

ЖЕЛУДОЧНЫЕ ПОЛЯ И ИХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

M. Z. Сигал, A. C. Абдуллин

Кафедра хирургии и онкологии (зав.— заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР, проф. М. З. Сигал)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, курс онкологии
(зав.— доц. [A. C. Абдуллин]) Казанского ордена Трудового Красного Знамени
медицинского института имени С. В. Курашова

Желудочные поля являются элементами тончайшего рельефа слизистой оболочки, которые определяются в проходящем свете. Мы изучали эти элементы по изображению желудочных полей, получаемому при направлении светового потока со стороны серозной оболочки (обратная трансиллюминация). Исследования желудочных полей производили при различной степени внутрижелудочного давления, создаваемого нагнетанием воздуха, на расщепленных и расплаканных над световым источником препаратах, а также на операционном столе.

Желудочные поля изучали в норме и при патологических состояниях: гастритах, язвах, полипах, раках и неэпителиальных опухолях. Более отчетливое изображение желудочных полей можно получить при просвечивании стенки желудка со стороны серозного покрова, следовательно, исследования со стороны слизистой оболочки являются более информативными. Во время операции четкость картины достигается путем осмотра через фиброгастроскоп с отключенным источником света при направлении светового потока на операционное поле. При этом имеет значение степень освещения: при слабом освещении изображение теряется, при сильном — происходит «смывание» структурных элементов. Следует принимать во внимание и толщину стенки желудка: чем она толще, тем необходим более сильный источник света. Кроме того, нужно учитывать степень растяжения: наиболее четко вырисовываются картины при максимальном растяжении стенки желудка.

Желудочные поля в норме бывают самой различной формы — округлой, полигональной, вытянутой, овальной. Разные отделы стенки желудка имеют различную структуру желудочных полей. Так, в антравальном отделе они более продолговатые, в области тела — более полигональные, в проксимальном же отделе — более круглые, овальные.

Каждое желудочное поле имеет собственный лимфатический и кровеносный сосуды, расположенные по периферии. Лимфатический сосуд четко выявляется при направлении светового потока со стороны подслизистого поля, а кровеносный сосуд, наоборот, — при освещении со стороны слизистой оболочки.

Патология желудочных полей связана с процессами атрофии, гиперплазии, инфильтративными изменениями, в том числе и в подслизистом слое, деструктивными поражениями. При анализе учитывали форму, величину, четкость разграничительных линий между желудочными полями, сохранение или нарушение динамической морфологии этого элемента слизистой. Патологию желудка в начальных фазах (по данным макровизуального анализа) можно констатировать по изменениям этих анатомических единиц — желудочных полей.

Желудочные поля изучали при гастритах, являющихся сопутствующей патологией при раке (у 77), язве (у 30), раке из язвы (у 17), раке на фоне полипоза (у 6), полипозе (у 6). При этом особое внимание обращали на состояние желудочных полей при ригидном, антравальном, сосочковом и эрозивном гастритах.

Слизистая оболочка при ригидном антравальном гастрите представляется в виде деформированных, утолщенных складок неправильной формы, образованных конгломератами желудочных полей, слившихся между собой. На фоне данных грубых структур изображения отдельных желудочных полей видны лишь местами. При таких изменениях слизистой отмечается выраженная деформация лимфатической сети желудка — хилезные цистерны.

При сосочковом гастрите слизистая оболочка имеет зернистую поверхность, образованную сосочками различной формы и величины. Каждый сосочек — это патологически измененное желудочное поле с характерной деформацией лимфатической сети слизистой оболочки — лимфоэктазиями.

Слизистая оболочка при эрозивном гастрите усеяна множеством мелких дефектов — просветлениями, воспроизведенными по величине и форме желудочных поля. Большие по размерам эрозии формируются из нескольких прилегающих друг к другу желудочных полей. Эрозия в проходящем свете обнаруживается в виде просветления, а в случаях прикрытия сгустками крови — в виде темного очага.

Многообразны изменения рельефа слизистой при язвах желудка. Исследование проведено на 97 резектированных препаратах и в 20 случаях на операционном столе. Наши

наблюдения дают основания различать изменения рельефа слизистой в проходящем свете при язвах без сопутствующих изменений, язвах, осложненных стенозом, и язвах с озлокачествлением. Сопутствующие язве диффузные поражения вносят свои изменения в состояние рельефа слизистой — это эрозии, гастриты, полипы, карциномы. Важными в дифференциальной диагностике язв является выраженность желудочных полей и их распространенность вплоть до самого края язвенного дефекта.

