

“СОВРЕМЕННЫЙ” РАК ЖЕЛУДКА И ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЕГО ОТДЕЛЬНЫХ ЭВОЛЮЦИОННЫХ ФОРМ

Киношенко Ю.Т.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Лекция прочитана на научно-практической конференции “Актуальные вопросы рентгенодиагностики, КТ, МРТ”
(2 июня 2011 г. (п.г.т. Кореиз, АР Крым)

*“В жизни мне доставляет радость сама жизнь.
Жизнь для меня — это не свеча, которая быстро гаснет.
Это прекрасный факел, который я держу
в руках в настоящее время и, который я хочу разжечь еще сильнее,
прежде чем я передам его будущему поколению”*

Бернард Шоу

Проблема рентгенодиагностики рака желудка в Украине всегда была актуальной. Однако в последнее время интерес к этой проблеме снизился. Об этом мы судим по значительному уменьшению количества публикаций, посвященных этому вопросу в отечественной литературе. Сходная, по-видимому, сложилась ситуация и у наших коллег в России. К такому выводу мы пришли, ознакомившись с материалами IV Всероссийского конгресса лучевых диагностов и терапевтов, состоявшегося в г. Москве 25-27 мая 2010 года. В программе конгресса числится лишь 1 работа М.А. Кахели и соавт., посвященная КТ диагностике распространенности рака желудка.

Несомненно, в связи с внедрением в клиническую практику эндоскопии, УЗИ, новых технологий лучевой диагностики — КТ, МРТ — может сложиться впечатление, что лучевая диагностика рака желудка достигла своего совершенства.

Новые технологии — это хорошо, однако они не могут, в настоящее время, в масштабах всей страны решить проблему диагностики рака желудка. С нашей точки зрения только анализ и творческое переосмысление новых данных литературы, касающихся патоморфоза, клинической и рентгенологической симптоматиологии рака желудка, позволят наметить пути повышения эффективности лучевой диагностики этого заболевания, в том числе, и его малых форм.

Так, в рентгенологической литературе, в последнее время появился новый термин “современный” рак желудка (Л.М. Портной, П.О. Вятчанин, 2005 г.). Естественно, широкие круги врачей-рентгенологов, особенно поликлинической сети, недостаточно информированы, в чем суть этого термина и какие возможности рентгенологического метода в его распознавании. Несомненно, этот термин требует разъяснения.

В последнее десятилетие XX века отмечается, практически повсеместное, снижение заболеваемости раком желудка.

Так в США частота рака желудка уменьшилась, примерно в 4 раза и, в настоящее время, составляет 6-7 случаев на 100000 населения. В Финляндии за последние 20 лет рак желудка уменьшился на 31%. Уменьшилась частота рака желудка и в других экономически развитых странах — Англии, России, Бельгии, Канаде и др.

В меньшей степени уменьшение частоты рака желудка коснулось и Украины. В нашей стране частота рака желудка с 1993 г. по 2003 г. снизилась с 35,6 до 29,1 на 100 000 населения, в 2009 г. заболеваемость составила 26,6, в 2010 г. 23,97 на 100 000 населения.

Причина снижения удельного веса рака желудка среди других онкологических заболеваний пищеварительной системы окончательно не выяснена. Проф. И. Щепотин и С. Эванс (2000 г.) высказывают предположение, что это, возможно, связано с уменьшением инфицированности населения *Helicobacter pylori*.

Изучая литературу, касающуюся различных аспектов рака, наше внимание привлекли следующие цифры: в 1993 году в Украине летальность до 1 года у больных с впервые установленным диагнозом рака желудка составила 59,4 %, в 2003 г. — 65,9 %, в 2009 г. — 63,7%, в 2010 г. — 62,2%.

Все вышесказанное наводит на мысль, что в нашей стране в борьбе с таким недугом как рак желудка, уносящем ежегодно сотни жизни наших соотечественников, существуют проблемы не только клинико-диагностического, но организационно-методического плана.

Достаточно достоверными показателями качества диагностики рака желудка могли бы служить данные о пятилетней выживаемости больных, пос-

ле их оперативного лечения. В доступной отечественной литературе эти сведения мы не обнаружили. По данным клиники Мейо (США) пятилетняя выживаемость больных раком желудка с первой стадией составляет 60-90%, со второй — 30-50%, третьей 10-25%.

Многочисленные общения со слушателями рентгенологами, приезжающими на кафедру для повышения квалификации на циклах ТУ и ПАЦ свидетельствуют, что большинство из них при диагностике рака желудка основываются на выявлении триады симптомов, как-то:

- 1) наличие изменения рельефа слизистой;
- 2) выпадение перистальтики в зоне атипического рельефа;
- 3) наличие дефекта наполнения, при наличии экзофитной опухоли.

Указанная триада симптомов, конечно же, не потеряла своего значения в диагностике рака желудка, и игнорировать эти симптомы не следует, но и брать за основу уже нельзя, ибо наличие этих симптомов обычно свидетельствует о запущенной форме рака.

Как известно, в 60-х годах прошлого века в Японии при диагностике рака желудка широко начали применять эндоскопию. Со значительным опозданием эндоскопия начала внедряться в клиническую практику и в Украине.

Рентгенологам старшего поколения памятно время, когда гастроэнтерологи, хирурги, онкологи при диагностике заболеваний желудка начали отдавать предпочтение эндоскопии, что, как известно, привело к заметному снижению количества рентгенологических исследований пищеварительной системы. Эта тенденция, к сожалению, все еще продолжает сохраняться. При анализе доступной нам литературы мы попытались выяснить, как отразилась сегодня, спустя более 40 лет, такая ситуация на диагностике рака желудка в нашей стране. К сожалению, результаты оказались неутешительными, практически не улучшилась диагностика малых форм рака желудка и не изменился процент радикально оперируемых больных (20-30%).

Мы попытались выяснить с учетом данных отечественной и зарубежной литературы в чем причины поздней диагностики рака желудка.

Патологоанатомы выделяют, как известно, два его основных типа: экспансивный (кишечный) и инфильтративный (диффузный, эндофитный).

