

РЕНТГЕНОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СОВРЕМЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА И ОБЩАЯ РЕНТГЕНОВСКАЯ СЕМИОТИКА ЕГО ОТДЕЛЬНЫХ КЛАССИФИКАЦИОННЫХ ФОРМ (публикуется в порядке дискуссии)

Ю. Т. Киношенко

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В течение первого года жизни со дня установления диагноза рака желудка в Украине умирает 61–62 % больных. Эти цифры вызывают тревогу, так как свидетельствуют о существующей проблеме с его своевременной диагностикой. Автор полагает, что одной из причин этого является изменение патоморфологии рака желудка. В настоящее время преобладают эндофитные формы рака, при которых фиброгастроскопия неэффективна. Рентгенологическому методу как наиболее доступному должна быть возвращена роль ведущего при диагностике рака желудка. Фиброгастроскопия — ценный метод исследования, но должен применяться после рентгенологического исследования.

Автором изучена эволюция, общая рентгеновская семиотика малых и развитых форм рака и предложен проект новой рентгеноморфологической классификации рака желудка.

Ключевые слова: рак желудка, патоморфоз, клиника эндофитного рака желудка, общая рентгеносемиотика, классификация.

Протягом першого року життя з моменту встановлення діагнозу раку шлунка в Україні вмирає 61–62 % хворих. Ці цифри непокоїть, оскільки свідчать про існуючу проблему з його своєчасною діагностикою. Автор вважає, що однією з причин цього є зміна патоморфології раку шлунка. Нині переважають ендофітні форми раку, під час яких фіброгастроскопія не є ефективною. Рентгенологічному методу, як найбільш доступному, має бути повернена роль провідного під час діагностики раку шлунка. Фіброгастроскопія — результативний метод дослідження, але він повинен застосовуватися після рентгенологічного дослідження.

Автором вивчена еволюція, загальна рентгенівська семиотика малих і розвинених форм раку і запропонований проект нової рентгеноморфологічної класифікації раку шлунка.

Ключові слова: рак шлунка, патоморфоз, клініка ендофітного раку шлунка, загальна рентгеносемиотика, класифікація.

The X-ray morphological classification of the modern stomach cancer and the general X-ray semiotics of its separate classification forms (published in the order of discussion)

During the first year after the stomach cancer has been diagnosed, 61–62% of patients die in Ukraine. These data are very alarming, being evidence of existence of timely diagnostics problem. Author thinks that the one of causes lies in the changes of stomach cancer pathomorphology. Now the endophytic forms of cancer dominate where fibrogastroscopy has no effect. The roentgenologic method, as the most available, must be applied as a key method in stomach cancer diagnosis. Fibrogastroscopy is a valuable method but it must be used at the next stage after roentgenologic examination.

Author has studied evolution, general X-ray semiotics of small and developed forms of cancer and proposed the new roentgenomorphological classification of stomach cancer.

Keywords: stomach cancer, pathomorphism, clinical picture of endophytic stomach cancer, general X-ray semiotics, classification.

В последнее десятилетие XX века отмечается практически повсеместное снижение заболеваемости раком желудка. Так, в США частота его уменьшилась примерно в 4 раза и в настоящее время составляет 6–7 случаев на 100 000 населения, в Финляндии за последние 20 лет рак желудка уменьшился на 31 %, уменьшилась частота рака желудка и в других экономически развитых странах — Англии, Бельгии, Канаде, России и др.

В меньшей степени уменьшение частоты рака желудка коснулось Украины. В нашей стране его частота с 1993 по 2003 снизилась с 35,6 до 29,1 на 100 000 населения, в 2009 г. заболеваемость составила 21,6, в 2010–23,94, в 2011–24,47, в 2012–24,4, в 2013–22,2.

Однако, несмотря на явное снижение заболеваемости, вызывает беспокойство высокая летальность до года у больных с впервые установленным диагнозом рака желудка. Так, в 1993 году смертность составила 59,4 %; 2003–65,9; 2010–62,2; 2011–61,7; 2012–60,9; 2013–61,3 %.

И это в то время, когда по данным клиники Мейо (США) пятилетняя выживаемость больных раком желудка с первой стадией составляет 60–90 %; со второй — 30–50 %, а третьей — 10–25 %.

В чем причина того, что сотни и тысячи наших соотечественников ежегодно досрочно уходят в мир иной?

