

В. А. ФАНАРДЖЯН, Гр. А. ДАНИЕЛЯН

К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ
РАКА ЖЕЛУДКА

В диагностике раковых опухолей желудка [1, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15] рентгенологический метод исследования является решающим. Клиническая медицина в области разработки семиотики ракового поражения желудка, особенно в ранний период его развития, также во многом обязана рентгенологии. Однако при всех этих успехах проблема точного и своевременного распознавания рака желудка продолжает оставаться в центре внимания и требует дальнейшего более углубленного изучения. В рентгенодиагностике рака желудка ошибки возможны и их удельный вес все еще высок. Данные авторов в отношении частоты диагностических ошибок разнятся. В специализированных и хорошо оснащенных учреждениях правильные диагнозы раковой болезни желудка составляют 84—92,6%—Л. М. Ратнер [4], Л. М. Гольдштейн [2], а по С. А. Рейнбергу [5], этот процент еще выше—98—99%. Нам думается, что столь высокие показатели слишком оптимистичны и они не могут характеризовать работу широкой сети рентгеновских кабинетов. Результаты сравнительных исследований больших контингентов, проведенных М. И. Певзнером [3] и его сотрудниками, показали расхождение между клиническими и секционными диагнозами в 21—25%. Эта менее утешительная цифра представляется нам более близкой к истине для работы преобладающего большинства врачей-рентгенологов, работающих в больницах и поликлиниках. Все меры должны быть направлены на быстрейшую ликвидацию отставания дела рентгенодиагностики рака желудка в рядовых рентгеновских кабинетах, что может быть достигнуто при условии неустанного и систематического повышения квалификации рентгенологов и технического вооружения рентгеновских кабинетов.

Точное и своевременное обнаружение рака желудка оказалось возможным благодаря содружественной работе рентгенологов с хирургами, патологоанатомами и с представителями других дисциплин. Постоянный контакт между рентгенологами и хирургами создает реальную возможность проверять достоверность рентгенологических находок, выявлять ошибки и научно анализировать причины их возникновения.

Правильный диагноз рака желудка практически может оказаться невозможным из-за целого ряда факторов и обстоятельств, зависящих в одних случаях от исследующего рентгенолога, а в других—от са-

мого рентгенологического метода. Однако вряд ли можно найти объективную причину названным двум видам ошибок, хотя подобные попытки наблюдаются у некоторых исследователей. При разграничении так называемой врачебной ошибки от ошибки, зависящей от пределов возможностей рентгенологического метода, субъективные моменты немишуемы. Ниже мы остановимся на ряде возможных причин ошибочных диагнозов.

Отсутствие соответствующей аппаратуры, позволяющей производить рентгенисследование на современном высоком уровне, не может не являться причиной части диагностических ошибок. Если к этому прибавить еще спешку в просвечивании больного из-за большой нагрузки поликлинического рентгенолога, то станет понятно, почему нередко ошибки даже при казалось бы более или менее выраженной рентгенологической картине рака. Эти вопросы широко обсуждались на VII съезде рентгенологов и радиологов. В известном числе случаев недооценка полноценного клинического изучения больного служит основой неправильного заключения о раке желудка. Это вопрос большой важности. Справедливо подчеркнуть также, что до сих пор многие рентгенологи не отдают должного клиническому обследованию больного. Более того, клинические признаки раковых опухолей, особенно ранних стадий, все еще не стали достоянием широкой врачебной массы, в том числе рентгенологов. Отсутствие характерных клинических симптомов рака желудка в начале заболевания только умножает число ошибок в диагнозе рака желудка. Давно заслуживает пересмотра факт, что в учебниках и руководствах по внутренней медицине до последнего времени описываются клинические проявления далеко зашедших стадий рака желудка без внимания к ранним его признакам. Таким образом, всестороннее клинико-лабораторное исследование больного обязательно в каждом случае рака желудка, в частности, когда предполагается опухолевый процесс в ранней фазе развития, часто протекающий под маской других заболеваний. Такое комбинированное обследование больного крайне желательно также при возникновении у врача подозрения относительно роста опухоли на почве ранее имевшегося доброкачественного заболевания. Установление переломного момента в клиническом течении прежнего хронического страдания приобретает немаловажное диагностическое значение. Согласно исследованиям М. И. Певзнера, С. А. Рейнберга, Р. А. Лурья, Л. М. Ратнера и др. на возможное раковое превращение язвы указывают следующие данные. Светлые промежутки болезни сокращаются или исчезают вовсе, диета и покой не облегчают состояния больного, отмечается снижение ранее повышенной кислотности желудочного сока, появляется малокровие, прежние периодически возникающие резкие боли уступают место неинтенсивным болям более постоянного характера и т. д.

