

Естественно, метастатические узлы в печени могут выявляться на спленопортogramмах лишь при достижении определенной величины (по данным Леже, Реш, Брет и Лишковой — не менее 1,5 см). Кроме того, необходимо получение высококачественных спленопортogramм, для чего требуется, с одной стороны, использование достаточного количества контрастного вещества (30—40 мл), с другой стороны — отличная техника рентгенографии с обязательным получением фазы гепатографии.

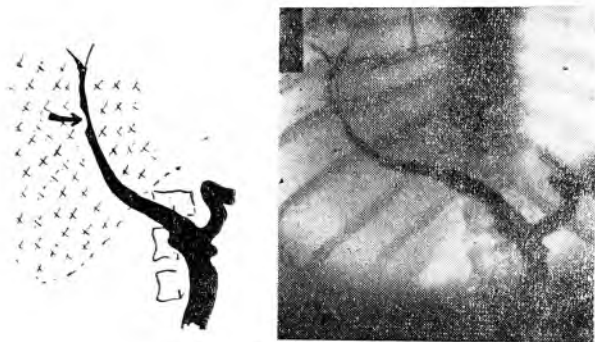


Рис. 5. Ретроградное выполнение верхней брыжечной вены и аваскуляризация большей части печени при обширном метастазировании в печень.

Таким образом, по предварительным данным, спленопортografia — перспективный метод выявления в дооперационном периоде метастазов рака желудка в лимфатические узлы забрюшинного пространства, в печень, а также прорастания в поджелудочную железу, а следовательно, в комплексе с другими методами исследования, может предотвратить ненужные и небезразличные для больных оперативные вмешательства.

Для предупреждения осложнений (гематомы, разрывы селезенки и др.) необходимо улучшение техники спленопортografie, в частности, как указывалось, блокада диафрагмального нерва для ограничения дыхательных движений селезенки, благодаря чему уменьшается опасность ее разрыва.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградов В. В. Тез. докл. I Всеросс. съезда терапевтов. — 2. Картавова В. А., Корякина Т. О., Пчелина Е. А. Вестн. хир. им. Грекова, 1955, 4. — 3. Шишкин В. П., Пыльцов И. И. Клиническая медицина, 1956, 11. — 4. Шишкин В. П., Мазаев П. Н. Спленопортografia. М., 1957. — 5. Реш И., Брет И., Лишкова М. Хирургия, 1959, 2. — 6. Abeatici S., Campi C. Minerva medica, 1951, v. 1, № 18. — 7. Anacker H., Linden G. Fort. Geb. Röntg., 1957, v. 86, № 11. — 8. Bergstrand L., Ekman S. A. Acta rad., 1957, v. 86, № 11. — 9. Bourgeon R., Pietri H., Pantin J. P., Guntz M., Mesnard F. Ahrique ranc. chirurgicale, 1955, t. 13, 2; Annal. de chir., 1957, v. 11, 7—8. — 10. Melvin M., Figley. Am. J. Roentg., 1958, v. 80, 2. — 11. Gary-Bobo J., Colin R., Leenhart P., Panquier, Pelissin M. J. Radiol., 1955, t. 36, 7—8. — 12. Leger L. La splenoportographie. Paris, 1955. — 13. Rösh F., Herjort K. IX International. Congress Radiologie, 1959, 1. — 14. De Scoville A., Leronx G. E. Rev. medic. de Liege, 1956, v. 11, 19.

Поступила 10 апреля 1961 г.

К РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОПЕРИРОВАННЫМ ЖЕЛУДКОМ¹

Проф. М. И. Гольдштейн

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав.—проф. М. И. Гольдштейн)
Казанского медицинского института

Решающим методом лечения злокачественных новообразований желудка является хирургическое вмешательство. Достигнутые в этом направлении успехи ограничиваются преимущественно операцией при первичном раковом поражении желудка. Больные же с рецидивами опухоли в культе желудка, а также со вторичными злокачественными новообразованиями в этой области после операции по поводу язвенной болезни, полипов и других заболеваний до недавнего времени считались обреченными,

¹ Доложено на юбилейной научной сессии Казанского медицинского института, посвященной 40-летию ТАССР, в мае 1960 г.