Известная латинская пословица гласит: «Bene diagnoscitur, bene curatur» (хорошая диагностика, хорошее лечение).

Полагаем, что именно в качестве диагностики кроется одна из причин сложившейся ситуации. Как известно в 60 г. прошлого века в Японии при диагностике рака желудка широко начали применять гастрофиброскопию. С учетом ее результатов японскими авторами была предложена эндоскопическая классификация рака желудка, что позволило резко улучшить его раннюю диагностику.

Именно в Японии, благодаря разработанной и предложенной скрининговой программе, ранний рак желудка начали выявлять в 40–52 % случаев.

Предложенный в 50 годах японскими авторами метод двойного контрастирования при рентгенологическом исследовании желудка отошел на второй план, ибо предпочтение начали отдавать методу гастрофиброскопии. При этом, однако, как указывают Л. М. Портной и М. П. Дибиров (1993) упускается из виду то обстоятельство, что эндоскопическое исследование стало лишь своеобразной «добавкой» к организационной работе, которая была проделана в Японии в этом направлении. Стандартизованная, общенациональная программа массовых обследований с самого начала базировалась именно на рентгенологических исследованиях — гастрорентгенографии, проводимой с помощью мобильных установок — гастрорентгенографов. Именно рентгенологическое исследование стало первым и основным звеном в массовом обследовании пациентов.

Со значительным опозданием эндоскопия начала внедряться в клиническую практику и в Украине.

Рентгенологам старшего поколения памятно время, когда семейные врачи, терапевты, гастроэнтерологи, онкологи, хирурги при диагностике заболеваний желудка начали отдавать предпочтение гастрофиброскопии, это, как известно, привело к резкому уменьшению количества рентгенологических исследований пищеварительной системы. Так, например, в России по данным А. Н. Горшкова и соавторов количество рентгенологических исследований желудочно-кишечного тракта уменьшилось в 2 раза.

К сожалению, эта тенденция сохраняется в Украине, в том числе и в Харькове до настоящего времени.

Так, при анализе доступной нам литературы мы попытались выяснить, как отразилась сегодня, спустя более 40 лет, такая ситуация на диагностике рака желудка. Результаты оказались неутешительными, практически не улучшилась диагностика малых форм рака и не изменился процент радикальных хирургических вмешательств при его лечении (20–30 %).

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

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

В 1965 году Р. Lauren (цитируется по Л. М. Портному, М. П. Дибирову, 1993 г.) впервые установил, что у лиц до 40 лет преобладают опухоли с диффузным инфильтративным или стелющимся ростом (47 %) и впервые продемонстрировал связь гистологических и клинических проявлений с учетом возраста и локализации опухолей.

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 с учетом пола и возраста у больных Харьковского региона 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 изменения патоморфологии рака желудка, по мнению авторов, являются экологические, социальные, бытовые, алиментарные и другие факторы.

Оценивая результаты сравнительного анализа фиброгастроскопии (ФГС) у больных с различными типами рака желудка, авторы пришли к выводу, что

последняя как самостоятельный метод исследования не повышает эффективность выявления малых форм рака с эндофитным типом роста.

Практически такой же точки зрения придерживаются Л. М. Портной, И. О. Вятчанин (2005 г.), которые указывают, что на долю рака желудка с эндофитным типом роста в России в настоящее время приходится 88–90% больных. А как в Украине? Ответ на этот вопрос, конечно же, находится в компетенции Национального института рака.

Авторы указывают, что рак желудка, возникая в регенеративной зоне, сразу же уходит внутрь его стенки и длительное время растет внутрстеночно, 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.

Особенностью отечественной рентгенологии всегда являлась ее клиническая направленность, поэтому в связи с изменением патоморфологии рака желудка возникает настоятельная необходимость изучения особенностей и его клинических проявлений и течения.

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

Нами наблюдался эндофитный рак желудка у девочки 15 лет, при УЗИ у пациентки были обнаружены метастазы в область 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 течение 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, ухудшения 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.

Учитывая вышеизложенное, можно сделать вывод, что при усилении 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:

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) 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 животе

Результаты анализа материалов наших наблюдений позволяют согласиться с данными Л. М. Портного (2001), С. В. Ищенко (2010), что в настоящее время преобладающей патологоанатомической 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 желудка 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 (А. А. Лемберг, 1975 г.). 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 (Д. Моссу и др., 1996 г.).

