

В. А. ФАНАРДЖЯН, Гр. А. ДАНИЕЛЯН

ЗНАЧЕНИЕ ТЕХНИКИ И МЕТОДИКИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЖЕЛУДКА*

Рентгенологическое исследование является ведущим в диагностике опухолевых заболеваний желудка.

Квалифицированное рентгенологическое исследование включает в себя тщательную рентгеноскопию в различных положениях, рентгенографию обзорную и прицельную. Эти два метода являются основными, и только при полном их использовании можно говорить о квалифицированном рентгенологическом исследовании.

Одним из французских ученых Массе [19] в книге под названием «Маленький рак желудка», вышедшей в свет в 1961 г., было высказано мнение, что изучение картины наполнения является достоянием французской школы, а рельефа слизистой—немецкой. Между тем известно, что и картина наполнения и рельеф слизистой весьма подробно изучались и изучаются в Советском Союзе и эти вопросы достаточно хорошо отражены в нашей рентгенологической литературе.

Еще в 1931 г. В. А. Фанарджяном на VI Всесоюзном съезде рентгенологов и радиологов в Москве был сделан доклад о значении исследования рельефа слизистой желудка при различных его заболеваниях. Тогда же был сделан доклад Г. И. Хармандаряном с соавторами на ту же тему.

Нам хочется также отметить, что в 1936 г. во Франции была напечатана наша статья о значении исследования рельефа слизистой желудка в диагностике рака и показано большое значение картины рельефа слизистой в его диагностике.

Но мы не отрицаем роли французских исследователей в этом вопросе, в частности Гютмана [17], который проделал большую работу в вопросе изучения картины наполнения желудка при его раковых заболеваниях. В 1956 г. он опубликовал свою книгу под названием: «Диагностика рака желудка в полезном периоде». Книга вносит определенный вклад в рентгенологическую литературу по гастроэнтерологии и является, несомненно, полезной.

В дополнение к классическим за последнее десятилетие был предложен ряд специальных методов исследования.

* Должено на X научной конференции Института рентгенологии и онкологии 27 января 1966 г.

1. Так называемая фармакорADIOграфия (использование прозерина, морфина, амилнитрита и других препаратов с целью усиления перистальтики, изменения тонуса, снятия спазма и пр.).
2. Двойное контрастирование—введение бариевой взвеси и воздуха.
3. Париетография и пневмоперитонеум.
4. Рентгенокинематография и рентгенотелевидение.
5. Томография.

Все эти методы используются рентгенологами по показаниям как дополнение к основным методам исследования. Не всегда необходимо применение дополнительных методов; часто основные методы решают диагностическую задачу.

Вопрос о сроке развития рака желудка до появления клинических симптомов недостаточно освещен в литературе. В наших наблюдениях имеются отдельные случаи с сравнительно большой продолжительностью течения ракового процесса—2—2,5 года после первой рентгенологической диагностики, на что указывает также Порше [21] и о чем докладывали Кох и Маурер [18] на последнем конгрессе рентгенологов в Риме. Эти авторы при поступлении больных в клинику старались получить рентгенограммы с предыдущего исследования, которое было произведено за несколько месяцев или даже больше года тому назад. На этих рентгенограммах ретроспективно были обнаружены признаки рака желудка, получившие подтверждение на операции. Об этом докладывали в Москве на III Всесоюзной конференции онкологов.

Обычные приемы исследования, направленные на изучение картины наполнения и рельефа слизистой области дна желудка вместе с кардиальной и субкардиальной частью, не всегда оказываются достаточными и не дают желаемых результатов. Поэтому большое внимание уделяется прицельным рентгенограммам, двойному контрастированию (воздух, барий), пневмоперитонеуму, париетографии и рентгенокинематографии. Исследование больных в вертикальном и горизонтальном положениях, в косых и боковых проекциях, а также рентгенография в положении латеропозиции являются необходимым условием в диагностике рака желудка. Применение этих специальных методов исследования в некоторых случаях позволяет диагностировать опухоли нижнего конца пищевода и верхнего отдела желудка в начальной стадии болезни.

Область кардии, свода и субкардиальной области объединяются под названием верхнего отдела желудка.

В разработке методики исследования опухолей верхнего отдела желудка принимали участие Ю. Н. Соколова [9, 10], И. Л. Тагер [11], С. А. Коппельман [4], Г. М. Сагателян [8], И. А. Шехтер [13], Порше [20] и др.

Как показали исследования Ю. Н. Соколова [10] и Б. Б. Антонович [2], исследование верхнего отдела желудка должно проводиться как в сагитальной, так и в боковой проекции, что является необходимым условием для уточнения локализации этих опухолей. Показано применение дополнительных методов: двойного контрастирования, париетогра-

фии, пневмоперитонеума. Предпочтение отдается исследованию больного в вертикальном положении, куда включается и томографическое исследование, о чем свидетельствуют и другие исследователи [1, 3, 5, 6, 8, 12 и др.].

