

## Практическое занятие № 3

### РАК ЖЕЛУДКА

#### 1. Цель занятия:

Ознакомить студентов со статистическими данными, патологоанатомической классификацией, классификацией по стадиям. Описать клиническую картину данного заболевания и ознакомить с принципами лечения.

#### 2. Задачи:

Выработать у студентов онкологическую настороженность, раннюю диагностику и дифференциальную диагностику рака желудка. Углубить и интегрировать знания и навыки смежных специальностей. Освоить принципы установки стадии заболевания на основании данных клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования, разработать тактику лечения больных.

#### ПЛАН ЗАНЯТИЙ

№	ОБЩИЕ ВОПРОСЫ	ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЙ	ВРЕМЯ
1.	Организационные вопросы.	Отметки студентов. Осмотр вновь поступивших больных в отделение.	10
2.	Введение.	Определить тему и цель занятий, обосновать актуальность заболевания рака желудка. Подчеркнуть важность своевременной диагностики и дифференциальной диагностики рака желудка.	10
3.	Контроль исходного уровня знаний.	Используют контрольные клинические ситуационные задачи.	30
4.	Самостоятельная работа студентов.	Студенты собирают анамнез, осуществляют клинический осмотр, устанавливают диагноз, проводят дифференциальную диагностику, намечают план обследования и тактику лечения.	20
5.	Проводят разбор результатов самостоятельной работы студентов.	Один из студентов ведет прием больных. Студент получает задание поставить предварительный диагноз и наметить план и тактику лечения.	40
6.	Контроль конечного уровня знаний.	Решение контрольных клинических задач. Напишут оценочный лист по данной теме.	45
7.	Заключение	Каждому студенту сообщается общая оценка за занятие. Обсуждаются ошибки и трудности возникающие во время самостоятельного приема больных раком желудка.	15

#### Интерпретация клинических, инструментальных и гистологических методов исследования.

Рекомендуемые обязательные исследования для установления диагноза рака желудка.

	Исследование	Цель
1-й	1. ФЭГДС	Выявление опухолевидного образования в просвете желудка, определение размеров и

		распространенности опухолевого процесса, прицельная биопсия
	2. Рентгенологическое исследование органов пищевода и желудка с бариевой взвесью	Выявление опухолевидного образования в желудке.
	3. УЗИ исследование органов брюшной полости	Выявление опухолевидного образования в желудке, выявление метастатических очагов.
	4. Компьютерная томография органов брюшной полости	Выявление опухолевидного образования в желудке. Определение распространенности опухолевого процесса, признаков прорастания в соседние органы.
	5. Лапароскопическое исследование.	Выявление опухолевидного образования в желудке. Определение распространенности опухолевого процесса, признаков прорастания в соседние органы. Биопсия из опухолевого образования или из метастатических очагов.

### 3. Теоретическая часть

#### **Заболееваемость.**

В настоящее время рак желудка занимает второе место у мужчин и третье место у женщин среди всех злокачественных новообразований, наиболее часто встречается в возрасте 50-70 лет. В последние 20 лет наблюдается устойчивая тенденция к уменьшению заболеваемости раком желудка. Однако рак желудка остается одним из самых распространенных форм злокачественных опухолей человека. Ежегодно в мире раком желудка заболевают более 1 млн человек. Максимальный уровень заболеваемости раком желудка в мире отмечен у мужчин в Японии. Высокая заболеваемость раком желудка зарегистрирована в Китае, Белоруссии, России, Эстонии, Латвии, Новой Зеландии. В Узбекистане эта проблема также остается достаточно актуальной.

#### **Факторы, способствующие развитию рака желудка.**

Довольно резкие различия в частоте заболеваемости и смертности от рака желудка в различных странах могут быть объяснены различными социально-экономическими условиями жизни, факторами среды, отличающимися геохимическими условиями. Нерегулярное питание, преобладание в пище жира, пережаренных продуктов, употребление слишком горячей пищи, раздражение слизистой оболочки прижигающими специями, вредное влияние никотина и крепких алкогольных напитков приводят к развитию хронических воспалительных изменений слизистой желудка, на фоне которых могут развиваться очаговые пролиферативные процессы, а затем и рак желудка. Развитию рака могут способствовать и местные изменения слизистой оболочки желудка, поэтому при длительном воздействии неблагоприятных факторов создаются условия, снижающие толерантность слизистой оболочки к воздействию повреждающих агентов, в том числе и

канцерогенных веществ. Указанные нарушения могут обеспечить необходимые условия для эндогастрального синтеза канцерогенных нитрозосоединений.

