

---

## ОТЗЫВ

на статью Киношенко Ю.Т. "Современный" рак желудка и возможности рентгенодиагностики и дифференциальной диагностики его отдельных эволюционных форм", опубликованной в журнале "Променева діагностика, променева терапія", 2011. — № 3-4. — С. 114-123.

Прежде всего, хочу отметить своевременность публикации названной статьи, в которой поднят актуальный вопрос — о "переоценке" понятия "современный" рак желудка и возможности его ранней рентгенодиагностики и дифференциальной диагностики на уровне поликлинического, да и в клинике, обследования пациентов с данной патологией. До сих пор среди рентгенологов и онкологов, да и врачей других специальностей, ощущается преобладание консервативного взгляда на такую серьезную патологию, как рак желудка. И настойчивое, твердое, аргументированное, (на основании многолетних наблюдений) решение автора поправить такое мнение — заслуживает глубокого уважения.

Одной из первых положительных сторон статьи является то, что опыт кафедры и данные литературы за последнее десятилетие дали возможность автору выделить ряд причин и особенностей развития эндофитной формы рака желудка, среди которых, на наш взгляд, можно отметить две группы. Первая — это клинические симптомы (в зависимости от локализации процесса) проявляющиеся исподволь (в течение 3-4 лет), и разнообразно: чувство быстрого насыщения, беспричинная икота, немотивированная общая слабость, ухудшение аппетита, похудание, дисфагия, нарастающие постоянные боли в области живота, чаще в эпигастрии, мелена, гипохромная анемия и другие. Вторая группа — особенности проведения при этом рентгенологического исследования. В случаях подозрения на рак желудка автор предлагает начать исследование не с эндоскопии, а с традиционной рентгеновской процедуры, сочетая ее с методикой двойного контрастирования с использованием БАР ВИПС. После чего, с учетом новых технологий визуализации, проводить УЗИ, КТ. Мы разделяем такую точку зрения, которая укладывается в общепринятый алгоритм диагностики рака желудка. Вместе с тем, на основании данных нашего опыта, считаем более приемлемым вначале применение гастроэндоскопического УЗИ с последующим рентгенологическим исследованием на современных цифровых рентгеновских аппаратах, включая КТ и СКТ. С дифференциально — диагностической

целью необходимо проводить обязательно гистологическое исследование взятого биоптата, результаты которого являются решающими в разграничении воспалительного и ракового процессов. Считаю правильным трактовку автором того, что при малых формах эндофитного рака желудка наблюдается не только ограниченное утолщение стенки его, но может развиться — эрозивноязвенная форма, протекающая в виде трех фаз: формирование бластоматозного инфильтрата в стенке желудка, раковой эрозии или острой язвы и раковой язвы, что находит отражение в клинко-рентгенологической их динамике. И мы, вместе с автором статьи, относим подобную форму онкологии — к малым ракам.

Заслуживает особого внимания предлагаемая Киношенко Ю.Т. "Рентгеноморфологическая классификация эндофитного рака желудка", скромно названная автором "Проект рабочего варианта". Эта классификация, по нашему мнению, ни в коей мере не конкурент ныне принятой классификации рака желудка в целом. А с учетом накопленного клинического и рентгенологического материала многими исследователями в нашей стране и за рубежом за последние 10-15 лет, позволяет вполне закономерно, внести дополнение в ранее существующую классификацию и, что наиболее приемлемо, принять предлагаемую автором классификацию к использованию ее в научных целях и практике.

В целом высказанные в статье предложения по своевременному выявлению "современного" рака желудка (эндофитной формы) и его дифференциальной диагностике можно считать учебно-методическими рекомендациями для студентов 5-6 курсов медвузов, врачей интернов и слушателей академий и факультетов последипломного образования.

*Шкондин А.Н.  
Профессор кафедры онкологии,  
радиологии и трасфузиологии  
ГП Луганский государственный  
медицинский университет*