

Г. М. Саратсян

К рентгенодиагностике рака кардиального отдела желудка*

По сравнению с остальными отделами желудка кардиальная часть поражается раком относительно редко. Опухоли кардиального отдела по литературным данным составляют 6—8% всех опухолей желудка.

По Емельяновой [9] поражение кардиальной части желудка раком составляет 57,3%. Этот высокий процент объясняется тем, что в клиннике материал, который она разработала, был собран преимущественно с такой локализацией поражения желудка. На нашем материале, охватывающем 135 случаев рака желудка, собранных в течение 10 лет, рак верхнего отдела составляет 14,11% (таблица 1).

Локализация рака желудка

Таблица 1

Анtrum и привратник			Тело желудка																
большая кривизна	малая кривизна	циркулярно	нижняя треть			средняя треть			верхняя треть			нижняя половина		верхняя половина		Тотальный рак	Кардия	Итого	
			большая кривизна	малая кривизна	циркулярно	большая кривизна	малая кривизна	циркулярно	большая кривизна	малая кривизна	циркулярно	большая кривизна	малая кривизна	циркулярно	большая кривизна				малая кривизна
13	6	33	6	7	9	3	8	5	9	2	—	—	1	7	—	—	7	19	135

По мнению Левита [4] рак кардии встречается чаще, чем думали раньше. У автора за 5 лет было около 65 случаев кардиального рака (35%). Автор полагает, что рак кардиального отдела начинается в желудке всегда у самой кардии и, при дальнейшем своем росте, переходит границу между желудком и кардией и распространяется в дальнейшем вверх по пищеводу.

Как видно из таблицы, рак желудка в большинстве случаев локализуется в дистальном отделе, т. е. в антральной части и в нижней трети желудка (54,8%), в кардиальном же отделе частота нахождения рака составляет 14,11%.

* Из доклада, прочитанного на III-й научной сессии Института рентгенологии и онкологии в 1950 г. в Ереване.

Находясь далеко от кардинального отверстия, рак верхнего отдела часто не сопровождается клиническими симптомами и не вызывает ощутимых субъективных явлений у больных и поэтому в начальных стадиях своего развития может протекать скрыто.

Естественно, что такой рак может оказаться запущенным. И это потому, что больные по вышеуказанной причине в основном прибегают к врачебной помощи лишь тогда, когда процесс уже захватил кардинальное отверстие желудка, вызывая явления дисфагии. Этим объясняется отчасти и высокий процент ошибок в диагностике рака кардинального отдела.

При рентгенологическом исследовании желудка нередко имеет место нециничательное отношение рентгенологов к верхнему отделу желудка, в результате чего рак кардии остается невыявленным. По данным ряда авторов диагностические ошибки, связанные с раком кардинального отдела, довольно часто (35—40% всех случаев) получаются именно по вине рентгенологов.

Шехтер [10] также приписывает наибольшее число диагностических ошибок к опухолям кардинального отдела. По его мнению исследование этого отдела довольно трудно, что связано, с одной стороны, с топографо-анатомическими особенностями расположения данного отдела, а с другой — несколько своеобразной рентгенологической симптоматологией кардинальных карцином, для обнаружения которых в ряде случаев необходимо применение специальной методики исследования.

Дезориентирующим фактором в диагностике рака кардинального отдела желудка может иногда являться и возраст больных. Так, Левин [5] описывает случай рака кардинального отдела желудка у молодой больной (26-летней женщины) с атипичным началом и течением, который клинически и рентгенологически трактовался как язва, так как имела явную — характерная для язвы.

Для диагностики рака кардинального отдела желудка основными методами исследования являются рентгеноскопия в сочетании с рентгенографией. Однако эти методы исследования должны применяться с большой внимательностью и умением, так как неумелое исследование этого отдела приводит к диагностическим ошибкам. Копельман и Тагер [3] утверждают, что рентгенологи очень часто недостаточно внимательны при исследовании кардинального отдела желудка (в результате незнания ими методики исследования этого отдела). По данным этих авторов рак верхнего отдела желудка не бывает без поражения пищевода. Ни разу им не приходилось видеть раковое поражение абдоминального отрезка пищевода без того, чтобы при тщательной рентгеноскопии не оказывался пораженным также и желудок. Диафрагмальное отверстие, по мнению этих авторов, не может считаться надежным барьером для перехода рака из ниже-кашних отделов пищевода в верхние.

