8—40% лиц, перенесших закупорку вен сетчатки, и у 20—40 пациентов с непроходимостью центральной вены.

## ВЫВОДЫ

1. Лечение посттромботической глаукомы малорезультативно. Необходимо шире проводить профилактику этого тяжелого страдания.

2. Эффективным средством предупреждения развития посттромботической глаукомы у больных с тромбозом центральной вены сетчатки является иммунодепрессант допан.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Карташева Е. А., Зайцева Н. С., Людогловская Л. А. Вестн. офтальмол., 1975, 2.—2. Клыкова А. Л., Нескреба Э. Ф. В кн.: Материалы I итоговой научно-практической конференции офтальмологов г. Москвы. 1965.—3. Braendstrup P. Central retinal vein thrombosis and hemorrhagic glaucoma. Copenhagen, 1950.—4. Burton E. W. Virginia Med. Monthly, 1950, 85, 5.—5. Farnarier G., Rampin S., Lanson M. Bull. soc. d'ophtalmol., 1950, 33, 10.—6. Vannas S. Ophthalmologica, 1961, 142, 2.

Поступила 11 апреля 1978 г.

УДК 616.33—006.6—091

## КЛИНИЧЕСКАЯ МОРФОЛОГИЯ И МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА

*Доц. В. П. Нефедов*

*Кафедра общей клинической патологии (зав.—проф. И. М. Рахматуллин)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

**Реферат.** Проведен ретроспективный анализ 500 случаев рака желудка. Учитывалась частота метастазирования рака желудка в перигастральные лимфатические узлы в зависимости от локализации опухоли, макроскопической ее формы и гистологического типа. Показано, что способность рака желудка к метастазированию в большей степени зависит от макроскопической формы и в меньшей — от гистологического типа опухоли.

**Ключевые слова:** рак желудка, метастазы, морфология.

1 таблица. Библиография: 11 названий.

Широкое внедрение в практику здравоохранения гастроскопии с прицельной биопсией и последующим гистологическим исследованием создало все условия для своевременного обнаружения предраковых процессов и рака желудка. В связи с этим вопросы клинической морфологии рака приобретают особую актуальность. На основании изучения гастробиопсийного материала или оперативно удаленных желудков многими авторами установлено, что наибольшее прогностическое значение при раке желудка имеют такие факторы, как характер роста и гистологическая форма опухоли, глубина прорастания стенки желудка, наличие метастазов в перигастральные лимфоузлы [6, 8, 10].

Нами было изучено 500 случаев рака желудка<sup>1</sup> с учетом частоты метастазирования в регионарные (перигастральные) лимфатические узлы в зависимости от локализации опухоли, макроскопической ее формы и гистологического типа.

87% больных раком желудка пришлось на возраст от 40 до 69 лет, во всех возрастных группах мужчин было почти в 1,5 раза больше, чем женщин. С возрастом отмечено увеличение дифференцированного типа рака желудка — аденокарциномы, более интенсивное у женщин, чем у мужчин. В то же время процент низкодифференцированных карцином (скирр, слизистый и недифференцированный типы) снижается от 40 к 69 годам. В литературе также имеются указания, что диффузные карциномы с низкой степенью дифференцировки опухолевых клеток чаще диагностируются у молодых женщин [3].

Изучение локализации рака желудка показало, что наиболее часто поражается пилорический отдел — 45,6%, второе место по частоте поражения занимает тело желудка — 31,4% (в том числе на средний отдел малой кривизны пришлось 14%), третье место кардиальный отдел — 18,6%. Тотальное поражение желудка отмечено в 4,4%. При любой локализации рака желудка, за исключением тотального поражения, преобладают два гистологических типа: аденокарцинома и смешанный рак (сочетание аденокарциномы со скирром, с солидным, слизистым или недифференцированным раком), на долю которых приходится от 56% (при поражении пилорического отдела) до 76% (при поражении кардиального отдела). При тотальном раке преобладает скирр — 63,6%.

<sup>1</sup> Наши исследования основаны на анализе операционного материала, полученного в городском и республиканском онкологических диспансерах, больнице № 5 г. Казани за 1970—1974 гг.

