

## **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЦВЕТОВОГО ДОПЛЕРОВСКОГО КАРТИРОВАНИЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА**

Шурыгин К.В.

Ростовская областная клиническая больница

Ранняя диагностика экстренных осложнений рака желудка у больных представляет значительные трудности. Это связано с тяжестью состояния пациентов, затруднениями проведения контрастного рентгенологического и эндоскопического методов исследования. Для диагностики экстренных осложнений рака желудка в динамичном порядке можно применять ультразвуковой метод исследования. Целью исследования явилось изучение возможностей цветового доплеровского картирования в ранней диагностике экстренных осложнений у больных раком желудка.

Трансабдоминальным ультразвуковым методом с применением режима цветового доплеровского картирования были обследованы 94 пациента после хирургического лечения рака желудка. При этом использовали УЗ-сканер SonoAce-5000 (Medison, Ю. Корея).

Выполненное нами исследование гастроэнтероанастомоза с применением цветного доплеровского картирования объективно подтвердило наличие в области сформированного сфинктера развитой капиллярной артериальной и венозной сети, что явилось одним из основных критериев его функциональной состоятельности. Развитая сеть кровеносных сосудов определялась по контуру жома в виде интенсивно окрашенного пульсирующего просвета мелких сосудов, сосудистый рисунок характеризовался как "единичные точечные сигналы". Состояние кровоснабжения сформированного сфинктера у больных зависело от продолжительности послеоперационного периода. Так, в первые сутки после операции было отмечено снижение плотности сосудистой сети в области гастроэнтероанастомоза, что объяснялось результатом механического сдавления послеоперационным отеком различной степени капиллярной сосудистой сети. По мере увеличения продолжительности послеоперационного периода артериальный и венозный кровоток в области гастроэнтероанастомоза характеризовался повышением плотности сосудистой сети как показателя активного кровоснабжения этой зоны.

Кроме того, у больных после хирургического лечения рака желудка цветное доплеровское картирование было использовано и для выявления энтерогастрального рефлюкса. В наших исследованиях среди больных энтерогастральный рефлюкс был выявлен у 12,6% обследованных. Ультразвуковые признаки энтерогастрального рефлюкса 1 степени были зафиксированы у 4,6% больных, а 2 степени – у 8% пациентов. При этом, I степень энтерогастрального рефлюкса была установлена только на основании цветового доплеровского картирования.

Анализируя полученные данные при исследовании больных, была установлена следующая динамика ультразвуковой картины резецированного желудка с наложенными анастомозами с пищеводом и тонкой кишкой. Ранний послеоперационный период характеризовался наличием ультразвуковых

признаков отека структур, формирующих гастрэнтероанастомоз, в ответ на операционную травму. При этом страдала функциональная способность самого гастроэнтерального соустья - она была либо резко угнетена и слабо интенсивна, либо отсутствовала.

Моторно-эвакуаторные нарушения в ранние сроки после резекции желудка носили в основном функциональный характер и реже были обусловлены механическими препятствиями на пути эвакуации содержимого культи желудка. Прежде всего, само вмешательство приводило к падению тонической и двигательной функции желудочной стенки, сохраняющемуся в течение 2 месяцев. Результаты послеоперационного обследования показывали замедление перистальтической активности резецированного желудка в виде снижения частоты перистальтической волны, уменьшения ее скорости, низкой амплитуды перистальтики в сроки до 2 мес после резекции желудка. В этот период времени, несмотря на слабое раскрытие просвета анастомоза, относительно часто встречался энтерогастральный рефлюкс. Данный факт можно объяснить функциональной пассивностью анастомоза на рефлюксирующую волну из тонкой кишки.

Итак, ультразвуковое исследование культи желудка у онкологических больных с применением цветового доплеровского картирования подтверждало, что гастрэнтероанастомоз обеспечивал регулируемый транзит пищевых масс, обладал относительной функциональной автономией и хорошо выполнял антирефлюксную функцию. Модификации пластических операций в виде клапана-"створки" и полного инвагинационного клапана позволили дополнить функцию сфинктера отличными результатами по арефлюксной способности гастроэнтерального анастомоза.