

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ  
6-7 КУРСА И УРОЛОГИИ**

**«Осложнения язвенной болезни желудка и 12 перстной  
кишки. Пенетрация. Малигнизация.»**

Понятие о пенетрации, стадии. Клиника, диагностика, лечение.

Понятие о малигнизации. Предраковые заболевания. Рак желудка.

Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

*МЕТОДИЧЕСКАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ  
ДЛЯ АССИСТЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ КАФЕДР*

**Андижан - 2005 г.**

**«УТВЕРЖДАЮ»**

*Заведующий кафедрой хирургических болезней 6-7 курса с курсом урологии, анестезиологии и реаниматологии*  
*проф: \_\_\_\_\_ Нишанов Ф.Н.*

## **РЕГЛАМЕНТ**

учебного времени кафедры  
хирургических болезней 6-7 курса.

	<b>Продолжительность, мин</b>	<b>Время</b>
1. Переключка.	5	8 <sup>00</sup> - 8 <sup>05</sup>
2. Проверка готовности студентов к теоретической части занятия.	120	8 <sup>05</sup> - 10 <sup>35</sup>
3. Перерыв.	10	8 <sup>50</sup> - 9 <sup>00</sup>
	10	9 <sup>45</sup> - 9 <sup>55</sup>
	10	10 <sup>25</sup> - 10 <sup>35</sup>
4. Осмотр больных по теме занятия. Самостоятельная курация больных. Интерпретация клинических симптомов.	45	10 <sup>35</sup> - 11 <sup>20</sup>
5. Обеденный перерыв.	40	11 <sup>20</sup> - 12 <sup>00</sup>
6. Семинарское занятие. Разбор теоретических вопросов, ситуационных задач, тестов.	90	12 <sup>00</sup> - 13 <sup>30</sup>
7. Перерыв	10	12 <sup>45</sup> - 12 <sup>55</sup>
	10	13 <sup>30</sup> - 13 <sup>40</sup>
8. Разбор практических навыков.	55	13 <sup>40</sup> - 14 <sup>35</sup>

## **ОБЩИЕ ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ**

### **ОЦЕНКА ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ**

До прихода на кафедру студенты должны переписать полную тематику занятий предстоящего цикла и приходить на каждое занятие подготовленными.

На теоретическом занятии ассистент обязан опросить каждого студента по заданной теме и выставить оценку по рейтинговой системе. Студенту задаются вопросы по теме занятия, если ответ студента не удовлетворяют преподавателя,

он может задавать дополнительные вопросы.

За каждое занятие максимальный балл составляет 100; в том числе:

№	Успеваемость и баллы	Оценка	Качество оценки	Степень готовности
1	91 – 100	Отлично «5»	Анализирует, использует, понимает и знает.	4-степень: степень изобретательности.
2	86 – 90	Очень хорошо «5»	Анализирует, использует, понимает и знает.	3-степень: степень знания и опыта.
3	71 – 85	Хорошо «4»	Использует, понимает и знает.	3-степень: степень знания и опыта.
4	65 – 70	Полный удовлетворительный «3»	Знает, понимает	2-степень: степень успеваемости.
5	55 – 64	Удовлетворительный т.е. выполняет минимальные требования «3»	Знает.	1-степень: степень представления.
6	54 – 41	Не удовлетворительный, требует дополнительной работы «2»	Плохо знает	0-степень: степень слабого представления.
7	40 – 30	Не удовлетворительный, требует много дополнительной работы «!»	Не знает.	0-степень: не имеет представления.
8	30	«0»	Балл посещаемости	0-степень.

### **КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ СТУДЕНТАМИ** (самостоятельная работа студентов).

Студенты во время курации выясняют жалобы, анамнез и проводят объективное обследование больного, работают с историей болезни больного.

Данные больного записываются студентами в журнал субординатора.

Ассистент обходит своих студентов во время курации, корректирует физикальное обследование больного, отвечает на возникшие вопросы, представляет студентам новые анализы, курируемых ими больных, обеспечивает их тонометром, термометром и визирует записи студентов в журнале субординатора.

## **ПРОВЕДЕНИЕ СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ**

Каждое семинарское занятие кто-нибудь из студентов готовит доклад по теме занятия на этот день (темы докладов ассистент заранее распределяет между студентами).

Доклад студента должен содержать обширную информацию по данной теме, он должен включать новые данные о диагностике и лечении заболеваний, взятые из современных литературных источников, Интернета и т.д.

После выслушивания доклада студенты должны задать докладчику вопросы, касающиеся разбираемой темы. Ассистент может корректировать вопросы и ответы студентов. В оставшееся время студенты должны решать тематические тесты и ситуационные задачи.

Занятие проводится в форме беседы. Основная цель семинарского занятия - закрепление теоретического материала.

## **РАЗБОР ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ**

Преподаватель объясняет студентам методику выполнения практических манипуляций у хирургических больных. Используются хирургические инструменты, зонды, катетеры и другие наглядные пособия. Методику инструментальных манипуляций можно объяснять на больном, которому показана эта процедура или схематично на рисунках, слайдах или таблицах; также могут быть использованы видеоматериалы.

## **НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ**

Таблицы, схемы, слайды, цветные рисунки, компьютерные программы, научные статьи, рентгенограммы.

## **ТЕМА ЗАНЯТИЯ:**

**«Осложнения язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки.**

### **Пенетрация. Малигнизация.**

*Понятие о пенетрации, стадии. Клиника, диагностика, лечение.*

*Понятие о малигнизации. Предраковые заболевания. Рак желудка.*

*Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.*

#### ***Цель занятия:***

Изучить осложнения язвенной болезни – пенетрация и малигнизация.

