

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	5
Глава 1. Эпидемиология рака желудка	7
Глава 2. Анатомия и физиология желудка	9
Глава 3. Этиопатогенез и особенности канцерогенеза рака желудка (совместно с М.В. Дубиной и Е.Д. Мозговым)	34
Глава 4. Патологическая анатомия рака желудка (М.Г. Рыбакова)	51
Глава 5. Классификация рака желудка (icd-o c16)	65
Глава 6. Клиническая симптоматика рака желудка	74
Глава 7. Диагностика рака желудка	88
Глава 8. Принципы стадирования рака желудка	105
Глава 9. Осложнения рака желудка	109
Глава 10. Дифференциальный диагноз	135
Глава 11. Общие принципы лечения рака желудка	143
Глава 12. Хирургическое лечение рака желудка	181
Заключение	209
Библиографический список	213

ГЛАВА 7. ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА

До настоящего времени в диагностике рака желудка совершается большое число ошибок. Это является одной из причин тревожного положения, когда из-за запоздалого диагноза у 30-40% больных оказывается невозможным радикальное лечение. Существуют, конечно, и другие причины столь высокого удельного веса неоперабельных больных среди тех, кто впервые обратился за медицинской помощью. Основными из этих причин являются:

1. Скрытое течение заболевания.
2. Недостаточно внимательное отношение к анализу имеющейся клинической симптоматики.
3. Отсутствие онкологической настороженности.
4. Поверхностные знания врачей о закономерностях развития рака желудка и способах его диагностики.
5. Пренебрежение принципами тщательного изучения анамнеза и полного обследования больного.
6. Недостаточно широкое внедрение в практику современных эффективных методов диагностики.

Врач, приступающий к обследованию больного по поводу любого заболевания или состояния, должен отчетливо понимать, что его первая задача не заключается в том, чтобы установить сразу окончательный диагноз.

Тем более, что первый приход больного к врачу, как правило, не мотивирован в отношении рака желудка. Те редкие случаи, когда больной обращается с предположениями о возможном онкологическом заболевании, чаще оказываются проявлениями канцерофобии. Поэтому врач в своем общении с больным должен исходить из широкого объема информации, постепенно извлекая из нее те данные, которые имеют отношение к реально существующим изменениям в организме больного. Свои рассуждения и выводы о диагнозе следует строить на фактах, грамотно изученных и сопоставленных с собственными знаниями, представлениями и опытом.

Одним из основных принципов диагностики онкологических заболеваний состоит в том, что врач должен при любых условиях активно выявлять его, а не ждать от больного описания типичных для заболевания жалоб и признаков. Еще и еще раз следует напомнить, что исследуется не болезнь, а пациент, у которого она может быть.

Внимательное отношение к предъявляемым больными жалобам и анамнезу в большинстве случаев позволяет заподозрить рак желудка. Беспричинная слабость, неоправданно возникающая утомляемость, апатия, снижение аппетита, неприятные ощущения после еды, симптомы «желудочного дискомфорта» должны заставить врача заподозрить рак желудка. Более определенно и убедительно в пользу этого диагноза свидетельствуют боли в эпигастриальной области, тошнота, отрыжка.

цвета, снижение массы тела. При наличии перечисленных симптомов появившаяся в рвотных массах примесь крови делает диагноз рака желудка очевидным.

Конечно, в поздних стадиях рака желудка анамнестические сведения представляются более выразительными и диагноз не вызывает больших трудностей. На первый план выходят сведения о дисфагии, развившейся желтухе, мучительной боли в эпигастриальной области и спине, кахексии. Все эти выраженные проявления свидетельствуют о запущенных формах заболевания.

