

О ТРУДНОСТЯХ И ОШИБКАХ РАСПОЗНАВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЖЕЛУДКА ПРИ ЛАПАРОТОМИИ

Доц. М. З. Сигал

Кафедра хирургии и онкологии (зав.— проф. Ю. А. Ратнер)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Во время операции нередко встречаются трудности распознавания патологических изменений желудка. Выявление начального рака желудка является неразрешенной проблемой диагностики и при лапаротомии. Гистологические исследования показали, что определение границ раковой инфильтрации стенки желудка или пищевода часто оказывается ошибочным. Встречаются трудности дифференциальной диагностики между некоторыми формами рака и пептической язвой. Язва или эрозия, служившие источниками кровотечения, могут оказаться не обнаруженными при лапаротомии. Рецидивы полипоза желудка, рак культи после резекции по поводу рака или полипов чаще всего являются следствием неправильной оценки состояния стенки сохраняемой части желудка.

Нет методов исследования слизистой не вскрытого желудка во время операции. Хирург не имеет возможности судить об интрамуральных сосудах стенок полых органов и контролировать их состояние по ходу оперативного вмешательства.

Обнаружение рака в начальной его стадии во время лапаротомии представляет большую трудность.

Файндли, Кирснер и Пальмер (1950) сообщают о трех больных, у которых при лапаротомии опухоль желудка не была найдена, и лишь вторичная операция через некоторое время подтвердила правильность рентгенологического заключения о наличии рака. Четвертому больному на основании гастроскопического исследования, несмотря на отрицательные данные пальпации и осмотра при лапаротомии, произведена резекция желудка, имевшего небольшой раковый очаг. Такие примеры приведены также П. Н. Напалковым; П. Т. Волковым (1959), О. И. Бибером (1961). С. А. Рейнберг, И. Л. Тагер и Гутман упоминают о ряде случаев, когда хирурги, при установленном до операции диагнозе рака, во время лапаротомии ничего не находили и ограничивались ревизией, и лишь в последующем обнаруживалась их ошибка. Гутман полагает, что рентгенологу доступно распознавание ракового поражения небольшого участка слизистой, причем такой диагноз не может быть подтвержден хирургом, так как очаг оказывается невидимым и непальпируемым. Гастротомия, по мнению этого автора, также не имеет большой ценности, если эксплорация желудка отрицательная. С. А. Рейнберг и Гутман рекомендуют на основании рентгенологического диагноза производить резекцию желудка независимо от данных обследования во время чревосечения. Такая тактика не может быть принята как выход из положения, ибо расхождения между рентгенологической и хирургической диагностики могут оказаться в пользу последней. Чаще встречаются ошибки рентгенологов, чем неправильные заключения в отношении начального рака, сделанные при лапаротомии.

Дейч и Пальмер (1956) сопоставили диагностические ошибки рентгенолога, гастроскописта и хирурга. Из 98 больных рентгенолог поставил ошибочный диагноз 29 больным, гастроскопист — 19. Расхождения операционного диагноза с патологоанатомическим были в 21 случае. Из 46 язв желудка хирург поставил правильный диагноз в 35, 8 были приняты за норму и 3 за карциному. Из 30 случаев рака в 24 диагнозы оказались точными, 3 были определены как пептические язвы и 3 — как норма. Авторы указывают, что хирурги должны критически относиться к кажущемуся нормальным состоянию желудка при лапаротомии, если рентгенологические и гастроскопические данные положительны. При таких обстоятельствах они рекомендуют производить резекцию, особенно если в анамнезе есть указания на желудочные кровотечения. Данные этих авторов свидетельствуют о том, что ошибки диагностики при операциях на желудке не столь уж редки, как это может казаться.

Приведем наши наблюдения. Б., 46 лет, оперирована в районной больнице по поводу предполагавшегося рака желудка. При этом опухоль не была найдена, но удален один из увеличенных лимфатических узлов, в котором при гистологическом исследовании обнаружен метастаз рака. Лишь спустя 10 месяцев больная направлена в клинику для повторного вмешательства, когда было обнаружено обширное раковое поражение желудка, врастание опухоли в поджелудочную железу и множественные метастазы в парааортальные лимфатические узлы.

У., 62 лет, в 1944 г. перенес операцию ушивания прободной язвы желудка с гастростомией. В 1959 г. повторно оперирован опытным хирургом по поводу рака. Опухоль не была обнаружена, ограничилась снятием анастомоза между желудком и тощей кишкой. Через полтора года при третьей лапаротомии оказался распространенный рак.

