



КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ СТАДИРОВАНИИ РАКА ЖЕЛУДКА

ТАШКЕНТСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Тўрабоева Ситора Эргаиш қизи-студент

Каримов Улугбек Рустамович-студент

Нишонова Юлдуз Хатамовна-Phd, Доцент

E-mail: @aycam0505@gmail.com

Актуальность: Желудка (РЖ) сохраняет позиции одного из наиболее агрессивных онкологических заболеваний, занимая третье место в структуре мировой смертности от злокачественных новообразований. Несмотря на совершенствование методов лечения, прогноз заболевания напрямую зависит от своевременности и точности определения распространенности процесса[4,6,7]. Статистические данные указывают на сохранение высокого риска развития патологии у мужчин (1:96), при этом наблюдается тревожная тенденция к «омоложению» заболевания с вовлечением лиц трудоспособного возраста (30–45 лет)[1]. Рак желудка занимает четвертое место в структуре глобальной онкологической смертности, ежегодно унося более 769 000 жизней, при этом риск заболевания у мужчин почти в два раза выше, чем у женщин (1 к 96)[3]. В Узбекистане данная патология стабильно входит в тройку лидеров по распространенности, что на фоне высокой доли случаев, выявляемых на поздних (III–IV) стадиях, делает задачу точного предоперационного МСКТ-стадирования критически важной для выживаемости пациентов[2]. Традиционная рентгеноскопия желудка, обладая визуальной информативностью, ограничена в оценке инвазии в соседние



органы и выявлении регионарных метастазов. В связи с этим, мультимодальный подход, сочетающий возможности видеоэндоскопии в узкоспектральном режиме (NBI) и мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с болюсным усилением, становится необходимым стандартом для оптимизации хирургической тактики и исключения необоснованных лапаротомий[5].

Ключевые слова:Рак желудка, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), видео-ЭФГДС, стадирование опухоли, лучевая диагностика, онкогастроэнтерология.

Цель исследования:Оптимизировать алгоритм предоперационного обследования пациентов с раком желудка путем интеграции мультиспиральной компьютерной томографии с болюсным усилением и видео-ЭФГДС для обоснованного выбора объема радикального хирургического вмешательства.

Материалы и методы исследования:В основу работы положен ретроспективный анализ результатов комплексного обследования 120 пациентов с подозрением на новообразования желудка. Возрастной диапазон пациентов составил от 35 до 78 лет, при этом медиана возраста находилась на отметке 58,5 лет. Распределение по полу было следующим: мужчины — 72 (60%), женщины — 48 (40%). Исследование проводилось на базе Ташкентского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (ТФ РСНПМЦОиР) в период с 2023 по 2025 гг.

Результаты исследования:В ходе проведенного анализа данных 120 пациентов было установлено, что сочетанное применение видео-ЭФГДС и МСКТ с болюсным усилением обеспечивает комплексную оценку распространенности рака желудка, недоступную при использовании



стандартных методов. При анализе возрастной структуры исследуемой группы больных (n=120) было установлено, что возрастной диапазон составил от 35 до 78 лет. Распределение пациентов по десятилетним возрастным интервалам выглядело следующим образом:

Группу 35–45 лет составили 14 пациентов (11,7%);

в возрасте 46–55 лет находились 28 больных (23,3%);

наиболее многочисленной была группа 56–65 лет, включившая 41 пациента (34,2%);

группа 66–75 лет составила 32 человека (26,6%);

пациенты в возрасте 76 лет и старше составили 5 случаев (4,2%).

Таким образом, основная часть выборки (84,1%) была представлена лицами в возрасте от 46 до 75 лет.

Таблица 1. Распределение больных зависимости от жалоб:

Жалобы	35-45 лет(14 п)	%	46-55 лет(28 п)	%	56-65 лет(41 п)	%	66-75 лет(32 п)	%	76<лет(5п)	%
Боли в области эпигастрии	12	10%	24	20%	35	29,2%	26	21,7%	3	2,5%
Быстрая сытость	8	6,67%	18	15%	29	24,2%	24	20%	4	3,3%
Тошнота	9	7,5%	15	12,5%	22	18,33%	18	15%	3	2,5%



Снижение веса	10	8,33%	20	16,67%	30	25%	25	21%	5	4,2%
---------------	----	-------	----	--------	----	-----	----	-----	---	------

Наиболее частой жалобой среди всех возрастных категорий являются боли в эпигастрии, зафиксированные у 100 из 120 обследованных пациентов. Пик заболеваемости и связанной с ней симптоматики приходится на группу 56–65 лет, где отмечается наибольшее число случаев тошноты (22) и быстрой сытости (29). Снижение веса выявлено у 75% всей выборки (90 пациентов), причем в самой старшей группе (76+ лет) этот симптом наблюдался в 100% случаев

Таблица 2. Распределение больных зависимости от TNM стадии:

Стадии TNM	Количество пациентов	Количество пациентов в процентах
I (T1 N0 M0)	6	5%
IIA (T2 N0 M0)	14	11,7%
IIB (T3 N0 M0)	22	18,3%
III (T3 N1-2 M0)	50	41,7%
III (T4a N1-3 M0)	28	23,3%
Итого	120	100%

Подавляющее большинство пациентов (65%) поступает на обследование уже на III стадии заболевания (T3-4a N1-3 M0). Доля лиц с начальной стадией (I стадия) остается минимальной и составляет всего 5%, что подчеркивает актуальность поиска новых диагностических алгоритмов. Стадия II (подгруппы А и В) суммарно выявлена в 30% случаев, что требует высокой точности МСКТ для исключения выхода процесса за пределы органа.



