

РОЛЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОФИТНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА

А. Н. Горшков, Р. Ф. Акберов

*Кафедра лучевой диагностики (зав. — проф. М. К. Михайлов)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования*

Рак желудка по-прежнему является одной из наиболее актуальных проблем. Несмотря на широкое использование последних достижений медицины, летальность среди больных раком желудка остается чрезвычайно высокой [9]. В онкологии конечным критерием, позволяющим оценивать эффективность как всего лечебного процесса, так и его отдельных элементов, служит выживаемость больных. В большинстве стран мира этот показатель при раке желудка колеблется от 5,5 до 25% [2, 10].

Активно используя двойное контрастирование в сочетании с элементами классического рентгенологического исследования, Л. М. Портной и соавт. [4] пришли к выводу, что главенствующую роль среди всех анатомических форм рака желудка играют эндофитно растущие опухоли. Такого же мнения придерживаются и другие исследователи [1, 3, 5]: согласно их данным, инфильтративно-язвенный рак и диффузный рак желудка встречаются более чем в 65% случаев. Наиболее характерным свойством опухолей подобного анатомического строения является склонность к метастазированию и выраженной инвазии. Длительно текущее и поздно проявляющееся клинически эндофитное распространение опухолевого процесса очень сложно обнаружить. Даже с помощью новейших средств диагностики часто не удается получить достаточное количество информации, позволяющей однозначно высказаться в пользу неопластического процесса [4, 6]. По мнению ряда авторов, совершенствование диагностики именно этих форм рака желудка и является тем резервом, который может обусловить прогресс в лечении злокачественных опухолей желудка [8]. В связи с этим особое значение приобретают вопросы диагностики инфильтративного рака желудка.

Под нашим наблюдением находилось 130 больных с эндофитным раком желудка: у 61 (46,9%) из них был диффузный рак, у 69 (53,1%) — инфильтративно-язвенный. Диагнозы были морфологически верифицированы. У всех больных проводилось комплексное рентгено-эндоскопическое исследование желудка. В качестве дополнительного

метода исследования использовалась рентгеновская компьютерная томография (РКТ).

Рентгенологическое исследование было представлено двумя последовательными фазами — двойного контрастирования и тугого заполнения. Эндоскопическое исследование выполняли по обычной методике с учетом данных, полученных во время предшествующего рентгенологического исследования. Место биопсии определяли по данным как визуального осмотра слизистой оболочки, так и рентгенологического исследования. Взятие материала для морфологического исследования производили даже в тех случаях, когда визуальные признаки во время эндоскопического исследования отсутствовали. РКТ определенного анатомического отдела желудка выполняли целенаправленно после рентгено-эндоскопического обследования и только при подозрении на внутристеночный опухолевый процесс. В качестве контрастной среды использовали газ.

Согласно результатам исследования, во всех случаях были получены рентгенологические признаки опухолевого поражения стенки желудка. В основе рентгенологических признаков лежало нарушение различной степени эластичности (ригидность) стенок желудка, что нашло свое отображение на гастрограммах. Выраженность данных признаков зависела от величины и распространенности поражения стенки желудка, а также от давности процесса и возраста пациента. Как правило, у пациентов в возрасте до 40 лет выявление признаков ригидности стенок желудка представляло наибольшие трудности. Даже такой признак, как отсутствие перистальтики во время исследования в месте поражения, обнаруживался не во всех случаях при распространенных опухолевых поражениях. Что касается отдельных фаз рентгенологического исследования, то фаза двойного контрастирования оказалась несколько эффективнее, чем фаза тугого заполнения, особенно при локализации процесса по большой кривизне тела желудка. И все же наибольшая эффективность диагностики эндофитных опухолей желудка была достигнута бла-

