

выделяется самостоятельно, после чего свищ закрывается в течение 2—3 дней. На 8—9 день клизма через anus. Кожная рана на месте свища закрывается на 16—18-й день. Послеоперационное течение во всех 3 случаях, оперированных по этому способу, очень хорошее. Эти больные находятся под наблюдением клиники и чувствуют себя прекрасно.

На основании вышеизложенного мы заключаем, что операция резекции толстой кишки по типу Шлоффера, при непроходимости кишечника по поводу ракового новообразования и других патологических процессов, в соединении трех ее моментов в один, как способ одномоментной резекции толстой кишки, является наиболее рациональным в интересах больного.

Поступила в ред. 15/XI 1938 г.

Из 1-й хирургической клиники (директор проф. Ю. А. Ратнер) и кафедры рентгенологии (врид. директора доц. Д. Е. Гольдштейн) Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

О доброкачественных опухолях желудка.

М. М. Шалагин и М. С. Перлин.

Доброкачественные опухоли желудка (д. о. ж.) до недавнего времени редко распознавались и большею частью оказывались случайной находкой хирурга при операции или же устанавливались патолого-анатомом при вскрытии. Современное развитие методов рентгенодиагностики и в особенности изучение рельефа слизистой сделали возможной прижизненную диагностику д. о. ж. Несмотря на относительную редкость д. о. ж. по сравнению с злокачественными новообразованиями, практическая важность их ранней диагностики не подлежит сомнению. Аншютц и Конечный считают, что большинство злокачественных опухолей желудка развивается из доброкачественных аденом. Орт считает, что всякая доброкачественная опухоль желудка является пре-канцероматозом. Л. М. Ратнер пишет, что полипы пищеварительного тракта обречены на злокачественный переход. Н. Н. Петров идет дальше и говорит, что „переходы и сочетания доброкачественных опухолей в злокачественные заставляют нас признавать единство основной природы опухолевых процессов“. Общее число д. о. ж., опубликованных до 1925 г., Эльясон и Райт определяют в 610 случаев. Риглер в 1930 году насчитывает по сборной статистике уже до тысячи случаев.

Процентное отношение доброкачественных опухолей к злокачественным колеблется от 0,44% у Эйзельберга до 15,2% у Стеварта. Проф. Рейнберг считает, что грубо ориентировочно д. о. ж. составляют 5% всех случаев опухолей желудка. Что касается патолого-анатомической статистики, то она, как указывает на это Риглер, „не может претендовать на безусловную точность, т. к. на секции налицо конечная стадия опухоли, и

переход доброкачественной опухоли в злокачественную уже не поддается учету“.

Современная, усовершенствованная методика рентгеновского исследования резко повысила процент прижизненных распознаваний д. о. ж. Зильман и Шиндлер указывают, что до 1925 г. в литературе имелось всего 7 случаев полипов желудка, где диагноз был установлен до операции путем клинического обследования без рентгеновского исследования. В этих случаях диагноз был поставлен потому, что в рвотных массах были найдены частицы опухоли. Два таких же случая сообщил проф. Рейнберг в 1933 г. Рентгенологически же установленных д. о. ж. к 1924 г. в мировой литературе было опубликовано 23 сл. (Рейнберг). В клинике Мауо за 4 года с 1923 г. по 1927 г. на 18 сл. д. о. ж. в 17 сл. диагноз был установлен до операции рентгенологически, между тем как Кэрмен до 1924 г. на 50.000 рентгеновских исследований желудочно-кишечного тракта видел д. о. ж. 2 раза. Хольмс в 1927 г. на 30.000 рентгеновских исследований жел.-кишечного тракта имел 7 сл. д. о. ж. Мезон и Дуайнер на 40.000 исследований имели 3 сл. д. о. ж. Риглер в 1930 г. сообщил о своих 15 случаях д. о. ж., диагностированных рентгенологически. В отечественной литературе Рейнберг и Ротермель опубликовали в 1933 г. 18 случаев д. о. ж., распознанных рентгенологически. Рентгенологически распознанные случаи д. о. ж. опубликованы Альховским в 1935 г. из клиники проф. Неменова (14 случаев за 16 лет, из них 4 фибромы, 3 аденомы и 2 полипа). Исаченко из кл-ки проф. Петрова опубликовал в 1934 г. 7 случаев (4 сл. полипов и 3 сл. полипозных аденом). Горюнова из клиники Ратнера описала в 1936 г. 3 сл. д. о. ж. (из них 1 папиллома, 1 папил. аденома и 1 аденома, переродившаяся в рак). К 1935 году по неполным данным насчитывалось в литературе 118 случаев д. о. ж., распознанных рентгенологически (Рейнберг, Альховский).

