

УДК 616.33-006-073.4-8

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКЗОФИТНОРАСТУЩИХ ФОРМ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА

Л.А. Воропаева, В.Н. Диомидова, МУЗ «Городская клиническая больница № 1», г. Чебоксары

*Диомидова Валентина Николаевна – 428028 Чувашская Республика, г. Чебоксары, проспект Тракторостроителей, д. 46.
Раб. тел.: (8352) 23-56-74, e-mail: diomidovavn@rambler.ru,*

Целью исследования явилось изучение возможностей и значения трансабдоминальной эхографии в диагностике неопухолевой желудочной патологии и рака желудка. Проанализированы данные трансабдоминального ультразвукового исследования желудка 148 больных с опухолевым поражением желудка. Результаты эхографии желудка позволили нам выделить очаговый (локальный, узловой), инфильтрирующий (диффузный) и промежуточный типы. Очаговый тип роста раковой опухоли выявлен нами в 34 (25,95%) случаях, из них локализованных в проекции передней стенки – в 11 (32,4%), задней стенки – в 23 (67,6%) случаях. Изъязвление желудочной стенки в зоне роста узлового типа опухоли обнаружено у 19 (55,9%) больных.

Ключевые слова: трансабдоминальная эхография, желудок, рак.

The aim of this investigation was to study possibilities and value of transabdominal echography within diagnostics of nonneoplastic gastral abnormality and stomach cancer. Data of transabdominal ultrasonic study among 148 patients with tumorous damage of stomach was analyzed. The results of echography allowed to mark out focal (local, nodal), infiltrative (diffuse) and transition types. Focal type of cancer growth was found in 34 (25,95%) cases, out of them located in anterior wall – 11 (32,4%), posterior wall – 23 (67,6%). Erosion of stomach wall in the place of nodal-type tumor growth was found among 19 (55,9%) patients.

Key words: of transabdominal echography, stomach, cancer.

Введение. Россия относится к странам с высоким риском развития рака желудка, и при этом летальность на первом году жизни с момента установления диагноза составляет около 60% [1]. Заболеваемость раком желудка по-прежнему остается актуальной проблемой человечества, в России занимает второе место в структуре заболеваемости мужчин (14,7%), третье место – в структуре заболеваемости женщин (10,8%). Это одно из самых распространенных заболеваний и в мире: ежегодно регистрируется 750 тысяч смертей от рака желудка [2].

До недавнего времени использование эндоскопии, биопсии и цитологии считалось золотым стандартом в диагностике и определении стадии опухолей желудка [3]. Пальпаторно опухоль желудка на ранних стадиях в основном не определяется, а наличие пальпируемой опухоли соответствует поздним стадиям развития опухолевого процесса. Для раннего выявления рака желудка необходимо сочетание эндоскопических и лучевых методов, поскольку без морфологической верификации диагноза, основная диагностическая задача не может считаться решенной [4]. Анализ сопоставления

рентгено-эндоскопических исследований желудка показывает, что до 25–30% случаев опухолей желудка без поражения его слизистой оболочки не выявляются своевременно при эндоскопическом исследовании [5]. Результаты эзографии при раке желудка по сравнению с данными эндоскопии и рентгеноскопии желудка позволяют наиболее точно определить распространенность опухолевого процесса и правильно распознать прорастание опухоли за пределы желудка с оценкой наличия метастатического поражения лимфоузлов [6, 7]. Проблема совершенствования методов исследования желудка остается актуальной и необходимо разработать комплексный подход к своевременной диагностике опухолевой патологии желудка, так как она реализована недостаточно [8].

Целью настоящего исследования явилось улучшение диагностики рака желудка при комплексном ультразвуковом исследовании.

Материал и методы

Эзография желудка проводилась на ультразвуковых сканерах SSD-1700 (Aloka, Япония), MyLab15 (Esaote S.p.A., Италия), RTX-200 (GE HC, США) с применением датчиков конвексного, секторного и линейного типов (3,5–7,5 МГц).

