

ма вероятны. Об этом свидетельствуют характер болей и их локализация. Если изложенное найдет экспериментальное подтверждение, то возникнет вопрос о целесообразности введения обезболивающих веществ в подключичную артерию, в среднюю лестничную мышцу и о других подобных воздействиях в остром периоде инфаркта миокарда.

При последующей лекарственной, физиотерапевтической и ЛФК-тактике будет целесообразен учет своеобразной общности вегетативной иннервации симметричных (по сагиттальной оси) сердца и левой лопатки, особенно ее мышц.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крель М.Б. Невропатологические синдромы. — М.-Л., 1936.
2. Леонович А.Л., Кузнецов В.Ф. //Клин. мед. — 1985. — № 9. — С. 52—62.
3. Остапович А.А. Периферическая нервная система. — Минск, 1985.

УДК 616.53—006.6—073.756.8

К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТЯХ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОФИТНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА

А.Н. Горшков, Р.Ф. Акберов

Кафедра лучевой диагностики (зав. — проф. М.К. Михайлов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Успехи практической онкологии определяются ранним выявлением злокачественных новообразований у первично обследованных больных. Рост этого показателя оказывает существенный эффект на результаты лечения [4]. Однако большинство опухолей желудка обнаруживают уже в запущенных стадиях, когда возможность радикального оперативного вмешательства сомнительна. Неблагоприятные результаты лечения рака желудка связаны прежде всего с его поздней диагностикой [7]. По мнению специалистов [6, 9], главенствующую роль среди всех анатомических форм рака желудка играют эндофитно растущие опухоли, диагностика которых наиболее трудна даже в запущенных случаях и стадиях развития неопластического процесса. Неудовлетворительные результаты ранней диагностики рака желудка стимулировали разработку и внедрение рентгеновской компьютерной томографии (КТ) в клиническую практику. Обла-

4. Скоромец А.А. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1963. — № 6. — С. 841—844.
5. Скоромец А.А. Остеохондроз позвоночника. — Новокузнецк, 1972.
6. Hindfelt B. // Arch Psychiatr. Nervenkr. — 1982. — Vol. 232. — P. 179—191.
7. Johnson J.T.H., Kendall H.O. // J. Bone Joint surg. — 1955. — Vol. 37. — P. 567—574.
8. Mumenthaler M., Lasionen peripheren Nerven. — 3 Aufl.-Springer. — Berlin, 1976.
9. Personage M., Turner J. // Central. neurochir. — 1964. — Vol. 24. — P. 198—206.
10. Wyburn-Mason R. // Lancet. — 1941. — Vol. 6170. — P. 662—663.

Поступила 13.03.96.

HYPOTHESIS OF SCALENUS—VASONEURAL MECHANISM OF THE DEVELOPMENT OF PERSONEGE — TURNER SYNDROME

Ya. Yu. Popelyansky

S u m m a r y

The hypothetic approaches to the explanation of pathogenetic variants of not rarely observed syndrome of painful hypotrophy of the arm muscles region are considered in the context of topographic and anatomic interrelations of brachial plexus structures, vessels and scalene muscles.

дая большим диагностическим потенциалом в распознавании заболеваний паренхиматозных органов, КТ начинает занимать прочные позиции и в гастроэнкологии. Большинство исследователей определяют место компьютерной томографии в уточнении распространенности опухолевого процесса [5]. Эндофитно растущие злокачественные опухоли, как известно, вызывают изменения толщины стенки желудка в месте ракового поражения [3]. Толщина стенки желудка в КТ-изображении, по данным большинства специалистов, не превышает 5 мм, за исключением пищеводно-желудочного перехода и препилорического отдела [1, 2, 10]. Признаками рака желудка в более поздних стадиях являлись неравномерное утолщение стенки желудка с неровным внутренним контуром, ее ригидность, возникновение дополнительных образований, локализующихся в просвете желудка или экстрамурально [1—3].

Ранний рак желудка, при котором поражаются слизистая оболочка и подслизистый слой, на КТ выявить не удавалось [1].

Данное исследование проведено с целью оценки возможностей рентгеновской компьютерной томографии в диагностике эндофитно растущих опухолей желудка, в том числе и небольших размеров. Анализируемый материал включал более 500 компьютерно-томографических исследований органов брюшной полости, в том числе желудка, у 100 больных с различной патологией. В эту группу вошли 16 больных с эндофитной формой рака желудка, 11 — с так называемой “малой” формой рака. КТ проводили на аппарате “СОМАТОМ АРС” фирмы “Siemens”.

