

10013

АЛМА-АТИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Ректор — доцент С. Р. ҚАРЫНБАЕВ

На правах рукописи

М. Х. ФИШЕР

ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО  
МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ  
РАКА ЖЕЛУДКА

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата  
медицинских наук



АЛМА-АТА 1965 г.

АЛМА-АТИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

---

Ректор-доцент С. Р. КАРЫНБАЕВ

На правах рукописи

М. Х. ФИШЕР

ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО  
МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ  
РАКА ЖЕЛУДКА

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата  
медицинских наук

АЛМА-АТА 1965 г.

Работа выполнена на кафедре хирургии и онкологии (зав. — заслуженный деятель наук РСФСР, профессор Ю. А. Ратнер) Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина) ректор—доцент Х. З. Ахукзянов), на базе 5 городокой клинической больницы г. Казани (главврач — Н. И. Полозова).

#### Научные руководители:

Заслуженный деятель науки Казахской ССР, профессор А. Б. Райз.

Заслуженный деятель науки РСФСР, профессор Ю. А. Ратнер.

#### Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук А. С. Идрисов.

доктор медицинских наук, профессор Е. М. Очкур.

Защита диссертации состоится на заседании Ученого Совета Алма-Атинского государственного медицинского института „11“ 11 1965 г.

Автореферат разослан „9“ IV 1965 г.

Ранняя диагностика рака желудка является одной из основных проблем современной онкологии. Несмотря на широкое применение различных клинических, лабораторных, рентгеновских и эндоскопических методов, ранний диагноз злокачественных новообразований желудка ставится редко. В подавляющем большинстве случаев операция производится в далеко зашедшей стадии.

Анализ собственных наблюдений показывает, что в ранних стадиях заболевания ни один из методов исследования нельзя считать совершенно достоверным. Лишь совокупность признаков дает основание к постановке уверенного диагноза, в особенности когда опухоль прощупывается или имеется ясный дефект наполнения желудка.

Изучение существующих методов распознавания рака желудка доказывает необходимость применения, наряду с обычными способами, морфологического метода, как более достоверного. В частности, применение цитологического исследования как технически, так и по достоверности получаемых результатов, представляет весьма ценный метод распознавания рака желудка.

Материалом для цитологических исследований служили клетки, добытые с поверхности опухоли: раковые клетки, поступившие в кровяное русло, а также отторгнутые в просвет желудка. Кроме того, были исследованы отпечатки с пальцев хирургов во время оперативного вмешательства.

Нами изучались методики получения и обогащения материала для цитологического исследования.

Мы ставили своей задачей дать определенную оценку зависимости состояния первичного очага и возмож-

ностей поступления раковых элементов в полость желудка и в кровяное русло.

Цитологическое исследование различных объектов на разных стадиях заболевания, естественно, должно дать представление о степени распространения злокачественного процесса.

Мы ставили своей целью определение цитоморфологии рака желудка в различных средах.

Данные цитологического исследования были сопоставлены с клиническими формами злокачественных новообразований желудка, а также с данными гистологического исследования.

Карцинемия при раке желудка мало изучена. В отечественной и доступной зарубежной литературе нет сообщений, посвященных специально раку желудка. Имеются лишь разрозненные данные ряда зарубежных авторов, занимающихся изучением раковых клеток при других злокачественных новообразованиях. Вместе с тем, цитологическое исследование опухолевых клеток в крови может представлять не только теоретический, но и практический интерес — в отношении диагностики, прогноза, определения степени распространенности опухолевого процесса, влияния оперативного вмешательства и т. д.

Учитывая трудности распознавания начального рака при лапаротомии, мы поставили своей целью изучить возможность применения морфологического метода при операции.

Нами был проведен анализ причин позднего распознавания рака желудка у больных, находившихся на стационарном лечении в онкологическом отделении 5 городской клинической больницы г. Казани в 1961—1964 гг.