У Б., 59 лет, в 1956 г. при рентгеноскопии в области угла желудка выявлен округлый дефект наполнения с четкими контурами величиной 1×1 см. Во время лапаротомии опухоль не была найдена. В 1961 г. рентгенологически был установлен большой дефект наполнения на малой кривизне. 8/VIII-61 г. произведена резекция желудка. На удаленном препарате была огромная экзофитная с изъязвлением опухоль размером 10×15 см (мелкоклеточная аденокарцинома сосочкового строения).

В протоколе операции описана только опухоль, на препарате же найдено еще и 5 полипов.

Достоверное определение границ распространения рака в желудке на основании данных пальпации и осмотра часто невозможно.

А. И. Эльяшев (1932) обнаружил в 12 из 42 случаев резекций, что разрез произведен в пораженных тканях. Трое из этих больных умерли в связи с операцией, а 6 — от локального рецидива и метастазов спустя от 5 до 27 месяцев после резекции. По данным Коллера, Кейя и Макинтайра (1941), рак достигал проксимальной линии резекции в 24,5% случаев, хотя этого нельзя было установить при пальпации. Экер (1951) привел более низкую цифру — 8%. В. Н. Новик (1953) при микроскопическом исследовании из 13 случаев эндофитного рака желудка в 12 нашла в подслизистом слое с кардиальной стороны тяжи раковых клеток, кроме того, в двух случаях — конгломераты раковых клеток в просвете вены, расположенной в мышечном слое. Куйер (1956) исследовала 65 препаратов, полученных после обширных частичных резекций желудка, считавшихся лечебными. Интрамуральная раковая инвазия одной или обеих поверхностей среза была в 26 случаях. Из 27 препаратов полностью удаленного желудка в 3 проксимальный край был поражен очагами рака. К. А. Макарова (1957) исследовала гистологически 28 пищеводно-желудочных и пищеводно-кишечных анастомозов больных, умерших после операции по поводу рака в сроки свыше года. Раковая инфильтрация была в подслизистом слое пищевода как в области стыка стенок, так и на 3—5 см выше линии его отсечения и образования соустья. Е. И. Кремер (1959) в 7 из 22 препаратов, полученных после резекции кардии и нижнего отдела пищевода, нашел элементы рака в подслизистом слое в пределах операционного разреза. Данные гистологических исследований ряда авторов, свидетельствующие о частых ошибках в выборе уровня резекции, приведены в монографиях А. В. Мельникова (1960) и Левина (1960).

По данным Томсона и Робинса (1952), рецидивы рака в культе желудка встречаются у 30% оперированных. Ф. И. Лещенко (1955) сообщил о 40% рецидивов на 778 резекций, произведенных на расстоянии 4 см от опухоли. Э. Б. Герцфельд (1953) указывает, что из 23 умерших после резекции рецидив в культе найден в 17 случаях. Ю. Е. Березов и сотрудники (1961) приводят данные прозектуры городской онкологической больницы Москвы за 1946—1959 гг., по которым из 54 умерших в отдаленные сроки после резекции желудка по поводу рака у 36 обнаружен рецидив в культе.

Впервые сопоставления макроскопической и микроскопической границ распространения при раке желудка произведены Борманом (1901). При исследовании 63 препаратов он установил, что раки выходного отдела желудка распространяются в сторону кардии по малой кривизне преимущественно в подслизистом слое. В шести его случаях поражение было на расстоянии 7,1 см от макроскопически определяемого края.

В дальнейшем выполнен ряд исследований, подтвердивших частое несоответствие пальпируемых границ опухоли и определяемых при микроскопическом анализе. Весьма показательны данные Г. А. Шешиной (1952). В 26 из 47 резецированных препаратов обнаружена раковая инфильтрация за пределами макроскопически определяемой границы на расстоянии от 4 до 8 см. Протяженность инфильтрации в кардиальном направлении составляла у большинства больных 4—5 см, а у некоторых — и более (до 8 см). Дистально от края опухоли инфильтрация распространялась на протяжении 3—4 см, наиболее часто (у 11 больных) она обнаруживалась в кардиальном и пилорическом направлениях. Определенной зависимости между протяженностью инфильтрации и величиной опухоли, по данным автора, нет. Из 27 оперированных у 11 возник рецидив в течение года. М. П. Горюнова (1952) изучила 32 случая рака желудка. 10 препаратов соответствовали инфильтративной форме. Ни в одном из них макро- и микроскопические границы не совпадали. При ограниченных язвенных формах в 7 случаях из 12 границы совпадали, а в остальных очертания опухоли были неровные, наблюдались отдельные тяжи раковых клеток вне макроскопической границы опухоли.