Рак малой кривизны желудка распространяется по направлению к кардии и может имитировать рак пищевода. Такая картина встречается

весьма часто и служит причиной не только клинических, но и рентгенологических диагностических ошибок.

По В. А. Фанарджяну [8] начальные случаи рака кардии для диагностики могут представлять большие затруднения. Рентгенологические исследования в этих случаях обнаруживают кратковременную задержку контрастной массы в пищеводе. С ростом опухоли происходит инфильтрация области кардии, сопровождающаяся более или менее значительной задержкой контрастной массы в пищеводе. При этом пищевод умеренно растянут. В этой стадии автор предлагает рак кардиального отдела дифференцировать от кардиоспазма и идиопатического расширения пищевода. В отличие от этих двух последних заболеваний для карциномы области кардии характерно непрерывное прохождение контрастной массы — тонкой струей через суженное место, т. е. в громадном большинстве случаев рак кардии одновременно со стенозом вызывает и недостаточность кардии. По Фанарджяну иногда удается при этом определить заостренный и зубчатый контур суженного нижнего конца пищевода. По его мнению для данного заболевания клинически характерны регургитация и срыгивание.

По мнению В. Н. Штерна [11, 12, 13, 14] диагностика рака верхнего отдела желудка возможна рентгенологическим исследованием, однако, процент ошибок при этом у рентгенологов доходит до 12.

В связи с тем, что в зависимости от локализации рака в различных частях верхнего отдела желудка клинико-рентгенологические симптомы значительно варьируют, вопрос об уточнении понятия «верхний отдел» желудка за последнее время стал в центре внимания исследователей.

В. Н. Штерн [14], не соглашаясь с названием «рак кардиальной части желудка» предлагает следующее разграничение этого отдела: рак свода, субкардиальный рак, промежуточная форма и тотальный рак верхнего отдела.

По характеру опухоли кардиального отдела бывают: массивные — экспансивные и диффузные карциномы.

Первая форма в свою очередь может быть разделена на две группы: а) резко отграниченные, сильно вдающиеся в просвет желудка и б) плоские опухоли.

Плоские массивные опухоли нередко дают стриктуру пищевода (Копельман и Тагер [3]).

Ряд авторов рак кардии относят к ракам, медленно растущим и поздно дающим метастазы (Левит [4], Певзнер [6]). Опухоли кардиальной части могут располагаться как на малой кривизне, так и на куполе дна желудка, давая ярко выраженную клиническую картину.

Как клинические, так и рентгенологические симптомы рака верхнего отдела желудка зависят от их локализации. Диагностика рака отдельных частей верхнего отдела желудка базируется на ряде симптомов клинических и рентгенологических. Так, при локализации рака в области кардиального отверстия развиваются явления дисфагии. По Копельману и

Тагеру [3] появление дисфагии не всегда говорит о поражении пищевода. По В. Н. Штерну [14] клиническая картина рака верхнего отдела желудка очень сходна с картиной рака нижней части пищевода. На своем материале Емельянова [9] установила, что у большинства больных заболевание начинается с желудочных симптомов (73,7%). Основным симптомом были дисфагия (91%). В 18% случаев желудочные симптомы и дисфагия начинались одновременно. В 10% случаев начальным симптомом заболевания являлся упорный понос. В 38% случаев болезнь развивалась на почве предшествующих заболеваний — гастрит, рубцы, язвы.

Необходимо отметить, что рак кардиального отдела в начальных стадиях не дает характерных клинических симптомов вообще и отдельно для каждой локализации. Обычно симптомы эти бывают налицо только в выраженных случаях.

