

лица, органов полости рта, поэтому раннее выявление таких состояний и своевременное лечение в конечном счете являются профилактикой злокачественных опухолей.

Очень важно, чтобы у каждого врача-стоматолога выработалась постоянная настороженность, направленная на своевременное и раннее распознавание предраковых состояний челюстно-лицевой области как в повседневной работе, так и во время профилактических осмотров населения, рабочих промышленных предприятий, особенно в условиях возможного воздействия «факторов малой интенсивности». Этому будет способствовать углубление врачами-стоматологами своих знаний по онкологии челюстно-лицевой области на факультетах повышения квалификации, семинарах, путем научных анализов работы. Необходимо совершенствовать диспансеризацию больных после определения ранних признаков предопухолевых изменений, после лечения предраковых состояний с целью установления возможных рецидивов, осложнений. Широкие санитарно-просветительные мероприятия среди населения, повышение ответственности врача за своевременную диагностику предраковых состояний челюстно-лицевой области помогут снизить число ошибок при выявлении этих процессов.

Поступила 13 февраля 1979 г.

УДК 616.33—006.6—036.65—072.1

ЗНАЧЕНИЕ ГАСТРОФИБРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВНОГО РАКА ЖЕЛУДКА

В. М. Напольских

Курс онкологии (зав. — доц. Ю. А. Башков) Ижевского государственного медицинского института и Удмуртский республиканский онкологический диспансер (главврач — заслуж. врач УАССР Е. А. Кучурин)

Реферат. Применена тактика активного наблюдения за больными, оперированными по поводу рака желудка. В объем обследования больных, проводимого через каждые 3—6 мес, наряду с клиническим методом входили рентгенологическое и гастропрофиброскопическое исследования оперированного желудка. Приведены два случая своевременной диагностики рецидива заболевания с локализацией его в культе желудка. Показано преимущество гастропрофиброскопии перед рентгенологическим методом.

Ключевые слова: культя желудка, рецидив рака, гастропрофиброскопия. 4 иллюстрации.

Диагностика первичного рака желудка и его рецидива до настоящего времени базируется, как правило, на использовании только рентгенологического метода, который не всегда является достаточно информативным.

Внедрение в последнее время эндоскопического метода обследования с морфологической верификацией повысило возможность ранней или своевременной диагностики рецидива опухоли желудка. С этой целью больные, перенесшие радикальные операции по поводу рака желудка, должны находиться под систематическим диспансерным наблюдением.

Из хирургического отделения Удмуртского республиканского онкологического диспансера с 1971 по 1976 г. выписано 208 больных, подвергшихся резекции желудка или гастрэктомии по поводу рака. В различные сроки (от 9 мес до 5 лет) прослежен 201 больной.

Начиная с 1974 г. мы проводим регламентированное по времени (через 3, 6 мес, 1 год, 1 г. 6 мес, 2 года после операции) обследование, включающее, наряду с клиническим и рентгенологическим, также гастропрофиброскопический метод (170 пациентов).

31 больной не был обследован перечисленными выше методами в связи с тяжелым общим состоянием, не поддававшимся какой-либо коррекции. Эти больные не отмечали даже самого краткого светлого периода после операции, так как вслед за оперативным вмешательством наступала бурная генерализация процесса. Все они погибли в сроки от 2 мес до 1 года с момента операции. Опухоли у них были эндифитными, с массивными и множественными метастазами в лимфатические узлы.

У 101 больного ни рентгенологическое, ни эндоскопическое исследование не выявили изменений в резецированном желудке. У 52 пациентов при рентгенологическом исследовании не было обнаружено каких-либо изменений, тогда как при эндоскопии констатированы явления атрофического гастрита, папиллематозные разрастания в зоне анастомоза, воспалительная инфильтрация слизистой, кишечная метаплазия ее. У 17 больных при благоприятном рентгеновском заключении или подозрении на органическое (у 10) поражение культи желудка эндоскопически установлен рецидив опухоли, подтвержденный гистологическим исследованием биопсийного материала. У 10 больных данной группы произведены радикальные повторные вмешательства, а у 7 операция сводилась лишь к наложению обходных анастомозов или к пробной лапаротомии.