Первой причиной является позднее обращение больных (43,3%), диагностические ошибки (33,2%) являются не менее важными; ошибка рентгенологов имело место в 12,3%; длительность обследования — 2,4%; скрытое течение заболевания — 8,4%.

Основной причиной во всех случаях является отсутствие характерной клинической картины в начальных стадиях рака желудка.

В этих случаях симптомы либо совершенно отсутствуют, либо они сходны с признаками предраковых заболеваний (язва, полип, хронический анацидный гастрит).

В дальнейшем клиническая картина зависит не столько от самой опухоли, сколько от осложнений рака.

На основании наших наблюдений течение рака желудка более или менее длительное.

Общепринятые методы диагностики в начальных стадиях рака желудка являются несовершенными, возможности их ограничены. Они основаны чаще на косвенных признаках заболевания.

Лабораторные методы исследования крови, желудочного содержимого и кала (на скрытую кровь) имеют небольшое значение в диагностике рака желудка, не только в начальных стадиях. Так, даже в группе неоперабельных больных РОЭ оказалась нормальной в 25%. В то же время у многих больных с предраковыми заболеваниями РОЭ равнялась 20—60 мм в час.

Исследование желудочного содержимого было сделано у 242 больных раком желудка. Ахлоргидрия определена у 75% всех обследованных больных. Но она столь же часто оказалась у больных, страдающих полипом желудка.

Одним из ведущих методов диагностики рака желудка является, как известно, рентгенологический. Рентгеновские признаки (дефект наполнения, злокачественный рельеф слизистой, отсутствие перистальтики) выражены хорошо в далеко зашедших случаях, когда опухоль уже прощупывается. Нередко рентгенолог затрудняется в определении характера новообразования. Процент рентгенологических ошибок сравнительно велик. Нами произведен анализ у 346 желудочных больных. Процент рентгеновских ошибок равен, по нашим данным, 11,8. При сравнении рентгеновской картины с макропрепаратом желудка, мы в большинстве случаев обнаруживали несоответствие в отношении локализации опухоли, ее границ, формы и даже количества патологических очагов в желудке. При рентгеноскопии часто остаются незамеченными множественные опухоли, что приводит, в последующем, после операции к возникновению ложных рецидивов.

Обычно просматриваются опухоли в проксимальном отделе желудка при распознанной опухоли в дистальном отделе.

Большие диагностические трудности представляет для рентгенолога расположение опухоли в кардиальном

отделе желудка. Трудно также проведение дифференциального диагноза между полипом и полипозным раком, между каллезной и раковой язвой, а также при стенозах привратника.

По нашим данным, ошибаются и опытные рентгенологи. По-видимому, ошибки зависят больше от несовершенства метода.

Одним из важных методов диагностики рака желудка является гастроскопический. Нами произведено 306 гастроскопических исследований 301 больному. Исследование проводилось гастроскопами Г-8 и Г-244. Описанные в литературе серьезные осложнения (перфорация пищевода, глотки и желудка) при известном опыте встречаются все же редко. Для чтения гастроскопических картин необходим значительный опыт.

Дистальный отдел желудка не может быть осмотрен гастроскопом, («слепая зона»). Даже на операционном столе с помощью оператора нам не удалось просмотреть гастроскопом «слепые зоны» желудка. Поднаркозная гастроскопия с применением мышечных релаксантов не улучшает положения.

У ряда больных (13) гастроскопическая картина была неправильно истолкована, вследствие ошибочной трактовки, от недостаточного освещения опухоли, подслизистого роста злокачественных новообразований.

Гастроскопический метод дает возможность точнее, чем рентгеновский определить анатомическую форму, протяженность, локализацию опухоли. Однако, даже при известном опыте мы допустили 19 ошибок.

Гастроскопический метод имеет неограниченное значение для диагностики рака из язвы, из полипа, а при множественных опухолях выявить нераспознанные при рентгеновском методе опухоли.