Доброкачественные опухоли желудка могут иметь разнообразное гистологическое строение и исходить из любого слоя и клеток желудка. Со времени Вирхова принято делить д. о. ж. на экзогастрические—вдающиеся в полость живота, и на эндогастрические, вдающиеся в просвет желудка. Борман выделяет еще интрамуральные опухоли.

Наиболее частыми опухолями, по патолого-анатомической статистике, являются миомы (до 60% всех д. о. ж.), что однако не подтверждается клинико-рентгенологическими наблюдениями. Клинико-рентгенологически значительно чаще встречаются полипы. Так, например, по статистике Эльясона и Райта число опухолей на ножке составляет 20% общего количества д. о. ж.

Полипы желудка могут быть одиночные и множественные и отличаются своими малыми размерами и медленным ростом. Описаны случаи, где количество полипов желудка достигало до 250. Большею частью эти опухоли сидят на ножке и растут в просвет желудка. За последние 3 года мы по хирургической клинике ГИДУВ имели три случая полипов желудка;

кроме того, три случая наблюдались нами в других лечебных учреждениях и один секционнo-установленный случай нам любезно предоставлен проф. Васильевым.

Переходим к описанию наших случаев:

1 случай. 2 /VI 37 г. в хирургическую клинику поступил больной М-в, 37 лет, рабочий хлебозавода, с жалобой на постоянные боли ноющего характера в подложечной области. Боли не связаны с приемами пищи. Отмечает, что за последнее время небольшие количества принятой пищи вызывают чувство переполнения и тяжести в желудке, часто страдает изжогой. Заболевание развивалось постепенно в течение двух лет. Год тому назад больной перенес приступ болей в животе. Вслед за приступом быстро развилось вздутие живота, по словам больного „живот был, как бочка“. Вздутие живота сопровождалось тошнотой, рвоты не было. Через 15 дней с момента появления приступа, вздутие живота скоро исчезло и больной почувствовал облегчение. Два раза лежал в терапевтической клинике по поводу заболевания „печени и желчного пузыря“. За последнее время больной похудел, ест мало.

Исследование желудочного сока натощак показало: общая кислотность 10, своб. сол. кислота—0. После пробного завтрака: общая кислотность в 1 пор. 4; в VIII—10. Своб. сол. кислота во всех порциях—0, отмечается большое количество слизи. Картина крови: ю—2%, пал—28%, сегм.—34,5%, эоз.—1,5%; баз.—0,5%, мон.—8%, лим—26,5%, эрит.—3780,000, лейкоц.—7.100, гемоглоб.—72%, Fi—0,9, РОЭ—33 мм по Панченкову. Рентгеноскопия желудка: на границе верхней и средней трети тела желудка определяются два округлых дефекта заполнения, в антральном отделе три округлых, с ровными контурами дефекта заполнения. Перистальтика сохранена, подвижность ограничена. Рентгенологический диагноз: доброкачественные опухоли желудка (д-р М. С. Перлин).

10 июля лапаротомия (Ситдыков и Шалагин) под местной инфильтрационной анестезией. Желудок растянутый, больших размеров, с резко гипертрофированными стенками. В пилорическом отделе желудка прощупываются два шаровидных, легко подвижных узла. Неясно определяются через стенку желудка узлы меньших размеров в кардиальном отделе желудка. Желудок хорошо подвижен, легко выведен в рану. Произведена резекция $\frac{2}{3}$ желудка по Бильроту II в модификации Райхель-Поля. По вскрытии резецированного желудка обнаружено 8 папилломатозных опухолей величиной от горошины до грецкого ореха. Две опухоли пилорического отдела желудка имели длинные ножки и были легко подвижны. При гистологическом исследовании (проф. Васильев) удаленные опухоли имеют строение полипозной аденомы.