Отдельные случаи ошибочного диагноза рака возникают в результате чрезмерного увлечения врача найденными рентгенологиче-

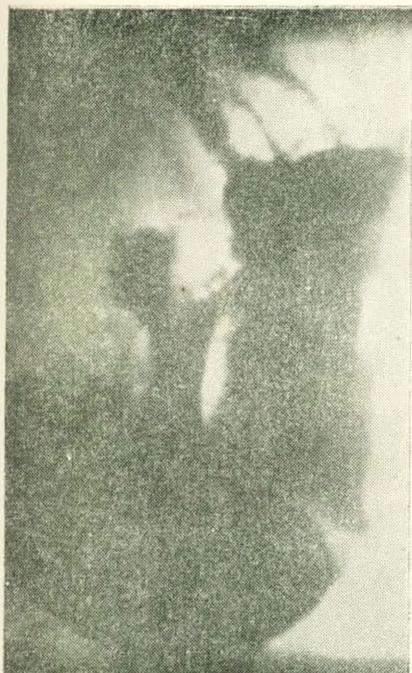


Рис. 1. Большая язвенная ниша на малой кривизне желудка. Сильно утолщенные складки слизистой. На операции ошибочно диагностирован рак.



Рис. 2. Раковая ниша на малой кривизне желудка, ближе к задней стенке (операция).

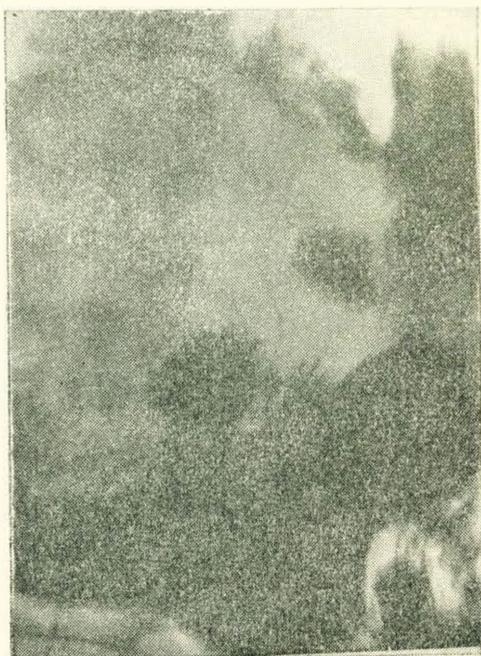


Рис. 3. Глубокая, пенетрирующая в поджелудочную железу язвенная ниша (операция).

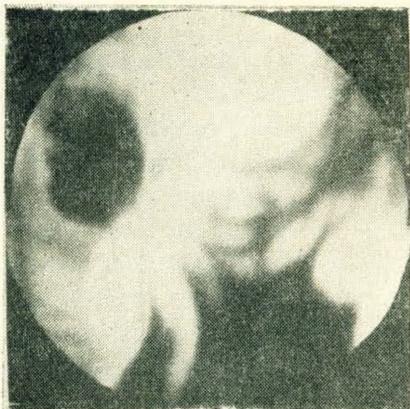


Рис. 4. Схождение складок слизистой
к язвенной нише (операция).

