

Из кафедры рентгенологии (врид. зав. доц. Д. Е. Гольдштейн) Казанского гос. института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

Эзофаго-трахеальные свищи как осложнение рака пищевода в рентгеновском изображении.

Х. З. Гизатуллин.

Среди раковых заболеваний одно из первых мест по своей сравнительной частоте занимает рак пищевода. Эпштейн установил, по материалам Ленинградского онкологического ин-та (1113 амбул. раковых больных), что чаще других раковых заболеваний встречается рак желудка, а второе место по частоте принадлежит раку пищевода. В работе Эпштейна приведена статистика и других исследователей. Так, по Хаккер-Лотейссен среди прочих раковых заболеваний рак пищевода находится на 5-м месте; Хениге и Любарш отводят раку пищевода 3—4-е место; по статистике Токийского патологич. института рак пищевода по частоте занимает второе место. Проф. Неменов считает, что рак пищевода стоит по частоте случаев на 4-м месте среди других раковых заболеваний.

Несмотря на некоторое различие в статистике разных авторов приходится признать, что пищевод является излюбленным местом локализации рака.

Что касается сравнительной частоты рака пищевода среди прочих заболеваний пищевода, то здесь ему принадлежит первое место. Так, по Венгловскому рак пищевода сравнительно с другими заболеваниями его, исчисляется в 86%, по Алексинскому—80%, по Хаккеру—48,5% (цит. по Петрову-Шевандину).

По наблюдениям многих авторов мужчины заболевают раком пищевода чаще, чем женщины. На материале Ленинградского онкологического института это отношение равно приблизительно 3:1, по данным Неменова—4:1.

Рак пищевода чаще всего встречается у лиц в возрасте 40—60 лет; наблюдаются, однако, случаи заболевания раком пищевода в более раннем и более позднем возрасте.

Излюбленной локализацией рака пищевода являются места физиологических сужений (первое—у перстневидного хряща, второе—у бифуркации трахеи, 3-е—у места прохождения пищевода через диафрагму). По данным некоторых авторов преимущественно поражается раком нижняя треть пищевода; по наблюдениям других рак локализуется чаще в средней трети. На материале Ленинградского онкологического института в большинстве случаев установлен был рак средней трети пищевода. Неменов приводит приблизительно такие же данные; из 1097 случаев рак пищевода, по его данным, распределяется следующим образом: 62 сл. в верхней трети пищевода, 407—в средней трети, 385—в нижней трети (из них в трех случаях поражена вся нижняя треть пищевода), 243—над кардией.

Чаще всего в пищеводе встречаются медуллярные формы рака и скирры, с преобладанием соединительной ткани. Первые обычно вдаются в полость пищевода, закрывая его просвет. Вторые ин-

фильтрируют стенки пищевода, стягивают их в виде рубцов и образуют стриктуры.

Карцинома пищевода нередко при дальнейшем росте переходит на другие органы. Наибольшую опасность представляет собой прорастание опухоли в непосредственно прилегающую трахею или бронхи с последующим образованием эзофаго-трахеального и эзофаго-бронхиального свища.

Эзофаго-трахеальные свищи являются наиболее частым осложнением рака пищевода (Фанарджев). Кроме трахеи и бронхов карцинома пищевода может прорваться в легкие, плевру, аорту, в медиастинум. Частота прободения по литературным данным различна. В то время как патолого-анатомические данные указывают на частоту этого осложнения в 50%, клиницисты наблюдают гораздо меньший процент прободений. У Мэкензи на 100 случаев рака пищевода перфорация отмечена: в трахею—20 раз, в бронхи—13 раз. Гангольф¹⁾ собрал 143 случая прободения в дыхательные органы.

За сравнительно короткое время (около года) нами среди амбулаторных больных было рентгенологически выявлено 9 случаев прорыва карциномы в соседние органы (8 случаев прорыва в трахею и 1—в медиастинум).

В доступной нам литературе удалось найти мало работ, посвященных этому вопросу. Это обстоятельство позволяет считать, что опубликование нашего материала, касающегося рентгенодиагностики эзофаго-трахеального свища, представит известный интерес.

Приводим краткое описание наших случаев.

1. М., 51 г., крестьянин, обратился 11/IX 37 г. с жалобами на приступы сильного кашля при приеме пищи, на общую слабость, похудание. С начала 1937 года почувствовал постепенно нарастающее затруднение при глотании твердой пищи, боли в области грудины. Постепенно развились общая слабость и похудание. В конце августа 1937 года при приеме пищи, особенно жидкой, появился сильный кашель, иногда доходящий до рвоты.