7.1. ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Физикальное обследование больного в раннем периоде заболевания мало помогает в диагностике. Больные внешне выглядят здоровыми. У них сохранены нормальный цвет лица, хорошее питание и общее состояние. В сравнительно поздних стадиях осмотр больного раком желудка и другие методы традиционного обследования дают возможность выявить признаки заболевания. Должны обратить на себя внимание снижение тургора кожи, ее бледность с желтушно-землистым оттенком. Явно себя проявляет снижение массы тела. Прогрессивное похудание и расстройства пищеварения в конце концов приводят к кахексии. Но и до ее появления имеются признаки уменьшения массы подкожной клетчатки, уменьшается также мышечная масса. Мышцы выглядят атрофичными, контуры суставов подчеркнуто угловаты без характерной сглаженности и округлости. Особенно быстро эти признаки появляются у больных с локализацией рака в кардии и выходном отделе желудка, когда развиваются нарушения проходимости органа. Вследствие обезвоживания кожа теряет эластичность, становится сухой. При выраженной анемии и гипопроотеинемии развиваются обширные отеки. Перифокальный воспалительный процесс, распад опухоли и всасывание продуктов этого распада часто обуславливают стойкую лихорадку до 38-39 °С.

В ходе обследования больного имеется возможность обнаружить отдаленные метастазы рака. Наиболее часто пальпация выявляет плотный, бугристый, не спаянный с кожей, малоподвижный, безболезненный лимфатический узел в надключичной области слева (Вирховская «железа» или положительный симптом Трузье). Значительно реже подобные узлы встречаются у наружного края левой большой грудной мышцы и в левой подкрыльцовой ямке. Справа такие метастазы не выявляются. В поздних стадиях рака желудка иногда определяется плотный узел в пупке – гематогенный метастаз.

Общее состояние больного может оцениваться в широких пределах от удовлетворительного до крайне тяжелого и безнадежного. Исследовать следует все органы пищеварительной системы, так как все они на определенных этапах реагируют или непосредственно вовлекаются в опухолевый процесс. При осмотре ротовой полости, как правило, выявляются обложенность языка серо-грязным налетом и сглаженность сосочков. Ощущается неприятный запах изо рта.

Осмотр живота у истощенных людей может выявить выпячивание брюшной полости в области опухоли или в области метастаза в пупке, расширение поверхностных вен передней брюшной стенки в связи с возможными нарушениями оттока по воротной вене печени, вовлеченной в опухолевый процесс. Может обратить на себя внимание «лягушачий» живот, что свидетельствует об имеющемся асците. При осмотре живота у пациентов с дряблой и тонкой передней брюшной стенкой

опухоль может быть заметна. Она не смещается и исчезает при активных движениях с напряжением мышц передней брюшной стенки.

Умелая пальпация эпигастральной области позволяет выявить опухоль желудка размерами от 5 см и дифференцировать ее от опухоли соседних органов (поджелудочная железа, селезенка, печень, ободочная кишка). В настоящее время частота выявления опухоли при пальпации и диагностическая ценность пальпаторных данных заметно уменьшилась в связи с возможностью применения более информативных и применимых на более ранних стадиях современных методов исследования (рентгенодиагностика, эндоскопия, УЗИ, лапароскопия и др.).

Печень – наиболее часто поражаемый метастазами орган при раке желудка. Метастатические узлы в печени обычно растут очень быстро и приводят к ее значительному увеличению. При ощупывании определяется увеличенная, бугристая очень плотной консистенции, безболезненная печень. Не очень редки случаи пальпаторного выявления метастазов в печени при отсутствии клинических признаков опухолевого поражения желудка.

При поражении метастазами брюшины (карциноматоз брюшины) у больных раком желудка может появиться асцит. При значительном объеме жидкости в свободной брюшной полости окружность живота увеличена. В положении стоя живот имеет шаровидную форму с выступающей вперед или отвисающей нижней половиной. В горизонтальном положении живот как бы расплющивается, расширяясь в стороны – «лягушачий живот». Брюшная стенка напряжена, натянута. Кожа истончена, сглажена. При наличии большого количества жидкости пупок выпячивается, кожа живота чрезмерно растянута и на ее поверхности появляются белые полосы (striae).