Приведенные сведения касаются главным образом экзогенных факторов и канцерогенов из окружающей среды. Но нельзя полностью исключить и генетический фактор, хотя он еще недостаточно изучен. Таким образом, высказывание в отношении того или иного фактора, имеющего прямую связь с возникновением рака желудка, затруднительно. Правильно пока говорить о комбинации экзо- и эндогенных факторов.

### **Патологическая анатомия и метастазирование.**

Внешний вид раковой опухоли желудка зависит от давности заболевания, степени некробиотических изменений и гистологической структуры. Течение болезни определяется прежде всего локализацией, формой роста опухоли, распространением по желудочной стенке, переходом на соседние органы и интенсивностью метастазирования. Для удобства и систематизации статистических данных желудок делят на три отдела: верхнюю, среднюю и нижнюю трети. Для уточнения локализации опухоли различают малую и большую кривизны, переднюю и заднюю стенки в каждом отделе желудка.

Все макроскопические формы можно разделить на три большие группы, каждая из которых в свою очередь делится на частные виды. Среди экзофитных опухолей с преимущественно экспансивным ростом выделяют бляшковидный, полиповидный или грибовидный рак; блюдцеобразный рак; плоский рак. Раковые опухоли с преимущественно эндофитным ростом делятся на язвенно-инфильтративный рак и диффузный рак. Существуют также раковые опухоли со смешанным характером роста.

Рак желудка начинает развиваться с небольшого участка слизистой оболочки и затем прорастает всю толщину стенки желудка. Помимо этого, наблюдается рост опухоли вдоль стенки по всем направлениям, но преимущественно в сторону кардии, что связано с особенностями лимфооттока. Опухоль распространяется по типу ползучей инфильтрации. Макроскопическая и микроскопическая границы опухоли почти никогда не совпадают. При экзофитно растущей опухоли раковые клетки определяются на расстоянии 2-3 см от макроскопически определяемой границы опухоли, при инфильтративной и смешанной – на 5-6 см и более. При соответствующей локализации возможен и переход на двенадцатиперстную кишку. Эти особенности всегда должен учитывать хирург, выполняющий операцию у онкологического больного. При прорастании серозной оболочки желудка опухоль может врастать в соседние органы: печень, поджелудочную железу, селезенку, поперечную ободочную кишку и т.д.

Основной микроскопической формой рака желудка являются аденокарциномы различной степени зрелости и функциональной направленности. Основой экзофитных опухолей чаще являются дифференцированные аденокарциномы. При инфильтративных опухолях встречается простой рак, не содержащий железистоподобных структур. Более редко, в основном в проксимальном отделе желудка, встречается аденоакантома – смешанный железистый и плоскоклеточный рак.

Пути метастазирования рака желудка являются лимфогенный, гематогенный, имплантационный и смешанный.

Регионарное метастазирование зависит от особенностей лимфооттока разных отделов желудка и локализации первичного очага. Поражение регионарных лимфатических узлов при раке желудка отмечается у 45-65% больных и может наблюдаться даже при небольших по диаметру опухолях желудка. Вероятность их возрастает по мере увеличения инфильтрации стенки желудка.

Примером отдаленного лимфогенного метастазирования является метастаз рака в надключичный лимфоузел, располагающийся слева, между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы (метастаз Вирхова). Существенное значение придается

гематогенному пути метастазирования. По системе воротной вены происходит метастатическое поражение печени.

Проявлением имплантационного метастазирования служит канцероматоз брюшины, поражение брюшины прямокишечно-маточного углубления (Дугласово пространство – метастаз Шнитцлера) и пупка. Метастазирование рака желудка в яичники (метастазы Крукенберга), скорее всего, происходит ретроградным лимфогенным путем, но здесь нельзя полностью исключить и гематогенный путь. Метастазы в легкие и плевру встречаются гораздо реже. Также к редким метастазам при раке желудка относятся и метастазы в надпочечники, плоские и трубчатые кости и почки.

