

О ПРОЕКТЕ НОВОЙ РЕНТГЕНОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА ЖЕЛУДКА

проф. Ю.Т. Киношенко

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

В лекции на тему: "Современный" рак желудка и возможности рентгенодиагностики его отдельных эволюционных форм ("Променева діагностика, променева терапія". — №3-4. — 2011. — С. 114-123) указано, что в последние годы под влиянием эндогенных и экзогенных факторов происходит изменение патоморфологической картины рака желудка. Так, например, в городе Харькове и области за 40 лет (1960-2000 гг.) эндофитная форма рака у женщин увеличилась на 20,3%, а у мужчин — на 33,3% [2, 3]. За эти годы рак желудка у жителей Харьковского региона и помолодел у мужчин на 9,8 года, у женщин на 12 лет. В России в настоящее время эта форма эндофитного рака обнаруживается у 88-90% пациентов [5].

Мы не обнаружили в отечественной литературе по лучевой диагностике сведений об изменении патоморфоза рака желудка. Эти сведения отсутствуют и в учебных планах и программах для врачей интернов радиологов-диагностов, первичной специализации по рентгенологии, ПАЦ и тематических циклов.

В связи с этим широкие круги врачей-рентгенологов, особенно поликлинической сети, недостаточно информированы об изменении патоморфоза рака желудка, рентгенологических проявлениях этой формы рака и об особенностях методики исследования этой категории больных.

Семейные врачи, терапевты, хирурги, онкологи при подозрении на рак желудка продолжают отдавать предпочтение гастрофиброскопии, что привело к значительному уменьшению количества рентгенологических исследований желудочно-кишечного тракта. В России, например, количество рентгенологических исследований желудочно-кишечного тракта, за последние годы, уменьшилось ровно в два раза [1].

Как это ни печально, но эта тенденция в нашей стране продолжает сохраняться. При анализе доступной нам литературы мы попытались выяснить, как отобразился сегодня, спустя более 40 лет, метод гастрофиброскопии на эффективность диагностики рака желудка в Украине.

К сожалению, результаты оказались не утешительными и, практически, не улучшилась диагностика рака желудка, особенно его малых форм, не изменился процент радикально оперируемых больных (20-30%) и их пятилетняя выживаемость.

О том, что в нашей стране существуют проблемы с диагностикой этого грозного заболевания впечатляюще свидетельствуют официаль-

ные статистические данные о высоком проценте летальности до года у больных с впервые установленным диагнозом рака желудка, как-то: 2009 г. — 63,7%; 2010 г. — 62,2%; 2011 г. — 61,7%.

В чем же причина такого положения? Ищенко С.В., Садчиков В.Д. и соавт. (2004-2010 гг.) оценивая результаты сравнительного анализа гастрофиброскопии у больных с различными типами рака желудка пришли к заключению, что последняя как самостоятельный метод не повышает эффективность диагностики рака желудка с эндофитным типом роста, особенно его малых форм, в связи с тем, что опухолевый процесс локализуется в подслизистом слое и практически не визуализируется на поверхности слизистой [2, 3].

В 2009 году на конгрессе радиологов Украины мы выступили с лекцией на тему "Слово в защиту традиционного рентгенологического исследования в диагностике рака желудка", подержав в этом плане Портного Л.М. (2001 г.), что рентгенологическому методу должна быть возвращена роль ведущего в диагностике рака у больных с эндофитным раком желудка [4]. Гастрофиброскопия, как ценный уточняющий метод диагностики, должна применяться после рентгенологического исследования.

На лекцию, которая была опубликована в журнале "Променева діагностика, променева терапія" (№3-4, 2011 г., С. 114-123) в разделе "дискуссионный клуб" мы получили ряд положительных письменных и устных отзывов (проф. Винник Ю.А. зав.каф. онкологии ХМАПО; проф. Стариков В.И., зав.каф. онкологии ХНМУ; рентгенолог проф. Коваль Г.Ю., г. Киев; проф. Шкондин А.Н., Луганский государственный медицинский университет; проф. Соколов В.Н., Одесский национальный медицинский университет; из России проф. Линденбратен Л.Д., г. Москва). Указанным коллегам выражаем свою искреннюю благодарность и признательность.

В отзывах высказывалось пожелание обновить, с учетом новых данных о патоморфозе рака желудка, его рентгеноморфологическую классификацию, которая ориентировала бы врачей-рентгенологов к изменению алгоритма обследования и применения новых методических подходов к рентгенодиагностике рака желудка, особенно его малых форм.

