

Бодров Ю. Д. *кандидат мед. наук.*

К рентгенодиагностике
стенозирующего рака желудка способом
двойного контрастирования. Стр. 35-43.

*Опубликована в сборнике научных трудов
под редакцией профессора И. П. Королюка
«Двойное контрастирование
пищеварительного тракта».
г. Куйбышев, 1987.*

В. А. Хлыстов, Ю. Д. Бодров

К РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО РАКА ЖЕЛУДКА СПОСОБОМ ДВОЙНОГО КОНТРАСТИРОВАНИЯ

В последние годы наблюдается тенденция к уменьшению количества больных язвенной болезнью пилородуоденальной зоны, осложненной явлениями декомпенсированного стеноза. Это связано с эффективностью профилактических осмотров населения, диспансерного наблюдения за данным контингентом больных, клинико-морфологическими особенностями заболевания и своевременностью

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
КУЙБЫШЕВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
им. Д. И. УЛЬЯНОВА

ДВОЙНОЕ КОНТРАСТИРОВАНИЕ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Сборник научных трудов
под редакцией
профессора И. П. Королюка

хирургического лечения. В то же время сейчас более остро стоит проблема рентгенодиагностики стенозирующего рака желудка с целью выбора тактики лечения и определения объема хирургического вмешательства. Запросы современной клиники требуют постановки диагноза с указанием точной локализации и степени распространенности патологического процесса. Однако до настоящего времени врачи-рентгенологи нередко ограничиваются заключением о наличии «органического стеноза» без уточнения его причин. Эндоскопическое исследование при деформациях пилородуоденальной области часто также неэффективно из-за трудности в проведении эндоскопа и получения материала для биопсии (Соколов Л. К., 1975).

Портной Л. М. и Туровский Б. М. (1983) констатируют, что несмотря на совершенствование современной рентгенологии в распознавании заболеваний желудочно-кишечного тракта (внедрение рентгенотелевидения, совершенствование методик исследования и т. д.), рентгенологические возможности диагностики органических стенозов выходного отдела желудка не получили достаточно полного развития и остаются в основном такими же, как и прежде. Вероятно, этим и объясняется то, что такая специальная и в практическом отношении важная тема почти не получила надлежащего отражения даже в солидных руководствах по рентгенодиагностике заболеваний желудка, причем как в отечественных, так и зарубежных (Соколов Ю. Н., Антонович В. Б., 1981). На особенности методики рентгенологического исследования при стенозирующем раке желудка в свое время обратили внимание Соколов Ю. Н. и Рудерман А. И. (1947), Тагер И. Л. (1959).

Сложность дифференциальной диагностики рубцового и ракового сужения общезвестны из-за наличия многих черт сходства. «Трудности почти всегда заключаются в том, — писал И. Л. Тагер (1959), — что, выявив эктазированный желудок с большим количеством жидкости, проследив за его опорожнением и убедившись в наличии многодневного остатка контрастной массы, рентгенолог ограничен в своих дальнейших поисках вследствие переполнения желудка жидкостью и остатками пищи. Как показывает опыт, при резко выраженном стенозе никакие откачивания жидкости из желудка не помогают «осушить» его до такого состояния, чтобы без добавочных приемов получить картину рельефа слизистой хотя бы пилорического отдела». Соколов Ю. Н. (1981) считает, что для установления природы органического сужения привратника исследование рельефа слизистой оболочки отнюдь не обязательно, как и откачивание желудочного содержимого. Обычно бывает достаточно решить всего только одну методическую задачу, а именно хотя бы кратковременно контрастировать сам пилорический канал, а также смежные с ним части двенадцатиперстной

кишки и предпривратниковой части желудка. Для этого он рекомендовал исследование больного, туловище которого вместе со штативом наклонено головным концом кзади под углом в 30—40°.

Власов П. В. (1974), Кишковский А. Н. (1974), Портной Л. М. и соавт. (1984) доказали высокую эффективность ДК в выяснении причин стеноза привратника. Однако эти работы отражают лишь некоторые аспекты рентгенодиагностики язвенных или опухолевых стенозов гастродуоденальной зоны и не полностью раскрывают все проблемы этой сложной и недостаточно изученной темы. В связи с этим мы на материале собственных наблюдений попытались восполнить пробел в данном разделе рентгенодиагностики, обращая особое внимание на методику рентгенологического исследования и изучение рентгеносемиотики стенозирующего рака желудка. Данные исследования позволили нам сделать выводы о механизме развития стенозирования выходного отдела желудка и выявить его связь с формой раковой опухоли и ее локализацией. В то же время мы не считали бы свою задачу выполненной, если бы не коснулись вопросов дифференциальной диагностики язвенных, постязвенных и опухолевых стенозов гастродуоденальной зоны.