Однако не теряют своего значения и обычные методы рентгенологического исследования.

Наиболее часто раковой опухолью поражается желудок, и в первую очередь, пилорическая часть и малая кривизна, затем область кардии, в результате чего эти области должны подвергаться тщательному осмотру. Помимо обзорных, нужны также прицельные серийные снимки, которые по резкости изображения значительно превосходят рентгенокинематографические снимки. Необходимо тщательное изучение контура малой кривизны для обнаружения изменений на малом ограниченном участке

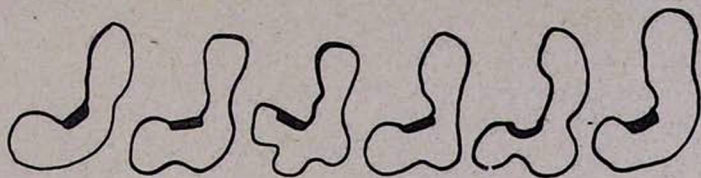


Рис. 1.

в картине наполнения, изучение рельефа слизистой—нарушение хода складок (схождение к месту опухоли, обрыв складок у края опухоли).

Малая кривизна антральной части наиболее часто поражается опухолью. За последнее десятилетие этот отдел желудка усиленно изучается французскими рентгенологами [17, 19 и др.] и, можно сказать, безуспешно. Методика, предложенная Гютманом [17], заслуживает внимания.

Основным вопросом его учения является картина наполнения. По его мнению, начальный рак можно распознать с помощью обычной техники исследования. Изменения, которые описываются Гютманом, представляют ограниченные неподвижные зоны, которые могут менять свое положение под влиянием перистальтики наподобие доски на волнах (рис. 1).

Порше [21] обращает внимание на то, что у здоровых лиц угол желудка при исследовании в стоячем положении представляется острым, при опухолях же этот угол становится тупым.

Однако нельзя согласиться с мнением этих авторов, что исследование рельефа слизистой в диагностике рака желудка не имеет значения и даже может скрыть имеющиеся изменения.

Порше имеет большой опыт по применению морфина для целей усиления перистальтики желудка. Он отмечает, что в 1/3 всех случаев тонус желудка оказывается пониженным и имеются показания для применения морфина.

На IX Международном конгрессе Проше [21] выступал с докладом о значении морфина в желудочной рентгенологии на основании 1500 наблюдений.

Нами был сделан доклад о применении прозерина для усиления перистальтики желудка. Одновременно нами было указано, что прозерин не обладает побочным действием, как это имеет место при применении морфина, о чем свидетельствовал и Берг [14].

Советская рентгенология твердо стоит на позиции полноценного рентгенологического исследования—изучения рельефа слизистой и картины тугого наполнения, полноценного полипозиционного рентгеноскопического исследования и производства прицельных рентгенограмм, равно как применение по показаниям дополнительных методов исследования.

Среди большого многообразия опухолей пищеварительного тракта благодаря работам патолого-анатомов, хирургов и рентгенологов выделены четыре основные формы: полипоидные, чашеподобные, изъязвленные и диффузные. Они наблюдаются на всем протяжении пищеварительного тракта. Хорошо известна рентгенологическая картина чашеподобной карциномы, наблюдаемой на пищеводе, желудке и кишечнике.

Необходимо отметить, что изъязвление опухолей—частое явление и может наблюдаться при начальных формах. Рентгенологическое исследование способствует их обнаружению и дифференцированию от пептической язвы.

Париетография—комбинированное исследование при помощи пневмоперитонеума и заполнения воздухом полости желудка—дает возможность получить изображение толщины стенок желудка (2, 7, 9, 10, 13 и др.).

На париетограммах желудка в прямой и боковой проекциях хорошо прослеживается одинаковая толщина стенки желудка, несколько увеличенная из-за большого расстояния между желудком и рентгеновской пленкой.

Париетография играет существенную роль в уточнении локализации и протяженности ракового процесса по стенкам желудка и перехода на соседние органы и ткани.

Из дополнительных методов мы остановились на применении прозерина и париетографии.

Таким образом, как показали наши исследования, применение прозерина может оказать (в соответствующих случаях) определенную помощь в распознавании рака антральной части желудка. Его применение показано при атонических состояниях желудка, когда не удается изучение контурных изменений.

Париетография является дополнительным методом, уточняющим степень распространения ракового процесса в пределах стенки желудка. Показано дальнейшее изучение этого сравнительно нового дополнительного метода.

Диагностика и изучение предопухолевых заболеваний органов пищеварительного тракта является важным звеном в ранней и своевременной диагностике (хронические язвы желудка, полипы, хронические воспалительные процессы).

В заключение следует отметить, что квалифицированное рентгено-

логическое исследование возможно при наличии подготовленных кадров и современной рентгеновской аппаратуры. Своевременное направление больных на рентгенологическое исследование, наличие онкологической настороженности является хорошей гарантией своевременной диагностики.