Мы составили проект такой классификации, обсудили его на методическом совещании коллектива кафедры и выносим на обсуждение рентгенологической общественности.

**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 бластоматозного инфильтрата;
- б) эрозивно-язвенный рак, возникающий на месте бластоматозного инфильтрата;

2. Развитой рак:

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

II. Экзофитный рак

1. Малый рак:

- а) полипоидный рак до 3 см;

2. Развитой рак:

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

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 скирозные 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, кото-

рый 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-волоконистого, хрящеподобного цвета, слизистая мало изменена, иногда избыточно складчата, 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, определяется изменения характера зубчатости по его большой кривизне — она не равномерно зубчата и нечетко выражена. По малой кривизне может обнаруживаться неровность контура.

Приоритетным методом диагностики этой формы рака могут быть эндоскопическое 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 вариант рентгеноморфологической классификации рака желудка не претендует на истину последней инстанции мы будем признательны за конструктивные предложения по его оптимизации.

Мы искренне надеемся, что эта классификация будет способствовать психологической переориентации врача-рентгенолога на возможность диагностики рака желудка, особенно его малых форм, как с эндофитным так и с экзофитными типами роста с помощью традиционного рентгенологического исследования.

В качестве демонстрации приводим основные классификационные, эволюционные формы эндофитного рака и малую форму экзофитного полипоидного рака, верифицированные путем гистологического исследования биоптатов или резецированных частей желудка.

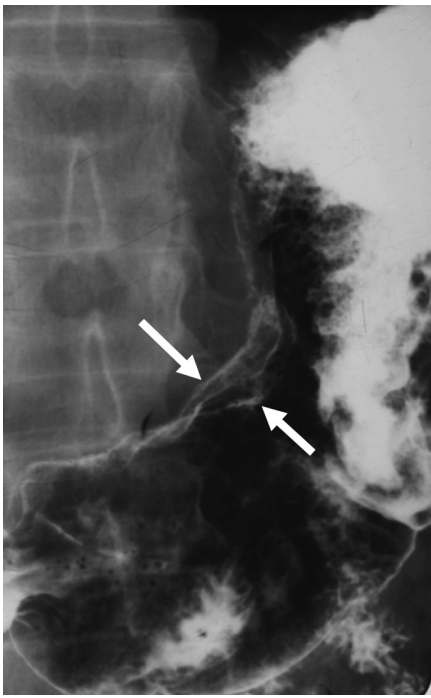


Рис. 1. Бластоматозний інфільтрат, протяженністю до 3 см в середній треті тела желудка по малій кривизні, в положенні на спині.

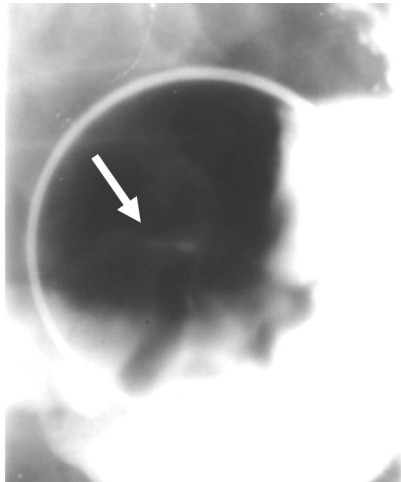


Рис. 2. На прицельній рентгенограммі антрального відділа желудка з компресією в фазу тугого заповнення в області малої кривизни визначається симптом "штриха", що свідчить про наявність ерозії.

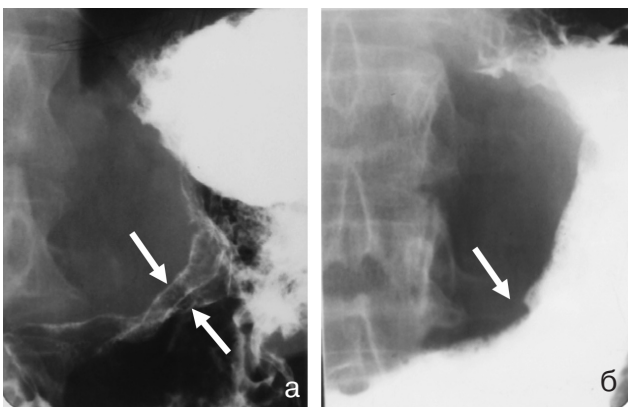


Рис. 3 На прицельній рентгенограммі желудка з подвійним контрастуванням визначається бластоматозний інфільтрат, при тугому заповненні (б) в вертикальному положенні в нижній треті тела по малій кривизні ерозивно-язвенна форма рака.

