

А.Н. Горшков, Р.Ф. Акберов (Казань). Возможности рентгеновской компьютерной томографии в дифференциации доброкачественных и злокачественных язв желудка

Рентгеновская компьютерная томография стала одним из основных способов диагностики заболеваний паренхиматозных органов брюшной полости. Но в гастроэнтерологии она до сих пор не нашла широкого распространения. Это связано, с одной стороны, с анатомо-физиологическими особенностями желудочно-кишечного тракта, а с другой — с тем, что имеются другие достаточно эффективные способы и методы диагностики заболевания желудка и кишечника (рентгенологические и эндоскопические).

Целью данного исследования являлось изучение возможностей рентгеновской компьютерной томографии в дифференциальной диагностике злокачественных и доброкачественных язв желудка. Анализируемый материал включал более 500 исследований на компьютерном томографе органов брюшной полости, в том числе желудка у 100 пациентов. Из них у 30 больных были различные язвенные поражения желудка. Компьютерную томографию проводили на аппарате "Somatom ARC" (Siemens).

Исследование желудка выполняли натощак, после раздувания его воздухом (или после приема газообразующей смеси — таблетированных препаратов с выделением 300 см³ воздуха) и предварительно проведенных рентгеноэндоскопических исследований с биопсией. Толщина среза во время сканирования не превышала, как правило, 5 мм. Результаты исследований были верифицированы в ходе морфологического изучения гастробиоптатов и оперативных вмешательств. За основной критерий, позволяющий судить о неопластическом процессе, было принято утолщение стенки желудка вокруг и в месте язвенного дефекта, что в конечном счете было отображением морфологического субстрата (раковой или воспалительной инфильтрации).

Благодаря анализу результатов компьютернотомографических исследований желудка, нам удалось выделить основные дифференциально-диагностические признаки злокачественных и доброкачественных язв желудка. О злокачественном характере изъязвлений желудка судили по утолщению стенки желудка до 1,0 см и более на довольно большом протяжении, не соответствующему размерам язвенного дефекта. Язвенный кратер имел при этом вид плоского изъязвления с неровным, изломанным внутренним контуром, не выходящим за пределы стенки желудка; между этим утолщением и непораженной стенкой границы были нечеткими (рис. 1).

К компьютернотомографическим признакам доброкачественного изъязвления были отнесены утолщение стенки желудка в области язвенного кратера и вокруг него не более 0,8 см (за счет воспалительной инфильтрации), соответствие этого утолщения язвенному дефекту, достаточно отчетливая граница между язвенным дефектом и непораженной стенкой желудка (рис. 2). Компьютернотомографическая картина злока-

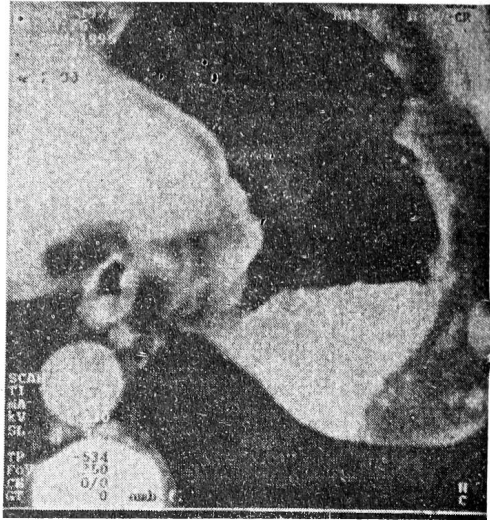


Рис. 1 КТ желудка после введения воздуха больной Ф., 68 лет, со злокачественным изъязвлением. Определяется локальное утолщение стенки желудка в субкардиальном отделе до 1,1 см; язвенный кратер не выходит за пределы стенки желудка.

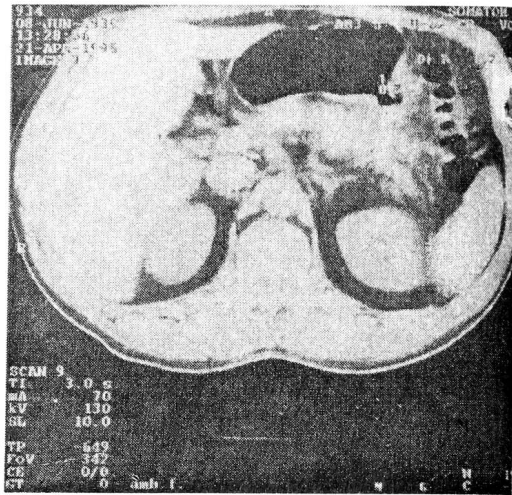


Рис. 2. КТ желудка больной Е., 60 лет. Доброкачественная язва средней трети тела желудка. Определяются утолщение краев язвенного дефекта до 0,7 см и выход язвенного кратера за пределы стенки желудка.

чественных язв желудка являлась отображением бластоматозного процесса с внутрстеночным распространением опухоли (инфильтративно-язвенного рака), который может протекать под маской язвенной болезни желудка.

Следовательно, рентгеновская компьютерная томография в дифференциальной диагностике изъязвлений желудка представляется важным дополнительным методом исследования и проводить ее следует после традиционной рентгеноэндоскопии в трудных диагностических ситуациях.