В 1965 году финский патологоанатом Lauren (цит. по Л.М. Портному, 2007 г.) опубликовал материалы своих исследований, в которых впервые указал на явное преобладание в последние годы инфильтративного (диффузного) типа рака желудка.

В отечественной литературе длительное время подобная информация отсутствовала, лишь в 2004 году появилась публикация сотрудников кафедры патологической анатомии Харьковской медицинской академии последипломного образования (ХМАПО) С.В. Ищенко и В.Д. Садчикова, в которой авторы сообщили о результатах своих исследований по изучению динамики морфогенеза основных типов рака желудка в хронологическом аспекте у больных харьковского региона, с учетом пола и

возраста, за последние 40 лет (1960-2000 гг.). Авторы установили:

1. уменьшение частоты рака желудка произошло за счет уменьшения экспансивного (кишечного) типа. Так у женщин частота этого типа рака уменьшилась с 33,3% до 14,4%, у мужчин — с 57% до 16,2%.
2. инфильтративный (диффузный) тип рака желудка за 40 лет увеличился у женщин с 54,6% до 75%, у мужчин — с 32,9% до 66,2%.
3. причинами патоморфоза рака желудка, по мнению авторов, являются экологические, социальные, бытовые, алиментарные и др. факторы.

Оценивания результаты сравнительного анализа фиброгастроскопии (ФГС), у больных с различными типами рака желудка авторы пришли к заключению, что последняя, как самостоятельный метод исследования, не повышает эффективность выявления малых форм рака с эндофитным типом роста.

Практически такой же точки зрения придерживается Л.М. Портной, П.О. Вятчанин (2005 г.), которые указывают, что на долю рака желудка с эндофитным типом роста, в настоящее время, приходится 88-90% больных.

Рак желудка, возникая в регенеративной зоне его желез (согласно исследованию Л.М. Портного и соавт.), сразу же уходит внутрь его стенки и длительное время растет внутрискладочно, имея минимальные проявления на поверхности слизистой и трудно выявляется даже в относительно ранний период своего течения. Именно этим можно объяснить данные ретроспективного анализа использования лишь одной эндоскопии в диагностике рака желудка.

С учетом сведений о патоморфозе рака желудка полагаем, что термин "современный" рак желудка, предложенный Л.М. Портными и П.О. Вятчаниным (2005 г.), является правомочным.

Мы искренне надеемся и верим, что этот термин своей новизной вызовет интерес у лучевых диагностов, особенно поликлинической сети, и будет настраивать их на возможно раннюю диагностику этого заболевания.

Особенностью отечественной рентгенологии всегда являлась ее клиническая направленность, одно время наша кафедра даже называлась кафедрой "Клинической рентгенологии". Несомненно, в связи с изменением патоморфологии рака желудка возникает настоятельная необходимость изучения особенностей его течения и клинических проявлений "современного" рака желудка.

С учетом опыта кафедры и данных литературы (Ищенко С.В., Садчиков В.Д., 2004 г., Ищенко С.В., 2010 г., Портной Л.М., Вятчанин И.О., 2005 г.) можно отметить следующее:

1. Рак желудка с эндофитным типом роста в харьковском регионе, в последние годы, значительно помолодел, как-то: у мужчин на 9,8 года, у женщин на 12 лет, средний возраст группы составил $51,8 \pm 0,4\%$. Нами наблюдался эндофитный рак желудка у девочки 15 лет. При УЗИ у пациентки были обнаружены метастазы в области печени.

2. В настоящее время неприемлемой является точка зрения, что рак желудка растет быстро, оказалось, что эндофитный рак желудка до определенного момента растет медленно, иногда в течении 3-4 лет и более, не выходя за пределы слизистой, подслизистой и никак не проявляет себя клинически.
3. Установлено, что анорексия, уменьшение массы тела, и другие признаки, считавшиеся специфическими для запущенных форм рака, могут иметь место и при относительно ранних формах заболевания.
4. Клинические симптомы, обусловленные интоксикационным синдромом (немотивированная общая слабость, ухудшение аппетита, желудочный дискомфорт, беспричинное похудение, депрессия), могут быть выражены незначительно.
5. Симптом быстрого насыщения является наиболее типичным симптомом для рака желудка с локализацией процесса в антральном его отделе.
6. Дисфагия при раке проксимального отдела желудка может трактоваться, как ранний симптом только в случае локализации опухоли в области кардиального жома.
7. Постоянные сильные боли в области живота, не поддающиеся терапевтической коррекции, могут свидетельствовать о прорастании опухоли желудка в поджелудочную железу, чревное сплетение и нервные стволы.
8. Первыми проявлениями эндофитного рака, при локализации его в области тела желудка, могут быть: мелена и гипохромная анемия, что требует проведения дифференциальной рентгенодиагностики раковых язв с доброкачественными язвами желудка.
9. При раке в области свода желудка клиническим признаком может быть беспричинная икота, что свидетельствует о поражении диафрагмы и диафрагмального нерва.

Резюмируя можно заключить, что усиление дискомфорта в эпигастральной области после приема пищи, нарастание болей, возникновение чувства переполнения, тошноты, рвоты позволяет, с большой долей вероятности, заподозрить наличие рака желудка.

Исходя из изложенного мы пришли к заключению, что среди возможных причин поздней диагностики рака желудка, в нашей стране могут быть также названы следующие:

1. Ориентирование, до сегодняшнего дня, семейных врачей, гастроэнтерологов и онкологов на клинику экзофитно растущих опухолей желудка,
2. Недостаточная информированность врачей-рентгенологов, особенно поликлинической сети, об изменении патоморфоза рака желудка.
3. Полагаем, что при подозрении на рак желудка обследование пациента необходимо начинать с рентгенологического исследования, дополняя его обязательно ФГС.
4. Рентгенологи, особенно поликлинической сети, недостаточно информированы об особенностях методики рентгенологического исследования при диагностике “современного” рака желудка.

