

Современная диагностика рака желудка.

Проф. К. М. Руткевича (Киев).

На меня возложена задача изложить Вам в возможно кратких чертах те методы, которыми мы пользуемся у постели больного для диагностики рака желудка, и те достижения, которые получены этим путем. Статистики наши, особенно заграницей, устанавливают, что смертность от рака за последнее время увеличивается. Экспериментальная патология в области выяснения причины рака за последние 10 лет далеко шагнула вперед. Что же сделано в этом направлении в клинике? Шагнули-ли и мы вперед и можем-ли мы теперь диагностировать рак желудка уже в самой ранней стадии?

В кратких чертах напомню симптоматологию рака желудка, — это необходимо для последующей критической оценки наших диагностических методов. Вся беда терапевта заключается в том, что как анатомическая, так и особенно клиническая картина рака желудка может быть чрезвычайно различна. Наиболее обычная форма его протекает при симптомах, всем хорошо известных.

Больной, в большинстве случаев лет 50-ти, нередко прежде совершенно здоровый, начинает жаловаться на диспептические расстройства неопределенного характера, прогрессивное уменьшение аппетита, усталость, исхудание, что нередко вызывает беспокойство со стороны родных и окружающих; но в общем у него не замечается еще ничего характерного, и исследование брюшной полости в этом периоде не дает заметных отклонений от нормы. Несмотря на режим и лечение, состояние больного все более и более ухудшается, появляются боли, слабость и исхудание увеличиваются, к нему присоединяется бледность кожи и слизистых, и в то же время выступают наиболее очевидные признаки — тошнота, отрыжка, рвота, сначала редко, затем чаще, иногда рвота кофейной гущей; исследование зондом обнаруживает аномалию желудочного химизма, появляется опухоль, развивается кахексия, и больной погибает то вследствие истощения, то вследствие осложнений со стороны печени, брюшины, плевры и пр.

Как видно, начало болезни при этой форме протекает незаметно, — нет ни одного характерного признака, который мог бы установить начало заболевания, ибо те же жалобы и болезненные явления, которые наблюдаются у нашего больного, могут быть и при простом гастрите, и при вторичных диспептических заболеваниях, зависящих от поражения других органов, и при целом ряде других доброкачественных болезней желудка. Исключительно-редко рак желудка обнаруживается сразу, причем первым симптомом его является кровавая рвота.

Какие же признаки при этой обычной форме являются основными?

1) *Потеря аппетита.* Это — один из характерных и притом самых

ранних признаков. Иногда она носит элективный характер и касается главным образом мяса или жира. Наиболее часто отмечается она у старых субъектов, тогда как у молодых и у лиц, страдавших раньше язвой желудка, аппетит нередко бывает сохранен; нужно впрочем помнить, что и у старых лиц аппетит может быть также не только сохранен, но и увеличен, переходя в булимию, как об этом свидетельствуют многие клинические случаи. 2) *Болезненные явления* при раке желудка обычно вначале бывают умеренны, затем более выражены, причем они не носят такой закономерности, как при язве, так что на основании локализации их нельзя определять местоположения неоплазмы, как это пытались сделать некоторые авторы. Боли припадками, повидимому, наиболее часто имеют место при *cancer pylori*, вызывающем явления стеноза. 3) *Тошнота, отрыжка и рвота* встречаются часто, почти всегда при раке *pylori*, причем характер рвотных масс указывает на стаз; если новообразование сидит у *sagdia*, то скорее отмечается отрыжка, чем настоящая рвота; если же, наконец, рак не занимает ни входного, ни выходного отверстия желудка, то рвота все же встречается, — вначале редко, затем чаще, причем может быть как натощак, так и после принятия пищи, по своему характеру бывает то слизистая, то пищевыми массами, то, наконец, кровянистая. 4) *Гастроррагии и скрытые кровотечения*. Рак желудка обычно сопровождается небольшими кровотечениями, кровь остается некоторое время в желудке, здесь она изменяется, поступает в кишечник, или выбрасывается со рвотой, придавая ей характер кофейной гущи. Такая рвота черной кровью наблюдается приблизительно в 42% всех случаев болезни. Часть крови попадает в кишечник, причем, ввиду незначительности гэморрагии, она может быть открыта в испражнениях только химическим путем. Систематическое исследование кала на эти скрытые кровотечения дают положительные результаты в различных пределах, от 70 до 96%, а у некоторых авторов до 100%: все зависит от статистики и чувствительности употребляемых реактивов. 5) *Исследование зондом* в большинстве случаев дает характерную картину — резкое уменьшение или полное отсутствие HCl, анахлоргидрию и гипопепсию желудочного сока; с другой стороны часто в желудочном содержимом обнаруживается присутствие молочной кислоты и крови (в 62% по *Boas'y*). Для правильной оценки этих признаков нужно, однако, помнить, что одно отсутствие HCl не является патогномоничным для рака желудка, — его можно встретить при целом ряде других заболеваний последнего; с другой стороны HCl может быть и при раке, особенно раке *pylori*, и не только в нормальных размерах, но даже и в повышенных. Только определенная комбинация, — присутствие в желудочном содержимом скрытой крови и молочной кислоты при отсутствии соляной, — должна прежде всего направить внимание врача на возможность существования неоплазмы. 6) Благодаря работам *Rommelaeger'a* одно время в распознавании рака желудка придавали известную важность результатам *анализа мочи*. Дальнейшие исследования, однако, показали, что мочевой синдром не может служить опорой для диагностики, и в частности присутствие индоксила в значительном количестве, на что указывал *Senator*, не является специальным признаком. Недавно вышедшая работа *Reinhard* также подтверждает это, ибо на основании полного анализа мочи, — определения мочевины в крови, коэффи-

