

Трудности и ошибки в эндоскопической диагностике рака желудка

Ермолович А.В.

За последнее десятилетие отмечается снижение заболеваемости раком желудка населения западноевропейских стран и США. Объясняется это улучшением условий жизни, труда и качества питания, а отнюдь не расширенными диагностическими возможностями в этих странах (скрининг-методики (по примеру Японии) остаются по-прежнему дорогостоящими мероприятиями даже для медицины этих стран).

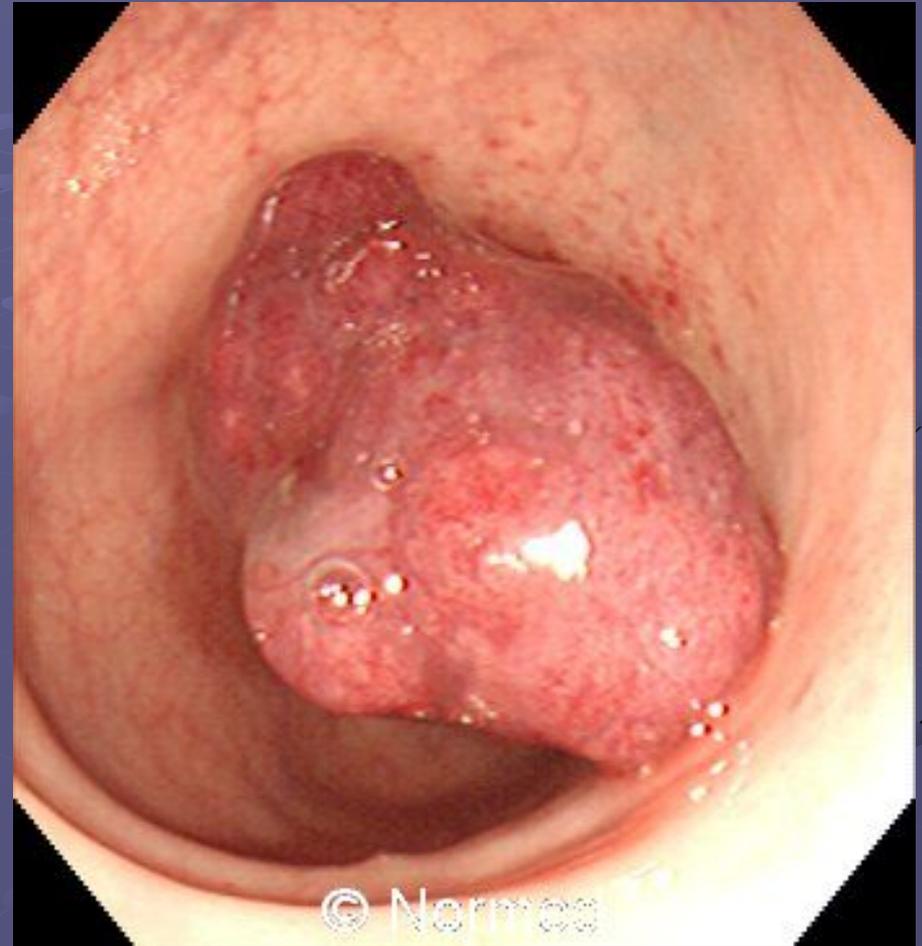
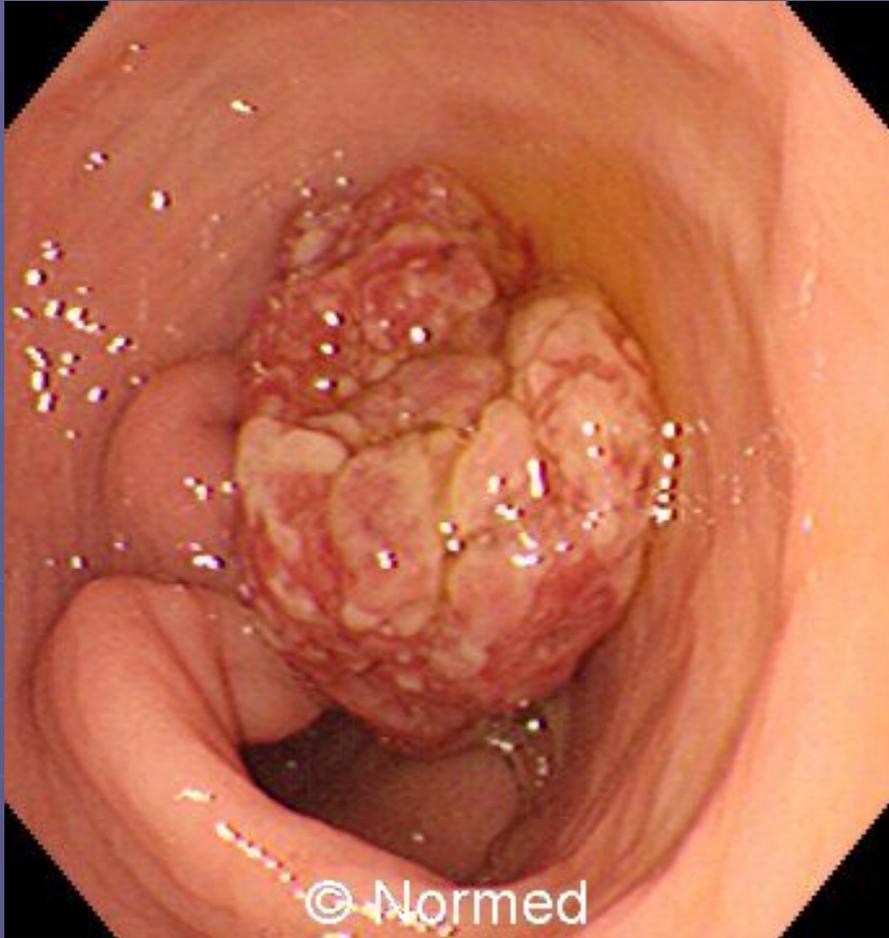
Однако, в Беларуси, как и в странах ближнего зарубежья (Россия, Украина, Прибалтика), уровень заболеваемости раком желудка велик и тенденции к снижению этого уровня не отмечается. Возможно, одним из звеньев, способных вывести эту печальную статистику на более позитивный уровень, является качественная и своевременная эндоскопическая диагностика рака желудка.