Из клинических симптомов рака кардиального отдела желудка имеет немаловажное значение следующее: давление в подложечной области, тупые боли в нижней части грудины. Чувство давления в подложечной области начинает проявляться все резче, особенно после еды, даже после приема жидкой пищи. Появляется затруднение глотания, которое постепенно усиливается и сопровождается в более поздних стадиях частым срыгиванием проглоченной пищи подобно тому, как это наблюдается при сужении пищевода. Диспептические явления редки. Аппетит неплохой, но больные избегают еды, так как пища застревает в пищеводе, причиняя им беспокойство. По А. И. Савицкому [10] в клинической картине рака кардиальной области нет достоверных ранних признаков. Это заболевание в начальной стадии протекает скрытно, маскируясь за неясной картиной функциональных или воспалительных состояний желудка и пищевода. Современные методы клинической диагностики по его мнению недостаточны для своевременной диагностики этого заболевания.

В последнее время для диагностики рака верхнего отдела желудка определенное значение придается методу вздувания желудка газом, предложенным Конельманом и Тагером [3], что дает возможность определить раки, растущие в просвет газового пузыря и установить степень растяжимости стенок желудка.

Вздувание желудка вызывается введением в желудок смеси соды и уксусной эссенцией или лимонной кислотой. Смесь готовится во время рентгеноисследования и дается больным пить сразу. На 1 стакан воды берется чайная ложка соды и чайная ложка лимонной кислоты или уксусной эссенции. Однако В. А. Фанарджян [8] не рекомендует применение этого метода, считая его небезопасным.

Исследование желудочного сока ничего характерного не дает. Химический состав желудочного сока оказывается не измененным.

Мы считаем, что рак кардиальной части можно диагностировать, в большинстве случаев, при условии, если имеются возможности для применения всех рентгенологических методов исследования и при умелом пользовании этими возможностями (рентгеноскопии, прицельная рентге-

нография), в противном случае ранний диагноз кардиальных карцином будет трудным и порой невозможным.

Все авторы в диагностике рака желудка любой локализации и в частности кардиальных раков придают первостепенное значение рентгенологическому методу исследования желудка и только в очень редких случаях предлагают прибегать к приборной диагностической лапаротомии. Некоторые авторы для диагностики кардиального рака предлагают эзофагоскопию с эксцизией частицы опухоли для гистологического исследования (Левит [4], Савицкий [7]).

Для диагностики рака кардиального отдела первостепенное значение имеет рентгенологическое исследование, при котором можно обнаружить целый ряд типичных симптомов (для раков отдельных локализаций верхней части желудка). Здесь огромное значение имеет метод изучения рельефа слизистой (В. А. Фанарджян [8]), что, разумеется, сопряжено с трудностями. Для исследования этого отдела необходимо применять все существующие методы рентгенологического исследования. Особое место занимает исследование в горизонтальном положении и в положении Тренделенбурга; при этом, если опухоль растет в полость желудка, получается дефект наполнения у самого верхнего его отрезка. При исследовании в вертикальном положении больного картина дефекта наполнения исключается, ввиду скопления контрастной массы в нижнем отделе желудка.

В отдельных случаях, без применения контрастной массы, на рентгенограмме, произведенной мягкими лучами, удается получить самостоятельную тень от опухолей на прозрачном фоне газового пузыря желудка.

Такая картина иногда получается и при просвечивании.

Мы считаем, что исследование рельефа слизистой верхнего отдела желудка должно быть обязательным. В настоящее время почти все рентгенологи применяют этот метод рентгенологического исследования [3, 8, 11, 14]. Для рентгенологического исследования кардиального отдела желудка Штерн ход исследования делит на 3 основных этапа: а) первое вертикальное исследование без контрастного вещества; б) горизонтальное исследование с контрастным веществом; в) второе вертикальное исследование—больной вновь переводится в вертикальное положение, устанавливается наличие следов бария на поверхности опухоли, так называемый рельеф опухоли.

В нашей практике мы убедились в ценности методики исследования складок слизистой верхнего отдела желудка по нашему способу. Этот способ заключается в следующем: после исследования больного в вертикальном положении мы включаем мотор для опрокидывания вместе с больным универсального питатива и под контролем экрана наблюдаем за передвижением контрастного вещества, которое постепенно, по мере принятия больным горизонтального положения, заполняет верхний отдел желудка, доходя до его свода. Исследовав больного в горизонтальном положении и в положении Тренделенбурга, мы снова включаем мотор

платива, постепенно переводя больного из горизонтального в сторону вертикального и следим за опущением контрастного вещества вниз по стенке желудка. При таком способе исследования мы видим, как барий спускается вниз, оставляя следы на неровной поверхности самой опухоли, давая картину неправильного рельефа. Этот способ, в сочетании с другими методами, значительно облегчает постановку диагноза. Преимуществом данного способа является то, что процесс передвижения бария происходит перед глазами исследователя, при удобном моменте дающего возможность производить прицельные снимки и зафиксировать на пленке картину изменений. Этот способ исследования дает также возможность выявлять дефект наполнения при опухолях верхнего отдела желудка.