По нашим данным, как и по сведениям других авторов, включение эндоскопии в объем обследования лиц, перенесших резекцию желудка или гастрэктомию по поводу

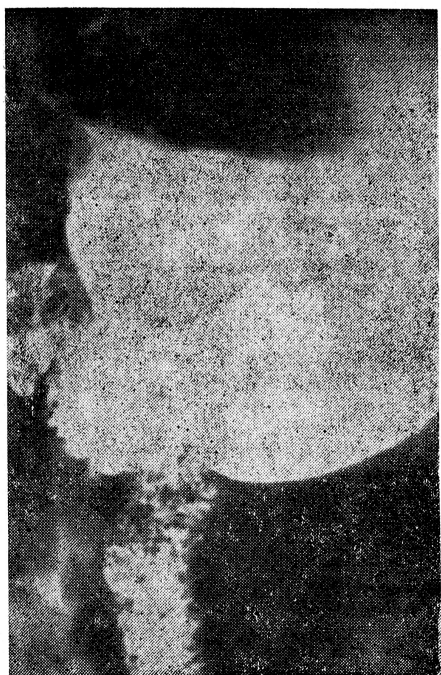


Рис. 1. Рентгенограмма культи желудка больной 3., 39 лет. На фото виден пищевод, культя желудка с ровными контурами, зона анастомоза, свободно проходимая для контрастной массы, приводящая и отводящая петли кишок.

прибавилась на 5 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые.

Анализ крови: эр. $3,6 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Нб 1,9 ммоль/л, цв. показатель — 1,0, тромбоц. $330 \cdot 10^9$ в 1 л, л. — $6,4 \cdot 10^9$ в 1 л, э. — 7%, п. — 4%, с. — 68%, лимф. — 11%, мон. — 10%; СОЭ 10 мм/ч.

Несмотря на эндоскопическое и цитологическое подтверждение рецидива рака культи желудка, при контрольном рентгенологическом исследовании от 12/III 1976 г. данных о рецидиве заболевания не выявлено (рис. 1).

13/III 1976 г. произведена трансабдоминальная экстирпация культи желудка с наложением термино-латерального эзофагоюноанастомоза и межкишечного соустья по Ру. Во время операции видимых и пальпируемых лимфатических узлов в брюшной полости не обнаружено.

Препарат — культя с анастомозом, приводящей и отводящей петлями тонкой кишки. В зоне малой кривизны на 0,5 см выше анастомоза имеется полиповидная опухоль 2×2 см. Проксимальнее ее на задней стенке — еще одна полиповидная опухоль $2,5 \times 2,5$ см на широком основании (рис. 2). Гистологическое заключение: малигнизированные аденоматозные (по типу железисто-солидного рака) полипы без прорастания мышечного слоя.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 3 мес после операции состояние больной удовлетворительное. Аппетит сохранен.

2. К., 40 лет, 20/V 1976 г. в хирургическом отделении Республиканского онкодиспансера была произведена предельно-субтотальная резекция желудка по Бильрот-II — Бальфуру по поводу рака антрального отдела желудка.

рака, значительно повышает шансы своевременной диагностики рецидива заболевания и успеха его лечения.

Приводим два наблюдения своевременной диагностики рецидива рака культи желудка, ставшей возможной благодаря описанной выше методике диспансерного курирования.

1. З., 39 лет, находилась на лечении в хирургическом отделении Республиканского онкологического диспансера, где ей 23/XII 1974 г. была произведена субтотальная резекция желудка по Бильрот-II — Бальфуру по поводу рака дистального отдела желудка. Гистологическое заключение: железисто-солидный рак желудка, прорастающий все слои стенки; лимфатические узлы без метастазов рака. Резекция произведена в пределах здоровых тканей (в краях резецированного желудка отсутствовали опухолевые элементы).

Согласно описанной методике больную периодически вызывали для осмотра. Состояние было удовлетворительным. Через 2 года после операции (10/III 1976 г.) при очередном амбулаторном обследовании и гастротифиброскопии в культе обнаружены полиповидные образования, подозрительные на рецидив рака. Произведена прицельная биопсия. Гистологическое заключение: аденокарцинома культи желудка. Состояние больной удовлетворительное, жалоб нет. Со времени операции масса тела

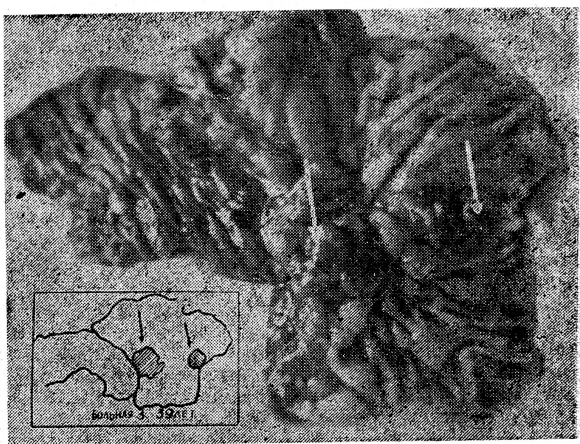


Рис. 2. Макропрепарат больной 3., 39 лет: экстирпированная культя желудка с зоной анастомоза и петлями тонкой кишки. Белыми стрелками указаны рецидивные очаги. В левом нижнем углу схематично изображен данный препарат с указанием мест локализации рецидивов.



