

течения заболевания, что приводит к нарастающей дистрофическим изменениям в эпителии.

Отсутствие ясных представлений о патогенезе хронических эрозий не позволяет объяснить причины хронизации эрозивных повреждений.

Полученные эндосонографические подтверждения рецидивирующего течения заболевания позволят индивидуально и комплексно проводить лечение и снизить до минимума частоту развития осложнений.

## ВОЗМОЖНОСТИ СОНОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ РЕЦИДИВОВ РАКА ЖЕЛУДКА

**И.Н. САВЕЛЬЕВ, И.Г. ФРОЛОВА, С.В. ЛУНЕВА, С.А. ВЕЛИЧКО,  
С.Г. АФАНАСЬЕВ, М.Б. КАРАКЕШИШЕВА**

*НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск*

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. Как показывают расчеты ВОЗ, ежегодно в мире заболевает раком желудка более 1 млн человек. Однако хирургическое лечение применимо лишь у 15–25 % больных, к тому же многие оперированные больные погибают от прогрессирования заболевания в виде местных рецидивов, лимфо-гематогенных метастазов в первые два года после радикальных операций, и лишь четвертая часть живет более 5 лет.

**Цель исследования** – изучение возможности различных методов лучевой визуализации в диагностике рецидивов рака желудка.

**Материал и методы.** Обследовано 35 больных с рецидивами рака желудка, которым проведено рентгенологическое, ультразвуковое исследование с учетом эндоскопической картины, в сопоставлении с операционными находками. Рентгенологическое исследование желудка выполнялось по стандартной методике. Ультразвуковое исследование проводили на стационарных ультразвуковых аппаратах «Sono diagnost 360» (Philips), «Logio 400 CL» (General Electric Company) с использованием конвексных, линейных и секторных датчиков частотой 3,5 МГц, 5 МГц и 7,5 МГц.

**Результаты.** Рецидивы рака желудка развились в сроки от 1 года до 3 лет. По данным

морфологического исследования преобладали диффузно-инфильтративный (27 случаев) и язвенно-инфильтративный (8 случаев) характер роста рецидивной опухоли. Аденокарцинома выявлена у 32 больных (у 25 – низкодифференцированная, у 6 – умереннодифференцированная, у 3 – высокодифференцированная), перстневидноклеточный рак диагностирован в 3 наблюдениях.

При рентгенологическом исследовании органов ЖКТ с искусственным контрастированием в отдаленные сроки после операции в большинстве случаев при прогрессировании заболевания выявлялся стеноз отводящей петли, обусловленный сдавлением кишки извне увеличенным конгломератом лимфатических узлов, при этом эндоскопическая картина не позволяла адекватно оценить объем поражения, тогда как рецидив в культе диффузно-инфильтративного характера роста подтверждался при рутинной ЭГДС. Ультразвуковое 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 была ровной при инфильтративном типе роста рецидивной опухоли 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. Кроме рецидивных узлов, при УЗИ выявлялись пораженные метастазами лимфатические узлы брюшной полости и забрюшинного пространства. Доступными для визуализации оказались практически все группы регионарных лимфатических узлов. При эхографии брюшной полости и забрюшинного пространства выявлялись лимфатические узлы размерами от 5 мм до конгломератов более 6–9 см, последние визуализировались в виде гипоехогенных образований. При инфильтра-

ции окружающих тканей лимфатические узлы обычно сливались между собой.

**Выводы.** Анализ возможностей лучевых методов исследования показал, что данные рентгенологического и эндоскопического методов исследования оказались информативными в выявлении рецидива в культе желудка и в зоне анастомоза, чаще при диффузно-инфильтративном характере роста. Ультразвуковое исследование успешно выявляло не только экзогастральный компонент опухоли, инфильтрацию стенок культи желудка, но и поражение лимфатического коллектора. Неблагоприятным прогностическим фактором являются наличие метастазов в лимфатических узлах (средняя продолжительность жизни при метастазах – 25,2 месяца; без метастазов – 56,7), а также опухолевые клетки по линии резекции.

## ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Ю.В. СИНЕВ, О.В. ИВАНОВА, Д.А. ХОМОВ, И.Б. ГРУНИН, В.И. ВОЛОЦКОВ

*ФГУ РНЦРР Росмедтехнологий, г. Москва*

После аварии на Чернобыльской атомной электростанции прошло более 20 лет. Представляется актуальным проследить состояние желудочно-кишечного тракта в отдаленный период после воздействия комплекса факторов послеаварийной ситуации в Чернобыле, когда наступили сроки реализации канцерогенного эффекта радиации и в желудке и толстой кишке могли быть обнаружены дисплазия (фактор риска рака), рак *in situ*, солидные опухоли. Известно, что онкологические заболевания длительно протекают бессимптомно.

**Цель исследования** – изучение состояния желудка и толстой кишки с помощью эндоскопического метода у ликвидаторов в отдаленном периоде.

**Материал и методы.** В нашем центре за период с 2008 по 2009 г. обследовано 134 человека, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС в 1986 г. Эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией

выполнена 108 ликвидаторам и фиброколоноскопия – 26. У 14 ликвидаторов с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны проводились гистологические, бактериоскопические, морфометрические и иммуногистохимические исследования биоптатов слизистой оболочки антрального отдела желудка.

**Результаты.** Выявленная патология у ликвидаторов отличалась от популяционной только большей частотой поверхностной деструкции слизистой оболочки желудка – эрозивный гастродуоденит встречался у 38,5 % обследованных, в то время как в группе сравнения – у 28 % (разница статистически достоверна). При изучении механизмов возникновения эрозивных гастритов и эрозивных дуоденитов установлены чаще высокая (111 степень) обсемененность пилорическими хеликобактерами (у 60 % по сравнению с 41,3 % в группе сравнения) и увеличение Ig G и Ig E-продуцирующих клеток. Особенностью патологии толстой кишки у