

Г. М. САГАТЕЛЯН, М. Г. БАГДАСАРЯН

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
РАКА АНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА И ХРОНИЧЕСКОГО
РИГИДНОГО АНТРАЛЬНОГО ГАСТРИТА

Патологические процессы в желудке, как известно, в большинстве случаев локализуются в дистальной части его — в антральном отделе, где, по литературным данным [8, 9], наблюдается 40—60% рака желудка. Этот отдел, как правило, является местом локализации полипов, язв, а также ригидных гастритов, выделенных отечественными авторами А. Н. Рыжих и Ю. Н. Соколовым в отдельную группу ригидных антральных гастритов [6].

Несмотря на то, что дифференциальная диагностика рака и хронического гастрита вообще в настоящее время хорошо изучена, рентгенологически, как известно, вопрос этот представляет значительные трудности при локализации патологического процесса в антральном и выходном отделах, особенно при явлениях сужения и деформациях антрального отдела.

Ригидным или хроническим антральным гастритом обозначают такую форму длительно протекающего воспалительного поражения стенки желудка, которая занимает преимущественно выходной или антральный отдел, характеризуется неясной клинической картиной, своеобразными рентгенологическими признаками и определенными патоморфологическими изменениями. При этом виде гастрита наблюдаются следующие симптомы: длительные диспептические расстройства, ахилия и рентгенологические изменения антрального отдела желудка. Больные жалуются на тошноту, рвоту, потерю аппетита, тупые ноющие боли, не связанные с приемом пищи. Пальпация области желудка в большинстве случаев ничего не дает. Исследование желудочного сока зачастую дает ахилию, редко наблюдается положительная реакция на кровь. Среди исследованных 88 больных антральным гастритом мы лишь у трех не наблюдали в желудочном соке отклонений от нормы. Продолжительность заболевания в большинстве случаев весьма значительная, что подтверждается и нашими наблюдениями.

Необходимо отметить, что при ригидном антральном гастрите патологический процесс захватывает не только слизистую оболочку, но также и подслизистый слой, а в более поздних стадиях — мышечную оболочку и даже переходит на серозную оболочку, вызывая явления перигастрита. В результате воспалительных изменений, а также функциональных нарушений часто наступает склеротическое уплотнение и

утолщение стенки антрального отдела. При развитии перигастрита еще больше изменяется форма и нарушается моторная функция пилорического отдела желудка.

Чем же объясняется такое преимущественное поражение стенки антрального отдела? Некоторые авторы [6 и др.] указывают, что главную роль здесь зачастую играет, несомненно, физиологически более интенсивная моторная функция выводного отдела желудка, что создает условия для повышенной ранимости слизистой оболочки этого отдела, особенно при наличии спазма привратника. Кроме того, большое значение имеют также морфологические особенности строения слизистой оболочки и желез этого отдела желудка.

Одной из характерных особенностей антрального отдела является его свойство изменять свою форму почти при любом патологическом процессе. Изучение этих деформаций имеет большое практическое значение. Так как патологические процессы в этом отделе нередко ведут к нарушению эвакуации, то при рентгенологическом исследовании одной из частых причин затруднения дифференциальной диагностики является наличие пищевых масс в желудке, что мешает получить представление о состоянии внутреннего рельефа и краевых контуров антрального отдела.

При ригидном антральном гастрите рельеф слизистой в антральном отделе изменен, сам антральный отдел сужен при одновременном увеличении угла между осями тела и выходной части желудка. Изменения со стороны мышечного слоя превращают выходную часть желудка в узкий конический трубкообразный канал с плотными ригидными стенками, в значительной степени теряющими свою податливость и эластичность. Естественным следствием этого является частичная или полная утрата способности к перистальтике. Таким образом, при ригидном антральном гастрите отмечается изменение рельефа слизистой, ригидность стенок, ослабление или полное отсутствие перистальтики деформированного, конически суженного выходного и антрального отдела желудка.

