

Ի. Մ. ՏԱԳԱՏԵԼՅԱՆ

## ХРОНИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ КАК ПРЕДРАКОВОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕЛУДКА

Успешность хирургического лечения рака желудка зависит от его раннего или своевременного распознавания. Однако и по настоящее время вопрос о ранней диагностике рака желудка является не легкой задачей.

В связи с тем, что ряд заболеваний желудка в настоящее время рассматривается как предраковое состояние (гастриты, язвы и полипы), весьма важно проводить подробное их исследование и держать больных под клиничко-рентгенологическим наблюдением.

По данным литературы, переход язвы в рак колеблется от 7 до 70%. По мнению большинства авторов, 20—25% всех случаев язвы у больных старше 40 лет дает развитие рака.

По данным ряда авторов (А. Д. Рыбинский [9] и др.), локализация язвы имеет большое значение для ее ракового перерождения. Язвы, расположенные в антральном и верхнем отделе тела желудка, часто перерождаются в рак.

По мнению ряда авторов [1, 6, 7, 8], при наличии язвенного анамнеза в прошлом нужно полагать, что рак развился на почве язвы.

Установление наличия ракового перерождения язвы является трудной задачей. Для обеспечения правильности диагностики необходимо всестороннее изучение больных с пептической язвой желудка, применив все необходимые методы исследования, включая и гастроскопию. Нельзя сказать, что во всех случаях можно только на основании макроскопической картины высказаться в пользу малигнизации язвы.

В процессе ракового перерождения язвы большое значение имеет изменение клинической картины заболевания. При этом наблюдается изменение характера отдельных желудочных явлений с приобретением новых качеств.

О. Л. Гордон и А. И. Ачаркан [3] на основании исследованных 8 случаев ракового перерождения язвы приходят к заключению, что если в клиническом течении у язвенных больных происходит изменение, то есть если ремиссии становятся короче или совсем исчезают, стирается строгая зависимость болей от приема пищи, приобре-

тая постоянный характер, падает аппетит, в особенности в отношении мясной пищи, часто наблюдаются кровотечения и постоянным симптомом считается стойкое „скрытое“ кровотечение, обнаруживаемое при анализе кала, и ряд других симптомов, как падение веса, понижение тургора кожи и др., то нужно полагать, что раковое перерождение находится в поздней стадии. Исходя из этого, авторы предлагают всех больных с язвенной болезнью держать под наблюдением, систематически проверять рентгенологически, что даст возможность своевременно уловить момент перерождения.

Имея в виду, что не всегда удается своевременно уловить момент перерождения язвы в рак, необходимо больных с хронической круглой язвой, упорно неподдающихся прогнivoязвенным лечебным мероприятиям, подвергать оперативному лечению, то есть резекции желудка. Такого мнения придерживается большинство авторов (В. И. Иост [5], А. С. Федорев [12, 13] и другие).

Ряд авторов (А. В. Айзенштейн и Л. Д. Подляшук [2], И. И. Германовский [4] и другие) считает, что рентгеновских признаков для перехода язвы в рак не имеется. Это мнение мы полностью разделяем, так как на своем материале также не могли установить какие-либо характерные симптомы для ракового перехода язвы. А. Д. Рыбинский [9] считает, что язвы, локализованные в области входного и выходного отверстий желудка, имеющие размеры  $2 \times 2,5$  см, стойко не заживающие, являются уже раками, даже вне зависимости от клиники. Для перерождения автор считает характерными симптомами: изменения по краям язвы—утолщение и неровность краев, упругость и соскальзывание краевого вала из-под пальцев—при пальпации под экраном.

Наш опыт показывает, что при раковоперерожденных язвах такие изменения не всегда встречаются. Они могут быть и при язвах, не имеющих ракового перехода.