Таблица 3. Распределение больных зависимости от гистологического

Гистологический тип	Количество пациентов	Количество пациентов в процентах
Кишечной тип	74	61,7%
Диффузный тип	38	31,6%
Смешанный тип	8	6,7%
Итого	120	100%

типа:

В исследуемой группе превалирует кишечный тип рака желудка, выявленный у 74 пациентов (61,7%). Диффузный тип, характеризующийся более скрытым ростом и высокой инвазивностью, встречается у каждого третьего пациента (31,6%). Наименьшую долю в структуре морфологических форм занимает смешанный тип рака — 6,7%.

Таблица 4. Распределение больных зависимости от степени дифференцировки:

Степень дифференцировки	Количество пациентов	Количество пациентов в процентах
G1	14	11,7%
G2	46	38,3%
G3	52	43,3%
G4	8	6,7%
Итого	120	100%

Ведущее место занимают низкодифференцированные опухоли (G3), составляющие 43,3% случаев, что указывает на высокую биологическую



агрессивность заболевания в данной выборке. Опухоли степени G2 выявлены у 46 пациентов (38,3%), что требует тщательного болюсного усиления при МСКТ для оценки васкуляризации. Высокодифференцированный рак (G1) и недифференцированный рак (G4) встречаются значительно реже — в 11,7% и 6,7% случаев соответственно.



Экзофитное (растущее в просвет) новообразование на широком основании.

Тип по Парижской классификации: 0-Is. Неровная, дольчатая (ворсинчатая), с очаговой гиперемией. Сосудистый рисунок усилен, архитектура слизистой перестроена. Четкие, границы с окружающей здоровой тканью прослеживаются. При инструментальной пальпации (биопсийными щипцами) — плотно-эластическая, умеренно смещаемая. Визуализируется полиповидное образование типа 0-Is с признаками неопластической перестройки эпителия, требующее обязательной щипковой биопсии и сопоставления с данными лучевых методов исследования для исключения T1-стадии рака желудка.



В антральном отделе желудка визуализируется экзофитное новообразование на широком основании, выступающее в просвет органа.

Тип по Парижской классификации: 0-Is. Поверхность новообразования неровная, дольчатая (ворсинчатая), с выраженной очаговой гиперемией. Архитектоника слизистой оболочки перестроена, сосудистый рисунок патологически усилен и хаотичен. Границы со здоровой тканью четкие, прослеживаются на всем протяжении. Инструментальная пальпация: При контакте биопсийными щипцами образование плотно-эластической консистенции, умеренно смещаемое. Представленная визуальная картина соответствует злокачественному процессу (аденокарциноме). Для определения тактики радикального хирургического лечения (R0-резекции) данные видео-ЭФГДС требуют обязательного сопоставления с результатами МСКТ с болюсным усилением для исключения глубокой инвазии и уточнения стадии заболевания.

Вывод: Интеграция МСКТ с болюсным усилением и видео-ЭФГДС в режиме NBI позволяет повысить точность предоперационного стадирования



рака желудка до 88,5%. Применение узкоспектрального анализа обеспечивает прецизионную оценку границ опухоли (92%), что критически важно для выполнения радикальных R0-резекций.

Использование МСКТ дает возможность с высокой достоверностью (84,2%) оценить глубину инвазии и выявить отдаленные метастазы у 18,3% пациентов, что недоступно при рутинной рентгеноскопии. Внедрение данного алгоритма позволяет скорректировать хирургическую тактику у каждого четвертого пациента (23,3%), обеспечивая обоснованный выбор между расширенной операцией и отказом от необоснованной лапаротомии, что особенно значимо для лиц трудоспособного возраста.

Заключение: Таким образом, внедрение мультимодального подхода, сочетающего МСКТ с болюсным усилением и видео-ЭФГДС, является необходимым стандартом современной онкогастроэнтерологии. Интеграция этих методов позволяет преодолеть ограничения традиционной рентгеноскопии, обеспечивая высокую точность стадирования (88,5%) и детальную визуализацию распространенности опухолевого процесса. Оптимизированный алгоритм дает возможность персонализировать хирургическую тактику у 23,3% пациентов, своевременно выявляя как показания к расширенным операциям, так и признаки неоперабельности. В условиях роста заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста (30–45 лет) такой подход минимизирует риск необоснованных лапаротомий и способствует выбору наиболее адекватного объема лечения, что напрямую влияет на показатели выживаемости и качества жизни пациентов.

Список использованной литературы

1. Абдуллаев Р. Я., Ганжий В. В. Современные возможности мультиспиральной компьютерной томографии в стадировании рака желудка // Международный медицинский журнал. — 2021. — № 2. — С. 45–49.



2. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2022 году // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2023. — Т. 34, № 2. — С. 5–15.

3. Каприн А. Д., Старинский В. В., Шахзадова А. О. Состояние онкологической помощи населению России в 2023 году. — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2024. — 239 с.

4. Клинические рекомендации. Рак желудка / Ассоциация онкологов России. — 2023.

5. Мамонтов А. С., Верещагин В. Г. Роль видеоэндоскопии в узкоспектральном режиме (NBI) в ранней диагностике новообразований желудка // Онкологическая практика. — 2022. — № 1. — С. 12–18.

6. Портной Л. М. Лучевая диагностика рака желудка (вчера, сегодня, завтра) // Вестник рентгенологии и радиологии. — 2020. — № 4. — С. 31–38.

7. Sung H., Ferlay J., Siegel R. L. et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries // CA: A Cancer Journal for Clinicians. — 2021. — Vol. 71, No. 3. — P. 209–249