Рентгенологическое исследование: эмфизема легких, расширение аорты. Пищевод: на уровне третьего ребра стойкое сужение с неровными изъеденными контурами. На этом же уровне контрастная масса из пищевода проникает в трахею и стекает по бронхам. При этом появляется приступ удушлившего кашля.

Рентгенологический диагноз—карцинома пищевода и эзофаго-трахеальный свищ. (Рис. 1).

2. Х. Г., 47 лет, крестьянин, Был направлен на кафедру рентгенологии ГИДУВ 19/1 1938 г. с жалобами на затруднение при глотании пищи, сопровождающееся небольшими болями, на общую слабость и значительное похудание. Считает себя больным с конца 1936 года, когда начал чувствовать небольшое затруднение при глотании твердой пищи и боли в области грудины. Затруднения при глотании постепенно нарастали, и с декабря 1937 года больной мог уже глотать лишь жидкую и полужидкую пищу. Резкое похудание.

При рентгенологическом исследовании со стороны легких и сердца изменений не найдено. Пищевод: на высоте тел 3—6 грудных позвонков—стойкое сужение с неровными изъеденными контурами; контрастная масса проходит в виде тонкой струи с большим трудом.

Рентгенологически: карцинома пищевода.

13/II 1938 г. больной Х. вновь обратился с жалобами на внезапно появившийся во время приема пищи сильный кашель, одышку, общую слабость и резкое похудание. Рентгенологически, как и при первом исследовании пищевода определяет-

¹⁾ По Петрову (Шевандин).

ся стойкое сужение с неровными изъеденными контурами на высоте тел тех же позвонков и затекание в трахею контрастной взвеси на этом же уровне, сопровождающееся приступами сильного кашля, доходящего до рвоты.

Рентгенологический диагноз—эзофаго-трахеальный свищ как осложнение рака пищевода (Рис. 2).

3. К., 55 лет, пенсионер.

Был направлен к нам 29/1 1938 г. с жалобами на сильное затруднение при глотании пищи, удушливый кашель с обильной мокротой, одышку, общую слабость. С мая 1937 года начал чувствовать затруднение при глотании твердой пищи, в дальнейшем эти явления постепенно нарастали. С конца ноября 1937 года при приеме пищи начались приступы кашля с обильной гнойной мокротой и одышкой.

При рентгенологическом исследовании определяется эмфизема легких, резкое усиление легочного рисунка с уплотнением и расширением тени гиллюсов и тяжистостью в нижнем отделе справа. Сердце и крупные сосуды в пределах возрастных изменений. Пищевод: на высоте тел 3—7 грудных позвонков стойкое сужение с неровными изъеденными контурами. Прием контрастной взвеси сопровождался резким удушливым кашлем, доходившим до рвоты. Это обстоятельство навело нас на мысль о возможности наличия прорыва опухоли. При исследовании в первом косом положении нам удалось обнаружить затекание контрастной взвеси по направлению медиастинума с образованием двух слепых ходов. В данном случае имелся прорыв карциномы в медиастинум (Рис. 3). В дальнейшем мы наблюдали у этого больного абсцесс правого легкого.

4. Л., 30 л., крестьянин. Направлен 23/IV 1938 г. из клиники ото-рино-ларингологии с жалобами на затруднение при глотании пищи, приступы сильного кашля при этом, общую слабость, похудание. С марта 1938 года начал чувствовать затруднение при глотании твердой пищи. В начале апреля при приеме пищи внезапно появился резкий кашель, доходивший до рвоты. Резкое исхудание.

Рентгенологическое исследование: со стороны легких отмечается усиление легочного рисунка. В верхней трети пищевода дефект наполнения с неровными зазубренными контурами. На уровне сужения контрастная взвесь затекает в трахею и бронхи, вызывая приступы удушливого кашля, сопровождающегося рвотой. Лишь незначительное количество контрастной взвеси попадает в пищевод ниже места сужения. Рентгенологически: карцинома пищевода с прорывом в трахею.

5. К., 38 л., крестьянин.

Был прислан 16/VI 1938 г. с жалобами на сильное затруднение глотания и резкий кашель при приеме пищи, особенно жидкой. По выражению больного „пища совершенно не проходит“. Эти явления развились дня за три до приезда в город. Прежде в течение месяца чувствовал небольшое затруднение при глотании твердой пищи.

Рентгенологически—уплотненные расширенные гиллюсы легких. Пищевод: на высоте тел 2—3 грудных позвонков сужение с неровными контурами. На этом же уровне контрастная масса затекает в трахею и бронхи, давая картину бронхографии.