Так, Моссу и соавторы (цит. по М. Mendelson) по данным КТ выделяют следующие стадии рака желудка:

Стадия 1

Интрамуральный рост без утолщения стенок (т.е. < 10 мм толщиной без метастазов).

Стадия 2

Утолщение стенок > 10 мм без значительного распространения опухоли и метастазов.

Стадия 3

Утолщение стенок, поражение прилегающих органов, но без отдаленных метастазов.

Стадия 4

Отдаленные метастазы и утолщение стенки.

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

К сожалению, насколько нам известно, подобные аппараты в нашей стране пока отсутствуют. Поэтому заслуживает одобрения инициатива проф. Р. Я. Абдуллаева (ХМАПО) и его учеников В. В. Гапченко и И. В. Крыжановской, которые в числе первых в Украине начали изучать возможность трансабдоминальной ультрасонографии с высокочастотным датчиком и цветную доплерографию у больных с подозрением на рак желудка.

Важным, как оказалось, преимуществом этих методов является возможность послойной визуализации слоев стенки желудка, оценка глубины инвазии опухолевой ткани и изучение особенностей её васкуляризации.

Новые технологии — это хорошо, однако они не могут в масштабах всей страны решить проблему диагностики рака желудка, так как финансовые возможности наших пациентов ограничены. В настоящее время КТ исследование желудка оценивается в пределах 1000 гривен. Вот почему слушателей нашей кафедры мы ориентируем на возможности наиболее дешевого и доступного метода рентгенологического исследования при диагностике рака желудка, особенно его малых форм с эндофитивным типом роста.

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

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

Многолетний опыт кафедры свидетельствует, что наиболее часто рентгенологи допускают ошибки при диагностике рака, особенно его малых форм, в верхних отделах желудка. В связи с изменением патоморфологии рака можно прогнозировать увеличение количества подобных ошибок. Ведь, считавшиеся ранее ведущими — клинический симптом — дисфагия, и рентгеновский симптом — тень опухоли на фоне газового пузыря желудка, потеряли в настоящее время свое значение в диагностике рака желудка, особенно малых форм этой локализации.

В качестве демонстрации приводим следующее наблюдение: больная К., 68 лет, в связи с наличием дискомфорта в эпигастральной области обратилась в поликлинику, где ей было проведено рентгенологическое исследование пищевода, желудка

и 12-перстной кишки. Функциональные и органические изменения указанных отделов пищеварительного канала не были обнаружены. Спустя 8 месяцев у больной появились жалобы на дисфагию, при контрольном рентгенологическом исследовании ни до, ни после раздувания газового пузыря желудка дополнительная тень на его фоне не определялась. После дачи бариевой взвеси на обзорной рентгенограмме нижней трети пищевода и желудка выявлено значительное сужение абдоминального сегмента пищевода и его престенотическое расширение (рис. 5).



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

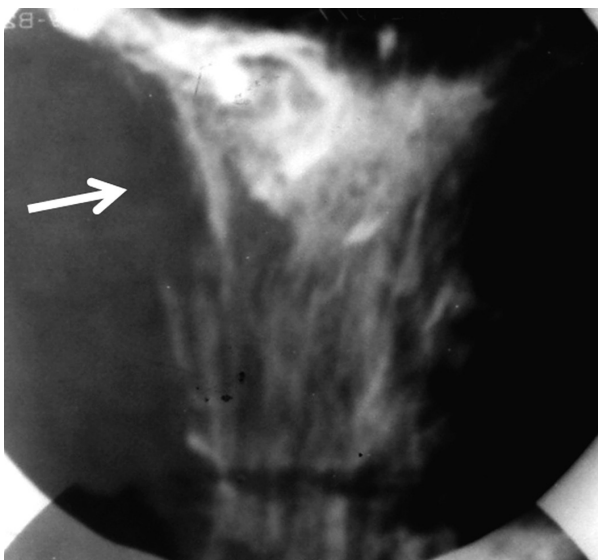


Рис. 3. На прицельной рентгенограмме желудка в верхней трети его тела по малой кривизне определяется обрыв контура и деструкция складок слизистой желудка на протяжении 3,5 см