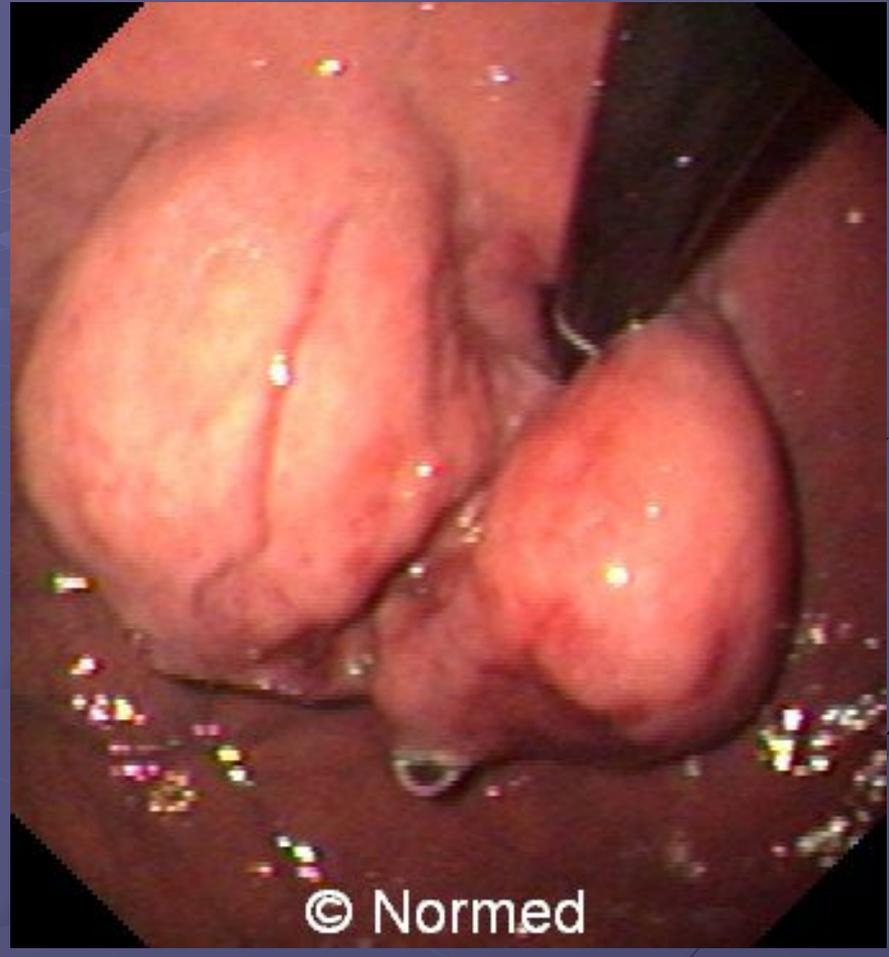
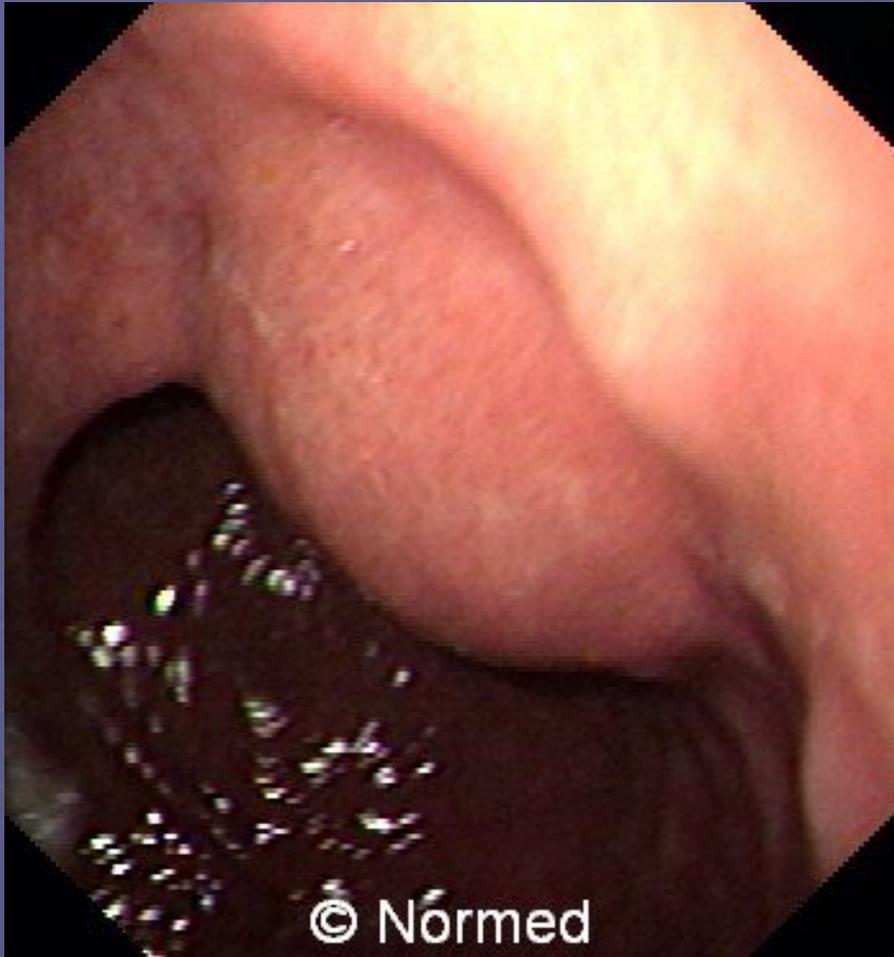
В настоящее время используется созданная др. Борманом в 1926 году эндоскопическая классификация развитых форм рака желудка, усовершенствованная др. Шиндлером в 1946 году.

