

В. А. ФАНАРДЖЯН, Ц. А. ДАНИЕЛЯН

ПАРИЕТОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЖЕЛУДКА*

Париетография — получение изображения стенки желудка между двумя воздушными подушками. Для этой цели производится пневмоперитонеум и затем раздувание желудка. Метод впервые предложен в 1933 г. японским ученым Макато Саито [23].

Париетографию следует производить через несколько дней после обычного рентгенологического исследования. Показаниями для париетографии являются: а) подозрение на опухолевое поражение желудка, возникшее при обычном методе исследования; б) дифференциальная диагностика между раковым и нераковым поражениями желудка; в) получение дополнительных сведений, касающихся локализации, размеров, протяженности, соотношения опухоли с соседними органами и тканями.

Противопоказаниями для париетографии следует считать следующие заболевания: декомпенсация сердечной деятельности, острые инфекционные заболевания с высокой температурой, островоспалительные процессы брюшной полости, инкапсулированные гнойники брюшной полости, уродства диафрагмы, декомпенсация почек, острая дыхательная недостаточность, острая язва желудка и 12-перстной кишки с угрозой кровотечения и перфорации. Относительным противопоказанием является перенесенный инфаркт миокарда и нарушение сердечного ритма. Возраст больного и спаечные процессы в брюшной полости не служат противопоказаниями для париетографии.

В разработке методики париетографии и в вопросе широкого клинического использования ее большую роль сыграли исследования Порше [26] во Франции и Раккиуза с соавторами [28] в Италии.

В периодической печати все чаще и чаще стали появляться сообщения, в которых освещаются различные аспекты париетографического исследования желудка главным образом в связи с его опухолями [1, 6, 8, 9, 12, 13, 16, 20, 21, 22, 25, 30, 31].

Париетография имеет определенное значение для установления протяженности ракового процесса. Не всегда обычное рентгенологическое исследование желудка дает возможность определить степень распространения ракового процесса. Опыт показывает, что нередко раковый процесс оказывается более распространенным, чем удается

* Доложено на XII научной конференции Института рентгенологии и онкологии 27 февраля 1968 г.

установить рентгенологически. Париетография дает возможность установить распространение процесса вдоль стенки желудка. Несомненно, что при локализации опухоли в области свода, кардиальной и субкардиальной области париетография облегчает диагностическую задачу. Но и в тех случаях, когда опухоль расположена в области тела и пилорической части, париетография имеет определенное значение, так как точнее определяет границы опухолевого поражения стенки желудка.

Весьма важно при париетографии производить томографические снимки. Производство томограмм при париетографии, безусловно, значительно улучшает условия видимости стенки желудка, изображения ее делаются четче, облегчается их расшифровка.

Фрик и Брехци [19] считают, что париетография не получила широкого применения, так как данные исследований без томографии нерезультативны. Томография особенно важна при опухолях дистального отдела желудка, ибо позвоночник своей тенью заметно мешает интерпретации имеющихся изменений. Важно учесть также, что дистальная половина желудка окутывается газом обычно хуже, чем верхний отдел его. Вот почему производство томограмм при париетографическом исследовании дистальной половины желудка должно считаться обязательным.

Мольденхауер и Рейнк [25] рекомендуют производить томографические снимки в пределах 10—17 см, принимая во внимание, что желудок приближается к передней стенке брюшной полости на 4 см.

Итальянские авторы Каноси, Дардари и Сантино [15], располагающие самым большим материалом (500 случаев париетографии желудка, 12-перстной и толстой кишки), указывают на возможность обнаружения метастазов в печени, лимфоузлах и брюшине. Для париетографического исследования желудка они разработали нижеследующую таблицу (табл. 1).

