

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.

Развитие эндоскопической техники, основанной на использовании фиброволоконной оптики, расширило клинические возможности не только в диагностике, но и в лечении полипов желудка. Впервые об удалении полипов через эндоскоп сообщили японские авторы в 1970 г. на II Международном конгрессе по желудочно-кишечной эндоскопии. Они выполняли полипэктомию простым срезанием полипов металлической петлей.

Ввиду отсутствия специального инструмента для трансэндоскопической полипэктомии в комплексе с эндоскопами, мы совместно с инженером В. А. Кармаковым создали для этих целей петлю оригинальной конструкции, которая с успехом применяется в нашей клинике.

Трансэндоскопическая полипэктомия произведена у 21 больного (возраст — от 20 до 69 лет). Всего удалено 40 полипов размером от 0,5 до 3 см в диаметре: у 14 больных — по 1 полипу, у 5 — по 2, у одного — 7 полипов и еще у одного — 9. У двух последних больных удаление полипов проводили в два этапа. Перед полипэктомией у всех больных исследовали показатели свертывания крови.

Удаление полипов проводили различными способами: 15 полипов удалены механическим срезанием петлей, 16 — диатермической петлей и 9 полипов были электрокоагулированы *in loco*. Выбор способа полипэктомии зависел от формы полипа. Мы различаем три основные формы полипов: полушаровидную, шаровидную и грибовидную (см. рис.).

Полушаровидные полипы по нашим наблюдениям чаще бывают множественными, относительно небольших размеров и почти никогда не малигнизируются.

Полипы шаровидной формы, имеющие широкое основание, мы удаляли диатермической петлей, но в ряде случаев испытывали определенные трудности в полноте захвата их; иногда требовалась дополнительная электрокоагуляция остатков полипа. Учитывая обычно большие размеры шаровидных полипов, относительную трудность полного удаления их через эндоскоп, опасность кровотечения, а также их большую потенцию к озлокачествлению, мы полагаем, что при полипах этой формы размерами более 2 см предпочтительна хирургическая операция.

Грибовидные полипы удаляли петлей с электрокоагуляцией или без нее, в зависимости от толщины ножки. Чтобы избежать поражения глубоких слоев стенки желудка, которое может привести к тяжелым осложнениям, мы выполняли электрокоагуляцию полипа в состоянии его натяжения петлей или специальными щипцами для электрокоагуляции. Этим обеспечивается конусовидное смещение слизистой у основания полипа и предохранение глубоких слоев желудочной стенки от термического воздействия. Глубина коагуляции тканей ограничивается слизистой оболочкой.

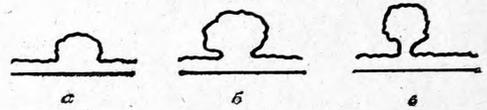
Для предотвращения попутных ожогов слизистой отдаленных от очага поражения участков мы добивались полной эвакуации слизи из желудка и достаточного раздувания желудка воздухом для создания свободы манипуляции. Удаленные полипы извлекали вместе с эндоскопом с помощью петли или специальных щипчиков.

У 18 больных полипэктомию выполнена в амбулаторных условиях, у 3 — стационарно. После полипэктомии всем больным предписывался щадящий режим питания, они освобождались от работы на 6—8 дней. К этому сроку, по нашим наблюдениям, появляются активные репаративные процессы в очаге удаленного полипа и исчезает опасность возникновения осложнений (их не было ни у одного нашего пациента).

Ретроспективно оценивая нашу тактику в свете данных литературы, мы, однако, склонны впредь быть более осторожными в отношении длительности послеоперационного лечения. Диагностическое фиброгастроскопическое обследование этих больных показало, что полное заживление слизистой наступает только через 20—30 дней; после применения электрокоагуляции заживление раны желудка происходит к 28—30-му дню.

При микроскопическом исследовании большинства полипов обнаружено увеличение массы стромы, наличие гипермукоидных желез и кист. В отдельных полипах, кроме того, отмечались лимфоидная инфильтрация и поверхностные эрозии в слизистой. В одном случае был обнаружен рост аденокарциномы на фоне полипа. Большой в дальнейшем подвергся субтотальной резекции желудка. У другого больного в удаленном полипе обнаружен *cancer in situ*. Вопрос об объеме оперативного лечения таких полипов остается нерешенным. Динамическое эндоскопическое наблюдение за этим больным в течение 8 мес показало стойкое заживление очага поражения.

Приведенные наблюдения подтверждают относительную простоту и эффективность удаления полипов желудка через эндоскоп. При оценке этого способа лечения полипов желудка следует, кроме того, отметить минимальную травматизацию больного и резкое сокращение дней нетрудоспособности.



Формы полипов: а — полушаровидная; б — шаровидная, в — грибовидная.

Поступила 31 января 1978 г.