Рис. 3. Рентгенограмма культи желудка больного К., 40 лет. Виден пищевод, очень маленькая культи с дефектами наполнения по малой кривизне, приводящая и отводящая петли кишок.

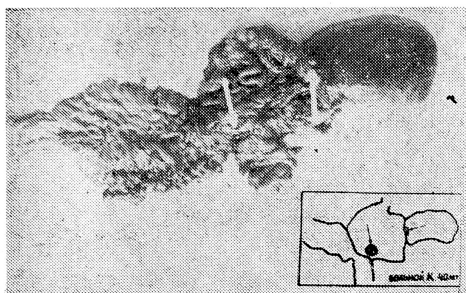


Рис. 4. Макропрепарат больного К., 40 лет: экстирпированная культи желудка с зоной анастомоза, приводящей и отводящей петлями тонкой кишки, селезенкой. Стрелками указано место рецидива и метастатического узла в воротах селезенки. В правом нижнем углу схематическое изображение данного макропрепарата.

В первом случае мы имели дело, видимо, с мультицентрическим ростом опухоли на фоне полипоза; во втором, вероятнее всего, с транспортным интрамуральным метастазом. Данная группа рецидивов рака резецированного желудка относится к резидуальным опухолям и встречается наиболее часто, являясь основной причиной смерти больных.

Описанные наблюдения позволяют считать, что регламентированное по времени (через каждые 3—4 мес) обследование с применением гастрофиброскопии дает возможность своевременно выявлять рецидивы заболевания у лиц, перенесших резекцию желудка или гастрэктомию по поводу рака, произвести повторную операцию и продлить жизнь этой группе онкологических больных. Кроме того, эндоскопический метод обеспечивает раннюю диагностику различных воспалительных изменений резецированного желудка, что создает условия для своевременной коррекции состояния больных.

Гистологическое заключение: слизистый рак желудка с прорастанием всех слоев стенки и метастазами в лимфоузлы 1, 2, 3-го коллекторов. Резекция в пределах здоровых тканей.

Через 4 мес во время обследования амбулаторно была произведена гастрофиброскопия, выявившая небольшие папиллематозные изменения в зоне анастомоза. Высказано предположение о рецидиве рака культи желудка. Произведена прицельная биопсия. Гистологическое заключение: в срезах картина аденокарциномы с некротическими наложениями на поверхности.

Состояние больного удовлетворительное. Жалобы на изжогу после приема пищи и периодически возникающую рвоту. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Масса тела сохранена. Анализ крови: эр. $3,8 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Нб 2,1 ммоль/л, л. $7,6 \cdot 10^9$ в 1 л, э. — 7%, с. — 44%, лимф. — 43%, мон. — 6%, СОЭ 10 мм/ч.

Контрольное рентгенологическое исследование дало основание предположить рецидив рака культи желудка (рис. 3).

2/XI 1976 г. осуществлена комбинированная трансабдоминальная экстирпация культи желудка с наложением термино-латерального эзофагоэноанастомоза и межкишечного соустья по Ру. Спленэктомия.

Препарат — культи желудка с анастомозом, приводящей и отводящей петлями тонкой кишки и селезенкой. Слизистая культи чистая, несколько атрофична. В зоне анастомоза на фоне папиллематозных изменений незначительное уплотнение стенки до 1 см (рис. 4). Гистологическое заключение: слизистый рак культи желудка в зоне анастомоза, располагающийся в мышечном слое рядом с гранулемой вокруг инородного тела (шовная нить). Слизистая без признаков малигнизации. В воротах селезенки — метастаз рака.

Послеоперационный период протекал без осложнений. К. выписан в удовлетворительном состоянии.

Первая пациентка наблюдается после повторной операции около 3 лет, а второй — 2 года без признаков рецидива заболевания.

Поступила 12 февраля 1979 г.