В связи с этим в последние годы в практической работе, в лекциях, при общении со слушателями циклов по рентгенологии мы начали пропагандировать изменение алгоритма диагностики рака желудка, как-то: начинать исследование не с эндоскопии, а с рентгенологического исследования, сочетая его с методикой двойного контрастирования, предложенной Н.А. Рабухиной (1985 г.). В последующем начали применять для этих целей — БАР-ВИПС. Применяя такую методику исследования желудка, мы преследовали цель: определить возможности традиционного рентгенологического исследования в диагностике “современного” рака желудка, изучить его рентгеносемиотику и эволюцию, особенно малых форм.

Анализ наших наблюдений позволил, прежде всего, отметить, что уже сама по себе методика двойного контрастирования позволяет не только оценить состояние рельефа слизистой, но после раздувания желудка воздухом, определить состояние эластичности его стенок, а также косвенно судить об их толщине (рис. 1).



Рис. 1. Обзорная рентгенограмма желудка после двойного контрастирования, в положении на спине.

Результаты анализа материалов наших наблюдений позволяют согласиться с данными Л.М. Портного (2001), С.В. Ищенко (2010), что в настоящее время преобладающей патоморфологической формой рака желудка является эндофитная форма.

Мы также свидетельствуем, что эта форма рака желудка стала чаще определяться не только в антральном отделе, но и в области тела желудка (передней, задней стенках и большой кривизне), а также в верхнем его отделе. Сложившиеся реалии настоятельно требуют проведения ревизии наших представлений о рентгенодиагностике рака же-

лудка вообще и, особенно его малых форм в частности. При экзофитном типе роста к малым формам рака принято было относить опухоли, не превышающие по своим размерам 3 см. Под малым раком с эндофитным типом роста Л.М. Портной подразумевает неровность контура желудка на протяжении 1-3 см, которая сочетается с утолщением его стенки.

Полагаем, что с учетом новых технологий — УЗИ, КТ понятие малой формы эндофитного рака будет конкретизировано и, в будущем будет определяться не протяженностью инфильтрации стенки желудка, а ее глубиной, именно этот фактор имеет важное значение для выбора тактики лечения и выяснения прогноза заболевания.

В зарубежной литературе уже появились предложения оценивать стадию рака желудка по данным КТ.

Определенные перспективы в определении стадии рака желудка открываются в связи с внедрением в клиническую практику методики гастроэндоскопического УЗИ.

Конечно же, слушателей нашей кафедры мы ориентируем на возможности традиционного рентгенологического исследования при диагностике малых форм рака желудка с эндофитным типом роста.

Результаты наших наблюдений позволяют отметить, что наиболее ранним признаком его является наличие внутрстеночного бластоматозного инфильтрата, в любом отделе желудка и приводящего к утолщению его стенки (рис. 2).



Рис. 2. Бластоматозный инфильтрат, протяженностью до 3 см в средней трети тела желудка по малой кривизне, в положении на спине.

В ряде наблюдений удавалось выявлять бластоматозный инфильтрат даже без применения методики двойного контрастирования, как в фазу исследования рельефа слизистой, так при тугом заполнении желудка бариевой взвесью. Иллюстрацией этого могут служить следующие наблюдения (рис. 3, 4).

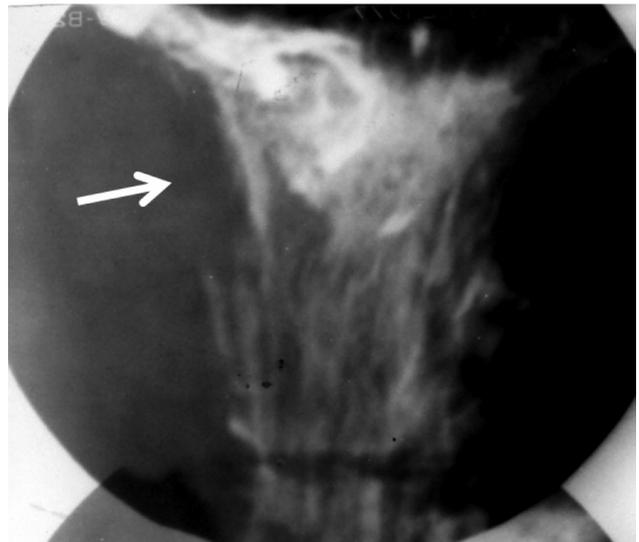


Рис. 3. На прицельной рентгенограмме желудка в верхней трети его тела по малой кривизне определяется обрыв контура и деструкция складок слизистой желудка на протяжении 3,5 см



Рис. 4. На прицельной рентгенограмме желудка в средней трети тела по малой кривизне определяется краевой плоский дефект наполнения 3,5 x 0,8 см. с плавными углами, переходящими в ее неизменный контур

Многорічний досвід кафедри свідчить, що найбільш часто рентгенологи допускають помилки при діагностиці раку, особливо його малих форм, в верхніх відділах шлунка. В зв'язі з зміною патоморфології раку можна прогнозувати збільшення кількості подібних помилок. Втім, вважалися раніше ведучими, клінічний симптом — дисфагія і рентгеновський симптом — тінь опухли на фоні газового бульбашки шлунка, втрачали в наші дні своє значення в діагностиці раку шлунка, особливо малих форм, цієї локалізації.

В якості демонстрації приводимо наступне спостереження: хворя К. 68 років, в зв'язі з наявністю дискомфорту в епігастральній області звернулася в поліклініку, де їй було проведено рентгенологічне дослідження шлунка, шлунка і 12-п'ястої кишки. Функціональні і органічні зміни вказаних відділів травного тракту не були виявлені. Через 8 місяців у хворої з'явилися скарги на дисфагію, при контрольному рентгенологічному дослідженні до, і після надування газовим бульбашкою шлунка додаткова тінь на його фоні не визначалася. Після введення барієвої взвеси на загальному рентгенограмі нижньої третини шлунка і шлунка виявлено значуще звуження абдоминального сегменту шлунка і його протестенозичне розширення (рис. 5).