По данным литературы и нашим наблюдениям, ригидный антральный гастрит может подвергаться озлокачествлению, что должно настоятельно рабаивать рентгенологов и клиницистов.

Приведенные клинические и рентгенологические симптомы могут наблюдаться и при раке антрального отдела желудка, особенно в начальных стадиях его развития. Поэтому дифференциальная диагностика этих заболеваний часто весьма затруднительна.

В литературе имеется целый ряд работ, посвященных вопросам дифференциальной диагностики антрального гастрита и рака этого отдела. Однако наблюдения и литературные данные свидетельствуют, что только на основании данных обычного рентгенологического исследования определить характер заболевания удастся не всегда, т. к. эти два заболевания большей частью имеют не только одинаковую клиническую картину, но и рентгенологическую. Поэтому нередко возникает

необходимость применения ряда дополнительных рентгенологических методов исследования рельефа внутренней поверхности антрального отдела и его контуров. Предложен целый ряд дополнительных методов, которые существенным образом повысили разрешающую способность рентгенологического метода исследования.

Так, М. М. Большаковой [3] предложена специальная методика «перемещения» контрастного вещества из дистального отдела желудка в верхний путем переведения больного из горизонтального положения на левом боку в положение — лицом вниз со значительно приподнятым тазом и упором на плечевой пояс и согнутые колени. Нами при патологии антрального отдела желудка описанный метод был применен у ряда больных, и мы должны отметить, что каких-либо преимуществ перед применяемой латероскопией и латерографией на левом и правом боку этот метод не дал.

Джигантурко (цит. по М. М. Большаковой) предложил так называемую методику «двойного контраста»: через желудочный зонд в желудок вводится бариевая взвесь, а затем вазелиновое масло (а—а 30,0). По данным автора, этот метод дает несколько более четкий рисунок рельефа внутренней поверхности желудка и его контуров. Нами этот метод не применен и поэтому говорить о его преимуществах мы не можем.

При исследовании антрального отдела желудка нами широко применялись латероскопия и латерография, париетография, двойное контрастирование (введение в желудок бариевой взвеси и газа).

Как известно, при исследовании больного в вертикальном положении не всегда удается даже компрессией заполнить антральный и выходной отделы желудка. Этого можно достичь латероскопией на правом боку. При этом контрастная масса скопляется в выходном отделе, дает картину тугого заполнения и выявляет его контуры. При опухолевом поражении наблюдается неровность и изъеденность контуров этого отдела, в то время как при ригидном гастрите отмечается некоторое сглаживание контуров. При укладывании после этого больного на левый бок контрастная масса скопляется в области свода, тела желудка, а антральный отдел освобождается от контраста (в этом положении больного антральный отдел расположен выше, чем верхний отдел желудка). Газ, который всегда имеется в желудке или который можно ввести в желудок, тоже переходит в антральный отдел, смазанный барием. Таким образом, в этом отделе получается двойное контрастирование, а именно: на фоне газа и бария получается картина рельефа слизистой, что не всегда удается при обычном исследовании, особенно при деформациях и сужениях. Если при антральном гастрите выявляется только изменение рельефа слизистой, то при опухолях можно иногда видеть тень опухоли, смазанной тонким слоем бария. Латероскопия на правом или левом боку является также ценной для определения смещения желудка, что имеет значение как при опухолях, так и при наличии спаек.

Ряд авторов [1 и др.] в последнее время широко применяет двойное контрастирование. Этот метод при исследовании на латероскопе способствует проекционно-объемному восприятию изображений на экране при поворотах больного вокруг продольной оси. При новообразованиях удается видеть тень опухоли, покрытую слоем бария, чего не наблюдается при ригидном гастрите.

Кроме того, при дифференциальной диагностике рака и антрального гастрита применяется фармакорентгенография, при которой используются препараты для выявления изменения тонуса и перистальтики (прозерин, морфин, амилнитрит и др.). Прибегать к фармакорентгенографии следует в тех случаях, когда при обычном рентгенологическом исследовании выявляется отсутствие перистальтики в антральном отделе. При комбинации медикаментозных средств с латероскопией на правом боку возможно определить отсутствие перистальтики, что чаще наблюдается при злокачественной инфильтрации или, наоборот, на основании усиления или появления перистальтики исключить малигнизацию.