Таблица 1

Исследуемая часть желудка	Проекция	Положение больного	Томографический срез в см
Область кардии и верхняя половина вертикальной части	передне-задняя боковая	стоя	Фронтальный 8—16
		стоя правая боковая	Сагитальный 4—12 " 14—22
Нижняя половина вертикальной части и антрапилорическая часть	передне-задняя боковая	на животе правая боковая	Фронтальный 12—18
		левая боковая	Сагитальный 14—18 (вертик. и антральн. часть)
		левая боковая	Сагитальный 14—18 (пилорическая часть)

Глубина томографических срезов зависит от объема брюшной полости, положения больного и степени раздувания желудка и многих других факторов. Томопариетограммы нами производятся в положе-

нии больного лежа на спине: для верхнего отдела желудка на глубине 14—16 см, для тела—15—17 см, для антрального отдела—16—18 см от поверхности стола. В среднем производим 2—3 париетотограммы с томографическим шагом в 1 см.

При наличии чувствительных рентгенопленок целесообразно производить снимки на симультанной кассете. Они уменьшают лучевую нагрузку, так как результат достигается однократным экспонированием.

Малая кривизна желудка, по сравнению с большой, находится в менее выгодных условиях для париетографического исследования в связи с ее анатомо-физиологическими особенностями. Малый сальник является своего рода преградой для распространения газа вдоль малой кривизны. Последняя обычно становится видимой на всем протяжении только тогда, когда достаточное количество газа проникает в полость сальниковой сумки. Пребывание больных по 10—15 мин. после наложения пневмоперитонеума в горизонтальном положении на правом, левом боку и на животе способствует заполнению газом полости малого сальника.

Правильная интерпретация выявленных рентгенологических данных в патологии возможна только при хорошем знакомстве с особенностями нормальной рентгенологической картины желудка и других органов брюшной полости в условиях париетографии. На париетограммах нормального желудка стенки его имеют вид линейной тени, ровной или волнистой (рис. 1). Толщина стенки зависит от количества воздуха в полости желудка и колеблется в пределах 0,3—0,5 см для всех отделов желудка, что совпадает с данными Л. С. Розенштрауха и Н. М. Пушкаревой [8], В. Д. Остапенко [5].

Из париетографических критериев наибольшее значение в распознавании патологии имеет утолщение стенки желудка, достигающее 2—3, иногда 4 см. Большое диагностическое значение имеет также изучение эластичности стенок желудка, поскольку при париетографии выявляются прямые признаки эластичности или ригидности их. Одним из показателей эластичности стенок желудка, а следовательно, и отсутствия раковой или иной инфильтрации служит изменчивость толщины стенки в зависимости от количества воздуха, введенного внутрь желудка. Инфильтративно пораженная стенка независимо от изменения эндогастрального давления, как правило, остается одинаковой в отношении толщины и контурных очертаний. Другим признаком нарушения эластичности стенок является отсутствие перемещения их в стороны — снаружки и внутри при увеличении или уменьшении степени раздувания желудка. Это особенно касается циркулярно растущих опухолей стенки желудка.

Париетографический метод способствует также изучению перистальтического сокращения желудка, тем самым помогая выявлению ригидных участков.

Как при обычном методе исследования, так и при париетографии рентгенологическая картина опухоли желудка зависит от анато-

мо-рентгенологической формы опухоли, местоположения ее и выбора проекции при исследовании. Париетографическая семиотика рака желудка по сравнению с обычным методом более богатая, поскольку позволяет получить тень опухолевой массы в ее анатомических размерах как при эндогастральном, так и при экзогастральном росте, кроме того, выявляет прямые и косвенные симптомы прорастания в соседние органы (диафрагма, печень, селезенка, поджелудочная железа, толстая кишка).

Больной А. С., 62 года. Поступил в клинику с жалобами на боли в эпигастральной области, плохой аппетит, затруднение прохождения пищи через пищевод, отрыжку и похудание на 10 кг в течение 2 последних месяцев. Общее состояние удовлетворительное, больной средней упитанности. Пальпаторно: живот мягкий, опухоль не прощупывается. Желудочная секреция: 5—0—0. Исследование крови: без отклонения от нормы.