2-й случай. Больной К-ев, 25 лет, рабочий, поступил с жалобами на боли в эпигастральной области и на диспептические расстройства после произведенной ему 8 месяцев назад операции по поводу прободной язвы желудка. Изнуряющая изжога, тошнота, отрыжка тухлыми яйцами, часто повторяющаяся рвота без крови через полчаса после еды. За последний месяц ест мало, заметно похудел. Исследование желудочного сока показало натощак: своб. сол. кислота—10, общая кислотность—23. После пробного завтрака свободн. солян. кислота—15; общая кислотность—30. Рентгенологический диагноз: Ulcus pepticum jejuni (проф. Гасуль). Привратник проходим. Произведена резекция двух третей желудка по методу Гаккера-Кронлейна-Эйзельбара. При вскрытии резецированного препарата желудка обнаружена папилломатозная опухоль размером с кулак взрослого, располагавшаяся на задней стенке желудка близ большой кривизны. Новообразование снабжено ножкой на широком основании. На отдельных участках опухоли разрастающиеся ворсинки достигают размеров 3—4 см и выступают гипертрофированную слизистую одним общим конгломератом. На малой кривизне желудка, одна возле другой, четыре глубоких круглых язвы. При гистологическом исследовании (проф. Васильев) удаленная опухоль имела строение полипозной аденомы. Послеоперационное течение гладкое. В течение 3-х лет больной находится под нашим наблюдением, чувствует себя здоровым.

3-й случай. Больной К-в, 46 лет, рабочий, поступил 20/IX 37 г. Болен около 10 лет. Заболевание развивалось постепенно, появилась отрыжка и изжога, по временам тупые боли в подложечной области, которые скоро проходили. Осенью 1935 года боли усилились и приняли упорный характер. От приемов

пищи боли не зависели. В течение недели была рвота по несколько раз в день. В июле и августе текущего года боли вновь обострились, появилась рвота до 15 раз в сутки. Один раз была рвота с кровью. Покой и диета облегчали страдание.

Объективные данные: живот мягкий, прощупать что-либо патологическое не удается. Исследование желудочного сока натощак: общая кислотность—48; свободн. кислота—10. После пробного завтрака: своб. солян. кислота в 1 пор.—10, в 8-й—46, общая кислотность в 1 пор.—14, в 8—58. Реакция на кровь отрицательная, во всех порциях отмечается большое количество слизи. Кровь: нейтроф 59,50%, эоз.—6,0%; баз.—9,5; мон.—7,0%, лимф.—27,0%; гемоглоб.—84,0%, лейкоц.—5.800; эритроц.—4.430.000; РОЭ—12 мм по Панченкову.

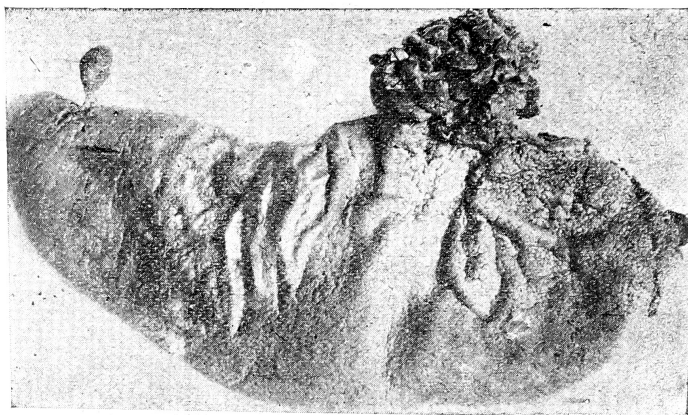
28/IX лапаротомия (Ю. А. Ратнер) под местной инфильтрационной анестезией. При осмотре желудка найдено уплотнение на задней стенке в препилорическом отделе, которое принято за язвенный процесс. Двенадцатиперстная кишка патологии не представляет. Желудок выведен в рану и произведена резекция желудка по Бильроту II в модификации Райхель-Поля. При осмотре удаленной части желудка в препилорическом отделе найден уплотненный участок тканей на широком основании, приподнятый с боков и с изъязвлением в центре. Гистологическое исследование препарата (проф. Васильев) дало аденому.

11/X в хорошем состоянии больной выписался.
4-й случай. 20/II 1938 г. в хирургическое отделение больницы Таткустиром-страхассы поступил на лечение больной Ш-ин, 42 лет, с жалобами на общую слабость, головокружение и на постоянные, ноющие боли в подложечной области. Больным себя считает около 6 лет, когда впервые стал замечать чувство тяжести и распирания в подложечной области после еды. Боли не связаны с приемом пищи, после еды больной отмечает слюнотечение. За последние два года стал отмечать нарастающую слабость, из-за чего был вынужден перейти на инвалидность и переменить профессию. В ноябре 1937 г. больному было произведено исследование желудочного сока, причем, по словам врача, производившего исследование, у больного была получена из желудка почти чистая кровь и исследование было прекращено. При объективном исследовании определяется лишь бледность кожных покровов. Исследование желудочного сока: общая кислотность—2; своб. солян. кислота—0. Анализ крови: гемогл.—69; лейкоциты—4000; эритроциты—3.500.000.

