

ИНТЕНСИФИКАЦИЯ РЕНТГЕНО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА

М.Ф. Мусин, А.Ф. Юсупова, Р.Ш. Сафин, С.Г. Глебашева

Кафедра лучевой диагностики и терапии (зав. — проф. И.И. Камалов)
Казанского государственного медицинского университета,
Республиканская клиническая больница (главрач — Ф.Г. Фатихов) МЗ РТ

В связи с высокой частотой заболеваний желудка актуальной проблемой является их своевременная и точная диагностика. В комплексной их диагностике ведущая роль отводится рентгенологическому исследованию. Введение в практику гибких эзофагогастродуоденоскопов, обеспечивающих относительную безопасность обследования, значительно повысило значение эндоскопии. И хотя существует множество работ о роли того или иного метода в диагностике [1, 2, 6, 7, 8], до настоящего времени гастроэнтерологам достаточно сложно выбрать нужный метод обследования — рентгенологический или эндоскопический. Во многих случаях для постановки диагноза достаточно использование лишь одного из них.

Конечной целью разрабатываемой нами интенсивной диагностики является определение последовательности методов исследования для постановки диагноза. Иногда для этой цели достаточно использование одного метода, иногда — нескольких, чаще трех методов в нужной последовательности, которую мы называем стратегией [3, 4]. Для оценки эффективности диагностических исследований были разработаны собственные критерии [5], при этом большое значение мы придавали не только их информативности, но и безопасности, доступности и надежности.

Целью данного исследования являлась оценка диагностической возможности рентгенологического и эндоскопического методов при различных заболеваниях желудка. Особое внимание было уделено изучению возможности этих исследований при диагностике такой редко встречающейся патологии, как подслизистые опухоли, составляю-

щие, по нашим данным, 4% от числа всех опухолей желудка. Диагностика и лечение этих новообразований менее изучены, они редко выявляются до операции как новообразования доброкачественного характера, некоторые из этих опухолей квалифицируются как раковые. Неточность дооперационной диагностики лишает хирурга возможности индивидуально определять объем оперативного вмешательства. Актуальность проблемы подслизистых опухолей обусловлена не только сложностью диагностики, но и склонностью этих образований к озлокачествлению.

Обследованы 133 человека в возрасте от 20 до 60 лет. Все больные прошли рентгенологическое и эндоскопическое обследования. Распределение больных по нозологическим формам и эффективность диагностических методов показаны в таблице.

Распределение больных по нозологическим формам и эффективность при этих заболеваниях диагностических методов

Диагнозы	Число больных	Возможности методов	
		рентгенологического	ФЭГДС
Острый гастрит	8	—0,5	1,0
Хронический гастрит	28	0,75	0,9
Дуоденогастральный рефлюкс	72	0,9	0,6
Ригидный антрум-гастрит	12	0,3	0,08
Эрозивный гастрит	22	—0,2	1,0
Язва желудка	30	0,7	0,9
Подслизистые опухоли	15	0,9	0,6
Рак желудка	18		
распространенная форма	10	0,9	1,0
ранняя форма	8	0,2	0,7
Средняя эффективность диагностики		0,4	0,7

Примечание. Результативность диагностических методов определялась по разработанной нами формуле [5], при этом диапазон их эффективности варьировал от —1 до 1.

Острый гастрит был выявлен у 8 больных только при фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС). При хроническом гастрите (у 28 больных) рентгенологически в периоде обострения определялись жидкость, слизь натошак, широкие или сглаженные складки, их ригидность. Однако величина складок является индивидуальным признаком. У 48% больных хронический гастрит был диагностирован нами эндоскопически и при нормальном рельефе слизистой, а у 12% — наоборот: несмотря на выраженные изменения рельефа хронического гастрита не было. У всех больных с дуоденогастральным рефлюксом рентгенологически определены измененные или мало измененные складки, однако морфологически при ФЭГДС обязательно выявлялся хронический гастрит — от поверхностного до атрофического. Ригидный антральный гастрит (у 12 больных) — особая его форма, и при подозрении на его наличие предпочтительнее рентгенологический метод, так как только с его помощью можно определить деформацию антрального отдела, его укорочение, нарушение перистальтики — ослабление моторно-эвакуаторной функции с сочетанием изменения рельефа слизистой.

