

Т.М.Мацюк

КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНА ДІАГНОСТИКА МІСЦЕВОЇ ІНВАЗІЇ НОВОУТВОРЕНЬ ШЛУНКА

Чернівецький обласний медичний діагностичний центр (гол.лікар – І.Т.Пенішкевич),
кафедра онкології, променевої діагностики, променевої терапії
та радіаційної медицини (зав. – проф. Р.В.Сенютювич)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Проаналізовано дані рентгенівської комп'ютерної томографії (КТ) без застосування фармакологічних препаратів та в умовах зміни тонушу шлунка в 134 хворих із зляксісним процесом. Проведено порівняння результатів КТ обстеження з морфологічними даними. Відмічено підвищення діагностичної достовірності під час обстеження із застосуванням фармакологічних препаратів.

Ключові слова: комп'ютерна томографія, пухлини шлунка, діагностика, стадії.

Вступ. У структурі онкологічних захворювань зляксісне ураження шлунка відмічається в 15%, а серед пухлин травного каналу новоутворення шлунка складають до 50% випадків [2]. Точність доопераційного визначення стадії зляксісного процесу шлунка гарантує правильній вибір методики лікування та об'єм оперативного втручання [4,5]. У більшості хворих новоутворення шлунка виявляються запущеними. Це пов'язано з труднощами діагностики ендоефітних форм ураження ендоскопічними та рентгенологічними методами [1, 3].

Мета дослідження. Оцінити можливості КТ для дігностики пухлин шлунка та методики із застосуванням фармакологічних препаратів для доопераційного визначення стадії зляксісного процесу.

Матеріали і методи. На комп'ютерному томографі "SOMATOM-CRX" фірми SIEMENS обстежено 159 хворих: 91 - без застосування фармакологічних препаратів і у 68 випадках обстеження проведено із застосуванням фармакологічних препаратів за розробленою методикою. З метою підвищення тонушу стінки шлунка підшкірно вводили ацеклідін, апоморфін чи перорально давали таблетки метоклопраміду. Для гіпотонії підшкірно вводили метацин і апрофен чи таблетовані препарати метацину, тифену, беластезину, апрофену.

Результати дослідження та їх обговорення. Зляксісне ураження шлунка за комп'ютерної томографії виявлено у 116 хворих із 134 верифікованих оперативними даними та морфологічними дослідженнями. Оцінка ступеня інвазії зляксісного процесу в стінці шлунка проводилася на основі класифікації TNM Міжнародного протиракового союзу [6]. Так, відсутність візуалізації додаткового утворення та потовщення стінки шлунка відноситься до стадії T1, тобто пухлина локалізована в слизовому і підслизовому шарах, а потовщення стінки шлунка до 1см без ознак інвазії серозної оболонки та м'якотканеве утворення до 2см за екзофітної форми росту новоутворення - стадія T2. Для T3 стадії характерним є наявність додаткового утворення більше 2см та інфільтративне ураження серозної оболонки без наявної інвазії суміжних

органів. Випадки проростання злоякісного процесу на суміжні органи відповідали стадії Т4. За виявлення розповсюдженості новоутворення на стравохід чи дванадцятипалу кишку враховувалася найбільша глибина інвазії.

За КТ обстеження без зміни тонушу шлунка (табл.1) діагностичні помилки були допущені в 13(16,2%) випадках за глибини внутрішньо-стінкової інвазії: Т1 -1, Т2 -5, Т3 -6 і Т4 -1. Із 54 хворих, обстежених на КТ із застосуванням фармакологічних препаратів, вірно діагностовано стадію злоякісного ураження шлунка в 49 (90,7%) випадках, з помилковими результатами в 5 (9,3%) випадках: Т1 -1, Т2 -3 і Т3 -1 (табл.2).

Як свідчить ретроспективний аналіз, причина помилкових результатів здебільшого пов'язана з стадіями Т1 і Т2, коли пухлинне утворення і локальне потовщення стінки шлунка чітко не візуалізувалося, та стадією Т3, коли виникали питання наявності інфільтрації серозної оболонки. Застосування фармакологічних препаратів за КТ обстеження зменшує помилкові результати.