циента Ambard'a и пр., — автор приходит к выводу, что как в начале, так и в периоде развития рака не отмечается нарушения функции почек, и почечная недостаточность может быть лишь осложнением, развивающимся вследствие токси-инфекционного нефрита при изъявлении опухоли, что значительно ухудшает прогноз. 7) *Появление опухоли* подтверждает диагноз рака желудка, поставленный на основании анамнеза и клинического исследования; но это — симптом поздний, он появляется лишь во второй половине болезни; с другой стороны опухоль может не определяться до самой смерти или потому, что она мала, или потому, что сидит в недоступном месте (cardia, малая кривизна, задняя стенка). Не нужно забывать также, что наличие опухоли не есть признак специфический для рака желудка, а лишь признак большой вероятности, ибо и другие заболевания могут также, подобно раку, давать опухоль. 8) Раз появилось подозрение на рак желудка, необходимо произвести *рентгеновское исследование больного*. Еще в 1912 г. Béclère и Mériel привели радиоскопические данные, которые могут быть использованы для диагностики рака желудка. С тех пор появилось много работ, особенно американских, затрагивающих этот вопрос. George и Leonard, из Бостона, советуют в каждом случае производить не одно, а целый ряд рентгеновских исследований, отмечая, что лишь при таком способе всякое изменение в структуре желудка не пройдет незамеченным. В мою задачу не входит подробное изложение рентгенологической картины при раке желудка, скажу лишь, что на основании таких типичных изменений, как образование лакуны, выемки, изменений характера перистальтических волн, нарушения функции pylorus'a и пр., мы часто получаем ценные указания, которые, в связи с клинической картиной, могут привести нас к верному диагнозу рака.

Вот те главнейшие данные, на которые опирается диагноз рака желудка при т. н. обычной его форме, и, хотя каждый из приведенных признаков имеет свою оговорку и не является патогномоничным, но при наличии сочетания этих признаков постановка диагноза в большинстве случаев не представляет особых затруднений при нахождении больного в клинической обстановке.

Далеко не все, однако, формы рака протекают при такой картине, — встречается большое число случаев этой болезни, дающих уклонения от описанной формы, каковые уклонения и создают главным образом почву для наших диагностических ошибок. Локализация опухоли, возраст субъекта, преобладание в картине болезни определенных симптомов (иной раз симптомов вторичного значения), отсутствие определенных кардинальных признаков и пр. — все это резко меняет картину болезни вплоть до полной неузнаваемости. Cancer pylori, — наиболее легко распознаваемая форма, — может дать картину стеноза, превалирующую над симптомами рака, причем сама опухоль, при положении ее позади печени, может не прощупываться, и тогда ставят диагноз доброкачественного стеноза pylori, не предполагая существования рака; с другой стороны рак привратника может не давать сужения, превращая pylorus лишь в ригидное кольцо, и тогда появляются признаки недостаточности привратника: быстрое опорожнение желудка, поносы и пр.