В последние годы как в отечественной, так и зарубежной литературе появились сообщения о применении париетографии при опухолях желудка, особенно его верхнего отдела [5, 7]. Однако при диагностике заболеваний антрального отдела этот метод, как указывают И. А. Шехтер и Н. Т. Медведева [10], используется незаслуженно редко. Лишь некоторые авторы [2, 4] указывают на целесообразность применения париетографии при изменениях выходного отдела желудка.

На методике париетографии мы в данной работе не останавливаемся, т. к. об этом у нас имеется опубликованная работа*.

Как показывают наблюдения и данные литературы, париетография намного расширяет представление о характере патологического процесса антрального отдела и дает много ценного при дифференциальной диагностике рака и антрального гастрита. Известно, что в норме на париетограммах толщина стенки желудка 3—5 мм (если раздуть желудок большим количеством газа, то стенки будут иметь на париетограммах меньшую толщину).

Путем изменения количества газа, введенного в желудок, под контролем экрана можно определить растяжимость стенок антрального отдела, наблюдая за изменением толщины их. Однако известно, что нарушение эластичности стенок наблюдается как при ригидном гастрите, так и при опухолях, поэтому при дифференциации этих заболеваний имеет значение не только утолщение стенки, но также и вид утолщения — равномерное или неравномерное. При инфильтрирующих формах рака в отличие от ригидного антрального гастрита на париетограммах отмечается неравномерное утолщение стенок (до

* Г. М. Сагателян, М. Г. Багдасарян. Рак верхнего отдела желудка и значение париетографии в его диагностике. Вопросы рентген. и онкологии, т. 8, Ереван, 1965.

1,5—3 см) и потеря эластичности. При антральном же гастрите стенка может быть несколько равномерно утолщена с сохранением или потерей эластичности. При этом в отличие от обычных рентгенограмм удается уточнить и протяженность патологического процесса, тем самым предвидеть объем предстоящего хирургического вмешательства. При опухолях антрального отдела с помощью париетограмм можно определить особенность роста—эндо- или экзофитного, а также поверхность опухоли и отношение желудка к окружающим органам. Тень опухоли хорошо выявляется при сочетании париетографии с томографией.

При наличии спаек антральной области, а также при переходе опухолевого процесса на соседние органы газ, введенный в брюшную полость, может не окутывать пораженный участок (антральный и выходной отделы), т. е. со стороны большой и малой кривизны не выявляется газовая прослойка. На основании только этого симптома говорить о характере патологического процесса нельзя, ибо известно, что даже в норме иногда введенный газ с трудом проникает в область сальника [5]. Поэтому при отсутствии газовой прослойки вокруг антрального отдела желудка трудно судить о том, имеется ли переход опухолевого процесса на соседние органы или имеются перигастрические сращения на почве хронического воспалительного процесса. Здесь уже для дифференциации имеют значение и другие симптомы. Следовательно, париетография не всегда позволяет отличить сращение желудка на почве гастрита от прорастания опухоли антрального отдела в соседние органы и ткани.

Таким образом, можем отметить, что на париетограммах при антральном ригидном гастрите толщина стенки обычная или несколько равномерна утолщена, перистальтика и эластичность могут быть нарушены. Неравномерное же утолщение стенки, потеря эластичности и отсутствие перистальтики, а также наличие тени опухоли свидетельствуют об опухолевом поражении. Париетография, несомненно, является важным дополнительным методом исследования, который нередко дает ценные данные для дифференциации заболеваний антрального отдела. Однако следует отметить, что в практической работе могут наблюдаться такие случаи, когда даже применение париетографии не позволяет дифференцировать ограниченное карциноматозное утолщение стенки от утолщения воспалительной природы или на почве склеротических изменений язвенного характера [10]. Г. М. Сагателян, И. А. Шехтер и Н. Т. Медведева и др. [8, 10] указывают, что в таких случаях необходимо учитывать все клинические и рентгенологические данные, применять при необходимости противовоспалительное лечение, а также проводить динамическое наблюдение.