Методично и последовательно выполняется перкуссия живота. С ее помощью можно обнаружить болезненность и притупление перкуторного звука над опухолью, достигшей больших размеров. При локализации рака в пилороантральном отделе и расширенном вследствие пилоростеноза желудке определяется тимпанит в эпигастральной области. Если опухоль распространилась на дно желудка, определяется исчезновение пространства Траубе.

При перкуссии живота обнаруживается тупой звук над отлогой или боковой его частью, свидетельствующий о наличии свободной жидкости в животе. Границы тупости перемещаются при изменении положения тела. Диагностическое значение имеет феномен флюктуации, который выявляется рукой исследующего, приложенной к брюшной стенке, при постукивании пальцами другой руки по противоположной стенке живота. Один из способов ранней диагностики асцита – определение жидкости в дугласовом пространстве при ректальном или вагинальном исследовании больных. Иногда еще до развития карциноматоза брюшины, в самых нижних отделах брюшной полости – дугласовом пространстве у женщин и прямокишечно-пузырном углублении у мужчин – развивается метастатическая опухоль, которая легко прощупывается через прямую кишку как конгломерат плотных и безболезненных узлов, частично спаянных между собой, частично лежащих отдельно, иногда образующих поперечно лежащий плотный инфильтрат. Такое метастатическое поражение носит название «метастаза Шницлера (Schnizler)».

Такого же характера метастазы могут развиваться и в яичниках. Это так называемый метастаз Крукенберга (Krukenberg), который может быть выявлен

при бимануальном влагалищном исследовании. Таким образом, исследование пищеварительной системы завершается пальцевым исследованием прямой кишки и влагалищным исследованием у женщин.

В результате первичного физикального обследования пациентов, впервые обратившихся к врачу, далеко не всегда выявляются какие-либо признаки рака. По нашим данным, при первичном обследовании больных раком желудка не обнаруживается никаких признаков заболевания у 43%.

7.2. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Результаты лабораторных исследований должны показать врачу как можно полнее и объективнее, каковы общие изменения в организме больного. Они также позволяют установить функциональные изменения печени, почек, поджелудочной железы, эндокринных и других органов. Они необходимы для того, чтобы оценить стадию опухолевого процесса, а также для того, чтобы выбрать оптимальную программу коррекции выявленных нарушений гомеостаза и недостаточных функций органов.

Исследование периферической крови может выявить весьма серьезные изменения в ее составе. Они появляются в позднем периоде заболевания у большинства больных. Прежде всего, в результате кровопотери, интоксикации и нарушения всасывания некоторых веществ и микроэлементов развивается анемия. Она может носить характер гипохромной микроцитарной железодефицитной с уменьшением значений цветного показателя ниже 0,85, низким уровнем сывороточного железа, а также с выраженным падением концентрации гемоглобина и появлением олигоцитемии с пойкилоцитозом и ядросодержащими формами.

При прогрессировании раковой интоксикации изредка развивается лейкомоидная реакция с увеличением количества лейкоцитов выше 30000, появлением миелоцитов и миелобластов. Эти изменения свидетельствуют о метастазах в костный мозг. СОЭ увеличивается с развитием анемии, метастазов и распада опухоли.

При упорной рвоте в связи с потерей хлоридов нарастает азотемия. Отмечаются также диспротеинемия, гипопропротеинемия. Нередко наблюдается гиперкоагуляция крови, что повышает риск развития тромбэмболических осложнений.

7.2.1. ОНКОМАРКЕРЫ РАКА ЖЕЛУДКА

В классическом понимании онкомаркеры – это антигены, выявляемые в опухолевой ткани и циркулирующие в крови больных онкологическими заболеваниями. В настоящее время они могут быть выявлены и идентифицированы с помощью иммунохимических и молекулярно-генетических методик.