Для диагностики рака кардиального отдела желудка нами у 86 больных применялось эзофагоскопическое исследование. При раке кардиального отдела желудка без перехода на пищевод или при небольшом переходе, мы только у 9 из 57 обнаружили опухоль кардии и успешно произвели биопсию.

Лучшие результаты получены при значительном переходе опухоли на пищевод. Но когда распространение опухоли на пищевод происходит под слизистой, оно просматривается эзофагоскопом.

Электрогастрографический метод имеет небольшое значение в диагностике рака желудка. Метод основан на изменении моторной функции при патологических состояниях желудка. Мы пользовались методикой М. А. Собакина (запись электрогастрограмм с поверхности тела в условиях пищеварения). Запись производилась с помощью аппарата ЭГС-3.

Запись электрогастрограмм была произведена нами у 140 желудочных больных. Было записано также 20 контрольных электрогастрограмм у здоровых людей.

Во многих случаях были получены мало характерные электрогастрограммы, иногда мало отличающиеся от нормальных.

Одноканальный электрогастрограф в основном регистрирует изменения моторной деятельности при небольших опухолях антральнопилорической области и только при значительной величине новообразований в других отделах желудка.

Кроме того, аппарат является недостаточно совершенным. Часто возникают технические неисправности и помехи. Нередко на электрогастрограмме можно обнаружить записи не только токов желудка, но также тонкого и толстого кишечника.

В связи с высокой чувствительностью аппарата даже незначительные движения больного во время исследования, присутствие посторонних лиц, разговоры влияют на характер кривой.

Таким образом, все перечисленные методы не обеспечивают раннюю диагностику рака желудка.

С. А. Холдин и В. В. Татарский справедливо считают, что «...рак желудка является не только и не столько хирургической, сколько диагностической проблемой».

Морфологические методы являются наиболее достоверными и менее сложными. Самым простым и доступным является цитологическое исследование. Обнаружение опухолевых клеток является прямым доказательством наличия рака желудка. Этот метод вместе с тем дает возможность распознать рак желудка в начальных стадиях.

Нами подвергалась цитологическому исследованию периферическая и регионарная кровь, осадок промывных вод желудка, отпечатки опухоли с поверхности зонда, пунктаты лимфоузлов. Образование метастазов про-



исходит не только гематогенным, но и лимфогенным путем.

Существуют различные методы выделения опухолевых клеток из крови. Первым условием успеха является максимальное удаление эритроцитов из крови.

Вначале мы для осаждения эритроцитов использовали фибриноген, но вскоре отказались от него в связи с большими трудностями в получении препарата в сухом виде, а также из-за малого числа выделенных опухолевых клеток. В дальнейшем мы использовали сапонин. Действие его основано на гемолизе эритроцитов. Литературные данные и наблюдения А. П. Старостина из нашей клиники показали, что с помощью сапониона опухолевые клетки в крови обнаруживаются в достаточном количестве.

При правильной дозировке сапонин меньше повреждает клетки по сравнению с другими препаратами.

Нами применялась следующая методика: из локтевой вены брали 10 мл крови и переносили в центрифужную пробирку, в которой находилось 0,2 мл гепарина (гепарин «Рихтер» с активностью 5000 ед. в 1 мл.), гепаринизированная кровь подвергалась центрифугированию в течение 5 минут при 1000 оборотах. Затем удаляли плазму. К оставшемуся осадку добавляли 1% раствор сапониона (из расчета 0,4 мл на 1 мл осадка). Содержимое пробирки тщательно, но осторожно, смешивали в течение 5—6 минут и вновь центрифугировали в течение 5 минут при 1000 оборотах. На дне пробирки образуется небольшой светлый осадок, состоящий из лейкоцитов, опухолевых клеток и еще некоторого количества эритроцитов. Имеющуюся над осадком темнокрасную густую жидкость сливали и к осадку добавляли изотонический раствор до 10 мл, вновь смешивали и вновь центрифугировали 5 минут при 1000 оборотах. Полученную над осадком жидкость сливали, а осадок переносили на предметные стекла. Препараты сушили, фиксировали в смеси Никифорова и красили затем смесью Романовского — Гимза.