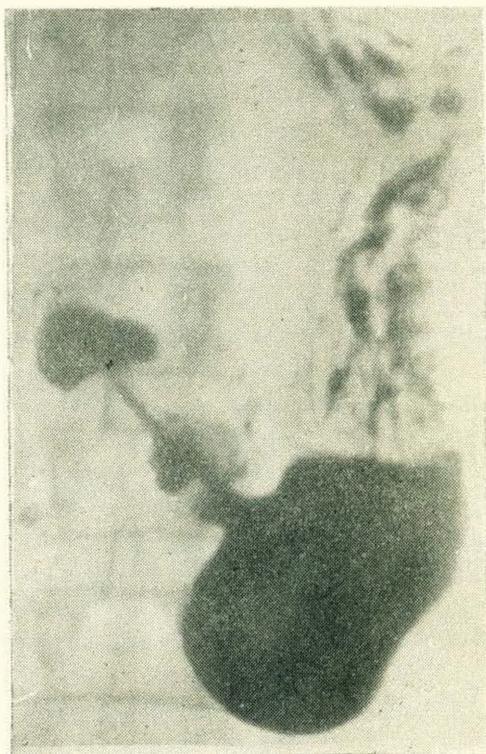


Рис. 5. Язвенная деформация выходной части
желудка, рентгенологически принятая за рак
(операция).

скими изменениями. Гипердиагностика рака желудка на такой основе большей частью встречается в узко специализированных клиниках и институтах. Изучение протоколов рентгенологических исследований показывает, что в ряде случаев тяжелое состояние больных не позволяет произвести всестороннее исследование и это приводит к ошибкам. Неудачная подготовка пациента к исследованию (газовые скопления в кишках, наличие жидкости и пищи в желудке), а также конституциональные особенности обследуемого (невозможность рентгеновской пальпации, дозированной компрессии) составляют одну из возможных причин ошибок в диагностике.

Раковым опухолям желудка присуще многообразие рентгенологических изменений, что наблюдается и в начальных стадиях болезни. Нетипичные рентгенологические картины при маленьких раках желудка, множество патологоанатомических и клинических форм опухоли сильно затрудняют интерпретацию рентгенологически обнаруживаемых изменений и, тем самым, обуславливают большинство ошибочных диагнозов.

Начальный рак в виде небольшой инфильтрации желудочной стенки или изъязвления в слизистой часто вызывает изменения, трудно отличимые от воспалительных процессов, которые также проявляются в многообразии рентгенологических нарушений.

Из числа заболеваний, ошибочно принимаемых рентгенологически за рак, с практической точки зрения наибольшее значение имеет язва желудка. Речь идет о хронических каллезных и пенетрирующих видах язв. Дифференциально-диагностические трудности между обоими патологическими состояниями большие, а порой непреодолимые. Начальные язвеподобные раки могут напоминать рентгенологически пептическую язву, что осложняет их отличительное распознавание. Сходство с раком приобретает следующие рентгенологические изменения при хронических язвах. Ниши при последних иногда достигают значительной величины, контуры ниш становятся неровными и размытыми (рис. 1). Перистальтическая волна прерывается у начала инфильтративно измененного отдела. Вокруг язвенного кратера появляется широкий вал просветления. Участки язвенно-воспалительной инфильтрации лишены складок или они (складки) утолщены, ригидны, перестроены как при раковом процессе. При рентгеноскопии больных, во избежание грубых ошибочных выводов, желательны и надо обращать внимание на следующие моменты, имеющие относительно положительное диагностическое значение. Канцерозные ниши при тангенциальном ходе лучей не выступают за пределы желудочной стенки, как это наблюдается при типичных язвенных кратерах (рис. 2); раковый кратер погружен в поверхностный или грядообразный инфильтрат слизистой; окружающие конвергирующие к раковому кратеру складки слизистой не достигают собственно дефекта стенки, а обрываются у краевого вала кратера; язвенные ниши, обладая тенденцией роста вглубь, выходят за пределы стенки желудка на большем или мень-