Иммунохимические методики основаны на выявлении продуктов аномального синтеза различных белков и довольно точно характеризуют повреждение того или иного гена. Однако чувствительность иммунохимических методов в тысячи раз меньше, чем у молекулярно-генетических методов, основанных на выявлении повреждения генетического материала клетки (Карпищенко А.И. с соавт., 1999; Баранов В.С. с соавт., 2000; Белохвостов А.С., Румянцев А.Г., 2003).

Все маркеры, используемые в практической медицине, должны отвечать следующим требованиям (Белохвостов А.С., Новик А.А., 1999; Белохвостов А.С., Румянцев А.Г., 2003):

1. присутствовать или индуцироваться только в опухолевой клетке;
2. концентрация их в плазме крови или в моче должна коррелировать с размерами опухоли;
3. они должны обнаруживаться до клинического проявления опухоли или ее рецидива.

В настоящее время не существует опухолевых маркеров, полностью отвечающих перечисленным требованиям. Диагностическая значимость многих онкомаркеров, которая определяется чувствительностью и специфичностью, различна. Иммунохимические онкомаркеры соответствуют 2-му требованию, отчасти – 3-му, но не соответствуют 1-му требованию. Наиболее полно соответствуют требованиям молекулярно-генетические маркеры, удовлетворяя полностью 1-ю и 3-ю позиции, но недостаточно коррелируя с размерами опухоли (2-я позиция).

Основными целями применения иммунохимических маркеров являются мониторинг течения заболевания и оценка эффективности хирургического лечения. При этом интерес представляет именно динамика показателя, а не его единичное значение. Скорость возрастания концентрации опухолевого маркера обычно свидетельствует о прогрессировании заболевания, в частности, о метастазировании. Рецидив или метастазирование опухоли могут быть обнаружены при помощи онкомаркеров за 6 и более месяцев до появления клинической симптоматики.

Основная концепция иммунохимической диагностики основана на смене клеточного метаболизма на опухолевый в результате изменений в ключевых генах. К настоящему времени выявлены следующие основные маркеры рака желудка: СА 72,4, СА 19,9, α -фетопроtein и раковый эмбриональный антиген (Майстренко Н.А. с соавт., 2002; Posner M.R., Mayer R.J., 1994; Ychou M. et al., 2000).

Практически во всех слизеобразующих эпителиальных опухолях, в том числе в раковой опухоли желудка, обнаруживается раково-эмбриональный антиген (РЭА). Он представляет собой гликопротеин с молекулярной массой 175-200 кДа. Является опухолево-эмбриональным антигеном, который вырабатывается в тканях пищеварительного тракта эмбриона и плода. После рождения его синтез подавлен. При развитии опухолей органов желудочно-кишечного тракта концентрация РЭА в сыворотке крови повышается и достаточно точно отражает развитие опухолевого процесса (Gaspar M.J. et al., 2001; Gao Z.L. et al., 2007). Он обладает выраженной иммуногенностью. Обычно повышенное содержание раково-эмбрионального антигена определяется в высокодифференцированных опухолях, в меньшей степени – в перстневидно-клеточных и редко – в недифференцированных опухолях.

Альфа-фетопроtein (АФП) – гликопротеин с молекулярной массой 70 кДа, сходный по составу с альбумином сыворотки крови. Вырабатывается клетками печени и желудочно-кишечного тракта плода. К рождению ребенка его синтез практически полностью подавляется. Нормальная концентрация в крови составляет не более 15 нг/мл. Является неспецифическим маркером злокачественной опухоли в печени и органах желудочно-кишечного тракта (Абелев Г.И., 1993; Tsuboi S. et al., 2006).