Опухолевые клетки в крови имеют сходное строение с опухолевыми клетками, получаемыми в промывных водах желудка и в мазках — отпечатках с опухоли. Их размеры в крови несколько меньше, форма более округлая. Комплексы опухолевых клеток встречаются в перифе-

рической крови несколько реже, да и размеры их меньше. Эти отличия связаны с нахождением опухолевых клеток в кровеносном русле.

Определение опухолевых клеток в периферической крови было произведено у 200 больных раком желудка, у 30 больных с предраковыми заболеваниями желудка и у 20 здоровых людей, служивших контролем.

Из числа 200 больных раком желудка у 124 (62%) были обнаружены опухолевые клетки, у 22 (11%) результат оказался сомнительным и у 54 (27%) отрицательный.

Из 30 больных с предраковыми заболеваниями желудка, только у одного больного были обнаружены «опухолеподобные» клетки, принятые за раковые. Интересно, что и в промывных водах этой больной язвенной болезнью были обнаружены «опухолеподобные» клетки. Такую ошибку можно было связать с выраженным процессом пролиферации в слизистой желудка. Ни у одного здорового человека в крови не были обнаружены опухолевые клетки.

Таким образом, не оставляет никаких сомнений возможность определения опухолевых клеток в крови.

Мы стремились выяснить возможность выявления опухолевых клеток в крови в начальной стадии рака. С этой целью была изучена зависимость между нахождением опухолевых клеток в крови и стадией заболевания.

Таблица

Отношение между стадией заболевания и нахождением опухолевых клеток в крови

Стадия	Результат			Всего
	положительный	сомнительный	отрицательный	
I	3	—	2	5
II	8	3	6	17
III	29	9	17	55
IV	68	9	17	94

Из этой таблицы видно, что опухолевые клетки обнаруживаются в крови и на ранних стадиях. Это в значи-

тельной мере повышает ценность метода для диагностики рака желудка. У 4 больных опухолевые клетки были обнаружены в периферической крови раньше, чем опухоль была выявлена рентгенологически.

Представляет интерес наличие опухолевых клеток в крови при отсутствии видимых метастазов. Наличие опухолевых клеток в крови еще не говорит за существование метастазов. Карцинемия сама по себе не должна служить противопоказанием к операции. В дальнейшем с ростом опухоли число раковых клеток в крови увеличивается, повышается их активность, вместе с тем снижается резистентность организма. Это ведет к образованию метастазов, которые в свою очередь являются источником новых опухолевых клеток, проникающих в кровь. Выбрасывание опухолевых клеток в кровь зависит от локализации метастазов опухоли. Особенно часто обнаруживаются опухолевые клетки при метастазах в печень.

Наши клинические наблюдения показывают, что метастазы в печени образуются гематогенным путем. При наличии метастазов в печени у многих отсутствовали регионарные метастазы в лимфоузлах (гематогенные метастазы предшествуют лимфогенным).

Что касается локализации самой опухоли, то по нашим данным, она не оказывает существенного влияния на выбрасывание опухолевых клеток в кровеносное русло. Мы обнаружили, что экзофитный рост опухоли реже вызывает карцинемию, чем инфильтрирующий.

У 30 больных нами была исследована не только периферическая, но и регионарная кровь. Забор крови из регионарных вен производился во время оперативного вмешательства, тотчас после вскрытия брюшной полости. Обыкновенным шприцом, в котором находилось 0,2 мл гепарина (1000 ед) набираем 10 мл крови из отходящей от опухоли вены. Вену затем перевязывают. Из полученной крови обычным образом готовят препараты.