Прогностически показательным является определение метастазов в регионарных лимфатических узлах: при их наличии 5-летняя выживаемость после резекции желудка по поводу рака составляет в среднем 25%; в тех случаях, когда метастазы в перигастральных лимфоузлах отсутствуют, послеоперационная выживаемость увеличивается до 75% [11]. По данным разных авторов [5, 6, 9], частота метастазирования рака желудка в регионарные лимфоузлы определяется в пределах 48—53%. Увеличение и уплотнение лимфатических узлов при раке желудка еще не указывают на наличие в них метастазов. Почти в  $\frac{1}{4}$  случаев в увеличенных лимфатических узлах метастазы не обнаруживаются [2]. Вместе с тем в макроскопически не измененных лимфоузлах могут быть метастазы рака, выявляемые гистологически обычно в краевых синусах.

Из 500 изученных нами случаев рака желудка в 256 обнаружены метастазы в перигастральные лимфоузлы, что составило 51,2%. Мы не смогли отметить преимущественной частоты метастазирования в какой-либо возрастной группе, хотя в литературе имеются указания, что у молодых метастазы встречаются чаще, чем у пожилых и стариков [1]. Нами обнаружена определенная связь между частотой лимфогенных метастазов, с одной стороны, и локализацией опухоли в желудке, ее макро- и микроскопической формой, с другой. Чаще выявляются метастазы в регионарных лимфоузлах при тотальном раке желудка — в 72,7; одинаково часто при раке пилорического и кардального отделов — соответственно в 53,5% и 53,7%; реже при раке тела желудка — в 43,3%.

В зависимости от характера роста были выделены следующие макроскопические формы рака желудка. 1. С преимущественно экзофитным ростом — полипозный рак (обнаружен в 7,6%). 2. С преимущественно эндофитным инвазивным ростом: а) инфильтративно-язвенный (30,2%); б) диффузный ограниченный (12,0%); в) диффузный тотальный (4,4%). 3. С экзо-эндофитным смешанным ростом: а) блюдцеобразный (30,8%); б) рак из хронической язвы — язва — рак (2,2%); в) неопределенный (12,8%). В таблице представлена гистологическая характеристика каждой из макроскопических форм рака желудка.

**Частота гистологических типов рака желудка при различных его макроскопических формах (собственные данные в процентах)**

Форма рака	Гистологический тип							всего
	аденокарцинома	солидный рак	слизистый рак	скирр	недифференцированный рак	плоскоклеточный рак	смешанный рак	
Полипозный . . .	71,1	5,3	7,9	2,6	—	—	13,1	7,6
Инфильтративно-язвенный . . . . .	38,3	7,9	2,65	14,55	15,1	—	21,5	30,2
Диффузный ограниченный . . . . .	16,65	6,7	13,35	30,0	16,65	—	16,65	12,0
Диффузный тотальный . . . . .	—	—	22,8	63,6	—	—	13,6	4,4
Блюдцеобразный	48,0	,55	3,9	7,15	7,15	0,65	26,6	30,8
Язва—рак . . . . .	45,5	—	—	18,2	27,2	—	9,1	2,2
Неопределенный	26,	1,55	7,8	9,35	20,3	3,1	31,3	12,8

Частота метастазирования зависит от макроскопической формы рака желудка, поскольку последняя отражает характер его роста и степень инвазии опухолевыми клетками стенки желудка. Так, рак с преимущественно эндофитным ростом дает метастазы в регионарные лимфатические узлы в 1,8 раза чаще, чем рак с преимущественно экзофитным ростом [7]. При полипозном раке метастазы в перигастральные лимфоузлы по нашим данным наблюдались в 23,7%, при инфильтративно-язвенном — в 51,0%, при диффузном ограниченном — в 58,3%, при диффузном тотальном — в 72,7%, при блюдцеобразном — в 50,0%, при язве — раке — в 36,3%, при раке неопределенной формы — в 59,4%.

Гистология рака желудка отличается большим разнообразием и в значительной мере определяется степенью дифференцировки клеток, их секреторной активностью, соотношением стромы и паренхимы. В нашем материале встретились следующие гистологические типы рака желудка: аденокарцинома (железистый рак) — в 38,0%, солидный рак — в 5,8%, слизистый — в 6,2%, скирр — в 14,8%, недифференцированный рак — в 12,0%, смешанный — в 22,6%, плоскоклеточный — в 0,6%. Как показал анализ, железистому раку не свойственна какая-либо преимущественная локали-

