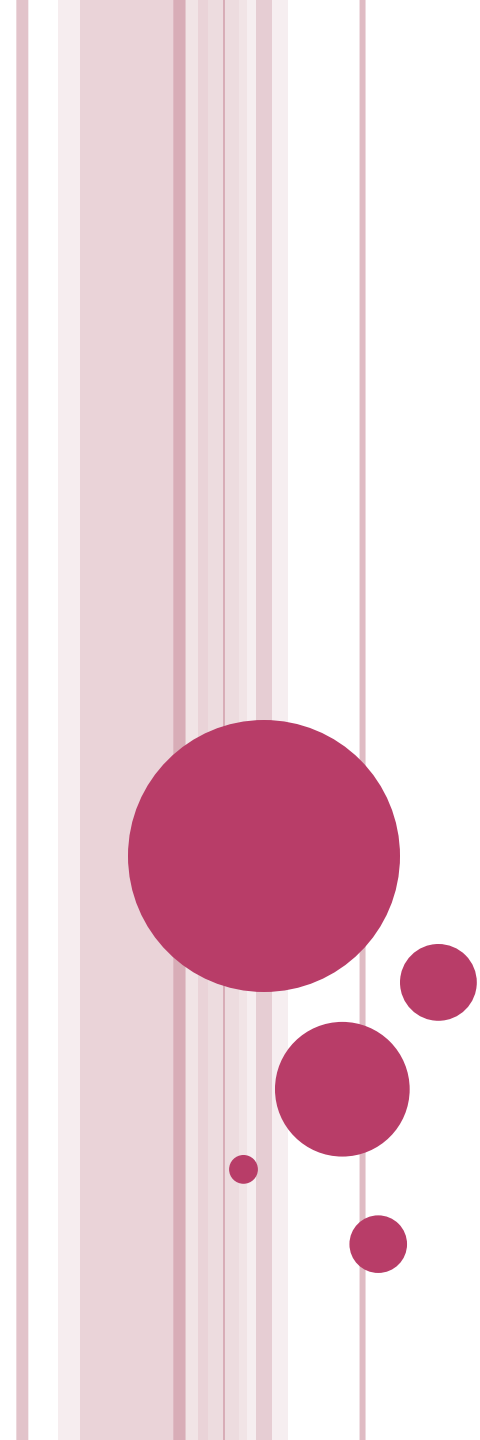


A decorative graphic on the left side of the slide. It features several vertical stripes in shades of light pink and white. Overlaid on these stripes are several solid dark pink circles of varying sizes, arranged in a cluster that tapers towards the bottom left.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА

- В зависимости от особенностей клинического течения различают следующие формы **рака желудка**:
- 1) диспепсическую (проявляется снижением и извращением аппетита, ощущениями быстрой насыщаемости во время еды, тяжести и давления в эпигастральной области, тошнотой);
- 2) болевую (ведущим симптомом являются боли);
- 3) лихорадочную (с повышением температуры до 38—40°C без ярко выраженных других симптомов;
- 4) анемическую;
- 5) геморрагическую (проявляется желудочными кровотечениями вследствие раннего изъязвления и распада опухоли).

Однако наиболее неблагоприятными формами вследствие трудности раннего распознавания являются:

- латентная (при которой довольно длительно отсутствуют все симптомы заболевания)
- безболевая (проявляющаяся долгое время только синдромом «малых признаков»)



«Синдром малых признаков», предложенный в А. И. Савицким, включает в себя:

- 1) изменение самочувствия больного, беспричинную общую слабость, снижение трудоспособности;
- 2) немотивированное снижение аппетита, иногда полную его потерю вплоть до отвращения к пище или к некоторым ее видам (мясо, рыба и др.);
- 3) «желудочный дискомфорт» и местные желудочные симптомы (ощущение переполнения желудка, чувство его расширения, тяжесть в подложечной области, иногда тошнота или рвота);
- 4) беспричинное прогрессирующее похудание (без выраженных желудочных расстройств);
- 5) стойкую анемию;
- 6) психическую депрессию (потеря интереса к окружающему, к труду, отчужденность, апатия).



Клинические проявления рака желудка зависят от его

- локализации,
- характера роста,
- гистологического строения
- метастазирования.