При анализе полученных данных оказалось, что результаты определения опухолевых клеток в регионарной крови на 11,3% превышают результаты, полученные при исследовании периферической. Мы объясняем это тем, что раковые клетки не распространились еще по всему организму, и следовательно, еще не растворились в кровеносном русле и не задержались в капиллярах. Поэтому-

му комплексы опухолевых клеток в регионарной крови встречались чаще, размеры их были больше.

В связи с обнаружением большого количества опухолевых клеток в регионарной крови, мы рекомендуем тщательную перевязку сосудов при мобилизации, чтобы не допустить попадания опухолевых клеток в брюшную полость и имплантации опухолевых клеток с последующим возникновением рецидивов и метастазов.

Подтверждением возможности распространения опухолевых клеток при мобилизации желудка служат факты нахождения опухолевых клеток на пальцах хирурга после проведения этого этапа операции (по нашим данным в 16 из 25 случаев). Поэтому тщательное мытье рук после мобилизации желудка является обязательным.

Нами было отмечено, что после перевязки основных сосудов, отходящих от желудка (в зависимости от локализации опухоли наступает уменьшение числа опухолевых клеток в периферической крови. В связи с этим необходимо начинать мобилизацию желудка с перевязки вен, отекающих от опухоли, а уже затем проводить мобилизацию желудка обычным способом, стараясь наименьшим образом травмировать патологический очаг.

Нами был изучен вопрос о влиянии оперативного вмешательства на карцинемию. С этой целью были проведены сравнительные исследования периферической крови, взятой до и во время оперативного вмешательства. Эти исследования были проведены у 80 больных. Забор крови был произведен во время таких этапов операции, как ревизия брюшной полости и мобилизация желудка. Эти исследования показали, что операция усиливает выбрасывание опухолевых клеток в кровеносное русло. На 18,8% выросло число больных, у которых были определены опухолевые клетки в периферической крови во время оперативного вмешательства по сравнению с дооперационными данными.

Оперативная травма понижает сопротивляемость организма, вызывает усиленное продвижение опухолевых клеток, их мобильность. Механическое воздействие на раковую опухоль желудка во время оперативного вмешательства способствует отрыву опухолевых клеток, проникновению их в кровеносное русло и распространению по организму.

Даже повторная пальпация опухоли (до операции)

ведет к увеличению опухолевых клеток в крови. В связи с этим необходимо всячески избегать излишней травматизации опухоли как до, так и во время операции.

Мы изучали карцинемию у больных раком желудка в послеоперационном периоде (во время нахождения больных в стационаре). Произведено определение опухолевых клеток у 107 больных после произведенных им оперативных вмешательств.

У каждого больного забор крови для исследования производился дважды, в первые 3 дня после операции и накануне выписки (на 8—12 день).

Всего было произведено 213 исследований. Из них 110 было произведено 55 больным после радикальных оперативных вмешательств; 103 у 52 больных после апробативных лапаротомий.

При анализе полученных данных довольно интересным оказался факт отсутствия опухолевых клеток в крови больных, оперированных по поводу начального рака желудка. Опухолевые клетки были обнаружены у части больных с развитыми раковыми новообразованиями. У больных с четвертой стадией отмечается увеличение числа опухолевых клеток в крови после апробативных лапаротомий, причем число их непрерывно растет.

Таким образом, исследование опухолевых клеток в крови в послеоперационном периоде часто определяет степень радикальности операции. Нахождение опухолевых клеток в послеоперационном периоде является прогностически неблагоприятным фактором.

При исследовании трупной крови больных раком желудка, умерших в сроки до 30 дней после произведенных им радикальных оперативных вмешательств, были обнаружены опухолевые клетки в венах печени, легких и особенно в правом предсердии. Это дает нам основание считать, что оперативное вмешательство является лишь условно радикальным.

