УДК 616.329—006.03

Гр. А. ДАНИЕЛЯН, В. М. АРАБЛИНСКИЙ

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХЛИ ПИЩЕВОДА

(обычное рентгенологическое, рентгентелевизионное и рентгенокинема-
тографическое исследования)

Пищеводу свойственны все виды доброкачественных опухолей, характерных желудочно-кишечному тракту вообще. Из существующих классификаций доброкачественных опухолей пищевода, на наш взгляд, наиболее целесообразным в клиническом отношении является деление их на группы внутриспросветных и внутрестеночных (интрамуральных) опухолей, предложенное Б. В. Петровским и Т. А. Суворовой [4], которое вполне удовлетворяет требования современной клиники по диагностическим соображениям и с точки зрения тактики лечебно-хирургических мероприятий. Опухоль обеих групп в рентгенологическом изображении дают различные, но вместе с тем характерные для каждой из них симптомы. Сказанное справедливо также в отношении эндоскопической картины при этих поражениях.

По вопросу о частоте доброкачественных опухолей пищевода среди авторов единогласия нет. Обращает на себя внимание факт непрерывного роста информации о доброкачественных опухолях пищевода. Важно также подчеркнуть, что с каждым годом все больше возрастает число прижизненно распознанных случаев этого заболевания.

Рентгенологический метод завоевывает прочные позиции как основное диагностическое подспорье при этой патологии. Достаточно сказать, что немногим более двух десятков лет тому назад Шацки и Гавес [14] ознакомились с протоколами рентгенологических исследований четырех случаев внутрестеночных новообразований, описанных в литературе. В наши дни диагноз доброкачественной опухоли возможен только при полноценном рентгенологическом исследовании.

Настоящая работа основана на анализе 50 случаев доброкачественных опухолей пищевода.

Оперативному вмешательству подверглись 35 больных. При этом энуклеация опухоли произведена у 23, иссечение—у 8, резекция пищевода—у 4 больных. Летальных исходов не было. Среди оперированных больных с доброкачественными опухолями пищевода гистологическим исследованием в 28 случаях установлена лейомиома, в 4—эпителиаль-

ная киста, в 2—фиброзный полип, в 1—фиброма. Внутрстеночные опухоли пищевода были у 33, внутрипросветные—у 2 больных.

Локализация опухолей: верхне-грудной отдел пищевода—2, средне-грудной—15, ниже-грудной—13, дистальный сегмент пищевода—5 случаев. Там, где диагноз доброкачественной опухоли ставился на основании данных рентгенологического исследования и эзофагоскопии (без операции), поражение средне-грудной части пищевода—было в 8, ниже-грудной—в 5 и терминального отрезка пищевода—в 2 случаях. У 13 больных предполагалась интрамуральная, а у двух—внутрипросветная опухоль.

Применялось полипозиционное рентгенологическое исследование в вертикальном и горизонтальном положениях; в последнем случае мы часто прибегали к изучению пищевода также в латеропозиции. Больным давалась контрастная масса бария жидкой и густой консистенции. Помимо обычного рентгенологического исследования, у 30 больных одновременно проводилась рентгенокинематография под телевизионным контролем на установке фирмы «филипс», снабженной ЭОУ с 3000-ным усилением яркости экрана. Большинство больных подверглось и эндоскопическому исследованию.

Целью наших исследований было изучение рентгеносимптоматологии интрамуральных доброкачественных опухолей пищевода и новых методик (рентгенокинематографии и телевидения) для диагностики. Данные исследования новыми методами сравнивались с данными обычной флюороскопии и флюорографии.

Существует мнение, что для доброкачественных опухолей характерен полуовальный или полулунный дефект наполнения на профильных снимках при тугом контрастировании пищевода; на задне-передней рентгенограмме опухоль образует центральный дефект вследствие раздвоения струи бариевой массы и обтекания опухоли; дефект наполнения возникает при опухолях, достигающих определенной величины и выступающих в просвет пищевода. Сказанное, на наш взгляд, нуждается в пересмотре и уточнении. Мы считаем, что говорить об образовании типичного дефекта в какой-либо стандартной позиции (например, при исследовании больного в «профиль» или «фас») при всех формах опухолей не приходится. Правильнее было бы сказать, что типичная картина дефекта выявляется при исследовании больного в позиции, когда опухоль целиком является краеобразующей. В зависимости от места роста опухоли по отношению к окружности пищевода благоприятной позицией может быть задне-передняя, строго боковая или косая позиция под любым углом. Верхний и нижний углы дефекта соответственно границе между пораженной и здоровой стенкой пищевода почти всегда острые. Контуры дефекта, за редким исключением, четкие и гладкие, так как поверхность внутрстеночной опухоли обычно ровная и гладкая. Дефект наполнения и его особенности зависят не только от позиции исследования, но и от степени контрастирования пищевода, площади поражения по длине и по ширине пищевода.

