

Из 1-ой Терапевтической клиники Ц. И. У. при больнице им. Боткина (директор проф. Р. А. Лурья) и Рентгеновского института той же больницы (завед. пр.-доц. Д. Т. Будинов).

К рентгенодиагностике язвы желудка.

П. Д. Тарнопольская.

Если в вопросах воспалительных изменений в желудке решающее слово остается за рентгеновским заключением, если оно отвечает современным представлениям об этом страдании, то не менее важную роль играет рентгеновский метод исследования для диагноза язвенного поражения желудка и 12-п. к.

Это стало особенно ясно теперь, когда хирурги с одной стороны (Kalima, Puhl, Konjetzny) и терапевты с другой (Palleul, Guttmann, Faber и многие другие) описали клиническую картину язвенного и геморрагического гастрита, почти ничем не отличающуюся от картины типичной язвы желудка, где лапаротомия и аутопсия не могли обнаружить и следа пептических поражений желудка.

Из прямых язвенных признаков вначале были описаны воспалительные и рубцовые изменения, как следствие язвенного поражения желудка (пилоростенозы, песочные часы) и только в 1910 г. (Reiche, Faulhaber и Haudek) указали типичное для язвы рентгенологическое выражение, обозначенное Haudek'ом, как симптомы ниши.

В течение многих лет новая методика нахождения ниши при язве была доступна только немногим рентгенологам и в 1912 г. Bieger впервые дает рентгеновские снимки язвы 12-п. к. Еще в 1921 г. Singer из Вены утверждал, что он никогда не видел ниши в 12-п. к., настолько редкой находкой считалась она до того времени. Первые работы Haudek'a в области рентгенодиагностики язвы желудка были дискредитированы в одном случае расхождением с оперативными данными (желудок не был вскрыт), но репутация ниши была вскоре восстановлена, когда тому же автору удалось доказать в аналогичном же случае неоспоримость рентгеновских данных, когда желудок был во время операции вскрыт. Прошло еще целое десятилетие, пока трудность обнаружения ниши и расхождение между клиническими и рентгенологическими данными заставили считать прямые признаки язвы только счастливой находкой рентгенолога и диагностика язвенного поражения базировалась на косвенных признаках, — главным образом спазмах того или иного отдела желудка, сопровождающих так часто язву и дававших основание говорить о ней тогда, когда не удавалось обнаружить нишу.

Классические исследования Akkerlund'a, Berg'a, Chaoul'a, Albrecht'a, коренным образом изменивших технику рентгеновского исследования желудка введением метода рельефа, и в особенности предложенная Berg'ом методика дозированной компрессии при изучении рельефа открыли для рентгенологов новые перспективы тонкой диагностики, допускающей анатомическое изучение внутренней стенки желудка, не вскрывая брюшной полости. Эта методика по праву получила большое распространение при изучении гастритов и внесла много ясности в понимание отдельных воспалительных процессов слизистой желудка.

В работе о гастрите мы подробно остановились на наших личных наблюдениях и установках, сложившихся в результате изучения более 11 тыс. рельефов и описали подробно методику исследования¹⁾

Не меньшую, если не большую роль применение метода рельефа с дозированной компрессией сыграло в диагностике язвенной болезни желудка. Мы не говорим здесь о значении этой методики в определении

¹⁾ П. Д. Тарнопольская. Гастрит в рентгеновском освещении. Советская клиника.

всякий раз дефектов желудка, получающихся начиная с небольших и поверхностных язв до глубоких пенетрирующих и не будем останавливаться в этой работе и на огромном значении этой методики для суждения о динамике язвенных дефектов, определяющих результаты того или иного терапевтического метода и решающей вопрос, подлежит ли данный больной консервативному или хирургическому лечению. Следует обратить внимание на другую сторону вопроса, еще мало затронутую и в специальной рентгеновской литературе, и, насколько мне известно, совсем еще не освещенную в клинических работах, посвященных язве желудка. Больше, чем когда нибудь, врача занимает вопрос о течении язвенной болезни. Обнаружение рентгеновским исследованием дефекта от язвы в виде ниши в желудке или в 12-п. к. в большинстве случаев является у рентгенолога, владеющего современной методикой исследования, делом относительно нетрудным и эту задачу *можно считать пройденным этапом рентгенодиагностики язвы желудка.*

Не менее важно установить *динамику* язвенной болезни. Изучая систематически больного в течение его пребывания в клинике до, во время и после проведенного лечения, нетрудно рентгенологически установить все этапы—расцвета, заживления и полного исчезновения ниши и восстановления стенки желудка с невидимыми подчас последующими изменениями в области бывшей ниши,—вопрос, который будет подробно освещен в другой нашей работе.