Рентгенологически—карцинома пищевода с прорывом в трахею. (Рис. 4).

Аналогическую картину дают остальные четыре случая.

Все больные явились к нам с характерными для эзофаго-трахеального свища жалобами на внезапно появившиеся при приеме пищи, особенно жидкой, приступы удушливого кашля, иногда с жалобами на выделения обильного количества мокроты, на лихорадочное состояние и сильное исхудание. В большинстве случаев приступы кашля во время еды бывают настолько сильными, что прием пищи становится крайне затруднительным и сопровождается рвотой. В каждом из наших случаев из анамнеза можно было установить постепенно нарастающее затруднение при глотании, боли в области грудины, общую слабость и похудание. Данные анамнеза и рентгенологического исследования в приведенных нами случаях позволили установить карциному пищевода с прорывом—у больного К. (3-й случай) в медиастинум и в остальных 8 случаях—в трахею.



Рис. 1. Б-ной М. На снимке видны пищевод и трахея с бронхами. Место свища отмечено стрелкой.

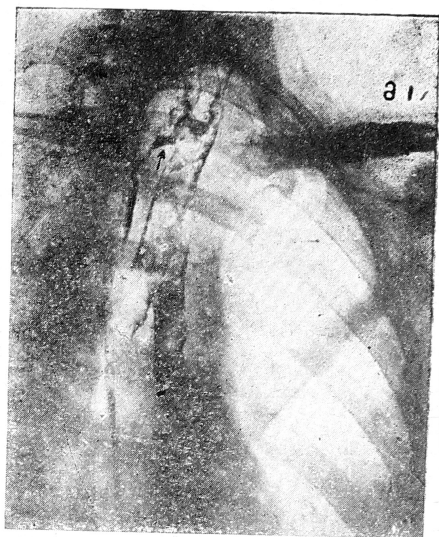


Рис. 2. Б-ной Х. На снимке видны пищевод, трахея и бронхи. Свищевой ход отмечен стрелкой.



Рис. 3. Б-ной К. Виден ход из пищевода в медиастинум (см. стрелку)



Рис. 4. Б-ной К. Видны трахея и пищевод. Свищевой ход отмечен стрелкой.

Рентгенодиагностика свища, как осложнения раковой опухоли пищевода, в некоторых случаях может представить известные трудности. Так, в нашем случае № 3 свищевой ход в медиастинум при рентгеноскопии был едва заметен, лишь наклонение туловища дало нам возможность заполнить жидкой контрастной массой 2 слепых хода в медиастинум.

Выводы: 1. По нашим наблюдениям эзофаго-трахеальные свищи как осложнение рака пищевода встречаются среди других осложнений рака пищевода сравнительно часто.

2. Когда больные являются на рентгенологическое исследование с клинической картиной карциномы пищевода, с внезапно появляющимся при приеме пищи удушливым кашлем, резким исхуданием, необходимо иметь в виду возможность карциномы пищевода с прорывом в воздухоносные пути.

3. По нашим наблюдениям эзофаго-трахеальные свищи как осложнение рака пищевода локализуются преимущественно в верхнем отделе пищевода. Это объясняется топографо-анатомическими отношениями органов средостения.

4. Прогноз при эзофаго-трахеальных свищах неблагоприятен, обычно дело заканчивается аспирационной пневмонией, абсцессом или гангреной легких.

Поступила в ред. 28.XI 1938 г.

Из пропедевтической терапевтич. клиники (директор—проф. Корицкий)
Днепропетровского медицин. института.

К вопросу о распознавании злокачественной хорион-эпителиомы легких.

Д. Н. Куцыгин.

Среди злокачественных новообразований легких хорионэпителиома занимает несколько своеобразное положение как по своему патогенезу, так и по клиническому течению. Впервые хорионэпителиома описана шведом Нетцлем в 1872 году как опухоль плаценты. Дальнейшие исследования Никифорова, Покровского, Зенгера, Маршана, Пфейфера и др., окончательно выяснили происхождение этой опухоли из эпителия ворсин и непосредственную связь ее с беременностью.

Отдельными авторами данное новообразование описывалось под различными наименованиями, которых насчитывается свыше 20 (Бурдзинский).

Из них наиболее употребительными и соответствующими морфологическим особенностям опухоли являются наименования „злокачественная хорионэпителиома“ и „злокачественная децидуома“. В тех случаях, когда опухоль находится не в матке, а в других органах, т. е. в результате метастаза, она носит название эктопической хорионэпителиомы (Дунгер).