

Тезисы.

1. Для ранней диагностики рака желудка и др. внутренних органов необходимо, чтобы каждый человек, являющийся враг постоянно находился в сфере онкологического наблюдения и даже при отсутствии более или менее характерной клинической картины и патогномного синдрома для рака, выявлять в анализе и объективном статусе больного патологические герты, которые свойственны ранним стадиям рака. Выявление этих характерных герт и их правильное использование является залогом к ранней диагностике рака и уменьшению числа затронутых гипероблигатных случаев заболевания.

2. Многие отечественные и зарубежные авторы придают огромное значение язве и гастриту, считая, что рак желудка в 80% случаев развивается из последних и эти предшествующие заболевания рассматриваются как предраковые болезни, несущие в себе опасность превращения в раковую опухоль. Отсюда ясно, что эти заболевания требуют очень серьезного отношения со стороны врачей, заключающегося в регулярных наблюдениях, повторных рентгенологических и лабораторных исследованиях особенно подозрительных по раку язвочек, гастритов и язвенных болезней.

3. Организация постоянного наблюдения, периодические рентгенологические и лабораторные исследования, производство пробных лабораторий в солидных случаях, повышение квалификации амбулаторных и поликлинических врачей в области ранней диагностики злокачественных опухолей, — вот те мероприятия, без которых невозможно ранняя диагностика рака желудка.



Из всех проблем ранней диагностики заболеваний своевременное распознавание рака желудка остается наиболее трудным, во первых потому, что нагало безболезненное, а течение в раннем периоде бессимптомно, во вторых: рак желудка, за исключением далекозашедших случаев, является недоступным для пальпации и другим непосредственно физикальному обследованию, чтобы установить своевременно черты характеризующие злокачественную опухоль, например: твердая консистенция, омерзительная форма и границы затвердения, бугристость поверхности и т.д. как это бывает в органах доступных для пальпации, а также при раковых поражениях покровных тканей. В третьих из предложенных различных способов исследования нет ни одной специфической реакции для ранней диагностики рака желудка и доступной для массового применения.

Только единственный из биологических методов раннего распознавания рака заслуживает внимание метод Турвигга, который состоит в изменении митохондриального излучения, но о нем пока нигде определенного сказать нельзя.

Этот метод может быть в будущем оправдан только в том смысле, что сможет указать вообще о раковой поражении организма а его локализация остается открытой.

Эндоскопия тоже остается лишь только хорошим принципом, т.к. эндоскопия внутренней поверхности желудка технически трудно выполнима.

Вообще предложены многочисленные способы, разработанные с большими трудом, но они пока что не дают никаких толковых

данных для ранней диагностики рака желудка и выражение Риделя до настоящего времени еще сохранило свое значение: там где имеется налицо опухоль, резко выраженная кажексия, обильное содержание мочевой и отсутствие свободной соляной кислоты в желудочном содержимом и рвота кофейной гущи, диагноз легкий, но он имеет небольшое значение, чем диагноз на трупа."

Большая часть больных попадает в больницу по анамнезу с давностью заболевания до 4-6 месяцев. Такая давность на которую указывают больные при раке не столь велика, но с сожалением они не могут точно знать начало возникновения заболевания и часто их указание не соответствует с действительным распространением канцерозного процесса.

Представляет в этом отношении данные Федореева таблица № 1 из Ленинградского онкологического института.

Эти данные красноречиво говорят о том, что рак желудка довольно часто развивается для больного без симптомов или при незначительных симптомах. Такое скрытое течение ракового процесса является одним из серьезных факторов, объясняющих наличие столь большого числа больных попадающих в стационар с трудно излечимыми или совсем неизлечимыми опухолями.

С другой стороны имеет значение недостаточное обследование больных в амбулаториях и поликлиниках (особенно больных в раковом возврате) поэтому необходимо повысить качество амбулаторного обследования, увеличить количество пропускной способности рентгеновских кабинетов и лабораторных исследований для подозрительных больных и необходимо повышение квалификации широкой массы амбулаторных врачей.

Эти мероприятия могут повести к резкому снижению числа больных, попадающих в стационар с неизлечимыми раковыми опухолями.

Прежде всего каждый практический врач должен вооружиться онкологически мышлением и отбросить навсегда мысль о невозможности раннего распознавания рака желудка, так же нужно отбросить старые вредные предрассудки о том, что рак желудка в ранней стадии не диагностируется, а в поздней стадии не излечивается.