При обычном рентгенологическом исследовании пищевода и кардии обнаружена свободная проходимость жидкой бариевой массы. Бариевая паста несколько задерживается в кардиальной части пищевода, которая немного сужена. На фоне газового пузыря в медиальной зоне его определяется маленькая мягкотканная тень. Свод желудка утолщен в медиальной части.

При двойном контрастировании (барий + воздух) тень опухоли в кардиальном отделе видна значительно отчетливее. Тень свода в медиальной зоне его расширена. Желудок деформирован в виде каскада.

При исследовании желудка в условиях париетографии и тройного контрастирования установлено, что контуры абдоминальной части пищевода изъедены, просвет сужен, каскадная форма желудка сохраняется, свод желудка утолщен. Опухоль кардии диаметром около 3 см видна более отчетливо; наружный контур ее не отделяется от тени левой доли печени. Газовая прослойка между ними отсутствует (рис. 2).

На основании данных обычного исследования, париетографии и тройного контрастирования была диагностирована опухоль кардиоэзофагиальной области с прорастанием в левую долю печени. Данные подтвердились на операции.

В данном наблюдении париетография позволила установить прорастание опухоли кардии в левую долю печени.

Больной К. И., 65 лет. Жалуется на общую слабость, похудание, потерю аппетита, затруднение глотания. Больной хорошей упитанности, кожа и видимая слизистая бледны. Пальпаторно: опухоль не прощупывается. Желудочная секреция: 10—0—0.

Рентгенологическое исследование показало следующее: контрастная взвесь кратковременно задерживается в абдоминальном сегменте пищевода. Газовый пузырь желудка не изменен. Рельеф слизистой желудка изменен на всем протяжении. Складки слизистой местами разрушены. Опорожнение желудка ускорено. На парието-



Рис. 1.



Рис. 2.

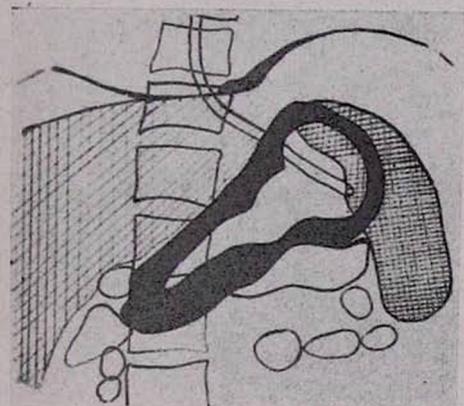


Рис. 3.



Рис. 4.



Рис. 5.

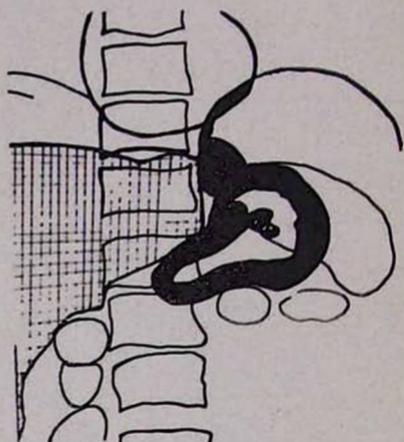


Рис. 6.



Рис. 7.

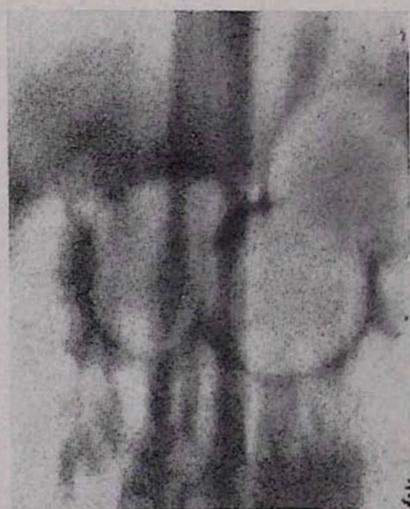


Рис. 8.

