

исследование, которое, в сочетании с отоларингологическими данными<sup>1</sup>, дает достаточную опору для правильного диагноза.

Несомненно важны и данные рентгенологического исследования, которое у двух из 12 наших больных выявило очаги деструкции в области заднего рваного отверстия. Однако в других десяти наблюдениях на обычных рентгенограммах не было каких-либо специфических для гломусной опухоли изменений. По-видимому, более обнадеживающие результаты можно получить методом томографии. У обследованных Т. Ф. Ростовцевой шести больных с опухолями яремного гломуса этим методом обнаружено расширение яремного отверстия.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров Б. Г. Невринома VIII нерва, М., 1949. — 2. Guild S. Annals Otol. Laryng., 1953, 4. — 3. Rosenwasser H. Arch. Otolaryng., Chicago, 1945, 41. — 4. Sendulsky J. Československá otolaryngologie, 1959, VIII, 2. — 4. Terracol I. Le glomus jugulaire. Paris, 1956.

Поступила 21 октября 1960 г.

## МЕТОД ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА В ДИАГНОСТИКЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ ОПЕРАбельНОСТИ РАКА ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

*Е. Г. Кучерков*

Рентгенологическое отделение (зав. — проф. Е. Э. Абарбанель, научный руководитель — действительный член АМН СССР проф. А. И. Савицкий) Онкологического института им. П. А. Герцена

Хотя радикальные операции при раке верхнего отдела желудка и получили широкое распространение, однако еще большой процент операций при таких поражениях заканчивается пробной лапаротомией вследствие не выясненного до операции обширного распространения опухоли на окружающие органы и ткани. Это во многих случаях зависит от затруднений, которые испытываются рентгенологами при интерпретации изменений, наблюдаемых в верхнем отделе желудка в связи с ограниченностью возможностей обычного рентгенологического исследования.

Уже более 50 лет назад для уточнения рентгенодиагностики опухолей брюшной полости, в частности рака верхнего отдела желудка, было предложено газовое контрастирование брюшной полости — пневмоперитонеум. Тогда этот метод быстро получил признание в ряде стран Европы и Америки, как и в некоторых отечественных клиниках (М. М. Неменов — 1922, 1923, 1930 гг., Г. И. Хармандарьян — 1923 г., А. С. Вишневский и Д. Д. Яблоков — 1929 г.). Однако в течение последующих двух десятилетий эта методика оказалась незаслуженно забытой, и в литературе о ней мало упоминалось.

Лишь за последнее десятилетие вновь поднят вопрос о роли пневмоперитонеума в рентгенодиагностике рака верхнего отдела желудка (Н. И. Бондарь — 1952 г., Е. М. Масюкова — 1957 г., С. Г. Говзман и Л. П. Буланов — 1958 г., В. И. Казанский и А. Н. Кабанов — 1958 г., Е. М. Каган, П. В. Скалдин и В. А. Михалченко — 1959 г., К. Т. Овнатян — 1958—1959 гг., П. Бетульер и Г. Латур — 1955 г., И. Бишан — 1950 г. и др.).

Однако и по настоящее время вопрос о пневмоперитонеуме в диагностике ранних форм опухолевых поражений желудка все еще нуждается в уточнении. В частности, недостаточно изученной остается роль пневмоперитонеума в установлении начального распространения опухоли верхнего отдела желудка на пищевод, на диафрагму, селезенку, печень и лимфоузлы. Уточнения требуют и те проекции, которые способствуют выявлению взаимоотношений верхнего отдела желудка с окружающими органами.

Нами применялась общепринятая методика введения газа в брюшную полость. Для расправления воздушного пузыря желудка, спадающего при пневмоперитонеуме, многим больным применялось, кроме того, раздувание желудка, для чего им да-

<sup>1</sup> *Прим. ред.* По данным Kinney C. E., Thomas O. S. (Laryngoscope. 1960, 70, 1), ранними симптомами в наблюдавшихся ими семи случаях являлись пульсирующий шум в ухе, понижение слуха, боли при прорастании опухоли в барабанную полость, кровянистые или гнойные истечения из уха, в связи с чем опухоль может быть принята за полип; далее появляются парез VII нерва и другие компрессионные симптомы. При своевременном распознавании и радикальном оперативном лечении — прогноз хороший.