Для установления процесса перерождения язв большое значение имеет также гастроскопическое исследование. Этот метод дает возможность визуально констатировать наличие целого ряда изменений, которые могут развиваться в самой язве или окружающей язву слизистой. Сказанное подтверждается нашими наблюдениями и данными литературных источников. Так, И. А. Шехтер и В. А. Головиниц [14] на материале 12 случаев, патогистологически доказанных, констатировали переход язвы в рак. Из этого количества больных в 9 случаях гастроскопически было точно установлено наличие рака из язвы. Только в одном случае рентгенологически и гастроскопически получены одинаковые данные—обнаружен раковый переход язвы. В одном случае оба метода дали ошибочный результат—не было получено указания на наличие ракового перехода язвы. В одном случае рентгенологически была правильно диагностирована опухоль, а гастроскопически была допущена ошибка.

На нашем материале [10, 11] из 250 случаев язвенной болезни язва желудка наблюдалась в 69 случаях и язва 12-перстной кишки в 181 случае. Из числа 69 язв желудка в четырех случаях имелось их раковое перерождение. Весь этот материал был изучен комплексно, то есть клинически, лабораторно, рентгенологически и гастроскопически. Язвенный диагноз был поставлен только на основании прямого симптома, то есть ниши. Все больные, за небольшим исключением, находились под нашим наблюдением или в нашем институте, или же в других больницах города, где проводилось лечение консервативными или оперативными методами. Больные подвергались повторному рентгено-гастроскопическому исследованию до операции или выписки из клиники. В одном случае как рентгенологически, так и гастроскопически была допущена ошибка—поставлен диагноз ракового перехода язвы, однако при операции это мнение не подтвердилось—язва оказалась пептической, без элементов малигнизации. Причиной такого ошибочного заключения послужили большие размеры язвы, неровные контуры ее, бугристость краев и грязное дно, покрытое серо-зеленоватым налетом (рис. 6).

Это обстоятельство показывает, что на основании лишь микроскопической картины не всегда можно говорить о раковом переходе язвы. Вопрос малигнизации окончательно решается при гистологическом исследовании.

Ввиду того, что факт злокачественного перерождения язв является реальным, а момент этого перерождения не всегда можно установить существующими методами исследования желудка, включая и рентгенологический, возникает жизненная необходимость применения оперативного метода лечения язв, особенно если они не поддаются лечебным мероприятиям у лиц в возрасте за 40 лет. Такой подход, по крайней мере, обеспечит раннее лечение рака желудка.

Ниже мы считаем возможным привести краткие выписки из историй болезни двух наблюдений ракового перерождения язвы и одного наблюдения с неправильным рентгено-гастроскопическим заключением.

**Наблюдение 1.** Больной Б-ян Б. Г., 69 лет, обратился в Институт рентгенологии и онкологии 3/1—1950 г. с жалобами на острые боли в подложечной области, связанные с приемом пищи; чувство тяжести и давления там же, поносы. Данным заболеванием страдает в течение 2—3 месяцев. При простукивании брюшной стенки определяется напряжение мышц верхней половины живота и выраженная болезненность в подложечной области.

Анализ крови: НВ—71%, эритроц.—4100000, лейкоц.—7000, цв. показ.—0,9, эозиноф.—2%, юные—1%, палочкояд.—8%, сегм.—56%, моноц.—3%, лимфоц.—30%, РОЭ—30 мм/час.

Анализ желудочного сока: общая кисл.—66, свобод. сол. кислота—26, связ. сол. кислота—25.

Рентгенологическое исследование (3/1—50 г.): Желудок разворачивается по гипогоническому типу в форме крючка. Складки слизистой несколько атрофичны, в

нижнем отделе тела желудка они расширены, в среднем—складки радиально сходятся

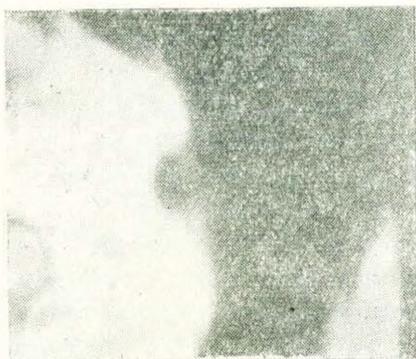


Рис. 1. Прицельная рентгенограмма желудка в области малой кривизны. Видна большая ниша с гладкими контурами.