Наиболее приемлемым маркером для мониторинга течения и эффективности терапии карциномы желудка является СА 72,4. Это муциноподобный гликопротеин с молекулярной массой 400 кДа, синтезируется в эпителиальных клетках плода. У взрослых практически не синтезируется. Верхняя граница нормы – 2,0-4,0 Ед/мл. При специфичности 95% чувствительность первичной диагностики для СА 72,4 со-

ставляет до 48%, в то время как для раково-эмбрионального антигена – до 43%, для СА 19.9 – до 41%. Чувствительность маркера СА 72.4 возрастает у пациентов с отдаленными метастазами. Сочетание СА 72.4 и РЭА позволяет достигнуть максимальной чувствительности и специфичности, в связи с чем в настоящее время для мониторинга течения и эффективности терапии рака желудка рекомендуется именно эта комбинация (Белохвостов А.С., Румянцев А.Г., 2003). В то же время существует мнение, что эти маркеры характеризуются низкой чувствительностью и специфичностью, повышаясь до диагностических значений при распространенных опухолях (Kodama I. et al., 1995). В настоящее время они не могут быть рекомендованы для рутинного использования. Однако, у лиц с исходно повышенной концентрацией их мониторинг в динамике позволяет оценить эффективность проведенного лечения и заподозрить рецидив (Paul C. Schroy, 2001).

Углеводный антиген СА 19,9 является вторым по важности маркером в диагностике рака желудка (Державец Л.А., 1999; Белохвостов А.С., Румянцев А.Г., 2003). Он представляет собой гликопротеин с молекулярной массой 10 КДа, который обнаруживается в эпителии желудочно-кишечного тракта. Четкой связи между концентрацией антигена в сыворотке крови и объемом опухолевой массы нет (Gaspar M.J. et al., 2001; Gao Z.L. et al., 2007).

Методики определения этих маркеров широко применяются в практической онкохирургии для определения объема опухолевой массы и динамики ее прироста, а также для контроля рецидива заболевания. Однако из-за особенностей появления в крови серологические маркеры для скрининговых исследований при раке желудка не используются.

Молекулярно-генетические маркеры желудка стали известны в последнее десятилетие благодаря результатам многочисленных исследований молекулярных механизмов канцерогенеза (Ming S.C., 1998; Hanaban D., Weinderg R.A., 2000; Mansfield P.F. et al., 2003; Mareel M., Leroy A., 2003; Vogelstein B., Kinzler K.W., 2004; Zheng L. et al., 2004; Vasui W. et al., 2005; Vauhonen M. et al., 2006; Tamura G., 2006; Cervantes A. et al., 2007).

Стало очевидно, что в основе рака желудка лежит целый комплекс необратимых повреждений многочисленных генов, кодирующих незаменимые для нормальной клеточной жизнедеятельности белки. В первую очередь это белки, отвечающие за регуляцию клеточного цикла, дифференцировку, контроль апоптоза, стабильность генома и репарацию ДНК. Основное внимание сконцентрировано на ключевых представителях этих категорий белков.

Изменения в метаболизме клетки могут быть связаны с возникновением патологических процессов, приводящих к неспецифическому подавлению экспрессии различных генов.

7.3. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

В течение длительного времени рентгенологическое исследование было основным методом диагностики рака желудка. До настоящего времени оно оправдывает свое применение в качестве метода диагностики и скрининга, несмотря на то что появились новые более эффективные диагностические технологии.

При обследовании желудка используются четыре основных методики рентгеноконтрастного исследования: частичное заполнение желудка бариевой взвесью;

двойное контрастирование, тугое заполнение желудка бариевой взвесью; рентгенокопия на фоне применения расслабляющих стенку желудка препаратов. К рентгенологическим симптомам рака желудка относят: экзофитный компонент в просвете органа, ригидность и утолщение стенки желудка, деформация рельефа и изъязвления слизистой оболочки, краевой или циркулярный дефект наполнения, ограничение подвижности и замедление эвакуаторной активности желудка (рис. 7.1).

Эти симптомы обычно легко выявляются, хотя в 10-14% случаев рак желудка поздних стадий не диагностируется. С внедрением техники двойного контрастирования точность рентгенологической диагностики значительно повысилась. Стало возможным детальное изучение состояния слизистой оболочки. В результате существенно увеличилась разрешающая способность этого метода в диагностике ранних форм рака желудка.