В зависимости от локализации

Рак пилорического отдела

симптомы обусловлены сужением выхода из желудка и нарушением эвакуации его содержимого:

- тяжесть,
- чувство распирания в эпигастральной области после приема пищи.
- чувство быстрого насыщения после приема пищи
- отрыжка воздухом, а впоследствии пищей.
- отрыжка "тухлым",
- рвота непереваренной пищей, съеденной за много часов (иногда за 2 - 3 сут) до рвоты.
- Боль (обычно постоянная), усиливающейся после еды, схваткообразного характера, достигая максимальной интенсивности вскоре после приема пищи

Распространение опухоли на кардиальное кольцо и брюшную часть пищевода

- появляется дисфагия.
- Является непостоянной и возникает лишь в ответ на прием грубой плотной пищи.
- По мере прогрессирования ракового процесса дисфагия становится постоянной, отмечается затруднение прохождения и жидкой пищи, больные быстро истощаются.
- дисфагия при раке желудка неуклонно и довольно быстро прогрессирует.

- Рак кардиального отдела
- слюноотечение
- длительная упорная икота (за счет прорастания опухолью ветвей диафрагмального нерва)
- рвота слизью и недавно съеденной непереваренной пищей ("пищеводная" рвота).

При поражении опухолью тела желудка первыми клиническими признаками заболевания являются общие нарушения:

- слабость
- снижение аппетита
- уменьшение массы тела
- депрессия.

В зависимости от характера роста различают:

□ Рак экзофитного типа

1. растет в просвет желудка,
2. дает мало местных симптомов,
3. нередко первым его симптомом бывает кровотечение

□ При инфильтративном росте опухоли: нарушения общего состояния (слабость, анорексия, бледность, похудание).

□ Для язвенной формы характерны

1. желудочная диспепсия
2. боль в подложечной области,

В зависимости от гистологического строения выделяют:

- Хорошо дифференцированная аденокарцинома
обычно развивается медленно и поздно метастазирует
- недифференцированный рак
отличается быстрым ростом и склонностью к
метастазированию.



Характерными отдельными метастазами для рака желудка считаются

1. метастаз Вирхова — в лимфатический узел слева над ключицей
2. метастазы Крукенберга — в яичники
3. метастаз Шнитцлера — поражение брюшины прямокишечно-маточного углубления
4. метастаз сестры Джозеф - в пупок

Опухоль рано метастазирует в печень. Нередко впервые рак желудка бывает заподозрен именно при обнаружении этих метастазов.



Virchow's Node
Metastases from gastric carcinoma can spread to the left supraclavicular area.



Осложненное течение рака желудка

- 1) возникающие вследствие местного распространения опухоли 2) связанные с метастазированием.

Кровотечение

- встречается у 8,9% всех больных с желудочным кровотечением.
- не является признаком запущенности процесса, и у большинства больных удаётся выполнить радикальную операцию.

Прободение раковой опухоли в брюшную полость

- встречается нечасто. Клиническая картина прободения при раке не отличается от симптомокомплекса, сопровождающего прободение язвы.

Проращение опухоли в соседние органы.

- Встречается наиболее часто
- прорастает, в основном, в левую долю печени, диафрагму и забрюшинное пространство.



Объективное обследование больных обычно позволяет заподозрить злокачественное заболевание только в далеко зашедших стадиях.

- снижение тургора кожи, ее бледность с землистым оттенком,
- уменьшение блеска и живости глаз.
- истощение больного, вялость, заторможенность, больной выглядит преждевременно состарившимся.

При пальпации живота иногда удается определить опухоль в эпигастральной области.

Печень наиболее часто поражается метастазами, поэтому тщательная пальпация печени необходима не только при подозрении на рак желудка, но и в случаях установления этого диагноза для выработки правильной лечебной тактики.

Следует также обращать внимание на наличие асцита обусловленного диссеминацией процесса по брюшине или метастазами в ворота печени. (выпяченный живот, напряженная брюшная стенка с растянутой блестящей кожей и расширенными венами)

Большое диагностическое значение имеет обнаружение метастазов в характерных местах: слева над ключицей, в пупке, яичнике, дугласовом пространстве. Однако это все признаки запущенного распространенного рака.



□ **Рентгенологическая диагностика рака желудка.**

При рентгенологическом исследовании больного с патологией желудка, прежде всего, необходимо обратить внимание

- на расположение,
- форму,
- величину,
- контуры,
- смещаемость желудка.



Рентгенологическое исследование

Признаки рака желудка:

- *укорочение малой кривизны желудка, которое часто сопровождается провисанием привратниковой части*
- *циркулярное сужение*
- *Уменьшение объёма желудка*
- *смещение кверху (тотальное поражение)*
- *дефект наполнения*
- *выпадение перистальтики на уровне дефекта наполнения*
- *карциноматозная ниша*
- *изменение рельефа слизистой оболочки (большое количество неровных дефектов с нечёткими контурами).*
- *симптом обрыва складок*
- *симптом шприца (контрастная взвесь, находящаяся в пищеводе, с силой проталкивается в желудок и разбрызгивается)*



Эндоскопическое исследование позволяет

- определить локализацию и форму опухолевого роста
- производить прицельную биопсию

Правильный диагноз удаётся установить в 92-97%.