безнадежными. Между тем повторные операции и расширенные вмешательства в виде тотальных и комбинированных резекций могут спасти больного. Однако успех возможен лишь при своевременном распознавании опухоли в оперированном желудке.

К сожалению, рентгенодиагностика раковых поражений у оперированных больных разработана недостаточно.

Следует помнить, что, помимо более часто встречаемых истинных рецидивов раковых новообразований в культе резецированного желудка, могут возникнуть вторичные опухоли через различные промежутки времени после операции по поводу язвенной болезни, полипов и других заболеваний. Не исключена также возможность, что вторичная карцинома не является возвратом старого, а возникает как новый раковый очаг.

Хотя клиническая картина злокачественных новообразований у больных с оперированным желудком многообразна, однако симптомов, имеющих решающее диагностическое значение, не так уж много. Наряду с выраженными случаями, когда больные жалуются на боли в подложечной области, общую слабость, похудание, понижение аппетита, отрыжку, рвоту, тошноту, дисфагию, встречаются и больные без всяких жалоб.

Проявление клинических симптомов при рецидиве рака в культе, как правило, является отображением уже далеко зашедших фаз опухоли. И только динамическое рентгенологическое исследование дает возможность своевременно выявить злокачественные новообразования в культе. При этом оно представляет значительные затруднения из-за деформаций желудка после хирургического вмешательства, на что нами указывалось еще в 1934 г.

Перестройка рельефа слизистой, спайки и своеобразный характер эвакуации требуют правильной тактики для выявления и объективной дифференциально-диагностической оценки.

Раковые новообразования в культе желудка по макроморфологическим признакам могут быть разделены на 3 основные формы: 1) экзофитные, вдающиеся в просвет желудка; 2) эндофитные, инфильтрирующие стенки культы; 3) смешанные формы.

Изъявление раковой опухоли наступает весьма часто. Опухоли в культе могут располагаться у анастомоза, в области малой кривизны, на задней, реже — на передней стенке, у кардии и выше, в области свода.

Основными рентгеновскими симптомами являются известные классические рентгеновские симптомы: 1) «злокачественный» рельеф слизистой; 2) дефект наполнения.

Что касается третьего важного симптома — отсутствия перистальтики пораженной области, то в оперированном желудке он не имеет большого значения, поскольку, как это нами доказано на рентгенокинограммах, перистальтика в таких случаях полностью выпадает либо выражена весьма слабо.

При расположении ракового процесса у соустья при дозированной компрессии и пальпации под контролем экрана на прицельных снимках удается определить обрыв складок, неравномерно изъеденные фестончатые края, а также симптом пелота (просветление при легком надавливании) и скопление бариевой взвеси в изъязвившейся поверхности. Концентрическое сужение в области соустья при скирре нередко комбинируется с прощупыванием плотного шнура при рентгенпальпации. Замедленное опорожнение контрастной массы в расширенном приводящем отрезке и культе облегчает правильное распознавание рецидива опухоли в этой области.

Опухоли в области малой кривизны характеризуются образованием неравномерных выпячиваний в виде ниш, свидетельствующих о распадающейся опухоли, а также обрывом складок, окаймляющих опухоль и образующих заостренные выступы, наподобие шипов, по верхнему и нижнему контурам новообразования. Ограниченное поражение малой кривизны проявляется характерной выпрямленностью.

Выступающая в просвет культы экзофитная опухоль задней стенки определяется при дозированной компрессии и рентгенпальпации в виде характерного «злокачественного» рельефа с неравномерными ригидными складками и дефектами наполнения.

При локализации опухоли в верхнем отделе оперированного желудка уже при обзорной рентгенокопии на фоне светлого сферического желудочного пузыря выявляется деформация.