Основным рентгенологическим признаком рака желудка следует признать дефект наполнения, характер которого определяют величина и форма опухоли. Дефект наполнения при раке имеет неровные, изъеденные контуры. Локализация опухоли на передней или задней стенках желудка выявляется при легкой компрессии на переднюю брюшную стенку, в результате чего обнаруживается «симптом пелота» (рис. 7.2).

Если опухоль имеет грибовидную форму и изъязвлена, контрастное вещество обтекает ее и вокруг опухоли образуется тонкая полоска его в виде обруча (рис. 7.3). Изъязвившаяся опухоль или блюдцеобразный рак за счет попадания контраста между узлами сопровождается появлением на рентгенограмме множественных сливающихся дефектов наполнения (рис. 7.4).

Опухоль кардиального отдела желудка на рентгенограммах проявляется неровным дефектом наполнения, через который с задержкой проходит в виде извилистой полосы контраст в желудок (рис. 7.5). Пищевод при этом расширен. Характерным рентгенологическим признаком является также деформация газового пузыря желудка и деформации самого желудка в виде перегибов, изменений формы свода желудка, разворачивание угла желудка (рис. 7.6).

Схематически деформации желудка группируют следующим образом (Василенко В.Х. с соавт., 1977):

- желудок в форме рога выявляется при раке малой кривизны в области угла желудка. Часто такая форма свидетельствует об инфильтрирующем раке, распространяющемся от свода до привратника и вызывающем сужение просвета желудка;

- желудок в форме трубки наиболее типичен при раке, инфильтрирующем циркулярно антральный отдел;

- каскадный желудок (перегиб) возникает при расположении опухоли в субкардиальном отделе или верхней трети тела на заднемедиальной стенке;

- желудок в форме песочных часов наблюдаются при раке, локализующемся на середине тела.

Распространение опухолевого процесса на соседние органы вызывает ограничение подвижности желудка.

Локализация опухоли в пилорическом отделе характеризуется задержкой эвакуации контрастного вещества из желудка до 12-24 часов, сужением просвета пилорического канала, расширением желудка проксимальнее опухоли, усилением перистальтики (рис. 7.7, 7.8).

Если опухоль выходного отдела желудка не является препятствием, опорожнение желудка заметно не нарушается. Раковая инфильтрация привратника может привести к его постоянному зиянию с ускоренным опорожнением желудка, а также переполнению двенадцатиперстной кишки и проксимальных отделов тонкой кишки.

При диффузных формах рака желудок уменьшен в размерах и представлен узкой ригидной трубкой с неперистальтирующими стенками, по которой самотеком перемещается контраст (рис. 7.9).

Язвенно-инфильтративный и блюдцеобразный рак на рентгенограммах выглядит в виде ниши, сочетающейся с дефектами наполнения и ригидностью стенки или ниши с окружающим ее валом (рис. 7.10).

Применение рентгенологического метода сопровождается определенными трудностями в дифференциальной диагностике доброкачественных полипов (аденом) и раннего полиповидного рака. Количество ложноположительных диагнозов (когда устанавливается диагноз рака при его отсутствии) довольно велико, что иногда приводит к ошибочной резекции желудка. С другой стороны, во многих случаях ложноотрицательные заключения (когда диагноз не устанавливается при его наличии) становились причиной позднего диагноза и, как следствие, плохих результатов лечения. Тем не менее, рентгенологическое исследование желудка с применением двойного контрастирования остается достаточно надежным и точным диагностическим методом, особенно при распознавании небольших полиповидных образований, зон нарушения рельефа слизистой оболочки, плоских изъязвлений и небольших участков ригидности стенки желудка (рис. 7.11). Обнаружение этих признаков – показание к эндоскопическому исследованию с биопсией.

Общая чувствительность рентгенологического исследования достигает 90%. Недостатком его является низкая специфичность, невозможность верификации диагноза, низкая чувствительность (14%) при раннем раке желудка (Longo W.E. et al., 1989).