Специальной подготовки к исследованию мы не проводили; выявив натощак в желудке значительное количество жидкости, откачивали ее через тонкий зонд. При определенном навыке персонала эта процедура удовлетворительно переносится больными, необходимо только периодический контроль расположения зонда в желудке и введение небольших количеств воздуха, когда отмечаются трудности в откачивании жидкости. Наличие бариевой взвеси в синусе желудка обычно не мешает его осушению.

Введение газа в желудок осуществлялось через зонд (при его использовании) или с помощью газообразующих смесей. Последние применяли без добавления пеногасителей, так как наличие жидкости в желудке позволяло быстро и полностью прореагировать их составным частям (двууглекислой соде и лимонной кислоте). В качестве контрастной массы использовали очень густую взвесь сульфата бария в количестве 150—200 мл, которая, смешиваясь с жидкостью в желудке (или оставшейся жидкостью после откачивания), обеспечивала после поворотов больного в горизонтальном положении хорошее обмазывание внутренней поверхности и высокую контрастность рентгеновского изображения желудка. При незначительном количестве жидкости в желудке мы практикуем одновременное введение углекислого газа и контрастной массы с помощью газированной водно-бариевой взвеси для более тщательного изучения состояния слизистой верхних отделов пищеварительного тракта в условиях ДК (Бодров Ю. Д., 1980).

В комплекс рентгенологических методов входило полипозиционное просвечивание с выполнением снимков при тугом заполнении

и ДК выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки. После введения оптимальных количеств газа и бария в желудок больного переводили в горизонтальное положение и специальными методическими приемами обеспечивали хороший контакт контрастной массы со слизистой выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки. Это позволяло изучить их контуры при тугом заполнении в положении больного на животе, а одновременно рельеф и контуры — при ДК в положении на спине. Обзорные снимки производили в условиях оптимальной видимости пораженного отдела, используя статические и динамические приемы полипозиционного метода исследования. В ортопозиции заканчивали изучение желудка и двенадцатиперстной кишки. Как правило, рентгенограммы, выполненные в горизонтальном положении больного, несли основную информацию о состоянии выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки. Остатки твердой пищи обычно не мешали изучению рельефа, так как они вместе с контрастной массой стекали в проксимальные отделы желудка, когда больной находился на левом боку, а затем на спине.

Нами произведено обследование 48 больных со stenoziruyushim раком желудка и 22 — с язвой пилородуоденальной зоны. В разработку включались пациенты, у которых желудок был резко эктазирован с наличием большого количества жидкости и остатков пищи натощак, а контрастная масса задерживалась более 3-х суток. Применяемая методика позволила установить у них природу стеноза, изучить состояние внутренней поверхности выходного отдела желудка в условиях ДК. Диагноз верифицирован на основании операционных и данных гистологического исследования. При анализе рентгенологической картины stenoziruyushchego рака желудка, приведшего к длительной задержке контрастной массы, были выделены следующие формы: инфильтративно-язвенная, диффузная и чашеподобная. Каждой из этих форм присуща своя характерная локализация и тип stenoziruyushchego привратника и выходного отдела желудка. В соответствии с этим мы различаем 3 типа stenoziruyushchego: I — циркулярное сужение опухолью привратника и препилорического отдела; II — сужение привратника периферической частью опухоли, расположенной на малой кривизне желудка; III — циркулярное сужение опухолью выходного отдела желудка, но которая не поражает привратник и препилорический отдел (рис. 15).

Первый тип стеноза характерен для эндофитной формы рака, циркулярно суживающей привратник и препилорический отдел желудка (рис. 16). Контур сужения могут быть ровными и четкими. Если нет изъязвления, то рельеф более или менее гладкий и ровный. Рентгенологический признак «удлинение пилорического канала» вряд ли правильно отражает истинную природу данного