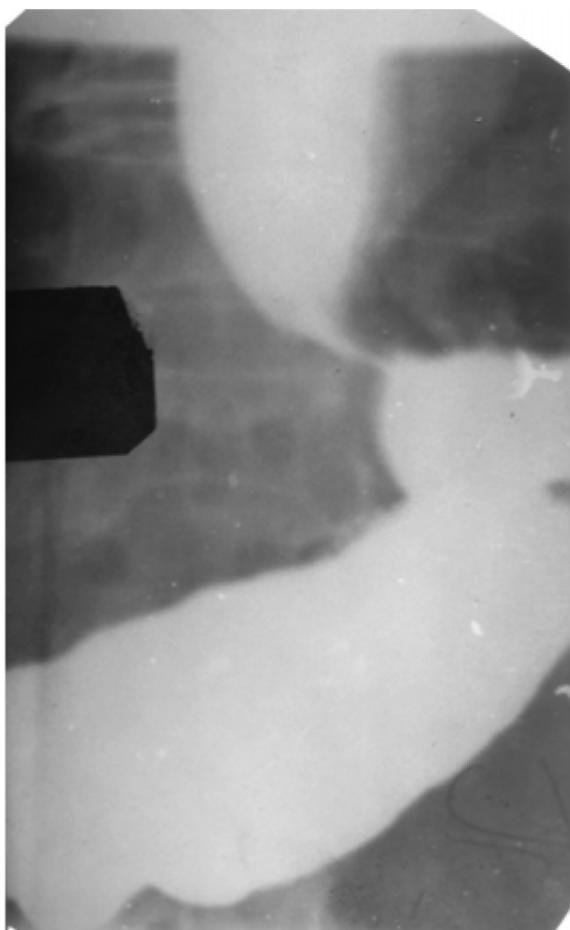


Рис. 5. Обзорная рентгенограмма нижней трети пищевода и желудка (пряма проекція — вертикально)

При рентгенографии шлунка, в положенні на животі, виявляється плоский краєвий дефект в області задньої поверхні свода шлунка протяженністю понад 5 см, обумовлений бластоматозним інфільтратом з переходом останнього на абдоминальний відділ шлунка (рис. 6).

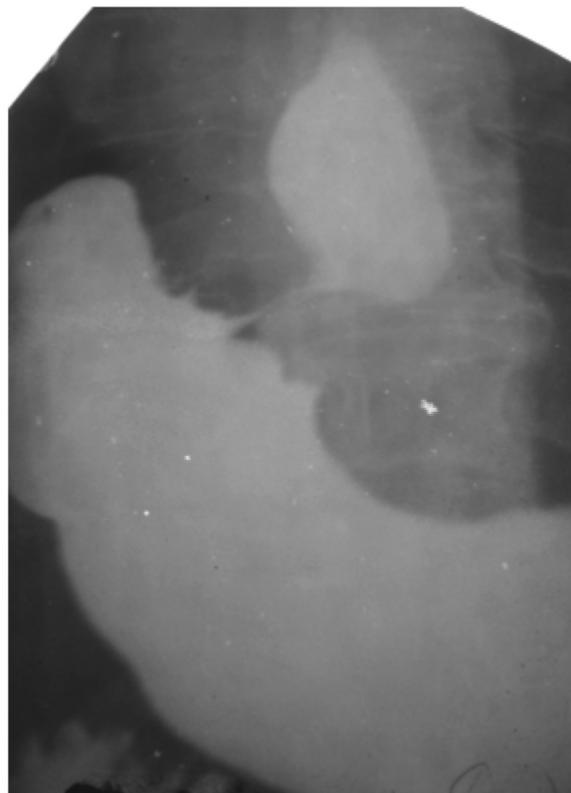


Рис. 6. Обзорная рентгенограмма желудка (в положенні на животі)

Дана демонстрація свідчить про необхідність проведення ревізії наших представлень про клінічну симптоматику, рентгеновську семиотику і особливості методики рентгенологічного дослідження верхнього відділу шлунка.

Заслужує уваги думка І. Щепотина, С. Еванса (2000 г.), що подібне утолщення стінки шлунка в будь-якому його відділі може також бути обумовлено і запальним процесом, викликаним *Helicobacter pylori*.

Дифференціальна діагностика між запальними і неопластичними змінами, супроводжуваними утолщенням стінки шлунка, повинна проводитися тільки з урахуванням результатів гистологічного дослідження біоптатів, взятих при ендоскопії.

В якості демонстрації приводимо наступне спостереження: хворий Б. 25 років, в зв'язі з наявністю скарг гастритичного характеру було проведено рентгенологічне дослідження шлунка, після введення газообразуючої суміші, барія і поліпроекційного дослідження верхнього відділу шлунка, на фоні газового бульбашки виявлена додаткова тінь розміром 3,5x1,9 см по задній стінці його верхнього відділу (рис. 7).

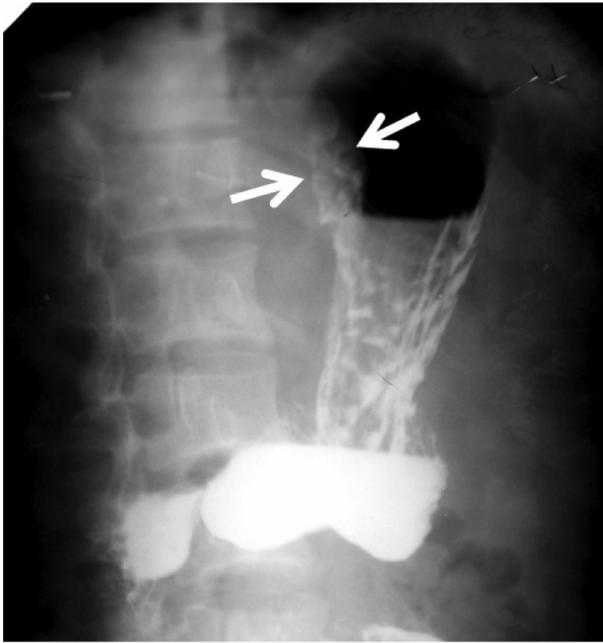


Рис. 7. Больная Б., 25 лет. Обзорная рентгенограмма желудка в первой косой проекции.