Одним из обычных симптомов рака желудка является анемия, возникающая очень рано и превалирующая в картине болезни. Явления

ее иногда бывает очень резко выражены: количество эритроцитов падает до 1 мил. 500 тыс., наблюдаются пойкилоцитоз, ядерные красные кровяные шарики и пр.; жалобы больных также главным образом указывают на анемию—головокружение, шум в ушах, сердцебиение и пр. Естественно, что мысль врача прежде всего направляется в сторону заболевания крови, одновременно же существующие диспептические расстройства трактуются им, как вторично-анемические, и только спустя долгое время, когда уже упущен благоприятный момент для операции, выясняется ошибка. Это—т. н. анемическая форма рака желудка. Вторая форма—гидропическая. Обычно отеки при раке желудка появляются лишь в периоде кахексии, при гидропической же форме болезни они возникают рано и нередко в соединении с асцитом; врач при этом прежде всего думает о страдании почек, сердца или печени, но исследование в этом направлении не дает точек опоры, и только тщательное исследование желудка может открыть причину страдания; если, однако, имеется асцит, то нередко исследование желудка оказывается невозможным, приходится ожидать пункции, причем иногда и после пункции диагностика все же остается неизвестной.

В случаях с ранними метастазами, особенно в печени, рак желудка при жизни не диагносцируется, так как здесь ставят обыкновенно диагноз рака печени, первоисточник же в желудке открывается лишь на секционном столе.

Есть еще две формы, где кардиальные симптомы рака желудка бывают мало выражены,—диспептическая и болевая (долорозная) формы. При первой симптомы начального периода и в частности диспепсия существуют долгое время и являются почти единственными, почему, если дело касается молодого субъекта, здесь и трудно бывает избежать ошибки. В таких случаях только систематическое исследование кала, химизма желудка и радиологическое исследование могут вывести на правильный путь. Долорозная форма главным образом встречается при язвенном раке, но и помимо этого могут быть случаи рака желудка, где боль является определенными кризами, заставляя прежде всего думать о перигастрите, табесе и пр. Mathieu описаны подобные случаи, где лишь laparotomia explorativa могла установить истинную природу болезни.

Есть ли,—спрашивается теперь,—скрытые формы рака желудка, как это утверждают некоторые авторы? Бывают ли случаи данной болезни, где не отмечается ни одного симптома? Вряд ли. Но эти симптомы могут быть настолько затушеваны, что не относятся за счет рака. В литературе описаны также случаи, когда больной, напр., помещался в больницу, как страдающий акоэлксией или бронхопневмонией, а на вскрытии у него находили cancer ventriculi. Особые обстоятельства дают объяснение этому факту—отсутствие поражений cardiae и pylori, малый об'ем опухоли, целость в общем слизистой, пожилой возраст субъекта и пр. Эти формы указывают, что рак желудка может протекать скрыто и давать лишь минимальные признаки, а с другой стороны,—что начало развития рака часто может быть гораздо раньше появления наших кардиальных симптомов.

Ко всему сказанному нужно добавить, что рак желудка может развиваться у молодых субъектов, до 30 лет. Mathieu собрал 32 таких случая, причем болезнь протекала в них своеобразно, редко давая геморрагии и заметную опухоль; кахексические явления здесь также были мало выра-

жены, и наоборот, рано появлялись асцит и anasarca. Течение болезни здесь было быстрое, в среднем не более 3 месяцев.