### **Классификация.**

Для клинической оценки степени местного распространения опухоли и диссеминации опухолевого процесса, для правильного выбора метода лечения, а также для сравнения результатов лечения, необходимо знать стадию заболевания. Классификация рака желудка утверждена в 1956 году, в 1984 году внесено ряд изменений.

**I стадия** – опухоль диаметром до 3 см, распространяется не глубже подслизистого слоя. К I стадии следует относить малигнизированные полипы и малигнизированные язвы желудка с той же глубиной инвазии. Регионарные метастазы отсутствуют.

**IIa стадия** – опухоль диаметром более 3 см, распространяется не глубже подслизистого слоя или опухоль любых размеров, врастающая в мышечный слой, но не прорастающая серозную оболочку. Регионарные метастазы отсутствуют.

**IIб стадия** – опухоль той же или меньшей степени местного распространения с одиночными (не более двух) метастазами в регионарных перигастральных лимфатических узлах.

**IIIa стадия** – опухоль любого размера, прорастает всю стенку желудка. Возможно спяние желудка, верхнего листка брыжейки поперечной ободочной кишки. Опухоль той же или меньшей степени местного распространения с переходом на пищевод или двенадцатиперстную кишку. Регионарные метастазы отсутствуют.

**IIIб стадия** – опухоль той же или меньшей степени местного распространения с множественными метастазами в регионарных перигастральных лимфатических узлах, одиночными или множественными регионарными метастазами по ходу левой желудочной, чревной, общей печеночной и селезеночной артерии.

**IVa стадия** – опухоль любого размера, прорастает в соседние структуры и органы (поджелудочная железа, печень, поперечно-ободочная кишка, селезенка, брыжейка поперечной ободочной кишки, печеночно-двенадцатиперстная связка, магистральные сосуды и т.д.). Регионарные метастазы отсутствуют.

**IVб стадия** – опухоль той же степени местного распространения с любыми регионарными метастазами, или опухоль меньшей степени местного распространения с наличием неудалимых регионарных метастазов, или опухоль любой степени местного распространения с клинически определяемыми отдаленными метастазами.

### **Клинические проявления рака желудка.**

При всем многообразии клинических проявлений для рака желудка нет патогномоничных симптомов. Они возникают лишь в далеко зашедших стадиях развития опухоли, когда радикальное лечение невозможно или возможно, но дает плохие отдаленные результаты. Как правило, рак желудка возникает на фоне предшествующей хронической патологии желудка. Особенно часто маскируются этими симптомами клинические проявления ранних стадий опухолевого процесса. Большие сложности возникают тогда, когда опухоль проявляется не столько местными изменениями

пораженного органа, сколько общими расстройствами функционального характера. Такие расстройства были названы А.И. Савицким (1947) синдромом малых признаков (изменение самочувствия, общая слабость, стойкое снижение аппетита, явления «желудочного дискомфорта», похудание, анемия, психическая депрессия и др.). Данный симптомокомплекс, как первое проявление рака желудка, удается выявить у небольшого числа больных. Он учащается лишь по мере прогрессирования опухоли.

Клиническая картина опухоли желудка разнообразна и складывается из следующих групп симптомов:

- 1) общие симптомы как следствие общего воздействия опухоли на организм;
- 2) местные симптомы, связанные с непосредственным поражением самого желудка;
- 3) симптомы, обусловленные осложнениями, присоединившимися в течение развития опухолевого процесса.

Наиболее частым симптомом рака желудка является боль, которая локализуется, как правило, в эпигастральной области, иногда в левом или правом подреберье, в некоторых случаях иррадирует в спину. Боль может зависеть от приема и характера пищи, но чаще носит постоянный характер. Интенсивность болей в значительной мере зависит от выраженности воспалительных изменений как в самой опухоли, так и в окружающих ее тканях. Иррадиация болей в спину всегда подозрительна на прорастание опухоли в поджелудочную железу или наличие метастазов рака в забрюшинных лимфатических узлах. Различные диспептические расстройства (отрыжка разного характера, неприятный вкус во рту, запах изо рта, чувство переполнения в подложечной области и др.) связаны с различного рода функциональными нарушениями моторной функции желудка, объемным уменьшением желудка, распадом, некрозом опухолей и развитием на этой почве бродильных и гнилостных процессов.