шем протяжении (рис. 3): вал в окружности раковой ниши обычно шире, чем при язве; складки слизистой, направляясь к язвенному дефекту стенки, доходят до самого кратера (рис. 4). Несмотря на перечисленные отличительные признаки, нередко при аналогичных затруднительных случаях клинко-рентгенологическое заключение остается предположительным. В литературе описано много наблюдений, где диагноз между язвой и раком оставался сомнительным даже на операции и при визуальном исследовании резецированного препарата и только гистология окончательно решала истинную природу патологического процесса. Например, А. С. Федореев [9, 10] пишет, что у 60-ти больных на операционном столе выявилась инфильтрация стенки желудка, определить характер которой было возможно лишь микроскопически. Из указанного числа больных у 25 была установлена аденокарцинома, у 35 — хроническая язва, хотя все пациенты подвергались оперативному вмешательству с диагнозом язвы желудка. Итак, там, где клинически и рентгенологически возникает сомнение в смысле этиологии нишеподобных теней, правильным считается рекомендация операции. Такой подход, в частности, верен в отношении больных, у которых консервативная терапия в течение нескольких недель оказывается безуспешной как клинически, так и рентгенологически.

Для полноты изложения вкратце остановимся также на дифференциальном распознавании язвы и рака при их локализации ближе к выходному отделу желудка. Деформация антрума и сужение пилорической части желудка, возникшие вследствие язвенной болезни, могут дать рентгенологическую картину, сходную с раком, что чаще имеет место при развитии у больных клинической и рентгенологической картины непроходимости желудка (рис. 5). При этом рентгенологическое изучение состояния контуров и рельефа слизистой препилорической части удается далеко не во всех случаях, вследствие наличия остатков пищи и большого количества жидкости в полости желудка. Желудок дилатирован, опущен и выглядит как пассивный и вялый мешок. Бариевая масса оседает на дно расширенного желудка. Тугое контрастирование антрума вместе с 12-перстной кишкой необходимо и обязательно, ибо без него нельзя составить полное представление о характере изменений, локализующихся в пределах стеноза. Заполнение же названных выше отделов достигается путем использования всех приемов исследования (просвечивание больного на спине, на животе и в боковом положении). Документация изменений на серийных прицельных снимках имеет ценное значение. Помогают также предварительные промывания желудка, применение малых доз морфина с целью усиления перистальтики желудка. Отсутствие заполнения препилорической части желудка с большей долей вероятности указывает на раковое происхождение имеющихся изменений. Не случайно, что рентгенологи нередко ограничиваются констатацией факта стеноза, оставляя нераскрытой его сущность вследствие трудностей, описанных выше.

Успешная диагностика рака желудка в известной степени находится в зависимости от локализации опухолевого процесса. Топографо-анатомические особенности кардиального отдела желудка в рентгеновском изображении и некоторые отличительные клинические черты кардиальных раков сильно затрудняют своевременное их распознавание. Это, в основном, имеет место при опухолевом поражении небольших размеров. В более поздние периоды с увеличением опухоли или в связи с переходом ее на пищевод клиническая и рентгенологическая диагностика проста и не представляет каких-либо трудностей. Для правильной диагностики раков кардиальной части желудка решающим условием является последовательность и тщательность рентгенологического исследования. Избежать грубых ошибок можно при осторожной критической оценке рентгенологического изображения состояния слизистой, отличающегося исключительно большой изменчивостью в норме, и в особенности в патологии. Для уточнения диагноза этих опухолей требуются повторные рентгенологические осмотры за короткий промежуток времени, позволяющие убедиться в постоянстве и стойкости рентгенологических изменений, подозрительных на раковую инфильтрацию.

В отличие от раков кардии опухоли антрального отдела желудка принципиально легко диагностировать. Однако и тут немало затруднений дифференциально-диагностического порядка. Объясняется же это развитием и локализацией в названной области множества других патологических процессов опухолевого или другого происхождения. Здесь встречаются следующие заболевания: язвы, ригидные антральные гастриты, доброкачественные опухоли, туберкулез, анемические отеки слизистой, изменения на почве ожогов, сифилис, актиномикоз, лимфогранулематоз и др. Этот перечень можно дополнить еще одной патологией, носящей название пролапса слизистой желудка в ампулу 12-перстной кишки (рис. 6).