П. Е. Кульчинский (1952) исследовал большие гистотопографические срезы, включавшие опухоль и здоровую стенку желудка в различных направлениях от нее. Он также наблюдал, что распространение в подслизистой ткани идет дальше, чем в слизистой, преимущественно по лимфатическим щелям и лимфатическим сосудам. Наи-

более отдаленные от основного очага раковые тяжи часто заключены между поверхностными слоями желудка. Пальпаторное их определение, как об этом можно судить на основании гистологических исследований, нередко оказывается невозможным. То же можно сказать и о пищеводе.

Б. В. Петровский (1957), имеющий большой опыт в операциях на пищеводе, указывал, что узкие отроги опухоли в виде тяжей в подслизистом слое трудно определить во время операции.

Чтобы избежать опасности резекции в пределах пораженных тканей, предлагают проводить разрезы на определенном расстоянии от пальпируемого края опухоли. Однако этот критерий часто оказывается неполноценным. А. И. Раков (1958) считает, что расстояние от верхней границы опухоли, которое он определяет 5 см, может иметь значение только при очерченных и смешанных формах, оно должно считаться условным при инфильтрирующей форме и не может служить ориентиром в определении уровня резекции при диффузном раке желудка. К этому еще следует добавить, что распознавание формы рака на основании пальпаторных данных и осмотра не вскрытого желудка может оказаться ошибочным.

Ряд авторов рекомендует исходить из результатов срочного гистологического исследования замороженных срезов тканей, взятых у линии резекции (ПЭК и Мак-Нир, 1949; Шауц, 1955; Кумер, 1956). Однако такое исследование представляется сложным. Кроме того, положительное заключение потребовало бы повторной резекции; главный же недостаток такого приема сводится к тому, что отрицательный результат анализа не исключает ракового поражения за пределами резекционной линии, проксимальнее ее. Возможность не только ползучей инфильтрации, но и транспортных внутристеночных метастазов (С. А. Холдин), прерывистого распространения рака по стенке (А. В. Мельников) обесценивает негативные данные биопсий из одного участка, поскольку отрицание поражения должно основываться на исследовании тканей на всем протяжении операционного разреза, что потребовало бы слишком длительных поисков. Свидетельством печального несовершенства операционной диагностики являются повторные операции по поводу рецидивов рака в культе, число которых возрастает (Е. Л. Березов, 1951; Бауден, Бухер и Мак-Нир, 1952; А. В. Мельников, Ю. Е. Березов, Е. В. Потемкина, Б. В. Милонов, Е. Г. Фридман, О. Ф. Конобевцев и др.).

Гильбертсен и Вангенштин (1962) подытожили тринадцатилетний опыт применения реэксplorаций, производившихся у оперированных ранее по поводу рака, в том числе и рака желудка. Через 6 месяцев после первичной лечебной операции больные, не имевшие симптомов рецидива, из-за опасения пропустить начало рецидива подвергались исследованию операционного поля, т. е. «асимптоматическим», по выражению авторов, операциям. Операции производились и повторно, если обнаруживалась остаточная опухоль, до тех пор, пока рецидив уже не выявлялся или степень распространения рака не допускала его удаления. Из 67 больных раком желудка, подвергавшихся таким «асимптоматическим» операциям, у 39 был найден остаточный рак. Из 28 больных, у которых при повторных операциях рецидив не был обнаружен, 8, однако, умерли в последующем от рака, что свидетельствует о неполноценности методов выявления рецидивов рака и при таком подходе.

Следует отметить, что неблагоприятные ближайшие результаты резекций могут объясняться раковой инфильтрацией тканей по линии шва. По данным К. А. Макаровой, в 17 из 24 случаев несостоятельности анастомозов, которые были наложены по поводу рака кардии, наблюдалась раковая инфильтрация подслизистого слоя пищевода.

К числу причин ошибок диагностики поражений желудка при уже открытой брюшной полости Штих (1958) с полным основанием относит *внешнее сходство язвы желудка и рака*. Из-за этого нередко ушиваются прободные не пептические, а раковые язвы (П. Н. Напалков, 1958). Иногда не только при осмотре со стороны серозного покрова и ощупывании при лапаротомии, но даже и на удаленном препарате далеко не всегда можно отличить язвенную форму рака от пептической язвы. При обсуждении вопроса о развитии рака на почве ушитой прободной язвы трудно отклонить возможность первичного язвенного рака, не распознанного при лапаротомии. Истинная продолжительность течения рака желудка часто остается неизвестной (Гутман). Относительно небольшой опыт реэксplorации, как и наши наблюдения, подтверждает возможность весьма медленного прогрессирования рака желудка. В этом свете заключения о злокачественном превращении язвы как и полипов желудка, по-видимому, нередко делаются в отношении случаев, представляющих на самом деле медленно развивающиеся первичные карциномы.