Эндоскопическая классификация развитых форм рака желудка:

- *полиповидный рак желудка;*
- *неинфильтративная раковая язва (блюдцеобразный рак желудка);*
- *инфильтративная раковая язва;*
- *диффузный инфильтративный рак желудка.*

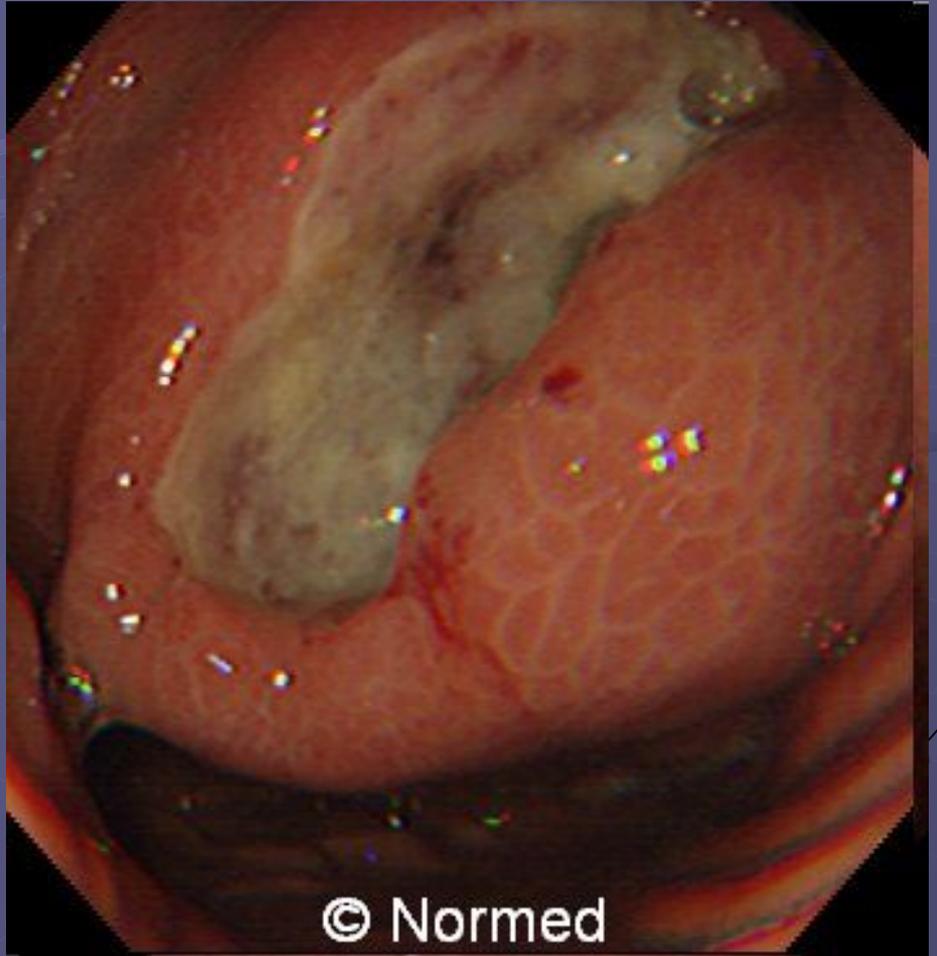
Полиповидный рак – четко отграниченная экзофитно растущая опухоль с широким основанием, гладкой, бугристой или узловатой поверхностью.