Уже из этого краткого очерка видно, как многообразна бывает картина рака желудка, как часто встречаются здесь уклонения от общего типа, и как легко врач может впасть в ошибку, если он будет руководствоваться, при постановке диагноза, признаками свойственными этому типу. Но этого мало. Для нас важна не только диагностика вообще, но особенно ранняя диагностика болезни, т. е. диагностика ее в том периоде, когда мы еще можем спасти больного. Такая ранняя диагностика предполагает диагноз рака в первых стадиях его развития, хотя еще не установлено, считать ли раннею стадией время появления первых симптомов нарушения желудочного химизма, или предшествующую этому появлению стадию, или считать ее с момента появления первых кровотечений, или тогда, когда болезнь не коснулась еще общего состояния больного. Пока, не имея точных патогномонических признаков ранней стадии рака желудка, мы полагаем, что, если будем в состоянии диагносцировать болезнь до появления опухоли, то это уже будет шагом вперед, ибо опыт учит, что в большинстве случаев обнаружения опухоли радикальная операция является уже запоздалой, и нередко предполагаемая резекция желудка оканчивается гастро-энтеростомией, или просто пробной лапаротомией. Задача врача — открыть признаки болезни тогда, когда случай является еще операбильным, пользуясь для этого как клиническими данными, так и данными лабораторного исследования. Эта задача в настоящее время является весьма трудной.

Мы уже видели, что в начале болезни ее симптомы неясны и мало характерны, рак в большинстве случаев развивается исподволь, проявляясь незаметным изменением бывшего диспептического состояния. Поэтому условия возникновения этих симптомов представляют большую важность. Прежде всего здесь важен возраст,—всякий суб'ект старше среднего возраста, а тем более за 50 лет, который жалуется на диспептические расстройства, должен быть a priori под подозрением на рак, особенно если прежде у него не отмечалось никаких подобных расстройств. Подозрение должно усиливаться, если у больного выступают и другие симптомы, как то усталость, исхудание, бледность, потеря аппетита, особенно к мясу. Что касается изменений общего состояния и прогрессивной анемии, то, хотя это признаки большой важности, но вместе с тем они указывают уже на стадию дальнейшего развития рака, а не на раннюю. Еще более важны в этом отношении результаты лечения, ибо предполагается, что всякое доброкачественное диспептическое состояние при соответствующем лечении и режиме должно быстро улучшаться, отсутствие же такового улучшения говорит в пользу предположения о раке. К сожалению, провести это лечение удается невсегда, ибо симптомы болезни вначале неособенно беспокоят больного, почему пациенты сплошь и рядом уклоняются от исполнения предписаний врача. Наиболее ценные указания для ранней диагностики нередко дают рентгенологические исследования — при том условии, если они проводятся систематически; но все же, как справедливо говорят Le Noir и Agasse-Lafont, было-бы опасно слишком доверять им,—они не только не могут с точностью определить характера поражения, но могут обманывать нас и относительно места и протяжения опухоли, на что указывали Ramond и

Ferroud. С другой стороны нужно отметить, что нередко, вследствие-ли известного местоположения опухоли или по другой причине, рентгеновское исследование не обнаруживает никаких уклонений от нормы, тогда как на самом деле у больного имеется рак.

Лабораторные исследования при раке желудка касаются испражнений, желудочного содержимого и крови. Скрытые кровотечения в испражнениях представляют при этом главный интерес, особенно, если они постоянны и продолжительны; но при раке могут быть и временные геморрагии, а также последние могут зависеть и от других причин помимо рака; встречаются, наконец, формы (скирр), которые совершенно не кровоточат. В желудочном содержимом анахлоргидрия с присутствием молочной кислоты и скрытой крови говорит в пользу рака, но эти данные получают свой характерный облик лишь в периоде значительного развития болезни. Marini, Loerger и Binet и др. старались установить раннее распознавание путем цитодиагностики, путем исследования клеточных элементов желудочного содержимого; но этому препятствует нахождение обрывков тканей введенной пищи и изменение их под влиянием ферментации,—клетки опухоли можно легко смешать с этими обрывками, и благодаря этому могут возникать многочисленные ошибки.

Для отыскания патогномонических признаков рака желудка изучали различные секреции и экскреции организма. Искали, напр., в моче элементов диагностики рака, по содержанию азота, пепсина, и пр., но все эти попытки оказались безуспешными. Бесплодны были также попытки найти специфические для рака реакции в желудочном содержимом, каковы реакция Magagni—отыскивание в последнем антиканцерозного преципитина, реакция Livierato—повышение токсичности желудочного сока, проба Salomon'a—основанная на мысли об усиленном выпотевании сыворотки со дна раковой язвы, почему количество белка в содержимом желудка должно увеличиваться. Мнения относительно диагностического значения этой последней пробы расходятся: одни считают ее ценной, другие отрицают; Boas считает ее пригодной для дифференциального диагноза между гастритом и карциномой, тогда как для отличия язвы от рака она непригодна. К разбираемым пробам относится, далее, проба Neubauer'a и Fischer'a на присутствие в содержимом желудка при раке особого аутолитического фермента, наблюдения относительно которой показали, что проба может быть отрицательна при раке и положительна без наличия рака. Малоутешительные результаты дала здесь и проба Grafe и Römer'a на присутствие гемолизинов в желудочном содержимом.