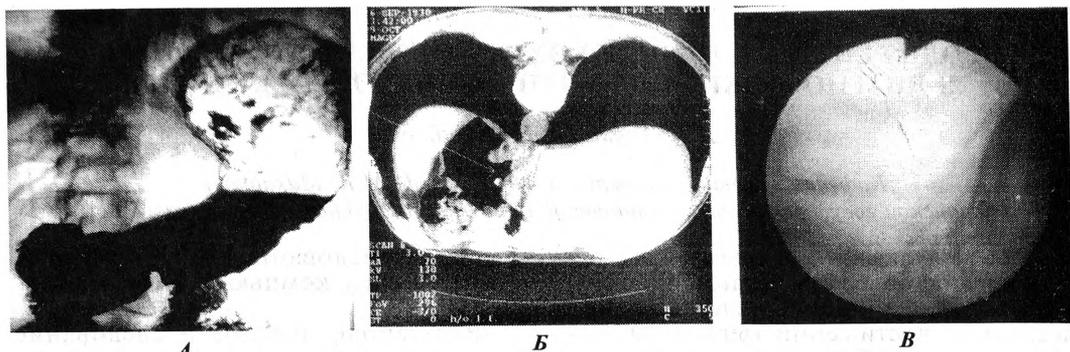


Рис. 1. Больная К., 56 лет. Эндофитный рак верхней трети тела желудка. *А* — рентгенограмма желудка (двойное контрастирование): ригидность стенок желудка в субкардиальном отделе с переходом на заднюю стенку и большую кривизну. *Б* — РКТ: в субкардиальном отделе определяется ограниченное кратное утолщение стенки желудка до 1,3 см, ригидность. *В* — эндоефотография: в верхней трети тела желудка определяется некоторая неровность, ригидность слизистой оболочки.

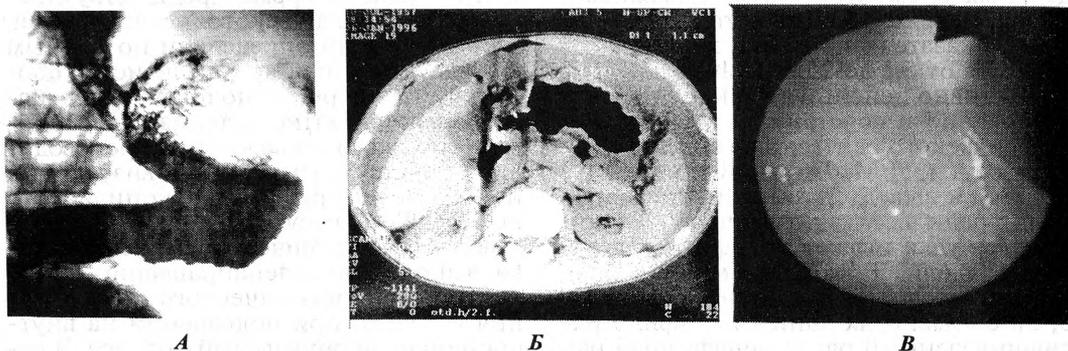


Рис. 2. Больная Х., 38 лет. Эндофитный рак антрального отдела желудка с переходом на тело желудка. *А* — рентгенологическое исследование желудка (тугое заполнение): в антральном отделе по большой кривизне определяется неровность, ригидность стенок желудка. *Б* — РКТ: в антральном отделе определяется циркулярное кратное утолщение стенок желудка до 1,1 см, их ригидность. *В* — эндоефотография: визуальные признаки во время эндоскопического осмотра отсутствуют.

годаря комплексному использованию рентгенологических методов, точность которых составляла 76% (рис. 1).

Использование РКТ в диагностике эндофитного рака желудка обладает большим потенциалом в распознавании именно инфильтративных опухолевых образований желудка. С учетом дополнительной лучевой нагрузки на пациента данное исследование необходимо выполнять строго обоснованно и целенаправленно и только при подозрении на опухолевую инфильтрацию стенок желудка. Однако, принимая во внимание сложность выявления эндофитно растущих новообразований, неудовлетворительные результаты их лечения в подавляющем большинстве случаев, мы считаем, что использование данного метода исследования, благодаря его высоким диагностическим возможностям, является в настоящее время вполне оправданным.

В основе РКТ диагностики эндофитно растущих новообразований лежат

выявление кратного утолщения стенки желудка и нарушения эластичности в месте поражения. Если учесть тот факт, что толщина стенки желудка в нормальных условиях при адекватно расправленных стенках составляет 0,2—0,4 см, то диагностическое значение будет иметь утолщение в подозрительном участке более 0,6 см. РКТ позволяет кроме констатации факта опухоли в стенке желудка оценивать и степень распространения опухоли на соседние анатомические структуры брюшной полости, выявлять регионарные и отдаленные метастазы. Его точность в диагностике эндофитного рака желудка составляла в наших исследованиях 81% (рис. 2).