граммах выявлено неравномерное утолщение стенки желудка по обоим кривизнам, а также свода. В области кардии тень опухоли и левой доли печени сливаются. По большой кривизне наружный контур опухоли не отделяется от стенки поперечно-ободочной кишки, она припаяна к последней, стенка которой также инфильтрирована (рис. 3).

При двойном контрастировании на фоне пневмоперитонеума выявлено изменение пищевода у входа в кардию в виде сужения и перестройки рельефа.

На основании данных обычного, париетографического и двойного контрастирования на фоне пневмоперитонеума диагностировано тотальное раковое поражение желудка и абдоминального отдела пищевода с прорастанием опухоли в левую долю печени и поперечно-ободочную кишку.

Случай признан иноперабельным, но по настоянию больного произведена пробная лапаротомия. Рентгенологические данные подтвердились. Кроме того, было выявлено множество метастазов в лимфатических узлах сальника и брюшины.

При инфильтративных формах рака основным париетографическим симптомом является утолщение стенки желудка, которое сохраняется на всех париетограммах независимо от изменения эндогастрального давления. На париетограммах с большой точностью можно установить верхнюю и нижнюю границы опухолевого поражения, все неровности как на наружной, так и на внутренней поверхности стенки желудка.

Для данной разновидности карциномы часто характерно уменьшение объема желудка, а главное — постоянство объема при изменении количества воздуха. Протяженность патологического процесса на основании париетограмм часто оказывается больше по сравнению с данными обычного исследования. Сказанное особенно справедливо для опухолей выходного отдела желудка. Нередко выясняется, что опухолевая инфильтрация по малой кривизне занимает гораздо большую протяженность, чем можно было предполагать на основании обычной рентгенологической картины.

При экзофитных формах рака париетографическая картина менее богата сравнительно с предыдущей формой. Это связано с тем, что при обычном методе исследования экзофитные опухоли выявляются успешнее, чем плоскоинфильтрирующие. Тем не менее, данные париетографии уточняют ряд деталей, касающихся опухолевого процесса, что не всегда удается при обычной рентгеноскопии и рентгенографии. Так, на париетограммах отчетливо определяется тень опухоли, ее основание, площадь и степень инфильтрации стенки в зоне поражения и в прилегающих отделах, форма и поверхность опухоли, преимущественный рост ее в сторону просвета желудка или кнаружи.

Большая Х. К., 65 лет. Поступила с жалобами на боли в эпигастральной области, тошноту, отсутствие аппетита, похудание. Давность заболевания 7 мес. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, живот мягкий, около пупка прощупы-

вается подвижная опухоль величиной с кулак. Желудочная секреция: 5—0—0. Анализ крови: Нв—42 ед., эритроциты—2600000, РОЭ—35%; остальные элементы в норме.

При рентгенологическом исследовании складки слизистой в средней части тела желудка отсутствуют. Малая кривизна в пределах нижней трети тела и антральной части ригидна, перистальтика отсутствует.

Париетографически установлена большая экзофитная опухоль с широким основанием, исходящая из малой кривизны. В дистальном направлении опухолевая инфильтрация распространяется до выходного отдела, а в проксимальном — до средней трети тела желудка. Как внутренний, так и наружный контуры опухоли хорошо окаймлены воздухом (рис. 4).

На операции установлена большая экзофитная опухоль тела желудка, инфильтрирующая малую кривизну, без прорастания в окружающие органы и ткани.

Итак, можно сказать, что париетография дает возможность составить объемное представление об опухоли, о ее макроскопической форме, о переходе опухоли на соседние органы и ткани.

Установление прорастания опухоли задней стенки верхнего отдела желудка в селезенку строится на косвенных симптомах.

Менегhini, Марчи [24] первыми описали симптом смещения селезенки вправо (медиально), кзади газового пузыря желудка, при переходе опухоли из задней стенки желудка в ножку селезенки. По данным этих авторов, при этом происходит укорочение сосудистой ножки, вследствие чего селезенка своим верхним полюсом заходит за желудок. Другим косвенным симптомом, указывающим на прорастание опухоли задней стенки желудка в селезенку, является слияние опухолевой массы с тенью селезенки, обнаруживаемой на левой боковой париетограмме.

