

М. Х. ФАЙЗУЛЛИН

## К вопросу рентгенодиагностики рака кардиального отдела желудка

Из 2-й хирургической клиники Казанского ГИДУВ (директор проф. В. А. Гусынин)

Со времени сообщения об удачно проведенных операциях рака кардиального отдела желудка (Левит, Файерман, Юдин, Савиных, Савицкий и др.) интерес хирургов и рентгенологов к этому заболеванию возрастает с каждым годом.

По данным Нисневича кардиальная часть поражается раком в 10,5% всех случаев поражения желудка (рак пилорической части—в 39,7% и рак малой кривизны—в 24,7%). Несмотря на частоту поражения раком кардиального отдела, диагностика этого ракового заболевания еще не на высоте положения.

В диагностике высоко расположенных раков желудка огромную роль играет тщательное рентгеновское исследование области желудочного пузыря и свода. Многие рентгенологи до сих пор ограничиваются исследованием желудка ниже газового пузыря и не интересуются вышележащим отделом. Из поля зрения таких рентгенологов выпадают опухоли кардиальной части желудка.

Настоящая работа является попыткой обратить внимание на особенности методики рентгеновского исследования. Обычные рентгенодиагностические признаки злокачественных опухолей тела и антральной части не могут служить опорными пунктами для определения рака кардиального отдела желудка. Благодаря своеобразию анатомического положения и формы свода желудка, получение дефекта наполнения почти не представляется возможным. Если в некоторых случаях дефект и удастся получить, то это еще не раскрывает полностью картины поражения. Рельеф слизистой кардиального отдела еще мало разработан, довольно сложный по архитектуре, поэтому определение его отклонений от нормы представляет не мало трудностей для рядовых рентгенологов.

**Симптом отсутствия желудочного пузыря.** Отсутствие желудочного пузыря является подозрительным на наличие большой опухоли, т. к. последняя, благодаря своему росту в просвет желудочного пузыря, может дать отрицательный симптом пузыря. Надо при этом учитывать, что пузырь может отсутствовать и в здоровом желудке. Для дифференциации между органической и функциональной причиной отсутствия пузыря, больному предлагается пить бариевую взвесь большими глотками. В нормальном случае пузырь появляется, т. к. больной вместе с барием глотает и воздух: при существовании же опухоли пузырь или совсем не образуется, или возникает в уродливой форме.

**Симптом смещения желудочного пузыря.** В норме желудочный пузырь располагается не дальше 2 см от левого края поз-

воночника, а толщина стенки свода желудка укладывается обычно в 0,5 см. В тех случаях, когда медиальный сегмент кардиального отдела занят опухолью, получается впечатление смещения пузыря влево. Величина его уменьшена, отмечается неровность контуров, вследствие узловатого роста опухоли.

**Симптом обтекания.** При приеме первых глотков контрастной массы нужно следить за прохождением ее в поддиафрагмальном отрезке пищевода и кардиальном отделе желудка. Нормально контрастная масса стекает вдоль малой кривизны, в виде вертикально падающей струи. При расположении опухоли на медиальной стенке желудка, ниже кардиального отдела желудка—струя бария смещается в латеральную сторону и опускается вниз, огибая опухоль. Кривой путь струи, вдающийся в просвет пузыря, и является признаком опухоли у входа в желудок.

**Симптом разбрызгивания.** Этот симптом описан Гаммером и затем Тагером.

Копельман и Тагер следующими словами характеризуют этот симптом:

„В случае деформации кардии органического характера барий, вместо того, чтобы опускаться, как обычно, по малой кривизне, брызгает тонкой струей на фоне пузыря. Причина получения симптома может заключаться: 1) в потере нормально имеющейся округлости кардиального отверстия; 2) в препятствии, лежащем по желудочной дорожке; 3) в изменении оси абдоминального отрезка пищевода вследствие инфильтрации стенки желудочного пузыря.

При проверке на большом материале пришлось убедиться, что симптом разбрызгивания, являясь довольно ранним признаком поражения нижнего отрезка пищевода, отнюдь не способствует ранней диагностике; он очень часто появляется, когда опухоль верхнего отдела желудка начинает прорастать в пищевод, т. е. в период, когда по существу вся диагностика будет уже очень поздней и какое-либо хирургическое вмешательство будет уже невозможным“.

„Вместе с тем обнаружилось, что этот симптом наблюдается и без поражения пищевода. Так бывает в тех случаях, когда массивная опухоль как бы подпирает малую кривизну (следовательно, при опухолях малой кривизны), а также при так называемых каскадных желудках, когда струя бария ударяется в стенку желудка“.