валось два грамма смеси порошков лимонной (или виннокаменной) кислоты и соды поровну, запиваемой глотком жидкой бариевой взвеси; благодаря этому исследование больных проводилось при тройном контрастировании. Вследствие технической погрешности при инсуффляции газа в брюшную полость у 6 наших больных создались условия комбинации ретро- и пневмоперитонеума. В этих случаях мы наблюдали единственное осложнение пневмоперитонеума — подкожную эмфизему передней брюшной стенки, которая у одного из больных была выражена настолько, что вызвала образование пневмоцеле, что, однако, прошло через несколько дней бесследно. У этих больных суммация теней и газовых просветлений в брюшной полости, забрюшинном пространстве и подкожной клетчатке создала особые трудности в интерпретации рентгенологической картины.

Кроме указанных 6 больных, всего нами исследовано с применением пневмоперитонеума 48 человек (мужчин — 34, женщин — 14). Наибольшее число (39) больных падает на возраст от 40 до 59 лет.

Больные распределены на две группы.

В первую вошло 10 человек. Выявленные у них изменения в результате обычного рентгенологического исследования не позволяли уточнить характер заболевания верхнего отдела желудка. Подозрение на рак у этих больных основывалось на описанном Ассманом симптоме утолщения медиальной стенки верхнего отдела желудка и на деформации его воздушного пузыря с нарушением обычного соотношения последнего с пищеводом. Исследование с пневмоперитонеумом в различных проекциях в вертикальном положении больного выявило, что у 6 больных это утолщение было кажущимся и объяснялось суммацией тени неизменной стенки желудка с прилегающими органами брюшной полости, а деформация воздушного пузыря и необычные соотношения его с пищеводом обусловлены давлением этих органов. У этих 6 больных рак был полностью исключен. Остальным 4 больным применение пневмоперитонеума позволило уверенно поставить диагноз рака верхнего отдела желудка на основании лучшей видимости опухолевого узла в условиях тройного контрастирования.

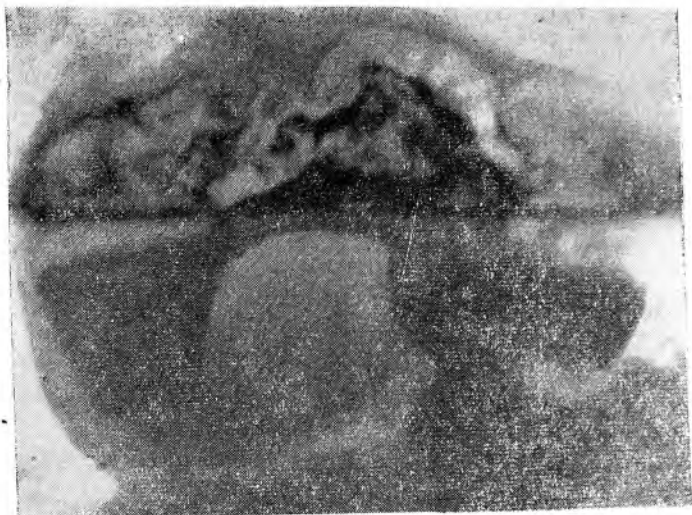


Рис. 1. Рентгенограмма в латеропозиции на правом боку при дорзовентральном ходе лучей. На фоне тройного контрастирования видна массивная тень бугристой опухоли верхнего отдела и тела желудка.

Так, на приведенной рентгенограмме (рис. 1), произведенной в латеропозиции, на правом боку на фоне газа в брюшной полости, воздуха и бария в желудке хорошо видна массивная бугристая тень опухоли, вдающейся в просвет желудка на задней и наружной стенках его верхнего отдела и тела, и одновременно выявляется фиксация этих отделов желудка, что и подтверждено на операции.

Не менее убедительную картину дает и выявление симптома утолщения стенки желудка, то есть выявление тени опухоли с ее наружными контурами в тех случаях, когда опухоль не является бугристым массивом на фоне желудочного пузыря.