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

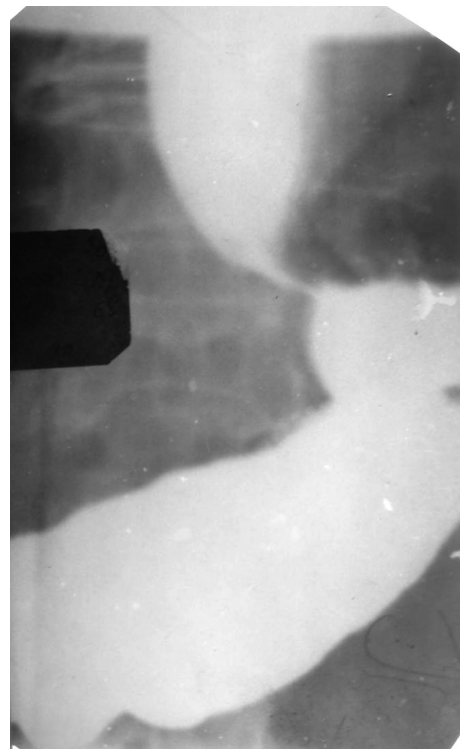


Рис. 5. Обзорная рентгенограмма нижней трети пищевода и желудка (прямая проекция — вертикально)

При рентгенографии желудка в положении на животе обнаруживается плоский краевой дефект в области задней поверхности свода желудка протяженностью свыше 5 см, обусловленный бластоматозным инфильтратом с переходом последнего на абдоминальный отдел пищевода (рис. 6).



Рис. 6. Обзорная рентгенограмма желудка (в положении на животе)

Данная демонстрация свидетельствует о необходимости проведения ревизии наших представлений о клинической симптоматологии, рентгеновской семиотике и особенности методики рентгенологического исследования верхнего отдела желудка.

Заслуживает внимание мнение И. Щепотина, С. Эванса (2000 г.), что подобное утолщение стенки желудка в любом его отделе может также быть обусловлено и воспалительным процессом вызванным *Helicobacter pylori*.

Дифференциальная диагностика между воспалительными и неопластическими изменениями, сопровождающимися утолщением стенки желудка, должна проводиться только с учетом результатов гистологического исследования биоптатов, взятых при эндоскопии.

В качестве демонстрации приводим следующее наблюдение: больная Б., 25 лет. В связи с наличием жалоб гастритического характера, было проведено рентгенологическое исследование желудка, после дачи газообразующей смеси, бария и полипроекционного исследования верхнего отдела желудка, на фоне газового пузыря обнаружена дополнительная тень размером 3,5 × 1,9 см по задней стенке его верхнего отдела (рис. 7).

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 × 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.

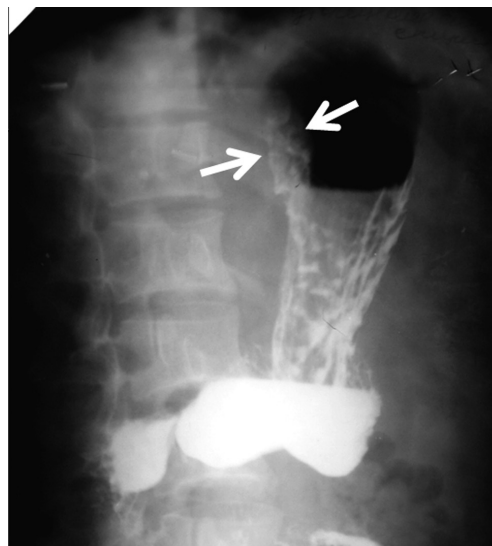


Рис. 7. Больная Б., 25 лет. Обзорная рентгенограмма желудка в первой косой проекции



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).

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.



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

Результаты наших наблюдений позволяют согласиться с М. Ю. Меликовой (1969 г., цит. А. Н. Горшков и соавт., 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 мы относим к малым ракам.