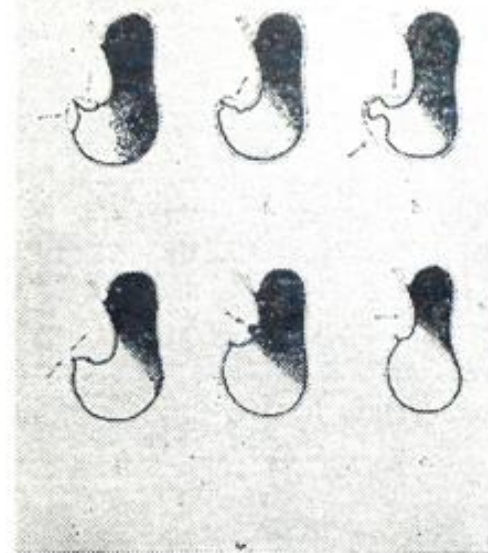


Рис. 15. Схема желудка в условиях ДК при горизонтальном положении больного на спине и при выраженном нарушении моторно-эвакуационной функции: а, б, в — опухоли выходного отдела желудка, г — рубцово-язвенное сужение пилородуоденальной зоны, д — язва малой кривизны желудка с пенетрацией в поджелудочную железу, е — улиткообразная деформация при рубцевании язвы.

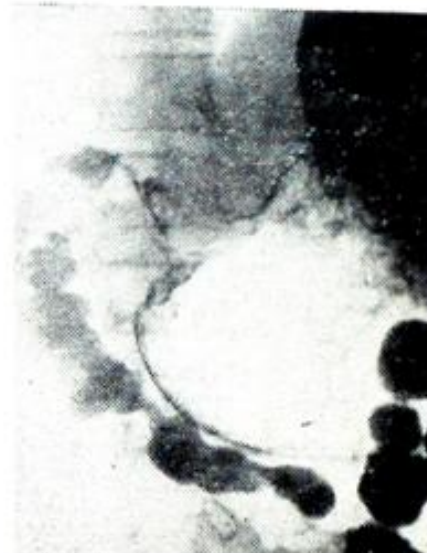


Рис. 16. Рентгенограмма желудка больной Т., 48 лет. Опухоль выходного отдела желудка.

симптома, так как удлинение является лишь кажущимся вследствие перехода опухоли с привратника на препилорический отдел (или наоборот) и определить границу между ними не представляется возможным. Таким образом, создается иллюзия удлинения пилорического канала за счет сужения препилорического отдела желудка. Как нам кажется, все же нельзя в прямом смысле отождествлять симптомы «удлинения» пилорического канала и абдоминальной части пищевода при кардинальном раке.

Анатомические взаимоотношения (а следовательно, и рентгеноморфологические) привратника с препилорическим отделом и пищевода с желудком различны. Продольная ось привратника и препилорического отдела имеют одинаковое направление с образова-

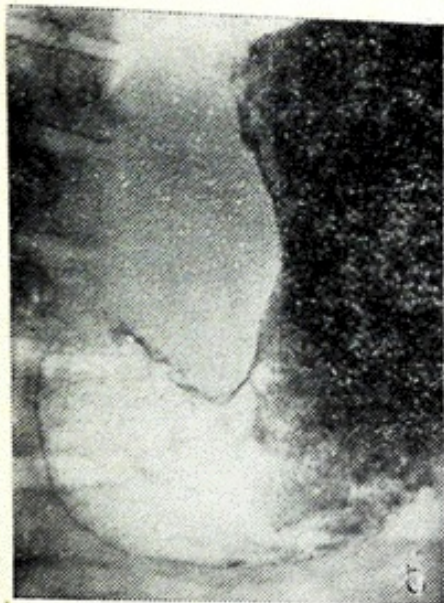


Рис. 17. Рентгенограмма желудка больного Т., 65 лет. Опухоль малой кривизны желудка с поражением привратника.

наем единого канала, в то же время пищевод с продольной осью желудка пересекаются под углом, который при раке кардии приближается к 90° . Следовательно, при кардиальном раке длина пищевода действительно увеличивается, но за счет образования канала в самой массе опухоли. Выявленного симптома нависания основания луковицы двенадцатиперстной кишки при ДК мы не наблюдали. Это, вероятно, объясняется тем, что данный признак свойственен более для стандартного метода, когда эластичные стенки основания луковицы нависают над фиксированной и ригидной опухолью привратника и выходного отдела желудка.

