ВІДГУК НА ПРОЕКТ НОВОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ РАКУ ШЛУНКУ, ЗАПРОПОНОВАНОЇ ПРОФЕСОРОМ Ю.Т. КІНОШЕНКО

Професор Ю.Т.Кіношенко запропонував в порядку дискусії оновлену класифікацію раку шлунка, яку виклав у вигляді лекції і проекту нової рентгенологічної класифікації, що були опубліковані в «Радіологічному віснику» відповідно в 2012 і 2013 роках.

На необхідність перегляду діагностичного підходу для своєчасного розпізнавання раку шлунку, а відповідно і існуючої класифікації, його наштовхнули статистичні данні та великий власний досвід.

Автор вказує, що висока смертність хворих на рак шлунку, вже на першому році виявленого захворювання, свідчить про пізню діагностику. Аналіз статистичних даних и власні спостереження автора переконливо вказують на те, що при діагностиці не враховується зміна переважаючих патоморфологічних форм раку шлунку, яка відбулась за останні десятиліття.

Так екзофітні форми раку, що добре розпізнаються при фіброгастроскопічному дослідженні, змінились ендофітними, які нині переважають і становлять до 80-90% усіх раків шлунку. Ці форми раку зазвичай не розпізнаються при гастроскопії, або розпізнаються пізно — в основному після виразкування.

В своїх роботах автор спрямовує увагу лікарів променевих діагностів на зміну патоморфозу раку шлунка, а відповідно і на необхідність уточнення семіотики його сучасних променевих проявів і змін діагностичного підходу. Автор переконливо показує, що переважання ендофітних форм росту вимагає первинного рентгеноконтрастного дослідження шлунку зі вторинним ендоскопічним його дослідженням. При цьому слід віддати перевагу не звичайній, а ультразвуковій ендогастроскопії. Це зумовлено тим, що при звичайній гастроскопії, на відміну від УЗ-ендоскопії, візуалізується не її структура, а лише поверхня слизової оболонки шлунка, яка при ендофітних формах росту досить пізно руйнується.

В проект нової класифікації раку шлунку автор, як і в загальноприйнятій класифікації, включає ендофітні, екзофітні та змішані форми раку шлунка, розділяючи їх за розмірами та глибиною ураження на малий і розвинений рак. Але на відміну від неї, він розглядає деструктивні зміни не як окремі формі раку, а як закономірній перебіг — фазу процесу.

Цінністю вказаних робіт автора є загострення уваги лікарів на зміні патоморфозу раку шлунка і пов'язаною з цим необхідністю зміни діагностичних підходів.

Однак слід відмітити необхідність подальшого доопрацювання класифікації.

1. Так в пунктах «а» 1 — малий рак і 2 — розвинутий рак слід починати не з розмірів ураження, а як і в інших пунктах класифікації, з їхніх морфологічних проявів.
2. В розділі розвинутого раку невдалим є формулювання д) — 2-го пункту: виразкування при інфільтративно-виразковому раку — є тавтологією.
3. Бажано дати морфологічне обґрунтування різниці між скірозою формою раку шлунка і дифузним гастрокарцинозом, який автор включив в пропоновану класифікацію.
3. Не розглянуто різновиди змішаних форм раку шлунка.

Професор Г.Ю. Коваль, 12.05.13 р.

РЕЦЕНЗИЯ НА "ПРОЕКТ НОВОЙ РЕНТГЕНОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА ЖЕЛУДКА", НАПЕЧАТАННОГО В ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОМ БЮЛЛЕТЕНЕ "РАДИОЛОГИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК" №1 (46), 2013, СТР.47-50.

Вопрос своевременной диагностики рака желудка продолжает оставаться актуальным до настоящего времени, несмотря на имеющиеся многочисленные мнения различных исследователей и многочисленных школ (И. Л.Тагер, Ю. Н.Соколов, П. В.Власов, Н. М.Портной, В. Н.Соколов и др.). Это объясняется широким внедрением в клиническую практику фиброгастроэндоскопии и в последнее время методов КТ. Кроме того, в последние годы интерес к этой проблеме практически сошел на нет. Все больше стали уделять внимание другим методам исследования рака желудка (ПЕТ, ОФЕКТ.) Клиницисты смирились с мнением, что ранняя диагностика рака желудка практически невозможна и удовлетворялись в основном данными полученными при использовании фиброгастроэндоскопии. Это привело к тому, что в Украине значительно вырос процент выявленных эндофитных форм рака желудка. По всей видимости, под влиянием эндогенных и экзогенных факторов происходит изменение патоморфологической картины рака желудка. Увеличение эндофитных форм рака желудка может привести к увеличению числа пропущенных раков при проведении фиброэндоскопических исследований, так как основной начальный компонент опухоли расположен подслизисто и недоступен данному методу. В то же время при правильном и грамотном проведении рентгенологического исследования, используя метод двойного наполнения желудка и тугого заполнения, можно значительно раньше, чем фиброгастроскопия выявить рак желудка. Критерием малого рака желудка может служить утолщение стенки желудка на ограниченном участке, определение выпрямления стенки желудка при тугом заполнении желудка и наличие конвергенции складок желудка к участку раковой инфильтрации. Проект Ю.Т. Киношенко актуален, заслуживает внимания и будет способствовать более широкому использованию традиционного метода рентгенологического исследования.

Доктор мед. наук, проф.,
засл. деят. науки Украины
Соколов В.Н.