Мы не ставили своей целью изучить карцинемию в зависимости от действия химиотерапевтических средств. Такое исследование было проведено у 12 неоперабельных больных. У 10 из них была произведена апробативная лапаротомия, у 1 — паллиативная гастроэктомия, у 1 — паллиативная резекция желудка. Перед ушиванием лапаротомной раны им в брюшную полость было введено 30 мг Тио Тэфа и в послеоперационном периоде они

получили еще 120 мг. Таким образом на курс лечения было дано 150 мг. Тио-Тэфа. Исследование периферической крови у этих больных после операции и химиотерапии показало, что у большинства опухолевых клеток нет.

Мы не изучали карцинемно в отдаленные сроки после оперативного вмешательства. По литературным данным через некоторое время после комбинированного лечения опухолевые клетки вновь появляются в крови. Требуется повторный курс химиотерапии. Все же благодаря применению химиотерапии и паллиативных резекций возможно продлить жизнь многим неоперабельным больным.

При определении опухолевых клеток в крови встречаются трудности, вызванные тем, что необходимо просматривать много препаратов, в которых опухолевые клетки попадают на фоне большого количества форменных элементов в крови. Кроме того, в мазках крови иногда встречаются молодые клетки миелоидного и лимфоидного ряда, которые могут быть приняты за раковые. Оценка препаратов требует знания цитологии и гематологии.

Исследование промывных вод желудка до настоящего времени не получило широкого распространения для ранней диагностики рака желудка.

Нами проведено исследование осадка промывных вод у 366 больных раком желудка и у 185 больных с предраковыми заболеваниями (гастрит, полип, язва).

Методика проста. В полость желудка, посредством зонда вводим физиологический раствор в количестве 250 мл. с последующим исследованием полученного осадка промывных вод.

При подозрении на рак кардиального отдела желудка, мы вводим зонд на 36—38 см., вливаем физиологический раствор, а затем уже продвигаем зонд в желудок. Этим мы добиваемся смыва опухолевых клеток.

Полученные препараты из осадка промывных вод изучаются в нативном виде, а затем окрашиваются по Романовскому—Гимза.

Изучение осадка промывных вод желудка дает положительные результаты в 78,4%.

Нахождение комплексов, групп, большого количества разрозненно расположенных опухолевых клеток подтверждает с несомненностью диагноз рака. Отрицатель-

ная цитограмма не исключает наличия раковой опухоли. Отсутствие опухолевых клеток в препарате может зависеть от непопадания их в промывные воды или потери их при приготовлении мазков.

Мы никогда не находили опухолевых клеток в промывных водах в присутствии желчи. По-видимому, под влиянием желчных кислот опухолевые клетки разрушаются. Возможно, что это в какой-то степени объясняет большую частоту рака желудка и исключительную редкость рака — двенадцатиперстной кишки.

Что касается разрушающего действия соляной кислоты на раковые клетки, то оно не всегда выражено. За это говорит факт нахождения опухолевых клеток у больных при нормальных цифрах соляной кислоты.

Цитологическое исследование желудочного содержимого при начальном раке оказалось положительным у 8 из 10 больных первой стадии и у 17 из 21 второй стадии. Полученные результаты доказывают, что цитологический анализ промывных вод желудка является весьма ценным при комплексном исследовании желудочных больных.

В отличие от карциномы исследование осадка промывных вод дает более высокий процент положительных результатов не при инфильтративных, а при фунгозных опухолях. Оба метода дополняют друг друга.

Наиболее высокий процент положительных результатов был получен при локализации опухоли в кардиальном отделе желудка (до 90%). Если учесть, что распознавание рака кардиального отдела желудка представляет большие трудности для рентгенолога и эндоскописта, то совершенно понятно большое значение цитологических исследований при этой локализации опухоли. В пилорическом отделе желудка — процент ниже, но трудно согласиться с теми исследователями, которые считают в таких случаях цитологическое исследование неоправданным.

У 46 больных оказалось возможным цитологически определить гистологическую структуру опухоли и характерные цитограммы для аденокарциномы, скirrа и слизисто-коллоидного рака.