#### ***Что ДОЛЖЕН ЗНАТЬ студент:***

1. Понятие о пенетрации, стадии.
2. Клинику, диагностику, лечение пенетрирующих язв.
3. Показания и противопоказания к хирургическому лечению осложненной пенетрацией язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
4. Понятие о малигнизации. Предраковые заболевания.
5. Рак желудка. Понятие, этиопатогенез.
6. Классификацию рака желудка.
7. Симптомы и течение рака желудка.
8. Методы исследования.
9. Показания и противопоказания к хирургическому лечению рака желудка.

#### ***Изучив тему, студент ДОЛЖЕН УМЕТЬ:***

1. Правильно проводить опрос больных язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки осложненной пенетрацией и малигнизацией.
2. Проводить объективное обследование больных.
3. Анализировать данные рентгенологических и эндоскопических методов.
4. Назначить план дополнительного обследования больных
5. На основании полученных данных о больном сформулировать клинический диагноз.

6. Проводить дифференциальную диагностику.
7. Определить тактику и объем лечебных мероприятий.
8. Вести послеоперационный период.

### ***Контрольные вопросы:***

1. Понятие о пенетрации, стадии.
2. Клиническая картина пенетрации язвы в соседние органы.
3. Показания к хирургическому лечению осложненной пенетрацией язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
4. Понятие о малигнизации. Предраковые заболевания.
5. Рак желудка. Понятие, этиопатогенез.
6. Классификацию рака желудка.
7. Симптомы и течение рака желудка.
8. Методы исследования.
9. Показания и противопоказания к хирургическому лечению рака желудка.

## **ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

### **Пенетрация язвы**

Пенетрация язвы — осложнение язвенной болезни в виде распространения деструктивного процесса из стенки желудка или двенадцатиперстной кишки в толщу соседнего органа — печени, поджелудочной железы, сальника.

Наиболее часто пенетрация язвы происходит в малый сальник, головку поджелудочной железы, печеночно-двенадцатиперстную связку. Возможна пенетрация язвы в печень, желчный пузырь, поперечную ободочную кишку с образованием внутреннего свища и в брыжейку поперечной ободочной кишки.

Клиническая картина и диагностика. Появление болей в спине или болей опоясывающего характера наблюдается при пенетрации язвы в поджелудочную железу. Для пенетрирующей язвы тела желудка характерны иррадиация болей в левую половину грудной клетки, область сердца. При пенетрации язвы в головку поджелудочной железы, печеночно-двенадцатиперстную связку может развиваться обтурационная желтуха. Рентге-

нологическим признаком пенетрации язвы является наличие глубокой ниши в желудке или двенадцатиперстной кишке, выходящей за пределы органа.

Лечение. Консервативное противоязвенное лечение при пенетрирующих язвах неэффективно. Пенетрирующая язва является показанием к хирургическому лечению — ваготомии — при язве двенадцатиперстной кишки или резекции желудка с удалением язвы или с оставлением ее дна на органе, в который она пенетрировала.

## **ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Опухоли могут возникать из всех слоев стенки желудка. По происхождению их разделяют на эпителиальные и неэпителиальные. Каждую из этих групп подразделяют на доброкачественные и злокачественные. Из злокачественных опухолей наиболее часто наблюдается рак желудка (98%). Более 20% всех доброкачественных опухолей пищеварительного тракта локализуются в желудке.

### **Опухоли желудка**

Полипы и полипоз желудка

Наиболее часто полипы локализуются в желудке, затем в прямой и ободочной кишке, реже в пищеводе, двенадцатиперстной и тонкой кишке. Различают железистые, или аденоматозные, полипы, гиперпластические, или гиперрегенераторные, и воспалительно-фиброматозные полипы. К настоящим опухолям относят аденоматозные (0,5%) и пограничные (7%) полипы, к опухолеподобным образованиям — гиперпластический (90%) и воспалительно-фиброматозный (около 3%) полипы.

Полипы локализуются преимущественно в пилорическом отделе, реже — в теле и еще реже — в проксимальном отделе желудка. Диаметр полипов варьирует от нескольких миллиметров до 5 см. По форме они могут быть шаровидными, овальными, реже сочкообразными, грибовидными, в виде цветной капусты. Опухоль свисает на ножке в просвет желудка или расположена на широком основании.

Различают одиночный полип, множественные полипы и полипоз желудка. О полипозе говорят в случаях, когда их невозможно сосчитать.

В механизме развития полипов решающее значение отводят нарушению регенераторного процесса в слизистой оболочке.

Аденоматозный полип относят к предраковому заболеванию желудка. Гиперпластические полипы представляют начальную стадию аденом, возникновение в них рака тоже возможно. Наиболее вероятна малигнизация полипа больших размеров. Малигнизация полипов тела и кардии желудка происходит чаще (62,4%), чем малигнизация полипов, локализующихся в его антральном отделе (35,5%).

Клиническая картина и диагностика. Полипы могут существовать бессимптомно или проявляться признаками атрофического гастрита, на фоне которого они возникли. Боль ноющего характера возникает сразу после приема пищи или через 1,5—3 ч. Аппетит понижен. Наблюдается отрыжка, неустойчивый стул. Слабость, головокружение могут быть обусловлены анемией, развивающейся вследствие ахилии или хронической кровопотери при изъязвлении полипа. Иногда изъязвившиеся полипы дают массивное кровотечение, проявляющееся рвотой с примесью крови.

Повышение температуры тела возможно при инфицировании полипа в результате его некроза и изъязвления.

Симптомы нарушения эвакуации из желудка могут возникать при больших полипах, локализующихся вблизи привратника. Иногда наблюдается пролабирование полипа в двенадцатиперстную кишку и его ущемление. Это вызывает сильную боль схваткообразного характера, сопровождающуюся рвотой желудочным содержимым без примеси желчи.

