

Протоколы заседания МОМР

Протокол заседания секции абдоминальной радиологии Московского общества медицинских радиологов от 19 ноября 2014 г.

The report from the Abdominal Radiology Session of Moscow Society of Radiologists on 18 November, 2014

Рентгеноультразвуковая диагностика кровоотокающего рака и хронической язвы желудка

Селина И.Е., Трофимова Е.Ю., Тверитнева Л.Ф., Миронов А.В.

ГБУЗ "Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского", Москва, Россия

X-ray and Ultrasound Diagnosis of the Bleeding Cancer and Chronic Stomach Ulcer

Selina I.E., Trofimova E.Yu., Tveritneva L.F., Mironov A.V.

N.V. Sklifosovsky Research Institute of ambulance, Moscow, Russia

Оказание неотложной помощи больным с острыми желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) остается задачей неотложных хирургов. Наибольшие трудности в диагностике представляют первично-язвенная и инфильтративно-язвенная формы рака, часто маскирующиеся под хроническую язву желудка.

Представлены результаты применения рентгенологического, ультразвукового и эндоскопического методов диагностики у 112 пациентов, поступивших в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в экстренном порядке с клинической картиной ЖКК. Рак желудка был выявлен у 60 больных, хроническая язва желудка – у 52 больных. Средний возраст больных составил 59 лет. После выполнения комплекса диагностических и лечебных мероприятий были оперированы 64 больных, из них по поводу рака желудка – 38, хронической язвы желудка – 26 больных. В исследование не были включены больные, оперированные на высоте кровотечения.

Инструментальные методы диагностики включали неотложную эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) при поступлении больных в стационар, рентгенографию желудка в условиях двойного контрастирования и УЗИ желудка по специальной методике с заполнением его дегазированной жидкостью после остановки кровотечения и стабилизации состояния больного, повторную ЭГДС со

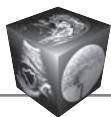
взятием на биопсию 6–8 фрагментов слизистой в окружении язвенного дефекта.

Выполнение рентгенологического и ультразвукового исследования у больных с кровоотокающим раком и хронической язвой желудка имело ряд особенностей:

- исследование проводили после остановки кровотечения и стабилизации состояния больного,
- наиболее частыми сроками выполнения рентгенологического исследования были 5–8-е сутки, ультразвукового – 7–10-е сутки после остановки кровотечения,
- рентгенологическому и ультразвуковому исследованию во всех случаях предшествовала ЭГДС,
- исследованию подвергались пациенты, перенесшие большую кровопотерю.

По данным неотложной ЭГДС источник ЖКК был выявлен у всех больных. У 35 (31,2%) больных были высказаны подозрения на злокачественный характер изъязвления, у 77 (68,8%) больных был выставлен диагноз хронической язвы желудка. Признаками злокачественного характера изъязвления при ЭГДС были: нечеткость краев язвы, нависание тканей в просвет ниши, наличие мелкобугристых разрастаний на слизистой вокруг язвы.

Целью последующего рентгенологического исследования являлось обнаружение язвы или



опухоли желудка, определение их размеров и локализации, протяженности воспалительных и/или инфильтративных изменений, деформации органа, соотношения с окружающими органами и тканями. Исследование желудка выполнялось в условиях двойного контрастирования при вертикальном и горизонтальном положении больного. В ряде случаев из-за тяжести состояния больного исследование проводили только при горизонтальном положении. Характерными рентгенологическими признаками злокачественных изъязвлений желудка были обширные дефекты наполнения с неровными подрытыми контурами, ригидными стенками, разрушенным рельефом слизистой оболочки и изъязвлением, не выходящим за контуры желудка. Реже определялись ниши, частично выходящие за контуры желудка, деформация органа, перестройка рельефа или обрыв одной из складок слизистой оболочки в зоне изъязвления.

При рентгенологическом исследовании дополнительно были выявлены признаки злокачественного характера изъязвления у 16 (14,3%) пациентов. Это увеличило число больных, у которых нельзя было исключить злокачественный характер поражения желудка, до 51 (45,5%).

Основной целью УЗИ являлось обнаружение рака или язвы желудка, определение их локализации, протяженности и глубины опухолевой инвазии, распространенности ее за пределы органа, соотношение опухоли с расположенными рядом органами и структурами, изменение регионарных лимфатических узлов (N), наличие отдаленных метастазов (M) в печени, лимфатических узлах брюшной полости и забрюшинного пространства. УЗИ проводилось в 2 этапа:

1) стандартное трансабдоминальное исследование, включавшее осмотр печени, поджелудочной

железы, области расположения крупных сосудов эпигастральной области и желудка;

2) полипозиционное полипроекционное исследование желудка после заполнения его дегазированной жидкостью (методика основана на жидкостном заполнении желудка по Н. Worlicek и др., 1989). У больных раком желудка исследовали и забрюшинное пространство.

Толщина неизменной стенки желудка при трансабдоминальном сканировании составляла от 2 до 5 мм, визуализировались 3 слоя стенки желудка: гиперэхогенная слизистая, гипоехогенный мышечный слой и гиперэхогенная серозная оболочка. Характерными признаками злокачественного поражения стенки желудка при УЗИ являлись утолщение стенки желудка, разрушение многослойной структуры стенки с поражением в зависимости от глубины инвазии одного или нескольких слоев, неровность наружного контура и полное отсутствие слоистости стенки желудка при выходе опухоли за пределы серозной оболочки.

Проведенные исследования позволили установить признаки злокачественного роста в стенке желудка у 57 больных (включая 51 больного с выявленными ранее признаками рака). Распространение опухоли за пределы желудка было выявлено у 11 больных, асцит – у 5, метастазы в печень и лимфатические узлы – у 9 и 11 больных соответственно.

Комплексное применение эндоскопического, рентгенологического и ультразвукового методов исследования у больных с кровоточащим раком и хронической язвой желудка позволяет повысить точность дооперационной диагностики рака желудка до 95%, что оказывает существенное влияние на тактику лечения, в том числе на определение показаний к операции и выбор объема оперативного вмешательства.