Так, у одного из этих 4 больных (рис. 2) на рентгенограмме в вертикальном левом косом положении четко выявлялось опухолевое утолщение передней и медиальной стенок на протяжении тела и верхнего отдела желудка, ясно ограниченное изнутри и снаружи газом, отделяющим неровные наружные очертания опухоли от



Рис. 2. Рентгенограмма в левом вертикальном положении у больного раком верхнего отдела и тела желудка после наложения пневмоперитонеума.

При анализе данных, полученных методом пневмоперитонеума у этой группы больных, мы стремились выяснить следующие вопросы: 1) распространяется ли опухоль верхнего отдела желудка на пищевод; 2) есть ли интимная связь опухоли (спяние, прорастание) с диафрагмой вследствие перехода ее на пищевод; 3) есть ли интимная связь опухоли с селезенкой и печенью; 4) возможно ли с помощью пневмоперитонеума выявить экзогастральное распространение опухоли желудка в забрюшинное пространство, на заднюю брюшную стенку, а также метастазы в забрюшинное пространство.

В итоге анализа по указанным вопросам получены следующие данные.

1. Из 23 оперированных больных раком верхнего отдела желудка нами правильно уточнена верхняя граница перехода опухоли на нижнюю часть пищевода у 18 и отсутствие поражения пищевода — у 4. В случаях, где отсутствовала связь опухоли с диафрагмой, последняя скользила вверх по пищеводу, выпрямляя и обнажая его иногда на 7—8 см. Если же поражение пищевода на значительном его протяжении комбинировалось с переходом опухоли на диафрагму, то диафрагма кверху смещалась значительно меньше — только до верхней границы опухолевого поражения пищевода, но не выше ее.

Как видно на схематическом рисунке (рис. 3), верхняя граница газа в брюшной полости, соответствующая положению диафрагмы, в случае «а» не заходит выше верхней границы прорастания опухоли пищевода, в случае «б» диафрагма располагается значительно выше верхней границы его поражения. На основании этого признака нами правильно выявлено наличие связи опухоли с диафрагмой у 6 человек и отсутствие какой-либо связи ее с диафрагмой — у 15.

Выявление при обычном рентгенологическом исследовании значительного даже по протяженности опухолевого прорастания пищевода не может служить указанием

левого края печени справа и от диафрагмы сверху. Этот симптом кажется нам надежным, так как, кроме указанных случаев, он проверен у 23 оперированных больных с явным раковым поражением верхнего отдела желудка, установленным при обычном исследовании. Симптом утолщения стенки в верхнем отделе выявлен у 14 из 23 человек. У всех 14 больных выявленная протяженность ракового поражения при распространении ее с какой-либо кривизны на переднюю стенку желудка подтверждена на операции. Но у 9 человек ясно видимого симптома утолщения стенки не выявлено, так как опухоль у них располагалась главным образом на задней стенке желудка вдоль малой кривизны тела или антрального отдела, где пневмоперитонеум, как мы могли убедиться, вообще редко дает очерченность газом ее наружного контура.

Во II группу вошли больные, у которых метод пневмоперитонеума применялся с целью выявить протяженность опухоли, уточнить ее характер и соотношение с окружающими органами. Эту группу составил 31 человек с установленным при обычном исследовании раком верхнего отдела желудка, а также 4 человека из I группы с установленным раком верхнего отдела желудка методом пневмоперитонеума и 7 чел. с раковым поражением тела и антрального отдела желудка. Таким образом, во II группу вошло 42 человека, из которых оперировано 29.

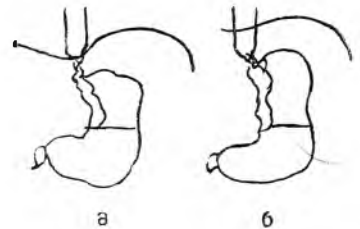


Рис. 3. Положение диафрагмы после наложения пневмоперитонеума: а) при прорастании ее опухолью верхнего отдела желудка, б) при отсутствии прорастания.