При гистологическом исследовании биоптата выявлены отек и воспалительная инфильтрация слизистой желудка.

У другой пациентки М., (42 года) с наличием гастритических жалоб было проведено рентгенологическое исследование желудка при тугом заполнении желудка в положении Тренделенбурга. В области свода, выявлен плоский дефект наполнения размером 4 x 1,6 см. У больной было заподозрено наличие бластоматозного инфильтрата, в связи с невозможностью взять материал для гистологического исследования, пациентке была предложена операция, от которой она категорически отказалась (рис. 8). Наблюдение за пациенткой продолжается.

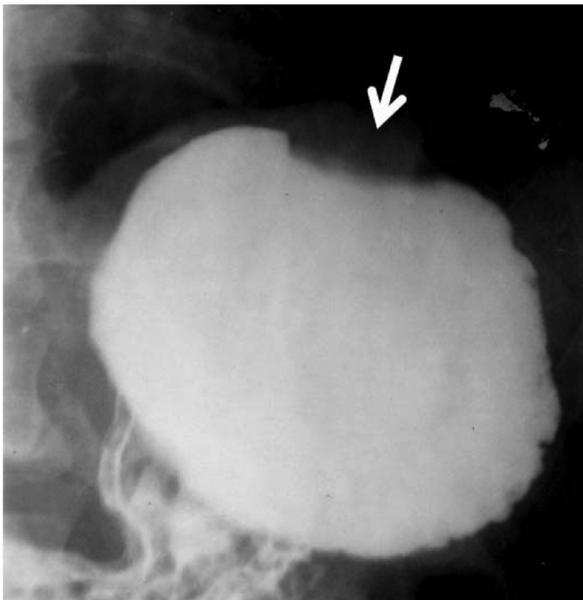


Рис. 8. Больная М., 42 года. Прицельная рентгенограмма верхнего отдела желудка в положении Тренделенбурга

В ряде наблюдений при локализации бластоматозного инфильтрата по задней или передней стенкам, особенно тела желудка, определялся т.н. симптом "облысения" рельефа слизистой желудка (В.Н. Соколов, 1998 г.) (рис. 9).



Рис. 9. На обзорной рентгенограмме желудка в фазу исследования рельефа слизистой складки от субкардиального отдела до его средней трети не визуализируется.

Конечно такого характера изменения слизистой свидетельствуют о запущенной фазе неопластического процесса с эндофитным типом роста.

Представляет теоретический и практический интерес эволюция бластоматозного инфильтрата. По мнению А.Н. Горшкова и соавт. (2002 г.) в настоящее время преобладают язвенные формы рака, среди которых автор выделяет эрозивно-язвенные и инфильтративно-язвенные формы. Для эрозивно-язвенных форм рака желудка, как полагает автор, характерны более ранние изъязвления, в то время как, инфильтративно-язвенный процесс представляет собой позднюю фазу роста эндофитного рака желудка.

Результаты наших наблюдений позволяют согласиться с М.Ю. Меликовой (1969 г., цит. А.Н. Горшков и соав., 2002), что при развитии эрозивно-язвенного рака можно выделить ряд фаз. По нашим данным это прежде всего:

- а) фаза формирования бластоматозного инфильтрата в стенке желудка;
- б) фаза раковой эрозии или острой язвы;
- в) фаза раковой язвы.

В связи с тем, что перечисленные фазы возникают из бластоматозного инфильтрата, эрозивно-язвенную форму рака и раковую язву мы относим к малым ракам.

Иллюстрацией перечисленных фаз эволюции бластоматозного инфильтрата могут служить фотоотпечатки со следующих рентгенограмм (рис. 10, 11).

Раковые язвы, как одна из эволюционных форм бластоматозного инфильтрата, по данным кафед-

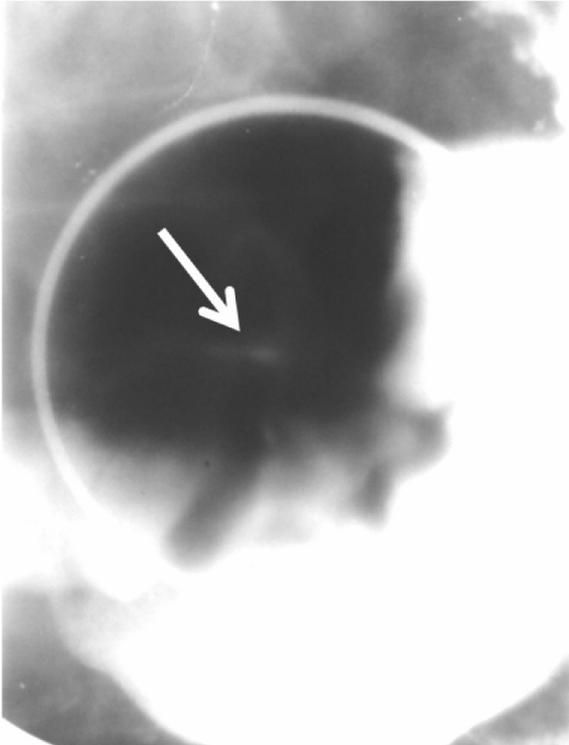


Рис. 10. На прицельной рентгенограмме антрального отдела желудка с компрессией в фазу тугого заполнения в области малой кривизны определяется симптом “штриха”, что свидетельствует о наличии эрозии

ры, преимущественно локализируются, в антральном отделе желудка (68%) как на контуре, так и на рельефе желудка. Обычно раковые язвы требуют проведения дифференциальной диагностики с пептическими язвами желудка.

Тех, кого этот вопрос интересует отсылаем к нашей публикации журнал: Променева діагностика. Променева терапія, №3, 2007 р., стр. 15-17.