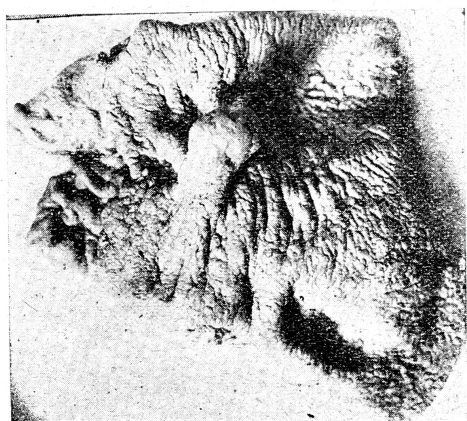
Данные рентгенологического исследования: пищевод свободно проходит, нормотоничный желудок, обычной формы и положения. В области синуса определяется подвижный, правильно-округлой формы дефект заполнения величиной 4×4 см., с неполне ровными контурами. Умеренное утолщение складки слизистой, складки не прерываясь обходят дефект заполнения. Перистальтика не глубокая, выражена на всем протяжении. Эвакуация несколько задержана. Bulbus duodeni без изменений. Рентгенологический диагноз—доброкачественная опухоль желудка (д-р Перлин).

23/II 1938 г. операция (д-р Шалагин) под местной инфильтрационной анестезией. При осмотре желудка в нем прощупывается опухоль величиною с куриное яйцо, тестоватой консистенции. Опухоль в желудке легко подвижна и свободно передвигается от пилорического отдела желудка до кардии. Произведена резекция желудка по Бильроту II в модификации Райхель-Поля. На резецированном желудке, на задней стенке его имеется опухоль на широком основании. Вся опухоль состоит из большой массы длинных ворсинок. Рядом с этим образованием имеются два мелких полипа величиной до горошины. В пилорическом отделе имеется еще один полип длиной около 3 см на тонкой ножке. Гистологический диагноз: полипозная аденома (проф. Васильев). (Фотоснимок № 1).

5-й случай. Больная Х-ва, домохозяйка, обратилась с жалобами на боли в груди и в подложечной области, наступающие вскоре после приемов пищи. Отмечает тошноту, изжогу, временами вздутие живота и рвоту, плохой аппетит, раздражительность и бессонницу. Больна око 3 х лет, за последние 3 м-ца стала заметно худеть. 24/XII 37 г. больной амбулаторно была произведена рентгеноскопия желудка: пищевод свободно проходит, умеренно гипотоничный желудок обычной формы и положения, рельеф слизистой N, контуры ровные. В препилорическом отделе округлой формы дефект заполнения величиной $1,5 \times 1,5$ см с равными четкими контурами. Эвакуация N. Bulbus duodeni N. Рентгенологический диагноз: полип желудка (д-р Перлин).



Фот. 1.



Фот. 2.

В январе 1938 г. больная была оперирована д-ром М. В. Покровским по месту жительства в г. Алатыре; была произведена резекция желудка. При операции найдено выпадение полипа в 12-перстную кишку с ущемлением ножки полипа привратником. На удаленном препарате в пилорической части желудка имеется полип на длинной ножке (фотоснимок № 2). Гистологический диагноз: полип желудка (проф. Васильев).

6-й случай. Больная Б-ва, 45 лет, домохозяйка, обратилась для рентгеноскопии желудка по поводу постоянных болей в подложечной области, не зависящих от приема и характера пищи. По временам боли принимают характер острых приступов. Больной чувствует себя около 2-х лет, когда впервые стала замечать тупые боли в подложечной области. Диспептических расстройств не отмечает. За последние полгода стала заметно худеть, аппетит сохранен.

Исследование желудочного сока: общая кислотность—16; своб. сол. кислота—0; связанная солян. кислота—14; следы молочной кислоты и много слизи. Кровь: эрит.—3.830.000; лейкоц.—6200; гемогл.—60%; Ri —0.8; пал.—7% сегм.—6%; мон.—10%; лимф.—17%; РОЭ—20 мм по Панченкову. Рентгеноскопия желудка: пищевод свободно проходим. Желудок нормально тонизирован, имеет форму крючка, с нижним полюсом на 2 см выше гребешковой линии. Складки слизистой умеренно утолщены, контуры ровные. Перистальтика не глубокая, прослеживается на всем протяжении. В области синуса желудка ближе к большой кривизне, определяется дефект заполнения, величиной 1×1 см округлой формы, с ровными и четкими контурами. Складки слизистой не прерываются, а обходят дефект заполнения. Болевых точек не обнаружено. Эвакуация нормальная. *Vulbus duodeni* без изменения. Рентгенологический диагноз: полип желудка (д-р Перлин), рент-грамма № 2. От предложенной операции больная отказалась.