Цитологическое исследование осадков промывных вод у больных с предраковыми заболеваниями желудка не обнаруживает специфических клеток, однако именно сре-

ди этой группы больных цитологически можно выявить начальные формы рака желудка.

Диагностика начального рака иногда даже трудна на операционном столе. Дифференциальный диагноз между начальным раком и полипом или язвой представляет большие трудности. Осмотр и пальпация желудка (даже при гастротомии) не всегда позволяет высказаться определенно о характере новообразования.

Трансиллюминационный метод, предложенный М. З. Сигалом, в значительной степени улучшает операционную диагностику. Однако трудно решать по ангиоскопической картине о наступившей малигнизации язвы и полипа.

Диагноз может быть установлен более точно путем цитологического изучения соскоба, полученного с поверхности опухоли во время операции. По предложению М. З. Сигала мы решили провести эти исследования.

С обнаруженного при трансиллюминации патологического очага с помощью специальных насечек на зонде трансиллюминатора мы производили соскоб с опухоли и подвергали его срочному цитологическому исследованию.

Подобные исследования были проведены нами у 81 желудочного больного. Из них 75 страдало раком желудка; 1 — ригидным антральным гастритом, 3 — язвой желудка и 2 — полипом желудка. Из 75 больных раком желудка опухолевые клетки были обнаружены у 67 (89,3%) и не были найдены у 8 (10,7%) больных.

В осмотренных препаратах были обнаружены скопления раковых клеток, которые не оставляли никаких сомнений в их природе.

Метод подкупает тем, что диагноз на операционном столе может быть поставлен без вскрытия желудка.

Форма опухоли, гистологическое строение мало влияют на результаты исследования, которые зависят в основном, от тщательности проведения соскоба с поверхности опухоли.

В тех случаях, где нами был получен отрицательный результат, мы при возможности производили пункцию близлежащих регионарных лимфоузлов. Это нам удалось сделать у 7 больных. Из них у 6 обнаружены комплексы опухолевых клеток.

Таким образом, использование обоих цитологических методов (соскоб с опухоли и пункция регионарных лим-



фоузлов) может привести к правильному диагнозу во время операции почти во всех случаях.

Само собой понятно, что цитологический диагноз должен быть сопоставлен с данными клинки, рентгена и лаборатории.

### Выводы

1) Анализ нашего материала (375 больных) показывает, что диагностика начальных форм рака желудка представляет значительные трудности ввиду отсутствия характерной клинической картины и специфических лабораторных данных в этом периоде. Даже рентгеновский и эндоскопический методы не всегда могут обеспечить постановку раннего диагноза.

2) В особенности трудна диагностика в начальных стадиях малигнизации язв, полипов. Дифференциальная диагностика между раком и предраковыми заболеваниями желудка трудна даже на операционном столе. Ошибки здесь нередки.

3) Для распознавания рака желудка в начальных стадиях необходимо, наряду с обычными, чаще прибегать к морфологическим методам. Они более доказательны (при положительных результатах). При отрицательных данных не исключается, разумеется, наличие опухоли.

4) Опухолевые клетки обнаружены нами в периферической крови у 62% больных раком желудка. Результаты исследования регионарной крови еще выше (73,3%). Обнаружение опухолевых клеток на ранних стадиях болезни дает право рекомендовать этот метод в комплексе с другими для ранней диагностики рака желудка.

5) Оперативная травма и даже многократная пальпация эпигастральной области (место расположения раковой опухоли желудка) усиливает выброс опухолевых клеток в кровеносное русло. Количество опухолевых клеток, определяемых в периферической крови во время операции по сравнению с дооперационными данными, возрастает на 18,8%.

6) Для предотвращения имплантации опухолевых клеток при операции необходима тщательная перевязка даже мелких сосудов. Мобилизацию необходимо начинать с перевязки сосудов, несущих кров от опухоли.