При таком осложнении, являющемся разновидностью острой высокой тонкокишечной непроходимости, показана экстренная операция.

Обтурация двенадцатиперстной кишки выпавшим из желудка полипом может иметь интермиттирующий характер.

При рентгенологическом исследовании желудка выявляют дефект наполнения округлой или овальной формы с четкими ровными контурами. Смещаемость дефекта наполнения наблюдается в тех случаях, когда полип имеет ножку. При ворсинчатой опухоли (полипе) дефект наполнения имеет изъеденные расплывчатые контуры. При полипозе желудка выявляют множественные дефекты наполнения различной величины округлой или овальной формы с четкими контурами.

Для точной диагностики полипов необходима гастроскопия с биопсией. Для этого берут несколько кусочков ткани, а при неясной картине, при аденоматозных полипах для исследования удаляют весь полип, как при полипах толстой кишки.

Подозрение на злокачественный характер роста вызывают крупные полипы на широком основании, неровность и изъязвление поверхности, инфильтрация слизистой оболочки вокруг ножки полипа.

Окончательный диагноз возможен только после электроэксцизии, проведения цитологического и гистологического исследования.

Лечение. Аденоматозный полип независимо от его величины и локализации удаляют путем эндоскопической электроэксцизии. Если при гистологическом исследовании удаленного полипа выявлена его малигнизация, то показана радикальная резекция желудка, как при раке.

При распространенном полипозе желудка показана резекция или гастрэктомия в пределах здоровой ткани. При гиперпластических полипах ограничиваются удалением их через эндоскоп с последующим повторным контролем.

### **Рак желудка**

Рак желудка представляет собой злокачественную опухоль из клеток эпителия слизистой оболочки. По частоте он занимает второе – третье место среди злокачественных опухолей. По не совсем понятной причине частота рака желудка уменьшается, наиболее часто заболевают лица в возрасте 50—70 лет. Мужчины заболевают чаще, чем женщины (соотношение 3:2).

Этиология. Причины заболевания малоизвестны. Рак желудка часто возникает на фоне хронического атрофического гастрита, гиперпластических, аденоматозных полипов желудка, полипоза его. Недостаточно изучена истинная роль в возникновении рака особенностей питания, наследственности, конституции пациента.

К факторам риска относятся:

- 1) предраковые заболевания желудка (хронический гастрит, хроническая язва желудка, полипы желудка); хронический гастрит культи желудка у оперированных по поводу язвенной болезни желудка через 5 лет и более после резекции желудка;
- 2) наличие среди близких родственников больных раком;

3) группа крови A(II) резус-отрицательная;

4) действие профессиональных вредностей (химическое производство).

Патологоанатомическая картина. Рак желудка чаще локализуется в антральном отделе и теле желудка на малой кривизне (до 70%), в области кардии (около 20%), редко в области дна желудка (1%) и на большой кривизне (1%).

Внутриорганный распространение рака желудка происходит по типу инфильтрации, преимущественно по направлению к кардии. Распространение за пределы привратника на двенадцатиперстную кишку происходит реже по лимфатическим сосудам подслизистой основы и мышечного слоя. Проникая через все слои стенки желудка, опухоль может прорасти в соседние ткани и органы.

Ниже представлена классификация ВОЗ (1977).

1 Аденокарциномы папиллярные, тубулярные муцинозные (слизистые), перстневидно-клеточные

2 Ороговевающие аденокарциномы (аденосквамозные)

3 Плоскоклеточные

4 Недифференцированные карциномы

5 Неклассифицируемые карциномы

По микроскопической картине все раки желудка разделяют на две основные группы: дифференцированные и недифференцированные. Недифференцированные раки характеризуются большей злокачественностью, чем дифференцированные.

В клиническом, особенно прогностическом, отношении важной является более простая классификация рака по Лорену, согласно которой выделяют интестинальную (кишечную) и диффузную формы рака желудка. Для интестинальной формы характерно железистое строение опухоли и четкое ее отграничение от окружающих тканей. Рак желудка этого типа часто возникает на фоне кишечной метаплазии. Диффузная форма характеризуется диффузным ростом, плохо отграничена от окружающих тканей и быстро метастазирует. Диффузные карциномы неблагоприятны в прогностическом отношении.

Метастазирование рака желудка происходит лимфогенным путем — в ближайшие и отдаленные регионарные лимфатические узлы; гематогенным — преимущественно в печень, легкие и другие органы; имплантационным путем по поверхности брюшины.

Рак желудка метастазирует преимущественно лимфогенным путем.

Лимфатическая система желудка образована лимфатическими капиллярами слизистой оболочки, сплетениями лимфатических сосудов (подслизистым, межмышечным, серозно-подсерозным). В соответствии с путями лимфооттока поверхность желудка разделена на территории, связанные с лимфатическими узлами, расположенными вдоль его сосудов. Согласно схеме А. В. Мельникова, выделяют четыре бассейна оттока лимфы от желудка:

- I бассейн собирает лимфу от пилороантрального отдела, прилежащего к большой кривизне,
- II бассейн собирает лимфу от пилороантрального отдела, прилежащего к малой кривизне, и от части тела желудка,
- III бассейн (самый большой) собирает лимфу от тела желудка и малой кривизны, прилежащих отделов передней и задней стенок, кардии, медиальной части свода и абдоминального отдела пищевода,
- IV бассейн собирает лимфу от вертикальной части большой кривизны желудка, прилежащих к ней передней и задней стенок, значительной части свода желудка

При блокаде отводящих лимфатических путей метастазами рака возникает ретроградный ток лимфы по лимфатическим сосудам круглой связки печени и метастазы появляются в области пупка, в лимфатических узлах надключичной области (вирховский метастаз), возникает ретроградное отдаленное метастазирование в яичники (опухоль Крукенберга).