Этому способствует специальная *подготовка к исследованию* путем введения препаратов, снимающих спазм желудка и повышенную секрецию. В результате чего поверхность слизистой желудка чистая и доступна детальному осмотру. Для более четкого определения границ опухоли широко используется *окраска слизистой индиго кармином*.



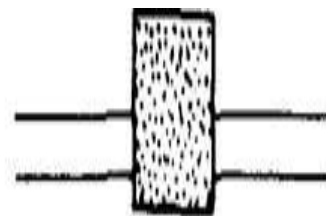
Гастроскопическая картина поздних стадий рака желудка достаточно характерна, выделяют два основных типа рака:

- 1) рак с преимущественно экзофитным ростом (полипозный, изъязвленный);
- 2) рак с преимущественно эндофитным инфильтрирующим ростом (инфильтративно-язвенный, диффузный).

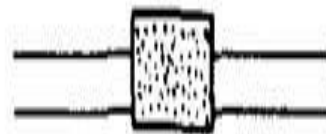


- *Полипозный рак* — четко отграниченная опухоль на широком основании, выступающая в просвет желудка.
- *Инфильтративно-язвенный рак* имеет вид изъязвления, расположенного в центре инфильтрированного участка слизистой оболочки желудка. Язва может иметь гладкое дно, но чаще оно неровное, бугристое.
- *Диффузный рак* не имеет четких границ. При подслизистом росте эндоскопическая диагностика рака довольно трудна и основывается на косвенных признаках: ригидности стенки в месте поражения, изменениях рельефа и окраски слизистой оболочки.
- *Изъязвленный рак* характеризуется язвой с высокими широкими краями. Края язвы неровные, подрывные. Дно неровное, покрыто грязно-серым или темно-коричневым налетом.

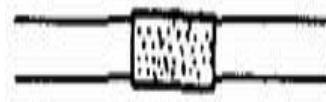
Полиповидный



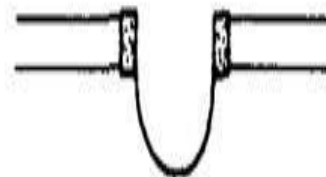
Бляшковидный



Поверхностный



Изъязвленный



Гистологическое исследование прицельно взятого материала имеет решающее значение в установлении окончательного диагноза рака желудка и его морфологического типа.

Гистологически большинство раков желудка (95%) являются *аденокарциномами*, и термин «рак желудка» обычно относится к ней. Остальные формы рака встречаются значительно реже.

Согласно Международной классификации ВОЗ (1990) к злокачественным эпителиальным опухолям желудка относятся:

- аденокарцинома,
- железисто-плоскоклеточный,
- плоскоклеточный рак,
- недифференцированный рак,
- неклассифицируемый рак.



- **1. Аденокарцинома** — это злокачественная опухоль желудка, образующая тубулярные, ацинарные или папиллярные структуры. Выделяют следующие виды аденокарцином.
- Папиллярная аденокарцинома — представлена узкими или широкими пальцевидными выростами с фиброзной основой, опухолевые клетки обнаруживают признаки умеренного или значительного клеточного и ядерного полиморфизма. Для папиллярных аденокарцином типична полиповидная форма опухоли, выбухающая в просвет органа.
- Тубулярная аденокарцинома — представлена преимущественно разветвленными тубулярными структурами, заключенными в фиброзную строму, или окруженными ею. К данной категории опухоли относится аденокарцинома с ацинарными структурами.
- Слизистая аденокарцинома — опухоль, в пределах которой сохраняется значительное количество преимущественно внеклеточной слизи, обнаруживаемой невооруженным глазом. Иногда имеется небольшое количество перстневидных клеток.
- Перстневидноклеточный рак — это аденокарцинома, представленная преимущественно изолированными опухолевыми клетками с выраженным внутриклеточным слизиобразованием.

По степени дифференцировки Международная гистологическая классификация предусматривает следующие виды аденокарцином:

- *хорошо дифференцированная* — аденокарцинома, представленная железистыми структурами, которые по своей организации и структуре клеток в большинстве случаев имеет явное сходство с метапластическим кишечным эпителием;
- *умеренно дифференцированная* — аденокарцинома, по своим признакам занимающая промежуточное положение между хорошо и малодифференцированными опухолями;
- *малодифференцированная* — аденокарцинома, в которой с трудом можно определить железистые структуры.