При втором типе ракового стеноза выявляется чашеподобная или инфильтративно-язвенная форма опухоли, которая располагается на малой кривизне выходного отдела желудка и своей периферической частью инфильтрирует привратник (рис. 17). Рентгенологическая картина складывается из изменения контура малой кривизны, который может быть неровным за счет изъязвленной поверхности опухоли, являющейся краеобразующей. Если опухоль небольших размеров, границы ее могут быть четко очерчены (особенно проксимальная) или образовывать угловой излом малой кривизны желудка. На рельефе выявляется изъязвление с хорошо определяемыми границами и нередко — опухолевый вал с конвергенцией складок к нему. Большая кривизна имеет ровные, четкие контуры и эластичные стенки. Эта разновидность ракового стеноза не так редко встречалась в нашей практике, но была наиболее трудна для рентгенодиагностики.

И третья, последняя разновидность рака желудка, осложненного стенозом, является инфильтративно-язвенная форма, когда опухоль на ограниченном участке выходного отдела желудка циркулярно сужает его, но при этом не поражает ни привратник, ни препилорический отдел желудка. Рентгенологическая картина представлена циркулярным сужением антрального отдела желудка с неровными, изъеденными контурами и бугристой поверхностью

на рельефе. Для рентгенодиагностики эти формы стенозирующего рака менее сложны, но только метод ДК дает возможность определения точных границ опухоли (особенно дистальной), состояния рельефа и контуров выходного отдела желудка. Таким образом, опухоли антрального отдела не всегда распространяются на привратник и препилорический отдел желудка, и поэтому не во всех случаях рака выходного отдела желудка поражение привратника является причиной декомпенсированного стеноза.

При изучении рентгенодиагностики декомпенсированных стенозов опухолевой этиологии методом ДК мы одновременно разрабатывали вопросы дифференциальной диагностики их с рубцово-язвенными стенозами пилородуоденальной зоны. Мы пришли к выводу, что если при декомпенсированных стенозах контуры антрального отдела были ровными и четкими, а рельеф представлен гладкой и ровной поверхностью, то можно с уверенностью исключить раковую природу стеноза (рис. 18); рак поражает желудок, а язвенный процесс в основном — двенадцатиперстную кишку и сравнительно реже, по данным Фанарджана В. Л. (1961), Кишковского А. Н. и Дозорцева В. Ф. (1974), Вocus Т. (1962), Kozoll М. и Mayer N. (1964), привратник. Следует подчеркнуть, что при декомпенсированных стенозах язвенной этиологии даже в горизонтальном положении больного гораздо труднее заполнить двенадцатиперстную кишку барием, чем при раке привратника и выходного отдела желудка. Это объясняется тем, что при язвенных стенозах наблюдается резкое сужение пилородуоденальной зоны, а и при опухолевых поражениях происходит выраженное нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка, и нередко именно это и является главной причиной длительной задержки контрастной массы в желудке.

Таким образом, рентгенологическая картина рубцового и ракового стеноза имеет черты сходства, которые базируются в основном только на функциональных признаках, то есть нарушении моторно-эвакуаторной функции желудка. Рентгеноморфологические же отличия существенны, и именно они играют ведущую роль в современной рентгенодиагностике заболеваний пищеварительного тракта.

Следует отметить, что длительная задержка контрастной массы не всегда вызвана опухолевым или язвенным стенозом гастродуоденальной области. Речь идет о рубцовых деформациях по типу «кисета» или «улитки», когда проходимость привратника и двенадцатиперстной кишки полностью сохранена. Характерная деформация вследствие рубцового укорочения малой кривизны, ровные контуры, гладкий рельеф, эластичные стенки и своевременная эвакуация из желудка помогают в дифференциальной диагностике (рис. 19).



Рис. 18. Рентгенограмма желудка больной Т., 54 лет. Рубцово-язвенный стеноз пилородуоденальной зоны.



Рис. 19. Рентгенограмма желудка больного С., 44 лет. Улиткообразная деформация желудка на почве язвы.

Выраженное нарушение эвакуации из желудка может также наблюдаться при больших язвах малой кривизны с пенетрацией в поджелудочную железу или при рубцовом сужении гастроэнтероанастомоза, наложенного вследствие рубцово-язвенного стеноза пилородуоденальной зоны. Преимущества ДК в изучении внутренней поверхности желудка при данных состояниях существенны и неоспоримы.