По сборным данным, приведенным А. В. Мельниковым (1954), охватывающим 859 наблюдений, рак развился на месте ушитой перфоративной язвы в 2,3% случаев. Отчасти это связано с тем, что макроскопическая диагностика злокачественно перерожденной язвы желудка не может быть уверенной и при лапаротомии (А. С. Федореев, 1948; А. В. Мельников; З. Т. Сенчилло-Явербаум, 1959; И. Н. Неймарк, 1959). Встречаются и такие ошибки, когда язва, осложненная воспалительным околожелудочным инфильтратом, принимается за неоперабельный рак.

Нам в 1960 г. пришлось осматривать больного Г., 34 лет, перенесшего в 1955 г. лапаротомию. Во время чревосечения был установлен диагноз неудаляемого рака верхней трети желудка, прораставшего в поджелудочную железу. После операции в те-

чение всех этих лет он страдал от тяжелых болей в подложечной области и в пояснице. Как инкурабильному больному ему вводили морфин в больших дозах (до 45 мл однопроцентного раствора в сутки). Заподозрив диагностическую ошибку, допущенную при лапаротомии, мы при повторной операции обнаружили гигантскую язву, пенетрирующую в печень, забрюшинную клетчатку и тело поджелудочной железы. Диагноз подтвержден при микроскопическом исследовании. Наступило выздоровление.

Подобные наблюдения встречаются не столь уж редко (А. В. Мельников, З. Т. Сенчилло-Явербаум). А. С. Федорев (1938) сообщил, что из 221 больного раком желудка после гастрозентеростомии 15 человек (около 7%) были живы спустя от 4 до 10 лет после операции. Можно предполагать, что у подавляющего большинства этих больных диагноз рака во время операции был поставлен ошибочно.

Отдаленные исходы лечения полипов желудка оказываются часто неудовлетворительными. Н. Н. Еланский и К. К. Нарычева (1960) подытожили данные П. Г. Харченко (1957), И. С. Шепелевой (1957), А. С. Комарова (1957) и И. М. Чайкова (1957), согласно которым из 197 больных, прослеженных в сроки от одного года до 6 лет, у 31 (15,7%) после резекции желудка по поводу полипоза развился рак или рецидив полипов в культе. Из 48 больных Н. Н. Еланского и К. К. Нарычевой с доброкачественными полипами у 5 после резекции возник рак в культе желудка. В. Н. Сагайдак (1960) привел сведения о 197 больных, перенесших операцию по поводу полипов; из прослеженных в течение трех лет после резекции желудка умерло 26, из них от рака желудка — 16, в том числе 8 оперированных по поводу доброкачественных полипов.

Неудачи в хирургическом лечении полипов (рецидивы полипов, рак культи), выявившиеся в ближайшее время после операции, несомненно, связаны с диагностическими ошибками при лапаротомии, определившими неполное удаление пораженной стенки желудка. Подобные статистические материалы побуждают ряд хирургов считать необходимым широкие радикальные резекции даже и при одиночных полипах. Такому мнению, однако, противопоставляется множество наблюдений, свидетельствующих о правомерности щадящих операций типа полипэктомий. Так, Ганплер, Пристли, Морлок и Гейдж (1960) сообщают о 99 полипэктомиях на 300 операций по поводу полипов.

Консервативные операции при одиночных полипах допускаются рядом хирургов. Из 13 больных И. М. Чайкова, которым произведено иссечение полипов, у 11 на отдаленных сроках отсутствовали рецидивы. В. Н. Сагайдак наблюдал благоприятные исходы после иссечения доброкачественных полипов у 11 из 12 больных, прослеженных в течение 5 лет.

Рецидивы полипов и рак культи встречаются и после полипэктомий, и после резекций. Вместе с тем излечение может быть достигнуто как резекцией, так и иссечением полипов. Проблема выбора наиболее эффективного хирургического лечения полипов желудка и кишечника связана с дальнейшим совершенствованием диагностики изменений слизистой на операционном столе. Весьма существенной задачей распознавания при полипообразных опухолях является отличие доброкачественных полипов от полипоидных карцином. И. Л. Тагер пишет, что он располагает не менее чем 20 наблюдениями, когда оператор ограничивался круговой или клиновидной экцизией, считая опухоль доброкачественной, и неожиданно оказывалось гистологическое заключение о раковой ее природе. Такое наблюдение имело место и в нашей клинике.

Признаки гастрита при обзорной лапаротомии до сих пор интересовали хирургов по существу лишь в той мере, в какой это оказывалось важным для дифференцировки гастрита и рака. Гастрит сам по себе редко служил показанием к резекции. Оператор обычно не уделяет внимания также и гастритическим изменениям слизистой, сопутствующим раку, полипу или язве.