План комплексного обследования пациентов включал: ультразвуковые, эндоскопические, рентгенологические методы исследования желудка, патоморфологические исследования эндоскопического биопсийного и послеоперационного материалов. Всем больным проводилось трансабдоминальное ультразвуковое исследование желудка с тугим наполнением полости жидкостью и медикаментозной релаксацией желудочной стенки. Окончательная верификация результатов и достоверность данных эзографии оценивалась по результатам хирургического вмешательства и патоморфологических исследований. Статистическую обработку результатов проводили с использованием методов параметрического и непараметрического анализа [9]. Статистические данные обрабатывались с использованием программного обеспечения StatSoft Statistika v.6.0 стандартными методами. Статистически значимыми считали различия при величине $p < 0,05$.

ТАБЛИЦА.

Структура больных с опухолевым поражением желудка

Опухолевая патология желудка	Всего	148	100%
	рак желудка	131	88,50%
	лейомиомы, лейомиосаркомы	12	8,10%
	лимфомы, лимфосаркомы	5	3,40%

Средний возраст пациентов составил 53,5 года. Среди больных почти во всех возрастных категориях отмечалось преобладание лиц мужского пола (54,9%) над лицами женского пола (45,1%). В контрольную группу вошли 100 человек без заболеваний органов пищеварения. В основную группу включены данные 148 человек с различными опухо-

лями желудка, обследованных в МУЗ «Городская клиническая больница № 1» г. Чебоксары Чувашской Республики (таблица).

Результаты и их обсуждение

Данные эзографии в зависимости от характера роста и распространенности опухолей желудка позволили нам выделить следующие их типы: очаговый (локальный, узловый), инфильтрирующий (диффузный) и промежуточный.

Очаговый тип опухоли визуализировался в виде ограниченного узлового образования, оттесняющего эзографические слои желудочной стенки или всю стенку, нередко с сохраненной дифференциацией эхослоев желудочной стенки, характеризующегося большим разбросом размеров. Контуров таких опухолей были ровными и неровными, четкими и нечеткими, экзогенность – от низкой до повышенной, эхоструктура – однородной и неоднородной. Очаговый тип роста раковой опухоли выявлен нами в 34 (25,95%) случаях, из них локализованных в проекции передней стенки – в 11 (32,4%), задней стенки – в 23 (67,6%) случаях. Изъязвление желудочной стенки в зоне роста опухоли обнаружено у 19 (55,9%) больных.

Достоверным эзографическим признаком узловых форм опухолей желудка явилось обнаружение опухолевидного образования, исходящего из желудочной стенки, встретившееся во всех 100% случаев.

По отношению к просвету желудка определялись следующие виды очагового типа опухолей.

1. Эндогастральный рост экзофитной опухоли – ограниченное узловое образование, растущее из желудочной стенки в сторону просвета желудка, выявлен в 8 (23,5%) случаях (рис. 1–3).



РИС. 1.

Эзограмма желудка. Аденокарцинома желудка высокой степени дифференцировки, очаговая форма роста опухоли. Эзогенная опухоль желудка с узловым внутрижелудочным ростом, выступающая в просвет желудка, значительных размеров, в зоне роста опухоли дифференцировка слоев не определяется.



РИС. 2.
Эхограмма желудка. Узловая форма роста низкодифференцированной аденокарциномы желудка. Опухоль передней стенки желудка, гипозоногенная, многоузловая, с экзофитно-эндогастральным ростом.

