

4. Шерлок, Ш., Джулии, Дж. Заболевания печени и желчных путей. М.: Гэ-отар, Медицина, 1999; 2, 50-73.
5. Gores GJ. Mechanisms of cell injury and death in cholestasis and hepatoprotection by ursodeoxycholic acid. J Hepatol 2002, 32 (Suppl. 2), P. 11-3.

СКРИНИНГ РАКА ЖЕЛУДКА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Якубчик Т.Н., Божко Г.Г., Пашук С.Ч., Божко Е.Н.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Городская клиническая больница №2 г. Гродно», Беларусь*

Рак желудка по-прежнему остается одной из наиболее острых медицинских проблем. Только своевременная и ранняя диагностика рака желудка способна улучшить результаты его лечения и последующий прогноз для жизни пациента. На протяжении многих лет основными методами диагностики рака желудка оставались рентгенологический и эндоскопический. В настоящее время трансабдоминальное УЗИ прочно заняло место основного метода в диагностике заболеваний органов брюшной полости. Возможности же метода в отношении оценки состояния желудка и двенадцатиперстной кишки изучены в значительно меньшей степени. Состоянию стенки желудка, ее толщине и равномерности уделяется особое внимание при УЗИ. При патологии стенки желудка утолщаются, меняется соотношение толщины стенки к ширине просвета в сторону уменьшения последнего. Описанная картина получила название "симптом пораженного полого органа" (ППО).

Цель. Изучение потенциальных возможностей трансабдоминального УЗИ в диагностике эндофитных опухолей желудка.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 216 больных с заболеванием желудка в возрасте от 24

до 75 лет, проходившие лечение в областном отделении гастроэнтерологии УЗ «Городская клиническая больница №2 г. Гродно» в 2010-2011 гг. Всем больным проводилось лабораторное и инструментальное обследование согласно Стандартам (протоколам) диагностики и лечения, принятым в Республике Беларусь. Кроме изучения паренхиматозных органов, всем проведено УЗИ желудка на сканере Medison «SA 8000» электронным секторальным датчиком с частотой 3,5 МГц в одномерном, двухмерном режимах.

Результаты. Трансабдоминальное УЗИ желудка выполнялось в качестве дополнительного метода исследования при проведении комплексного рентгено- и эндоскопического (с прицельной биопсией) обследования. Полученные данные УЗИ были сопоставлены с данными лучевых и эндоскопических методов исследования. На первом этапе производился осмотр органов брюшной полости натощак. Целью второго этапа служило детальное изучение стенок желудка и его полости, в связи с чем осмотр производился с наполнением желудка жидкостью в стандартных проекциях (лежа на спине, на правом боку, на левом боку, стоя). Эта методика позволила достаточно хорошо визуализировать все отделы желудка, в том числе верхнюю треть тела и его дно. Трансабдоминальное УЗИ делает возможным произвести оценку не только толщины стенки желудка, но и дифференцировать ее слоистое строение, а также анатомические структуры, находящиеся за пределами желудочной стенки. Существует ряд ультразвуковых признаков, при наличии которых можно достоверно поставить диагноз эндофитного рака желудка:

1. Наличие симптома ППО (неправильная форма желудка, его диаметр больше 35-40 мм, неравномерное утолщение стенки более 15-25 мм и сужение просвета).
2. Значительное снижение эхогенности стенки желудка.
3. Отсутствие правильной слоистости стенки в месте поражения.
4. Бугристость наружного и внутреннего контуров стенки.

В результате проведенного исследования у 7 пациентов выявлен рак желудка, ни у одного из них данное заболевание при

клиническом обследовании не предполагалось. Все 7 случаев рака желудка явились случайной находкой при УЗИ органов брюшной полости. У 21 пациента рак желудка был установлен по данным эндоскопического и рентгенологического обследования, и в последующем был подтверждён при УЗИ желудка. Для диагностики небольших эндофитных опухолей желудка важным является сравнение толщины и слоистости подозрительных участков стенки желудка со смежными непораженными участками. При распространении рака за пределы желудка теряется визуализация наружного экзогенного слоя стенки желудка, соответствующего серозному слою. Так как жировая и соединительная ткань большого и малого сальника, брыжейки кишки, забрюшинного пространства по экзогенности не отличается от серозного слоя стенки желудка, то определение врастания опухоли в них оказывается за пределами возможности метода. Неровность контуров поджелудочной железы и печени, отсутствие четкой визуализации их капсулы, снижение экзогенности тканей органов вблизи прилегающей опухоли желудка, вплоть до распространения гипоехогенной бугристой стенки желудка внутрь органов, указывают на врастание в них опухоли. Большое значение в УЗ-диагностике рака желудка имеет исследование регионарных лимфатических узлов. Высококонтрастным является УЗ-метод для диагностики асцита, как проявления диссеминации по брюшине. Наиболее характерные места для скопления небольшого количества жидкости – между печенью (или селезенкой) и почкой, между печенью (или селезенкой) и диафрагмой, а также в заднем дугласовом кармане (или за мочевым пузырем). У семи обследуемых пациентов опухоль локализовалась в антральном отделе желудка, у 13 – в теле, у 5 человек – в кардиальном отделе, а в 3 случаях отмечено тотальное поражение желудка. У 16 из 28 пациентов рак желудка выявлен на ранней стадии заболевания, в 7 случаях отмечено распространение опухоли на смежные органы, метастазирование в регионарные лимфоузлы у 2 пациентов, в печень – у 1, умеренный асцит выявлен у 2 обследуемых. У двух больных с локализацией опухоли в выходном отделе желудка констатирован стеноз привратника. В

двух случаях при УЗИ оказалось возможным уточнить данные ФГДС, рекомендовать повторное эндоскопическое исследование с прицельной биопсией и подтвердить наличие опухоли желудка. С целью более объективной оценки толщины стенки желудка и ее слоистого строения была сформирована контрольная группа из 30 условно здоровых пациентов, у которых наряду с осмотром органов брюшной полости производилось исследование желудка по вышеописанной методике.

Проведя анализ результатов исследования в основной (с опухолями желудка) и контрольной группах, установили, что желудочная стенка в нормальных условиях при адекватном ее расправлении имеет толщину, не превышающую 0,4 см, с четко дифференцированными слоями (в большинстве случаев в количестве трех), тогда как в зоне опухолевого поражения толщина стенки практически во всех случаях превысила 0,5 см и сопровождалась нарушением ее послойной дифференцировки.

Заключение. Ультразвуковой метод может использоваться в качестве скрининга рака желудка при амбулаторном и стационарном обследовании на этапе устанавливающей диагностики. Этот метод является дополнительным, и может использоваться с учетом результатов рентгенологического и эндоскопического обследования. Для точной диагностики эндофитного рака желудка необходимо рациональное и комплексное использование всего арсенала современных диагностических методик.

Список использованных источников

1. Вашакмадзе Л.А., Шипуло Н.В. и др. Ультразвуковое исследование для определения степени распространения рака проксимального отдела желудка // Сов. медицина.–1991.– №6.– С.63-66.
2. Портной Л.М., Легостаева Т.Б., Трипахти С., Яурова Н.В. Трансабдоминальная ультрасонография в диагностике диффузного рака желудка // Российский журнал гастр., гепат., колопр.1998.– №3.
3. Alkarawi M, Bagi M.E., Mohamed A.E. Transcutaneous ultrasound of gastric pathology // Digestion.-1998.-V.59 (suppl. 3). – P.543.