

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ САРКОМ ЖЕЛУДКА

Доц. Н. И. Любина и Т. Г. Грицких

Кафедра хирургии и онкологии (зав. — проф. Ю. А. Ратнер) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и онкологический диспансер ТАССР (главврач — А. К. Мухамедьярова)

Большинство работ о саркомах желудка посвящено описанию единичных случаев. Материал З. И. Карташева (1938), включающий описание 13 случаев первичного и одного вторичного саркоматозного поражения желудка, является самым большим в отечественной литературе. Позднее (1956) З. И. Бесфамильная и Т. А. Селедзкина сообщили о 9 случаях первичной саркомы желудка, собранных за 23 года. С. С. Аведисов и И. А. Маргани (1958) на 270 операций по поводу рака желудка в трех случаях наблюдали первичную ретикулосаркому.

О редкости сарком желудка свидетельствуют и патологоанатомические данные: на 6940 вскрытий, произведенных в Московской клинической больнице № 5, первичная саркома желудка была обнаружена в 0,06% случаев (по З. И. Бесфамильной и Т. А. Селедзкиной).

В нашей клинике за 1955—1959 гг. опухоли желудка неэпителиальной природы наблюдались у 10 больных (1,1% к числу оперированных по поводу рака желудка). При гистологическом исследовании было обнаружено следующее:

Гистологическое строение опухоли	Количество больных	Мужчин	Женщин
Ретикулосаркома	3	2	1
Лимфосаркома	2	2	—
Круглоклеточная саркома	1	—	1
Невринома со злокачественным перерождением	1	—	1
Фибросаркома	1	—	1
Фибромиома	1	1	—
Лейкомиома	1	—	1
	10	5	5

По сборной статистике З. И. Карташева и его личному опыту, ретикулосаркома исключительно редка. По данным С. А. Холдина (1952), первое место по частоте среди саркоматозных поражений желудка занимают лимфосаркомы (40,2%), затем — круглоклеточные саркомы (20—24%), значительно реже — веретенчатые (14—20%), полиморфноклеточные (5%) и прочие формы (10—20%). Юинг считает невозможным провести строгую дифференциацию отдельных видов сарком, так как многим из них присуща ретикулярная основа. По мнению И. В. Давыдовского, все первичные саркомы желудка являются ретикулоэндотелиозами и подлежат включению в единую группу ретикулярной саркомы.

По данным большинства авторов, саркома желудка наиболее часто встречается у мужчин в молодом возрасте. Среди наблюдаемых нами 8 больных саркомой желудка было 4 мужчин и 4 женщины. Самому молодому было 32 года, старшему — 69 лет. Остальные 6 были в возрасте от 50 до 60 лет. Двое больных с доброкачественными опухолями были в возрасте 50 и 60 лет.

Клиническая картина сарком желудка отличается большим разнообразием и зависит от структуры опухоли, ее локализации, характера роста. Опухоли, растущие в свободную брюшную полость, долгое время могут протекать бессимптомно или вызывать незначительные боли неопределенного характера. Наиболее постоянный признак — наличие прощупываемой опухоли, локализация которой зависит от длины ножки и места выхода ее из стенки желудка. Для иллюстрации приводим наши наблюдения.

Ш., 69 лет, поступила с диагнозом: «киста поджелудочной железы». Около 9 лет назад больная случайно прощупала у себя опухоль в животе величиной с мелкое яйцо. Опухоль не причиняла никаких расстройств, но за последние 6 месяцев быстро увеличилась и достигла размеров головки новорожденного ребенка. Появились боли в животе, иногда приступообразного характера, не связанные с приемом пищи, кровавая рвота и нарастающая слабость. При пальпации в области пупка определяется опухоль округлой формы, малоподвижная, безболезненная.

Для выяснения локализации опухоли проведено рентгенологическое исследование — пневмоперитонеум с дачей взвеси сернокислого бария в желудок. Желудок деформирован и смещен вверх и влево. Складки среднего калибра, прослеживаются

на всем протяжении. На фоне введенного в брюшную полость газа отчетливо появилась тень округлой формы. Верхний полюс опухоли достигает большой кривизны желудка. При смещении опухоли вниз определяется воронкообразное выпячивание со стороны слизистой передней стенки желудка, от которой опухоль отделить не удастся. Левая половина поперечноободочной кишки оттеснена вниз. Заключение: опухоль, исходящая из стенки желудка.

Произведена субтотальная резекция желудка с удалением опухоли и сальника в едином блоке.