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



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

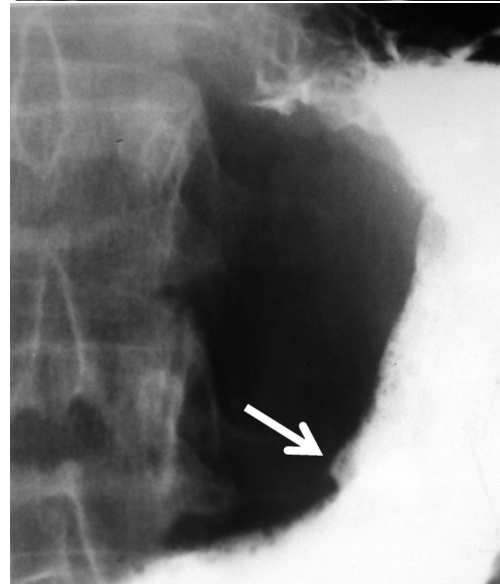
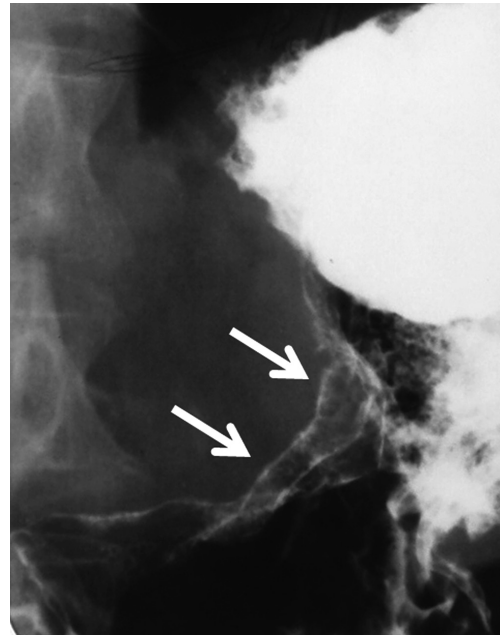


Рис. 11. На прицельной рентгенограмме желудка с двойным контрастированием в горизонтальном положении по малой кривизне определяется бластоматозный инфильтрат размером 3,5 × 1,3 см. На прицельной рентгенограмме желудка этого же пациента, произведенной в вертикальном положении, после тугого заполнения,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

Раковые язвы, как одна из эволюционных форм бластоматозного инфильтрата, по данным кафедры, преимущественно локализуются 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, стр. 15–17.

Вместе с тем позволим заметить, что при дифференциальной диагностике пептических и раковых язв решающими являются только результаты гистологического исследования биоптата язвы, взятого при эндоскопии.

В качестве демонстрации приводим наблюдение (рис. 12).

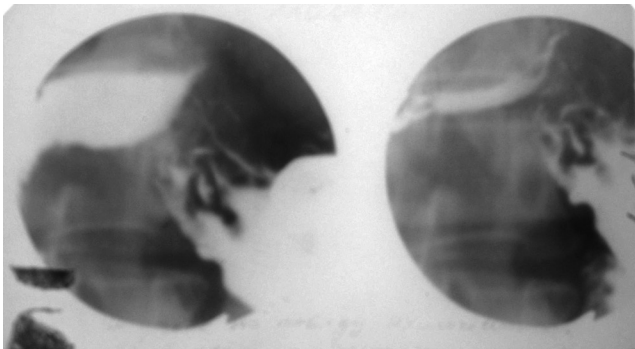


Рис. 12. На прицельной рентгенограмме антрального отдела желудка с компрессией определяется депо контрастной взвеси размером $0,8 \times 0,3$ см с ободком просветления вокруг

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

Следует отметить, что эффективность выявления признаков 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:

- 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), что при развитом с эндофитным типом роста раке желудка 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 7×4 см (рис. 16).