Еще большее количество изысканий было произведено при раке желудка в крови: изменение пищеварительного лейкоцитоза, нахождение изолизинов, определение антитриптической силы и пр., но и эти пробы все ничего определенного не дали. В последнее время Botelho, Thomas'om, Kahn'om и Davis'om предложены серологические раковые реакции, основанные на появлении особых веществ в крови у раковых больных; все эти реакции при проверке оказались, однако, совершенно неспецифичными, они бывают положительными при целом ряде других заболеваний и могут давать ошибки в таких же пределах, как и другие диагностические методы, почему базировать на них диагноз в сомнительных случаях нельзя. Если реакция Davis'a дает положительные результаты в 7 из 13 случаев язвы желудка и в 2 из 3 случаев ахиалии

(Липкин), то ясно, что клиническая ценность ее небольшая, ибо главным образом при этих заболеваниях клиницисту приходится думать о возможности рака. Тоже можно сказать на основании последних работ Giannini Palmier и относительно реакции Botelhot.

Таким образом для установки раннего диагноза рака желудка у нас остаются рентгеновское исследование, скрытые кровотечения и изменения желудочного химизма. Если данные, полученные этим путем, согласуются между собой и с клиническими данными, то диагноз обеспечен. Если же, несмотря на все исследования, точная диагностика болезни установлена быть не может, а между тем у больного можно подозревать рак желудка, то остается еще один старый путь—*laparotomia explorativa*. В практике это, однако, провести не так легко,—больной соглашается на операцию обычно лишь тогда, когда он видит уверенность со стороны врача в необходимости ее, пока же идут колебания у врача, проходит драгоценное время, и в конце концов, спустя 1—2 месяца, *sub operatione* обнаруживается *cancer inoperabilis*. Приведу пример:

Больной 58 лет, поступил с жалобами на диспептические расстройства, появившиеся у него впервые, небольшое исхудание, общую вялость. Объективное исследование: нерезко выраженный артериосклероз, со стороны легких и сердца особых изменений нет, желудок на 1 палец выше пупка, болезненных точек не отмечается, печень выходит на 2 пальца из-под ребер, слегка чувствительна при давлении, мягка, гладка, селезенка не прощупывается, соесум, colon transversum и S rotundum без изменений. Исследование желудочного содержимого: общая кислотность 9, HCl—O, следы молочной кислоты, крови нет. В испражнениях кровь также не обнаружена (исследование произведено 9 раз). Рентгеновское исследование (2 раза) указаний на неоплазму не дало. Не смотря на эти отрицательные данные, мы все же не могли вполне отбросить мысли о раке, но вских оснований в пользу ее не имели, почему на производстве операции особенно и не настаивали. За время пребывания в больнице небольшая прибыль в весе (3 фунта), самочувствие значительно лучше. Больной выписан. Через 3 месяца вновь ухудшение общего состояния и усиление диспептических расстройств. При операции обнаружен *cancer inoperabilis curvatura minoris*.

Ошибка здесь происходит оттого, что каждый из названных симптомов в отдельности не имеет абсолютного значения,—важно лишь определенное сочетание симптомов, почему, если выпадает один или два из них, то и уверенность в диагнозе исчезает. Один только признак здесь вполне патогномоничен—нахождение при зондировании обрывков неоплазмы, натура которой устанавливается последующим микроскопическим исследованием. Но это удается очень редко.