Макропрепарат. Опухоль — 18×20 см³, расположена между листками желудочноободочной связки и тонкой ножкой, отходит от передней стенки желудка у большой кривизны. Со стороны слизистой желудка свищевой ход в глубь опухоли. Слизистая вокруг свищевого отверстия несколько отечна и гиперемирована. Просвет свища закрыт сгустком крови. Опухоль состоит из нескольких полостей, заполненных тканью, и напоминает по своему виду «рыбье мясо». Множественные участки кровоизлияний.

Гистологический диагноз: невринома желудка со злокачественным превращением.

Послеоперационный период осложнился двухсторонней бронхопневмонией, и на седьмые сутки больная умерла. На секции обнаружен метастаз в печени.

Судя по литературным данным, среди экзогастрических форм сарком встречаются наиболее часто опухоли из более зрелых элементов — веретенчатые, фибросаркомы и миогенные саркомы. Опухоли, растущие из клеток шванновской оболочки — невриномы, редки. Приведенное наблюдение показывает возможность саркоматозного превращения невриномы и ее способность к метастазам в другие органы. Вопрос об объеме оперативного вмешательства при доброкачественном течении невриномы окончательно не решен. По мнению С. А. Холдина, опухоли, растущие снаружки от стенки желудка и соединяющиеся с последней узкой ножкой, при отсутствии инфильтрации стенки могут быть удалены путем частичной ее резекции. Большинство хирургов (А. Н. Камардин, Ю. Е. Березов, С. С. Юдин и другие авторы) при невриноме производили резекцию. Мы считаем, что при опухолях, растущих снаружки от стенки желудка, методом выбора оперативного вмешательства должна быть резекция желудка. Радикальная операция оправдана тем, что дифференцировать доброкачественную опухоль от злокачественной на основании макроскопического вида очень трудно, а иногда и невозможно, в чем нас убедило следующее наблюдение.

Е., 52 лет, поступила с диагнозом «рак желудка». Жалобы на боли в подложечной области после еды, иногда рвоту. Боли появились около двух лет назад. Аппетит сохранен. При пальпации соответственно дистальному отделу желудка определяется плотная опухоль.

Желудочный сок: общая кислотность — 36, свободная HCl — 16.

Nb — 72%. Э. — 4 200 000, РОЭ — 8 мм/час.

При рентгенологическом исследовании определяется атоничный желудок. Нижний полюс его на уровне гребешковой линии. Складки слизистой грубые, прослеживаются на всем протяжении. Антрально-пилорический отдел желудка и двенадцатиперстная кишка деформированы. Эвакуация из желудка резко замедлена. Заключение: опухоль расположена вне желудка.

Лапаротомия. На задней стенке желудка вблизи привратника обнаружена опухоль округлой формы, гладкая, плотная, исходящая из субсерозного слоя желудка в виде короткой ножки. Принимая во внимание отсутствие выраженной инфильтрации стенки желудка и метастазов, решено удалить опухоль с резекцией стенки желудка.

Макропрепарат. Опухоль 8×8 см, плотная. При разрезе ткань опухоли светло-коричневого цвета, гомогенная. Предположительный диагноз: фиброма. Гистологическое заключение — фибросаркома.

Послеоперационное течение гладкое. Через 6 месяцев после операции больная повторно обратилась в клинику по поводу рецидива опухоли. При рентгеноскопии желудка обнаружен дефект наполнения в антральном отделе размером 4×4 см с четкими контурами. От повторной операции больная воздержалась.

В данном случае операция (удаление опухоли с иссечением стенки желудка) оказалась явно нерадикальной, что способствовало быстрому возникновению рецидива фибросаркомы.

Значительно чаще нами наблюдались интритеночные саркомы, растущие по плоскости. Исходным местом опухоли был подслизистый слой желудка. Отличаясь инфильтративным ростом, эти формы сарком рано вызвали клинические симптомы, которые не отличались от симптомов рака желудка. Для иллюстрации приводим некоторые наблюдения.

И., 50 лет, поступила с жалобами на постоянные боли в эпигастриальной области, тошноту, отсутствие аппетита, резкое похудание. Страдает гастритом 4 года. В области желудка пальпируется опухоль.

Желудочный сок: общая кислотность — 38, свободная HCl — 16.

Рентгеноскопия желудка. Складки слизистой прерываются в нижней трети желудка. В антральном отделе по большой кривизне — дефект наполнения с нечетким контуром. Эвакуация замедлена, смещаемость хорошая. Диагноз — рак желудка.

Произведена субтотальная электрохирургическая резекция желудка с удалением большого и малого сальников.