7-й случай. Больная Ф-к, 50 лет, в течение свыше 10 лет страдает неопределенными болями в подложечной области, была изжога, тошнота, по временам рвота. Под различными диагнозами больная длительное время лечилась у терапевтов, лечилась также на курортах, но облегчения не чувствовала. В 1925 г. после кровавой рвоты была диагностирована язва желудка, и больная в одной из клиник была оперирована, ей было наложено желудочно-кишечное соустье. В течение первых 2-х лет после операции чувствовала себя удовлетворительно, а затем возобновились боли, больная стала заметно худеть. В марте 1932 года в состоянии тяжелого истощения и резко выраженной анемии больная поступила в терапевтическую клинику ГИДУВ, где и умерла 6/IV 32 г. Клинический диагноз: пернициозная анемия. Рак привратника. Данные вскрытия: на разрезе по задней стенке *pylorus'a* имеется образование величиной со сливу, темно-красного цвета на тонкой ножке. Эпикриз: *Anaemia gravis. Hyperplasia rubra medullae ossium. Myodegeneratio cordis parenchymatosa. Arteriosclerosis incipiens. Oedema pulmonum. Catarrhus ventriculi chronicus. Polypus ventriculi.*

Клиническая картина доброкачественных опухолей желудка не имеет каких-либо характерных симптомов, свойственных только этому заболеванию. Больные д. о. ж. часто жалуются на боли в подложечной области то приступообразного, то тупого характера. Боли часто наступают тотчас же или вскоре после еды, больные отмечают быстрое переполнение, чувство тяжести и расширения в желудке. Нередко эти опухоли дают тождественную картину с раком желудка и под таким диагнозом оперируются. Кислотность желудочного сока при д. о. ж. в особенности при аденомах понижена, достигая тех же цифр, как и при раке желудка. Помимо понижения кислотности и ахилии при исследовании желудочного сока часто отмечается наличие большого количества слизи. Скрытая кровь в желудочном содержимом и особенно в *faeces* встречается при исследовании часто. Причиной таких кровотечений считают распад и изъязвление слизистой над опухолью. Нередко д. о. ж., особенно миомы

и папилломы, приводят к кровавой рвоте и большим профузным кровотечениям и дают повод диагностировать язву желудка. В редких случаях эти кровотечения оканчиваются смертью (сл. Кузнецкого), чаще же, принимая хроническое течение, они приводят к тяжелым формам анемии и нередко идут под диагнозом пернициозной анемии.

Гаринг, Пендергасс, Аллен, Нильмайер, Банд, Зуттен, Миллер, Эльясон и Райт, Рейнберг, Милонов, Зайцев, Хольмс, Мура, Вельф и др. описали случаи, когда больные подолгу лечились от злокачественного малокровия, при тщательном же рентгенологическом обследовании у больных находили кровоточащие полипы желудка. В литературе описано около 30 таких наблюдений. Иногда д. о. ж. протекают бессимптомно и распознаются только при вскрытии.

Излюбленной локализацией д. о. ж. является пилорический отдел. Так, Бальфур и Гендерсон на 58 сл. д. о. ж. отмечают их расположение в пилорической части желудка в 69%, в теле желудка в 26% и в кардиальной части в 5% всех случаев. Рейнберг и Ротермель на 18 сл. д. о. ж. имели в 10 сл. опухоли в пилорической части и в 8 сл. в теле желудка. Большинство исследователей отмечают, что д. о. ж. сидят обычно на задней или передней стенке желудка и редко занимают большую или малую кривизны.

Прощупать д. о. ж. через брюшные стенки удается редко, ввиду обычно малых размеров самой опухоли. Бальфур и Гендерсен на 58 сл. д. о. ж. смогли прощупать опухоль 8 раз. Рейнберг и Ротермель на 18 сл. д. о. ж. имели 3 сл., доступных пальпации. Размер д. о. ж. в диаметре колеблется от 1 до 5 см., но описаны случаи, где опухоль достигала больших размеров. Так, например, Лексер описал аденому привратника величиной с детскую головку, Лютш—миому с гусиное яйцо, а Айзельберг д. о. ж. весом в 5,5 кг. Чернышев удалил кистозную опухоль желудка весом с 2,8 кг. В случае Шарапо удаленная фиброма желудка весила 5,5 кг. Самую большую д. о. ж.—миому—описал Бродовский; она имела 30 см в поперечнике и весила 7 кг. Д. о. ж. на ножке способны перемещаться в желудке и нередко пролябировать через pylorus в 12-перстную кишку, давая частичную или полную непроходимость с картиной острого желудочного заболевания. Бальфур и Гендерсон на своем материале наблюдали это осложнение в 10% случаев. В 3-х случаях мы имели тоже осложнение. По одному случаю описано Рейнбергом и Исаченко. На почве пролябирования опухоли и ее ущемления описаны случаи разрыва и прободения 12-перстной кишки. Длина ножки опухоли может достигать 12 см (сл. Гендерсона), в редких случаях может наступить самоизлечение больного вследствие отрыва ножки опухоли (сл. Рейнберга).

