

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ ПИЩЕВОДА

Д. И. Абдулхакова, Е. К. Ларюкова, Д. А. Абдулхакова

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав.—заслуж. деят. науки ТАССР, проф. Г. И. Володина) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Пептическая язва пищевода, впервые описанная в начале XIX века Крювелье как патологоанатомическая находка, до сих пор считается редкой патологией. Прижизненная диагностика этого заболевания трудна, и существует мнение, что пептическая язва пищевода встречается чаще, чем диагностируется. В связи с этим представляет практический интерес анализ клинико-рентгенологических проявлений пептических язв пищевода.

Под нашим наблюдением находилось 15 больных (мужчин — 6, женщин — 9) с пептической язвой пищевода в возрасте от 32 до 74 лет. Все они были направлены в онкологический диспансер с подозрением на рак пищевода. Больные жаловались на дисфагию. У 7 из них боли возникали во время приема пищи и иррадиировали в спину, у 3 — в прекардиальную область.

Рентгенологическое исследование проводили в вертикальном и горизонтальном положениях больного с жидкой контрастной взвесью. Обзорные и прицельные рентгенограммы выполняли как при тугом заполнении пищевода, так и после его опорожнения. Исследование проводили в момент глотательной паузы, приводящей к мышечному расслаблению пищевода [1]. Большое внимание уделяли состоянию контуров пищевода при тугом заполнении бариевой взвесью и при раздувании воздухом. Тщательно изучали рельеф и пневморельеф внутренней поверхности пищевода.

Выявление язв путем подробного изучения пищевода проводили после тщательного рентгенологического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки по общепринятой методике. Это позволяет избежать грубых ошибок, так как рентгенолог, увлеченный выявлением язвы пищевода, может не диагностировать другие заболевания, в частности грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, недостаточность кардии, язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, которые играют важную роль в этиологии и патогенезе язв пищевода. У 13 больных язва локализовалась в дистальных сегментах пищевода, а у 2 пациентов мы наблюдали редкую локализацию ее в подаортальном сегменте.

Прямой рентгенологический признак язвы пищевода («ниша») был выявлен при первом рентгенологическом исследовании у 11 больных, у 4 остальных — при повторных исследованиях через 10—15 дней в процессе лечения, когда уменьшались явления эзофагита. У 6 больных «ниша» определялась на контуре, у остальных — на рельефе. На контуре пищевода «ниши» имели вид остроконечного или конусовидного выступа, на рельефе — округлую или овальную форму. Их размеры колебались от 0,3 до 1 см. У 4 больных были обнаружены множественные небольшие изъязвления.

Диагностика пептических язв на рельефе слизистой пищевода была связана со значительными трудностями. Мелкие неглубокие язвы определялись лишь при тщательном изучении рельефа внутренней поверхности. Стойкое депо бариевой взвеси на фоне отечной слизистой оболочки, выявленное по сериям рентгенограмм, свидетельствовало об изъязвлениях. Небольшая глубина язв не позволяла вывести их на контур пищевода. Воспалительный вал вокруг больших язв был, как правило, весьма выраженным. Мелкие изъязвления, обнаруженные на фоне отечной слизистой оболочки, не имели отчетливого воспалительного вала. Конвергенция складок слизистой к язвенной «нише» определялась только у 7 больных.

Во всех случаях язвы пищевода сопровождался эзофагитом и функциональными нарушениями в виде эзофагоспазмов и гипотонии пищевода. Складки слизистой были неравномерно утолщенными, нечетко контурированными. Местами рельеф был сглажен из-за сильного отека слизистой, но складки сохраняли эластичность. На поверхности слизистой отмечались скопления большого количества слизи.

Функциональные нарушения во всех случаях язв пищевода были также значительно выраженными. Эзофагоспазмы у 13 больных имели вид псевдодивертикулярного и штопорообразного спазма. Лишь у 2 больных наблюдался циркулярный спазм пищевода на уровне расположения язвы.

Рентгенологическое исследование у 13 из 15 больных выявило абсолютно сохраненную эластичность стенок пищевода. Лишь у 2 пациентов мы наблюдали ограни-

ценную эластичность стенок пищевода на месте рубцующейся язвы. Пищевод в этом отделе был умеренно деформированным, контуры его оставались четкими.

У одного больного над сужением просвета пищевода определялось умеренно выраженное супрастенотическое расширение протяженностью 3—4 см. Но и на фоне сужения выявлялись складки слизистой и частично сохранный эластичность стенок.

У 13 из 15 больных была обнаружена аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, которая сопровождалась недостаточностью кардии. У 4 больных грыжа из-за укорочения пищевода была фиксированной, у остальных — перемещающейся. У 12 человек был выявлен желудочно-пищеводный рефлюкс, который явился причиной развития рефлюкс-эзофагита.

При обследовании больных возникает необходимость в проведении дифференциальной диагностики с раком пищевода, при этом рентгенологические данные оказываются ведущими. При пептической язве в отличие от рака пищевода сохраняется эластичность стенок пищевода и прослеживаются складки слизистой, конвергирующие к язвенной нише. Диагноз пептической язвы пищевода во всех случаях подтверждался динамическими наблюдениями в процессе лечения и эндоскопическим исследованием, проведенным 7 больным относительно молодого возраста с последующим морфологическим изучением биоптата.

Приводим одно из наших наблюдений.

К., 56 лет, поступил в Республиканский онкологический диспансер с диагнозом: рак верхнего отдела желудка с переходом на пищевод. При поступлении жаловался на дисфагию и боль за грудиной, которая усиливалась во время приема пищи и в горизонтальном положении. Больным себя считает в течение 6 мес., но месяц тому назад боль усилилась и стала иррадиировать в спину. Общее состояние удовлетворительное. Живот безболезненный при пальпации, печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления — в норме. Кровь и моча — без патологических изменений. Реакция Грегерсена положительная. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки патологических изменений в легких и средостении также не обнаружено.