Чаще всего опухоль желудка не пальпируется, а наличие пульсируемой опухоли не всегда соответствует поздним стадиям развития опухолевого процесса. У 80-87% больных, при наличии пальпируемой опухоли, удается произвести радикальную операцию. Нарушение акта глотания – дисфагия – указывает на поражение кардиального отдела желудка или пищевода. В данном случае дисфагия принимает постоянный прогрессирующий характер.

К общим симптомам относятся слабость, похудание, головокружение, расстройства кишечника и т.д.

#### **Клиническая картина рака желудка зависит от локализации опухоли.**

Рак нижней трети желудка наиболее ярко проявляется диспептическими расстройствами, болью. По мере роста опухоли и стенозирования выходного отдела желудка, отрыжка воздухом с неприятным запахом и пищей сменяется рвотой съеденной пищей, застойным желудочным содержимым. В связи с нарастанием нарушения эвакуации пищи из желудка присоединяются симптомы общего порядка, связанные с дисбалансом водно-электролитного и белкового обмена.

Рак средней трети желудка долгое время может протекать без явно выраженных местных признаков. На первый план выступают расстройства общего характера. При изъязвленных опухолях этой локализации может наблюдаться субфебрильная температура, а при опухолях малой кривизны средней трети одним из первых выраженных проявлений, нередко, служит желудочное кровотечение. При распространении опухоли на поджелудочную железу присоединяется болевой синдром, который нарастает по мере увеличения изъязвления новообразования.

Клиническая картина опухолей верхней трети желудка чрезвычайно разнообразна. Ранее уже говорилось о дисфагии как об одном из основных проявлений рака кардии. Она приводит к белковому голоданию, гиповолемии, следствием которых является нарастание общих симптомов заболевания. Дисфагия часто сопровождается обильным

слюнотечением. Рак дна желудка, нередко достигая больших размеров, долгое время остается «немым». Боль появляется лишь при распространении опухоли на соседние анатомические образования.

### **Дифференциальный диагноз.**

При дифференциальной диагностике рака желудка от таких заболеваний как хронический гастрит, язвенная болезнь желудка, железодефицитная анемия и т.п., необходимо обращать внимание на следующие моменты. Для хронического гастрита характерны частые обострения, длительный анамнез. Злокачественные опухоли протекают без явных обострений, постоянно присоединяются новые жалобы на фоне общего недомогания. При раке желудка отсутствуют симптом сезонных обострений, нет характерной для язвенной болезни связи между приемом пищи и временным появлением болей, боли не носят столь выраженный характер. Гиперсекреция, характерная для язвенной болезни, при раке чаще всего отсутствует.

Клинические проявления опухолей желудка весьма разнообразны и сложны для трактовки. Для постановки диагноза необходим индивидуальный подход при оценке каждого симптома, умение правильно сопоставить их с учетом динамики развития заболевания при условии онкологической настороженности врача. Абсолютным правилом должно быть положение, согласно которому малейшие отклонения в течение хронического заболевания желудка, появление новых, даже незначительных жалоб больного должно служить поводом для специального обследования.

### **Диагностика.**

Тщательное изучение жалоб и анамнеза позволяет если не установить диагноз, то по крайней мере заподозрить рак желудка.

Пальпация живота – чрезвычайно важный метод обследования. Во время этого исследования можно определить размеры опухоли, ее границы, поверхность и консистенцию, смещаемость по отношению к другим органам брюшной полости. Пальпацию нельзя считать законченной, если не обследованы области, где встречаются отдаленные метастазы – левая надключичная область, область пупка, область малого таза и яичники. Обследование больного раком желудка обязательно должно заканчиваться ректальным исследованием для мужчин и ректовагинальным для женщин. Необходимо определить наличие асцитической жидкости.

Изменение состава крови проявляется в основном при далеко зашедших стадиях рака желудка и является вторичным, связанным с распадом опухоли, кровотечением, инфицированием и т.п.