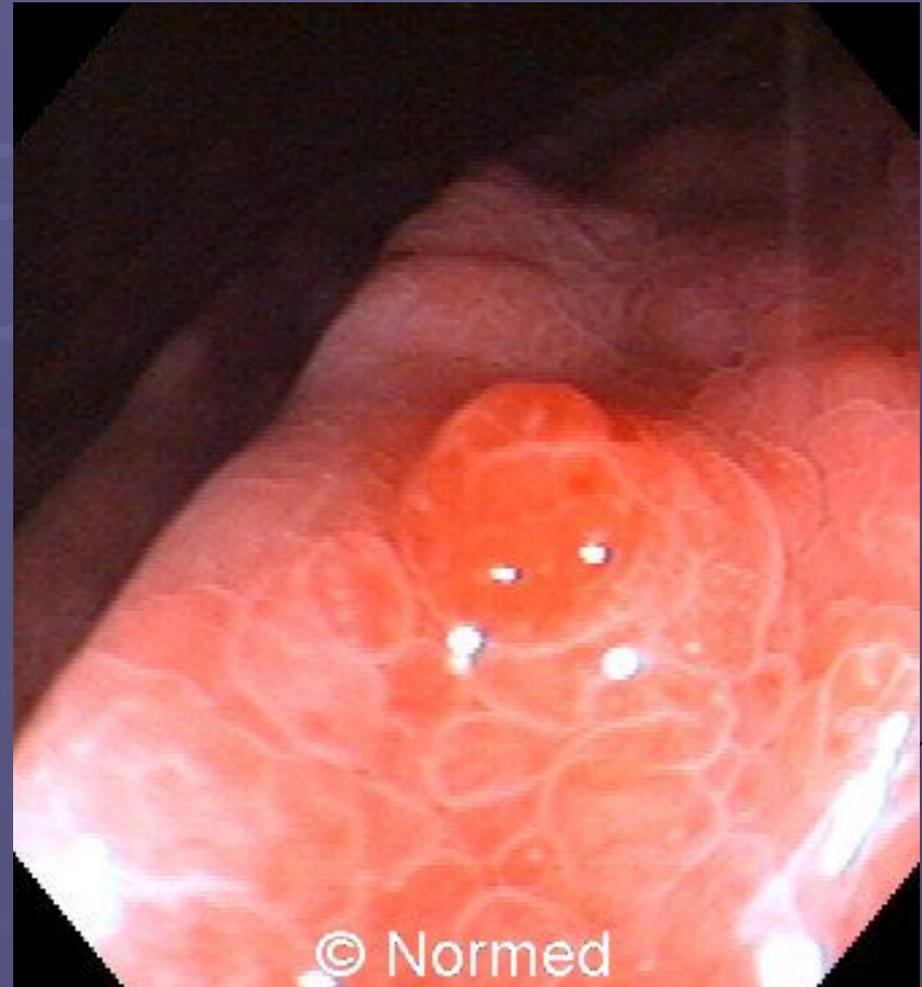




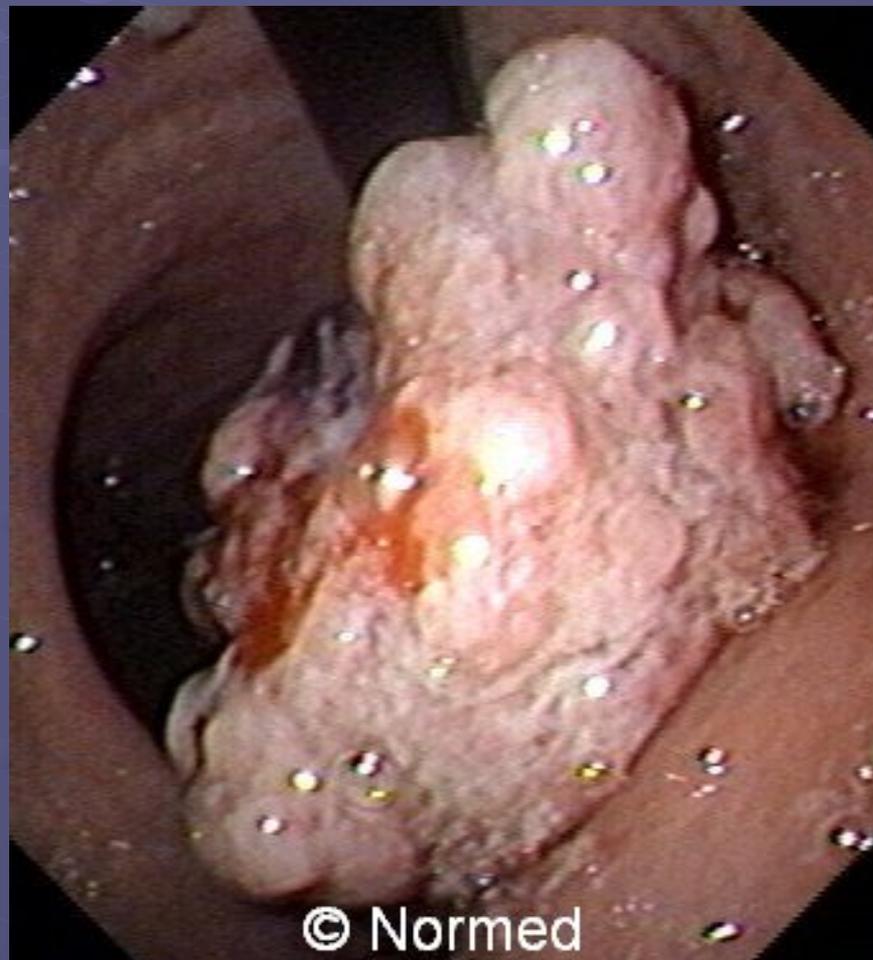