Вместе с тем позволим заметить, что при дифференциальной диагностике пептических и раковых язв решающими являются только результаты

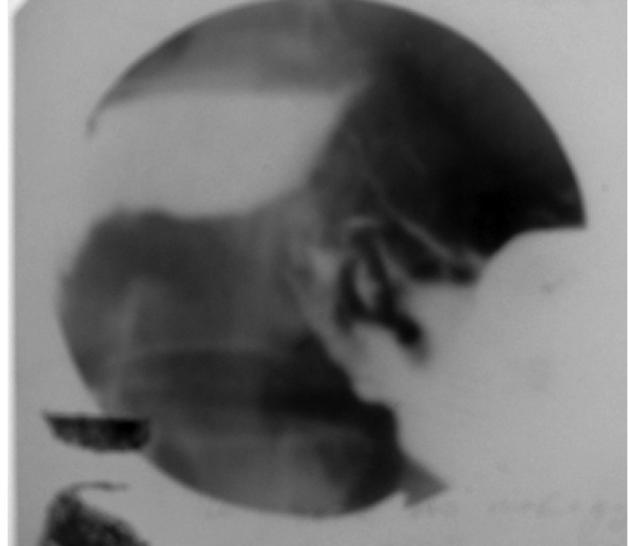


Рис. 12. На прицельной рентгенограмме антрального отдела желудка с компрессией определяется депо контрастной взвеси размером 0,8 x 0,3 см с ободком просветления вокруг

гистологического исследования биоптата язвы взятого при эндоскопии.

В качестве демонстрации приводим наблюдение (рис. 12).

При гистологическом исследовании биоптатов данного пациента выявлены изменения характерные для аденокарциномы.

Следует отметить, что эффективность выявления признаков “современного” рака и его форм возрастает, когда рентгенологическое полипозиционное исследование при двойном контрастировании и тугом заполнении желудка бариевой взвесью проводится на цифровых рентгенаппаратах, которые повышают эффективность рентгенологического исследования и уменьшают лучевую нагрузку на пациента.

Развитой эндофитный рак желудка по нашим наблюдениям (протяженность поражения 5 и более сантиметров) может проявляться в виде:

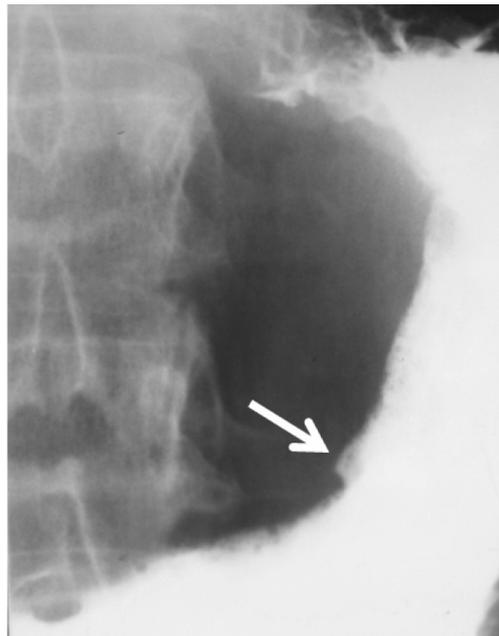
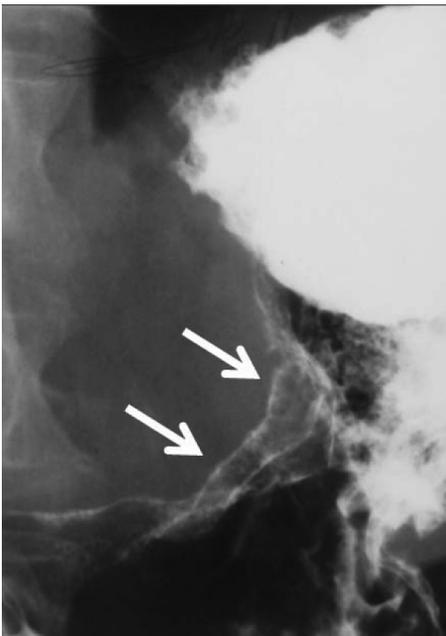


Рис. 11. На прицельной рентгенограмме желудка с двойным контрастированием в горизонтальном положении по малой кривизне определяется blastomatозный инфильтрат размером 3,5 x 1,3 см. На прицельной рентгенограмме желудка этого же пациента, произведенной в вертикальном положении, после тугого заполнения соответственно blastomatозному инфильтрату обнаруживается нечеткость, размытость контура желудка и раковая язва размером 1,2 x 0,5 см.

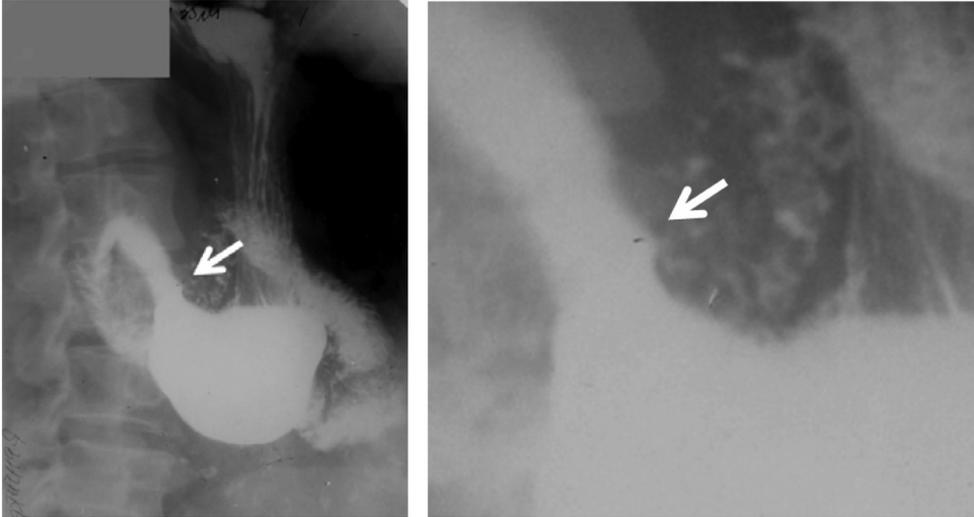


Рис. 13. На обзорной рентгенограмме желудка в фазу полу-тугого заполнения определяется циркулярное сужение антрального отдела желудка с наличием плоской раковой ниши в начальном отделе сужения по малой кривизне

- а) диффузного регионарного поражения желудка (антральный отдел, тело желудка, верхний отдел, малая кривизна, большая кривизна, передняя или задняя его стенки);
- б) диффузного поражения, при котором неопластический процесс поражает практически весь желудок.