Рентгенологически пищевод свободно проходим для контрастной массы. Акт глотания не нарушен. Валекулы надгортанника и грушевидные синусы заполняются равномерно и кратковременно.



Рис. 1. Рентгенограмма дистальных сегментов пищевода и верхнего отдела желудка больного К. в горизонтальном положении на спине с небольшим поворотом в первое косое положение. На переднелевой стенке абдоминального сегмента пищевода, расположенного в заднем средостении, определяется «ниша» размером около 0,8 см в диаметре с выраженным воспалительным валом вокруг и конвергенцией к ней отечных складок слизистой.



Рис. 2. Рентгенограмма пищевода в первом косом положении, на переднелевой стенке его подаортального сегмента определяется «ниша» размером около 0,6×0,5 см с выраженным воспалительным валом вокруг. Выше и ниже язвенной «ниши» — два тракционных дивертикула. На уровне расположения язвы — циркулярный спазм пищевода.

Пищевод гипотоничен. Стенки его эластичны. Тень пищевода неомогенна из-за наличия в просвете его значительного количества слизи. Складки слизистой дистальных сегментов пищевода неравномерно утолщены, нечетко контурированы. На переднелевой стенке абдоминального сегмента пищевода определяется остроконечная «ниша» диаметром около 0,8 см с выраженным воспалительным валом вокруг и конвергенцией к ней отечных складок слизистой (рис. 1 и 2). При обследовании больного в горизонтальном положении обнаружена аксиальная кардиофундальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, сочетающаяся с недостаточностью кардии. Остальные отделы желудка и двенадцатиперстной кишки без патологических изменений.

Заключение: пептическая язва пищевода. Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная рефлюкс-эзофагитом.

Таким образом, рентгенологический метод достаточно эффективен в выявлении

пептических язв пищевода. Преимущества его в диагностике данного заболевания очевидны: простота, общедоступность, безопасность и возможность одновременного изучения как морфологических, так и функциональных изменений при язве пищевода.

Успешная рентгенодиагностика пептической язвы пищевода возможна при методически правильно проведенном и целенаправленном исследовании, обязательным условием которого является обследование больных в горизонтальном положении и выполнение прицельных рентгенограмм эзофагокардиального перехода. Диагностика пептической язвы пищевода должна основываться в первую очередь на выявлении прямого ее рентгенологического симптома — язвенной «ниши». Однако с помощью только рентгенологического метода трудно распознать плоские и маленькие изъязвления пищевода. Сложна дифференциальная диагностика пептических структур большой протяженности и рака пищевода. В таких случаях рентгенологическое исследование необходимо дополнять эзофагоскопией и прицельной биопсией с последующим гисто- и цитологическим контролем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Араблинский В. М., Шабельная Н. Ф. Вестн. рентгенол., 1975, 2.

Поступила 23 мая 1984 г.

УДК 616.33—006.6—073.75

К РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ РАКА ЖЕЛУДКА

Е. Б. Ильясова, А. Н. Протопопов

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав.— проф. А. Н. Протопопов), кафедра факультетской хирургии и онкологии (зав.— проф. Т. А. Куницына) педиатрического факультета Саратовского медицинского института

Мы оценивали эффективность различных рентгенологических методов диагностики рака желудка. При этом сопоставляли такие характеристики опухоли, как форма роста, ее протяженность и границы внутриорганный распространения. Особое внимание уделяли уточнению проксимальной границы опухоли, столь важной при планировании предстоящего оперативного вмешательства.

Были обследованы 283 человека, больных раком желудка (171 мужчина, 112 женщины), в возрасте от 25 до 72 лет. Использовали последовательно или одновременно следующие рентгенологические методы: полипозиционное контрастное исследование, пневмогастрографию, двойное контрастирование и функциональные пробы. При пневмогастрографии применяли зонд с введенным металлическим эталоном для точного определения протяженности опухоли. Двойное контрастирование осуществляли с помощью зонда или с гидрокарбонатом натрия. Для создания условий искусственной гипотонии использовали прозерин или аэрон, для стимуляции перистальтики — диадинамические токи. Все больные были обследованы эндоскопически. При этом производилась биопсия слизистой с последующим цитологическим исследованием. Всех больных радикально оперировали, после чего удаленный препарат желудка изучали макро- и микроскопически. Полученные данные служили критериями точности рентгенологических методов и эндоскопического исследования.

Опухоль чаще локализовалась в антральном отделе желудка (58%), реже — в теле (31,1%), в кардиальном отделе и своде (4,6%). Тотальное поражение желудка отмечалось у 6,3% больных. Наиболее часто встречались опухоли величиной от 2 до 5 см (41,3%) и от 5 до 10 см (40,3%), реже — до 2 см (10,3%) и распространенные формы — свыше 10 см (3,1%). Экзофитные опухоли были обнаружены у 39,7%, эндофитные — у 33,7%, смешанные — у 26,6% больных.

Рентгенологический и патологоанатомический диагнозы совпали в 98,7% случаев. Однако при детальном сопоставлении параметров опухоли процент совпадений оказался значительно ниже. Приводим анализ этих расхождений, которые при статистической обработке оказались существенными.

Протяженность опухоли измеряли по рентгенограммам с учетом фактора проекционного увеличения. При локализации опухоли в кардиальном отделе коэффициенты поправки составляли 1,4, при локализации в антральном отделе и теле — 1,2—1,3 [1]. Среди различных методов рентгенологического определения протяженности опухоли наиболее точной оказалась пневмогастрография, поскольку совпадение с данными операционного препарата было отмечено у 182 (72%) из 253 больных.