Таким образом, ДК — наиболее информативный метод в распознавании заболеваний, приводящих к стенозу гастродуоденальной области и длительной задержке контрастной массы. При его использовании дифференциальная диагностика между опухолевыми и язвенными стенозами легка вследствие возможности тщательного изучения рельефа и контуров желудка и двенадцатиперстной кишки. Она основывается не только на рентгенофункциональных, но и главное — на рентгеноморфологических признаках поражения. Должны учитываться также распространенность процесса и его излюбленная локализация. Откачивание жидкости через тонкий желудочный зонд значительно облегчает и повышает информативность рентгенологического исследования в трудных случаях ди-

агностики, хотя не является абсолютно обязательным. Роль привратника в развитии стеноза значительно преувеличена как при рубцово-язвенных, так и при опухолевых поражениях. Выделение трех типов стенозирования выходного отдела желудка при раках способствует дальнейшему совершенствованию рентгенодиагностики заболеваний пищеварительного тракта, четкому уяснению цели, задач и объекта исследования.

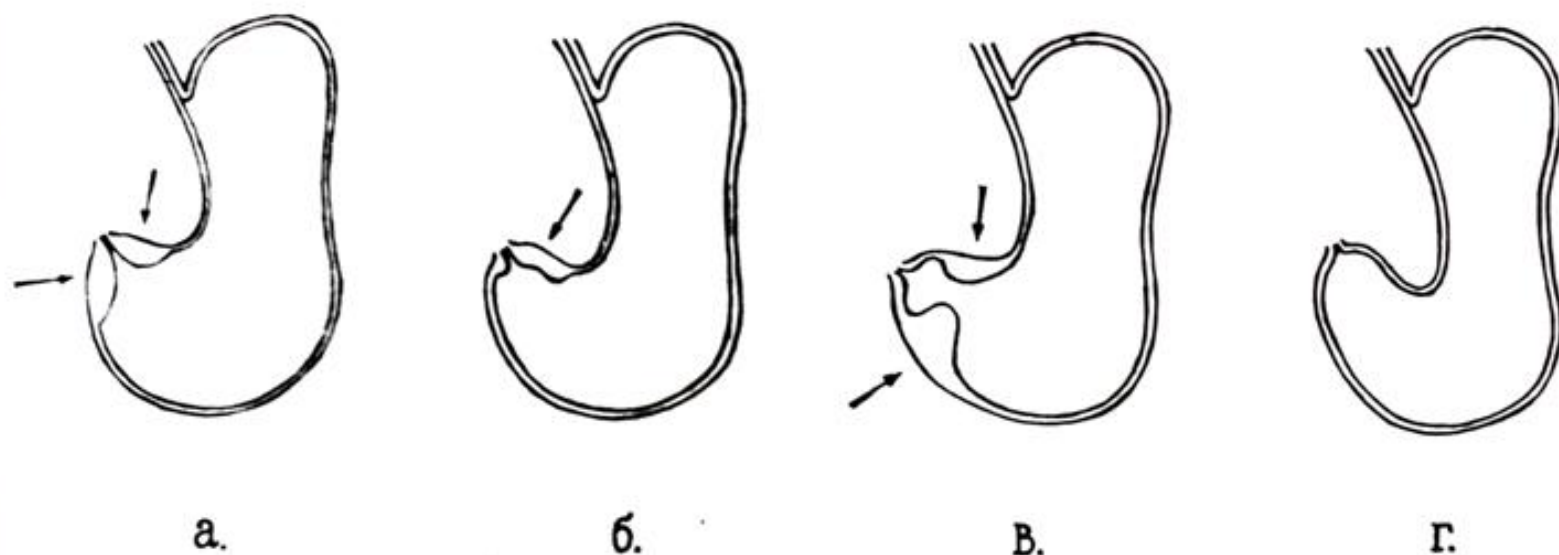
УДК 616.33—002.27—07:539.26—07

А. В. Зубарев

ДВОЙНОЕ КОНТРАСТИРОВАНИЕ ЖЕЛУДКА В ВЫЯВЛЕНИИ АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

Хронический гастрит — одно из самых распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. По данным Василенко В. Х. и Гребенева А. П. (1981), хронический гастрит составляет 35% всех заболеваний органов пищеварения, в том числе 60—85% заболеваний желудка.

Рис. 62. форма опухоли и тип стенозирования привратника и выходного отдела желудка /схема/



- а - диффузная форма опухоли, приводящая к циркулярному сужению привратника и препилорического отдела желудка;
- б - чашеподобная или инфильтративно-язвенная форма опухоли, расположенная на малой кривизне желудка и краем суживающие привратник;
- в - инфильтративно-язвенная форма, циркулярно суживает антральный отдел, но привратник и препилорический отдел не поражены;
- г - при язвенном стенозе пилородуоденальной зоны стенки выходного отдела желудка не изменены.