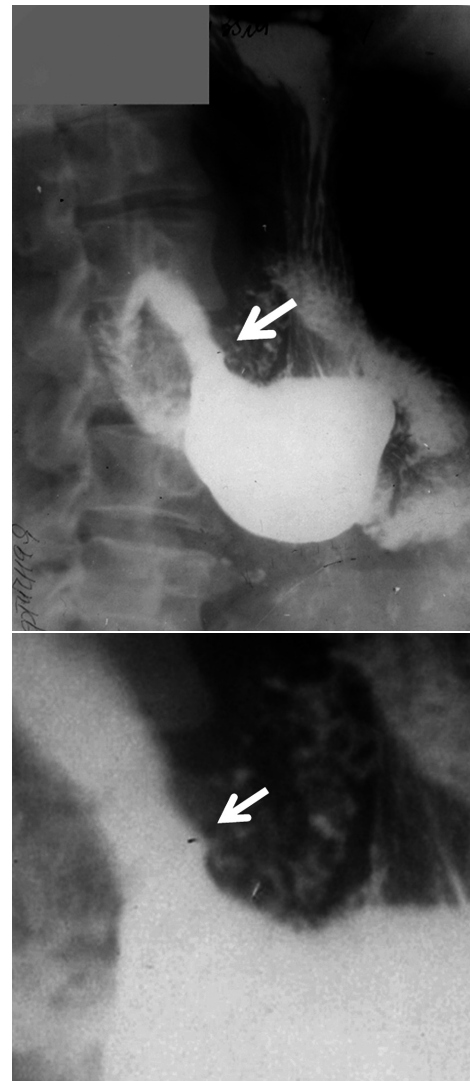


Рис. 13. На обзорной рентгенограмме желудка в фазу полутугого заполнения определяется циркулярное сужение антрального отдела желудка с наличием плоской раковой ниши в начальном отделе сужения по малой кривизне

После гистологического исследования биоптата обнаружен рак и больной было предложено оперативное лечение, от которого она категорически отказалась. Спустя 3 месяца при контрольном рентгенологическом исследовании у пациентки выявлена чашеподобная карцинома (рис. 17).

Данное наблюдение позволяют утверждать, что чашеподобный рак — это не экзофитная его форма, как было принято считать на протяжении многих лет, а одна из фаз развития эндофитного рака.

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

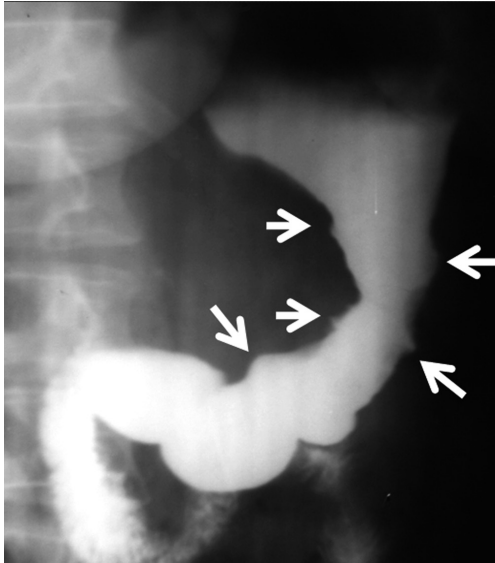


Рис. 14. На обзорной рентгенограмме желудка в фазу тугого заполнения, произведенной в первой косо́й проекции, определяются множественные раковые язвы по передней и задней стенкам суженного тела желудка

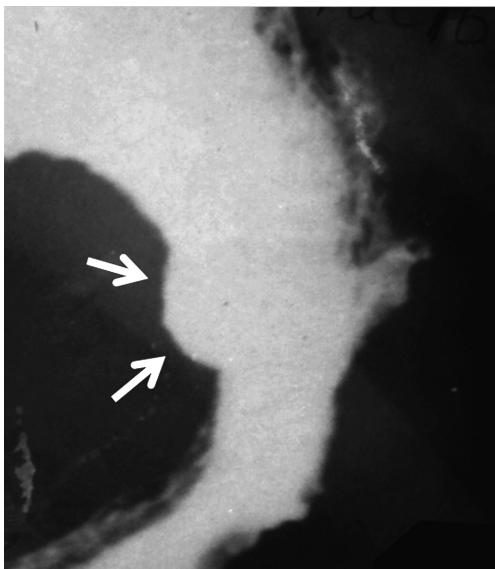


Рис. 15. Больная X., 27 лет. На обзорной рентгенограмме желудка, произведенной в фазу тугого наполнения, в первой косо́й проекции определяется микрогастрия с наличием плоской язвы по задней его стенке

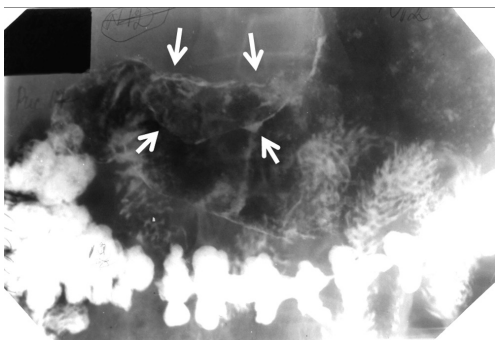


Рис. 16. Прицельная рентгенограмма нижней трети тела и антрального отдела желудка, по малой кривизне экзофитный компонент