При каллезных язвах желудочные поля четко вырисовываются только до зоны периульцерозного инфильтрата, причем нами установлено, что этот инфильтрат носит асимметричный характер. По границе выявления желудочных полей определяются форма и направление периульцерозного инфильтрата.

При язвах, осложненных стенозом, отмечаются уплотнение, смазанность желудочных полей и нередко эрозия слизистой.

Мы располагаем результатами наблюдений 57 случаев рака желудка в язвенном очаге, при которых желудочные поля изучали в проходящем свете. Нами установлено, что процесс злокачественного превращения наблюдается в зоне периульцерозной фибротизации большой протяженности; желудочные поля в зоне фибротизации схожи с изменениями при ригидном антральном гастрите.

Стойкие зоны затенения, лишенные рисунка желудочных полей, могут соответствовать раковой инфильтрации (то, что в терминологии рентгенологов является «зоной аперистальтики»).

При исследовании стенки в проходящем свете нами были выявлены участки небольших затенений (рубцов после заживших эрозий и язв), как правило, лишенных желудочных полей.

Желудочные поля в зоне периульцерозных инфильтратов не дифференцируются, они поглощаются затенениями, связанными с рубцовоизмененным слоем. В других отделах желудочные поля не имеют особенностей. В рубцовом же слое на фоне затенения определяются тесно прилегающие друг к другу желудочные поля, местами они настолько сливаются между собой, что нельзя определить очертаний отдельных желудочных полей. Естественно, что раковая инфильтрация исключает возможность их дифференциации.

Рак возникает не столько из язвы, как это обычно описывается, сколько в периульцерозной зоне, представляющей собой поле фибротизации, склероза и рубцовых изменений.

Рубцовая патология может привести к деформации желудочных полей. Местами они

сливаются, формируя более круглые затенения из прилегающих друг к другу желудочных полей. Одни из них представляются более крупными, другие — меньших размеров. В таком случае можно констатировать атипизм желудочных полей, не связанных с опухолевой патологией.

Нами впервые описана патология желудочных полей в зоне, прилегающей к краю опухоли. Картина желудочных полей в этой области существенно отличается от желудочных полей, расположенных подальше, что выражается в более интенсивном затенении стенки в прилегающих отделах. Местами пограничные линии между отдельными желудочными полями теряются или не дифференцируются вообще.

Анализ структуры элементов, составляющих рельеф слизистой оболочки при полипозе, в проходящем свете показал, что «микрополипы» являются гиперплазированными желудочными полями, которые независимо от их величины повсюду отделяются друг от друга четко определяемыми белесыми лимфатическими сосудами. Признаком такой гиперплазии желудочных полей в начальной стадии микрополипоза выступает их полиморфизм.

Мы располагаем результатами наблюдений 280 случаев рака желудка, при которых изучали желудочные поля. По анатомическим формам они распределялись следующим образом: малый рак (20), плоский (12), блюдцеобразный (59), экзофитный, или полипообразный (14), язвенная форма рака (19), язвенно-инфильтративный рак (30), диффузно-инфильтративный (22), переходный (14), рак, развившийся из хронической язвы и послеязвенного рубца (57), рак на фоне полипоза (24), озлокачественный полип (9). В 11 случаях рак сочетался с другой очаговой патологией.

В зависимости от анатомической формы рака желудка желудочные поля могут быть представлены в самом различном виде. Для экзофитных форм рака наиболее характерна атрофия желудочных полей — уменьшение в размерах, уплощение, нечеткость, сглаженность. При инфильтративных формах рака желудочные поля или деформируются, или сглаживаются, но и в том, и в другом случае они не дифференцируются.

Исследование желудочных полей в норме и при различных патологических процессах в желудке показано, что при гастрите, язвенной болезни желудка, раке различной анатомической формы они имеют соответствующие изменения, служащие дифференциально-диагностическим критерием, при неэпителиальных опухолях желудочные поля вокруг очага поражения не изменены.

Поступила 10.04.89.