Не вызывает, однако, сомнений сложность отличия некоторых форм начального рака и гастрита при чревосечении. А. Н. Рыжих и Ю. Н. Соколова (1947) приводят наблюдение, когда при обзорной лапаротомии по поводу предполагавшегося рентгенологически ригидного антрального гастрита не найдено патологических изменений, а через 2 года при повторном вмешательстве обнаружен рак антрального отдела желудка. Эдлунг, Кьельгрин, Штатин, Уикбом, Зетергрэн (1961) на основании 16 операций по поводу хронического антрального гастрита считают, что при этом заболевании рак полностью нельзя исключить никакими неоперативными способами и даже на операционном столе. Поэтому, полагаят они, резекция желудка является операцией выбора. А. В. Мельников также отмечает, что обзорная лапаротомия в этих случаях не гарантирует правильного диагноза.

За последние годы вопрос о хирургическом лечении некоторых форм гастрита решается положительно рядом авторов (Иуд, Эдвардс, 1959; Эдлунг и соавторы; А. В. Мельников и др.).

Имеются серьезные основания полагать, что такие неудачи в оперативном лечении рака, как рецидивы в культе, зависят не только от ошибочного определения протяженности пораженной области; вполне возможно, что рак, возникший вдали от линии резекции на отдаленных сроках после операции, является следствием дальнейшей морфологической эволюции сопутствовавших первичному раковому очагу предопухолевых гастритических изменений. Вангенштин (1943) обращает внимание на частое возникновение рака в области атрофированной слизистой культи.

А. В. Мельников рекомендует при операциях по поводу полипов (выполняемых без жомов) иссекать стенку желудка на расстоянии не менее чем на 4—5 см выше линии, разделяющей слизистую, пораженную атрофическим гастритом, от соседнего ее отдела. Нужно полагать, что удаление атрофированной слизистой было бы оправданным и при сопутствующем раку очаговом гастрите.

Состояние и величина слизистой сохраняемой части желудка должны интересоваться хирурга и при операциях по поводу язвенной болезни. Значение пептического фактора в патогенезе язвы диктует необходимость уменьшения кислотовыделительной функции желудка. Объем резекции до сих пор определяется размером удаляемой части стенки, что, однако, не характеризует величину площади иссеченной и, следовательно, сохраняемой слизистой. Кокс (1953) показал, что отличия размеров площадей слизистой различных желудков более выражены, чем их наружных поверхностей. Из 22 желудков, избранных наугад, площадь слизистой варьировала между 421 и 1536 см². Складки слизистой образуют большую дополнительную поверхность. Кажущийся малым желудок может иметь громадную слизистую. Поэтому при операциях, рассчитанных на снижение пептической активности, следовало бы учитывать площадь удаляемой слизистой, а не желудка вообще.

Таким образом, обнаружение изменений слизистой, свойственных гастриту, представляет большой интерес для дифференциальной диагностики рака и гастрита и оперативного лечения гастрита, как первичного (некоторых форм), так и сопутствующего раку, язве и полипам. Поскольку дооперационное распознавание в ряде случаев оказывается весьма сложным, а нередко и ошибочным, личная оценка оперирующим состояния слизистой для решения ответственных задач оперативной тактики совершенно необходима.

Он же для этого располагает весьма скромными возможностями. Осмотр серозного покрова при гастритах не обнаруживает никакой патологии; к тому же лежащие в основе различных разновидностей гастрита анатомические изменения (см., например, у Гюис и Стюарта, 1943) столь незначительно меняют плотность стенки желудка, что пальпацией их практически нельзя уловить. В таких условиях гастротомия, несмотря на все ее отрицательные стороны, приобретает большую диагностическую ценность. Применяется же она при подозрениях на гастрит весьма редко, а для выявления гастрита, сопутствующего раку, обычно не используется. На деле при обзорной лапаротомии в подобных случаях ограничиваются пальпацией и, если она даст отрицательный результат, зашивают брюшную стенку. При такой эксплорации диагноз гастрита не отклоняется и не подтверждается. Во время операций по поводу рака и язвы, а часто и полипов при выборе уровня резекции гастритические поражения оставляемой культи обычно не учитываются.

Вопрос об оперативном распознавании источника желудочного кровотечения, так же как и о жизнеспособности желудка после его частичной деваскуляризации при резекциях, тесно связан с состоянием интрамуральных кровеносных сосудов.

