

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСОНОГРАФИИ В УТОЧНЯЮЩЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЖЕЛУДКА

И.И. Круглова

Отделение эндоскопии Самарского областного клинического онкологического диспансера

Круглова Ирина Иосифовна, канд. мед. наук,
зав. отделением эндоскопии СОКОД,
443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50,
тел. 8 (846) 994-06-99 (приемная, главный врач),
факс: 994-03-99,
e-mail: sod1@samtel.ru

Проведено обследование 469 больных с опухолевой патологией желудка. В ходе исследования всем пациентам выполнялось сочетанное эндоскопическое исследование с применением эндосонографии. Получены высокие показатели диагностической точности эндосонографии в уточняющей диагностике рака желудка.

Ключевые слова: рак желудка, эндосонография.

THE ROLE OF ENDOSONOGRAPHY IN CONFIRMATION OF GASTRIC CANCER DIAGNOSIS

I.I. Kruglova

Samara Regional Center for Clinical and Diagnostic Oncology, Department of Endoscopy

Study included evaluation of 489 patients with gastric tumors. During study all patients received combination of endoscopic and endosonographic evaluation. Using endosonography, high level of diagnostic accuracy was achieved in confirmatory and early diagnosis of gastric cancer.

The key words: gastric cancer, endosonography.

Оптимизация диагностики рака желудка (РЖ) продолжает оставаться одной из важных проблем онкологии [1]. Традиционные методы диагностики РЖ, такие, как рентгенологическое исследование с двойным контрастированием бариевой взвесью и гастроскопия имеют определенные ограничения. Ими невозможно выявить внутрисстеночное распространение опухоли, её структуру и установить слой, из которого она исходит, провести дифференциальную диагностику при разных гистологических типах [2]. Прогресс в выявлении ранних типов и уточняющей диагностике распространенных форм РЖ связан с внедрением в практику таких перспективных методик, как видеогастроскопия, увеличительная и узкоспектральная эндоскопия, а также эндосонография [1,3]. Эндоскопическое ультразвуковое исследование может быть эффективным в определении глубины опухолевой инвазии стенки желудка, слоя, из которого исходит опухоль. Оно позволяет выявить увеличение лимфатических узлов и по определенным критериям с высокой долей вероятности сделать предположение об их характере.

Цель исследования

Повышение эффективности диагностики раннего и распространенного рака желудка эндосонографическим методом.

Материалы и методы

Работа базировалась на данных обследования и лечения 469 больных Самарской области с ранним и распространенным РЖ, лимфомами, неэпителиальными опухолями, полипами и опухолеподобными поражениями желудка. Всем пациентам после видеогастроскопии осуществлялось внутриполостное сканирование, и далее производилась биопсия опухоли различными способами. Эндоскопические исследования проводились при помощи видеоэлектронных систем EVIS EXERA I CV-160 и EVIS EXERA EU-M60 фирмы «Olympus». Визуальный осмотр выполнялся видеогастроскопом GIF-XTQ160. Для эндосонографического обследования был использован видеоэхоскоп GF-UM 160 с радиальным датчиком и изменяющейся частотой сканирования от 5 до 20 Мгц, а также ультразвуковые зонды UM-2R-3 и UM-3R-3 с частотой сканирования 12,5 и 20 Мгц.

Результаты и обсуждение

Согласно данным, полученным при описании эхо-семиотики, единым эндосонографическим признаком рака желудка является гипэхогенное образование, исходящее из слизистой оболочки, с различной глубиной инвазии. Различные типы раннего и формы

распространенного РЖ имеют не только общие, но и индивидуальные эхографические признаки.

При раннем раке опухоль локализуется в слизистом слое или прорастает в подслизистый слой (рис.1).