Во внутренние органы метастазы рака попадают гематогенным путем (через систему воротной вены) или лимфогематогенным путем через грудной проток, впадающий в венозное русло. Гематогенные метастазы чаще определяются в печени, значительно реже в легких, плевре, надпочечниках, костях, почках.

Имплантационные метастазы возникают при контактном переносе опухолевых клеток. Раковые клетки сначала заполняют субсерозные лимфатические пути и из них проникают в свободную брюшную полость. При имплантации клеток на брюшине возникает ее канцероматоз. Опускаясь в малый таз, раковые клетки образуют метастазы в яич-

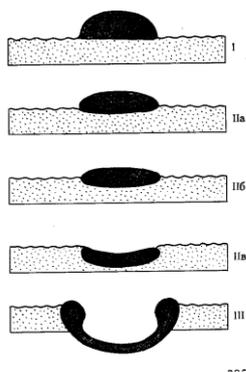
никах, в прямокишечно-пузырной (у мужчин) и в пузырно-влагалищной (у женщин) складках (метастазы Шнитцлера).

Классификация форм и характера роста рака весьма разнообразна. Различают следующие формы рака: микрокарциномы, при которых поражается только слизистая оболочка и подслизистая основа, опухоль не проникает за пределы *lamina muscularis mucosae* (мышечной пластинки слизистой оболочки); и макрокарциномы, прорастающие глубокие слои стенки желудка.

Ранние формы рака могут быть диаметром от 5—6 мм до нескольких сантиметров. Разрастание раковых клеток только в пределах эпителия слизистой оболочки (интраэпителиальный рак) без признаков инфильтративного роста называют *carcinoma in situ*. Его отличают от поверхностного рака *in situ*, при котором имеется прорастание в подслизистую основу, не проникающее за пределы мышечной основы слизистой оболочки желудка. К поверхностному раннему раку относят также опухоли, которые поражают слизистую оболочку, подслизистую основу и *lamina muscularis mucosae*, но не поражают мышечную оболочку желудка.

Эндоскопическая классификация ранних форм рака желудка (по данным японского общества эндоскопистов) выделяет три типа раннего рака: I — взбухающий; II — поверхностный; III — язвенный (рис.1).

Взбухающий тип: опухоль выступает над окружающей поверхностью слизистой оболочки более чем на 5 мм; поверхностный тип подразделяют на три формы: а) приподнятый: опухоль выступает до 5 мм над окружающей поверхностью слизистой оболочки; б) плоский: опухоль в виде эрозии находится на уровне окружающей поверхности слизистой оболочки; в) вогнутый: опухоль углубляется в виде язвы ниже уровня слизистой оболочки до 5 мм; подрытый, язвенный тип характеризуется углублением более чем на 5 мм.



**Рис. 92. Эндоскопическая классификация ранних форм рака желудка I-выбухающий тип, II- поверхностный тип а- приподнятый, б- плоский, в-вогнутый, III- подрытый (язвенный) тип**

Для характеристики типа роста опухоли применяют классификацию Бормана, в соответствии с которой различают четыре типа роста опухоли.

I. Полипозный — хорошо отграниченный с относительно благоприятным прогнозом, встречается в 5% случаев.

II. Язвенный — с блюдцеобразно приподнятыми краями и менее экспансивным ростом, составляет 35% всех заболеваний раком желудка.

III. Инфильтративно-язвенный с проращением глубоких слоев стенки без четкого отграничения от здоровых тканей и ранним метастазированием, 50%.

IV. Скиррозная диффузно-инфильтративная опухоль, которая часто оставляет интактным поверхностный слой слизистой оболочки (растет в подслизистой основе), поэтому ее трудно распознать при гастроскопии, составляет 10% заболеваний раком желудка; прогноз неблагоприятный.

Классификация рака желудка по стадиям в соответствии с международной системой TNM позволяет сравнивать результаты лечения в соответствии с одинаковым подходом к определению стадий. Эта классификация предложена ВОЗ в 1959 г.

Международная классификация рака желудка по системе TNM

**T — первичная опухоль.**

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

T0 — первичная опухоль не определяется.

T — преинвазивная карцинома: интраэпителиальная опухоль без инвазии слизистой

облочка (carcinoma in situ).

T1 — опухоль инфильтрирует стенку желудка до подслизистой основы.

T2 — опухоль инфильтрирует стенку желудка до субсерозной оболочки.

T3 — опухоль прорастает серозную оболочку (висцеральную брюшину) без инвазии в соседние структуры.

T4 — опухоль распространяется на соседние структуры.

Примечания. 1. Опухоль может прорасти мышечный слой, поражая желудочно-ободочную и желудочно-печеночную связки, либо большой или малый сальник без перфорации висцеральной брюшины, покрывающей эти структуры. В этом случае опухоль классифицируется как T2. Если имеется перфорация висцеральной брюшины, покрывающей связки желудка или сальника, то опухоль классифицируется как T3.

2. Соседними структурами желудка являются селезенка, поперечная ободочная кишка, печень, диафрагма, поджелудочная железа, брюшная стенка, надпочечники, почки, тонкая кишка, забрюшинное пространство.

3. Внутристеночное распространение на двенадцатиперстную кишку и пищевод классифицируется по наибольшей глубине инвазии при всех локализациях, включая желудок. N — регионарные лимфатические узлы.

Регионарными являются лимфатические узлы, расположенные вдоль малой и большой кривизны, а также вдоль левой желудочной артерии, общей печеночной, селезеночной и чревной артерии.

Поражение других внутрибрюшинных лимфатических узлов классифицируется как отдаленные метастазы.

NX — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.

N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 — имеются метастазы в желудочных лимфатических узлах не далее 3 см от края первичной опухоли.