к малой кривизне, где имеется большая, глубокая ниша. Наружные контуры ниши гладкие, основание оставляет впечатление бугристости. Эвакуация желудка своевременная. Двенадцатиперстная кишка без изменений. Через 24 часа р. с. в желудке и кишках бария нет (рис. 1).

Рентгенологическое заключение: язва желудка с подозрением на озлокачествление.

Гастроскопическое исследование (4/1—59 г.): слизистая оболочка желудка гиперемирована, складки слизистой расширены, извилисты. В средней трети тела желудка, в области малой кривизны имеется довольно большой дефект с неровными краями и мелкими возвышениями. Дно дефекта покрыто серовато-зеленым налетом. Стенка этого отдела желудка ригидна, не поддается растяжению. Остальные отделы желудка заметно не изменены. Слизистое озерко небольшое, покрыто проглоченной слюной. Вход в антрум в виде горизонтальной щели (рис. 2). Гастроскопическое заключение: раковый переход язвы или язвенный рак. Произведена резекция желудка. Послеоперационный период прошел гладко. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Патологоанатомическое исследование: стенка желудка гипертрофирована, утолщена. В нижнем отделе тела желудка имеется дефект, неправильно-четырёхугольной формы, размером  $1,5 \times 2$  см. В глубину дефект простирается до серозной оболочки. Последняя гиперемирована и частью утолщена и рубцово изменена. Дно и края язвы-дефекта неровные, бугристые, покрыты налетом грязно-бурого цвета. Окружающие и сходящиеся к дефекту складки слизистой неравномерно утолщены. Непосредственно у края дефекта отмечаются папилломатозные выросты. Вся остальная слизистая сочная, полнокровна. В слизистой видны кровоизлияния в виде точек и пятен. На разрезе у дефекта отмечается стирание рисунка стенки.

Микроскопическое исследование: аденокарцинома.

**Наблюдение 2.** Больная К-ян А. А., 53 года, повар, явилась в Институт рентгенологии и онкологии 22/IX—50 г. с жалобами на боли в подложечной области, усиливающиеся после приема пищи, тошноты, рвоты, отсутствие аппетита, значительное похудание. Живот мягкий, при пальпации боль в области желудка. Печень и селезенка не прощупываются.



Рис. 2. Гастроскопическая картина желудка у того же больного. Видна большая округлая язва с радиальным сжатием складок. Дно язвы покрыто серо-зеленоватым налетом. Операция обнаружила раковый переход язвы.

Данные рентгенологического исследования (22/IX—50 г.): желудок развертывается по гипотоническому типу, в форме крючка. Складки слизистой расширены. Смещаемость и положение желудка в норме. На задней стенке средней трети тела желудка у малой кривизны имеется довольно большая, неглубокая ниша с неровными контурами. Эвакуация—своевременная. Луковица 12-перстной кишки не изменена (рис. 3).

Рентгенологическое заключение: язва желудка с подозрением на малигнизацию.

Гастроскопическое исследование (23/IX—50 г.): перед гастроскопией выключено около 20 мл жидкости. Слизистая гиперемирована, местами покрыта мелкими зернами. Складки слизистой расширены; на задней стенке средней трети тела желудка от-

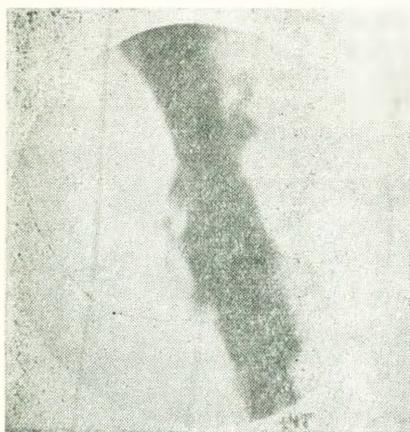


Рис. 3. Прицельная рентгенограмма желудка у больной К-ян А. Видна продолговатой формы плоская ниша с неровными контурами. При операции обнаружен раковый переход язвы.