Исследование выполняли натощак, в положении больного на спине (если подозревали опухоль в теле и антральном отделе желудка) или на животе (если подозревали объемный процесс в кардиальном и субкардиальном отделах желудка). Роль контрастной среды выполнял воздух. КТ проводили строго целенаправленно на определенном сегменте после рентгеноэндоскопических исследований с биопсией. Толщина среза не превышала, как правило, 5 мм и составляла в среднем 3 мм. Полученные результаты были верифицированы данными морфологического изучения гастробиоптатов и в ходе оперативных вмешательств.

Исследование показало, что основным КТ-признаком эндофитного рака желудка можно считать утолщение его стенки в месте опухолевого поражения до 1 см и более (рис. 1). При опухолях небольших размеров (до 4-5 см) это утолщение носило локальный, ограниченный характер. Распространения процесса за пределы стенки желудка на соседние структуры не наблюдалось. Контур поражения был ровный, эластичность стенки нарушалась незначительно (рис. 2, 3). Четливую границу между пораженным участком и неизменной стенкой желудка провести было трудно. При КТ-диагностике сравнительно небольших по размерам эндофитных опухолей желудка (вызывающих затруднения как при классическом рентгенологическом, так и при эндоскопическом исследовании) необходимым условием являлась сравнительная оценка толщины стенки желудка на ограниченных участках с соседними неизмененными участками. Даже незначительное утолщение ограниченного участка стенки (до 7-8 см) при

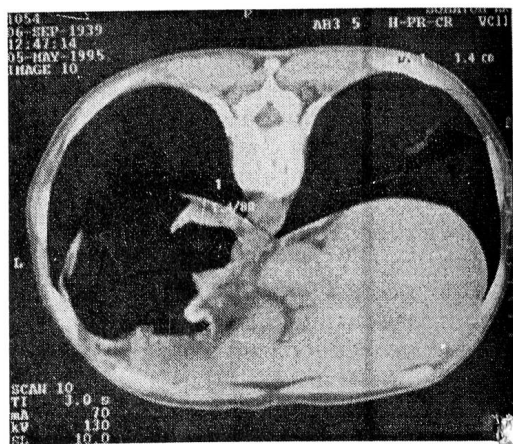


Рис. 1. КТ желудка больной С., 59 лет. Эндофитный рак кардиального и субкардиального отделов желудка. Определяются утолщение стенок кардиального и субкардиального отделов желудка до 1,4 см, некоторая неровность внутреннего контура.

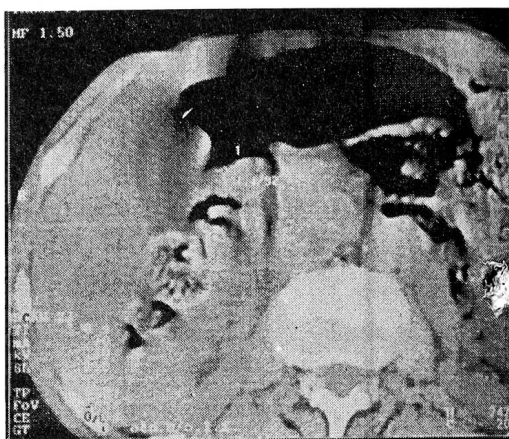


Рис. 2. КТ желудка больной М., 70 лет. Небольшой эндофитный рак антрально-препилорического отдела желудка. Определяется утолщение стенки этого отдела желудка до 1,4 см с довольно ровными контурами.

наличии других рентгено-эндоскопических признаков эндофитного поражения являлось дополнительным критерием, подтверждавшим эндофитный рак желудка. К достоинствам КТ необходимо отнести возможность обнаружения в процессе исследования регионарных и отдаленных метастазов, которые встречались достаточно часто даже при небольших по размерам опухолях желудка.