7.4. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Эндоскопическая картина рака желудка определяется формой роста и стадией опухоли. Основными эндоскопическими признаками рака являются ригидность, кровоточивость, инфильтрация, изъязвление слизистой оболочки (рис. 7.12-7.15).

По характеру макроскопической картины рака желудка, наблюдаемой при гастроскопии, выделяют несколько вариантов формы опухоли, которые условно могут быть сгруппированы в две группы: эндофитный рак и экзофитный рак.

Эндофитный рак проявляется инфильтративно-язвенной и диффузной формой. Инфильтративно-язвенная форма представляет собой изъязвление в центре инфильтративного участка слизистой оболочки желудка, дно язвы часто неровное, бугристое (рис. 7.16). Вал вокруг язвы или полностью отсутствует, или выражен незначительно и фрагментирован. На отдельных участках вал отсутствует и наблюдается инфильтрация язвы в слизистую оболочку. Последняя имеет неровную поверхность, бледно-серый или бледно-розовый цвет с многочисленными кровоизлияниями. Складки слизистой оболочки ригидные, не расправляются при раздувании желудка воздухом. Опухоли этого вида, как правило, имеют большие размеры (от 3 до 6-8 см и более). Инфильтративно-язвенный рак при эндоскопии отмечен у 21% больных.

Диффузный рак отличается отсутствием четких границ. Пораженный участок стенки желудка несколько приподнят над здоровой слизистой оболочкой, поверхность его неровная, серовато-белого цвета (рис. 7.17). Стенки желудка ригидны, не раздуваются воздухом, что затрудняет исследование. В зоне инфильтрации отсутствует перистальтика. Диффузный рак встретился у 18,7% больных.

Эндофитный рак также представлен двумя формами: полипозным раком и язвенным (блюдцеобразным) раком. Полипозный рак – четко отграниченная опухоль на широком основании (рис. 7.18). Она чаще имеет вид полушария с неровной бугристой поверхностью, на которой могут обнаруживаться некрозы и кровоизлияния. Этот вариант опухоли наблюдался у 25,4% больных.

Блюдцеобразный рак представляется в виде огромной плоской язвы с высокими и широкими краями (рис. 7.19), встретился у 34,9% больных.

Эндоскопическая картина различных форм рака желудка весьма характерна и диагностика их у большинства больных не представляет трудностей. На основании только визуальных данных диагноз возможен у 90% больных. Особенно ценной эндоскопия является в диагностике рака проксимальных отделов желудка, так как эти формы плохо выявляются при рентгенологическом исследовании. Но окончательный диагноз бывает затруднительным при некоторых формах рака – полиповидном, неинфильтрирующей язвенной форме и ограниченных инфильтративных формах. Окончательный диагноз в этих случаях устанавливается лишь при гистологическом исследовании взятых при эндоскопии биопсии.

Эндоскопия позволяет не только получить визуальные данные об опухоли, но также делает возможной ее морфологическую идентификацию, что имеет решающее значение в принятии решения об оптимальной лечебной тактике. Установление морфологического диагноза при помощи биопсии требует соблюдения ряда правил. В противном случае возможны ошибки в диагнозе.

Показаниями к эндоскопии с прицельной биопсией являются все заболевания желудка, при которых необходимо исключить злокачественный процесс. Противопоказания могут быть абсолютными и относительными. К абсолютным относятся: общее тяжелое состояние больного (шок, кома, инфаркт миокарда, инсульт); сердечная, легочная недостаточность, гемофилия, резкое сужение пищевода, выраженные деформации шейного и грудного отделов пищевода. Относительными противопоказаниями следует считать: варикозное расширение вен пищевода и кардии; зоб больших размеров, острые воспалительные заболевания глотки, гортани и средостения, стенокардия, острый период в клиническом течении гастродуоденальной язвы или гастрита. Необходима подготовка к проведению эндоскопии. Эта подготовка должна включать психологическую подготовку, обезболивание. За 30 минут до исследования необходимо подкожно ввести 1,0 мл 0,1% раствора атропина, а непосредственно перед исследованием орошают слизистую оболочку глотки дикаином.