**Симптом утолщения свода.** Рак свода желудка иногда может идти исключительно за счет утолщения свода. Такую картину в особенности дают раки с инфильтративным ростом по плоскости. В диагностической оценке этого симптома нужно быть осторожным. Известно, что такую же картину могут дать гипертрофия мышц диафрагмы и базальные диафрагмальные плевриты. Возможны и такие случаи, когда селезенка заходит между диафрагмой и желудком и симулирует опухолевое утолщение.

**Симптом пневморельефа.** В некоторых случаях опухоль может контурироваться сразу на фоне газового пузыря, но хорошо видима она становится только после применения специальной методики исследования. Поэтому для осмотра кардиального отдела прибегают к следующему способу. После обычного исследования тела и антральной части желудка, в случаях, когда имеется подозрение на опухоль кардиального отдела, больной укладывается на 6—8 минут на спину с приподнятым тазом и несколько повернутым влево туловищем. При этом контрастная масса заполняет область свода желудка, т. к. свод желудка в этих случаях расположен более низко. По истечении указанного срока больной ставится вновь за экран. Контрастная масса в силу тяжести стекает вниз и в течение нескольких минут заполняет дистальный отдел желудка. В области свода желудка бариевая масса задерживается в складках слизистой

и, если имеется опухоль, то она импрегнируется и дает контурную тень на фоне газового пузыря. В неясных случаях, вследствие небольшого размера газового пузыря, больному предлагается выпить шишучку. В  $\frac{3}{4}$  стакана воды растворяется одна чайная ложка соды; к этому раствору, около больного, стоящего за экраном, прибавляется одна чайная ложка уксусной эссенции (можно заменить виннокаменной или лимонной кислотой). Эту смесь большой тотчас же должен выпить большими глотками. При этом газовый пузырь желудка раздувается и на его фоне опухоль гораздо лучше выявляется, особенно в случаях, когда последняя достигает размера лесного ореха и больше. Величина опухоли, как известно, еще не играет решающей роли при суждении об операбельности случая. Могут быть сравнительно значительного размера опухоли, растущие в просвет желудка (но без поражения пищевода) и благоприятные для операции; и наоборот, незначительные по размерам опухоли кардиального отдела желудка могут дать восходящую инфильтрацию пищевода, и эти случаи являются иноперабельными, или представляют трудности для технического выполнения радикальной операции.

При диагностике опухолей кардиального отдела желудка учет клинических данных, и из них прежде всего дисфагии, имеет большое значение. Но к дисфагии надо отнестись с некоторой осторожностью. Этот симптом не всегда означает поражение пищевода. Дисфагия, даже при поражении нижнего отдела пищевода у самого кардиального отдела желудка, может отсутствовать (это подтверждается материалом Копельмана и Тагер, Кл. мед. № 11, 1936.) и может быть положительной при отсутствии поражения последнего.

Вопросы операбельности случая нельзя решать на основании проявления длительности дисфагии. Профессор А. Савиных пишет:

„Симптомы дисфагии в смысле их длительности еще не могут дать основания для суждения о возможности или невозможности радикального лечения“.

Во всех случаях дисфагии необходимо исследовать пищевод и кардиальный отдел желудка, хотя от этого нас не освобождают и случаи с отсутствием ее.

Приведем собственное наблюдение с краткими данными из истории болезни.

Больной, 37 л, поступил в клинику с диагнозом язвы желудка. Жалобы на ежедневные ноющие боли в подложечной области и в области пупка, усиливающиеся после приема пищи часа через два. Тошнота, изредка рвота с примесью крови и дегтеобразный стул. Считает себя больным в течение последних семи месяцев. За последний месяц боли и исхудание значительно выражены. Иногда при приеме твердой пищи наступает чувство неловкости в эпигастральном углу.

Status praesens: Больной среднего роста. Правильного телосложения. Худощав. Кожные и видимые слизистые бледны. Подкожный жировой слой развит слабо. Анизокория. Живот мягкий, при пальпации имеется болезненность в подложечной области и в области пупка. Органы грудной клетки—без отклонений от нормы. Лабораторные данные: кровь—эритроциты 4 160 000, лейкоциты 5 700; РОЭ в час 6 мм. Гемограмма отклонений не представляет, кроме небольшого увеличения палочкоядерных и уменьшения сегментоядерных нейтрофилов. Исследование желудочного сока по Эрману: натошак—общая кислотность 8—10; свободная соляная кислота отсутствует.

После завтрака—общая кислотность 12; на пятой порции она достигает 18, а потом идет на снижение; свободная соляная кислота отсутствует во всех порциях. В первых двух порциях имеется кровь. Имеются следы молочной кислоты. Микроскопическое исследование содержимого желудка: плоский эпителий в очень большом количестве, лейкоциты 5—7 в поле зрения, местами сплошь, эритроциты 3—4 в поле зрения.