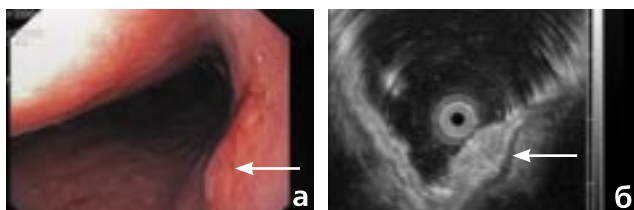


Рис. 1. Пациентка Г., 62 года. Ранний рак верхней трети тела желудка

Гистология – высокодифференцированная аденокарцинома:

а – визуальная картина раннего РЖ, подтип IIa; б – эндосонограмма РРЖ, подтип IIa, гипозоногенное образование с признаками инвазии опухоли в подслизистый слой

Среди пациентов с визуальным диагнозом раннего РЖ применение эндосонографии позволило обнаружить признаки данной патологии у 71,8% с точностью в 95,7%, правильно выявить распространенный рак в 100% и верно исключить наличие рака в 80%, что является важной догоспитальной информацией для выбора способа биопсии и схемы лечения. Высокая диагностическая точность эндосонографии (89,3%) в определении локализации опухоли в слизистом слое обеспечила возможность выполнения радикальных органосохраняющих операций при раннем раке желудка у 34,4% больных. Чувствительность эндосонографии в идентификации раннего рака составила 91,6%, специфичность – 87,5%, диагностическая точность – 90,6%. Между частотой совпадения данных о наличии или отсутствии раннего рака желудка по результатам визуальной гастроскопии и эндосонографии отмечены различия с достоверностью $0,1 > p > 0,05$ (критерий $\chi^2 = 2,86$).

При распространенном раке имеется инвазия в мышечный и серозный слой или выходит за пределы стенки желудка (рис.2).

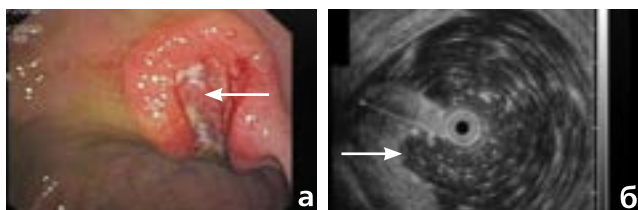


Рис. 2. Пациент С., 71 год. Блюдцеобразный рак нижней трети тела желудка

Гистология – умереннодифференцированная аденокарцинома:

а – визуальная картина блюдцеобразного рака; б – эндосонограмма блюдцеобразного рака, гипозоногенное образование с инвазией в серозную оболочку

Анализ проведенного исследования при распространенном раке желудка показал, что в 14,9% наблюдений эндосонография улучшила по сравне-

нию с гастроскопией оценку распространения опухолевой инфильтрации по отделам желудка. Глубина инвазии оценена правильно в 94,3% случаев. Недооценка распространения опухоли вглубь стенки наблюдалась при всех макроскопических формах и составила в среднем 3,8%. Самой высокой (6,8%) она была среди пациентов с блюдцеобразным раком и связана с наличием в дне язвы толстого слоя фибрина, создающего артефактную картину. Чувствительность эндосонографии в оценке перигастральных лимфоузлов составила 80%, специфичность – 93%, диагностическая точность – 85%. Различия в точности оценки перигастральных лимфоузлов по данным эндосонографии и послеоперационного гистологического исследования статистически значимы – $p < 0,005$ (критерий $\chi^2 = 7,9$).

Лимфомы, неэпителиальные опухоли, полипы и опухолеподобные поражения имеют отличительные эндосонографические критерии, которые позволяют проводить дифференциальную диагностику больных раком желудка.

Эндосонограммы пациентов со всеми формами лимфом демонстрируют их отличительный признак – в области визуально измененной слизистой оболочки при сканировании стенка желудка утолщена за счет гиперэхогенного неоднородного подслизистого и глубоких слоев слизистого слоя, а между патологическими зонами визуализируются участки нормальной пятислойной стенки желудка (рис.3).