В диагностике эрозивного гастрита (у 22 больных) ведущая роль принадлежала ФЭГДС: при этом виде обследования эрозии являются обыденной находкой. При рентгенологическом же методе эрозии, особенно острые, обнаруживаются лишь в порядке исключения. При методически правильно проведенном рентгенологическом обследовании у 4 больных были распознаны только полные хронические эрозии от 1 см и более в виде дефектов с центральным депо бария. Эндоскопически этот вид эрозий желудка выявляется в виде полиповидных образований с неизменной в периоде ремиссии слизистой, в периоде же обострения поверхность этих образований может быть эрозирована с кратерообразной вершиной.

Язвы желудка были диагностированы при рентгеноскопии в клинике в 89—93% случаев, в поликлинике — в

77—85%, при ФЭГДС — в 94—99%. Из 30 обследованных нами больных с язвой желудка при локализации язвы в области угла обострение гастрита было определено у 48% больных, в средней трети тела желудка — у 67%, в кардиальном отделе — у 88%. Поэтому большую роль в возникновении гастрита, сопровождающего язву, мы отводим дуоденогастральному рефлюксу.

В течение двух лет при эндоскопическом обследовании нами были выявлены 15 больных с подслизистыми новообразованиями, что составляло 0,75% от числа всех обследованных и 4% от числа больных с различными новообразованиями в желудке. Во всех случаях новообразования первично были обнаружены эндоскопически и лишь затем вторым этапом было проведено рентгенологическое обследование.

Все больные с подслизистыми новообразованиями были прооперированы — диагноз подтвердился морфологически. Из них у 3 больных была лейомиома, у 2 — невринома, у 3 — фиброма. К этой группе больных мы отнесли 7 человек с эктопией поджелудочной железы. Считаем это правомочным, так как в большинстве случаев эти подслизистые образования правильно не интерпретируют и эндоскопическим путем чаще диагностируют полип или подслизистую опухоль. Хотя мы считаем, что это образование имеет специфичную эндоскопическую симптоматику: характерную локализацию в антральном отделе желудка, отчетливую визуализацию в просвете, небольшие размеры (от 1 до 2 см) и втяжение слизистой в центре.

Больные находились на лечении в хирургическом и гастроэнтерологическом отделениях. Клиническая картина, жалобы, анамнез были достаточно разнообразными: в основном желудочные расстройства, жалобы на боли в эпигастрии, не связанные с приемом пищи. Поэтому подслизистые новообразования выявлялись случайно при плановом эндоскопическом обследовании. Только 2 больных с невриномой беспокоили сильные боли в эпигастриальной области, что характерно для этой

разновидности опухоли. У одного больного с клиникой язвенной болезни язва в нижней трети тела желудка сочеталась с лейомиомой в области дна.

При эндоскопическом обследовании определялось одиночное образование от 1 до 5 см величиной, округлой формы с отчетливыми границами, имеющее эндогастральный рост, чаще неизмененную слизистую, подвижную при инструментальной пальпации. У одного больного с лейомиомой изъязвление находилось в центре образования.

Макроскопически визуально невозможно было дифференцировать неэпителиальные образования и установить их доброкачественность, тем более была невозможна дифференциальная диагностика внутри группы неэпителиальных подслизистых опухолей — невринома, миом, лейомиом. Сложность получения морфологического подтверждения обусловлена расположением опухоли в подслизистом слое и невозможностью выполнения стандартной щипковой биопсии. Во всех случаях она давала отрицательный результат. У одного больного была произведена эндоскопическая электроэксцизия образования (гистологически подтверждена эктопия поджелудочной железы), у 2 — эндоскопическое удаление опухоли (гистологически выявлена фиброма), остальные больные были прооперированы.

Особенностью обследования больных с заболеваниями желудка в нашей клинике является проведение ФЭГДС с последующим рентгенологическим подтверждением диагноза и определением объема оперативного вмешательства. Рентгенологически выявлялся либо дефект наполнения, либо дефект на рельефе округлой или овальной формы с ровными контурами, гладкой поверхностью, раздвинутыми складками. После предварительного эндоскопического обследования проводить рентгеноскопию значительно легче в плане определенности локализации, особенно лейомиом. Рентгенологическая картина не позволяла сделать заключение о доброкачественности опухоли и дифференцировать образования внутри группы подслизистых опухолей. Мелкие

новообразования от 1 до 2 см рентгенологически не диагностировались. Следовательно, в первичной диагностике подслизистых новообразований предпочтительнее эндоскопический метод. Последующее рентгенологическое обследование позволяет установить протяженность опухоли, объем оперативного вмешательства и подтвердить эндоскопический диагноз.