В антруме часты различные функциональные нарушения на почве препилорической язвы желудка, заболеваний печени и желчного пузыря. Рентгенологу нередко приходится иметь дело с перигастритическими деформациями выходной части желудка, которые в ряде случаев также напоминают и симулируют раковое поражение.

Некоторые из перечисленных патологических состояний редки в практической деятельности рентгенолога (лимфогранулематоз, актиномикоз, сифилис), другие легко и правильно распознаются на основании анамнеза (ожоги) или определенных и характерных рентгенологических симптомов (пролапс слизистой желудка в 12-перстную кишку). Однако значительная часть приведенных выше болезней заслуживает пристального внимания, ибо встречаются они часто и диагностика их трудна.

При опухолевидных антральных гастритах и при аденоматозных разрастаниях рентгенологическая картина иногда заметно не отличается от раковой инфильтрации (рис. 7, 8). Общими и сход-

ными для них рентгенологическими изменениями могут считаться: инфильтрация стенки желудка (в отдельных наблюдениях довольно значительная), перестройка рельефа слизистой — утолщение, ригидность и малоподвижность складок. Нередко на месте складок на рентгенограмме определяются просветления, участки, лишенные складок и т. д. Ограничение разvertываемости пораженной стенки органа наблюдается далеко нередко. Более или менее ценными диагностическими признаками служат изменчивость рентгенологической картины и наличие перистальтических сокращений при антральных гастритах и аденоматозных изменениях. Необходимо лишь отметить, что эти симптомы непостоянны и они не всегда себя оправдывают. Наряду с ними рентгенологу известную помощь оказывают клиничко-лабораторные исследования. Продолжительность течения ригидных антральных гастритов, аденоматозных поражений, удовлетворительное общее состояние больных при учете рентгенологических изменений, особенно полученных повторными исследованиями, дают возможность установить правильный диагноз.

Что касается доброкачественных опухолей, то практически важное значение имеет знакомство с клинической и рентгенологической симптоматологией полипозных поражений желудка, которые в преобладающей своей массе выявляются в антральном отделе. Рентгенологические симптомы, как наличие центрального дефекта заполнения округлой формы (большой частью с неизменными контурами), интактность складок слизистой желудка, нормальная эластичность стенки желудка, нормальная перистальтика не могут быть признаны патогномичными для полипов. Эти симптомы не являются абсолютно надежными для исключения возможного ракового превращения полипа. Нередко клинические проявления при полипах достигают такой силы (анемия, ахилия, похудание, плохой аппетит, боли в области желудка и др.), что заставляют предполагать рак. П. Д. Тарнопольская [6] сообщает, что у 18 больных из 53, оперированных по поводу доброкачественных опухолей, было установлено превращение полипа в рак. Правильна установка, что каждый случай полипа подлежит радикальной операции, тем более когда он больших размеров или имеет склонность быстро увеличиваться.

Говоря о туберкулезе желудка, следует отметить, что окончательная дифференциация его от рака принципиально неосуществима. Поражение желудка туберкулезным процессом, не имея характерных клинических и рентгенологических признаков, похоже еще на язвенное заболевание. Оно напоминает также сифилис, актиномикоз и др. Рентгенологически туберкулез желудка характеризуется сужением привратника или антральной части, перестройкой складок слизистой, образованием краевых дефектов заполнения, ниш (рис. 9, 10) и т. д. Для дифференциальной диагностики обычно используются возраст, анамнез, биологические реакции и т. д. Так например, отягченный семейный анамнез, наличие специфических изменений в других орга-



Рис. 6. Видоизменение рельефа слизистой антрума при пролабировании складок, напоминающее злокачественный рельеф (операция).



Рис. 7. Сужение препилорической части желудка с нечеткими контурами при ригидном антральном гастрите. Клинико-рентгенологически диагностирован рак. Больная находится под наблюдением 7 лет.