Обычно сохранение аа. gastricae breves после перевязки других сосудов обеспечивает достаточное кровоснабжение проксимальной части желудка. Однако в некоторых случаях в связи с особенностями сосудистой сети могут возникать циркуляторные расстройства, влекущие за собой некрозы культи.

Приведем случай такого необычного осложнения, наблюдавшегося в нашей клинике.

У Х., 34 лет, после резекции желудка по поводу язвы дистального отдела на третий день развилась картина перитонита, потребовавшая релапаротомии. При повторном чревосечении обнаружен некроз передней стенки желудка на расстоянии около 3 см от линии швов. Перфоративное отверстие было ушито. Однако поскольку через введенную дренажную трубку в послеоперационном периоде выделялось желудочное содержимое, еще раз произведена ревизия. Обнаружено еще одно перфоративное отверстие на передней стенке. Сделана резекция желудка. Больной погиб на 7-й день после операции от перитонита. Аналогичные наблюдения описаны другими авторами¹. Спенсер (1956) и Стюарт (1957) привели по одному такому случаю. Фел, Зайденберг и Гарвид (1958) дали обзор 12 наблюдений, в том числе 2 встретившихся в их практике. Чаще такое необычное осложнение было в случаях, когда субтотальная резекция сопровождалась спленэктомией, хотя у некоторых из этих больных удаление селезенки не производилось.

Для предотвращения после резекции пищевода некроза мобилизованного желудка С. Н. Гейнц (1957) рекомендует отказываться от лигирования левой желудочной артерии. А. А. Русанов (1955) предлагает сохранять желудочно-селезеночную связку. При описываемом им способе мобилизации желудка перемещается в плевральную полость вместе с селезенкой и хвостом поджелудочной железы. Так избегают перевязки коротких сосудов желудка. Е. Л. Березов применял резекцию дна желудка для предупреждения некроза, обычно возникающего в этой области. Хирургическая практика свидетельствует о том, что некрозы связаны с вариантами отличиями в структуре внутристеночной сети. Действительно, даже при перевязках а. gastricae sinistra и всех коротких сосудов сохранение правой желудочной и правой желудочно-сальнико-

вой артерий оказывается обычно достаточным для полноценного кровоснабжения желудка. Это и позволяет большинству хирургов пользоваться такой мобилизацией при резекциях пищевода. Вместе с тем в отдельных случаях наступает упоминавшееся осложнение. Предвидеть его оператор лишен возможности. Анатомические исследования (А. В. Краснов, 1956, 1957) не разрешают эти противоречия.

В литературе не так уж редки сообщения о трагических ошибках, когда источник язвенного кровотечения не обнаруживается при лапаротомии (Дейч и Пальпер).

На трудности поисков кровоточащей небольшой язвы или эрозии указывает ряд авторов (Ю. Ю. Джанелидзе, 1933; А. П. Мирзаев; Б. Л. Бронштейн, Б. С. Розанов, 1960).

Не всегда в таких случаях эффективна гастродуоденотомия.

Приведем наблюдение, любезно предоставленное нам клиникой неотложной хирургии Казанского ГИДУВа.

Д., 52 лет, поступила по поводу желудочного кровотечения. 17/X-61 г. — операция. При ревизии пальпаторно язв и опухолевидных образований в желудке и duodenum не обнаружено. Сделана гастротомия — источник кровотечения не найден. Печень оказалась уменьшенной в размерах, на капсуле ее — белесоватые рубцы. Оператор не мог исключить цирроза печени. Сделана спленэктомия и оментизация печени. Больная скончалась 20/X от продолжавшегося кровотечения. При вскрытии найдена небольшая мягкая на ощупь эрозия в субкардиальном отделе желудка по малой кривизне.

Для преодоления ошибок операционной диагностики одни авторы рекомендуют оперировать без жомов и осматривать слизистую культи желудка (А. В. Мельников; В. С. Маят и И. Д. Головина, 1959). Другие (П. Н. Напалков; А. П. Мирзаев, 1959; Б. Л. Бронштейн, 1959; О. И. Бибер, Спенсер и Мелони, 1956) предлагают шире пользоваться вскрытием его полости. Не отрицая диагностической ценности гастротомии, следует, однако, сказать, что этот метод имеет свои недостатки и ограничения. При гастротомии, как и при открытых способах оперирования, может быть нарушена асептика. Для полноценного осмотра слизистой необходимы большие разрезы (П. Н. Напалков и А. П. Мирзаев). Кроме того, гастротомия при распознавании рака не гарантирует от ошибок, так как объектом исследования служит слизистая желудка, а раковая инфильтрация в периферических отделах чаще распространяется в подслизистом слое. Не удивительно, что и при гастротомии могут быть допущены ошибки; нужно учесть, что и на удаленном и разрезанном препарате иногда трудно определить характер изменений и что условия осмотра желудка при гастротомии — стесненные. О случаях неправильных заключений при гастротомии сообщают П. Н. Напалков, Б. Л. Бронштейн, А. Н. Протопопов (1959).