Основными специальными методами обследования являются рентгенологический и эндоскопический.

Для более детального рентгенологического изучения стенок желудка применяется метод одномоментного двойного контрастирования.

Рентгенологическая картина при раке желудка зависит от характера роста опухоли.

Экзофитно растущие опухоли, образующие в просвете желудка полипозное или грибовидное выпячивание, при использовании контрастной массы дают эффект наполнения. в зависимости от расположения опухоли эффект наполнения может быть краевым или центральным. Опухольевидные разрастания по типу цветной капусты дают неровные, неправильно зазубренные очертания дефекта. При исследовании рельефа на уровне дефекта обнаруживается неравномерное скопления бария в виде пятен различной величины, которые являются отображением углублений на поверхности опухоли. В

окружности дефекта наполнения прослеживаются складки слизистой оболочки, которые подходят к дефекту и обрываются. Перистальтика на уровне поражения стенки, как правило, отсутствует. При распаде опухоли и образования кратера, при рентгенологическом исследовании он выявляется в виде депо бария в центре наполнения.

При эндофитно растущих опухолях рентгенологически определяется плоский дефект наполнения, который обычно имеет большую протяженность и небольшую глубину. Контуры дефекта иногда шероховаты, слегка волнисты, в большинстве случаев выпрямлены. Эти дефекты видны только при тугом заполнении желудка. Стенка желудка на уровне дефекта ригидна, не перестальтирует. Нередко заметно укорочение желудка из-за инфильтрации малой кривизны. При тотальной инфильтрации стенок наблюдается микрогастрия. При распространении опухоли в подслизистом слое, рельеф слизистой оболочки не приобретает выраженных изменений как при экзофитно растущих образованиях, а иногда и не меняется совсем. Однако складки слизистой ригидны, местами рельеф сглажен. При изъязвлении опухоли выявляются незначительные депо контрастной массы – плоские ниши; вследствие распространения опухоли в подслизистом слое и укорочения стенки можно наблюдать конвергенцию складок к раковой нише. При выявлении рака свода и кардиального отдела желудка необходимо тщательно изучить абдоминальный отрезок пищевода. Контуры пищевода при этом неровные, зазубренные, рельеф слизистой оболочки в виде обычно видимых продольных складок не прослеживается или представлен мелкими точечными скоплениями бария, что указывает на подслизистую инфильтрацию. При развитии опухоли в препилорическом и пилорическом отделах рентгенологически выявляется картина удлинненного привратника, при этом нарушается эвакуация содержимого желудка.

При эзофагогастроскопии устанавливаются макроскопическая форма роста опухоли, ее внутриорганный распространенность, производится биопсия для последующего морфологического исследования. Эндоскопический метод исследования желудка практически не имеет противопоказаний и в настоящее время имеет массовое использование.

Экзофитные формы роста рака желудка. Бляшковидная форма рака желудка, как правило, отражает раннюю стадию опухоли. Гастроскопически представляет собой ограниченное утолщение слизистой оболочки с хорошо различимыми контурами. Опухоль смещается вместе со слизистой оболочкой. Полиповидная форма соответствует как таковой при полипах желудка, на малигнизацию которых указывает диаметр более 2 см, отсутствие ножки и широкое основание. Блюдцеобразный рак желудка представляет собой экзофитно растущую опухоль с изъязвленной кратерообразной поверхностью.

Инфильтративная форма рака желудка. Язвенно-инфильтративная форма часто характеризуется несоответствием размеров язвы и ее глубины. Изъязвление без четких границ распространяется на прилежащие стенки желудка. При диффузно-инфильтративной форме характерно диффузное, без четких границ распространение опухоли во всех слоях стенки желудка.

Смешанная форма рака желудка включает в себя опухоли, характеризующиеся сочетанием экзофитного и инфильтративного компонентов.

