

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА РЕЦИДИВОВ РАКА ЖЕЛУДКА

**И.Н. Савельев, И.Г. Фролова, С.Г. Афанасьев, С.В. Лунева,
С.А. Величко, М.Б. Каракешишева**

ГУ«НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»

Одной из актуальных проблем онкологии является совершенствование как первичной диагностики рака желудка, так и своевременное выявление рецидивов с целью повышения эффективности лечения. Это связано с тем, что за последние 20 лет рак желудка прочно занял лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости. Целью исследования явилось изучение возможности различных методов лучевой визуализации и их комплексного применения в диагностике рецидивов рака желудка.

Обследовано 27 больных с рецидивами рака желудка, которым проведено рентгенологическое, ультразвуковое и компьютерно-томографическое исследование с учетом эндоскопической картины, в сопоставлении с операционными находками. Рецидивы рака желудка развились в течение первого года после операции в 7 случаях, в срок от 1 до 2 лет – в 6, от 2 до 3 лет – в 4, через 3 года – в 10 случаях. По данным морфологического исследования преобладали диффузно-инфильтративный (10 случаев) и язвенно-инфильтративный (3 случая) характер роста рецидивной опухоли. Аденокарцинома выявлена у 24 больных (у 19 – низкодифференцированная, у 4 – умереннодифференцированная и у 1 – высокодифференцированная), недифференцированный рак – у 2, перстневидноклеточный рак – у 1. Неблагоприятными прогностическими факторами (на этапе операции) являются метастазы в лимфатических узлах, а также опухолевые клетки по линии резекции. При рентгенологическом исследовании органов ЖКТ с искусственным контрастированием у послеоперационных больных в большинстве случаев выявлялся стеноз отводящей петли, обусловленный сдавлением кишки извне увеличенным конгломератом лимфатических узлов. Реже выявлялся рецидив в культе диффузно-инфильтративного характера роста, подтвержденный

выполнением эндоскопического исследования желудочно-кишечного тракта. Ультразвуковое (УЗИ) и компьютерно-томографическое (КТ) исследование позволяло выявить рецидивную опухоль и судить о степени прогрессирования процесса. При УЗИ стенка культи желудка, из которой исходит опухолевый узел, как правило, неравномерно утолщена в зависимости от выраженности инфильтрации, пораженный участок лишен эластичности. Контуры четкие, поверхность может быть ровной при чисто инфильтративном росте и бугристой – при смешанном. При рецидивах чаще всего имел место экзогастральный компонент опухоли, который характеризовался объемным образованием, расположенным в брюшной полости и связанным со стенкой культи желудка на ограниченном участке. Особенностью данного варианта роста опухоли является невыраженная опухолевая инфильтрация стенки желудка и сохранение в ряде наблюдений рельефа слизистой над участком поражения, что значительно затрудняло выявление этих опухолей рентгенологически и эндоскопически. Выполненное КТ исследование в большинстве случаев подтверждало наличие рецидивной опухоли как в культе желудка, так и в зоне анастомоза. Визуализировалась неравномерно утолщенная стенка культи или мягкотканой плотности объемное образование, исходящее из наружного слоя стенки культи желудка. Определялись увеличенные лимфатические узлы брюшной полости и забрюшинного пространства, размерами от 15 до 30 мм.

Анализ возможностей лучевых методов исследования показал, что данные рентгенологического метода исследования оказались информативными в выявлении рецидива в культе желудка и в зоне анастомоза. УЗИ и КТ успешно выявляла не только экзогастральный компонент опухоли, инфильтрацию стенок культи желудка, но и поражение лимфатического коллектора.