

616. 3(061)

П-22

ISSN 0367-5203

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Республиканский междуведомственный сборник

Издается с 1969 года

Выпуск 15

285957

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ
ЭКЗЕМПЛЯР

7

Запорізький
медіцинститут
БІБЛІОТЕКА

Киев «Здоров'я» 1983

В сборнике научных трудов освещены актуальные вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики заболеваний органов пищеварения.

Важное место в нем отведено статьям по организации специализированной лечебно-профилактической помощи больным заболеваниями органов пищеварения, передовому опыту работы специализированной гастроэнтерологической службы (кабинетов, отделений, центров-диспансеров), а также диспансеризации и реабилитации больных.

Для врачей и научных работников, занимающихся вопросами гастроэнтерологии, а также организаторов здравоохранения.

Редакционная коллегия при Днепропетровском научно-исследовательском институте гастроэнтерологии:

В. И. Архипенко, И. С. Белый, Г. И. Бурчинский (зам. отв. редактора), А. Я. Губергриц, П. А. Канищев, А. Ф. Косенко, А. А. Кривицкий (отв. секретарь), П. Ф. Крышень (отв. редактор), И. С. Петрова, Ю. И. Рафес, Я. П. Скляр.

Рецензент проф. А. С. БЕЛОУСОВ

к повторным кровотечениям. Зависимости между частотой рецидивов язвенной болезни и возникновением желудочно-кишечных кровотечений не выявлено, но последние чаще следуют за рецидивами заболевания. Предрасполагающими причинами кровотечений являются нервно-психические и физические перенапряжения, употребление алкоголя. В последние годы среди больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями увеличился удельный вес женщин.

1. Белоусов А. С. О прогнозировании геморрагических осложнений язвенной болезни. — *Клин. мед.*, 1979, № 3, с. 40—44.
2. Братусь В. Д. Острые желудочные кровотечения. — Киев: Здоров'я, 1971. — 420 с.
3. Фишзон-Рысс Ю. И., Рысс Е. С. Гастродуоденальные язвы. — Л.: Медицина, 1978. — 232 с.

Поступила в редколлегию 09.06.81.

УДК 616.33—002.2—036.65—02:616.33—006.6—06

Частота и выраженность хронического фундального и антрального гастрита при раке желудка и их возможные причинно-следственные взаимоотношения

В. Н. Медведев, Ю. А. Дыхно, Л. В. Жукова, Н. А. Борисенко.
Запорожский институт усовершенствования врачей,
Красноярский медицинский институт

С целью изучения роли хронического гастрита в генезе рака желудка нами были проведены морфометрические исследования структуры слизистой оболочки желудка у больных раком желудка, хроническим гастритом и у лиц контрольной группы. В доступной нам литературе подобных работ мы не нашли.

Обследовано 50 больных раком желудка, 50 больных хроническим гастритом и 15 человек контрольной группы без морфологических изменений слизистой оболочки желудка.

У больных раком желудка сразу же после радикальной операции из стенки удаленного желудка вырезали участки слизистой оболочки размером 1·1 см из дистального и проксимального отделов по большой и малой кривизне тела и в привратниковой пещере, а также кусочек слизистой оболочки из опухоли и 2 кусочка на 2 см выше и ниже опухоли (всего 11 кусочков). У больных гастритом и лиц контрольной группы анализировали биопсийный материал, полученный из тех же участков слизистой оболочки желудка, что и у больных раком, за исключением последних трех кусочков (всего 8 кусочков).

Изъятые кусочки слизистой оболочки желудка фиксировали в 10% нейтральном формалине, заливали в парафин и делали сре-

зы толщиной 5 мк. Окраску производили гематоксилин-эозином, а также проводили ШИК-реакцию с применением конго-красного и железного гематоксилина Вейгерта.

С помощью окуляр-микрометра измеряли толщину слизистой оболочки желудка, глубину желудочных ямок, длину желез, плотность желез в 1 мл ширины препарата. В главных железах тела желудка производили подсчет обкладочных, главных и добавочных клеток. Все это позволило объективизировать морфологическую картину слизистой оболочки желудка, сравнить ее состояние в антральном отделе и в теле желудка у больных раком желудка, хроническим гастритом и в норме и выявить степень выраженности данных изменений.