Больной Г. Г., 55 лет. Поступил с жалобами на затруднение глотания, боли при прохождении пищи через пищевод, тошноту, похудание на 10 кг за 4 мес. Общее состояние удовлетворительное. Пальпаторно: эпигастральная область болезненна; опухолевое образование не прощупывается. Желудочная секреция: 15—0—0.

При обычном рентгенологическом исследовании проходимость пищевода для жидкой бариевой взвеси заметно затруднена. Складки слизистой абдоминальной части пищевода разрушены. Контур пищевода в этом отделе изъеден. Газовый пузырь деформирован, в медиальной зоне его видна тень опухоли. Желудок расположен высоко, большая кривизна ригидна, изъедена.

При париетографии выявлена тень опухоли, которая инфильтрирует обе кривизны желудка, кардию и свод. Толщина инфильтрации достигает 1,5—2 см. Опухоль прорастает в левую ножку диафрагмы. Объем желудка резко уменьшен. Селезенка своим верхним полюсом заметно смещена вправо, кзади желудка (рис. 5, 6).

На рентгенограмме, произведенной в условиях тройного контрастирования, отчетливо видно, что поражение пищевода ограни-

чивается абдоминальным отделом, контуры которого изъедены, складки слизистой разрушены.

На основании данных париетографии, тройного контрастирования установлена диффузная форма опухоли, захватывающей тело, кардию и свод желудка с переходом на абдоминальный отрезок пищевода. Высказано предположение о прорастании опухоли из задней стенки желудка в сосудистую ножку селезенки.

На операции эти данные подтвердились.

Для выявления прорастания опухоли желудка в поджелудочную железу нет достоверных признаков.

Из косвенных признаков прорастания опухоли задней стенки желудка в поджелудочную железу следует отметить отсутствие смещения опухоли и желудка книзу в условиях пневмоперитонеума, а также прерывистость контура задней стенки желудка в пределах опухоли, выявляемой на левой боковой париетограмме, нерасправление перегиба стенки желудка в пределах опухоли после раздувания желудка. Помимо этих признаков, Е. Ф. Фирсов [12] в диагностике прорастания опухоли желудка в поджелудочную железу большое значение придает отсутствию смещения желудка вправо при исследовании больного на правом боку.

Опыт показывает, что отсутствие газа в малой сальниковой сумке при опухолях малой кривизны желудка не может быть критерием прорастания ее в нижнюю поверхность печени. Этот признак отмечается и при переходе опухолевого процесса в малый сальник, и при метастазах его в лимфатические узлы.

О целесообразности применения париетографии при патологиях антрального отдела имеются работы В. Б. Антонович [1], Н. М. Пушкаревой [7], И. А. Шехтер и Н. Т. Медведевой [13] и др. Трудности дифференциальной диагностики ряда доброкачественных изменений и рака антрального отдела, а также органических стенозов выхода из желудка общеизвестны.

При доброкачественных процессах антрального отдела (язвы, гастриты, перигастриты, ригидные антральные гастриты и др.) наряду с основными процессами имеются функциональные изменения, что значительно усложняет их отличие от рака.

Применение малых доз морфина или прозерина [4, 11] для стимуляции моторной функции желудка, а также терапия пенициллином или анальгезирующими средствами [3, 10] в большинстве случаев помогает их дифференциальной диагностике.

Затруднения возникают особенно в дифференциальной диагностике ригидного антрального гастрита и эндофитного рака. Париетография способствует их дифференциации. В начальных стадиях антрального ригидного гастрита с преобладанием функциональных спастических изменений над воспалительными (инфильтрация и разрастание соединительной ткани) после наложения пневмоперитонеума реф-

лкторный спазм обычно исчезает. После раздувания желудка констатируется нормальная толщина стенок, антрум полностью раскрывается, эластичные стенки показывают изменение толщины при изменении количества введенного в желудок газа.