Эндоскопически у 18 больных были диагностированы следующие формы рака желудка: полиповидный, инфильтративный и неинфильтративный. Диагностика диффузного инфильтративного рака эндоскопическим путем затруднена, особенно при подслизистом росте. Существуют лишь косвенные эндоскопические признаки, установить диагноз можно только при рентгенологическом обследовании. Сопоставление результатов ФЭГДС и рентгенологического метода свидетельствует о примерно одинаковой их ценности — 99% и 98%. В то же время ранние формы рака до 2 см рентгенологически были диагностированы в 57% случаев, гастроскопически — в 79%, а в сочетании с биопсией — в 90%. Их следует отличать от полипов и язв, поэтому при обнаружении этих форм в 100% случаев необходима биопсия.

Таким образом, для постановки диагноза одного эндоскопического исследования в большинстве случаев бывает достаточно.

Мы рекомендуем начинать обследование с ФЭГДС, к рентгенологическому же методу после эндоскопии следует прибегать в тех случаях, когда необходимо следующее:

установить протяженность опухоли и объем оперативного вмешательства, а также степень стенозирования при пилородуоденальных стенозах;

выбрать оперативное или консервативное лечение при эндоскопически диагностированной язве,

определить вид операции и степень стенозирования анастомоза при резецированном желудке, а также при непереносимости эндоскопии (боязни исследования), подслизистых доброкачественных и злокачественных опухолей желудка, дискинезиях и различных

функциональных нарушениях, диафрагмальных грыжах при наличии косвенных эндоскопических признаков, при абсолютных и относительных противопоказаниях к ФЭГДС. При любых заболеваниях пищевода рациональным и более безопасным является проведение рентгеноскопии в начале исследования.

Во многих случаях предложенное выше рациональное сочетание эндоскопического и рентгенологического методов обеспечит эффективную нозологическую диагностику заболеваний желудка, что, в свою очередь, является залогом адекватного и успешного лечения. Если диагноз при рентгенологическом исследовании сформулирован убедительно, то нет никакой необходимости в дальнейшем изучении. И наоборот, если в результате эндоскопии получен достаточно обоснованный диагноз, то проводить рентгенологическое обследование не следует. Тенденция к сокращению числа рентгенологических кабинетов и рентгенологических исследований является неправомерной. Приведенный выше перечень случаев, требующих обязательных после эндоскопии рентгенологических исследований, является убедительным тому подтверждением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов В.В. Эффективность диагностических исследований. — М., 1988.

2. Кишковский А.Н.//Вестн. рентгенол. и радиол. — 1993. — № 1. — С. 4—7.

3. Мусин М.Ф.//Казанский мед. ж. — 1984. — № 4. — С. 247—249.

4. Мусин М.Ф., Юсупова А.Ф., Бондарев А.В.//Казанский мед. ж. — 1988. — № 2. — С. 115—118.

5. Мусин М.Ф., Латыпов Р.Х., Юсупова А.Ф.//Вестн. рентгенол. и радиол. — 1989. — № 3. — С. 39—43.

6. Портной Л.М. и др.//Вестн. рентгенол. и радиол. — 1994. — № 6. — С.10—13.

7. Синев Ю.В. Актуальные вопросы диагностической и лечебной эндоскопии при заболевании органов пищеварительного тракта. — Сб. научных трудов. — М., 1990.

8. Шахов Б.Е. и др.//Вестн. рентгенол. и радиол. — 1996. — № 4. — С. 69.

Поступила 10.12.96.

INTENSIFICATION ROENTGENOLOGIC AND ENDOSCOPIC DIAGNOSIS OF STOMACH DISEASES

M.F. Musin, A.F. Yusupova, R.Sh. Safin,
S.G. Glebasheva

S u m m a r y

The diagnostic possibilities of roentgenologic and endoscopic methods using proper estimation criteria in various stomach diseases including rare pathologies like submucous tumors are determined. It is established that for diagnosis the endoscopic investigation for the most part is sufficient. A list of the indications to obligatory roentgenologic examination after endoscopy is given.