Поворачивая больного в различных проекциях, удается выявить различной величины бугристость очертаний, преимущественно медиально, реже — латерально, либо с обеих сторон. Дополнительная импрегнация контрастной взвесью, когда после лежания на животе с приподнятым тазом больной переводится для рентгеновского исследования в вертикальном положении, не только устанавливается факт наличия опухоли, но и уточняются ее форма, размеры и локализация. Расположение раковой опухоли в надкардиальной, кардиальной и субкардиальной областях может сопровождаться симптомом разбрызгивания, который отнюдь не является ранним признаком ракового новообразования. Поскольку рак верхнего отдела нередко переходит на область пищевода, необходимо тщательно исследовать абдоминальный отрезок пищевода.

Неровные края при радикально оперированном желудке являются также результатом операции и могут имитировать дефекты наполнения. Требуется повторное исследование, и, сравнивая рентгенограммы разных сроков, удается улавливать

изменения, которые произошли в желудке благодаря рецидивам опухоли. Прогрессивное уменьшение объема желудка с неравномерными контурами в области соустья и замедленным опорожнением подтверждает рецидив опухоли.

За последнее время под нашим наблюдением было 32 больных, у которых после операции на желудке через различные промежутки времени (от 2 до 15 лет) возникли вторичные злокачественные новообразования. У 25 больных раковые опухоли наблюдались после резекции желудка, у 7 — после операции гастроэнтероанастомоза. Среди больных с резекцией желудка рецидивы опухоли были у 12, у 7 — рак в культе желудка развился после операции по поводу полипоза, а у 6 больных — после резекции по поводу язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. У 7 больных с язвенной болезнью спустя много лет после операции гастроэнтероанастомоза развились карциномы желудка.

По локализации злокачественные новообразования у всех наблюдаемых нами больных распределялись следующим образом. После резекции опухоль развилась в области кардии и свода у 6, в области задней стенки культи — у 4, в области малой кривизны и соустья — у 15.

После гастроэнтероанастомоза опухоль развилась в области кардии — у 4 и в области соустья — у 3.

Для иллюстрации приводим краткие выдержки из историй болезни.

I. М., 62 лет, в 1957 г. по поводу полипоза задней стенки тела желудка с склонностью к малигнизации была произведена резекция желудка. В течение 2,5 лет больная себя чувствовала вполне удовлетворительно, затем появились боли в эпигастриальной области, тошнота, временами — рвота, похудание и резкая слабость.

Рентгеновское исследование: пищевод свободно проходит. На фоне светлого газового пузыря желудка с медиальной стороны вырисовывается овальной формы затемнение. После приема контрастной взвеси с применением метода импрегнации выступает четко ограниченное бугристое образование размером 3×3 см. Определяется неравномерное утолщение свода желудка в форме усеченного конуса.

Заключение: раковое новообразование в области кардии с переходом на свод.

Больной была произведена тотальная резекция культи желудка с резекцией тонкой кишки в области соустья и абдоминального отрезка пищевода (доцент М. С. Сигал).

Больная чувствует себя вполне удовлетворительно, поправилась, отмечается прибавка в весе. Надо полагать, что у нее был не рецидив, а возникла новая опухоль.



Рис. 1.

II. В., 51 г., в 1943 г. сделана резекция желудка по поводу язвы двенадцатиперстной кишки. После операции самочувствие было хорошим. В 1958 г. почувствовал тяжесть и боли после приема пищи, похудел. Клинически предполагалась пептическая язва.

При рентгенологическом исследовании в субкардиальной области резецированного желудка неровные зазубренные края с заостренным нишеподобным выступом на малой кривизне. Заключение: распадающаяся опухоль в области малой кривизны резецированного желудка (рис. 1). Больному произведена тотальная резекция культи желудка с анастомозом между пищеводом и тощей кишкой (проф. И. Ф. Харитонов).

Патологоанатомическое исследование подтвердило рентгенологическое заключение.

Теперь В. чувствует себя хорошо, работоспособен.

III. М., 56 лет, в 1943 г. подвергнут резекции желудка по поводу язвы двенадцатиперстной кишки. После операции чувствовал себя хорошо. В 1959 г. появились интенсивные боли в подложечной области, быстрая утомляемость и общая слабость, резко похудел. Лечили от предполагавшегося гастрита.

При рентгенологическом исследовании резкая стойкая деформация складок слизистой по всей задней стенке культи резецированного желудка; между обрывистыми складками слизистой выступают неравномерные дефекты наполнения. Заключение: распространенная экзофитная опухоль всей задней стенки культи желудка.