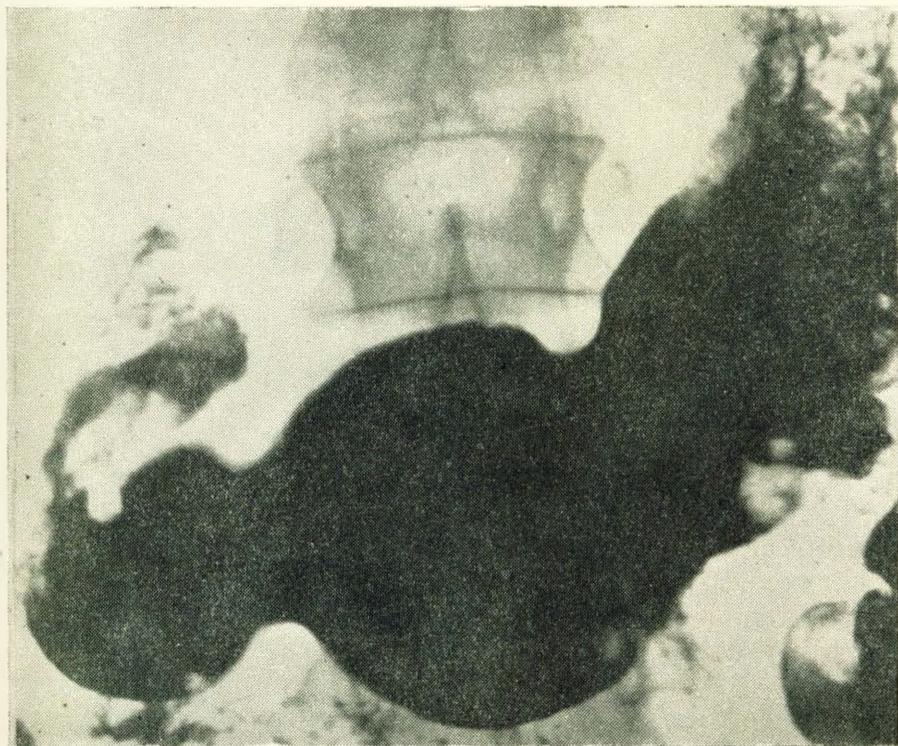


Рис. 8. Изъеденные контуры желудка при стенозе выходного отдела. Разрушение складок слизистой. Клинически и рентгенологически установлена раковая опухоль, на операции—аденоматозные разрастания.



Рис. 9. Привратниковая область желудка сужена, контуры неровные. Клинико-рентгенологический диагноз — рак желудка, на операции, и гистологически — туберкулез.

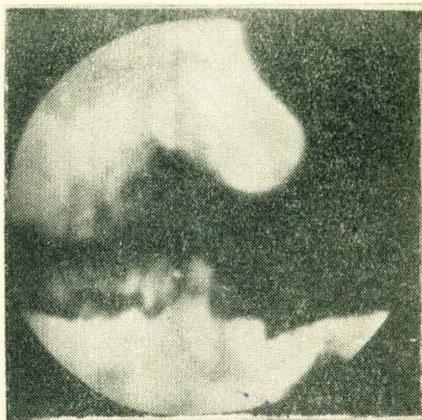


Рис. 10. Деформация антрального отдела желудка с разрушением складок при туберкулезном поражении. Прицельный снимок антрума желудка предыдущего случая.

нах (чаще в легких) должны навести на мысль о возможной туберкулезной этиологии желудочной патологии.

Мы придаем известное диагностическое значение обнаружению распространенных сращений в дистальной половине желудка и в пределах 12-перстной кишки. Помогает диагностике и рентгенологическое исследование кишечника, где так же возможны спайки, деформации петель тонких кишок и т. д. Желудок может оказаться вовлеченным в туберкулезный процесс вторично, вследствие перехода патологического процесса на желудок с окружающих тканей и органов. В этих случаях также можно видеть деформации желудка, стенозы привратника, дающие повод к неправильному заключению о наличии рака или язвы.