N2 — имеются метастазы в желудочные лимфатические узлы на расстоянии более 3 см от края первичной опухоли или в лимфатических узлах, располагающихся вдоль левой желудочной, общей печеночной, селезеночной или чревной артерии.

М — отдаленные метастазы.

МХ — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

М0 — нет признаков отдаленных метастазов.

М1 — имеются отдаленные метастазы.

Клиническая картина и диагностика. Клинических признаков, характерных для начального (доклинического) рака желудка, не существует. Он может протекать бессимптомно или проявляться признаками предракового заболевания, на фоне которого он развивается.

Ранняя диагностика рака в доклинической стадии (ранний рак) возможна при массовом эндоскопическом обследовании населения. Гастроскопия позволяет обнаружить изменения на слизистой оболочке желудка менее 0,5 см в диаметре и взять биопсию для верификации диагноза.

Введение ежегодного эндоскопического обследования пациентов в некоторых медицинских учреждениях позволило увеличить диагностику рака I—II стадии с 25% при рентгенологическом обследовании до 74%.

Люди, относящиеся к группе повышенного онкологического риска, должны систематически проходить диспансерное обследование с применением рентгенологического, эндоскопического и гистологического методов исследования.

Клинические проявления рака желудка многообразны. Они зависят от предраковых заболеваний; локализации опухоли, формы ее роста, гистологической структуры, стадии распространения и развития осложнений.

У ряда больных имеется многолетний анамнез хронического гастрита, хронической язвы желудка, у других длительность заболевания составляет несколько месяцев.

Симптомы, которые могут быть выявлены при расспросе больного, можно условно разделить на местные и общие. К местным относят симптомы «желудочного дискомфорта»: отсутствие физиологического удовлетворения от насыщения, ощущение тупой боли давящего характера, чувства переполнения и распираания в эпигастральной области; снижение или отсутствие аппетита, отказ от некоторых видов пищи (мясо, рыба).

Болевой синдром при первично-язвенной форме рака может иметь сходство с таковым, наблюдаемым при язвенной болезни.

При раке, возникшем на фоне хронической язвы, исчезает суточный ритм появления боли, она становится постоянной и менее интенсивной, иногда на фоне постоянной боли сохраняется суточный ритм ее усиления, связанный с приемом пищи.

Иррадиация боли в спину свидетельствует о возможном прорастании опухоли в поджелудочную железу.

Диспепсические явления разнообразны: потеря аппетита, извращение аппетита, отрыжки, неприятный вкус во рту, саливация, тошнота, рвота.

Общими симптомами рака желудка являются слабость, похудание, вялость, адинамия, быстрая утомляемость от привычной работы и понижение интереса ней (у 90%); депрессия, анемия, связанные с опухолевой интоксикацией. Иногда анемия является первым признаком заболевания. Развитие железодефицитной анемии связано с ахилией, ведущей к нарушению всасывания железа, и с хронической кровопотерей из опухоли.

Повышение температуры тела от субфебрильной до высокой наблюдается при запущенных формах рака. Причинами лихорадки служат инфицирование опухоли, развитие воспалительных процессов вне желудка в области метастазов.

В ранних стадиях заболевания внешний вид больного не изменяется. Бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек появляется при анемии. Пастозность кожи, иногда отеки в сочетании с анемией наблюдаются при хронических кровопотерях. Сухость кожи, складчатый рисунок ее, исчезновение подкожной жировой клетчатки свидетельствуют о серьезных нарушениях водного баланса, значительной потере массы тела.

При осмотре живота могут быть обнаружены неравномерное вздутие в верхней половине, перистальтические сокращения желудка при стенозе выхода из желудка. Увеличение размеров живота с распластанными боковыми отделами может быть признаком асцита.

Для выявления асцита, кроме перкуссии живота в различных положениях больного (на спине, на боках и в положении стоя), пользуются методом ундуляции, УЗИ.

При поверхностной пальпации живота наличие ригидности мышц брюшной стенки и болезненности может свидетельствовать о распространении опухоли за пределы желудка, о карциноматозе брюшины. Чтобы выявить опухоль, пальпацию живота надо прово-

дить в различных положениях больного: на спине, на правом и левом боку, в положении стоя с наклоном туловища вперед. Пальпация живота в положении больного на правом боку облегчает выявление опухоли тела желудка, скрывающейся в левом подреберье, а в положении больного на левом боку можно легче определить опухоль пилорического отдела. Проксимальный отдел желудка становится более доступным пальпации в положении больного стоя. При пальпации печени определяют ее поверхность и края (бугристая поверхность, неровный край являются признаками метастазов в печени).

Для выявления отдаленных метастазов проводят пальпацию в области пупка, лимфатических узлов в надключичных областях и между ножками грудино-ключично-сосцевидных мышц, исследование *per rectum* и у женщин — *per vaginum*.

Симптоматика рака желудка в значительной степени зависит от локализации опухоли.

*Рак пилорического отдела желудка* при стенозировании выхода из желудка проявляется признаками нарушения эвакуации. Чувство тяжести, полноты, распирания в эпигастрии после еды, отрыжка пищей в начале заболевания непостоянны. Иногда возникает рвота недавно съеденной пищей.

По мере роста опухоли, стенозирующей просвет выхода из желудка, возникает постоянное чувство тяжести и распирающая боль в эпигастрии. Часто возникает рвота съеденной пищей, после которой наступает временное облегчение. В дальнейшем накапливающиеся в желудке пищевые массы подвергаются брожению, появляется дурно пахнущая отрыжка. Рвота возникает ежедневно несколько раз в день. Наступает обезвоживание, больные прогрессивно худеют.