В настоящее время для оценки распространенности рака желудка в пределах брюшной полости широко применяется лапароскопия.

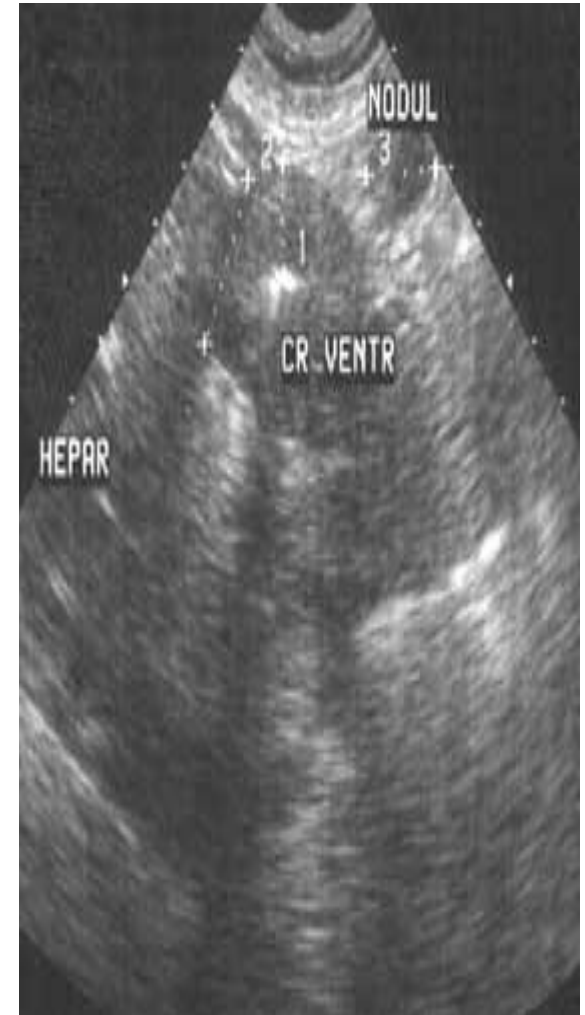
- Она позволяет снизить частоту пробных лапаротомий до 12-15%.
- При лапароскопии удаётся получить наибольшую информацию, особенно при диагностике канцероматоза брюшины.

Доказано, что применение лапароскопии позволяет диагностировать метастазы в 80-90%.

В литературе имеются сообщения о флуоресцентной лапароскопии. Сочетание лапароскопии с люминесцентным анализом расширяет диагностические возможности метода и позволяет более объективно оценивать объём поражения.

□ УЗИ

Одной из важнейших задач УЗИ при раке желудка является определение местного распространения опухолевого процесса - метастазирования в печень, поджелудочную железу, малый и большой сальник, мезоколон, забрюшинное пространство, кишечник, пищевод.

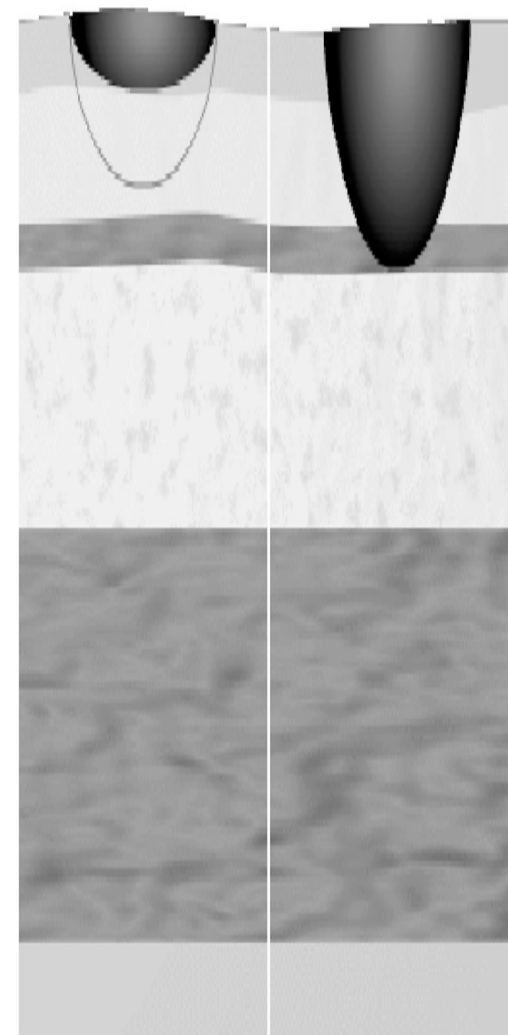


Рак желудка с прорастанием в печень.