Пробная лапаротомия подтвердила рентгенологическое заключение. Опухоль из-за позднего обращения оказалась неоперабельной.

IV. Ж., 58 лет, в 1956 г. произведена резекция желудка по поводу злокачественного новообразования в антральном отделе. После операции чувствовала себя вполне удовлетворительно и никаких жалоб не предъявляла.

При профилактическом осмотре желудка 10/III-60 г. выявился злокачественный рельеф слизистой на задней стенке культи оперированного желудка; при дозированной компрессии определяются обрывистые складки и дефекты наполнения. Заключение: распространенный рак задней стенки культи резецированного желудка.

23/III-60 г. тотальное удаление культи желудка, тощей кишки в области соустья и поперечно-ободочной кишки (доц. М. С. Сигал).

Выписалась в удовлетворительном состоянии.

V. Ш., 67 лет, в 1943 г. произведена гастроэнтеростомия по поводу язвы двенадцатиперстной кишки. После операции чувствовал себя хорошо. В июле 1960 г. появились затруднение при глотании, боли в подложечной области, слабость, похудание.

При рентгеновском исследовании — задержка контрастной взвеси в нижнем отделе пищевода; на высоте вдоха у места сужения — неровные края. На фоне светлого газового пузыря желудка медиально определяется округлой формы тень. После дополнительного приема контрастной взвеси последняя огибает опухоль и при дозированной компрессии обволакивает ее. Функция анастомоза — удовлетворительная. Заключение: злокачественная опухоль кардии с переходом на пищевод.

Произведена тотальная резекция желудка и нижнего отрезка пищевода; дегастроэнтероанастомоз.

ВЫВОДЫ

1. При обследовании больных с оперированным желудком всегда следует иметь в виду возможность как возникновения рецидива язвенной болезни или рака, так и развития новой раковой опухоли.

2. Для своевременного выявления этих заболеваний необходимо, чтобы больные с оперированным желудком находились под диспансерным наблюдением и подвергались систематическому рентгеновскому исследованию не реже 1—2 раз в течение года.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гольдштейн М. И. Казанский мед. журн., 1934, 3—4. — 2. Емельянова Е. А. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1955, 7. — 3. Храпова М. И. Вопр. онкол., 1951, т. 9, вып. III. — 4. Чегулина А. С. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1953, 3. — 5. Черепашина М. Р. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1955, 4. — 6. Шехтер и Новофастовская. Тр. центрального института рентгенологии и радиологии Минздрава РСФСР, 1952, т. VII.

Поступила 24 декабря 1960 г.

ЭКСТИРПАЦИЯ КУЛЬТИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ РАКА¹

Доц. М. З. Сигал

Кафедра хирургии и онкологии (зав. — проф. Ю. А. Ратнер)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Вопрос о раке культи резецированного ранее желудка недостаточно освещен в литературе, и операции по этому поводу производятся весьма редко. Так, по данным А. В. Мельникова (1960), из выполненных отечественными хирургами 22 операций по этому поводу было 18 экстирпаций культи. Характер 4 операций не указан.

Боуден, Бухер и Мак-Нир (1952), подытожившие опыт реэксplorации у перенесших резекцию по поводу рака, сообщили, что из 37 больных повторная радикальная операция оказалась возможной у 15.

Нами оперировано 8 больных раком культи желудка. Из них первая операция произведена по поводу рака у 4, полипоза — у 3 и язвы — у одного. Радикальная операция — экстирпация культи — оказалась осуществимой у 4 больных.

Рак культи у оперированных по поводу рака дистального отдела желудка чаще всего является рецидивом. При этом метастазы могут отсутствовать. М. П. Горюнова на 145 вскрытий в различные сроки после резекций в 65 случаях не выявила метастазов. Так как в значительном числе случаев рецидиву рака в культе не сопутствует метастазирование, создаются благоприятные условия для их хирургического лечения.

¹ Доложено на объединенном заседании обществ хирургов, онкологов и рентгенологов ТАССР в сентябре 1960 г.