

ring, Fortschr. Röntgen shr. 45, H. 5.—26. Heinz, Bruns Beitr. Z. kl. Chir. Bd. 93.—27. Israelski, Fortschr. Röntgen shr. 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 Schienler, 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 медицинского института.

## 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).

Стюарт 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 Гутierrez, на 2168 опухолей желудка приходится только 27 доброкачественных, Гюнгерманн 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

Мейо при оперативном вмешательстве Сенти Юстерменном обнаружено 27 случаев доброкачественных опухолей желудка.

Хольмс в 1927 г. на 30.000 случаев желудочно-кишечных рентгеноскопических исследований насчитывает 7 случаев доброкачественных опухолей желудка, из которых правильно диагностированы были только три случая (на операции).

В 1-й советской больнице имени Ленина в Саратове за 15 лет, в течение которых проделано значительное количество рентгеноскопических исследований желудка, диагноз доброкачественной опухоли желудка поставлен нами впервые.

Правильное распознавание доброкачественной опухоли желудка посредством рентгена имеет огромное значение как для правильного выбора лечения, так и для прогноза данного заболевания.

Пользуясь рентгенологическим методом исследования с последующим учетом клинической картины, можно приблизиться к морфологической оценке данной опухоли желудка.

1. Больной Ч., 43 лет, 15/II 37 г. каретой скорой помощи доставлен с жалобами на чувство давления за грудиной и в области желудка, отрыжку, дегтеобразный стул, с последующим бессознательным состоянием.

13/III вечером был сильный озноб, 14/III с недомоганием пошел на работу, в 3 часа принял касторку и покушал. В 4 часа обильный дегтеобразный стул и потеря сознания, в 9 час. вечера снова дегтеобразный стул и кратковременная потеря сознания, изредка боль в желудке. Болеет периодически с 1927 г. В 1928 г. был в Москве на консультации у профессоров. Назначение: диета.

Детских заболеваний не помнит. В 1921 году болел желтухой, в 1925 г. — малярией. Отец умер от травмы. Мать здорова. Больной женат, детей не имеет. Туберкулез и люес отрицает.

15/II абсолютный покой, диета. 22/II трансфузия консервированной крови 200 см<sup>3</sup>, 15/III 37 г. кровь: Нб 42<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, эр. — 2500000, л. — 9.375. 21/III 37 г. Нб 28<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, эр — 1620000, л. — 5.625, 2/III 37 г. Нб 46<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, эр. 29:0000, л. — 5.625. 10/IV 37 г. Нб 54<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, эр. 335000, л. — 6250. 15/III 37 г. RW +++++, 21/III 37 г. RW +++++. 15/IV 37 г. RW +++++.

13/III Рентгенологическая картина желудка. После небольшого приема бариевых масс виден неизменный рельеф слизистой, складки огибают дефект. При тугом заполнении обнаружен нормальной величины, ортонического типа желудок, каудальный полюс которого лежит на 4—5 см выше *oristae ilei*. Несколько кнаружи, вблизи пилорической части отчетливо выступает дефект наполнения округленной формы до 3—4 см в диаметре, с ровными гладкими контурами. Дефект не пальпируется. Контур малой и большой кривизны не изменены. В начале просвечивания небольшой пилороспазм. Эвакуация протекает нормально. Рентгенологический диагноз: полип? *gumma*?

17/III 37 г. Желудок имеет обычную форму крючка нормальных размеров и положения. Складки слизистой патологических изменений не представляют, огибают дефект наполнения в пилорической части, круглой формы 3—4 см в диаметре. Перистальтика и эвакуация протекают нормально. Рентгенологический диагноз — полип.

1/IV 37 г. — 15/IV 37 г. Дальнейшее повторное рентгеноскопическое и рентгенографическое исследования обнаруживают отчетливо выступающий дефект наполнения вблизи пилорической части с ровными, гладкими контурами до 4 см в диаметре. Контур малой и большой кривизны ровные на всем протяжении. Перистальтика и эвакуация не изменены.

Заключение: рентгеноскопический диагноз — полип желудка. 25/IV 38 г. больной Ч. оперирован, диагноз подтвержден.

2. Больная Г., 50 лет, санитарка, 5/III поступила с жалобой на боль в животе, особенно в подложечной области, и временами рвоту; больной считает себя с 1927 г., когда сразу почувствовала слабость и потеряла сознание; с этого года периодически отмечает боль в желудке. Неоднократно находилась в больнице на лечении, но особых улучшений не наступало.

В настоящее время боли в желудке усилились, слабость нарастает, по временам появляется тошнота и рвота. Детских болезней не помнит. Туберкулез и люес отрицает. Отец умер от поноса, мать от инфекционной болезни. У матери было 14 детей, живых трое. Больная не пьет и не курит. Питание слегка понижено. Температура нормальная. Анализ крови: 21/III Нб 86<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, эр. — 4190.000, л. — 4000; эоз. — 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, п. — 8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, с. — 54<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, л. — 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, м. — 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. 7/III — 21/III плазмодии малярии не найдены, 8/III РОЭ 6 мм в 1 час. 20/III 37 г. анализ желудочного содержимого; общая кислотность до завтрака 6, св. 0; после завтрака 10, св. 0.