Находясь в сфере онкологического мышления врачу прежде всего необходимо знать, где и когда следует подозревать рак и при каких определенных показаниях настойчиво искать его. Для этого нужно использовать все существующие методы диагностики. А при невозможности проведения на месте соответствующих исследований сразу направить больного в более компетентное онкологическое учреждение и не терять самое драгоценное время для успешного его лечения.

В ранней стадии заболевания при отсутствии более или менее характерной клинической картины можно выявить в анамнезе и объективном статусе больного некоторые типические черты, которые свойственны для ранней стадии рака желудка, а именно: неопределенные, так называемые „скрытые боли“ постоянно напоминающие больному о серьезности своего страдания. Заслуживает внимания и следующие явления: нередко больной в своих жалобах не только преувеличивает, а скорее всегда недооценивает серьезность своего положения в противовес язве и гастриту, где резко бросается в глаза зависимость симптомов от психических факторов. Здесь этой связи обычно нет и создается такое впечатление, как-бы больной предчувствуя всю тяжесть своего страдания надеется справиться с ним и старается его игнорировать.

Ценным симптомом для ранней диагностики рака желудка является также удачный

термин американских авторов „discomfort“ т.е. изгешнове-
ние гувства фризигеского, вернее соматигеского ^{бладо-}
полугия - болной вдрцд нагинает себя гувствоватб не
по себе. Это приблизительно такое состояние когда
болной ощущает свой желудок, прислушиваясь к
внутренней картинке своего заболевания.

Для ранней диагностики рака имеют и кое-
какие признаки диспептигеские явления: неприятный,
подгас металигеский вкус во рту, слизные болевые
ощущения, тяжесть в подложегнуо область особенно
после еды, чувство напряжения или распирания после
приема пищи, чувство переполнения в верхней части
живота и отрышка.

Нам необходимо всецело сосредоточить внима-
ние на вышеуказанные явления и тщательными наблю-
дениями выявлять их, т.к. они считаются первыми
проявлениями ракового заболевания.

Хотя эти данные довольно скудные, не
совсем ясные и до некоторой степени не лишены
субъективизма и вовсе недостаточны для диагно-
стики рака желудка, но они вполне достаточны
для подозрения ракового процесса в начальной его
стадии, чтобы направить наше исследование по пра-
вильному пути и с помощью квалифицированного
рентгенологического и лабораторных исследований
установить ранний диагноз заболевания в ста-
дии его операбельности.

① Для ранней диагностики рака желудка
очень большое значение имеет серьезное отношение
и регулярное наблюдение, казалось бы невинными
заболеваниями, которые в настоящее время рассма-
триваются, как предраковые заболевания.

Огромная литература и повседневный
опыт

За последние м-цы в трех случаях нам удалось выявить рак желудка в ранней стадии, как соответствующее заболевание. По мимо основных заболеваний, по которым легились больные, в анамнезе и объективном статусе были выявлены некоторые типичные герты, которые до некоторой степени свойственны ранним стадиям рака желудка, что и побудило нас провести соответствующие рентгенологические и лабораторные исследования, которые окончательно подтвердили наше предположение.

Для примера приводим следующий случай: больной Смирнов 1902 г. р. поступил из ОЛП № 20.

По мимо поражения легких двусторонними кавернозно-инфильтративными открытыми тбк. легких, больной своими жалобами обратил наше внимание на желудок.

Жалобы больного со стороны желудка не укладывались в рамки обычной клинической картины тбк. легких и органов брюшной полости, а именно: какие-то неопределенные, постоянно нарастающие неприятные ощущения в течение последних двух месяцев в области желудка чувство тяжести и извращения вкусовых ощущений, пальпаторная болезненность в области эпигастрия разлитого характера без определенных болевых точек в особенности по белой линии. вниз от мечевидного отростка на протяжении 5 см.

Такие скудные данные анамнеза и объективно исследования оказались первыми проявлениями ракового поражения желудка, которое было подтверждено повторными рентгенологическими и лабораторными исследованиями.

Подобные явления обязывают нас в отношении определенных возрастных групп больных, во всех неясных случаях, по возможности провести все виды исследования чтобы выявить наличие опухоли в стадии ее операбельности и успокоится только

тогда, когда мысль о раке будет окончательно отве-
рзнута.