Интересно отметить, что раки кардии своими некоторыми особенностями отличаются от рака желудка другой локализации. Одним из характерных особенностей является то, что при локализации рака в области дна желудка селезенка может вовлекаться в деструктивный процесс.

Из осложнений рака кардиальной части желудка нужно отметить также паралитическую непроходимость тонкого кишечника, описанной Альтшулем [1]. По автору паралитическая непроходимость тонкого кишечника в описанном им случае была вызвана блокадой блуждающих нервов раковым процессом кардии.

Лечение раков кардиального отдела желудка—хирургическое. В связи с улучшением диагностики рака этого отдела, тщательным исследованием больного, прибегая в отдельных случаях и к пробной лапоротомии, можно еще более улучшить диагностику кардиальных раков, что даст возможность при своевременном хирургическом вмешательстве, т. е. резекции желудка, спасти множество человеческих жизней.

В настоящее время почти все хирурги Советского Союза высказывают мнение о хороших результатах резекции желудка по поводу рака кардиального отдела. Однако послеоперационный успех по Емельяковой [9] достигает 59,5%. По мнению этого автора, на данном этапе развития хирургии, радикальная операция высокорасположенных раков желудка вполне выполнима, успех же зависит от своевременной диагностики, которая возможна, так как основным симптом данного заболевания—дисфагия, мимо которого не может пройти ни сам больной и ни внимательно лечащий врач—имеется почти всегда. В. Н. Штерн [14] считает, что наиболее благоприятным для радикального вмешательства являются, повидимому, субкардиальные раки, значительно вдающиеся в просвет желудка. Знакомство клиницистов и рентгенологов с возможностями рентгенологического исследования при раке данной области несомненно увеличит число своевременно оперированных случаев.

В ы в о д ы

На основании нашего материала и литературных данных можно сделать следующие выводы:

1. Раки кардиального отдела желудка встречаются сравнительно редко, составляя 14,2% всех случаев раков желудка.

2. Диагностики рака кардиального отдела желудка нетрудна, если последовательно и умело применять все существующие методы рентгенологической диагностики.

3. Процент диагностических ошибок высок при невнимательном рентгенологическом исследовании.

4. Среди рентгенологических методов исследования желудка при раке верхнего отдела наиболее важным следует считать исследование рельефа слизистой этого отдела. При этом получается неправильный рельеф, вызванный опухолью, и картина дефекта наполнения.

5. Первостепенное значение имеет исследование рельефа верхнего отдела желудка и ходе окрокидывания универсального штатива вместе с большим, что дает возможность в динамике следить за процессом смазывания стенок желудка, а равно и поверхности опухоли контрастным веществом.