на вовлечение в процесс и диафрагмы. Этот вопрос может разрешить только пневмоперитонеум, как это видно на следующем примере

У больного при обычном исследовании выявлялась большая бугристая опухоль верхнего отдела желудка, на значительном протяжении прилегающая к медиальному отделу левого купола диафрагмы. Казалось, что она прорастает абдоминальную часть пищевода, деформированный отрезок которого располагался значительно выше купола диафрагмы. Могло возникнуть подозрение о возможности у данного больного прорастания опухоли и диафрагмы. Однако при исследовании с пневмоперитонеумом (рис. 4) выявляется, что газ хорошо отделил верхний отдел желудка от диафрагмы, которая поднялась на высоту позвонка, скользя по пищеводу выше верхней границы его поражения. На операции подтвердилось отсутствие какой-либо связи опухоли с диафрагмой, а также с другими соседними органами.

В то же время при малом поражении пищевода, когда при обычном исследовании можно думать об отсутствии поражения диафрагмы, пневмоперитонеум может выявить ее прорастание опухолью.

У одного из больных при обычном исследовании обнаружилось сужение абдоминального отрезка пищевода на небольшом участке и неровность опухолевого канала. На фоне воздушного пузыря была видна, кроме того, примыкающая вплотную к диафрагме плотная дополнительная тень на медиальной стенке свода желудка. При исследовании с пневмоперитонеумом (рис. 5) найдено, что весь верхний отдел желудка хорошо окружен газом, однако диафрагма оттеснена газом кверху не выше верхней границы поражения левой стенки брюшной части пищевода. Соответственно дефекту наполнения последнего видно утолщение его стенки. У другого больного такую же картину нам удалось получить при сочетании пневмоперитонеума с томографией.

Однако у 2 из 23 больных были расхождения рентгенологических данных с операционными. У одного не подтвердилось предположение о сращении опухоли с диафрагмой, у другого, наоборот, не выявлено сращение. Эти ошибки следует объяснить неправильной интерпретацией рентгенологических данных в начальный период освоения методики. Единственное ошибочное предположение о прорастании опухоли желудка в самый дистальный участок пищевода объясняется большими, а иногда и непреодолимыми трудностями в отдельных случаях



Рис. 4. Рентгенограмма с тугим заполнением желудка и пищевода до наложения пневмоперитонеума; видны деформированная прорастающая опухоль нижней части пищевода и тень бугристой опухоли верхнего отдела желудка.



Рис. 5. Рентгенограмма после наложения пневмоперитонеума.

при решении данного вопроса с использованием методики пневмоперитонеума.

2. При определении отношения пораженной опухолью стенки желудка к селезенке и печени мы согласны с мнением авторов, которые говорят о том, что это легко осуществимо применением различных положений больного на трохоскопе, латероскопе и в вертикальном положении при достижении полного окружения газом селезенки и печени и отделении их достаточно хорошо выраженной полоской газа от соответствующих стенок желудка. Для селезенки особенно эффективно, по нашему мнению, в этом отношении рентгенограммы в вертикальном или горизонтальном левом косом положениях больного, а также при латеропозиции на правом боку.

Однако в некоторых случаях полоска газа между желудком и селезенкой различима с трудом, и поэтому легко впасть в ошибку при решении вопроса о наличии или отсутствии связи желудка с селезенкой. Поэтому необходимо, кроме поисков полоски газа, обращать внимание при просвечивании во всех положениях на смещаемость тени селезенки по отношению к желудку в момент дыхательных движений диафрагмы. Отсутствие смещаемости селезенки по отношению к желудку, даже при неотчетливо выраженной полоске газа между ними, свидетельствует о спаянности селезенки с желудком, хотя бы на ограниченном участке.

В результате комплекса рентгенологического исследования правильно расценено отсутствие связи опухоли желудка с селезенкой у 19 из 29 оперированных и у 1 больного правильно распознано прорастание ее в селезенку. На левой боковой рентгенограмме этого больного в вертикальном положении было видно, что тень селезенки, располагающаяся позади желудка, хорошо очерчена газом по задней и верхней своей поверхности, но совершенно не отделяется от задней стенки желудка и полностью сливается с ней своєю передней поверхностью.

Ретроспективное изучение данных рентгенологического исследования показывает, что только недооценкой результатов этого исследования можно объяснить расхождение предоперационного диагноза с операционными данными у 5 из 29 больных. У 4 больных не было получено достаточно точных данных по техническим причинам.