При дифференциальной диагностике в первую очередь должны быть исключены те заболевания, на фоне которых развился рак желудка. К ним относятся хронический атрофический гастрит, полипоз, язва желудка. Клиника рака желудка в ранних стадиях очень напоминает клинические проявления перечисленных выше заболеваний. Из других заболеваний, которые иногда принимаются за рак, следует указать на туберкулез и сифилис, которые в настоящее время встречаются редко. Для правильного распознавания их чрезвычайно большое значение имеют правильно и достаточно полно собранный анамнез, тщательное обследование желудочно-кишечного тракта с прицельной биопсией и морфологическим исследованием, а также обследование других органов и систем.

## **Лечение.**

В настоящее время единственным радикальным методом лечения следует признать хирургическую операцию, которая включает удаление части или всего желудка вместе со связочным аппаратом и регионарными лимфатическими узлами. Основными операциями следует считать субтотальную резекцию желудка (дистальную – при раке выходного отдела желудка и проксимальную – при раке проксимального отдела желудка) и гастрэктомию.

Субтотальная резекция желудка должна выполняться только в случае экзофитных опухолей, расположенных в дистальных отделах желудка и не распространяющиеся далее его угла. Проксимальная субтотальная резекция должна выполняться при экзофитных опухолях, расположенных в кардии желудка.

При расположении экзофитной опухоли в теле желудка, тотальном поражении, а также при инфильтративных опухолях любой локализации показана гастрэктомия. В случае распространения опухоли на пищевод операции предпочтительнее выполнять трансторакальным доступом.

К паллиативным операциям следует прибегать только тогда, когда их риск не превышает риска при обычной операции. Если же технически невозможно выполнить паллиативную резекцию желудка, прибегают к операции меньшего объема – формированию гастроэнтероанастомоза при стенозирующем раке антрального отдела желудка. При тяжелом общем состоянии больного накладывают различного рода питательные стомы: гастростомы и еюностомы. Паллиативные операции не удлиняют жизни больных, но избавляют их от страдания и тягостных ощущений. В дальнейшем подобные операции могут быть дополнены химиотерапией, которая позволяет улучшить отдаленные результаты паллиативных операций.

Химиотерапию в чистом виде применяют при неоперабельных формах рака желудка. Эффективность отдельных препаратов (фторурацил, адриамицин) при раке желудка составляет 20-25%

Рак желудка относится к низкорadioчувствительным опухолям, поэтому лучевая терапия, как самостоятельный метод лечения рака желудка, малоэффективна. Этот метод может применяться при неоперабельном раке с переходом на пищевод.

К симптоматическому лечению прибегают в случаях далеко зашедшего опухолевого процесса.

В настоящее время все чаще возникает проблема рака оперированного желудка. К «раку оперированного желудка» относится первичный рак оперированного желудка, развившийся после резекций, произведенных по поводу доброкачественных заболеваний и рецидив рака желудка независимо от того, произошел ли рост опухоли из-за оставшихся при операции злокачественных клеток или имели место новые очаги опухолевого процесса. Начиная с 10-летнего периода после резекции желудка, нарастает частота рака оперированного желудка у лиц, перенесших в прошлом резекцию желудка по поводу как рака, так и язв различной локализации.

При малейшем подозрении на рак резецированного желудка больной должен быть направлен в специализированный стационар для комплексного обследования. Основным методом лечения следует считать хирургический – экстирпацию остатка резецированного желудка, резекцию пищеводно-кишечного и пищеводно-желудочного анастомозов.

## **4. Интерактивный метод**

Метод «мозгового штурма».

### **1. Первичная диагностика рака желудка**

Ответ:

- А) Анамнез (бессимптомное длительное течение)
- Б) Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, мочи, кала) без особых изменений.
- В) ФЭГДС, биопсия (атипические клетки).
- Г) Рентгенографическое исследование пищевода и желудка, компьютерная томография.

## 5. Задания

- А) общие сведения (определение, этиология, частота, классификация).
- Б) клиника и особенности диагностики и диф. диагностики.
- В) интерпретация клинических, инструментальных, рентгенологических и других методов исследования.
- Г) определение тактики лечения.

## 6. Раздаточный материал

1. Наглядные пособия (анатомия желудка, локализация опухолевого процесса, классификация).
2. Рентгенологические снимки, данные КТ исследования, УЗИ.

На эхо томограмме определяется опухолевидное образование в области антрального отдела желудка размером 98,6х67,2мм с инфильтрацией всех стенок желудка.