- Согласно критериям Японского гастроэнтерологического эндоскопического общества:

Ранний рак желудка - опухоль, при которой инвазивный рост ограничивается слизистой оболочкой и подслизистой основой, метастазы отсутствуют или выявляются только в регионарных лимфатических узлах. При раннем раке желудка метастазы в регионарные лимфатические узлы могут быть в 5% случаев.
- период от начала опухолевого роста до стадии распространения составляет 5-30 лет.
- Ранний рак желудка наиболее часто локализуется в пилороантральном отделе и теле желудка и значительно реже – в области кардии.
- Обычно ранний рак желудка имеет небольшие размеры – до 3 см (редко более 3 см). Особенно выделяют маленькие опухоли (мельчайший рак, микрокарцинома), диаметр которых менее 5 мм.



Определение понятия carcinoma in situ и «ранний рак».

Для обозначения макроскопических форм раннего рака желудка используется классификация Японского Общества Гастроэнтерологической Эндоскопии:

- Тип 0 I - возвышающийся тип (protruded type) – 11%
- Тип 0 IIa – поверхностный приподнятый тип (superficial elevated type) – 13,3%
- Тип 0 IIb – плоский тип (flat type) – 3,0%
- Тип 0 IIc – поверхностный вдавленный тип (superficial depressed type) – 61,7%
- Тип 0 III - изъязвленный тип (excavated type) – 10,1%
- Ранний рак желудка представлен в данной классификации тремя основными типами: I тип – возвышающийся тип, II тип – поверхностный тип, который может быть поверхностным приподнятым, плоским и вдавленным, III – изъязвленный тип. Существуют также и смешанные варианты.
- Гистологическое строение раннего рака желудка: тубулярная и сосочковая аденокарцинома (хорошо, умеренно- или малодифференцированная), перстневидноклеточный и недифференцированный (анapластический) рак.



Ранний рак при хромогастроскопии.

Дифференциальную диагностику рака желудка проводят с :

- Доброкачественными эпителиальными опухолями (полипы, полипоз)
- Доброкачественными неэпителиальными опухолями
- Неопухолевыми заболеваниями (язва желудка, гастрит, кардиоспазм)



С язвой желудка

- **Анамнез:** периодичность говорит в пользу язвы, но не исключает возможность рака. Первичное возникновение язвы у больного старше 50 лет подозрительно на злокачественное новообразование.
Данные физического исследования и общие симптомы (анемия, похудание, ускоренная РОЭ) в ранних стадиях не имеют решающего значения.
- Важнейшие, но не всегда решающие **указания** дает рентгенологическое исследование.
Локализация: язвы большой кривизны подозрительны скорее на злокачественное новообразование, а на малой кривизне чаще бывают доброкачественные язвы. Множественные язвы обычно доброкачественны.
- Анацидность подозрительна на рак.
- **Доброкачественная язва** после строгого консервативного лечения (покой, питание через каждые 2 часа, щелочи и седативные средства) рентгенологически обнаруживает через 2—3 недели тенденцию к обратному развитию, злокачественное новообразование почти всегда остается без изменений.
- **При рентгенологическом выявлении язвы** двенадцатиперстной кишки стараются получить изображение язвенной ниши, что лучше всего удастся при исследовании в первом косом положении, так как дуоденальные язвы наблюдаются почти исключительно на передней и задней стенках.

Дифференциальная диагностика с полипами желудка

- ✓ форма полипов -цилиндрическая, грибовидная, шаровидная
- ✓ характер их ножки (узкая, широкая).
- ✓ Поверхность полипа чаще бывает гладкая, блестящая, реже — неровная, зернистая.
- ✓ Полип желудка может иметь дольчатое строение или состоять из множества ворсинок.
- ✓ Полип обычно более интенсивно окрашен, чем окружающая слизистая оболочка
- На возможность полиповидного рака может указывать следующая гастроскопическая картина:
 - ✓ размеры полипа более 2 см;
 - ✓ неровность и бугристость его поверхности;
 - ✓ слизистая оболочка белесоватая, иногда гиперемирована, с эрозиями и кровоизлияниями;
 - ✓ основание полипа широкое, переходящее в окружающую слизистую оболочку без видимой границы.

□ *хронический гастрит от рака желудка отличается*

- ✓ сохранностью общего состояния,
- ✓ слабо выраженным болевым синдромом,
- ✓ отсутствием быстрой прогрессирующей потери массы тела
- ✓ изменений в анализе крови (анемии, увеличенной СОЭ),
- ✓ отрицательной реакцией Грегерсена-Вебера (исследование кала на скрытую кровь),
- ✓ данными рентгенологического и фиброгастроскопические исследования.