В диагностике интрамуральных опухолей большое значение имеет изучение слизистой пищевода. По мнению многих авторов, сохранность складок слизистой в зоне поражения служит критерием доброкачественности опухоли. Мы считаем, что это мнение недостаточно аргументировано. Как показал анализ собственного материала, складки слизистой, покрывающей непосредственно опухоль, в громадном большинстве случаев не выявляются. Это вызвано натяжением подлежащей слизистой в большей или меньшей степени. Вследствие расширения межскладчатых борозд и разглаживания складок характерный рисунок рельефа слизистой исчезает, и только при небольших опухолях иногда обнаруживается расширение промежутков между складками и истончение самих складок. Если в ряде случаев на рентгенограммах в области патологического процесса вырисовываются складки, то они принадлежат противоположной опухолевому поражению стенке пищевода. Складки слизистой выше поражения либо не изменяются, либо несколько сглаживаются в зависимости от степени расширения пищевода.

В некоторых случаях объемистых опухолей просвет пищевода как бы расплющивается, выглядит суженным. Контрастная масса бария иногда распределяется неравномерно, создавая впечатление наличия изъязвления опухоли.

Лортат-Джаков [11] отметил картину древовидного изображения при лейомиоме, что, по его мнению, связано с проникновением бария в щели между дольками опухолей. Черезмерно дольчатые опухоли могут имитировать картину изъязвления. Очень крупные опухоли иногда настолько сильно натягивают стенку пищевода, что его просвет превращается в узкую щель. В подобных случаях тонкий слой задержавшегося в просвете бария может оказаться смазанным, нечетким. Такую картину трудно отличить от картины распада при карциноме. Сужение пищевода еще чаще имеет место при подковообразных формах опухоли (иногда даже при небольшой), тискообразно опоясывающей пищевод. В этой связи Е. М. Каган [1, 2] отмечает, что, когда опухоль (лейомиома) поражает две противоположные стенки пищевода, вследствие оттеснения стенок внутрь, в сторону просвета, наблюдается симптом «перекрестка» контуров пищевода или его циркулярное сужение в зависимости от расположения опухоли к центральному лучу. На возможность развития кольцевидной стриктуры пищевода при лейомиомах и иных видах доброкачественной опухоли указывают также другие исследователи [9, 12 и др.]. Более того, в некоторых случаях доброкачественная опухоль (чаще лейомиома) опоясывает нижний конец пищевода, вызывая ровное и веретенообразное сужение подобно кардиоспазму [10, 12, 13]. Б. М. Сосиной [7] описан случай, когда у больного клиническая и рентгенологическая картина заболевания напоминала кардиоспазм. При вскрытии установлена фиброма на ножке, суживающая просвет пищевода. Барет [8] указывает, что в одном наблюдении у больного был поставлен диагноз ахалазии пищевода. Произведенная операция Геллера не принесла больному

улучшения. На секции была выявлена лейомиома нижнего отдела пищевода, которая симулировала кардиоспазм.

Другим более или менее характерным рентгенологическим признаком интрамуральных новообразований, в частности, обладающих преимущественно параззофагеальным ростом, является наличие мягкотканной массы в заднем средостении. В ряде случаев она определяется еще до приема бариевой массы. Опухолевая масса образует округлую или вытянутую в длину сравнительно густую тень с четкими краями, ясно отграниченную от окружающих тканей. Рентгенологическая картина особенно наглядна после контрастирования пищевода. Выясняется, что мягкотканная масса вплотную прилегает к дефекту стенки пищевода, как бы сливаясь с ним. Движения мягкотканной массы при глотании и прохождении перистальтических сокращений свидетельствуют о тесной связи ее с пищеводом, однако этот признак при сращениях между опухолью и соседними тканями может отсутствовать.