Патологоанатомические данные, многочисленные наблюдения хирургов при операциях на желудке, особенно при резекциях его, учат, что, наряду со свежей или каллезной язвой в желудке и в 12-п. к., часто встречаются типичные для заживающих язв радиарные рубцы, иногда на нескольких, но всегда на типичных для локализации язвы местах. Сумма наличия более или менее глубоких язв и этих рубцов и создает комплекс морфологических изменений желудка, характерных для данного заболевания не только, как для *местной* болезни—язвы желудка, но для особого диатеза организма—*язвенной болезни*. Вот почему определять динамику язвенного процесса желудка во всех стадиях до заживления включительно—является в настоящее время задачей рентгеновского исследования, задачей по существу нетрудной и вполне выполнимой.

Изучая изображение желудка на экране, мы, разумеется, не всегда видим картину радиарных рубцов—конвергенцию складок слизистой к центру—где располагалась раньше зажившая теперь язва, так как это ясное всего бывает в ампуле 12-п. к. или на задней стенке желудка, но мы имеем другие симптомы на экране и на целевом снимке, с безусловной достоверностью обнаруживающие эти рубцы. Это достигается методом изучения рельефа слизистой при язвах.

Свежая язва en face чаще представляется круглым или овальным пятном, в профиль—различной формы, часто шипо-или куполообразной. С уменьшением ее—в периоде заживления—преобразовывается и картина en face, где она проэцируется зубчато ограниченной с звездообразным схождением складок слизистой. Конвергенцию складок к язвенному рубцу впервые подметили и описали Eisler и Lenk.

В профиль заживающая ниша представляется шипообразной или треугольной. Язвенную нишу тем труднее обнаружить рентгенологически, чем больше она, а, в случае реактивного воспаления ее окружности, мо-

жет и совсем быть невидимой (Berg) (резкая набухлость складок слизистой вокруг язвенного кратера). Кровоточащие яввы чаще всего бывают плоские и поэтому легче ускользают при рентгеноскопии, тем более, что, как это указывает Berg, вследствие закупорки кратера сгустком или вследствие аутопластики слизистой (Forssell), язвенный кратер может быть недоступным рентгеновскому наблюдению (резкий Umwandlung). Обычным явлением бывает банальная закупорка язвенного кратера слизью, находящейся в большом количестве в желудке при язве, что служит частым поводом к ошибочной диагностике язвы желудка в тех случаях, когда рентгенолог не может найти нишу. И если, при силуэтном изображении желудка, мы видим заполненные контрастом язвенные дефекты, то в картине рельефа нам доступны тонкие изменения, происходящие в слизистой (как явление сопровождающего гастрита или явление раздражения желудка, его гиперергии).

Складки слизистой (Magenstrasse), как мы убедились на наших многочисленных исследованиях (более тысячи язвенных больных), часто участвуют в образовании ниши, как бы внедряются в язвенный кратер (особенно по малой кривизне); когда же ниша, под влиянием противоязвенного лечения, заживает, складки слизистой еще в течение долгого времени сохраняют свое направление вертикально к малой кривизне, особенно отчетливо, если ниша была у angulus'a или в препилорической части желудка. Этот момент направления складок слизистой вертикально к малой кривизне, особенно у angulus'a, в случаях с явно язвенным течением болезни, с типичным для нее анамнезом, без наличия прямых рентгенологических признаков язвы—ниши, является по нашим наблюдениям опорным пунктом диагностики язвы желудка; и понятно, если на данном участке малой кривизны был язвенный дефект с наклонностью складок внедряться в него—когда язвенный кратер запустел—складки еще сохраняют то же направление, указывая на возможность в прошлом наличия здесь ниши. Симптом вертикальности складок еще не дает право рентгенологу думать о возможности язвенного поражения желудка, *если на то нет клинических указаний*, так как вертикально расположенные складки в выходной части желудка мы очень часто встречаем, как невинный вариант игры слизистой, особенно интенсивной в препилорическом отделе желудка.