следует
Важный вопрос касающийся
Для ранней диагностики рака желудка ^{это} имеет серьезное отношение и регу-
лярное наблюдение, казалось бы невинным заболевани-
ем, которое в настоящее время рассматривается,
как предраковое заболевание.

Огромная литература и повседневный опыт
практикующего врача в отношении предраковых
заболеваний позволяет считать что последние должны
сыграть большую роль в деле ранней диагностики
рака желудка.

Изучение огромного материала онкологическ-
их институтов нашего Союза в частности Ленингра-
дского дает в этом отношении следующие данные:
при раках наружных органов (кожи, губ, полости рта,
а также матки) больные во всех случаях указывали
на предшествующие раку заболевания. Отсюда дела-
ют вывод, что при раках внутренних органов
предшествующие заболевания встречаются, вероятно
чаще, но больные о них могут не всегда знать.

В происхождении рака желудка большое
значение придают язве и гастриту, считая, что
рак желудка 80% случаев развивается из последних.
Ту же роль в происхождении рака кишок (толстой и
прямой) играют хронический колит и проктит.

Поэтому хронические воспалительные процессы
любой локализации (особенно у пожилых людей)
рассматриваются, как предраковые заболевания
и имеют практическое большое значение для ран-
ней диагностики рака.

Эти предраковые заболевания разные

Гастриты, полипы и тому подобные заболевания заслуживают более серьезного отношения, которые несут за собой опасность превращения в раковую опухоль.

Примером вышеизложенного могут послужить следующие случаи:

Больной Ромаз, 1902 г.р. находится в б-це с 18. XII. 46 г. Диагноз: Алиментарная дистрофия и Гастрит хр. (ахилия). Желудок болел с 1937 г., лежал на воле в условиях стационара и санатории по поводу "Гастрита". У нас в больнице отмечались периодические гастрогенные поносы.

До мая м-ца с/2 общее состояние больного было удовлетворительное, а с мая м-ца стали отмечаться следующие изменения: ухудшение самочувствия, изменение аппетита и физиологическое неудовлетворение после еды, апатия, общая адинамия и безразличное отношение к окружающим, гнилостный запах изо рта.

Такие изменения в общем течении болезни несомненно свойственны для Гастрита, а с другой стороны длительные воспалительные процессы слизистой оболочки желудка, — представляющие опасность перехода в рак, побудили нас произвести ряд рентгенологических и лабораторных исследований желудка, тем и удалось установить наличие рака желудка в стадии его операбельности.

Следующий случай: больной Каиров 1895 г.р. который давно страдал явлениями от хр. ахилидного Гастрита, появились тоже приблизительно подобные изменения неукладывающиеся в обычной клинической

картине первоначального заболевания. Подобно, как при первых двух случаях и тут был установлен ранний диагноз рака желудка. Судя по рентгенографическим данным - незначительный дефект наполнения и обрыв складок слизистой со стороны большой кривизны.

Больной оказавшись от операции, при консервативном лечении последовало заметное улучшение с прибавкой веса на 2-2½ кг.

Это явление заставило нас провести повторные исследования, которые вполне убедительно подтвердили первоначальный диагноз.

Вопреки представлению многих врагов: "будто-бы при раке желудка, как правило, состояние б-го прогрессивно ухудшается" и если при консервативном лечении последует - улучшение общего состояния б-го, врач отказывается от своего диагноза.

Между тем при злокачественном поражении желудка в результате консервативных методов лечения спешь и рядом достигаются удовлетворительные результаты даже очень хорошие. временные успехи очень часто подводят б-го, который заметив улучшение может отказаться от операции, может подвести и в этих вопросах не достаточно осведомленного врача, который может в свою очередь отказаться от своего правильного первоначального диагноза. т.к. несмотря на временное улучшение общего состояния б-го и даже прибавка в весе, злокачественная опухоль ничуть не перестает развиваться и становится неоперабельной.

Великий английский хирург Мойниген долгие годы боролся, чтобы освободит^е врачей от подубного ^{предубеждения} предвзвуда, „будто-бы при раке желудка заболевание во всех случаях неуклонно-прогрессивно ухудшается“.

Третий шаг вперед, касающийся
Для ранней ^{этого} диагностики рака желудка имеет большее значение организация регулярных наблюдений за язвенными больными, чтобы своевременно установить канкрозное ^{и другие} перерождение язвы желудка.