При рентгенологическом исследовании выявляют сужение выходного отдела желудка. Гастрэктазия не успевает развиваться. При экзо-фитно растущей опухоли в пилорическом отделе желудка выявляют большой дефект наполнения с депо бария в нем. При диффузном раке пилорического отдела инфильтрация привратникового сфинктера может вызвать зияние привратника. В этих случаях принятая пища как бы проваливается из желудка в двенадцатиперстную кишку, больные испытывают постоянно чувство голода, стараются часто есть. Несмотря на повышенный аппетит, наблюдается прогрессирующее похудание, нарастание слабости (булимическая форма рака желудка).

*Рак кардинального отдела желудка* сопровождается болью в эпигастральной области под мечевидным отростком, нередко иррадиирующей в область сердца. По мере распространения опухоли на кардиальное кольцо появляются признаки дисфагии: в начале заблевания при глотании грубой или мясной пищи нерегулярно появляется ощущение неловкости за грудиной. При покашливании и питье воды это ощущение исчезает. По мере увеличения сужения пищевода опухолью дисфагия становится стойкой, затруднено прохождение не только твердой, но и жидкой пищи. При расширении пищевода над опухолью, застое пищи в пищеводе появляются чувство давления за грудиной, слюнотечение, срыгивания пищей. В связи с невозможностью принимать пищу из-за непроходимости входа в желудок больные быстро истощаются. При рентгенологическом исследовании определяют дефект наполнения в кардиальном отделе желудка.

*Рак тела желудка*, передней и задней стенок, большой кривизны, свода желудка длительное время протекает бессимптомно, так как опухоль не препятствует прохождению пищи. У больных преобладают общие симптомы: слабость, быстрая утомляемость, похудание, анемия, потеря аппетита, отрыжка, рвота. На рентгенограммах выявляют большой дефект наполнения с депо бария. При локализации рака в области дна желудка первым проявлением может быть боль типа стенокардии или межреберной невралгии (прорастание опухоли в диафрагму и париетальную плевру).

Вздутие живота, урчание, задержка стула бывают обусловлены прорастанием опухоли большой кривизны желудка в поперечную ободочную кишку и сужением ее просвета.

При тотальном поражении желудка размеры его уменьшаются, просвет сужается. В результате уменьшения емкости желудка больные после приема небольшого объема пищи испытывают чувство насыщения и тяжести в эпигастрии. На рентгенограммах выявляют сужение тела и антрального отдела желудка.

Итак, опухоли, растущие экзофитно, проявляются в основном общими симптомами (слабость, утомляемость, анемия, снижение работоспособности). Эндрфитно растущие опухоли, локализующиеся чаще в пилорическом отделе желудка, проявляются желудочным дискомфортом, болями в эпигастрии, рвотой и дисфагией (при распространении опухоли на пищеводно-желудочный переход). Протекают они наиболее злокачественно по сравнению с экзофитно растущими раками желудка.

В анализах крови выявляют снижение содержания гемоглобина и количества эритроцитов, увеличение СОЭ. При исследовании желудочной секреции чаще определяют ахлоргидрию, однако кислотность желудочного сока может быть нормальной и даже повышенной. Пробы на скрытую кровь в кале положительные.

Рентгенодиагностика рака желудка до настоящего времени занимает ведущее место наряду с гастроскопией. Оба эти метода дополняют друг друга.

Рентгенодиагностика ранних форм рака разработана в соответствии с классификацией, основанной на данных эндоскопического исследования (табл. 5). Инфильтративные формы рака желудка характеризуются ригидностью стенок, выступающие — дефектом наполнения, язвенные — нишей.

Основными рентгенологическими признаками рака желудка являются дефект наполнения, ниша в дефекте наполнения, деформация контуров, сужение просвета органа, ригидность стенки и отсутствие перистальтики в зоне поражения, разрушение рельефа слизистой оболочки. Дефект наполнения характерен для экзофитной формы рака, деформация и сужение просвета желудка — для эндофитной формы роста опухоли, инфильтрирующей стенку; пораженный участок не перистальтирует. Рельеф слизистой оболочки на месте поражения теряет складчатость, становится бесформенным (так называемый злокачественный рельеф), при разрушении складок выявляют симптомы обрыва складок

Таблица 5. Рентгенологические признаки ранних форм рака желудка

<b>Типы раннего рака (по данным эндоскопии)</b>	<b>Рентгенологические признаки</b>
I — взбухающий	Дефект наполнения в виде полипа
IIa — поверхностно-приподнятый	Незначительное взбухание на фоне слизистой оболочки
IIб — поверхностно-плоский	Эрозия до 2—3 см в диаметре или больше; иногда вид бляшки
IIв — поверхностно-вогнутый	Небольшое углубление на фоне гипертрофии слизистой оболочки
III — язвенный	Рентгенологическая картина язвы, нарушение сокращения стенки, отсутствие конвергенции складок слизистой оболочки к дефекту

Дифференциальный диагноз между доброкачественным и злокачественным характером опухоли на основе рентгенологических данных не всегда возможно провести. В этих случаях применяют гастроскопию с прицельной биопсией.

Для выявления отдаленных метастазов наряду с общеклиническим обследованием используют ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерную томографию, лапароскопию с прицельной биопсией.

Лечение. Хирургическое лечение: рак желудка является абсолютным показанием к операции в случае технической возможности удаления опухоли. Радикальная операция в настоящее время включает резекцию желудка в пределах здоровых тканей единым блоком с большим и малым сальниками и одновременное расширенное удаление регионарных лимфатических узлов. При прорастании опухоли в соседние органы (селезенка, поперечная ободочная кишка, поджелудочная железа, левая доля печени) желудок удаляют единым блоком с пораженной частью органа или целым органом (селезенка).

Паллиативные операции, при которых часть опухоли или видимых метастазов ее удалить не представляется возможным, производят с целью улучшения качества жизни или продления жизни. Паллиативные операции часто применяют для устранения тяжелых симптомов болезни (дисфагия при стенозе кардии, рвота при стенозе выходного отдела желудка).