Важным является выбор места для взятия биопсии. При язвенной форме рака наиболее информативны данные морфологического исследования биоптатов, взятых из валика, окружающего язву и в центре ее кратера, в области отторгающихся некротических тканей необходим множественный забор биопсийного материала, ибо могут быть взяты для исследования детрит, некротические ткани, ткани, не содержащие злокачественных клеток. Необходимость проведения многофокусной

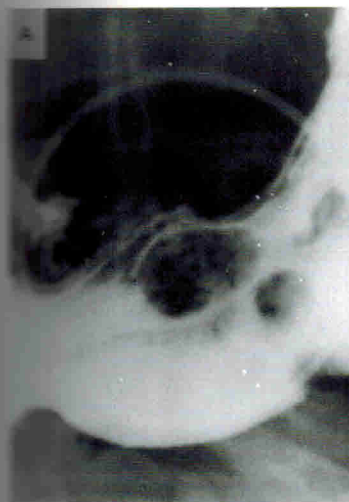


Рис. 7.1. Рентгенограмма желудка. Симптом «Дефект наполнения».
А) Локальный дефект наполнения **Б)** Циркулярный дефект наполнения

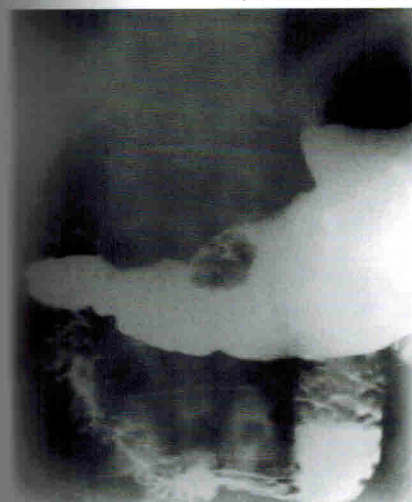


Рис. 7.2. Рентгенограмма желудка.
 Дефект наполнения по типу симптома пелота.

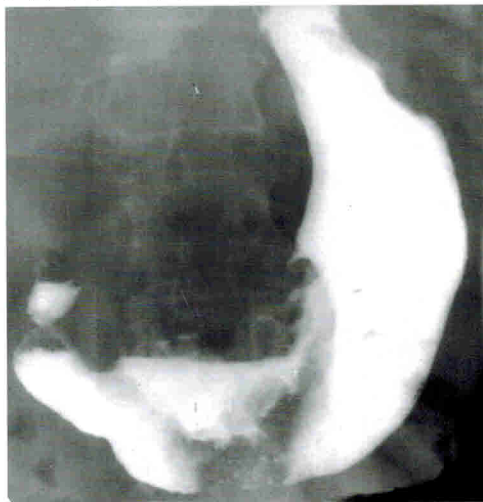


Рис. 7.3. Рентгенограмма желудка.
 Множественные дефекты наполнения.



Рис. 7.4. Рентгенограмма желудка.
 Рак кардиального отдела желудка. Сужение просвета.

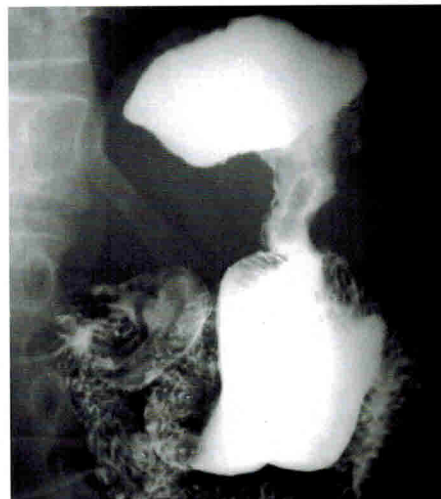


Рис. 7.5. Рентгенограмма желудка.
 Рак кардиального отдела желудка.
 Деформация желудка и газового пузыря.