У 2 из 50 больных раком желудка диагностирована I стадия развития злокачественных новообразований, у 7 — II стадия, у 38 — III стадия, у 3 — IV стадия. Женщин было 22, мужчин — 28. Возраст пациентов — от 38 до 65 лет (средний возраст 51 год) с длительностью анамнеза от 1,5 мес до 1 года. В анамнезе у 10 (20%) больных отмечен хронический гастрит. Среди 50 больных хроническим гастритом было 27 женщин и 23 мужчины. Возраст больных — от 25 до 60 лет (средний возраст 45 лет). Контрольную группу составили 15 практически здоровых человек в возрасте от 20 до 50 лет.

Антральный гастрит выявлен у 39% больных раком желудка, фундальный гастрит — у 78%, у больных хроническим гастритом — соответственно у 100 и 82%. Следовательно, изменения слизистой оболочки желудка при раке желудка и хроническом гастрите как самостоятельном заболевании являются разнонаправленными.

Нами были проведены морфометрические исследования слизистой оболочки привратниковой пещеры у больных раком желудка, хроническим гастритом и у лиц контрольной группы. Полученные данные свидетельствуют о том, что толщина слизистой оболочки привратниковой пещеры у больных раком желудка оказалась больше, чем у больных хроническим гастритом (соответственно $0,74 \text{ мм} \pm 0,04 \text{ мм}$ и $0,55 \text{ мм} \pm 0,03 \text{ мм}$, $P < 0,05$) и у лиц контрольной группы ($0,58 \text{ мм} \pm 0,03 \text{ мм}$, $P < 0,05$). Увеличение толщины слизистой оболочки желудка у больных раком желудка обусловлено раковой инфильтрацией ее. Длина антральных желез у больных раком была больше, чем у больных хроническим гастритом (соответственно $0,37 \text{ мм} \pm 0,01 \text{ мм}$ и $0,27 \text{ мм} \pm 0,01 \text{ мм}$; $P < 0,05$) и существенно не отличалась от контрольного показателя ($0,32 \text{ мм} \pm 0,01 \text{ мм}$, $P > 0,05$). Плотность желез в 1 мм ширины препарата при раке желудка приближалась к значениям этого показателя у больных хроническим гастритом ($P > 0,05$) и была достоверно меньше плотности желез у лиц контрольной группы ($18,5 \pm 1,2$; $P < 0,05$).

Уменьшение плотности желез в привратниковой пещере желудка без изменений их длины связано с вытеснением их раковой инфильтрацией. У большинства больных раком желудка (61%) слизистая оболочка его привратниковой пещеры имела нормальный поверхностный и ямочный эпителий, отсутствовала ее инфильтрация, структура клеток не нарушилась, количество желез не изменилось, т. е. слизистая оболочка соответствовала норме.

Интерес представляет тот факт, что антральный гастрит у больных раком желудка в $\frac{2}{3}$ случаев был менее выраженным, чем у больных хроническим гастритом. Антральный гастрит развивался только при III—IV стадиях заболевания и, как правило (в 70%), не был диффузным. У 30% больных раком желудка антральный гастрит был диффузным. Это происходило преимущественно в тех случаях, когда опухоль занимала почти всю привратниковую пещеру желудка. У 70% больных хроническим гастритом антральный гастрит был диффузным. Исходя из сказанного, мы считаем, что в ряде случаев атрофический гастрит в антральном отделе желудка возникает вследствие инвазии рака, т. е. является вторичным.

На основании полученных данных можно прийти к следующему заключению. Антральный гастрит не является предраком, поскольку в 61% случаев слизистая оболочка привратниковой пещеры желудка при его раке имеет нормальное строение. В ряде случаев морфологические изменения слизистой оболочки желудка, описываемые как хронический гастрит при раке желудка, являются следствием раковой инфильтрации. Роль хронического гастрита в развитии рака желудка, по-видимому, преувеличена, так как изменения слизистой оболочки при хроническом гастрите и раке желудка разнонаправлены. Процесс атрофии при раке желудка больше выражен в теле желудка, а при хроническом гастрите — в привратниковой пещере. Высокая частота гастрита среди населения, особенно в возрасте 50 лет и старше, совпадает с частотой развития антрального гастрита у больных раком желудка, что позволяет считать его в данном случае сопутствующим заболеванием.