Противопоказания к операции возникают при обширных, технически неудаляемых опухолях, при наличии отдаленных метастазов в печень, легкие, в надключичные лимфатические узлы, при наличии асцита, метастазов Шнитцлера и Крукенберга, в случаях поражения метастазами отдаленных от желудка лимфатических узлов, неудаляемых с ним единым блоком. Противопоказаниями общего характера являются резкая кахексия, тяжелые сопутствующие заболевания жизненно важных органов (легкие, сердце, почки, печень).

При радикальной операции линия резекции должна отстоять от краев опухоли при инфильтративно-язвенных формах рака желудка не менее чем на 8—10 см вверх от пальпируемой границы опухоли и на 2—3 см ниже привратника; при отграниченных, экзофитно растущих формах — не менее чем на 6—8 см вверх.

Пересечение пищевода производят не менее чем на 3 см выше пальпируемой верхней границы опухоли при экзофитной форме и на 5—6 см — при инфильтративной форме рака.

Основными типами радикальных операций являются: 1) дметальная субтотальная резекция желудка (выполняемая чрезбрюшинно), 2) гастрэктомия (выполняемая чрезбрюшинно и чресплеврально), 3) проксимальная субтотальная резекция желудка (выполняемая чрезбрюшинным и чресплевральным доступом).

Дистальную субтотальную резекцию желудка выполняют при экзофитно растущих опухолях пилороантрального отдела, не распространяющихся в проксимальном направлении выше угла желудка (граница средней и нижней трети малой кривизны). Линия пересечения малой кривизны должна быть на уровне пищевода, а большой кривизны — тотчас ниже коротких сосудов желудка на уровне нижнего полюса селезенки. Вместе с желудком единым блоком удаляют малый и большой сальники с лимфатическими узлами, расположенными вдоль сосудов по обеим кривизнам желудка, околопилорические лимфатические узлы и лимфатические узлы по ходу левой желудочной артерии. Все четыре основные артерии желудка (левую и правую желудочные артерии, левую и правую желудочно-сальниковые артерии) пересекают максимально низко, что может гарантировать удаление лимфатических узлов первого—второго порядков I, II, III бассейнов.

В виде исключения допустимо выполнение дистальной субтотальной резекции желудка при небольших инфильтративных опухолях пилороантрального отдела желудка.

Операцию завершают формированием гастроэюнального анастомоза. Чаще используют способ Бильрот-II с энтероэнтероанастомозом между приводящей и отводящей петлями по Брауну с целью профилактики рефлюкс-гастрита.

В последние годы некоторые хирурги отдают предпочтение гастроэюнальному анастомозу на выключенной по Ру петле тощей кишки.

Гастрэктомия выполняется при расположении экзофитной опухоли в теле желудка, тотальном поражении его, при инфильтративной опухоли любой локализации. Вместе с желудком и прилежащими отделами пищевода и двенадцатиперстной кишки удаляют весь связочный аппарат желудка с регионарными лимфатическими узлами. После гаст-

рэктомии необходимо предусмотреть оптимальное восстановление пассажа пищи и создание резервуара вместо удаленного желудка. Для этой цели используют: 1) эзофагоеюноанастомию; 2) эзофагоеюноанастомию с выключенной по Ру петлей; 3) эзофагоеюнодуоденопластику — вставку участка тощей кишки между пищеводом и двенадцатиперстной кишкой. У-образный анастомоз по Ру уменьшает вероятность развития рефлжс-эзофагита. Эзофагоеюнодуоденопластика обеспечивает сохранение пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке, однако эта операция технически сложна.

Проксимальную резекцию желудка (резекция кардии) рекомендуют при небольших опухолях дна желудка. В других случаях вместо проксимальной резекции производят гастрэктомию.

Расширенную гастрэктомию производят при больших опухолях, прорастающих в соседние органы или сопровождающихся обширным метастазированием в лимфатические узлы. В этих случаях вместе с желудком удаляют пораженные органы (селезенку) или резецируют их (хвост поджелудочной железы, поперечную ободочную кишку, левую долю печени). При распространении опухоли на абдоминальный отдел пищевода необходимо применить торакоабдоминальный доступ (абдоминальноторакальная гастрэктомия).

Паллиативные операции направлены на удаление стенозирующей опухоли выходного отдела желудка; распадающейся и кровоточащей опухоли как источника кровотечения, угрожающего жизни больного. Для этого применяют резекции желудка на выключение (паллиативные резекции 2/3 или 3/4 желудка). Если выполнение паллиативной резекции невозможно, то применяют другие операции: при стенозирующем раке выходного отдела желудка накладывают гастроеюноанастомоз или еюностому; при раке проксимального отдела желудка и дисфагии накладывают эзофагоеюностому, гастростому и еюностому. Иногда для восстановления пассажа с помощью эндоскопа через опухоль в желудок вводят специальную трубку (Haring, Celestin).

Паллиативные операции избавляют больных от тягостных симптомов. Эти операции в ряде случаев могут быть дополнены в последующем химиотерапией.

Лучевые методы лечения рака желудка используют при раке кардии у неоперабельных больных. Иногда это дает временное уменьшение размеров опухоли и восстановление проходимости.

В настоящее время радикальной и паллиативной резекции по поводу рака желудка подлежат 60—80% от числа госпитализированных для хирургического лечения больных.

Послеоперационная летальность достигает при дистальной субтотальной резекции 5—10%, при гастрэктомии — 5—15%, при расширенной гастрэктомии — 8—20%, при резекции кардии — 10—20%, при паллиативных операциях — 10—30%.