В ы в о д ы

1. Рак желудка, проявляясь в многообразии клинических форм и рентгенологических изменений, нередко маскируется другими заболеваниями этого органа опухолевого, воспалительного или иного происхождения.

2. В рентгенологической практике раковое поражение желудка приходится дифференцировать, главным образом, от хронических видов язв, доброкачественных опухолей, ригидных антральных гастритов и некоторых других редких патологических состояний.

3. Трудности отличительного распознавания рака желудка от язв наблюдаются преимущественно при наличии на контуре или рельефе слизистой нишеподобных теней более или менее больших размеров с неровными и нечеткими контурами, развитием атипичных и трудно расшифруемых изменений слизистой вокруг язвенных кратеров.

5. Трудно, а подчас невозможно, окончательно решить природу рентгенологически обнаруженных деформаций (язвенная или раковая) антральной части желудка, а также этиологию сужения привратника или привратниковой области желудка. Подробно произведенные клинико-лабораторные исследования вместе с тщательным рентгенологическим исследованием, иногда повторным, дают возможность значительно снизить ошибки в диагностике.

5. Исчерпывающая дифференциальная диагностика между раковыми и доброкачественными опухолями желудка (в основном, полипами) возможна далеко не во всех случаях. Вполне обоснована установка оперативного вмешательства при полипах больших размеров или их склонности быстро увеличиваться.

6. Во избежание частых и грубых ошибок в диагностике рака желудка в любой стадии заболевания, ранних форм его в особенности, исключительно важно полноценное и всестороннее клиническое обследование больных.

Բ. Ա. ՖԱՆԱՐԺՅԱՆ, Գ. Ա. ԴԱՆԻԵԼՅԱՆ
ՍՏԱՄՈՔՍԻ ՔԱՂՅԿԵՂԻ ԴԻՖԵՐԵՆՑԻԱԼ ՌԵՆՏԳԵՆԱԴԻԱԳՆՈՍՏԻԿԱՅԻ
ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

Ռենտգենյան հետադոտոլոգիան մեթոդը ստամոքսի քաղցկեղի դիագնոստիկայում գրավում է առաջատար տեղ: Կլինիկական ունտգենոլոգիան արդ ստպարհզում ձևոք է բերել զգալի հաջողություններ: Սակայն հազվագյուտ չեն աչն դեպքերը, երբ ունտգենյան լուսավորումով հնարավոր չի լինում երևան բերել ստամոքսի քաղցկեղային ախտահարումը, որը տեղիք է տալիս սխալների, որոնց տեսակարար կշիռը առայժմ դեռ մեծ է (ըստ Պեզների՝ 21—25%):

Դիագնոստիկ սխալների պատճառները բազմաթիվ են և տարբեր բնույթի: Դրանց թվին են պատկանում՝ կատարելագործված ունտգենյան սարքավորումների բացակայությունը ունտգենյան կարիներում, հիվանդի քննության ընթացքում անկողնի շտապողականությունը ունտգենոլոգի ծանրաբեռնվածություն հետևանքով, հիվանդի ծանր վիճակը, որը անհնար է դարձնում մանրամասն քննությունը:

Առանձին դեպքերում դիագնոստիկական սխալներն առաջանում են աչն պատճառով, որ բժիշկները, այդ թվում և ունտգենոլոգները, լավ չգիտեն ստամոքսի քաղցկեղի կլինիկական պատկերը՝ հատկապես նրա վաղ շրջանում:

Ստամոքսի քաղցկեղը տալիս է բազմաթիվ կլինիկո-ունտգենոլոգիական և պաթոանատոմիական ձևեր: Ստամոքսում հայտնաբերված ունտգեննարանական փոփոխությունները, լինելով զանազան բնույթի, հաճախակի նմանեցնում են արդ օրգանի շատ ուրիշ հիվանդություններ՝ ուռուցքային, բորբոքային կամ այլ ծագումով: Այդ հանգամանքը ծայր աստիճան դժվարացնում է ստամոքսի քաղցկեղի և մի շարք պաթոլոգիկ դրությունների դիֆերենցիալ դիագնոստիկան:

Ռենտգենոլոգները իրենց գործնական աշխատանքում մեծ դժվարությունների են հանդիպում, երբ անհրաժեշտություն է լինում առկա փոփոխությունները դիֆերենցելու ստամոքսի քաղցկեղի և խոցային հիվանդության միջև: Այստեղ մենք հատկապես նկատի ունենք խրոնիկական կալլոզ և ներթափանցող խոցերի անօսականները:

Դժվար է նաև կլինիկոսին և ունտգեննարանորեն ստամոքսի քաղցկեղը տարբերել բարորակ նորագոյացություններից, ռիզիդ, անտրալ զստորիտներից, ստամոքսի տուրբրկուլյոզից և այլ հազվադեպ հիվանդություններից: Ստամոքսի քաղցկեղը, որոշ դեպքերում, սկզբնական շրջաններում առաջացնում է նիշայածև ստվերներ նրա եզրերի կամ լորձաթաղանթի վրա: Այդ քաղցկեղային նիշայածև ստվերները մեծ նմանություն ունեն խրոնիկական խոցերի հետ: Ինչպես այս երկու հիվանդությունների, աչնպես էլ մնացած պաթոլոգիաների դեպքում դիագնոստիկ սխալներից կարելի է խուսափել կամ նրանց թիվը նվազեցնել, եթե բոլոր հիվանդները պարտադիր կերպով ենթարկվեն մանրակրկիտ ունտգենյան, կլինիկական լաբորատոր քննության:

Կարևոր տեղ են գրավում ունտգենոլոգ բժիշկների որակավորումը շարունակ բարձրացնելու և ունտգենյան կաբինետները ժամանակակից սարքավորումներով ապահովելու հարցերը:

ЛИТЕРАТУРА

1. Германовский И. И., Рентгенодиагностика злокачественного перерождения язв желудка. Советская медицина 6, 1949.
2. Гольдштейн Л. М., Возможности современных методов рентгенологического исследования для распознавания рака желудка. Вестник рентгенологии и радиологии, 5, 1953.
3. Певзнер М. И., Вопросы патологии органов пищеварения, 1951.
4. Ратнер Л. М., Прекарциноматозы пищеварительного тракта. Проблемы клинической онкологии, 1936.
5. Рейнберг С. А., Рентгенологическое распознавание рака желудка. Библиотека практического врача, 1952.
6. Тарнопольская П. Д., Доброкачественные опухоли желудка и их злокачественное превращение. Советская медицина 6, 1949.
7. Фанарджян В. А. и Сагателян Г. М., К вопросу о ранней рентгенодиагностике рака желудка. Рефераты и тезисы межреспубликанского совещания онкологов и рентгенологов Азербайджанской, Армянской и Грузинской ССР, Тбилиси, 1951.
8. Фанарджян В. А. и Сагателян Г. М., К вопросу об изъязвлении при раке желудка. Вопросы рентгенологии и радиологии, Москва, 1955.
9. Федореев А. С., Клинические особенности язв желудка с наличием ракового превращения. Сборник научных работ, посвященный проф. Н. Н. Петрову, 1939.
10. Федореев А. С., Клинические и рентгенологические ошибки при диагностике рака желудка. Клини. медицина 11, 1938.
11. Bückner J., Gastritis, Ulkus und Karzinom. Stuttgart, 1950.
12. Bückner J., Die diagnose des Kleinen Magenkrebses, Berlin, 1944.
13. Gutmann R. A., Bertrand J. et Peristiany., Le cancer de l'estomac au debut, 1939.
14. Prevot R., Der Kleine Magenkrebs, в книге Schinz H. R., Glauber R.—Uehlinger E. Roentgendiagnostik. Ergebnisse, 1952—1956.
15. Prevot R., Der Magenschleimhautprolaps, там же.