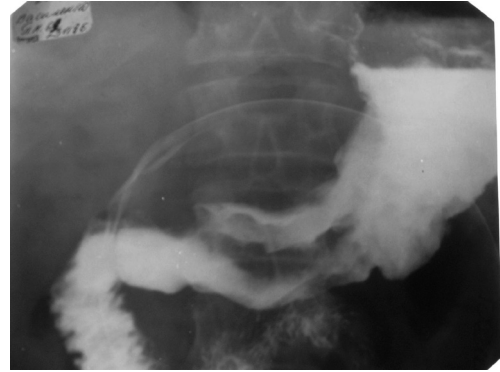


Рис. 17. Обзорная рентгенограмма желудка спустя 3 месяца

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 рака желудка: (проект)

I. Эндофитный рак.

1. Малый рак:

- а) утолщение стенки желудка на ограниченном участке в любом его отделе до 3 см за счет blastomatозного инфильтрата;
- б) эрозивно-язвенный рак, возникающий на месте blastomatозного инфильтрата.

2. Развитой рак:

- а) утолщение стенки желудка за счет blastomatозного инфильтрата более 3 см;
- б) чашеподобный рак;
- в) раковая язва;
- г) диффузно-инфильтративный ограниченный рак (антрального отдела, тела и его верхнего отдела);
 - без изъязвления;
 - с наличием единичных или множественных инфильтративно-язвенных изъязвлений;
- д) диффузно-инфильтративный распространенный рак (скир);
 - без изъязвления;
 - с наличием единичных или множественных инфильтративно-язвенных изъязвлений;
 - диффузный гастрокarciноз.

II. Экзофитный рак.

1. Малый рак:

- а) полипоидный рак до 3 см.

2. Развитой рак:

- а) полипоидный рак более 3 см;
 - без изъязвления;
 - с изъязвлением;
- б) туберозный;
 - без изъязвления;
 - с изъязвлением.

III. Смешанный (экзофитно-эндофитный рак).

В предлагаемый проект классификации впервые внесена особая разновидность диффузного рака, которая подавляющему числу рентгенологов Украины не известна по причине отсутствия сведений об этой форме в отечественной радиологической литературе. В зарубежной литературе эту особую форму эндофитного рака называют гастроцироз, *Linitis plastica*, склерозирующий гастрит, опухолевидный гастрит.

Наше предложение называть эту форму рака диффузный гастрокарцином.

В клиническом руководстве «Злокачественные опухоли», т. 2, С. 511 (под ред. проф. Н. Н. Петрова, проф. С. А. Холдина, 1952) указано, что диффузные раки обычно представлены двумя формами: фиброзной и коллоидной. Фиброзные или склерозные раки начинаются чаще в выходном отделе, захватывая значительную часть желудка, распространяясь как вдоль стенок, так и циркулярно. При этом довольно часто оказывается пораженным весь желудок, который при преобладании фиброзных изменений, сморщивается, сокращается в размерах и становится похожим на небольшой мешочек с плотными кожеподобными стенками. Процесс в прежние годы расценивался как рубцовый, развивающийся на почве хронического воспаления стенок, откуда и старое название *Linitis plastica*.

На разрезе желудок резко уменьшен, стенки утолщены до 1,5–2,0 см, плотно-рубцовой консистенции и беловатого, грубо-волокнистого, хрящеподобного цвета, слизистая мало изменена, иногда избыточно складчатая, вследствие сокращения площади подлежащих стенок, привратник зияет.

Сравнительно редко встречается и другая форма диффузного рака — коллоидная или слизистая карцинома. Однако под диффузным коллоидным подразумеваются опухоли, растущие преимущественно в подслизистом слое. Границы таких опухолевых тканей не определяются. Слизистая отличается малой подвижностью, уменьшено количество складок, последние не расправляются. Такие раки захватывают значительную часть, однако редко при этом поражают весь желудок. Результаты фиброгастроскопии отрицательные, при рентгенологическом исследовании перистальтика ослабленная, при тугом заполнении желудка бариевой взвесью определяются изменения характера зубчатости по его большой кривизне — она не равномерно зубчатая и нечетко выражена. По малой кривизне может обнаруживаться неровность контура.