Возраст больных, страдающих д. о. ж., колеблется от 20 до 60 лет (Рейнберг, Альховский). Редко д. о. ж. встречаются у детей. Решетников описал случай, где у 2-месячного ребенка по поводу миомы пилорической части произведена резек-

ция желудка с благоприятным исходом. Гарильд описал случай глиомы желудка с голову ребенка у 72-л. мужчины.

Очень нередко эти опухоли осложняются рядом других заболеваний, или им сопутствуют изменения как со стороны самого желудка, так и соседних органов (язва желудка и 12-перстной кишки, холецистит, аппендицит и другие заболевания). Все это крайне осложняет клиническую картину, и поэтому прижизненная диагностика доброкачественных опухолей желудка, по мнению большинства клиницистов, крайне затруднительна.

Развитие методов рентгенодиагностики и в особенности модернизированная методика исследования рельефа слизистой сделали возможной прижизненную диагностику доброкачественных опухолей желудка. Манипулируя небольшим количеством жидкой контрастной взвеси (взвесь из 40,0 сернокислого бария в 50 см³ воды) при исследовании рельефа слизистой, рентгенолог имеет возможность тщательно, участок за участком, исследовать весь желудок и, пользуясь дозированной компрессией, с легкостью выявить основной рентгеновский симптом всякой опухоли—дефект заполнения. Поэтому при рентгенодиагностике д. о. ж. методика исследования рельефа слизистой с последующей дачей более густой контрастной взвеси имеет все преимущества перед классическим методом тугого заполнения желудка, при котором дефекты заполнения как бы тонут, в связи с чем и выявление их затруднено.

Особо важное значение имеет наблюдение за прохождением первой порции контрастной взвеси и последующее распределение ее по стенкам желудка. В дальнейшем систематическая методически проводимая легкая пальпация дает возможность выявления дефектов заполнения. Дефекты заполнения при доброкачественных опухолях желудка весьма характерны. Почти всегда форма округло-овальная, правильная, контуры ровные и четкие. Рельеф слизистой при д. о. ж. особых изменений не представляет и складки слизистой, подходя к д. о. ж., как бы обходят ее по краям в отличие от злокачественных опухолей, где отмечается обрыв складок слизистой на границе злокачественной инфильтрации.

Дефект заполнения при д. о. ж. имеет вид округлой формы ограниченного просветления без рисунка.

Как правило, при д. о. ж. всегда сохранена перистальтика в отличие от злокачественных опухолей желудка, где на границе злокачественной инфильтрации перистальтика обрывается.

Очень часто при гиперсекреции натошак имеется в желудке жидкость, что крайне затрудняет исследование рельефа слизистой, а особенно выявление небольших дефектов заполнения. Мы всегда в таких случаях предварительно откачиваем желудочное содержимое и стараемся исследовать желудок „сухим“.

В дифференциально-диагностическом отношении имеют значение описанные Лорном округлой формы дефекты заполнения, полученные им при сильной компрессии в случаях совпадения внежелудочных увеличенных лимфатических узлов с тенью

желудка. В этих случаях рельеф слизистой желудка на месте просветлений остается сохраненным. Также следует иметь в виду при обнаружении дефекта заполнения возможность наличия остатка пищи в желудке. В таких случаях эти дефекты заполнения могут иметь некоторое сходство с дефектами заполнения при д. о. ж., и лишь тщательное исследование больного обычно дает возможность правильной диагностики. Мы считаем возможным привести, как пример, один из наблюдавшихся нами случаев:

Б-ная Н., 38 лет, была направлена с предположительным диагнозом гиперацидный гастрит для рентгеноскопии желудка. При рентгенологическом исследовании жидкой контрастной взвесью обнаружено несколько округло-овальной формы дефектов заполнения в антрально-пилорическом отделе желудка, которые в первые фазы исследования заставляли думать о д. о. ж. Но при дальнейшем тщательном исследовании удавалось смещать данные дефекты заполнения в верхние отделы желудка, что, конечно, вынудило нас отказаться от мысли о д. о. ж., и мы констатировали наличие пищевых остатков в желудке.