В более поздних периодах заболевания дифференциальная диагностика затрудняется, так как развившиеся органические изменения часто дают сходные с раком рентгенологические симптомы—утолщение стенки, потеря ее эластичности, нарушение перистальтики.

Клиническая и рентгенологическая картина опухолевого и язвенного сужения иногда сходная. При обычном рентгенологическом исследовании отличить их друг от друга удается не во всех случаях. Данные париетографии существенно облегчают задачу дифференциации этих патологических состояний. Для опухолевого стеноза прежде всего типична деформация антрапилорической части в виде рога (муфтообразная инфильтрация). Когда же при органических сужениях на париетограммах в выходном отделе желудка констатируются стенки нормальной толщины, то это свидетельствует о рубцово-язвенной природе его.

Больной К. Г., 40 лет. Жалуется на боли в животе, урчание, изжогу, временами рвоту. Большой средней упитанности. Пальпаторно: живот болезненный. Данные анализа желудочного сока в пределах нормы.

При рентгенологическом исследовании натощак в желудке много секрети. Складки слизистой до выходного отдела желудка сохранены. Выходной отдел циркулярно сужен. После прозеринового пробы появились глубокие перистальтические сокращения по обеим кривизнам. Малая кривизна в антральном отделе выпрямлена (рис. 7). Спустя 24 ч. в желудке оказался большой остаток бария. На основании данных обычного исследования диагностирован органический стеноз выходного отдела желудка, но установить характер сужения не удалось.

При париетографическом исследовании выходной отдел желудка полностью раскрылся, стенки его оказались нормальной толщины, что дало возможность установить язвенный характер сужения (рис. 8).

При операции париетографические данные подтвердились.

Когда язвенное сужение сопровождается воспалительным процессом, то на париетограммах выявляется более или менее выраженное утолщение стенки выходного отдела. По мнению Н. М. Пушкаревой [7], стеноз выходного отдела на почве рубцевания язвы или воспалительного процесса вокруг нее на париетограммах дает утолщение одной стенки, а противоположная стенка остается эластичной. В условиях париетографии при повышенном внутрижелудочном давлении просвет выходного отдела желудка расширяется за счет эластичности стенки. Кроме того, как отмечает Н. Т. Медведева [13], утолщение стенки же-

лудка на месте язвы за счет язвенного вала под давлением внутрижелудочного воздуха уменьшается, уплощается воспалительный вал за счет эластичности отечных складок слизистой, нависающих над язвой.

Необходимо отметить, что при опухолях такая изменчивость картины исключена. Тем не менее при язвенном стенозе, сопровождаемом резким воспалительным процессом, дифференциальная диагностика опухолевого стеноза затруднительна.

Поскольку париетография при опухолях выходного отдела позволяет предельно точно определить инфильтрацию опухоли в дистальном и проксимальном направлениях, становится возможным выявить переход процесса и на двенадцатиперстную кишку. Стенки луковицы на париетограммах оказываются утолщенными, просвет суженным.

Уместно отметить, что мы не разделяем мнения Т. Т. Асланова [2] и Фоти [17], по данным которых газ при раздувании желудка проходит в 12-перстную кишку только лишь при органических поражениях привратника и смежных с ним отделов и не наблюдается при спазме привратника. В наших исследованиях (115 случаев париетографии и 60 случаев двойного контрастирования) такой закономерности не наблюдалось.

Результаты наших париетографических исследований таковы:

1. Из 115 париетографически обследованных нами больных у 79 был установлен рак желудка, из них рак верхнего отдела—у 22, рак тела—у 20, рак антропилорического отдела со стенозом или без него—у 30, тотальное раковое поражение—у 4, рак культи оперированного желудка—у 3.

У 15 больных были диагностированы неопухолевые заболевания желудка. У 4—эхинококк печени, у 2—опухоль брюшной полости.

В 15 наблюдениях на основании данных париетографии патология желудка была исключена.