Приводим несколько наблюдений.

Больная А. Р., 52 года. Поступила с жалобами на боли в эпигастриальной области, тошноту, похудание, общую слабость. За 5 мес. до поступления у больной был диагностирован ригидный антральный гастрит с подозрением на озлокачествление. От

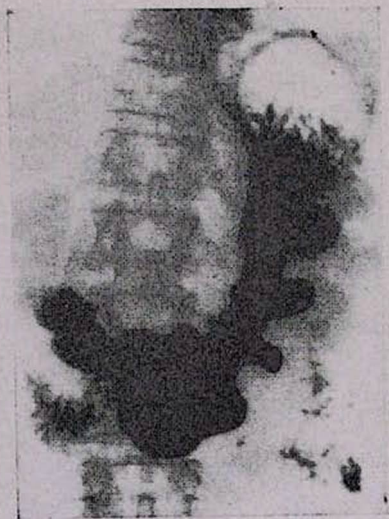


Рис. 1.



Рис. 2.

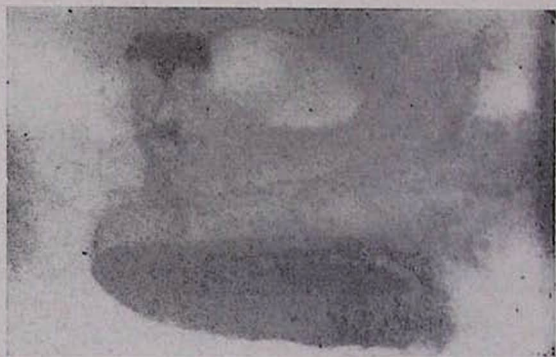


Рис. 3.

предложенной операции больная отказалась. При рентгенологическом исследовании желудка выявлена неровность контуров и недостаточное разворачивание антрального отдела, где отсутствует перистальтика даже после введения прозерина (рис. 1), в то время как в других отделах перистальтика выражена. Рентгенологический диагноз—хронический ригидный антральный гастрит с озлокачествлением. Больная вновь отказалась от операции. Через 9 месяцев у больной рентгенологически диагностирован циркулярный, изъязвленный рак антрального отдела. На операции обнаружен инфильтративный рак антрального отдела.

Приведенное наблюдение подтверждает необходимость хирургического вмешательства при ригидном антральном гастрите с подозрением на озлокачествление.

Больной Н. А., 63 года. Жалуется на боли в эпигастриальной области, иногда рвоту, общую слабость. При обычном рентгенологическом исследовании получить картину заполнения антрального отдела желудка не удалось, поэтому произведена латерография на правом боку (рис. 2). Антральный отдел разворачивается, со стороны большой кривизны отмечается некоторая неровность контуров. При латерографии на левом боку (рис. 3) в антральном отделе определяется на фоне газа небольшое бариевое депо с неровными контурами. Рентгенологический диагноз—рак антрального отдела (изъязвление)—подтвержден оперативно.

Больной М. Г., 53 года. Жалуется на боли в области желудка после приема пищи, иногда рвоту, похудание. При обычном рентгенологическом исследовании в антральном отделе желудка со стороны большой кривизны определяется дефект наполнения с неровными контурами. Дополнительно произведена париетография. На париетограмме видна стенка желудка между двумя прослойками газа, стенка антрального отдела со стороны большой кривизны инфильтрирована, неравномерно утолщена. Под воздействием газа антральный отдел полностью не разворачивается. Рентгенологический диагноз—эндофитная опухоль антрального отдела желудка—подтвержден оперативно и гистологически.