Макропрепарат. Передняя и задняя стенки желудка резко утолщены. Со стороны просвета желудка — опухоль, покрытая большей частью нормальной слизистой, и лишь у большой кривизны — изъязвление.

Гистологически — ретикулосаркома.

Послеоперационное течение гладкое. Больная находится под наблюдением 2,5 года. Рецидива опухоли и метастазов нет.

Интерес данного случая состоит в изолированном поражении желудка ретикулосаркомой. Радикальное оперативное лечение дало стойкое клиническое выздоровление.

Метастазы саркомы в желудок, судя по литературным данным, крайне редки, и по этим соображениям мы приводим наше наблюдение.

Ф., 48 лет, поступил по поводу опухоли левого миндалика с метастазами в лимфоузлы шеи. После рентгенотерапии (4000 p) признаки опухоли в миндалике и лимфоузлах шеи исчезли. Через 6 месяцев больной вновь поступил в клинику по поводу увеличения лимфоузлов левой подмышечной области. Рентгенотерапия (4000 p) дала хороший результат. Через 5 месяцев больной обратился в третий раз с жалобами на боли в желудке после приема пищи. Аппетит сохранен, похудания не отмечает. В области желудка пальпируется опухоль.

Желудочный сок: общая кислотность — 36, свободная HCl — 12.

Nb — 72%, Э. — 4 800 000, Л. — 4900, РОЭ — 46 мм/час.

Рентгеноскопия желудка. В антральном отделе по большой кривизне — дефект наполнения с нечеткими контурами и отсутствие перистальтики.

Несмотря на то, что мы не сомневались в метастатическом характере опухоли, нам при рентгеноскопии не удалось обнаружить каких-либо специфических признаков саркоматозного поражения. Картина не отличалась от блондиобразной формы рака. Больному проведена рентгенотерапия в области желудка (2000 p). Боли усилились, появилась рвота. Принимая во внимание отсутствие клинических проявлений саркомы в других органах и неэффективность рентгенотерапии, решено произвести лапаротомию.

На передней стенке желудка обнаружена опухоль, занимающая антральный отдел, произведена субтотальная электрохирургическая резекция желудка с удалением сальника в едином блоке. Гистологически — ретикулосаркома.

Послеоперационное течение гладкое. Через 6 месяцев больной поступил в клинику в четвертый раз по поводу увеличения лимфоузлов в подвздошных областях. При контрольной рентгеноскопии желудка рецидива в культе не обнаружено. Проведена рентгенотерапия (3000 p). Лимфоузлы в подвздошной области уменьшились. Ввиду лейкопении облучение прекращено.

Через 5 месяцев наступила смерть от генерализации саркоматозного процесса.

Приведенное наблюдение показывает, что опухоль оказалась чувствительной к облучению. Благодаря сочетанной терапии (рентгенотерапия + резекция желудка) больной прожил около двух лет. Результаты лечения могли быть лучшими при одиночном желудочном метастазе.

У П., 32 лет, пять месяцев тому назад появились боли в желудке после приема пищи, рвота, потеря аппетита, субфебрильная температура.

В области желудка пальпируется мелкобугристая опухоль.

Общая кислотность — 18, свободная HCl — 0.

Nb — 65%, Э. — 3 800 000, п. — 5%, с. — 64%, э. — 1%, м. — 6%, л. — 24%. РОЭ — 48 мм/час.

Рентгеноскопия желудка. Антрально-пилорический отдел сужен (в виде узкой трубки), перистальтика отсутствует. Эвакуация резко замедлена.

Клинико-рентгенологический диагноз: рак-скирр.

Произведена субтотальная электрохирургическая резекция желудка.

Макропрепарат: Опухоль инфильтрирующего характера занимает переднюю и заднюю стенки желудка. Слизистая оболочка резко утолщена, местами изъязвлена. Гистологически — опухоль состоит из округлых клеток лимфоидного ряда с крупным гиперхромным ядром. Между клетками сеть ретикулярных волокон. Заключение: лимфосаркома (Н. Ибрагимова и З. В. Гольберг).

Больной находится под наблюдением 1,5 года.

К., 55 лет, жаловался на чувство тяжести в подложечной области после приема пищи, рвоту, отсутствие аппетита, головокружение, резкое похудание и повышение температуры до 38°.

В области желудка определяется большая бугристая, несколько подвижная опухоль.

Nb — 42%, Э. — 2 100 000, РОЭ — 60 мм/час, л. — 7200, п. — 8%, с. — 71%, м. — 6%, л. — 15%.