Париетографические данные были сверены с операционными у 86 больных, из них 65 по поводу ракового поражения желудка.

На основании данных париетографии и других клинических данных у 14 больных оперативное вмешательство было отвергнуто.

2. Из 22 случаев, преимущественно ракового поражения верхнего отдела желудка, в 20 париетографически получены дополнительные данные, в 2 газ в брюшной полости оказался недостаточным, поэтому дополнительные сведения не были выявлены. В 6 наблюдениях было установлено сращение опухоли с левым куполом диафрагмы и селезенкой. В двух наблюдениях при опухоли верхнего отдела желудка предполагалось прорастание опухоли в печень и поджелудочную железу, что было подтверждено. В одном случае было диагностировано прорастание опухоли в поперечную ободочную кишку.

Париетографически почти во всех наблюдениях опухолей верхнего отдела желудка удалось более отчетливо увидеть анатомический тип опухоли, характер ее роста, протяженность поражения по заднему и переднему своду и стенкам. Переход опухоли к кардии на пищевод в на-

ших наблюдениях отмечен у 14 больных, он отчетливо выявляется при двойном контрастировании на фоне пневмоперитонеума.

3. В 20 случаях рака, преимущественно с локализацией в области тела желудка, у 8 наружный контур опухоли по малой кривизне плохо определялся. Во время операции у 2 больных было выявлено сращение опухоли с нижней поверхностью печени, у 3—переход процесса на малый сальник, у 3—крупные метастазы в лимфатических узлах малого сальника. У одного больного установлено прорастание опухоли в поперечную ободочную кишку.

4. Париетография по поводу патологии антропилорического отдела желудка была произведена у 40 больных. У 10 из них метод позволил исключить раковый процесс.

У 12 больных из 30 при опухоли антропилорического отдела протяженность опухолевого поражения по малой кривизне оказалась больше, чем было установлено на основании данных обычного исследования. В двух случаях установлен переход процесса на луковицу 12-перстной кишки.

5. Метастазы в лимфатических узлах и печени среди всех париетографически обследованных больных раком желудка выявлены в 10 наблюдениях, из 65 оперированных они имели место у 25, что говорит об ограниченности метода в их выявлении. Случаев выявления метастазов в парааортальных и ретроперитонеальных лимфатических узлах мы не наблюдали.

Расхождения с операцией в смысле диагноза на париетографическом материале не было ни в одном случае.

Армянский институт рентгенологии
и онкологии

Поступило 11/XI 1968 г.

Բ. Ա. ՖԱՆԱՐԺՅԱՆ, Ց. Ա. ԴԱՆԻԵԼՅԱՆ

ՊԱՐԻԵՏՈԳՐԱՖԻԱՆ ԱՍՏՄՈՔՍԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Պարիետոգրաֆիան հանդիսանում է ստամոքսի հատուկ լրացուցիչ ռենտգենյան քննության մեթոդներից մեկը:

Պարիետոգրաֆիայի ժամանակ շերտավոր նկարահանումները նկատելիորեն լավացնում են ստամոքսի պատերի տեսանելիությունը. դրանով հետևանում է այնտեղ կատարվող փոփոխությունների նկարագրումը:

Պարիետոգրաֆիկ մեթոդը ունի խոշոր նշանակություն կարգիլալ և սուբկարգիլալ հատվածների ուռուցքները ախտորոշելիս. բացի այդ, նկատելիորեն օգնում է ստամոքսի ելքի շրջանի քաղցկեղային և խոցային նեղացումների անտրալ մասի բարորակ ու շարորակ փոփոխությունների տարբերական ախտորոշմանը:

Պարիետոգրաֆիան հնարավորություն է տալիս ձեռք բերել լրացուցիչ կարևոր անատոմիական տվյալներ ուռուցքի ձևի, աճի, շափի, տարածելիության վերաբերյալ, որոշ դեպքերում՝ հաստատելու ուռուցքի հարսնումը դեպի հարևան օրգանները, հյուսվածքները, հայտնաբերելու նրա մետաստազները, լյարդում և ճարպոնի լիմֆատիկ հանգույցներում: Այդ տվյալները մյուս կլինիկական տվյալների հետ միասին օգնում են վճռելու պրոցեսի արմատական վերահատման հարցը:

Մեր կողմից պարիետոգրաֆիկ քննություն կատարվել է 115 դեպքերում, որից 96-ը՝ ստամոքսի ուռուցքային ախտահարման կապակցությամբ, Բոլոր դեպքերում պարիետոգրաֆիկ հայտնաբերված են լրացուցիչ տվյալներ ուռուցքի տարածելիության, անատոմիական ձևի, հարևան օրգանների և հյուսվածքների հետ ունեցած նրա փոխհարաբերության վերաբերյալ և այլն:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Антонович В. Б. Вестник рентгенологии и радиологии, 1962, 3, стр. 21.
2. Асланов Т. Т. Тезисы докладов VIII Всесоюзного съезда рентгенологов и радиологов. М., 1964, стр. 96.
3. Гинзбург И. С. Вопросы рентгенологии и радиологии. М., 1965, стр. 192.
4. Казан Е. М. Клиническая медицина, 1959, 1, стр. 61.
5. Остапенко В. Д. Диссертация. Киев, 1967.
6. Портной Л. М., Агапова Н. М. В кн.: Вопросы клинической и экспериментальной онкологии. Ростов н/Дону, 1964, стр. 119.
7. Пушкарева Н. М. Диссертация, М., 1964.
8. Розенштраух Л. С. и Пушкарева Н. М. Хирургия, 1964, 8, стр. 65.
9. Розенштраух Л. С., Шнигер Н. У., Пушкарева Н. М. Хирургия, 1966, 3, стр. 21.
10. Гарнопольская П. Д. Вопросы онкологии, 1966, 2, стр. 156.
11. Фанарджян В. А., Даниелян Гр. А. Вестник рентгенологии и радиологии, 1960, 3, стр. 8.
12. Фирсов Е. Ф. Клиническая медицина, 1965, 7, стр. 58.
13. Шехтер И. А., Медведева Н. Т. Врачебное дело, 1966, 4, стр. 64.
14. Buffard P. J. Radiol. Electrol., 1955, 36, 7—8, 336.
15. Canossi G. C., Dardari M. e Santino A. Radiologia Medica, 1960, 46, 7, 631.
16. Canossi G. C., Dardari M. e Santino A. IX-th Intr. Congr. Radiol. München, 1961, стр. 303.
17. Foti M., Radiol. Clin., 1960, 29, 2, 101.
18. Foti M. The British J. Rad., 1963, 36, 426, 407.
19. Frih W. und Brichtzy W. Aertzliche Woch., 1956, 28, 607.
20. Frimann-Dahl J. and Tretteberg K. The British J. Radiol., 1962, 35, 412, 249.
21. Giraud M., Bret P. et Dalloz Cl. J. Radiol. Electrol., 1955, 36, 7—8, 336.
22. Lenzi M., Dardari M., Canossi G. C., e Santino A. Min. Med., 1962, 53, 89, 3309.
23. Macato Saito. Цит. по Porcher P.
24. Meneghini C., Marchi R. De. Radiol. Clin., 1953, 22, 2, 97.
25. Moldenhauer W., Reinck N. Fort. Rontgenstr. 1964, 100, 5, 569.
26. Porcher P., Mem. cad. Chir., 1951, 77, 9, 32.
27. Porcher P., Stossel H. U., and Mainguct P. Klinische Radiologie des Magens und des Zwölffingerdarms. Stuttgart, 1959.
28. Racchiusa F., Radiologica, 1951, 7, 201.
29. Rimondini C., Radiol. med. (Forino), 1955, 41, 540.
30. Kohler, Acta Radiologica, 1965, 5, 393.
31. Sokolow J. N., Antonowitsch W. B., Fortschr. Röntgenstr., 1961, 95, 5, 585.