Поступила в редколлегию 06.07.81.

<i>Аверина Н. И., Коноплева И. Б., Козырь Л. Г., Щербак Н. А., Зырянова К. З., Анисеева Е. М., Мазуренко В. П., Дегтярева И. В., Дарагинская Л. И.</i> Острые желудочно-кишечные кровотечения при язвенной болезни	44
<i>Медведев В. Н., Дыхно Ю. А., Жукова Л. В., Борисенко Н. А.</i> Частота и выраженность хронического фундального и антрального гастрита при раке желудка и их возможные причинно-следственные взаимоотношения	46
<i>Литинская Э. В.</i> Опыт применения гастрофарма в комплексном лечении больных язвенной болезнью	49
<i>Пасербович И. И.</i> Влияние минеральной воды «Пасека» на секреторную функцию желудка у больных язвенной болезнью	50
<i>Спивак В. П., Крышень В. П.</i> Методы хирургического лечения больных язвенной болезнью с локализацией язвы в желудке	53
<i>Безруцкий Я. С.</i> Парасимпатическая денервация желудка в хирургии язвенной болезни как фактор снижения послеоперационных гнойно-септических осложнений	55
<i>Рафес Ю. И., Мельниченко Л. Я., Дармостук В. Ю.</i> Защитное действие интестинальных гормонов у больных с пищевой непереносимостью	57
<i>Белый И. С., Вахтангшвили Р. Ш., Ширинкин В. Г., Тылик С. А.</i> Моторно-эвакуаторная функция желудка после ваготомии и дренирующих желудок операций	60
<i>Шевченко Б. Ф., Мовчан Т. П., Цурбан К. А.</i> Роль нейрогуморальных сдвигов в нарушении моторной функции желудка после различных видов ваготомии	61
<i>Гравировская Н. Г.</i> Рентгенологическое исследование желудка до и после хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка с применением селективной проксимальной ваготомии	63
<i>Нестерова М. Ф.</i> Особенности и значение повышенного микробного роста в верхних отделах пищевого канала после различных операций на желудке у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки	65
Болезни печени и поджелудочной железы	
<i>Лященко П. С., Богач П. Г., Лященко К. П.</i> О гипоталамической регуляции желчеобразования у собак	68
<i>Яровая А. Э.</i> Математическое обоснование реализации действия холецистокинина-панкреозимина на желчевыделение	70
<i>Подильчак М. Д., Терлецкая Л. М., Подильчак Э. М.</i> Клиническое значение определения содержания иммуноглобулинов в сыворотке крови при заболеваниях печени	72
<i>Федишин П. С., Токарева Г. А., Неборачко В. С.</i> Оценка состояния холесекреторной функции печени у больных хроническим холециститом и желчнокаменной болезнью	74
<i>Серебряна Л. А., Беличенко Т. А.</i> Холелитиаз у молодых женщин в течение первого года после родов	77
<i>Чухриенко Д. П., Крышень В. П.</i> Некоторые клинические и патогенетические аспекты проблемы абсцессов печени и поддиафрагмальных гнойников	79
<i>Зайцев В. Т., Лупальцев В. И.</i> Использование иммунологических показателей в диагностике острого послеоперационного панкреатита	82
<i>Мягков И. И., Кушир Л. П., Покиньерова В. В., Жура И. И., Охримович Л. М., Гарян М. П.</i> О возможностях повышения эффективности кислородотерапии у больных хроническим холециститом и острым гепатитом	84
<i>Губергриц Е. А., Горб Г. Д., Шошитайшвили Н. Г., Маилаян С. Л., Бровка И. И., Кива И. К., Архипова А. И.</i> Эффективность применения трансдуоденальных промываний отваром лекарственных трав в комплексном лечении больных хроническим холангиогепатитом	86
<i>Ковалев М. М., Гятос Д. В., Гунченко А. Н., Терехов С. Н.</i> Дренирование грудного лимфатического протока при деструктивных формах холецистита и панкреатита	88