Рентгеноскопия желудка. Множественные дефекты наполнения по большей кривизне антрального отдела желудка. Контур дефектов неровные. Подвижность желудка сохранена. Эвакуация резко замедлена. Заключение: рак из полипов.

При лапаротомии обнаружена опухоль больших размеров, бугристая, мягковатой консистенции, прорастающая все слои передней и задней стенок антрального отдела желудка и частично — желудочно-кишечную связку. Подвижность желудка сохранена. Метастазы в регионарных лимфоузлах не определяются. Произведена субтотальная электрохирургическая резекция желудка с удалением сальника и инфильтрированного участка желудочно-кишечной связки. Просвет желудка заполнен множественными полипообразными опухолями. Слизистая оболочка атрофирована, местами имеются язвы с вывороченными краями и гнилостным распадом. Гистологически (З. И. Гольберт и Н. Ибрагимова) обнаружено большое скопление незрелых клеточных элементов, инфильтрирующих подслизистый, мышечный и субсерозный слои желудка. Заключение: круглоклеточная саркома.

После операции больной прибыл в весе, появился аппетит, снизилась до нормы температура.

Через 4 месяца появились симптомы относительной кишечной непроходимости (опухоль поперечноободочной кишки).

Анализ историй болезни 8 пациентов с гистологически доказанными саркоматозными опухолями желудка показывает, что инфильтрирующие формы по клиническим признакам и течению не отличались от ракового поражения. У всех больных отмечались желудочные расстройства, боли в подложечной области, тошнота и рвота. Рентгенологический метод, наиболее надежный для диагностики других опухолей желудка, при инфильтрирующих формах сарком не давал характерных признаков. Это обстоятельство затрудняет дифференциальную диагностику сарком от рака желудка и делает невозможным поставить достоверный диагноз до гистологического исследования.

Для распознавания сарком, растущих экзогастрически, несомненную пользу может оказать рентгенологический метод двойного контрастирования (серноокисный барий + пневмоперитонеум). На фоне введенного в брюшную полость газа более отчетлива тень опухоли; опухоль смещается вместе с желудком. Со стороны слизистой наблюдается воронкообразное углубление. Правильная оценка клинко-рентгенологических данных может облегчить распознавание экзогастрически растущих сарком.

Обращают на себя внимание на нашем материале некоторые особенности со стороны желудочного сока при саркомах. Так, больше чем в половине случаев у больных общая кислотность и свободная соляная кислота оставались почти нормальными, несмотря на выраженные анатомические изменения, что при раковом поражении желудка наблюдается редко.

При первичных саркомах желудка ни в одном случае не обнаружены метастазы в лимфатических узлах.

У всех больных наблюдалось снижение гемоглобина и эритроцитов. Лейкоформула — в пределах нормы.

Оперативному лечению подвергнуты 7 больных с первичной саркомой желудка. Из них 6 произведена субтотальная электрохирургическая резекция желудка, одной больной с фибросаркомой произведено удаление опухоли с резекцией стенки желудка.

Из оперированных 3 больных живы без рецидива и метастазов на протяжении 1,5—2—2,5 года, а трое умерли через 6—8—12 месяцев. На эти не совсем удовлетворительные результаты повлияла поздняя диагностика, а в одном случае (фибросаркома) — нерадикально выполненная операция. Больной со вторичной метастатической ретикулосаркомой желудка после комбинированного лечения (рентгенотерапия + резекция желудка) прожил около 2 лет от начала лучевого лечения первичного очага и 11 месяцев после операции.

ВЫВОДЫ

1. Клиническая картина и течение инфильтрирующих сарком имеют большое сходство с раком желудка.

2. При саркомах желудка, растущих экзогастрически, рентгенологический метод двойного контрастирования (пневмоперитонеум + дача в желудок серноокислого бария) помогает уточнить локализацию опухоли и ее отношение к желудку.

3. Первичные саркомы, как и рак желудка, подлежат хирургическому лечению — субтотальной резекции. Своевременное оперативное вмешательство может принести больному длительное клиническое выздоровление.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисов С. С. и Маргани И. А. Сов. мед., 1958, 2. — 2. Бесфамильная З. И. и Селедевкина Т. И. Хирургия, 1956, 6. — 3. Карташев З. И. Саркома желудка, 1938. — 4. Камардин Л. Н. Хирургия, 1956, 9. — 5. Мельников А. В. Клиника предопухолевых заболеваний желудка, М., 1954. — 6. Мясников В. И. Вест. хир. им. Грекова, 1955, 1. — 8. Холдин С. А. Злокачественные опухоли.

Поступила 24 ноября 1961 г.