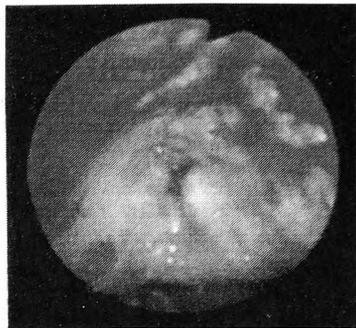
Визуальные признаки даже обширных по протяженности опухолей были крайне скудными или вообще отсутствовали, в большей степени это относилось к диффузным формам эндофитного поражения. Эндоскопическая диагностика значительно облегчалась при выявлении инфильтративно-язвенных опухолей же-



А



Б



В

Рис. 3. Больная П., 40 лет. Эндофитный рак антрального отдела желудка. **А** — рентгенологическое исследование желудка (тугое заполнение): циркулярное сужение антрального отдела желудка. **Б** — РКТ: ригидность, кратное утолщение стенок антрально-препилорического отдела желудка до 1,4 см. **В** — эндодифотграфия: ригидность, деформация, изменение цвета слизистой оболочки антрально-препилорического отдела желудка.

лудка за счет язвенного компонента опухоли, но судить об истинных размерах опухолевого поражения также не представлялось возможным. Сложность визуальной оценки была затруднена в значительной степени из-за невозможности адекватного расправления стенок желудка (особенно по большой кривизне, где в наибольшей степени выражена складчатость), в связи с этим не было возможности достаточно объективно судить о степени нарушения эластичности пораженного участка стенки желудка.

Существенным подспорьем в ряде случаев оказалась инструментальная пальпация подозрительного участка, позволявшая выявлять ограниченное нарушение эластичности стенки желудка и ее ригидность. Визуальные эндоскопические признаки, от распознавания которых зависел успех диагностики эндофитно растущих новообразований желудка, были достаточно убедительны только в тех случаях, когда опухоль прорастала в поверхностные слои стенки желудка или изъязвлялась. При распространении же опухоли в подслизистом или мышечном слоях визуальные эндоскопические признаки, как правило, отсутствовали, что в конечном итоге отражалось на выборе места биопсии и морфологическом подтверждении природы заболевания. Точность эндоскопического исследования составляла 56% (рис. 3).

На основании полученных результатов был сделан вывод о необходимости комплексного подхода к диагностике эндофитных опухолей желудка, причем одну из ключевых ролей в их диагностике продолжают играть лучевые, в частности рентгенологические методы исследования. В качестве первичного обследования в таких случаях более целесообразно использовать рентгеноло-

гический метод, эндоскопическое исследование с множественной биопсией подозрительных участков и на завершающем этапе — РКТ целенаправленно на определенный анатомический отдел желудка. Только такая многоступенчатость и последовательность использования лучевых и эндоскопических методов исследования позволят своевременно и в короткие сроки обнаружить эндофитный рак в стенке желудка, установить его размеры, протяженность по стенкам желудка, регионарные, отдаленные метастазы и на их основании определить тактику лечения и прогноз жизни пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонович В.Б. Рентгенодиагностика заболеваний пищевода, желудка, кишечника. — М., 1987.
2. Березкин Д.П., Филатов В.Н., Екимов В.И. // Вопр. онкол. — 1989. — № 3. — С. 305—318.
3. Блохин Н.Н., Клименков А.А., Плотников В.И. Рецидивы рака желудка. — М., 1981.
4. Портной Л.М., Дибиров М.П. Лучевая диагностика эндофитного рака желудка. — М., 1993.
5. Самсонов В.А. Опухоли и опухолеподобные образования желудка. — М., 1989.
6. Соколов Л.К., Адамович А.М. // Клин. мед. — 1972. — № 3. — С. 59—65.
7. Хазанов А.И., Джанания Е.А., Некрасова Н.Н. // Росс. журн. гастр. гепат. колопр. — 1996. — № 1. — С. 14—19.
8. Eckardt V.F., Giebler W. et al. // Gastroenterology. — 1990. — Vol. 98. — P. 708—714.
9. Murakami R., Tsukuma H., Ubukata T. et al. // Cancer. — 1990. — Vol. 65. — P. 1255—1260.
10. Tersmette A.S., Guardello F.M. et al. // Jap. J. Cancer. — 1991. — Vol. 82. — P. 266—272.

Поступила 15.12.97.

ROLE OF X-RAY EXAMINATION METHODS IN THE DIAGNOSIS OF ENDOPHYTIC STOMACH CARCINOMAS

A.N. Gorshkov, R.F. Akberov

Summary

The combined X-ray and endoscopic examination and X-ray computer tomography in 130 patients with endophytic stomach carcinoma are performed. The diagnosis is verified morphologically and is confirmed in operation. The role of X-ray examination methods in the diagnosis of endophytic stomach carcinoma is studied.