Я уже сказал выше, что определение опухоли при раке желудка в большинстве случаев есть поздний признак; но и нахождение ее еще не решает окончательно диагноза, ибо иногда нельзя отбросить предположения о другом заболевании, как о том говорят следующие случаи:

Случай I. Больная 42 лет, поступила в 1911 г. в больницу с жалобами на тупые боли под ложечкой, исхудание и периодическую рвоту; течение последней недели рвота черными массами. Желудок до пупка, прощупывается tumor величиной с волошский орех, лежащий на передней стенке ближе к curvatura minor, возле pylorus'a. Тumor мало чувствителен. Желудочное содержимое: общая кислотность 19, HCl 0,04, кровь +, в испражнениях в течение 4 дней подряд также обнаружена кровь, реакция Wassermann'a отрицательная. Кровавая рвота черными массами наблюдалась в больнице несколько раз. Вероятный диагноз, подтвержденный хирургом на операции,—*cancer ventriculi. Gastro-enterostomia*. После операции значительное улучшение, которое мы считали времененным. Через 1 год тумора нет, значительная прибыль в весе. Через 7 лет больная здорова.

Случай II. Больной 55 лет, поступил с жалобами на боли в животе и рвоту, по временам кофейной гущей. Резкое исхудание, анемия. В течение первых дней

в больнице ежедневно рвота кофейной гущей, в виду чего исследования желудочного содержимого путем зонда не произведено, в рвотных массах кровь. На передней стенке желудка ясно прощупывается мало чувствительный tumor величиной с большой волошский орех. Возраст, резкая кахексия, анемия, наличие tumor'a, рвота кофейной гущей—говорили в пользу рака. Приглашенный хирург согласился с нашим диагнозом, но от операции отказался в виду тяжелого общего состояния. Больному было назначено безразличное лечение, при котором он мало по малу стал поправляться; tumor значительно уменьшился. Реакция Wassermann'a отрицательная. Через 1 год больной здоров, tumor'a нет.

Ясно, что в обоих этих случаях мы ошиблись, приняв язвенный перигастрит, протекавший при необычных явлениях, за рак желудка.

Язва и рак также имеют общие симптомы (боли, рвота, геморрагии и пр.), и отличительные признаки их (возраст, характер болей, желудочный химизм, периодичность кровотечений при язве и пр.) невсегда бывают абсолютно верны, в виду чего диагностика нередко остается здесь невыясненной. Petersen полагает, что диагностические ошибки имеют здесь место в 20%. Lefféuge недавно описал 2 случая, где все клинические явления говорили в пользу рака, а произведенная gastropylorectomia и гистологическое исследование установили язву. Рарин думает, что смешение язвы с раком возможно не только при клиническом исследовании, но и на операции, почему при лапаротомии, если даже опухоль представляет все характерные признаки неоперабильного рака, но нет метастазов,—необходимо, по его мнению, думать о возможности ошибки и производить гастро-энтеростомию, облегчающую обратное развитие воспалительной опухоли.

Если мы делаем зачастую ошибки даже в стадии более или менее выраженных симптомов болезни, то тем более трудно является диагностика рака желудка при атипических его формах, напр. анемической и гидропической, если при первой мы ошибочно сосредоточиваем все свое внимание на крови, а при второй ищем причину отеков и асцита в заболевании почек, печени, брюшины и пр. При диагностике рака желудка, а особенно ранней диагностике, бывает иногда очень мало данных в руках врача, и нужно много опыта и внимания, чтобы избежнуть ошибки. Помимо того диагностика эта настоятельно требует прекрасной постановки наших лабораторий и рентгеновских кабинетов.

В этом вопросе мы ждем света со стороны экспериментальной патологии, которая здесь далеко шагнула вперед. Я думаю, недалек уже тот час, когда мы будем знать истинную причину рака, а это даст нам возможность ставить диагноз в таком раннем периоде, когда хирург еще может дать исцеление больному.

Prof. K. Rutkewitsch (Kiew). Die derzeitige Diagnostik des Magenkrebsses.

Die Diagnose des Magenkrebsses bietet bei seiner gewöhnlichen Form und bei Anwesenheit aller kardinalen Symptome keine Schwierigkeiten. Jedes Symptom für sich hat keine absolute Bedeutung, wichtig ist nur eine bestimmte Kombination derselben. Die Frühdiagnose bietet besonders grosse Schwierigkeiten, da pathognomonische Symptome fehlen. Die neuesten serologischen Reaktionen von Botelhot, Thomas, Kalin, Davis sind nicht spezifisch und können keine Anhaltspunkte für die Magenkrebsdiagnose im allgemeinen und für die Frühdiagnose im besonderen liefern.