Армянский институт рентгенологии
и онкологии

Поступило 10/VI 1968 г.

Р. А. ՖԱՆԱՐՋՅԱՆ, Գ. Ա. ԴԱՆԻԵԼՅԱՆ

ՌԵՆՏԳԵՆԱԲԱՆԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՏՆԽԵՆԿԱՅԻ ՈՒ ՄԵԹՈԴԻԿԱՅԻ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ՍՏԱՄՈՔՍԻ ՔԱՂՅԿԵՂԸ ԱՆՏՈՐՈՇՆԵԼԻՍ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ստամոքսի քաղցկեղը ախտորոշելիս մեծ նշանակություն ունեն ռենտգենաբանական հետազոտության տեխնիկան ու մեթոդիկան:

Ֆրանսիական դպրոցը՝ Գյուտմանի գլխավորությամբ, պրոպագանդում էր լցման պատկերի ուսումնասիրությունը:

Սովետական Միությունում ստամոքսի քաղցկեղի ախտորոշման գործում մեծ նշանակություն է տրվում ինչպես լցման պատկերի, այնպես էլ լորձաթաղանթի ռենտգենային ուսումնասիրությանը: Միշտ չէ, որ հետազոտության սովորական եղանակները բավարար են անհրաժեշտ արդյունքի հասնելու համար: Ուստի հարկ է լինում դիմել հետազոտության լրացուցիչ եղանակների (կրկնակի կոնտրաստավորում, պարիետոգրաֆիա, պնևմոպերիտոնեոմ, ֆարմակոնադիոգրաֆիա): Պարիետոգրաֆիան ճշտում է քաղցկեղային պրոցեսի տարածման աստիճանը ստամոքսի պատերում: Ստամոքսի անտրալ մասում քաղցկեղային պրոցեսի տարածումը որոշելիս մեզ օգնում է պրոզերինի գործադրումը: Նրա գործադրումը ցուցված է ստամոքսի առոնիկ դրության ժամանակ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аброзайтис К. И. Тезисы докладов VIII Всесоюзного съезда рентгенологов и радиологов. М., 1964, стр. 93.
2. Антонович Б. Б. Вестник рентгенологии и радиологии, 1962, 3, стр. 21.
3. Каган Е. М. Клиническая медицина, 1959, I, стр. 61.
4. Копельман С. А. Труды научной сессии Центрального института рентгенологии и радиологии. М., 1947, стр. 278.
5. Кучеров Е. Г. Казанский медицинский журнал, 1962, стр. 61.
6. Новиков В. Г. Хирургия, 1964, 8 стр. 31.
7. Пушкарева Н. М. Труды Института рентгено-радиологии, т. XI. М., 1964.
8. Сагателян Г. М. Известия АН Арм. ССР, 1951, т. 4, 9, стр. 23.
9. Соколов Ю. Н., Говзман С. П. В кн.: Вопросы методики рентгенологического исследования. М., 1961, стр. 17.
10. Соколов Ю. Н. Вестник рентгенологии и радиологии, 1959, 4, стр. 3.
11. Тагер И. Л. Ошибки и трудности в рентгенодиагностике рака желудка. М., 1959.
12. Фирсов Е. Ф. Клиническая медицина, 1965, 7, стр. 58.

13. Шехтер И. А., Медведева Н. Т. Тезисы докладов VIII Всесоюзного съезда рентгенологов и радиологов. М., 1961, стр. 77.
14. Berg H. H. Röntgeuntersuchungen am Innenrelief des Verdauungskanal. Leipzig, 1930.
15. Fanardjan B. A. J. de Radiologie et d'Electrologie, 1936, 20, 4, 234.
16. Fanardjan B. A., Danilelian H. A. Funktionelle Veränderungen des Magen-Darm-Traktes unter „Einfluss einiger pharmakologischer Präparate im Röntgenbild. IX. Internationaler congress of Radiology. Abhandlungen, 1961, I, 300.
17. Gutmann R. A. Le diagnostic du cancer d'estomac a la période utile. Paris, 1956.
18. Koch W. a. Maurer H. J. Röntgenologische Frühdiagnostik des Magenkarzinoms. XI. Internationaler Congress für Radiologie Zusammenfassungen. Roma, 1965, 299.
19. Massa J. Le petit cancer de l'estomac. Paris, 1961.
20. Porcher P., Stossel H. U., Mainguet P. Klinische Radiologie des Magens und des Zwölffingerdarms. Stuttgart, 1959.
21. Porcher P. Valeur diagnostique de la morphine comme „modificateur de compartement“ de l'estomac intérêt de l'association morphihecine. IXth international congress of radiology, Traité, 1961, I, 261.
22. Sokolow Y. N., Antonowitsch N. B. Zur Röntgendiagnostik des oberen Magenabschnitts. Fortschr. Röntgenstr., 1961, 95, 5.
23. Schops T. La grosse tubérosité de l'estomac. Paris, 1961.