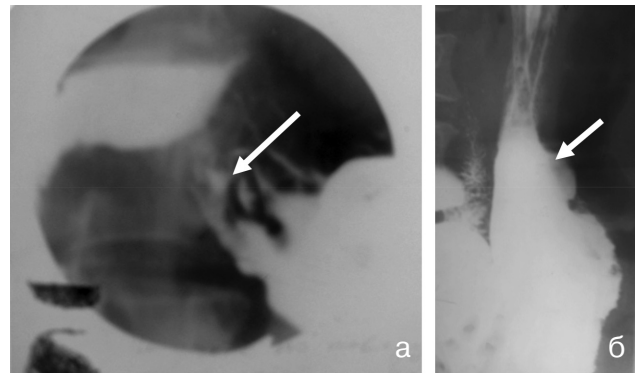


Рис. 4 а) На прицельній рентгенограммі антрального відділа желудка з компресією визначається депо контрастної взвеси розміром 0,8 x 0,3 см з ободком просвітлення навкруг.

б) На обзорній рентгенограммі нижньої і верхньої треті желудка в фазу напівтугого заповнення, по більшій кривизні визначається язва розміром 1,2x3 см. При гистологічному дослідженні резецьованої частини желудка виявлено зміни, характерні для аденокарциноми.

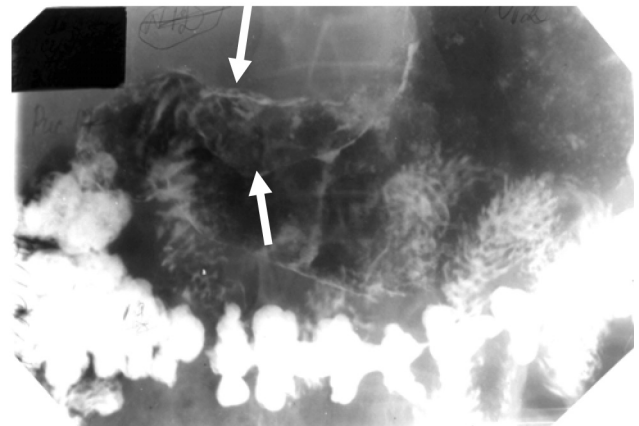


Рис. 5. Прицельна рентгенограмма нижньої треті тела і антрального відділа желудка, по малій кривизні бластоматозний інфільтрат більше 3 см.

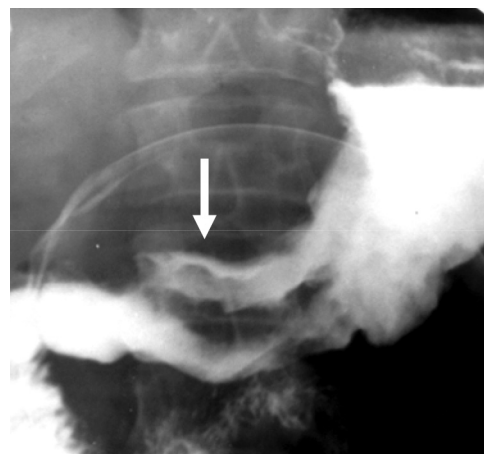


Рис. 6. Обзорна рентгенограмма желудка цієї ж пацієнтки в фазу тугого наповнення з компресією, спустя 3 місяця – чашеподібний рак.

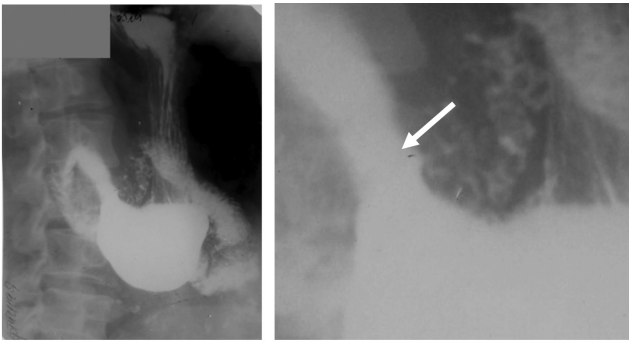


Рис. 7 На обзорной рентгенограмме желудка в фазу полутугого заполнения определяется циркулярное сужение антрального отдела желудка с наличием в начальном отделе сужения по малой кривизне – плоской раковой ниши.