Рентгенологическая картина иная при исследовании больного в проекции, перпендикулярной той, при которой опухоль является краеобразующей. Пищевод в период массивного заполнения на уровне опухоли часто веретенообразно вздут, расширен. В области расширенного отдела пищевода виден центрально расположенный дефект, нередко напоминающий внутрипросветное, полипоидное образование на фоне рельефа, а еще больше—пневморельефа. Центральный дефект наполнения иногда имеет ячеистую структуру, очевидно, при многоузловой форме опухоли. Контуры как расширенной части пищевода, так и дефекта наполнения за редким исключением остаются непрерывными и четкими. В отдельных случаях выявляется ножка опухоли; она виднеется в виде полоски просветления в пределах дефекта или в виде зарубки по краю пищевода.

Согласно наблюдениям ряда авторов [5, 6 и др.], интрамуральные опухоли не сопровождаются заметным нарушением проходимости пищевода. При этом не развивается стойкого супрастенотического расширения пищевода. Это мнение справедливо для большинства внутрстеночных опухолей, но не для всех. Большое значение имеет форма, величина и характер ее роста. Действительно, при опухоли, растущей вдоль одной из стенок пищевода, нарушение проходимости его отмечается редко, в тех случаях, когда новообразование достигает крупных размеров.

Клинические и рентгенологические признаки нарушения проходимости пищевода наиболее выражены при циркулярном росте опухоли, ведущем к сужению просвета пищевода. Расширение проксимального отдела пищевода при этом большое; оно нередко доходит до такой степени, что рентгенологическую картину сразу трудно отличить от кардиоспазма, особенно при опухолях дистальной части пищевода.

Вопрос о функциональном состоянии пораженной интрамуральной опухолью стенки пищевода окончательно не уточнен. По свидетельству большинства авторов, применявших обычные методы рентгенологичес-

кого исследования, эластичность стенок пищевода и перистальтика его на месте опухоли всегда сохранена. А. Е. Попов [5] и другие исследователи находят, что этот признак может быть использован для дифференциации доброкачественной опухоли от раковой.

Таким образом, на клиническое течение и рентгенологическую картину доброкачественных интрамуральных опухолей оказывают влияние такие факторы, как характер преимущественного роста опухоли (в сторону просвета, в толще стенки, в наружном направлении), форма опухоли (узловатая—растущая вдоль одной из стенок, подковообразная—растущая кольцеобразно), размеры и уровень опухолевого поражения по длине пищевода, скорость роста опухоли, наличие сопутствующих осложнений и т. п. Рентгенологическая картина наиболее типична при опухоли, имеющей тенденцию к росту внутрь просвета пищевода и состоящей из солитарного узла. Очень большие опухоли, особенно состоящие из многих узлов, нередко вызывают деформацию пищевода. Дефекты наполнения могут быть неправильной формы, контуры неровными, порой бугристыми. Возможны изменения рельефа слизистой, напоминающие язвления (деструкция слизистой, задержка бария в промежутках между дольками опухоли), что весьма затрудняет дифференциацию доброкачественной опухоли от рака. Такие же затруднения возникают при циркулярном росте опухоли.

По поводу роли новых рентгенологических методов (телевидение и кинематография) в диагностике доброкачественных новообразований в литературе мало сведений. Указанные методы отдельными авторами применялись в единичных случаях. Наиболее обстоятельные исследования с использованием рентгенокинематографии предприняты Л. Е. Кевешем [3]. С помощью кино им было обследовано 27 больных с доброкачественными опухолями (оперировано 10).

По нашим наблюдениям, телевидение и кино по сравнению с обычной рентгеноскопией и рентгенографией имеют определенное преимущество в уточнении функциональных изменений при доброкачественных новообразованиях. Данные этих методов дают подробное и правильное представление об эластичности стенок пищевода, их подвижности и сократительной функции.

Новые методы помогают выявлять и регистрировать также самые небольшие морфологические изменения пищевода при опухолях. Обнаруженные при этом маленькие изменения в картине наполнения и особенно рельефа слизистой способствуют определению объема поражения, формы опухоли и других особенностей. Все это облегчает диагноз доброкачественной опухоли и ее дифференциацию от других сходных заболеваний. Достаточно привести хотя бы такой факт: из 9 оперированных больных, у которых диагноз доброкачественной опухоли был поставлен на основании клинического, эзофагоскопического и обычного рентгенологического исследования, у 3 этот диагноз оказался ошибочным. В другом же случае из 26 оперированных больных, подвергшихся, помимо обычных методов, и телевизионной рентгенокинематографии,

при хирургическом вмешательстве рентгенологическое заключение оказалось неправильным только в двух случаях.

Еще Шацки и Гавес [14], а в последующем и другие исследователи указывали, что небольшие доброкачественные опухоли иногда видны лишь в определенный момент глотания и прохождения бария по пищеводу, в то время как в других фазах наполнения пищевода очаг поражения может ускользнуть от внимания рентгенолога, он может остаться незапечатленным и на рентгенограммах.