7) Отсутствие опухолевых клеток в периферической крови в послеоперационном периоде свидетельствует о радикальности произведенной операции у больных первой, второй и третьей стадии рака желудка. При нерадикальных операциях и особенно при апробативных лапаротомиях количество опухолевых клеток в крови непрерывно нарастает.

8) Цитологическое исследование осадка промывных вод желудка у 78,4% больных раком желудка оказывается положительным. Опухолевые клетки часто обнаруживаются в начальных стадиях рака. Этот метод заслуживает внимания для применения его в общем комплексе диагностики рака желудка.

9) Сравнительные цитогистологические данные позволяют считать, что при цитологическом исследовании по ряду признаков можно определить гистологический тип опухоли (аденокарциному, скирр и слизистоколлоидный рак).

10) При предраковых заболеваниях желудка (язва, полип, хронический гастрит) нет никаких специфических признаков. Исследование промывных вод должно быть предпринято при этих заболеваниях с целью выявления малигнизации.

11) Цитологическое исследование отпечатков опухоли на поверхности зонда (с насечек) во время операции обнаруживает раковые клетки у 88,9% больных. Установленные на операции цитологическим путем особенности патологического очага определяют характер операции.

12) Большое практическое значение имеет также пункционная биопсия регионарных лимфоузлов. Она дополняет метод изучения соскоба с опухоли. Оба взятых вместе цитологические методы позволяют поставить с уверенностью операционный диагноз почти во всех случаях. Таким образом повышается значение диагностической лапаротомии.

13) Имеется полная идентичность опухолевых клеток в цитограмме крови, осадке промывных вод и в мазках-отпечатках.

14) Гематогенный путь наряду с лимфогенным играет большую роль в распространении опухолевых клеток и образовании метастазов.

Диссертация состоит из двух томов. Первый том диссертации изложен на 259 страницах, состоит из введе-

ния, 5 глав, заключения, выводов, указателя литературы, иллюстраций (в тексте 11 таблиц и 59 рисунков).

Библиографический указатель содержит 174 отечественных и 176 зарубежных литературных источников.

Второй том (161 стр.) содержит краткие выписки из истории болезни 419 обследованных больных. Кроме того, основные данные из историй болезни еще 75 больных представлены в виде таблиц.

### СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ ОТРАЖЕНО В СЛЕДУЮЩИХ РАБОТАХ:

1) Некоторые вопросы диагностики рака желудка. Сборник научных трудов кафедры факультетской хирургии. г. Алма-Ата, 1962, 128—131.

2) К вопросу о цитологической диагностике рака желудка. Вопросы практической онкологии. Сборник научных трудов. Казань, 1963, 95—96.

3) Значение исследования промывных вод в диагностике рака желудка. Вторая Республиканская онкологическая конференция. Тезисы докладов. Казань, 1964, 17—18.

4) Исследование периферической крови на раковые клетки у больных раком желудка. Вторая Республиканская онкологическая конференция. Тезисы докладов. Казань, 1964, 22—23.

5) Значение гастроскопии в диагностике рака и предраковых заболеваний желудка. Вторая Республиканская онкологическая конференция. Тезисы докладов. Казань, 1964, 81—82.

6) Значение комплексного обследования в диагностике рака желудка. Научная конференция Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина. Тезисы докладов. Казань, 1964, 34—37.

7) Значение электрогастрографического метода в диагностике рака желудка. Казанский медицинский журнал. Принята в печать.

### НАПРАВЛЕННЫ ДЛЯ ОПУБЛИКОВАНИЯ:

Карцинемия при раке желудка — в журнал «Клиническая медицина».

Влияние оперативного вмешательства на карцинемию — в журнал «Вопросы онкологии».

Значение цитологической диагностики рака желудка на операционном столе — в журнал «Хирургия».

Материалы диссертации доложены на заседаниях онкологического и хирургического общества ТАССР.