Пятилетняя выживаемость зависит от стадии роста опухоли, метастазирования. При ранних формах рака (микрокарциномы) она достигает 85—95%, а при поражении только слизистой оболочки — 96—100%. При раках более поздних стадий (макрокарциномы) пятилетняя выживаемость составляет 20—35%, при III стадии — только 15,6%. Выживаемость из числа всех заболеваний раком желудка (абсолютная выживаемость) составляет 10—15%.

Качество жизни больных в некоторой степени зависит от типа операции, предотвращающей возможность развития тяжелых пострезекционных синдромов (рефлюкс-гастрит, рефлюкс-эзофагит, демпинг-синдром, синдром приводящей петли и др.). С этой точки зрения в последние годы отдается предпочтение резекции по Бильрот-II с гастроюнальным анастомозом и энтероэнтероанастомозом по Брауну или У-образному анастомозу по Ру.

Наиболее благоприятные результаты могут быть получены только при ранних формах рака (поражение слизистой оболочки), ранней и адекватной операции.

Осложнения. Основными осложнениями рака желудка являются кровотечение, перфорация, инфицирование и прорастание опухоли в соседние ткани и органы.

*Кровотечение* чаще происходит в виде систематической потери небольших количеств крови, выявляемой только химическими пробами (исследование кала на скрытую кровь). Оно является одной из причин анемии. Массивное кровотечение с рвотой кровью и дегтеобразным стулом возникает при опухолях, расположенных на малой кривизне желудка в области крупных сосудистых ветвей.

При кровотечении в случае неэффективности консервативной терапии показана резекция желудка или перевязка сосудов на протяжении.

*Перфорация опухоли* в свободную брюшную полость сопровождается клиническими признаками острого живота: внезапной резкой болью в животе, напряжением мышц брюшной стенки, выраженной болезненностью при пальпации, положительным симптомом Щеткина—Блумберга и другими признаками перитонита.

Лечение. Необходима экстренная операция — тампонада перфорационного отверстия прядью большого сальника. При относительно благоприятных условиях (отсутствие признаков гнойного разлитого перитонита, операбельность опухоли) возможно выполнение резекции желудка.

*Инфицирование опухоли*, лимфатических путей и лимфатических узлов желудка проявляется лихорадочным состоянием вплоть до сепсиса.

*Прорастание рака желудка* в соседние органы утяжеляет течение заболевания. Желтуха появляется при сдавлении желчевыводящих путей при прорастании опухоли в головку поджелудочной железы, в печеночно-двенадцатиперстную связку. Прорастание рака в поперечную ободочную кишку ведет к образованию желудочно-толстокишечного свища. Признаками его являются каловый запах изо рта, рвота с примесью каловых масс (каловая рвота), наличие в каловых массах недавно принятой пищи.

## ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

### ТЕМАТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

1. В желудке различают следующие части (укажите неправильный ответ):
  - а) кардиальную часть (кардию)
  - б) дно и тело желудка
  - в) антральный отдел
  - г) привратниковую (пилорическую) часть
  - д) дуоденальную часть
2. Артериальное кровоснабжение желудка и двенадцатиперстной кишки осуществляется:
  - а) левая желудочная артерия

- б) левая желудочно-сальниковая артерия
  - в) правая желудочная артерия
  - г) левая желудочно-сальниковая артерия
  - д) все ответы правильные
3. Иннервация желудка осуществляется ветвями блуждающих нервов:
- а) передняя и задняя ветвь
  - б) чревная ветвь заднего (правого) ствола
  - в) печеночная ветвь переднего (левого) ствола
  - г) передние и задние желудочные ветви
  - д) все ответы правильные
4. Наиболее частым осложнением пенетрирующей язвы желудка является:
- а) развитие стеноза привратника
  - б) малигнизация язвы
  - в) образование межорганного свища
  - г) профузное кровотечение
  - д) перфорация
5. Какое исследование имеет решающее значение в диф. диагностике язвенной болезни от рака желудка:
- а) УЗИ
  - б) Компьютерная томография
  - в) эндоскопическое исследование с прицельной биопсией
  - г) рентгенологическое исследование
  - д) исследование желудочного сока
6. Метостаз Шницера локализуется:
- а) В печени
  - б) В прямокишечно-пузырной складке
  - в) В яичниках
  - г) В области пупка
  - д) В кости

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. У больного 55 лет на операции по поводу профузного желудочного кровотечения обнаружено тотальное поражение желудка опухолью. Какова тактика хирурга?
2. У больного 35 лет во время операции обнаружено прорастание рака желудка в тело поджелудочной железы, в поперечно-ободочную кишку и левую долю печени. Какова тактика хирурга?
3. У больного 40 лет имеется стенозирующий рак выходного отдела желудка, желудок подвижен имеет Вирхов метастаз. Каковы диагноз и действия хирурга?

## ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧАМ

1. При отсутствии значительного истощения и небольших сроков от начала кровотечения показана гастроэктомия, которая может быть паллиативной.
2. Радикальная операция невозможно, следует ограничиться пробной лапаротомией.
3. Показан передний гастроэнтероанастомоз с энтеро-энтеро анастомозом, при хорошем состоянии больного показана паллиативная резекция желудка.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Астопенко В.Г. Практическое руководство по хирургическим болезням// М.: 1984. Том-2, с380.
2. Ерюхин И.А. Хирургия в вопросах и ответах// Санкт-Петербург, 1999.
3. Каримов Ш.И. Хирургические болезни// М.: Ташкент, 1994.
4. Каримов Ш.И. ва Шомирзаев Н.Х. «Субординаторлар учун жаррохлик». Медицина, 1993.
5. Кузин М.И. Хирургические болезни// М.: 1995.
6. Литтман И. Брюшная хирургия// Будапешт, 1970, с566.
7. Боженков Ю.Г. Интенсивная терапия в неотложной хирургии живота// Москва, Медицина. 2001.