Подобные же случаи описаны Израэльским и др.

Описываемый нами случай 1-й представляет интерес в том отношении, что обнаруженные нами при рентгенологическом исследовании д. о. ж. явились неожиданной для клиники находкой. Больной был направлен с заболеванием печени для исключения сопутствующих изменений со стороны желудка и 12-перстной кишки.

Очень часто полипы желудка переходят в рак. Миллер, Эльясон и Райт при гистологическом исследовании 23 случаев полипов желудка нашли переход их в рак в 8 случаях. В случае Альховского у больного в течение 2 $\frac{1}{2}$ лет рентгенологически наблюдалась д. о. ж., а затем был установлен переход ее в рак. Рейнберг и Ротермель на 18 сл. д. о. ж. имели 2 сл. развития рака на почве д. о. ж., два таких же случая описаны Горюновой. Raucost из Филадельфии сообщает о 5 папилломах желудка, из которых две превратились в злокачественные аденокарциномы. Корхов из Ленинградского пат. анат. ин-та описал секционный случай полипозной аденомы желудка, где при серийном исследовании в одном участке найдена раковая метapлазия аденомы.

Злокачественный переход доказан гистологически не только в отношении эпителиальных доброкачественных опухолей желудка; доброкачественные опухоли желудка, исходящие из нервной, мышечной и соединительной ткани, также дают злокачественный рост. Так, например, в случае Бирхора фиброма желудка метapлазировала в саркому; Фильгер описал случай, где фиброма желудка частично обызвестчилась, а затем метapлазировала в веретенообразно-клеточную саркому. В случае, описанном Афанасьевым, гистологически (проф. Абрикосов) был установлен переход миомы желудка в саркому. Особый интерес представляет случай Шеунина, где миома желудка без наличия гистологических признаков злокачественности дала метастазы.

Вообще, при удалении д. о. ж. никогда нельзя по макроско-

нической картине исключить наличие где-либо в опухоли элементов начинающегося злокачественного развития.

Лечение д. о. ж. только хирургическое. При одиночных опухолях желудка, с хорошо выраженной ножкой, ряд хирургов (Мейо, Борден, Гарнер, Бурденко, Милонов и др.) производил эксцизию желудочных полипов с каутеризацией их ножек. Консервативная операция, в виде удаления отдельных полипов желудка, в ряде случаев оказывалась несостоятельной, т. к. при дальнейшем наблюдении у некоторых больных развивался типичный рак желудка. В случаях Роберта, Ранделя, Гунт-Верна через несколько лет после иссечения полипов желудка у больных развивался типичный рак желудка.

При наличии рентгенологического и клинического диагноза д. о. ж. определение и нахождение небольших опухолей на операции при не вскрытом желудке представляет большие трудности.

Рейнберг описывает три случая д. о. ж., установленных рентгенологически, где в одном случае на операции (проф. Джанелидзе) опухоли не были найдены, на рентгеноскопии же после операции они были ясно выражены. В другом случае только тщательное исследование желудка на операционном столе дало возможность найти опухоль и в третьем случае при вскрытии (проф. Чистович) д. о. ж. не прощупывалась через стенки желудка и была установлена только после вскрытия желудка.

При эксцизии полипов желудка большие трудности представляет нахождение и удаление всех мелких полипов величиною с горошину и меньше. В случаях Гаринга, Окснера и Мезера, Локкарт, Муммери и Эльясона, после иссечения полипов и каутеризации их ножек у больных в последующем вновь развивались полипы за счет оставшихся в желудке, не замеченных при операции, мелких полипов.

Все указанные моменты побуждают многих хирургов производить при д. о. ж. резекцию желудка вместе с регионарными лимфатическими железами. В наших пяти оперированных случаях аденом желудка была произведена резекция желудка с благоприятным исходом.