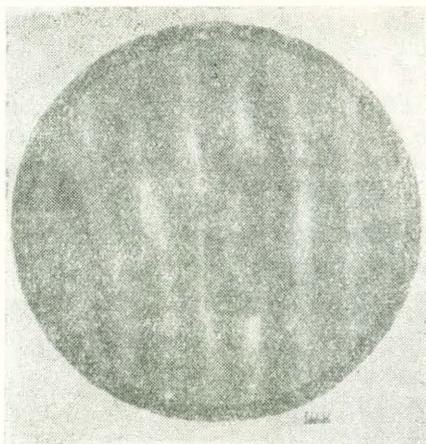


Рис. 4. Гастроскопическая картина желудка у той же больной. Видна продолговатая ниша.

мечается дефект слизистой с неровными краями. Дно дефекта покрыто серо-зеленоватым налетом. Окружающая дефект слизистая отечна. Вход в антрум в виде горизонтальной щели. Растяжимость стенок сохранена (рис. 4).

Гастроскопическое заключение: язва желудка с подозрением на малигнизацию.

Ввиду возможности ракового перерождения язвы, произведена резекция желудка.

Макроскопическая картина резецированного препарата: желудок умеренных размеров. Между препилорической и фундальной частью имеется сужение полости желудка без внешне видимых рубцовых изменений извне. В этом месте в слизистой оболочке имеется дефект, дно которого неровное и бугристое. Стенка желудка умеренно утолщена. Складки слизистой отчетливо видны, часть из них возвышена, в промежутках отмечается шагреневость. В отдалении от дефекта слизистая сглажена. Поверхность разреза стенки ноздреватая, пестрая вследствие чередования аспидно-красных и белых участков.

Диагноз: язва желудка на фоне атрофического гастрита, рак?

Гистологически: язва желудка с явлениями озлокачествления.

**Наблюдение 3.** Больная М-ва Л. П., 57 лет, явилась на поликлинический прием в Институт рентгенологии и онкологии 21/III—50 г. с жалобами на постоянные боли в подложечной области, не связанные с приемом пищи, изжоги, временами тошноту и рвоту, похудание, потерю аппетита, запоры. Считает себя больной 3 месяца.

Мышцы брюшной стенки в верхней половине ее напряжены, при глубокой пальпации чувствуется боль. Печень и селезенка не прощупываются.

Исследование крови: НВ—65%, эритро.—3700000, цветн. показ.—0,9, лейкоц.—6500, эози.—6%, палочкоядерн.—1%, сегментояд.—60%, лимфоц.—31%, моноц.—2%, РОЭ—54 мм в 1 час.

Данные рентгенологического исследования (29/III—50 г.): желудок развертывается по гипертоническому типу, в форме крючка. Складки слизистой грубо расширены, перестроены. На малой кривизне средней трети тела желудка имеется огромная ниша с неровными контурами. Эвакуация замедлена (спазм привратника). Луковича 12-перстной кишки несколько деформирована (рис. 5).

Рентгенологическое заключение: малигнизирующаяся язва желудка.

Данные гастроскопического исследования (23/III—50 г.): перед гастроскопией выкачено 85 мл жидкости. Слизистая гиперемирована. Складки слизистой расширены, отечные. На малой кривизне отмечается большой дефект слизистой с неровными краями. Дно дефекта покрыто бело-серым налетом. Растяжимость стенок сохранена. Вход в антральную полость в виде горизонтальной щели (рис. 6).



Рис. 5. Прицельная рентгенограмма желудка больной М. Л. Видна ниша треугольной формы.

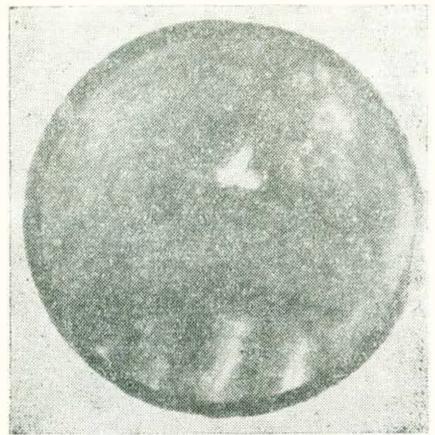


Рис. 6. Гастроскопическая картина у больной М. Видна треугольная ниша с грязным дном. При операции—ракового перехода язвы нет.