При названных двух видах развитого эндофитного рака желудка могут наблюдаться либо единичные, либо множественные изъязвления.

Иллюстрацией этого могут служить фотоотпечатки со следующих рентгенограмм (рис. 13, 14, 15).

Результаты наших наблюдений позволяют согласиться с данными Л.М. Портного (2001 г.), что при развитом с эндофитным типом роста раке же-

лудка вследствие эволюции бластоматозного инфильтрата может возникать так называемый экзофитный компонент с последующей трансформацией в чашеподобный рак.

Иллюстрацией этого могут служить фотоотпечатки с рентгенограмм следующей пациентки. Больная Р., 61 год. В связи с наличием дискомфорта в эпигастриальной области пациентке было проведено рентгенологическое исследование желудка с двойным контрастированием при котором в области антрального отдела по малой кривизне обнаружен экзофитный компонент размером 7х4 см (рис. 16).

После гистологического исследования биоптата обнаружен рак и больной было предложено оперативное лечение, от которого она категорически

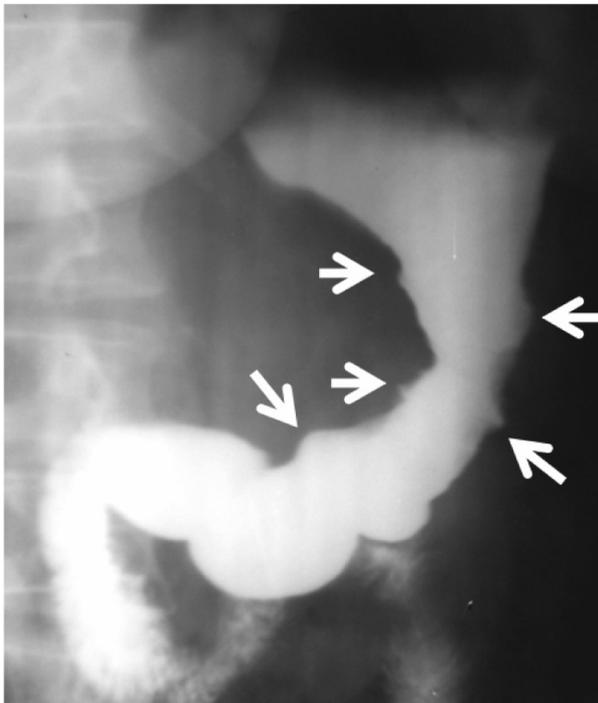


Рис. 14. На обзорной рентгенограмме желудка в фазу тугого заполнения, произведенной в первой косой проекции, определяются множественные раковые язвы по передней и задней стенкам суженного тела желудка

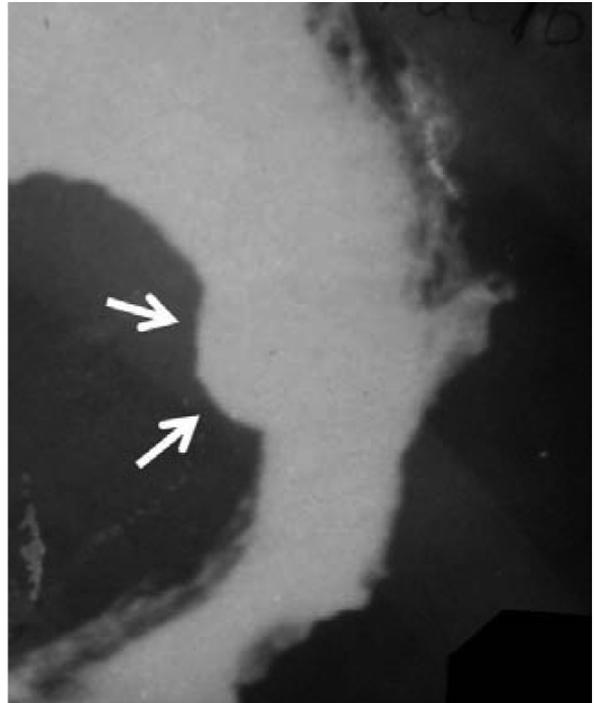


Рис. 15. Больная Х., 27 лет. На обзорной рентгенограмме желудка, произведенной в первой косой проекции определяется микрогастрия с наличием плоской язвы по задней его стенке

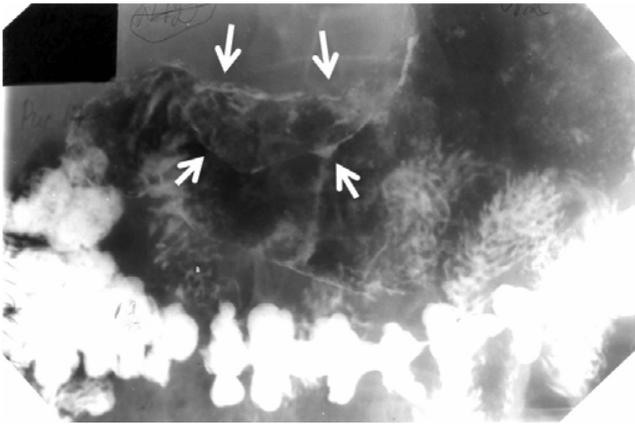


Рис. 16. Прицельная рентгенограмма нижней трети тела и антрального отдела желудка, по малой кривизне экзофитный компонент



Рис. 17. Обзорная рентгенограмма желудка, спустя 3 месяца.

отказалась. Спустя 3 месяца при контрольном рентгенологическом исследовании у пациентки выявлена чашеподобная карцинома (рис. 17).

Следует отметить, что во всех демонстрируемых нами наблюдениях диагноз верифицирован при гистологическом исследовании биоптатов, взятых из дна и краев язвы, или резецированных желудков.