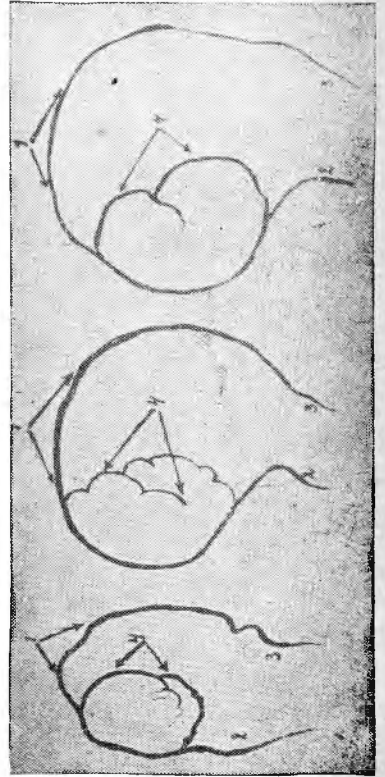
Анализ мочи, кроме реакции Дэвиса, которая резко положительна, патологических изменений не обнаруживает. Исследование кала на скрытую кровь—положительно.



Рентгенограмма 1.



Рентгенограмма 2.



№ 3.

№ 2.

№ 1.

Схемы рентгенограмм: 1. Свод желудка. 2. Малая кривизна. 3. Большая кривизна. 4. Импригнированная тень опухоли на фоне газового пузыря желудка. (За недостатком места описания случаев 2 и 3 и рент. № 3 не помещены).

Данные рентгеноскопии. Легкие и сердце—норма. Пищевод—жидкая и густая контрастная масса проходит по пищеводу свободно, но имеется отклонение струи бария несколько влево в субдиафрагмальном отделе.

Желудок—при обычном исследовании отклонений от нормы не представляет. При применении метода пневмоморельефа, на фоне раздутого газового пузыря, хорошо определяется узловатая опухоль, исходящая из медиальной стенки кардиального отдела желудка. Деформация малой кривизны в верхней ее трети.

Заключение: Рак кардиального отдела желудка с инфильтрацией малой кривизны. (Рентг. № 1.)

22III 1939 г. под местной инфильтрационной анестезией была произведена Laparotomia mediana.

При этом обнаружено: желудок значительно увеличен в размерах в кардиальной части; на передней стенке его инфильтрат белесоватого цвета с шероховатой поверхностью. Соответственно инфильтрату прощупывается опухоль неправильной формы, бугристая, большей своей частью выступающая в полость живота. Желудок подтянут кверху и влево. Малый сальник значительно утолщен, местами сморщен. Ввиду иноперабельности случая брюшная полость зашита наглухо. Через три дня после операции состояние больного резко ухудшилось, температура поднялась до 39°. Через шесть дней швы кожи разошлись, и из раны появилось гнойное отделяемое. Через восемь дней разошлись швы апоневроза. На девятый день, при явлениях нарастающей слабости и падения сердечной деятельности, больной скончался.

Эпикриз: Рак желудка верхней трети малой кривизны, достигающий кардиальной области, с метастазами в поджелудочную и в забрюшинные железы. Серозно-гнойный перитонит. Паренхиматозная дегенерация печени и мышцы сердца. Септическое опухание селезенки.

Микроскопическое исследование опухоли—аденокарцинома.

В этом случае, как показывают данные вскрытия и микроскопического исследования, была аденокарцинома малой кривизны с прорастанием в кардиальный отдел желудка.

На основании даже этого одного случая можно сказать, что метод пневмоморельефа несомненно играет большую роль и при рентгенодиагностике высоко расположенного рака малой кривизны.

Поступила 20. XI. 1939.

Доц. Ф. Х. БАСЫР

## Переливание крови при острых расстройствах питания и пищеварения у детей раннего возраста

Из детской клиники Казанского гос. института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (директор заслуженный деятель науки проф. Е. М. Лепский)

За последнее десятилетие наша отечественная литература обогатилась ценными клиническими данными по переливанию крови при различных заболеваниях. Переливание крови стало широко применяться и в детских лечебных учреждениях.

Болотная произвела 73 переливания крови 52 детям с расстройством пищеварения. Распределение материала по заболеваниям было такое: дизентерия и колит—27 детей, диспепсия простая и токсическая—12, сепсис—8, дистрофия—3, болезни крови—1, брюшной тиф—1. Случаи острого расстройства питания протекали как дизергические и септические формы, подострые случаи протекали с резким понижением общего и местного иммунитета, т. е. со вторичными гнойными поражениями в виде пиодермии, отита и пурии и т. д. К переливанию крови в 90% случаях автор прибегал тогда, когда в течение 10—15 дней лечебно-диететические мероприятия не давали эффекта.