

СОПОСТАВЛЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ С ДАННЫМИ, ПОЛУЧЕННЫМИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛУДКЕ И ИССЛЕДОВАНИЯХ РЕЗЕЦИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ

С. М. Перлин

Кафедра хирургии и онкологии (зав. — проф. Ю. А. Ратнер) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе 5-й городской клинической больницы (главврач — Н. И. Полозова)

Научный руководитель работы — проф. М. З. Сигал

При раке желудка план операции, в частности уровень резекции, основывается на учете патологических изменений в стенке органа.

Рентгенологическое исследование выявляет наличие опухолевого очага, его локализацию и протяженность. В этом отношении все другие способы клинической диагностики, за исключением гастроскопии, имеют вспомогательное значение.

Объектом рентгеноанализа служит внутренняя поверхность желудка — его слизистая, хирург же имеет дело при вскрытии брюшной полости с серозным покровом. Изменения в толще стенки при операциях обычно исследуются пальпаторно.

Ссылаясь на принципиальные возможности метода, некоторые рентгенологи (С. А. Рейнберг, 1952; Гутман, 1960) считают рентгенологические данные вполне достоверными для определения показаний к резекции.

Вместе с тем ряд материалов свидетельствует о большом числе диагностических ошибок при рентгенологическом исследовании (М. И. Толчинский, 1952; М. Г. Рудицкий и Г. А. Комардина, 1961). Такое положение побуждает некоторых авторов (Ю. Н. Соколов и В. Н. Петров, 1960) считать, что вопросы диагностики начальных форм рака желудка еще далеко не разрешены.

Мы сопоставили рентгенологические заключения с анатомическими данными, полученными при операции и при последующем изучении резекционных препаратов. Рентгенологические исследования проводились опытными рентгенологами, длительно работающими в онкологических стационарах. Заключения, основывающиеся на осмотре препарата в отраженном и проходящем свете, контролировались гистологическим исследованием. Учитывались и сопутствующие опухолевому очагу изменения стенки желудка.

В отличие от обычно проводимых параллелей между рентгенологическими заключениями и данными исследования во время операции и на удаленных препаратах мы сравнивали рентгенологические заключения с деталями анатомических картин.

Рентгенологические данные о наличии очаговых изменений в желудке были подтверждены во время операции у 108 из 117 больных (92,3%). Только в 7,7% наблюдений обнаруженные при рентгеноскопии изменения не были подтверждены при лапаротомии. Однако одна из этих больных в последующем погибла от рака желудка, что указывает на несовершенство обычных способов лапаротомной диагностики — пальпации и осмотра желудка со стороны серозного покрова.

Мы сравнивали эффективность различных методов распознавания во время лапаротомии и на основе этого разработали некоторые дополнительные приемы исследования. Рентгено-анатомические параллели были проведены в свете данных этих дополнительных приемов, включая и микроскопическое изучение очагов поражения. Такой детализированный контроль рентгеновских заключений показал, что при самом квалифицированном рентгенологическом исследовании все же невозможно исчерпывающе определить наличие, характер и протяженность патологических изменений в стенке желудка. Существуют определенные ограничения, лимитирующие разрешающую способность метода и обуславливающие необходимость дополнительной, тщательной оценки анатомических изменений на операционном столе более точными способами операционной диагностики. При этом все виды макроскопического исследования должны быть верифицированы микроскопическим (цитологическим и гистологическим) анализом.

Обнаруженные несоответствия касались: 1) определения наличия опухолевого очага; 2) распознавания его локализации, протяженности и формы; 3) выявления дополнительных опухолевых образований (множественные раковые очаги, внутристеночные метастазы, сопутствующие полипы и язвы); 4) дифференциальной диагностики между раком и полипом, раком и язвой, раком и гастритом.

1) *Определение наличия опухолевого очага.* У 10 больных лапаротомия была предпринята в связи с рентгенологическим заключением о наличии карциномы желудка. Во время же операции при пальпации и осмотре, а у 5 больных и при трансллюминационном исследовании, опухоль не была обнаружена.

Приводим некоторые наблюдения.

1. Ф., 66 лет, поступила в клинику повторно с жалобами на похудание, плохой аппетит, боли в подложечной области. При первичном рентгенологическом исследова-

нии обнаружен грубый рельеф слизистой в антральном отделе. При обследовании через 6 месяцев рентгенологически в антральном отделе найден дефект наполнения 5×5 см с депо бария в центре. Заключение — блюдцеобразный рак. При тщательном осмотре, пальпации и трансиллюминации во время операции патологических изменений не выявлено.