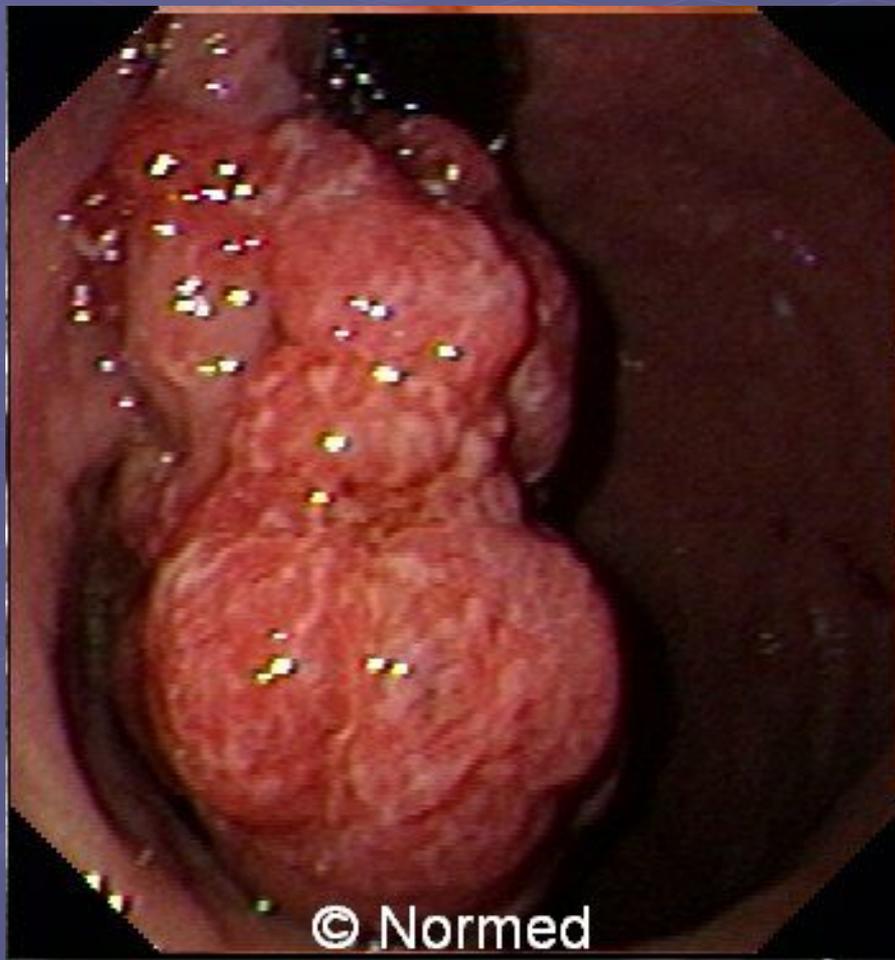
© Normed