Ряд случаев, проверенных оперативно, убеждает нас в том, что мы имеем еще *один ценный диагностический признак*, тогда когда нет других рентгенологических указаний на язвенное поражение, а клиника заболевания целиком укладывается в картину язвы.

Из нашего значительного архива приводим только несколько типичных случаев для иллюстрации выставляемого нами положения:

Случай 1-ый. Б-ной П-в, болен три года. Типичный язвенный анамнез. Рентгенологически—ниша на малой кривизне у angulus'a, складки слизистой имеют ясное направление к язвенному кратеру—вертикально к малой кривизне. Через четыре недели, после обычного противоязвенного лечения, явлений ниши нет, но складки слизистой еще направлены к малой кривизне вертикально.

Естественно, что если бы этот больной попал для рентгеноскопии уже без ниши, то, не обратив внимания на эту особенность направления складок слизистой, за неимением иных симптомов патогномичных для язвы, легко можно было бы пойти по ложному пути.

Случай 2-ой. Больной С-н, болен около года, язвенный анамнез с обычным клиническим течением; рентгенологически, при самом тщательном исследовании, ниши обнаружить не удастся, но отмечается вертикальное направление складок слизистой к малой кривизне у angulus'a. Операция—зажившая язва малой кривизны на границе вертикальной и горизонтальной ветви желудка (т. е. у angulus'a).

Случай 3-й. Больной К-в. Складки слизистой направлены вертикально к малой кривизне, где у перехода вертикальной в горизонтальную ветвь желудка имеется отчетливая ниша. Пальпация ее области резко болезненна.

Таких безупречных случаев мы имеем около двадцати, где, помощью методики изучения рельефа с дозированной компрессией, мы имели возможность ставить диагноз язвы желудка исключительно по сохранившемуся направлению складок, что вполне гармонировало с клинической картиной.

Методика эта дает рентгеновскому анализу возможность соединить анатомические данные с изучением функции желудка, поскольку на ней отражается наличие язвы, а главное,—сделать ряд динамических наблюдений и, вместо изучения только статики язвы, изучать развитие язвенного поражения желудка и его результаты для органа.

Таким образом, применяемая нами методика поднимает рентгеновское исследование на новую ступень, выходящую за пределы изучения обнаруженной у больного ниши и допускающую возможность ретроспективного диагноза там, где, при насыщенной клинической картине, так бедно рентгеновское изображение.

Из кафедры рентгенологии государственного института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани. (Директор—проф. Р. Я. Гасуль).

К рентгенодиагностике оперированного желудка.

Прив.-доц. М. И. Гольдштейн.

Сложная проблема оперированного желудка за последнее время все больше и больше привлекает внимание терапевтов, хирургов и рентгенологов. Систематическое исследование рентгеном желудка, после произведенной на нем операции, дает нам возможность изучить его форму и функцию, позволяет судить об успехах операции, а также своевременно распознавать послеоперационные осложнения и рецидивы заболеваний, требующих в некоторых случаях неотложного вторичного хирургического вмешательства, а в других случаях—предупреждения ненужной вторичной операции.

Из предложенных операций на желудке на первом месте стоят *гастроэнтероанастомоз и резекция с их различными модификациями*. Перед этими двумя главными операциями все остальные, как гастростомия, гастропластика, гастропексия и пр. отступают на задний план.

В изучении свойств оперированного желудка, современному рентгеновскому методу принадлежит исключительная роль.

Рентгеновское исследование производится обычно натощак в утренние часы, во избежание скопления жидкого слоя, приемом нескольких глотков бариевой взвеси; умеренным массажированием, под контролем экрана, удается получить изображение рельефа слизистой и изучить положение и характер складок. С большой пользой может быть применена дуоденальная рамка Берга для прицельных снимков. Для