Что касается взаимоотношения желудка с левой долей печени после введения газа в брюшную полость, то здесь следует полностью согласиться с Л. Д. Линденбрауеном, который справедливо указывает, что для выявления контуров печени «трудно дать точную схему проекций и положений, которые могут потребоваться при решении диагностических вопросов у отдельных больных», и нужно «использовать свойства газа скапливаться в наиболее высоко расположенных отделах брюшной полости».

Конечно, в основном используется многоосевое исследование больного в вертикальном положении на трохоскопе и латероскопе. Тем не менее, лучшим положением для получения окантовки газом всей поверхности печени мы так же, как и большинство авторов, считаем исследование больного на животе с приподнятой правой стороной тела на трохоскопе при положении последнего под углом в 45°. Но хорошую окантовку левой нижней поверхности печени можно получить иногда и в положении больного лежа на спине или при латеропозиции на правом, реже — на левом боку.

Так, на рентгенограмме больного, страдающего распространенным раком верхнего отдела желудка, произведенной в латеропозиции на левом боку, при венетро-дорзальном ходе лучей, на фоне внутрибрюшинного газа обнаружилась небольшая перемычка, прерывающая полоску газа, отделяющего левый контур печени от массива тени опухоли желудка. Предположение о спаянии желудка с печенью подтвердилось на операции. Кроме того, при сочетании рентгеноскопии с рентгенографией подчас возможна хорошая очерченность всех контуров печени и при вертикальном положении больного с некоторым наклоном туловища вперед или в левом косом положении.

Используя исследование больных во всех вышеуказанных положениях, нам удалось у трех больных правильно выявить интимную связь опухоли желудка с печенью, а у 19 — с уверенностью говорить об ее отсутствии. Однако у 3 больных заподозренное прорастание опухоли желудка в печень на операции не подтвердилось, что можно объяснить трудностями, которые в отдельных случаях все же возникают при небольших по протяженности спайках опухоли желудка с печенью даже при использовании метода пневмоперитонеума.

3. Стремясь получить хорошее окружение газом задней стенки желудка для выявления взаимоотношений ее с задней брюшной стенкой, мы наилучшие результаты наблюдали после того как больной в положении на спине производил повороты на правую и левую стороны, а затем переводился в положение на живот, а трохоскоп, находившийся в положении с опущенным головным концом, поднимался до угла в 45°. При этом газ, проходя под большой сальник и под печень, через *f. Winslowi* иногда проникает и в *bursa omentalis*, окружая желудок и со стороны его задней стенки, контуры которой можно проследить на хорошей рентгенограмме в левом боковом или косом положениях. Эти условия дают возможность различить ткани прилежащего забрюшинного пространства. Но, к сожалению, такое распределение газа удается получить редко, поэтому экзогастральное распространение опухоли на заднюю брюшную стенку при пневмоперитонеуме удалось проследить только у 2 больных, между тем как на операции оно выявлено еще у 8.

4. Известные признаки фиксации желудка в латеропозиции на правом боку (С. Л. Копельман, Е. Э. Абарбанель и др.) не теряют своего значения и при исследовании с пневмоперитонеумом. Так, у всех 12 больных из 29 оперированных обнаруженная латерографией фиксация тела или верхнего отдела желудка подтвердилась на операции, которая выявляла в этих случаях сращение опухоли, главным образом, с задней брюшной стенкой или поджелудочной железой.

Высказанное и уточненное нами предположение о прорастании опухоли в забрюшинное пространство на основании характера фиксации желудка у 3 (из 12) также подтвердилось на операции.

Указанный Е. М. Масюковой, Н. И. Бондарь и другими авторами симптом фиксации желудка как показатель прорастания опухоли в забрюшинное пространство, якобы выявляемый при использовании пневмоперитонеума в вертикальном положении при раке верхнего отдела желудка, нашими наблюдениями не подтвердился. Даже когда газ окружает верхний отдел желудка и отделяет его от диафрагмы широкой полосой, сколько-нибудь выраженного смещения всего желудка вниз не наблюдается ни при отсутствии, ни при наличии его сращения с окружающими органами и тканями. Иллюзию смещения желудка вниз создает лишь спадение верхнего отдела желудка при сдавлении газом, введенным в брюшную полость, его воздушного пузыря и при одновременном смещении вверх диафрагмы.