Рентгенологическое исследование желудка и пищевода. Диагноз: Рак антрального отдела желудка, инфильтративная форма роста.

Рентгенологическое исследование желудка и пищевода. Диагноз: Рак кардиального отдела желудка, инфильтративная форма роста.

## 7. Ситуационные задачи

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Больной Н. 59 года.

Из анамнеза: Гастритом страдает 10 лет. Получаемое консервативное лечение без эффекта. Последние годы боли стали постоянными. У больного отмечается отсутствие аппетита, отвращение к мясным продуктам. Больной резко похудел. Боли в эпигастральной области постоянные. Больной обследован в поликлинике по месту жительства. При ЭГДС в антральном отделе желудка имеется экзофитное образование размером 1.5 см. Произведена биопсия. Гистологическое заключение: высокодифференцированная аденокарцинома. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз.

- 2) План обследования.
- 3) Ваша дальнейшая тактика.

## 8. Тесты

1. К экзогенным факторам риска развития рака желудка относится:
  - А) дуоденогастральный рефлюкс, диета с избытком поваренной соли.
  - Б) *Helicobacter pylori*, курение
  - В) Суррогатные спиртоводочные изделия, иммунологические фактории.
  - Г) нарушение всасываемости и повышенная утилизация витаминов и микроэлементов.
  - Д) диета с избытком поваренной соли, генетические фактории
2. Выберите правильную последовательность желудочного канцерогенеза.
  - А) Метастазы - Рак- дисплазия- метаплазия- атрофический гастрит- поверхностный гастрит – нормальная слизистая оболочка.
  - Б) нормальная слизистая оболочка - поверхностный гастрит - метаплазия- атрофический гастрит - дисплазия - Рак –. Метастазы
  - В) нормальная слизистая оболочка - поверхностный гастрит - атрофический гастрит - метаплазия - дисплазия - Рак –. Метастазы
  - Г) нормальная слизистая оболочка - атрофический гастрит- поверхностный гастрит- метаплазия - дисплазия - Рак –. Метастазы
  - Д) нормальная слизистая оболочка - поверхностный гастрит - атрофический гастрит - дисплазия -метаплазия - Рак –. Метастазы
3. К предраковым состояниям относится:
  - А) Хронические гастриты различной этиологии
  - Б) Аденоматозные полипы желудка
  - В) хр. Язва желудка, болезнь Менетрие.
  - Г) Резецированный желудок по поводу доброкачественных заболеваний.
  - Д) все ответы правильные.
4. Клеточная атипия проявляется:
  - А) полиморфизмом и гиперхромией ядер, псевдостратификация.
  - Б) расширением генеративной зоны.
  - В) фиброзом
  - Г) смещением атрофированных желез.
  - Д) Исчезновением зрелых слизьсекретирующих клеток
5. Нарушение дифференцировки характеризуется:
  - А) полиморфизмом и гиперхромией ядер,
  - Б) расширением генеративной зоны.
  - В) фиброзом
  - Г) смещением атрофированных желез.
  - Д) псевдостратификация.
6. К первому бассейну коллекторов лимфооттока относится:
  - А) забрюшинные лимфатические узлы (парааортальные).
  - Б) коллекторы ворота печени
  - В) коллекторы средостения
  - Г) коллекторы ворота селезенки
  - Д) коллекторы по ходу правой желудочной артерии

7. К второму бассейну коллекторов лимфооттока относится:

- А) забрюшинные лимфатические узлы (парааортальные).
- Б) коллекторы ворота печени
- В) коллекторы средостения
- Г) коллекторы ворота селезенки
- Д) ретропилорические узлы.

8. К четвертому бассейну коллекторов лимфооттока относится:

- А) забрюшинные лимфатические узлы (парааортальные).
- Б) коллекторы ворота печени
- В) коллекторы средостения
- Г) коллекторы ворота селезенки
- Д) коллекторы по ходу правой желудочной артерии

9. К лимфатическим узлам второго порядка относится (Японская общество по изучению рака 1981г).

- А) ретропанкреатические лимфатические узлы
- Б) паракардиальные лимфатические узлы
- В) лимфатические узлы малой кривизны желудка
- Г) парааортальные лимфатические узлы
- Д) лимфатические узлы вокруг чревного ствола

10. К лимфатическим узлам первого порядка относится (Японская общество по изучению рака 1981г).