Институт рентгенологии и онкологии
Министерства здравоохранения Армянской ССР

Поступило 23 VII 1951

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. А. С. Азмишуль—Рак кардиальной части желудка, вызвавший паралитическую непроходимость тонкого кишечника. Ж. Хирургия, 12, стр. 146—147, 1937.
2. Е. А. Емельянова—Клиника и лечение рака кардии. Труды V пленума Уч. мед. совета Минист. здрав. РСФСР, стр. 108—115, 1947.
3. С. Л. Копельман и И. Л. Тагер—Клинико-рентгенологическая диагностика рака кардиальной части желудка. Ж. Клин. мед., т. II, стр. 1285—98, 1938.
4. В. С. Левит—К диагностике рака кардиальной части желудка, Ж. Сов. кя., т. XVIII, № 99—102, стр. 166—181, 1932.
5. Я. Ф. Левин—Случай рака кардиальной части желудка у 26-летней женщины с атипическим началом и течением. Ж. Сов. мед., 5, стр. 33—34, 1938.
6. М. И. Левинер—К вопросу о ранней диагностике рака желудка. Ж. Кя. мед., т. 15, № 10—11, стр. 1249—51, 1937.
7. А. И. Савицкий—Ранняя диагностика рака пищевода и кардиальной области. Тр. 23-го Всесоюзного съезда хирургов, стр. 109—144, 1938.
8. В. А. Нарважян—Руководство по рентгенодиагностике, т. I в I., стр. 366—371, 1935.
9. М. Х. Фейзуллин—К вопросу рентгенодиагностики рака кардиального отдела желудка. Каз. мед. журнал, 3, стр. 61—65, 1940.
10. Н. А. Шехтер—О рентгенодиагностике рака кардиального отдела желудка. Ж. Здравоохран. Казохстана, стр. 45—48, 1942.
11. В. Н. Штерн—Рентгенодиагностика рака верхнего отдела желудка, стр. 3, 1938.
12. В. Н. Штерн—Рентгенодиагностика рака верхнего отдела желудка. Тр. Саратовского Гос. мед. ин-та, т. 3, ч. 1—2, стр. 12—132, 1940.
13. В. Н. Штерн—Рентгенологическое исследование при раке верхнего отдела желудка. Вест. хирур., 61, в. 5, стр. 594—600, 1941.
14. В. Н. Штерн—Рак верхнего отдела желудка. Сб. тр. посвященный 10-летию юбилею Штерн И. Е., стр. 67—119, 1941.

Հ. Ծ. ՍՈՒՂԱՐԿԵՐԱՆ

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԿԱՐԴԻԱԼ ՄԱՍԻ ՔԱՂՅԿԵՂԻ ՌԵՆՏԳԵՆՈՂԻԱԳՆՈՍՏԻԿԱՆ

ՈՒՐՓՈՓՈՒՐ

Ստամբուլի կարդիալ մասում քաղցկեղն բառ վիճակագրական տվյալների կազմում է 8—11 տակալը։ Իրապնոստիկայի համար այդ հատվածի քաղցկեղը մեծ նշանակություն ունի այն պատճառով, որ այստեղ գիացնոստիկ սխալները մեծ տոկոս են կազմում։

Այս հանդամանքը կախված է կարդիալ մասի անատոմիական առանձնահատկություններից։ Շնորհիվ նրա, որ այդ մասը գետնիցված է կրծքի վանդակի ստաջային պատի հետևում, հնարավորություն է լինում նրան չորացիկ և կոնարատոն շառի սխալի լորձաթաղանթի վրա, նրա վիճակը ստատիստիկայի համար։

Այսպիսով, հետապատգի կազմից ստացվում է գործողություն, կամ սովելի ձիշտ քննություն պատմի մեթոդ, հնարավորություն է ստանալով ախտի միջամասնությունը քննելու լորձաթաղանթներ։

Առաջարկված են այդ մասի քննությունը բազմաթիվ բնույթի հետևանքներով, ախտային նրանցից բարձր էլ սեննային կամ այն չափով ինքնություններ։

Մենք տառադրվում ենք մի մեթոդ, որը հնարավորություն է տալիս հետապատգի գիշտիկ կերպով հետևելու ստամբուլի այդ մասի կոնարատոնային շառի սխալի սխալի պարզեցում և նշանադրում նկարագրում մեկուկ պարզել և դառ պարզություններ ընդլայնում։

Այդ մեթոդը օգտագործելով մենք հայտնաբերել ենք սովելի մեծ թվով քաղցկեղներ, բան կարելի է անել այդ մասում մեթոդներով։

Վերահիշյալ մեթոդի էությունը կայանում է նրանում, որ հիվանդը հետապատգում է բնույթի հետևանքներն պանսպան գիրքերում, սերնդհատ. այսինքն գիշտիկություն չիվանդը ապարտաթի վրա պահված վիճակից, ապարտաթի հետ միասին բարձրանալով բեղանում է ուղղահայաց գիրք։ Քննությունը կատարվում է բարձրանալու պարզեցում, պանսպան գիրքերով։

Մեր աշխատանքների ընթացքում մենք լրիվ համոզվել ենք չիշյալ մեթոդի առավելություն մեջ և տառադրվում ենք այն ի գործադրություն։