5. У 11 больных разбираемой группы с выявленными на операции забрюшинными метастазами даже при тщательном ретроспективном изучении рентгенограмм, произведенных при введении в брюшную полость газе, не удалось найти какие-либо прямые или косвенные рентгенологические признаки метастазов. Только у одного больного при исследовании на латероскопе на правом боку мы выявили нечетко очерченную округлую дополнительную тень увеличенного лимфоузла позади тела желудка у левого края тела первого поясничного позвонка, что подтвердилось на операции.

Нельзя не согласиться с мнением некоторых авторов (Е. М. Каган, И. Бишан, П. Бегульер и Г. Латур и др.), что пути дальнейшего улучшения рентгенодиагностики забрюшинных метастазов и поражений поджелудочной железы, как и распространение опухолей желудка на заднюю брюшную стенку, следует искать в дополнительном применении вертикальной и поперечной томографии в сочетании с последовательным применением пневмо- и ретропневмоперитонеума.

6. Если небольшой ограниченный асцит в брюшной полости не выявляется физикальными методами, применение пневмоперитонеума позволяет выявить его. Так, у 3 больных он был определен нами по небольшому горизонтальному уровню в зоне краевой полосы введенного газа или в области сальниковой сумки (рис. 6), что нами наблюдалось у одного больного после перевода его из горизонтального положения в вертикальное.



Рис. 6. Рентгенограмма больного раком верхнего отдела желудка, произведенная в вертикальном положении после наложения пневмоперитонеума.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абарбанель Е. Э. Клин. мед., 1939, 12. — 2. Богданов И. Н. В кн.: Итоговая науч. конф. Рефераты, тезисы, доклады диссертантов. Кемеровское изд., 1956; Тез. докл. рентген. и радиол., М., 1956. — 3. Бондарь Н. И. Рентгенодиагностика рака верхнего отдела желудка и абдоминального отрезка пищевода.



Дисс., 1948; В кн.: *Вопр. грудн. хир.*, 1952, т. IV; *Протокол 1671-го заседания хирург. о-ва Москвы и Московской обл.* 9/V-58 г. — 4. Будагова Е. В., Кричевский А. Л. В кн.: *Сб. научн. труд. Ростов. мединститута*, кн. X, 1959. — 5. Вишневский А. С., Яблоков Д. Д. *Пневмоперитонеум как диагностич. метод*, Томск, 1929. — 6. Вишневский А. А. *Протокол 1671-го засед. хирург. о-ва Москвы и Моск. обл.* 9/V-58 г. — 7. Гершгорина С. А., Медреш Г. И. *Тез. докл. II съезда онкол. и III съезда рентген. и радиол. УССР*, Харьков. — 8. Говзман С. Г., Буланов Л. П. *Хирургия*, 1958, 5. — 9. Емельянова. В кн.: *Сб. труд., посв. деят. проф. Савиных. Томский мединст.*, 1948. — 10. Кабанов А. Н. *Нов. хир. арх.*, 1959, 4. — 11. Каган Е. М. *Тез. докл. VII Всес. съезда рентген. и радиол.* 20—25 окт. 1958 г. 2-я лекция. Саратов. — 12. Каган Е. М., Скалдин П. В., Михалченко В. А. *Хирургия*, 1959, 11. — 13. Казанский В. М., Кабанов А. Н. *Хирургия*, 1958, 5. — 14. Копельман С. Л. В кн.: *Вопр. рентгенол.*, 1953, VII. — 15. Копельман С. Л., Тагер И. Л. *Клин. мед.*, 1938, 11. — 16. Линденбретер Л. Д. *Рентген. иссл. печ. и желч. пут.*, Л., 1953. — 17. Масюкова Е. М. *Вопр. онкол.*, 1957, 5. — 18. Нарычева О. А. *Прот. 1671-го зас. хир. о-ва Москвы и Моск. обл.* 9/V-58 г. — 19. Она же. *Тез. научн. конф. ЦИУ, посв. прим. пневмограф. в клин.* 19/III-59 г. — 20. Неменов М. М. *Части. рентгенодиагн.*, ч. I, т. II, М.—Л., 1930. — 21. Немиро Е. А. *Тез. докл. VII Всес. съезда рентг. и радиол.* 20—25 окт. 1958 г., Саратов. — 22. Овнатенян К. Т. *Докл. на 1671 зас. хир. о-ва Москвы и Моск. обл.* 9/V-58 г.; *Хир.*, 1959, 11. — 23. Родзаевский А. П. *Нов. хир. арх. Мин. здр. УССР*, 1955, 3. — 24. Савицкий А. И. *Хир.*, 1947, 9. — 25. Скалдин П. В. *Эксперим. хир.*, 1959, 1. — 26. Соколов Ю. Н., Говзман С. Г. *Тез. научн. конф. ЦИУ, посв. прим. пневмогр. в клин.*, 19/III-59 г. — 27. Хармандарьян Г. И. В кн.: *Экспер. в клин. рентген.*, Харьков, 1926. — 28. Цыбульский Б. А., Скотников В. И., Лившиц Б. Н. *Тез. докл. VII Всес. съезд. рентген. и радиол.* 20—25 окт. 1958, Саратов. — 29. Шехтер И. А., Каган Е. М. В кн.: *Тез. центр. научн. иссл. ин. рент. и радиол.*, М., 1952, VII. — 30. Шехтер И. А., Лушников Е. С., Лукьянченко Б. Я. *Хир.*, 1954, 11. — 31. Beauchant I. *Arch. de Med. de l'App.*, 1950, 12. — 32. Betoulières P., Lafour H. *La pneumo-contrastigraphie*. 1955. — 33. Eiken M. *Acta radiol.*, 1958, 49. — 34. Lagrot F., Maire R. *Bull. alger. Carcinol.*, 1956, 317.