- А) ретропанкреатические лимфатические узлы
- Б) паракардиальные лимфатические узлы
- В) диафрагмальные лимфатические узлы
- Г) парааортальные лимфатические узлы
- Д) лимфатические узлы вокруг чревного ствола

### КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

№	Балл	Оценка	Уровень знаний студента
1.	86-100	отлично	Студент владеет базовыми знаниями по анатомии, гистологии и патологической анатомии, может рассказать этиологию и патогенез рака желудка, знает ранние признаки (симптомы Савицкого) заболевания и принципы онкологической настороженности, знает патолого-анатомическую классификацию, способен обсуждать вопросы проведения дифференциальной диагностики рака желудка с другими заболеваниями желудка. Знает принципы классификации по стадиям и по системе TNM рака желудка. Может правильно составить план обследования больного с целью выявления рака желудка. -Умеет грамотно собрать анамнез и поставить предварительный диагноз, при необходимости направить больного на консультацию к специалисту. -Умеет распознавать по клиническому течению стадии и формы рака желудка, разъяснить сущность клинических симптомов (местных, общих и симптомов осложнений); - Знает и может составить план клинико-лабораторных и инструментальных исследований;

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Умеет распознавать и интерпретировать данные УЗИ, рентгеновских исследований при раке желудка.</li> <li>-знает принципы реабилитационных и профилактических мероприятий по предупреждению заболевания.</li> <li>-Составить план диспансерного наблюдения и реабилитации на постгоспитальном этапе и проведение реабилитационных и профилактических мероприятий по предупреждению осложнений, рецидива заболевания.</li> </ul>
2.	71-85	хорошо	<p>Студент относительно хорошо владеет базовыми знаниями по анатомии, гистологии и патологической анатомии желудка, имеет представление об этиологии и патогенезе рака желудка, может пересказать ранние признаки заболевания и принципы онкологической настороженности, имеет представление о патолого-анатомической классификации, способен обсуждать вопросы проведения дифференциальной диагностики рака желудка. Знает принципы классификации по стадиям и по системе TNM рака желудка. Может правильно составить план обследования больного с целью выявления рака желудка.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-может собрать анамнез и поставить предварительный диагноз.</li> <li>-Умеет распознавать по клиническому течению стадии и формы рака желудка, разъяснить сущность клинических симптомов (местных, общих и симптомов осложнений);</li> <li>- Ориентируется в дифференциальной диагностике рака желудка с другими заболеваниями желудка.</li> <li>- Знает и может составить план клинико-лабораторных и инструментальных исследований;</li> <li>- Может распознавать и интерпретировать данные УЗИ, рентгеновских исследований при раке желудка.</li> <li>- может пересказать проведение реабилитационных и профилактических мероприятий по предупреждению заболевания.</li> </ul>
3.	55-70	Удовлетворительно	<p>При наличии достаточно удовлетворительных знаний по теме рак желудка, студент может пересказать проведения дифференциальной диагностики рака желудка с различными патологическими состояниями брюшной полости.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Имеет представление о патогенезе классификации клинике, и дифференциальной диагностики заболевания;</li> <li>- Имеет представление о методах диагностики: лабораторных и инструментальных</li> <li>- Имеет представление о мерах профилактики и реабилитации.</li> </ul>
4.	0-54	Неудовлетворительно	<p>Не имеет представление, не знает или имеет смутное представление о раке желудка. Студент не готов к занятию</p>

## **9. Контрольные вопросы**

1. Этиология и патогенез рака желудка.
2. Классификация рака желудка по стадиям .
3. Клинические проявления рака желудка: общие и местные проявления, клинические проявления в зависимости от локализации опухолевого процесса.
4. Первые признаки позволяющие заподозрить рак желудка (симптомы Савицкого).
5. Методы диагностики, применяемые для выявления рака желудка.
6. Методы получения гистологической верификации.
7. С какими заболеваниями приходится дифференцировать рак желудка.
8. Тактика лечения рака желудка
9. Основные методы лечения рака желудка.