Екзофітна форма пухлинного ураження характеризувалася додатковим м'якотканинним утворенням до 5см із горбкуватими контурами та локальним потовщенням стінки шлунка і сходиноподібним переходом із обривом складок слизової оболонки на межі з незміненою стінкою. В утвореннях до 2,5см відмічалася відносна однорідність структури пухлини з щільністю 35-45од.Н. При збільшенні розмірів утворення виявлялися ексцентричні ділянки зниженої

Таблиця 1

Порівняльна характеристика глибини пухлинної інвазії за КТ обстеження без зміни тонушу шлунка

Результати морфологічних досліджень	Результати КТ обстеження				Всього
	T1	T2	T3	T4	
T1	0	1	-	-	1
T2	-	1	5	-	6
T3	-	-	23	6	29
T4	-	-	1	43	44
Всього	0	2	29	49	80

Таблиця 2

Порівняльна характеристика глибини пухлинної інвазії за КТ обстеження із застосуванням фармакологічних препаратів

Результати морфологічних досліджень	Результати КТ обстеження				Всього
	T1	T2	T3	T4	
T1	1	1	-	-	2
T2	-	5	3	-	8
T3	-	-	20	1	21
T4	-	-	-	23	23
Всього	1	6	23	24	54

Розподілення новоутворень за формами росту

Характер росту	Кількість випадків		Всього	
	в звичайних умовах	із заст.фарм. препарат.	абс.	%
Екзофітний	29 (36,2%)	12 (22,2%)	41	30,6
Ендофітний	28 (35%)	28 (51,9%)	56	41,8
Змішаний	23 (28,8%)	14 (25,9%)	37	27,6
Всього	80 (100%)	54 (100%)	134	100

Таблиця 4

Дані ефективності КТ у визначенні місцевої інвазії за злоякісного ураження шлунка

Методика обстеження	Кількість випадків (абс.)				Всього	Діагностичні критерії (у %)		
	ІП	ІН	ІІІ	ІІІІ		Ч	С	Т
Без застосування фармакологічних препаратів	67	13	1	10	91	83,8	90,9	85,6
Із застосуванням фармакологічних препаратів	49	5	1	13	68	90,7	92,9	91,2

Примітки: ІП - істиннопозитивний результат; ІН - псевдонегативний результат; ІІІ - псевдопозитивний результат; ІІІІ - істиннонегативний результат; Ч - чутливість; С - специфічність; Т - точність.

щільності (20-30од.Н) без чітких меж, що свідчить про деструктивний процес. За ендофітних форм росту новоутворень виникає нерівномірне, більш поширене потовщення стінки шлунка з плавним переходом на неуражені ділянки. Для неепітеліальних ендофітних новоутворень характерно значне потовщення стінки шлунка із неоднорідною структурою (щільність 10-35од.Н) та виразкуваті контури. Змішаним формам ураження властиві ознаки, характерні для обох форм росту (табл.3).

Аналіз результатів КТ та морфологічних досліджень (табл.4) свідчить про зменшення помилкових результатів та підвищення діагностичних критеріїв за КТ обстеженнями в умовах зміни тонуусу шлунка.

Висновки.

1. КТ діагностика злоякісного процесу шлунка є інформативним методом щодо діагностики ендофітних форм ураження та оцінки місцевої інвазії.
2. Застосування фармакологічних препаратів для зміни тонуусу шлунка під час КТ обстеження підвищує достовірність результатів.

Література. 1. Момот Н.В. Возможности КТ в дооперационной диагностике неэпителиальных опухолей желудка //Тези допов. Республ. наук.-практ. конф. "Абдоминальна радіологія". - Київ, 1996.-С.38. 2. Онкологія /За редакцією Б.Т.Білинського, Ю.М.Стернюка, А.В.Шпарика - Львів: Медицина світу, 1998. 272с. 3. Портной Л.М., Казанцева И.А. Рак желудка - проблемы диагностики //Вестник рентген. и радиол. - 1995, №3, С.-27-33. 4. Силантьева Н.К., Шавладзе З.Н. Возможности компьютерной томографии в диагностике распространенности опухолей желудочно-кишечного тракта //Тези допов. Республ. наук.-практ. конф. "Абдоминальна радіологія". - Київ, 1996.-С.49-50. 5. Rossi M., Broglia L., Graziano P. et al. Lokal invasion of gastric cancer: CT findings and pathologic correlation using 5-mm incremental scanning, hypotonia, and water filling. AJR,

COMPUTERIZED TOMOGRAPHIC DIAGNOSTICS OF LOCAL INVASION OF GASTRIC NEOPLASMS

Matsiuk T.M.

Abstract. We have analyzed the findings of a CT examination without using pharmacologic agents and under conditions of changes of the gastric tonus in 134 patients with the malignant process. A comparison of the results of the CT examination with histologic evidence was made. An increased diagnostic reliability was noted in the process of examination while using pharmacologic agents.

Key words: computed tomography, gastric tumors, diagnostics, stages.

Chernvtsi Regional Medical Diagnostic Centre
Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)