зация в желудке, в то время как низкодифференцированный рак более чем в половине наблюдений был расположен в пилорическом отделе. Многие авторы отмечают, что для аденокарцином желудка характерен экзофитный рост. Однако мы в 35,2% случаев железистого рака установили различные макроскопические формы эндофитного роста, а в 50,6% аденокарцином — смешанный экзо-эндофитный рост. Данный факт позволяет объяснить высокую злокачественность аденокарцином несмотря на хорошо развитую степень их дифференцировки. Справедливо мнение Н. А. Краевского (1965), что «между степенью предполагаемой дифференцировки рака желудка и его злокачественностью соответствия может не быть». Это положение подтверждается и такими данными из наших исследований: при равной частоте метастазирования рака пилорического и кардиального отделов в пилорическом отделе аденокарциномы составили лишь  $\frac{1}{3}$  случаев, в то время как в кардиальном отделе на их долю приходилось около 60%. Гистологический тип рака желудка, по-видимому, в меньшей мере определяет степень злокачественности опухоли и способность ее к метастазированию. Если при аденокарциноме и солидном раке желудка метастазы в регионарных лимфоузлах обнаружены соответственно в 44% и 41% случаев, то при смешанном и низкодифференцированных типах рака частота метастазов составляла 55,0—59,7%.

Изучив 285 случаев неоперабельного рака желудка, мы нашли, что основными причинами «инкурабельности» являлись обширные лимфогенные и гематогенные метастазы (в 36,5%), прорастание опухоли в головку и тело поджелудочной железы (в 21,4%), сочетание метастазов и прорастание карциномы в поджелудочную железу (в 14,0%), прорастание опухоли в печень, диафрагму и брыжейку (в 11,2%), карциноматоз брюшины (в 9,1%) и прочие причины (7,8%). Распространение рака желудка по кровеносной системе наиболее часто ведет к метастазированию в печень (по системе воротной вены), реже гематогенные метастазы поражают легкие, поджелудочную железу, почки и другие органы. Отдаленные лимфогенные метастазы чаще находились в брыжеечных, забрюшинных, перипортальных и надключичных лимфатических узлах. Местное распространение рака желудка идет путем инфильтративного роста с переходом опухолевого процесса на соседние прилегающие органы (поджелудочную железу, печень, диафрагму, брыжейку, толстую кишку, аорту, селезенку, сальник). При карциноматозе брюшина была усеяна опухолевыми узлами различной величины. Считается, что распространение рака по брюшине помимо лимфогенного пути может дополняться имплантационным механизмом.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Апатенко А. К., Драницкий Ю. С. Военно-мед. ж., 1968, 11. — 2. Василенко В. Х., Сальман М. М. и соавт. Рак желудка и его ранняя диагностика. М., «Медицина», 1977. — 3. Василенко И. В. *Вопр. онкол.*, 1969, 10. — 4. Краевский Н. А. *Вестн. АМН СССР*, 1965, 12. — 5. Розанов И. Б., Маневич В. А. Полипоз как предрак желудка. М., Медгиз, 1961. — 6. Серов В. В. Клиническая морфология и прогноз рака желудка. М., «Медицина», 1970. — 7. Склянская О. А. Значение морфологического изучения рака желудка в решении вопросов послеоперационной выживаемости. Автореф. канд. дисс., М., 1975. — 8. Урбан А., Ожацкий Я., Ленчик М. *Арх. патол.*, 1970, 1. — 9. Холдин С. А. В кн.: Злокачественные опухоли. Под ред. Н. Н. Петрова и С. А. Холдина. Л., Медгиз, 1962, т. 2. — 10. Inokuchi K., Furusawa J., Soejima K. *Asian. Med. J.*, 1969, 12, 7. — 11. Marshall S. F. *Gastroenterology*, 1958, 34, 34.

Поступила 14 декабря 1977 г.

УДК 616.33—006.5—072.1—089

## УДАЛЕНИЕ ПОЛИПОВ ЖЕЛУДКА ЧЕРЕЗ ЭНДОСКОП

*Канд. мед. наук Б. К. Дружков*

*Кафедра хирургии и онкологии (зав.—заслуж. деят. науки ТАССР проф. М. З. Сигал) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

**Реферат.** У 21 больного выполнено удаление 40 полипов желудка через фиброгастроскоп. 31 полип удален с помощью петли оригинальной конструкции и 9 — электрокоагуляцией. Методика чрезэндоскопического удаления полипов желудка определяется их формой и величиной. У 18 больных полипэктомия произведена в амбулаторных условиях и у 3 — стационарно. Осложнений не было. Продолжительность временной нетрудоспособности больных после удаления полипов составила в среднем 6—8 дней. Сроки полного заживления слизистой в зоне удаленных полипов, по данным динамических эндоскопических наблюдений, колебались от 20 до 30 дней.

**Ключевые слова:** фиброгастроскоп, полипэктомия.

1 иллюстрация.