Приоритетными методами диагностики этой формы рака могут быть эндогастроскопическое УЗИ и КТ. Полагаем, рентгенолог обязан знать об этой особой форме злокачественного поражения желудка, ведь диагноз можно поставить тогда, когда о нем знаешь.

Нам встретился в практике подобный случай и по незнанию мы допустили диагностическую ошибку.

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 возможность рентгенологу пользоваться международной классификацией рака желудка по TNM.

В заключение необходимо отметить, что традиционному рентгенологическому методу исследования, в особенности в сочетании с двойным контрастированием, должна быть возвращена роль ведущего в диагностике современного рака желудка.

Самым ранним рентгеносемиотическим 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, помимо исследования рельефа, важное значение имеет полипозиционное его исследование в фазу тугого наполнения для выявления других рентгеносемиотических признаков:

- 1) изменение формы, размеров и положения желудка;
- 2) изменение его просвета при диффузно-инфильтративных ограниченных и распространенных формах на 1/3, 1/2, вплоть до микрогастрии;
- 3) изменение контуров желудка, который может быть ровным, неровным, четким, мелкозубчатым, выправленным, подрытым, фестончатым, обрыв контура (ступенька Гаудека);
- 4) симптом язвенной ниши:
 - при эрозивно-язвенном раке;
 - при диффузно-инфильтративных ограниченных и инфильтративно-язвенных распространенных формах.

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 среди 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 желудке, болезни Менетрие, при наличии 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абдуллаев Р. Я.* Ультрасонография желудка и 12-перстной кишки : учебное пособие / Р. Я. Абдуллаев, В. В. Гапченко, М. И. Спужак, Ю. А. Винник. — 2009. — С. 99.
2. *Горшков А. Н.* Необходимость комплексного использования лучевых и эндоскопических методов исследования в дифференциальной диагностике изъязвлений желудка / А. Н. Горшков, В. М. Мешков, Н. И. Грачев [и др.] // Вестник рентгенологии и радиологии. — 2002. — № 5. — С. 29–38.
3. *Ищенко С. В.* Динамика основных типов рака желудка в хронологическом порядке / С. В. Ищенко, В. Д. Садчиков // Медицина сегодня и завтра. — 2004. — № 4. — С. 151–159.
4. *Ищенко С. В.* Клініко-морфологічна характеристика основних типів рака шлунку, їх патоморфоз та його клінічне значення : автореферат дис. к. мед. наук, Харків, 2010. — 26 с.
5. *Киношенко Ю. Т.* Слово в защиту традиционного рентгенологического исследования в диагностике рака желудка / Ю. Т. Киношенко // Матеріали Українського конгресу радіологів України. — 2009. — С. 113–116.
6. *Киношенко Ю. Т.* Современный рак желудка и возможности рентгенодиагностики и дифференциальной диагностики его отдельных эволюционных форм / Ю. Т. Киношенко // Променева діагностика, променева терапія — 2011. — № 3–4. — С. 114–123.
7. *Киношенко Ю. Т.* К вопросу дифференциальной диагностики изъязвлений желудка / Ю. Т. Киношенко, Н. А. Бортный // Променева діагностика, променева терапія. — 2007. — № 3. — С. 15–17.
8. *Крыжановская И. В.* Дооперационная УЗИ-диагностика рака желудка / И. В. Крыжановская // Харьковская хирургическая школа. — 2013, № 5. — С. 35–37.
9. *Портной Л. М.* Лучевая диагностика эндофитного рака желудка / Л. М. Портной, М. П. Дибиров. — М.: Медицина, 1993. — С. 269.
10. *Портной Л. М.* Современная лучевая диагностика в гастроэнтерологии и гастроэнтероонкологии / Л. М. Портной. — Видар, 2001. — С. 218.
11. Медицинская газета / Л. П. Портной, И. О. Вятчанин. — 2005. — № 45.
12. *Рабухина Н. А.* Первичное двойное контрастирование желудочно-кишечного тракта / Н. А. Рабухина. — М.: Медицина, 1985. — 128 с.
13. *Щепотин И.* Рак желудка : практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению / И. Щепотин, Р. Эванс. — К.: Книга плюс, 2000. — 227 с.
14. Общее руководство по радиологии / Под редакцией Holger Pettersson. — 1995. — Т. 2. — 1330 с. (Моску С. 940).