В отличие от рентгеноскопии и прицельной рентгенографии, нередко показывающих случайные моменты контрастирования пищевода и отдельные фазы деятельности его, новые методы позволяют объективно регистрировать все рентгеноанатомические и рентгенофункциональные изменения в динамике.

Таковы некоторые особенности рентгенологических признаков с точки зрения телевизионной кинематографии. Считается, что дефект наполнения при интрамуральной опухоли характеризуется гладкостью и четкостью контуров. При анализе множества кинокадров пищевода мы часто отмечаем, что контуры опухолевого дефекта гладкие и четкие лишь в случаях, когда опухоль строго выведена в «профиль»; при малейшем отклонении от заданной проекции контур дефекта делается менее четким и резким по сравнению с контуром соседних с поражением стенок пищевода. Более того, там, где опухоль бугристая и состоит из нескольких узлов, на кинокадрах, заснятых в нестрого профильной проекции, контур-дефекта в отдельные этапы заполнения пищевода становится неровным и рентгенологическая картина напоминает раковую опухоль. Преимущество кинематографии в том и заключается, что путем просмотра множества киноизображений удается правильно интерпретировать изменения и тем самым избежать диагностических ошибок.

Армянский институт рентгенологии и онкологии
Министерства здравоохранения АрмССР,
Институт клинической и экспериментальной
медицины Министерства здравоохранения РСФСР

Поступило 25/IV 1969 г.

Հր. Ա. ԴԱՆԻԻՑԱՆ, Վ. Մ. ԱՐԱՐԱԽՆԿԻ

ՈՐԿՈՐԻ ԲԱՐՈՐԱԿ ՌԵՌՈՒՅՔՆԵՐԸ (ՍՈՎՈՐԱԿԱՆ ՌԵՆՏԳԵՆԱԲԱՆԱԿԱՆ,
ՌԵՆՏԳԵՆԱԶԵՌՈՒՍԱՏԵՍԱՅԻՆ ԵՎ ՌԵՆՏԳԵՆԱԿԻՆԵՄՍԱՏՈՐԱՅԻԱԿԱՆ
ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ)

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Աշխատանքում արված է որկորի բարորակ ուռուցքների 50 դեպքերի վերլուծությունը: 30 հիվանդների մոտ, բացի սովորական ռենտգենաբանական հետազոտություններից, կիրառվել են ռենտգենահոռատատեսությունը և ռենտգենակինեմատոգրաֆիան:

Հետազոտութիւնները ցույց տվին, որ ռենտգենաձևարանական և ֆունկցիոնալ փոփոխութիւնների հայտնաբերման և ճշգրտման խնդրում նոր եղանակներն ունեն մեծ առավելութիւններ և օգնում են բարորակ ուռուցքների ճիշտ ու ժամանակին ճանաչմանը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Կագան Ե. Մ. Радиология—диагностика, 1960, 3, стр. 460.
2. Կոսյան Ե. Մ. Сокращенные доклады межобластной научно-практической конференции рентгенологов и радиологов. М., 1960, стр. 16.
3. Կեւեշ Լ. Ե. В кн.: Современные проблемы онкологии. Л., 1965, стр. 110.
4. Петровский Б. В., Суворова Т. А. Новый хирургический архив, 1956, 1, стр. 16.
5. Попов А. Е. Научные труды Института усовершенствования врачей им. Кирова. Л., 1960, стр. 165.
6. Рудерман А. И. Труды XXVII Всесоюзного съезда хирургов. М., 1962, стр. 217.
7. Сосина Б. М. Клиническая медицина, 1956, 3, стр. 54.
8. Barrett N. R. Thorax, 1964, 19, 2, 185.
9. Goldman A., Masters H. Arch. Surg., 1950, 60, 3, 559.
10. Green A. E., Brogden B. G., Crow N. E., Swearingen A. G. Am. J. Roentgenol. 1959, 82, 6, 1058.
11. Lortat-Jacov J. L. Sem. Hop., Paris, 1949, 40, 1709.
12. Marschak R. H. J. Mount Sinai Hosp., New-York, 1956, 23, 1, 75.
13. Placentini L. J. Thor. Surg., 1955, 29, 3, 296.
14. Schatzki R., Hawes L. E. Am. J. Roentgenol., 1942, 48, 1, 1.
15. Schatzki R., Hawes L. E. Rev. Gastroenterology, 1950, 17, 11, 991.