Таким образом, резюмируя сказанное, можем отметить, что несмотря на применение ряда дополнительных рентгенологических методов исследования, в некоторых случаях все же остается нерешенным вопрос точной диагностики заболеваний антрального отдела. Этим диктуется необходимость держать больных под наблюдением, а иногда прибегать к хирургическому вмешательству. Такой подход будет всегда правильным и гарантирует положительные результаты оперативного вмешательства.

Армянский институт рентгенологии
и онкологии

Поступило 11/XI 1968 г.

Հ. Մ. ՍԱՂԱԹԵՆՅԱՆ, Մ. Գ. ԲԱՂԴԱՍԱՐՅԱՆ

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԵՎՔԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԵՎ ՌԻԳԻԴ ՍՏԱՄՈՔՍԱՐՈՐԻԻ
ԿԼԻՆԻԿԱ-ՌԵՆՏԳԵՆՈՂԻԿԱԿԱՆ ԱՆՏՐՈՂԻՏՈՒՄԸ

Ա. մ. փ. ո. փ. ո. մ.

Ստամոքսի ելքային մասը համարվում է նրա ամենախոցելի տեղերից մեկը, որտեղ տեղակայվում է ստամոքսի հիվանդությունների ճնշող մեծամասնությունը, այդ թվում նաև քաղցկեղը, որը մոտ 40—60% տեղակայվում է այդ հատվածում:

Ստամոքսի ելքային մասի քաղցկեղի և ուղիղ ստամոքսաբորբի կլինիկա-ռենտգենաբանական պատկերներն այնքան նման են միմյանց, որ հաճախ նրանց տարբերական ախտորոշումը չափազանց դժվար է լինում: Որպեսզի հնարավոր լինի ճիշտ ախտորոշել, անհրաժեշտ է քննության ժամանակ օգտագործել ռենտգենյան մի շարք այլ լրացուցիչ միջոցներ՝ պարիետոգրաֆիա, կրկնակի կոնտրաստավորում, լատերոգրաֆիա, շերտավոր նկարահանումներ, ֆարմակո-ռենտգենոգրաֆիա և այլն:

Սակայն, երբեմն նույնիսկ այդ լրացուցիչ մեթոդների օգտագործումն անգամ չի տալիս ցանկալի արդյունքներ, և հիվանդությունը մնում է անճանաչելի, ուստի նման դեպքերում մենք նպատակահարմար ենք գտնում դիմել ախտորոշիչ որովայնահատման և նույնիսկ ստամոքսի մասնակի հատման: Այսպիսի մոտեցումը կապահովի քաղցկեղի կանխումը և դա կլինի քաղցկեղի վաղաժամ բուժման ամենալավ օրինակը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Асланов Т. Т. Тезисы VI Республиканской конференции рентгенологов, радиологов, онкологов. Баку, 1966, стр. 12.
2. Антонович В. Б. Вестник рентгенологии и радиологии, 1962, 3, стр. 21.
3. Большакова М. М. Вопросы онкологии, 1956, 2, стр. 145.
4. Пушкарева Н. М. Труды Института рентгено-радиологии, т. XI, М., 1964.
5. Розенцтраух Л. С., Пушкарева Н. М. Хирургия, 1964, 8, стр. 58.
6. Рыжих А. Н., Соколов Ю. Н. Хирургия, 1947, 4, стр. 34.
7. Сагателян Г. М., Багдасарян М. Г. Вопросы рентгенологии и онкологии, т. 8. Ереван, 1965, стр. 25.
8. Сагателян Г. М. Рентгенодиагностика заболеваний пищевода, желудка и гастроскопия. Ереван, 1966, стр. 240.
9. Фанарджян В. А. Рентгенодиагностика заболеваний пищеварительного тракта, т. I, Ереван, 1961, стр. 151.
10. Шехтер И. А., Медведева Н. Т. Врачебное дело, 1966, 4, стр. 64.
11. Sokolow J. W., Antonowitsch W. B. Fortschr. Röntgenstr., 1961, 95, 5, 585.