8/III 37 г. рентгенологическое исследование желудка. После приема небольшого количества бариевых масс в теле желудка видны несколько утолщенные складки слизистой. Складки извилисты и огибают 1 большой дефект наполнения в препилорической части до 2,5—3 см величиною, с гладкими контурами, и несколько малых дефектов, лежащих ближе к малой кривизне. При тугом заполнении отмечается желудок нормальной величины и тонуса. Контуров малой и большой кривизны ровные. Перистальтические волны и эвакуаторная функция не нарушены. Рентгенологический диагноз — полип?

4/IV и 15/IV 37 г. Рентгеноскопически и рентгенографически обнаружен желудок нормальной величины, формы тонуса и положения. Складки слизистой утолщены, извилисты и огибают 1 большой дефект наполнения до 3 см величиною с ровными и гладкими контурами и несколько малых дефектов, лежащих ближе к малой кривизне. Перистальтика и эвакуация протекают нормально. Рентгенологический диагноз: множественные полипы в желудке.

Рентгенодиагностика доброкачественных опухолей желудка по общему признанию представляет большие трудности, особенно в смысле их дифференциальной диагностики.

При рентгеновском обследовании желудка, как правило, мы пользуемся двойной методикой, с небольшим количеством контрастной взвеси и последующим тугим наполнением. Что касается изучения рельефа слизистой, то в обоих наших случаях он от нормы почти ничем не отличался. Складки лишь огибали эти дефекты наполнения. Рентгенологические исследования, дополненные осмотром при тугом заполнении желудка, устанавливают почти точную величину, форму и контуры дефекта наполнения.

Со стороны тонуса и формы желудка как у нас, так и по литературным данным, ничего характерного для данного заболевания не отмечается. Опорожнение протекает нормально, ибо расстройства перистальтики в антральной части не выявляется.

Рентгенологическое исследование, а также клиническое течение у наших больных, а именно отсутствие роста опухоли, прослеженное за продолжительный период времени, присутствие соляной кислоты в желудочном содержимом, отсутствие эффекта под влиянием специфического лечения у больного Ч. и Г., стабильность дефектов у обоих больных позволяет высказаться в пользу полипа у больного Ч. и множественных полипов у гр. Г.

В обоих наших случаях заболевание проявилось во второй половине жизни. В литературе имеется указание, что доброкачественные опухоли желудка чаще всего появляются в возрасте выше 30 лет.

Опухоль в обоих наших случаях не пальпировалась. На этот счет имеется указание Мура, который на основании большого материала приходит к выводу, что доброкачественная опухоль желудка чаще не пальпируется. Кемп прямо заявляет, что если опухоль в желудке прощупывается, то это — рак. Проф. Рейнберг из 18 случаев доброкачественных опухолей желудка только у 3-х больных смог прощупать опухоль.

Кровотечения при доброкачественных опухолях желудка бывают, когда наступает изъязвление опухоли, но чаще всего они не обильны, хотя в нашем случае у больного Ч. имелось сильное кровотечение с последующей тяжелой анемией. Случаев кровотечения, послужившего причиной смерти при доброкачественных опухолях желудка, Доманинг собрал из мировой литературы только пять.

Из других осложнений при опухоли желудка Тюфье, Блейк, Бальфур и Гендерсон описали острую закупорку привратника опухолью. Крювейс упоминает об одном случае, где сужение привратника и расширение желудка было вызвано большим полипом.

Пендергресс, его сотрудники, а также Рейнберг и Ротермель указывают еще на выпадение доброкачественных опухолей желудка в двенадцатиперстную кишку. Отмечены случаи перехода доброкачественной опухоли желудка в злокачественную. Стюэрт наблюдал 13 случаев перехода полипов желудка в раковую опухоль из 47 собственных случаев (28%).

Бальфур и Гендерсон отмечают переход доброкачественных опухолей желудка в рак у 2 из 58 оперированных больных.

У Риглера из 15 случаев доброкачественных опухолей желудка также имеется 2 случая перехода в рак.

Райт, Эльясон и Миллер наблюдали 8 случаев перехода в рак у 23 больных с полипами.

Таким образом устанавливается в среднем переход доброкачественной опухоли в рак в 30% случаев.

Рентгенологический метод при нахождении опухоли в желудке имеет решающее значение не только в диагностике, но и в определении характера этой опухоли.

Высокий процент перехода доброкачественных опухолей желудка в злокачественные заставляет каждого больного с доброкачественной опухолью желудка подвергаться операции.

Несмотря на то, что клиника опухолей желудка весьма различна, все же при учете всех клинических данных, при хорошем владении техникой и тонким анализом, доброкачественная опухоль желудка может быть выявлена рентгеноскопически без особых затруднений.

*Литература.* 1. Гринберг, Доброкачественная опухоль слепой кишки, распознанная рентгенологически, Вопросы общей и частной рентгенологии, ч. 1, 1935. — 2. Неменов, Частная рентгенодиагностика, ч. 1, 1930. — 3. Рейнберг, Вестник рентген. и радиол. т. V, вып. 1, 1927. — 4. Рейнберг и Ротермель, Клини. мед., 1932, т. IX, № 19 — 22. — 5. Фарнарджев, Руководство по рентгенодиагностике, ч. II, вып. 1, 1935.

Поступила 16.II.1938 г.