2. У М., 34 лет, при рентгеноскопии желудка установлено, что антральный отдел сужен, малая кривизна в этом отделе выпрямлена, ригидна, перистальтика прослеживается только в теле желудка. Было дано заключение — скirrosный рак антрального отдела. Произведена резекция желудка. При гистологическом исследовании удаленного препарата обнаружена гиперплазия слизистой, резкое утолщение подслизистого слоя за счет отека, развитые соединительной ткани и полиморфно-клеточная инфильтрация. Опухолевых изменений не найдено.

3. У больной Я., 39 лет, во время операции мы наблюдали выраженное сокращение привратникового жома. Пальпаторно при этом в области привратника обнаруживалось образование, напоминавшее опухолевую инфильтрацию. Это состояние длилось 30—40 сек., затем наступило расслабление стенки, и консистенция ее стала обычной. Такие спазмы повторялись.

Не исключена возможность, что спазм возникал и при рентгенологическом исследовании, а его относительная стойкость при кратковременном наблюдении послужила поводом для ложного заключения.

У 5 больных рентгенологическое исследование было признано ошибочным на основании данных осмотра в отраженном свете и пальпации во время лапаротомии. Клинические и рентгенологические исследования у них были проведены спустя 24—36 месяцев после операции. У 4 больных патологии не выявлено. Одна больная погибла спустя 12 месяцев после лапаротомии от нераспознанного рака желудка. В этом случае ошибочное заключение связано с несовершенством пальпации и наружного осмотра желудка при лапаротомии.

2) *Определение локализации, протяженности и патанатомической формы рака.* Изучено 79 больных раком желудка. Рентгенологические заключения были дополнены трансиллюминационным исследованием и изучением резекционных препаратов. Из 29 больных, у которых рентгенологически был рак только антрального отдела, у 10 обнаружено распространение опухолевого процесса на тело желудка. Из 16 больных, у которых рентгенологически определялся рак только тела, у 7 обнаружен рак тела и антрального отдела. Из 10 больных, у которых рентгенологически определялся рак тела и антрального отдела, у 3 оказалось тотальное поражение желудка. Из 12 больных раком кардиального отдела у 9 обнаружено распространение опухоли на тело. Из 3 больных, у которых рентгенологически обнаруживалось тотальное поражение, у одного при изучении резекционных препаратов обнаружена опухоль кардиального отдела.

При трансиллюминации, а также на резекционных препаратах обнаружены следующие несоответствия. Из 22 больных, у которых рентгенологически установлена блюдцеобразная форма рака, у 10 оказалась язвенно-инфильтративная форма и у 3 — инфильтративная. Из 3 больных, у которых рентгенологически обнаружен папиллярный рак, у одного выявлен язвенный. Из 23 больных со скirrosной формой у одного оказался язвенный рак.

У С., 39 лет, при рентгеноскопии на задней стенке желудка в верхней трети тела найден дефект наполнения округлой формы с депо бария в центре. Остальные отделы не были изменены. Заключение — блюдцеобразный рак. Трансиллюминационное исследование во время операции обнаружило прорыв опухолевого вала в проксимальном направлении и инфильтрацию стенки желудка за пределами пальпируемого очага на протяжении 4 см.

У М., 45 лет, при рентгеноскопии в антральном отделе обнаружен дефект наполнения округлой формы с депо бария в центре. Заключение — блюдцеобразная карцинома. При исследовании резекционного препарата обнаружен инфильтративный рост за пределами пальпируемого очага на расстоянии 5 см.

3) *Выявление дополнительных опухолевых образований.* У 13 больных обнаружены множественные очаги: однородные у 10 и разнородные у 3. К первым относятся: множественные язвы (у 3), множественные раки (у 6), полипы (у 1). Вторую группу составляют больные с сочетаниями рака и полипа (у 1), рака и язвы (у 1), полипа и язвы (у 1). Лишь у двух из этих 13 больных рентгенологически было установлено наличие множественных очагов поражения.

Несоответствия могут быть связаны с техническими условиями рентгеноскопии.