Гастроскопическое заключение: язва желудка с данными, говорящими за злокачественный переход.

Произведена резекция желудка (30/III—50 г.).

Описание резецированного препарата: стенка желудка утолщена, складки слизистой хорошо выражены, некоторые же утолщены. Слизистая полнокровна, местами в ней точечные кровоизлияния. В слизистой средней трети малой кривизны имеется дефект (треугольно-округлой формы, размером 2×2,5 см). Края его несколько выступают, дно неровное, мелкозернистое, грязно-сероватого цвета, тусклое. Слизистая вокруг дефекта неровная, шагреневая. В этой части стенка уплотнена. Со стороны серозы отмечается приращение большого сальника, а вокруг него сероза утолщена. Белеватая, неровна. Лимфатические узлы большой кривизны, увеличены, некоторые из них достигают размера 1,5—2,5 см. В их ткани отмечаются кровоизлияния. При разрезе стенки желудка через место дефекта видно, что границы слоев здесь ясно видны и слой утолщен, за исключением места дефекта. Здесь глубина его достигает почти до серозы (рис. 7).

Гистологическое исследование: слизистая неравномерной толщины, на месте дефекта она отсутствует. В слизистой по краям язвы—явление инфильтрации мелкими клетками с примесью большого количества эозинофилов. Сдавление и атрофия части желез, с одной стороны, и гипертрофия их—с другой. Местами отмечается разрастание соединительной ткани. Последнее особенно сильно выражено в срезах из дна язвы, причем разросшаяся соединительная ткань проникает в мышечный слой между мышечными пучками, разобщая их. В разросшейся и частью глиализированной соединительной ткани наблюдается инфильтрат с примесью большого количества эозинофилов. Кроме того, видны образования солитарных скоплений лимфоидных клеток. В описанных выше железах отмечается полярная дифференциация клеток, а в

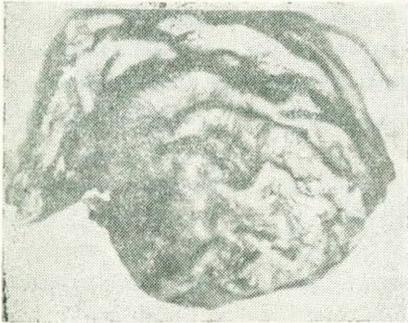


Рис. 7. Макропрепарат из резецированного желудка у больной М.

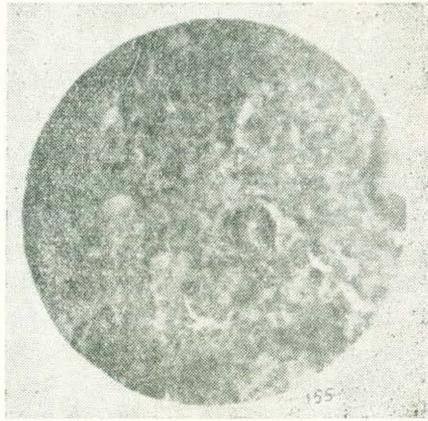


Рис. 8. Микрофотограмма из препарата желудка больной М.

железах, которые атрофируются, клетки уменьшены по количеству и размеру с отсутствием полярной дифференциации в их веществе. В сосудах налицо явление стаза, причем отмечается большое количество эозинофилов (рис. 8).

Диагноз: язва желудка, с хроническим воспалением в стенке, изменением строения желез. Злокачественный рост не отмечен.

Таким образом, мы видим, что не всегда на основании рентгенологической и гастроскопической картины можно точно установить процесс малигнизации язв, поэтому необходимо при хронических, долго не заживающих язвах рекомендовать резекцию желудка.

Институт рентгенологии и онкологии  
Минздрава АрмССР

Поступило 19 XI 1958 г.