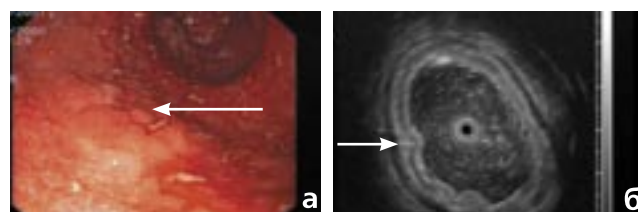


Рис. 3. Пациент Л., 58 лет. Язвенно-инфильтративная лимфома

Заключение иммуногистохимии: диффузная В-крупноклеточная лимфома желудка:

а – визуальная картина, требующая дифференциальной диагностики между язвенно-инфильтративным раком и язвенно-инфильтративной лимфомой тела желудка; б – эндосонограмма язвенно-инфильтративной лимфомы желудка, утолщенный гиперэхогенный подслизистый слой достигает 2,9 мм

Данные сравнительного анализа ценности визуального и эндосонографического методов при диагностике лимфом желудка представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели ценности визуального осмотра и эхоэндоскопии в диагностике лимфом желудка

Диагностический критерий	Визуальная эндоскопия, %	Эндосонография, %
Чувствительность	84	96
Специфичность	-	75
Диагностическая точность	86,2	93

Более высокая чувствительность и диагностическая точность эндосонографии подчеркивают необходимость её широкого применения в дифференциально-диагностических затруднениях, поскольку схемы лечения лимфом и рака желудка имеют отличия.

Основным отличительным признаком неэпителиального образования является гипэхогенная опухоль, исходящая из мышечного слоя, мышечной пластинки слизистой оболочки или расположенная на её границе с подслизистым слоем. Слизистый слой над опухолью истончен и четко прослеживался (рис.4).

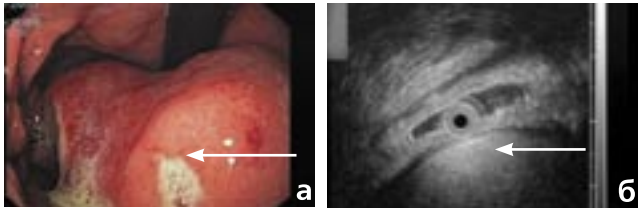


Рис. 4. Пациент Е., 48 лет,

неэпителиальная опухоль желудка

Заключение иммуногистохимии - GIST: а - визуальная картина неэпителиальной опухоли с признаками прорастания слизистой оболочки; б - эндосонограмма гипэхогенной неоднородной неэпителиальной опухоли, исходящей из мышечного слоя, с анэхогенными включениями

У всех пациентов этой группы эндосонография исключила эпителиальное происхождение образования, а в 95,2% данные эхоэндоскопии о предположительном гистологическом типе опухоли были подтверждены. Это свидетельствует о высокой точности метода при данной патологии, что позволяет детализировать эндоскопический диагноз и принимать активные решения в плане выбора способа биопсии.

Результатом уточняющей диагностики больных с визуальной картиной различных полиповидных

образований стало выявление среди них в 10,3% наблюдений эндосонографических признаков рака желудка, причем в 8,8% диагностирован ранний рак и в 1,5% - распространенный.

Чувствительность эхоэндоскопии в идентификации полиповидных образований составила 97%, диагностическая точность – 94,3%. При анализе результатов эндоскопической и эндосонографической диагностики полиповидных образований желудка мы получили статистически значимые различия с достоверностью $p < 0,05$ (критерий $\chi^2 = 3,85$).

Выводы

1. Сочетание на догоспитальном этапе визуального и эндосонографического исследования в едином диагностическом процессе позволяет улучшить диагностику рака желудка в ранней стадии, детализировать степень распространения инвазивного рака, проводить дифференциальную диагностику рака с новообразованиями иного гистологического типа, повысить эффективность верификации опухолей выбором оптимального способа биопсии.

2. Данный подход способствует снижению числа неоправданных дорогостоящих исследований (РКТ, МРТ желудка), уменьшению сроков постановки диагноза, а также обеспечивает возможность дифференцированно подходить к выработке врачебной тактики с достаточно высокой клинической эффективностью.

Список литературы

1. Давыдов М.И., Чиссов В.И., Дарьялова С.Л., Франк Г.А. Онкология / М.И. Давыдов, В.И. Чиссов, С.Л. Дарьялова, Г.А. Франк. – М.: Гэотар-медиа, 2008. – С. 397-677.
2. Труфанов Г.Е., Рязанов В.В., Лыткин М.В., Лыткина С.И. Лучевая диагностика опухолей желудка. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2007. – С. 7-17.
3. Van Dam J., Sivak M.V. Gastrointestinal Endosonography. – SAUNDERS. – 1999. – 296 p.