Язва желудка может превратиться в рак, это явление достоверно установлено и не вызывает никакого сомнения, но относительно частоты превращения статистические данные, чрезвычайно пестрые: от 3% до 95%.

Статистика последних лет отечественных и зарубежных авторов указывает на 10%, как наиболее вероятное количество язв превращающихся в рак.

Своевременно установить наличие перехода язвы в рак представляет большое затруднение, т.к. обычные клинические симптомы и данные лабораторных исследований имеют лишь относительное значение, *а основное*

Для раннего распознавания рака желудка большое значение имеет изменение характера течения болезни.

Многие авторы уделяют большое внимание на тщательно собранный анамнез у язвенного больного. Анамнез часто выявляет такие тонкие ощущения больного, которые не укладываются в обычную клиническую картину язвенной болезни, а именно: изменение аппетита *События*

очень хорошего при язве), неудовлетворенность после
еды, недоборя о появлении отвращения к еде ^{нежелати}
вированная душевная депрессия при хорошем в прош-
лом самочувствии, повышенная утомляемость, общая
слабость, понижение трудоспособности, апатия и
потеря интереса к окружающим.

Нередко больной отнегает, что боли в
желудке стали утихать, он радуется что избавился
от мучительного страдания, а в самом деле это есть
в ряде случаев сигнал опасности ракового превраще-
ния язвы.

Большое значение имеет наблюдение над
динамикой кислотности желудочного содержимого,
постепенное ее падение или внезапный переход от супе-
рацидного или субацидного состояния в ацидное
состояние, а также нахождение в желудочном
соке бацилл молочнокислого брожения Басе-Оплера
не говоря о наличии молочной кислоты при отсутст-
вии свободной соляной кислоты.

Некоторое значение имеет гистаминовая
проба, постоянное нахождение скрытой крови
в испражнениях в решении вопроса в превращении
язвы. Плюс ко всему этому систематическое
рентгенологическое исследование дает нам возмо-
жность во многих случаях своевременно устано-
вить наличие превращения язвы желудка в
раковое заболевание.

Выщеперегисленные всевозможные симп-
томы, конечно до некоторой степени свойственны
для начальной стадии рака желудка но один из них
не является патогномичным, не имеют решающего

знаения и не достаточны для раннего распознавания
рискового поражения желудка. Но они все же заслуживают
большого внимания и серьезного отношения т.к. могут невести
врага на мысль о возможности наличия злокачественной опухоли
в желудке, ^{чтобы} направить наше исследование по правильному
пути, ^{т.е.} использовать все существующие методы диагностики,
в первую очередь рентген т.к. ведущим современным методом
ранней диагностики рака желудка бесспорно является рентгенодиагностика.

Рентгенологически можно выявить наличие ^инагноющего рака желудка тогда, когда он вообще нигде не проявляется и не может быть достоверно определен другими методами исследования - клиническими и лабораторными.

Это явление должно побудить нас поднять вопрос о сознательном профилактическом обследовании определенных групп населения.

Во первых всякие ^{желудочно-кишечные} болезни при всех условиях требуют в обязательном порядке рентгенологического обследования по поводу любого из заболеваний, - гастриты, язвы и доброкачественные опухоли желудка как несомненные предраковые заболевания, которые довольно часто подвергаются малигнизации.

Так же безоговорочно подлежат рентге

нолодигескому обследованию все больные с признаками адисон-бирмеровской апемией. Есть предположение о какой-то генетической зависимости между пернициозной апемией и раком желудка т.к. малигнизация желудка при пернициозной апемии встречается довольно часто.

Для указанных континентов больные не достаточно однократное рентгенологическое исследование если результаты отрицательные нужны повторные исследования не менее двух раз в год.

Это мероприятие имеет ^{не только} ~~каждодневности~~ гигиеническое ^{но} так и большое профилактическое значение.

Для профилактики рака желудка нужны и другие мероприятия:

Отказ от слишком горячей и холодной пищи. Диетическая терапия гастритиков и язвенников, чтобы устранить вредные действия на слизистую желудка. Устранить влияние различных ядов - никотин, свинец и др., влияние инфекции, как со стороны пищеварительного тракта так и вообще характера. ^{необходимо} Радикальное удаление длительно протекающей коллоидных язв и доброкачественных опухолей посредством резекции желудка.