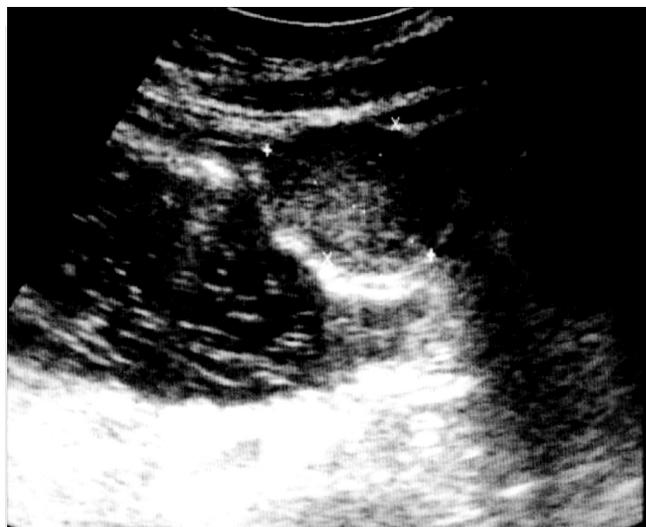


РИС. 4.
Эхограмма желудка. Аденокарцинома желудка средней степени дифференцировки. Опухоль передней стенки желудка, гипозоногенная, узловая форма экзогастрального роста.



РИС. 3.
Эхограмма желудка.
Недифференцированный рак желудка.
Опухоль передней стенки желудка неправильной формы, неоднородной структуры, экзофитный компонент опухоли выступает в сторону просвета желудка. Дифференцировка эхослоев в зоне роста опухоли нарушена, поверхность опухоли бугристая.



РИС. 5.
Эхограмма желудка. Изъязвленная низкодифференцированная аденокарцинома желудка. Опухоль задней стенки желудка, узловая форма, неоднородной структуры, с изъязвленной поверхностью, выступающая и в сторону брюшной полости, и в просвет желудка.

Заключение

Для улучшения потенциальных возможностей своевременного выявления рака желудка эхографию необходимо включить в обязательный диагностический комплекс методов исследования желудка. В алгоритме лучевых методов исследования желудка эхографию желудка можно использовать и как метод скрининга для своевременного распознавания ранних признаков рака желудка, и для оценки степени распространенности новообразований желудка по отношению к желудочной стенке, окружающим органам и структурам, и для определения характера роста опухоли по отношению к просвету желудка.

МА

2. Экзогастральный рост экзофитной опухоли – ограниченное узловое образование, растущее из желудочной стенки в сторону брюшной полости, выявлен в 9 (26,5%) случаях (рис. 4.).

3. Смешанный тип роста экзофитной опухоли – ограниченное опухолевидное образование, растущее из желудочной стенки, выступающее и в сторону брюшной полости, и в сторону просвета желудка, – выявлен в 17 (50,0%) случаях (рис. 5).

ЛИТЕРАТУРА

1. Павлович И.М. Предопухольный потенциал хронического атрофического гастрита, ассоциированного с инфекцией *Helicobacter pylori*, меры профилактики // Вопросы онкологии. 2006. Т. 52. № 2. С. 223–229.
2. Пасечников В.Д. Эпидемиология рака желудка. // Рос. журн. гастроэнтерол. 2002. Т. 12. № 3. С. 18–26.
3. Cannizzaro R. Endoscopic diagnosis and staging of gastric tumors. // *Suppl-Tumori*. 2003. Sep.-Oct. 2 (5). P. 516–518.
4. Yanai H. Clinical impact of strip biopsy for early gastric cancer. // *Gastrointest-Endosc*. 2004. №. 60 (5). P. 771–777.
5. Портной Л.М. Диагностика эндофитного рака желудка (по материалам сопоставления лучевого и патоморфологического исследования). // Рос. онкол. журн. 2000. № 4. С. 12–25.
6. Казакевич В.И. Сложности чрескожной эхографии в определении пере-

хода рака желудка на пищевод. // Труды IV съезда Российской Ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине. Москва. 2003. С. 130.

7. Кабин Ю.В. Сравнительная оценка инструментальных методов исследования в стадировании рака желудка. // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2007. № 4. С. 151.

8. Горшков А.Н. Возможности лучевых методов исследования (УЗИ, КТ) в предоперационной оценке внутривенной инвазии рака желудка. // Вестник рентгенология и радиологии. 2001. № 2. С. 27–34.

9. Гланц С. Медико-биологическая статистика. (Пер. с англ.). М.: Практика, 1998. 459 с.

10. Махотина М.С. Возможности ультразвуковой томографии и рентгенологического исследования в комплексной предоперационной диагностике рака желудка. // Материалы VII Всероссийского научного форума «Радиология 2006». Москва. 2006. С. 159–160.