Литература: 1. Альховский, Вест. рентг. и рад., 1931, т. XV, вып. 4.—2. Абрикосов, Основы общей патол. анатом., 1936.—3. Афанасьев, К вопросу о доброкачественных опухолях желудка, там же.—4. Грейман, Лившиц и Певзнер, Вест. хир., т. 44, кн. 121, 1936.—5. Горюнова, О доброкачественных опухолях желудка и их переходе в злокачественные, Труды Свердл. онк. ин-та, 1936.—6. Еляшевич, Вестн. хир., т. 44, кн. 121, 1936.—7. Исаченко, Вестн. хир., 1934, кн. 95—96.—8. Кузнецкий, Юбил. сборн. Грекова, 1921.—9. Корхов, Хир. о. Пир., Ленингр. В. X. 97—99, 1934.—10. Лифшиц, Мельников, Клиника злокач. опухолей, 1930.—11. Неменов, Рентгенология.—12. Малиновский, Вест. хир., 1932, кн. 76—77.—13. Петров, Злокач. опухоли, 1931.—14. Рыжков, Сов. хир., 1936, № 1.—15. Рейнберг и Ротермель, Доброкачественные опухоли желудка и их клиника, диагностика, Клин. мед., № 19—20, 1932.—16. Ратнер Л. М., Труды Свердл. кл-ки 1936.—17. Шарапо, В. хир. арх., кн. 73—76, 1929.—18. Albrecht, Röntgenpraxis, H. 6, 1923.—19. Beutel Alois, там же, H. 16, 1929.—20. Bouvier, Arch. f. klin. Chir., Bd. 131, 1924.—21. Eichler, Röntgenpraxis, H. 2, 1930.—22. Galdon und Pop, Fortschr., Röntg., Bd. 35.—23. Gassmann, Arch. f. Verdauungskrankheiten, Bd. 28.—24. Gutzeit, Deut. Arch. f. klin. Med. 153, H. 5—6, 1926.—25. Har-

ring, Fortschr. Röntgen'shr. 45, H. 5.—26. Heinz, Bruns Beitr. Z. kl. Chir. Bd. 93.—27. Israelski, Fortschr. Röntgenshr. Bd. H. 39, H. 3.—28. Konjetzny, Bruns Beitr. Z. Kl. Chfr, Bd. 119.—29. Larsen, Acta rad. 7.—30. Lorne, Röntgenpraxis, H. 11, S. 726, 1936.—31. Lossen, 13 Röntgenkongress, 1922.—32. Rigler, Amer. J. Roentgenol., Vol. VX, 6, 1926.—33. Он же, там же Vol. XX.—34. Schmitz, Röntgenpraxis 24, 1930.—35. Sielmann и Schienller, Fortschr. Röntgenstr., Bd. 33, 1935.—36. Troell, Acta radiol. 7, 1926.—37. Velde, Fortschr., Röntgenstr. 1932, Kongressheft.—38. Renander, Acta Rad., V. XVII, p. 491, 1936.

Из госпитальной терапевтической клиники (директор доц. Е. Ю. Махлин)
Саратовского мединститута.

К рентгенодиагностике доброкачественных опухолей желудка.

А. С. Виноградов.

Опухоли желудка неракового характера наблюдаются редко. Розенгейм относит их к анатомическим курьезам и полагает, что они не представляют даже клинического интереса. Примерно такого же взгляда придерживаются Н. Лейбе, Эйхгорст и Кервен.

В редких случаях доброкачественные опухоли желудочно-кишечного тракта устанавливаются рентгенологически.

Чаще всего они обнаруживаются при оперативном вмешательстве или являются достоянием патолого-анатомов.

В работе проф. Рейнберга и Ротермеля указано, что Эльясон и Райт за 30 лет на 8000 вскрытий и операций собрали 50 случаев доброкачественных опухолей желудка (46 случаев на секции и 4 случая на операции).

Стюэрт за 19 лет на 11700 вскрытий насчитывает 47 случаев доброкачественных опухолей желудка.

В бывш. Ленинградской Обуховской больнице на 7500 вскрытий выявлено 4 случая доброкачественных опухолей желудка.

В клинике Мейо, по данным Гуттиерреса, на 2168 опухолей желудка приходится только 27 доброкачественных, Гюнерманн на 242 опухоли желудка наблюдал только 4 доброкачественных.

В 1930 году Риглер отмечает 15 случаев доброкачественных опухолей желудка, а в 1931 г. проф. Рейнберг описал 18 случаев доброкачественных опухолей желудка, установленных рентгенологически. В литературе описано около 100 подобных случаев, а всего в мировой литературе насчитывается около 1000 случаев доброкачественных опухолей желудка.

То, что доброкачественные опухоли желудка определяются рентгеном редко, отмечается и в работах из клиники братьев Мейо. Так, Кервен, до 1924 года на 50000 случаев рентгенологически обследованных желудков только два раза определил доброкачественные опухоли желудка. Примерно до этого же времени в клинике