Поступила 25 июля 1961 г.

## ВЫЯВЛЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ РАКА ЖЕЛУДКА ПРИ ПОМОЩИ СПЛЕНОПОРТОГРАФИИ

(ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)

*Ст. научн. сотр. С. Я. Мarmorштейн и мл. научн. сотр. В. А. Бояджян*

Хирургическая клиника (научный руководитель — проф. А. Н. Новиков)  
и рентгенодиагностическое отделение (зав.— проф. Е. Э. Абарбанель)  
онкологического института им. П. А. Герцена

Метод прижизненного контрастирования сосудов портальной системы транспариетальным введением контрастного вещества в селезенку применен впервые в 1951 г. Леже и Суза Перейра на основании экспериментальных работ Абеатичи и Кампи. По предложению Сотжию, Каччиари и Фрассинати этот метод получил название спленопортографии и, благодаря относительной простоте его выполнения и сравнительной безопасности, в последующие годы получил широкое распространение при изучении патологии системы воротной вены.

В настоящее время спленопортография является принятым методом исследования при синдроме портальной гипертензии, возникшей на почве цирроза печени, тромбоза воротной или селезеночной вены, синдроме Банти, спленомегалиях и пищеводных кровотечениях неясной этиологии, а также для проверки функции портокавальных анастомозов (В. В. Виноградов, В. В. Зодиев, В. И. Гальперин, Э. З. Новикова, М. Д. Пациора, В. П. Шишкин, Bourgeon, Bergstrand, Caroli, Gvozdanovic, Leger, Figley, Ceroux, Rousselot и др.).

Проходя через брюшинное пространство рядом с поджелудочной железой и брюшиноно расположенными группами лимфатических узлов, а также через lig. hepatoduodenale, направляясь к воротам печени, спленопортальный ствол может претерпевать определенные изменения при патологии указанных органов в виде сдавления, сужения просвета, смещения. Такие же изменения наступают со стороны внутрипеченочных разветвлений воротной вены при печеночной патологии. Учитывая указанные моменты, с самого начала возникновения спленопортографии предприняты попытки распознавания опухолей поджелудочной железы (Catalano, Figley, Leger, Rösh), брюшинного пространства (Huang Tsin Ting, Leger), опухолей и кист печени (Bourgeon, Gary, Bobo, Stattin) этим методом. Однако в литературе имеются