В связи с явным преобладанием в настоящее время эндофитных форм рака желудка, назрела настоятельная необходимость пересмотреть существующую классификацию рака желудка. В качестве рабочего варианта предлагаем ее проект в следующем виде.

Рентгеноморфологическая классификация эндофитного рака желудка: (проект рабочего варианта)

I. Малый рак:

- а) бластоматозный инфильтрат в стенке желудка (до 3 см);
- б) эрозивно-язвенный рак, возникающий на месте

бластоматозного инфильтрата;
в) раковая язва.

II. Развитой рак:

1. Экзофитный компонент (бластоматозный инфильтрат более 5 см):
 - а) чашеподобный рак;
2. Диффузно-инфильтративный ограниченный рак (антрального отдела, тела и верхнего отдела желудка):
 - а) с наличием единичных или множественных инфильтративно-язвенных изменений;
3. Диффузно-инфильтративный распространенный рак (скир):
 - а) с наличием единичных или множественных инфильтративно-язвенных изменений.

По нашему мнению эта классификация отражает наличие возможных вариантов эволюции “современного” рака желудка и ориентирует врача на рентгенодиагностику малых и развитых его форм.

Предлагаемый рабочий вариант рентгеноморфологической классификации эндофитного рака желудка не претендует на истину в последней инстанции, мы будем признательны за конструктивные предложения по его оптимизации. Полагаем, что эта рентгеноморфологическая классификация, в настоящее время, будет облегчать рентгенологу возможность пользоваться международной классификацией рака желудка по TNM.

В заключении необходимо отметить, что традиционному рентгенологическому методу исследования, и в особенности в сочетании с двойным контрастированием, должна быть возвращена роль ведущего в диагностике “современного” рака желудка. Самым ранним рентгенологическим признаком рака желудка с эндофитным типом роста следует считать утолщение стенки его за счет наличия бластоматозного инфильтрата с локализацией в различных отделах органа.

Для диагностики эндофитных форм рака желудка важное значение приобретает исследование рельефа слизистой, а также полипозиционное исследование желудка в фазу тугого заполнения, которое позволяет определить: неровность, уплощение, выпрямление, втяжение контуров желудка, укорочение малой кривизны, изменение его формы и положения. Эндоскопия чрезвычайно ценный метод исследования, но она должна проводиться после рентгенологического исследования желудка, так как это позволит эндоскописту определиться с местом забора материала для гистологического исследования.

Успешной диагностике “современного” рака желудка, особенно его малых форм, будут также способствовать:

1. возрождение санитарно-просветительской работы населения;
2. разработка скрининговой программы, хотя бы для пациентов группы риска по раку желудка, которая в последние годы значительно расширилась (по последним данным в группу риска по раку желудка относят больных: хроническим гастритом, пернициозной анемией, аденоматозными полипами желудка, при оперированном желуд-

- ке, болезни Менетрие, наличие наследственных факторов);
3. внесение изменений в учебно-тематические планы по разделу преподавания рентгенодиагностики "современного" рака желудка для интернов радиологов (диагностов) и слушателей циклов специализации, ПАЦ и ТУ по рентгенологии;
 4. повышение ответственности и профессионализма рентгенологов страны и их психологическая переориентация на возможность диагностики "современного" рака желудка, особенно его малых форм, с помощью традиционного рентгенологического исследования.

*В заключении выражаю благодарность
моим ученикам
Н.А. Бортному, Б.Н. Вергуну,
А.Э. Цебровскому, А.Л. Алтухову,
за помощь при подготовке данной лекции.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Щепотин И., Эванс Р. Рак желудка (практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению). Киев: "Книга плюс". — 2000 г. — 227 с.
2. А.Н. Горшков, В.М. Мешков, Н.И. Грачева и др. Необходимость комплексного использования лучевых и эндоскопического методов исследования в дифференциальной диагностике изъязвлений желудка. Вестник рентгенологии и радиологии. — №5, 2002. — С. 29-38.
3. Рабухина Н.А. Первичное двойное контрастирование желудочно-кишечного тракта. — М.: Медицина, 1985. — 128 с.
4. Ищенко С.В., Садчиков В.Д. Динамика основных типов рака желудка в хронологическом аспекте//Медицина сегодня и завтра. — 2004. — №4. — С. 151-159.

5. Ищенко С.В. Клініко-морфологічна характеристика основних типів рака шлунку, їх патоморфоз та його клінічне значення. Автореферат дис. к.мед.н., — Харків, 2010. — 26 с.
6. Портной Л.М. Современная лучевая диагностика в гастроэнтерологии и гастроэнтероонкологии. — М.: "Видар", 2001. — 218 с.
7. Портной Л.П., Вятчанин И.О.//Медицинская газета. — 2005. — №44.

РЕЗЮМЕ. Лекція присвячена актуальному питанню рентгенодіагностики рака шлунку. З урахуванням даних літератури, великого особистого досвіду лікарської та педагогічної діяльності, в лекції представлені дані про стан і причини пізньої рентгенодіагностики рака шлунку в країні.

У зв'язку із зміною патоморфології рака шлунку автор пропонує проведення ревізії клінічної і рентгенологічної симптоматології і методології його виявлення. І висловлює своє бачення підвищення ефективності розпізнавання "сучасного" рака шлунку.

Ключові слова: "сучасний" рак шлунку, патоморфоз, клініка, еволюція ендофітного рака шлунку, рентгенодіагностика, диференційна рентгенодіагностика.

SUMMARY. A lecture is devoted to the actual question of roentgenology — stomach cancer. Taking into account a literature data, personal experience in the medical and teaching activity, in the lecture is presented reasons of the late roentgenology diagnostics of the stomach cancer in our country.

Author propose to audit clinical and roentgenologic symptoms and methodology of it diagnostics, with the reason of the change of pathomorphology stomach cancer. And offers the vision to increasing effectivity of diagnostics of the "modern" stomach cancer.

Key words: "modern" stomach cancer, pathomorphology, clinics, evolution of endophytic stomach cancer, roentgenology, differential roentgenology.