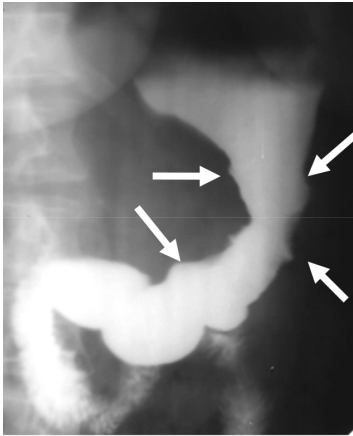


Рис. 8 На обзорной рентгенограмме желудка в фазу тугого заполнения, произведенной в первой косой проекции определяются множественные раковые язвы по передней и задней стенкам суженного тела желудка.

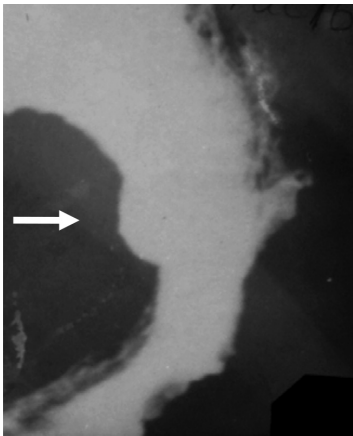


Рис. 9 Больная 27 лет. На обзорной рентгенограмме желудка, произведенной в фазу тугого наполнения, в первой косой проекции определяется микрогастрия с наличием плоской язвы по задней его стенке

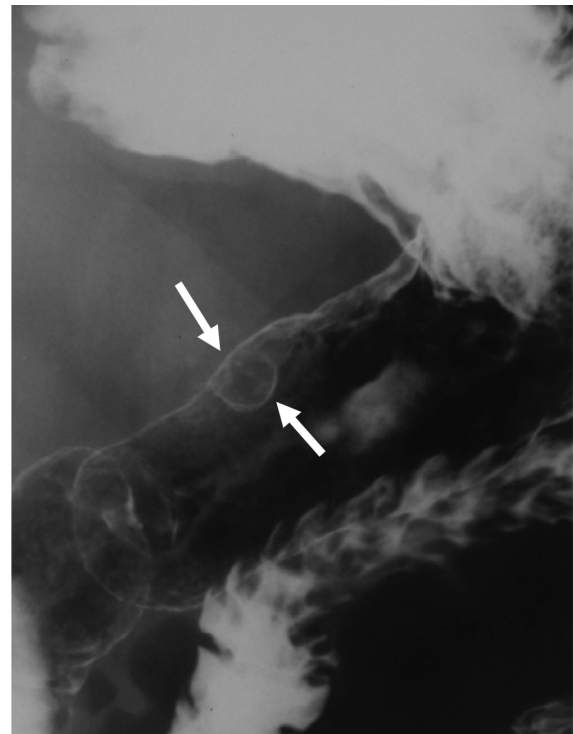


Рис. 10 На рентгенограмме произведенной в положении на спине в нижней трети тела желудка по малой кривизне определяется полипоидное образование с четкими, ровными, гладкими контурами, размерами 1,5x1,5 см, с умеренным утолщением стенки выше описанного образования – полипоидный рак.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горшков А.Н. Необходимость комплексного использования лучевых и эндоскопического методов исследования в дифференциальной диагностике изъязвлений желудка//А.Н. Горшков, В.М. Мешков, Н.И. Грачева и др. — Вестник рентгенологии и радиологии. — №5, 2002. — С. 29-38.
2. Ищенко С.В., Садчиков В.Д. Динамика основных типов рака желудка в хронологическом аспекте. — Медицина сегодня и завтра. — №4, 2004. — С. 151-159.
3. Ищенко С.В. Клініко-морфологічна характеристика основних типів рака шлунку, їх патоморфоз та його клінічне значення. — Автореферат дис. к.мед.н., Харків. — 2010 р. — 26 с.
4. Портной Л.М. Современная лучевая диагностика в гастроэнтерологии и гастроэнтероонкологии. — М.: "Видар". — 2001. — 218 с.
5. Портной Л.П., Вятчанин И.О. — Медицинская газета. — №44, 2005.