Диагностическая лапаротомия из крайней меры превращается в широко пропагандируемое вмешательство (А. В. Мельников; П. Т. Волков; Л. Г. Смоляк и И. Ф. Семенюк, 1959; Льюис, 1960 и др.), применение которого оправдывается прежде всего возможностью, часто единственной, выявления начальных форм рака. Само собой разумеется, что она при необходимости должна быть заключительным этапом использования различных, все же более щадящих и более безопасных методов диагностики. Возрастает число случаев, когда показания к эксплоративной лапаротомии ставятся на основании подозрений, предположений, а вовсе не обоснованных заключений о наличии рака. Начальным моментом операций и при установленном диагнозе является ревизия, определяющая план вмешательства.

Таким образом, существующие методы оперативной диагностики (главным образом, осмотр снаружи и ощупывание) далеко не всегда придают лапаротомии значение окончательного способа распознавания. Достоверность исследования часто оказывается иллюзорной. Опыт оператора при этом, конечно, играет большую роль.

Все сказанное свидетельствует о необходимости совершенствования методики исследования желудка, как и других полых органов, во время лапаротомии.

Большое значение в предупреждении описываемых осложнений может иметь разработанный нами метод операционного трансллюминационного исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенов Б. Н. *Вопр. груд. хир.*, М., 1961.
2. Амосов Н. М. *Очерки торакальной хирургии*. Киев, 1958.
3. Березов Е. Л. *Хирургия пищевода и кардии желудка при раке*. Горький, 1951.
4. Березов Ю. Е., Потемкин Е. В., Милонов Б. В., Фридман Е. Г., Конобевцев О. Ф. *Груд. хир.*, 1961, 2.
5. Бибер О. И. *Вест. хир.*, 1961, 7.
6. Бронштейн Б. Л. *Тр. Всесоюз. конф. онкологов*, Л., 1959.
7. Волков П. Т. *Вопр. онкол.*, 1959, 5, 1.
8. Гейнац С. В. и Клещевникова В. П. *Тр. VI Пленума правления Всесоюз. науч. общ. хир.*, Л., 1957.
9. Герцфельд Э. Б. *Вопросы клиники и лечения злокачественных новообразований*. Изд. АН Литовской ССР. Рига, 1953.
10. Горюнова М. П. *Тр. АМН СССР*, 1952, вып. 5.
11. Джанелидзе Ю. Ю. *Сов. хир.*, 1933, 1—3.
12. Еланский Н. Н., Нарычева К. К. *Хирургия*, 1960, 8.
13. Колосий-ченко М. И. *Тр. II съезда онкологов и III съезда рентген. и радиол. УССР*. Киев, 1959.
14. Комаров А. С. *Сов. мед.*, 1957, 6.
15. Краснов А. В. *Кровоснабже-*