Таким образом, подтверждена высокая эффективность рентгеновской компьютерной томографии в диагностике опухолей с преимущественным эндофитным распространением процесса, в том числе небольших размеров. Компьютерную томографию необходимо широко использовать в клинической практике при диагностике за-

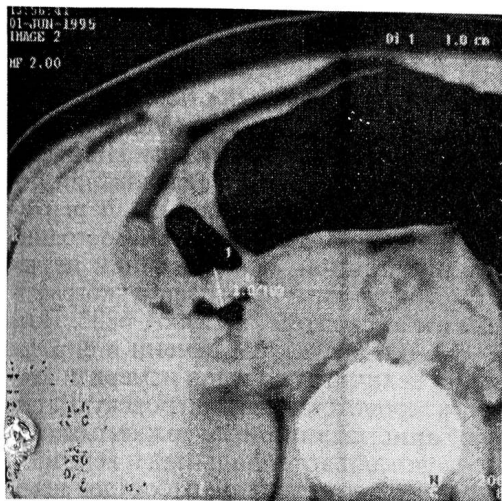


Рис. 3. КТ желудка больной К., 29 лет. Небольшой эндофитный рак препилорического отдела. Определяется ограниченное утолщение задней стенки препилорического отдела желудка до 1,0 см.

болеваний желудка, особенно при подозрении на неопластический процесс, распространяющийся по стенке желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Момот Н.В., Поляк Е.З. и др.// Вестн. рентгенол. — 1992. — № 3. — С. 34—39.
2. Портной Л.М., Дибиров М.П. Лучевая диагностика эндофитного рака желудка. — М., 1993.

УДК 616.—053.2:616.36—002.615.847.8

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ИМПУЛЬСНЫМ МАГНИТНЫМ ПОЛЕМ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ

И.В. Садовникова, Е.И. Шабунина, А.И. Волков, И.А. Переслгина,
Е.В. Смотрина

Кафедра детских болезней лечебного факультета (зав. — доктор мед. наук А.И. Волков)
Нижегородской государственной медицинской академии

Проблема хронического гепатита до настоящего времени привлекает пристальное внимание исследователей. Во многом это определяется высокой распространенностью и сложностью прогнозирования течения заболевания, а также недостаточной эффективностью применяемой медикаментозной терапии, нередко неблагоприятными последствиями в виде снижения трудоспособности, инвалидизации и смертности в молодом возрасте [5].

Известен широкий спектр патогенетических нарушений при хроническом гепатите в системе взаимодейст-

3. Портной Л.М. и др.// Вестн. рентгенол. — 1994. — № 6. — С. 10—14.
4. Чиссов В.И., Старинский В.В., Борисов В.И.// Клин. мед. — 1992. — № 5. — С. 9—12.
5. Angelleli G., Brindicei P., Macarini L.// Radiol. Med. — 1991. — Vol. 81. — P. 83—89.
6. Aranha G.V. et al.// Surgery. — 1989. — Vol. 106. — P. 758—763.
7. Elias E.G.// Md. Med. J. — 1991. — Vol. 40. — P. 1099—1100.
8. Komaki S.// Gastrointest. Radiol. — 1983. — Vol. 8. — P. 303—313.
9. oohara T., Aono G. et al.// Cancer. — 1984. — Vol. 53. — P. 162—165.
10. Pradel I., Bruel I., et al.// Feuil. Radiol. — 1988. — Vol. 28. — P. 309—316.

Поступила 29.09.95.

ON THE PROBLEM OF POSSIBILITIES OF X-RAY COMPUTER TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF ENDOPHITIC TUMORS OF THE STOMACH

A.N. Gorshkov, R.F. Akberov

S u m m a r y

The possibilities of X-ray computer tomography in the diagnosis of endophytic tumors of the stomach including tumors of small sizes are considered using the examinations of 100 patients with stomach diseases. The computer—tomographic semiotics of small endophytic tumors of the stomach is presented, the place of computer tomography in the diagnosis of tumors of the stomach as well as its potential possibilities in revealing small tumors of the stomach with principally endophytic spreading.

вия между патогенным агентом-вирусом и системой иммунной защиты, а также изменениями метаболизма, детоксикации, структурной клеточной организации, гемодинамики органа. В настоящее время отсутствует эффективная этиотропная терапия данного заболевания. Широкое использование в последние годы иммуномодулирующих средств также оказалось недостаточно эффективным. Попытка медикаментозной коррекции нарушений в различных звеньях патогенеза приводит к полипрагмазии и нередко к токсическому действию на гепатоциты [2].