У К., 65 лет, при рентгеноскопии обнаружена опухоль в кардиальном отделе желудка. Контрастная масса не проникла в желудок из-за сужения кардии, и заключение рентгенолога касалось лишь патологии кардиального отдела. При ревизии во время операции обнаружена опухоль кардиального отдела. Решено произвести проксимальную резекцию желудка и нижней части пищевода. Лишь случайность — вскрытие желудка для проведения аппарата ПКС-25 — помогла обнаружить вторую опухоль в антральном отделе желудка.

Внутристеночные метастазы рака различной величины (от 1 мм до 2 см) были обнаружены на 30 препаратах. Ни в одном случае рентгенологическое заключение не содержало указаний на наличие этих образований при распознанном раке желудка.

Природа очаговых изменений по данным рентгеноскопии и при гистологическом исследовании представлена ниже.

Рентгенологически	Гистологически	
рак	язва	— 3
язва	рак	— 5
полип	рак	— 2
рак	полип	— 2
гастрит	рак	— 1
гастрит	язва	— 1
рак	патологии не обнаружено	— 7
рак	гастрит	— 3

У Л., 62 лет, при рентгенологическом исследовании в субкардиальном отделе на задней стенке обнаружен дефект наполнения 5—6 см с кратерообразным углублением в центре. Заключение — рак желудка с изъязвлением. При гистологическом исследовании удаленного препарата обнаружена хроническая язва.

У М., 50 лет, при рентгеноскопии на задней стенке желудка у малой кривизны обнаружен дефект наполнения 2×3 см с фестончатым краем. Перистальтика в этом отделе прослеживается. Заключение — полип. Гистологически при исследовании удаленного препарата обнаружена злокачественная аденома.

У С., 65 лет, при рентгеноскопии в области синуса обнаружен дефект наполнения с изъеденными контурами. Заключение — папиллярный рак. Гистологическое исследование удаленного препарата установило аденоматозный полип.

К факторам, определяющим ограничения рентгенологического метода исследования, относятся: сходство рентгенологических картин при различных формах ракового роста; трудность дифференцировки процессов различной природы, сопровождающихся изъязвлением или дающих папиллярные образования; распространение опухолевого роста в слоях стенки желудка, не являющихся объектом рентгенологического исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рудицкий М. Г. и Комардина Г. А. *Вопр. онкол.*, 1961, 11. — 2.
 Рейнберг С. А. *Рентгенологическое распознавание рака желудка*. Медгиз, М., 1952. —
 3. Соколов Ю. Н. и Петров В. Н. *Вопр. онкол.*, 1960, 11. — 4. Толчинский М. И. В кн.: *Злокачественные опухоли*, т. II, под ред. Н. Н. Петрова и С. А. Холдина. Медгиз, Л., 1952.

УДК 616.136.43

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ЖЕЛУДКА ПРИ ПЕРЕВЯЗКАХ РАЗЛИЧНЫХ ЕГО СОСУДОВ

Б. К. Дружков

Кафедра хирургии и онкологии (зав. — проф. Ю. А. Ратнер) и кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии (зав. — проф. Н. И. Комаров) Казанского ГИДУВа им В. И. Ленина

Научные руководители работы — проф. М. З. Сигал и проф. Н. И. Комаров

Изучению пределов допустимой деваскуляризации желудка посвящен ряд экспериментальных и клинических работ, результаты которых часто оказывались разноречивыми. Так, еще Браун (1908) считал, что деваскуляризация желудка на протяжении $\frac{4}{5}$ его длины по большой и малой кривизне не вызывает нарушения питания органа. Согласно же данным Т. А. Малюгиной (1945), лигирование даже трех из пяти основных артерий желудка (без скелетизации) в большинстве случаев вызывает грубые нарушения кровоснабжения его стенок.

Во всех подобных исследованиях заполнение контрастной массой интрамуральных сосудов расценивалось как свидетельство полноценности прижизненного кровотока, хотя это положение до сих пор никем не было ни доказано, ни опровергнуто, а приводится как само собой разумеющееся. Однако сопоставление заключений, основанных на анатомических работах, с сообщениями из клинической практики обнаруживает большие несоответствия. Б. С. Розанов на основании большого клинического материала приходит к выводу, что операция Витцеля как метод борьбы с профузными желудочными кровотечениями мало обоснована. Деваскуляризация при ней, часто не достигая цели, становится причиной трофических нарушений. О подобных наблюдениях сообщали М. Г. Каменчик (1936), Х. Г. Гафуров (1939) и др.