ние мобилизованного желудка (анатомическое исследование). Л. Канд. дисс., 1956. — 16. Краснов А. В. Вест. хир., 1957, 8. — 17. Кремер Е. И. Сб. науч. тр. Ивановского мед. ин-та, 1959, вып. 22. — 18. Кульчинский П. Е. О распространении рака в стенке желудка вне первичной опухоли. Канд. дисс., Л., 1952. — 19. Лещенко Ф. И. Нов. хир. арх., 1955, 3. — 20. Макарова К. А. Тр. Пленума правл. Всесоюз. общ. хир. Л., 1957. — 21. Маят В. С. и Головина И. Д. Тр. II Всесоюз. конф. онкологов. Л., 1959. — 22. Мельников А. В. Врач. дело, 1935, 2; Клиника предопухолевых заболеваний желудка. М., 1954; Клиника рака желудка. М., 1960. — 23. Мирзаев А. П. Вест. хир., 1959, 8. — 24. Напалков П. Н. Вест. хир. им. И. И. Грекова, 1954, 3; Вест. хир. им. Грекова, 1958, 9. — 25. Неймарк И. Н. Хирургия, 1959, 11. — 26. Новик В. Н. В кн.: Патоморфологические изменения в стенке резецированного желудка при раке. Рига, 1953. — 27. Петровский Б. В. Тр. VI Пленума правл. Всесоюз. общ. хир. Л., 1957. — 28. Протопопов А. Н. Клини. мед., 1959, 4. — 29. Раков А. И. Совр. пробл. онкол., 1958, 6(87). — 30. Рейнберг С. А. Рентгенологическое распознавание рака желудка. М., 1952. — 31. Розанов Б. С. Желудочные кровотечения и их хирургическое лечение. М., 1960. — 32. Русанов А. А. Хирургия. 1955, 10; Вест. хир., 1960, 9. — 33. Рыжих А. Н. и Соколова Ю. Н. Хирургия, 1947, 4. — 34. Сагайдак В. Н. Вопр. онкол., 1960, 8. — 35. Сенчилло-Явербаум З. Т. Сб. тр. Иркутского мед. ин-та, 1959. — 36. Смоляк Л. Г., Семенюк И. Ф. Вопр. онкол., 1959, V, 5. — 37. Таггер И. Л. Ошибки и трудности в рентгенодиагностике рака желудка. М., 1959. — 38. Федореев А. С. Вест. хир., 1938, 2; Рак из язвы. М., 1948. — 39. Харченко П. Г. Хирургия, 1957, 7. — 40. Холдин С. А. В кн.: Злокачественные опухоли. М., 1952; БМЭ, 1959, 10. — 41. Чайков И. М. Хирургия, 1957, 5. — 42. Шешина Г. А. Клинико-рентгеноанатомические параллели при раке и полипозе желудка после резекции. Канд. дисс., Л., 1952. — 43. Эльяшев А. И. Нов. хир. арх. 1932, 3. — 44. Borrmann В. кн.: Die Klinik der bösartigen Geschwülste. Herausgegeben von P. Zweifel und E. Payr. Leipzig, 1925, Bd. II. — 45. Bowden L., Booher R. L., McNeer G. Surgerv, 1954, 36, 2. — 46. Collier F. A., Kay E. B., McIntyre R. S. Arch. Surgery, 1941, 43, 5. — 47. Cox A. I. Arch. Surgery, 1953, 67, 1. — 48. Deutsch D. L., Palmer E. D. Arch. Surgery, 1956, 73, 2. — 49. Edlung I., Kjellgren A., Statin S., Wickbom L., Zettergren L. Acta Chirurgica Scandinavica, 1961, 120. — 50. Eker R. Acta Chirurgica Scandinavica, 1951, 101. — 51. Fell S. C., Seidenberg B., Hurwitt E. S. Surgery, 1958, 43, 3. — 52. Findley I., Kirsner I. B., Palmer W. L. Gastroenterology, 1950, 14, 4. — 53. Gilbertsen V. A., Wangensteen O. H. Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1962, 114, 4. — 54. Guiss L. W., Stewart F. W. Arch. Surgery, 1943, 46, 6. — 55. Gutmann R. Bulletin de l' Association des Médecins de langue Française du Canada, 1960, 89, 11. — 56. Huppler E. G., Priestley I. T., Morlock C. G., Gage R. P. Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1960, 110, 3. — 57. Iudd E. S., Edwards C. C. Arch. Surgery, 1958, 76, 6. — 58. Kurjer P. I. Bulletin de la société internationale de chirurgie, 1956, XV, 1. — 59. Kummer A. Chirurg, 1956, 11. — 60. Lewin E. Acta Chirurgica Scandinavica, 1960, Supplementum. — 61. Lewis I. Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1960, 111, 3. — 62. Pack G. T. В кн.: Cancer of the esophagus and gastric cardia. 1949. — 63. Schautz R. Arztlische Wochenschrift, 1955, 10, 15—16. — 64. Spenser F. C. Arch. Surgery, 1956, 73, 5. — 65. Spenser F. C., Maloney I. V. Surgery, 1956, 40, 5. — 66. Stich R. В кн.: Fehler und Gefahren bei chirurgischen Operationen, Bd. I, Iena, 1958. — 67. Stuart I. R., Jordan P. H. Arch. Surgery, 1957, 74, 3. — 68. Thomson F. B., Robins R. E. Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1952, 3, 95. — 69. Wangensteen O. H. Arch. Surgery, 1943, 46, 6. — 70. Wilson G. S., Powers I. E., Johnston C. G. Arch. Surgery, 1956, 72, 5.

Поступила 26 сентября 1962 г.

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

ПРОБЛЕМА КАРИЕСА ЗУБОВ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ НА IV ВСЕСОЮЗНОМ СЪЕЗДЕ СТОМАТОЛОГОВ

(8—12 октября 1962 г., Москва)

Вопросы этиологии, патогенеза, профилактики и лечения кариеса зубов и его непосредственных осложнений были ведущими в программе съезда.

Проф. И. А. Бегельман основную трудность решения проблемы кариеса усматривает в характере эмали зуба, то есть той ткани, в которой, по его мнению, начинается кариозный процесс. Подвергается сомнению жизнеспособность эмали прорезавшегося