Հ. Մ. ՍԱԳԱԹԵԼՅԱՆ

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԽՈՅԵՐԸ ՈՐՊԵՍ ՆԱԽԱՔԱՂՑԿԵՂԱՅԻՆ ԴՐՈՒԹՅՈՒՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Դրականություն լիցենզիայի ներկայումս հաստատված է, որ ստամոքսի խրոնիկական խոցերը, երբ երկար ժամանակ չեն ենթարկվում հակախոցային բուժման միջոցառումներին, կարող են վերափոխվել քաղցկեղի:

Այդ հանգամանքը ստիպում է մտածել այն մասին որ խոցային հիվանդությունները պետք է ժամանակին բուժել: Այն դեպքերում, երբ ստամոքսի խոցը չի ենթարկվում դեղորայքային, սանատորա-կուրորտային և այլ մեթոդներով բուժման ու հիվանդությունը մնում է, անհրաժեշտ է նման հիվանդներին ենթարկել վիրահատման, այսինքն կատարել ստամոքսի բացահատում (ре-зекция): Այսպիսի մոտեցումը կապահովի հիվանդների ժամանակին բուժվելու հարցը և կհանխի նրանց մոտ քաղցկեղ հիվանդություն անաշատումը:

Մեր դիտումները նույնպես հաստատում են վերոհիշյալ միտքը: Մեր հետազոտած խոցային հիվանդությունով տառապող հիվանդների մոտ նույնպես նկատվել են խոցերի չարորակ կազմափոխման դեպքեր: Այդ հիվանդներին վիրահատման ենթարկելուց հետո հիստոլոգիական քննությունները ցույց են տվել խոցերի չարորակ կազմափոխման պրոցես:

Ենթելով գրանից, կենսական պահանջ է առաջանում բոլոր այն հիվանդներին, որոնք տառապում են ստամոքսի երկար ժամանակ չբուժվող խոցով, ենթարկել վիրահատական բուժման, մանավանդ եթե հիվանդների տարիքը 40-ից բարձր է: Ինչպիսի քաղցկեղի վաղաժամ բուժման ամենալավ միջոցներից մեկը:

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абрикосов А. И., Круглая язва желудка и рак. В кн. Язва желудка и 12-перст. кишки. стр. 45—50, М.—Л., 1935.
2. Айзенштейн А. В. и Подлящук Л. Д., К патогенезу язвы и рака желудка. Вопр. онкол. т. II, 2, стр. 103—108, 1929.
3. Ачаркан А. И., Клиника и лечение язвенной болезни трофического типа. Ж. Новости медицины, в. X., Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, М., 1948.
4. Германовский И. И., Рентгенодиагностика злокачественно-перерождающихся язв желудка. Сов. мед., 6, 1949.
5. Иост В. И., К вопросу о раковом перерождении язв желудка. Нов. хир. арх., т. 5, 3/4, стр. 533—543, 1924.
6. Исхакбаев А. X., К вопросу о злокачественных превращениях язв желудка. Здравоохран. Казахстана, 5, 1950.
7. Мельников А. В. и Тимофеев Н. С., Предраковые заболевания желудка, их диагностика, профилактика и лечение. В кн. Вопр. онкологии, М., 1950.
8. Ольшевецкий А. С., К клинической диагностике возникновения рака и язв желудка. Вопр. онк., вып. 3, М., 1951.
9. Рыбинский А. Д., Классификация язвенной болезни. Медгиз, 1950.
10. Сагателян Г. М., О гастроскопии, ее значении в диагностике заболеваний желудка, в особенности рака желудка. Вопросы рентгенол. и онкол., том I, Госиздат, Ереван, 1950.
11. Фанарджян В. А. и Сагателян Г. М., Современное состояние вопроса о ранней рентгенодиагностике рака желудка. Тезисы и доклады межреспубликанского совещания, Ленинград, 1952.
12. Федореев А. С. Рак желудка из язвы (Сancer ex ulcero), его патологическая анатомия и клиника. Докт. диссерт., Л., 1940.
13. Федореев А. С., Превращение язвы желудка в рак. В кн. Язв. болезни желудка и 12-персти. кишки и ее хир. лечение. Л., стр. 351—360, 1941.
14. Шехтер И. А. и Головиничиц В. А., Гастроскопическое исследование в диагностике перехода хр. язвы желудка в рак. Злокач. опухоли, стр. 30—39, 1948.