© Normed



Dr. Zdenek Maratka в своей классификации выделяет еще и **фунгинозную форму рака желудка.**



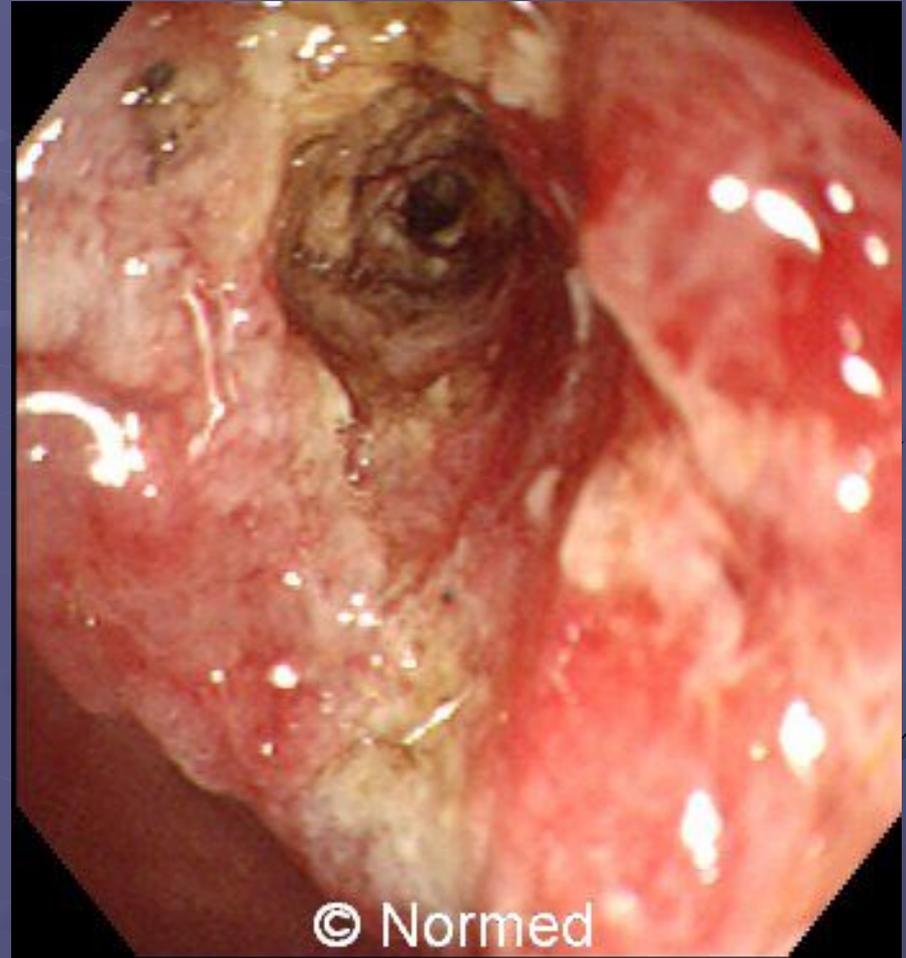
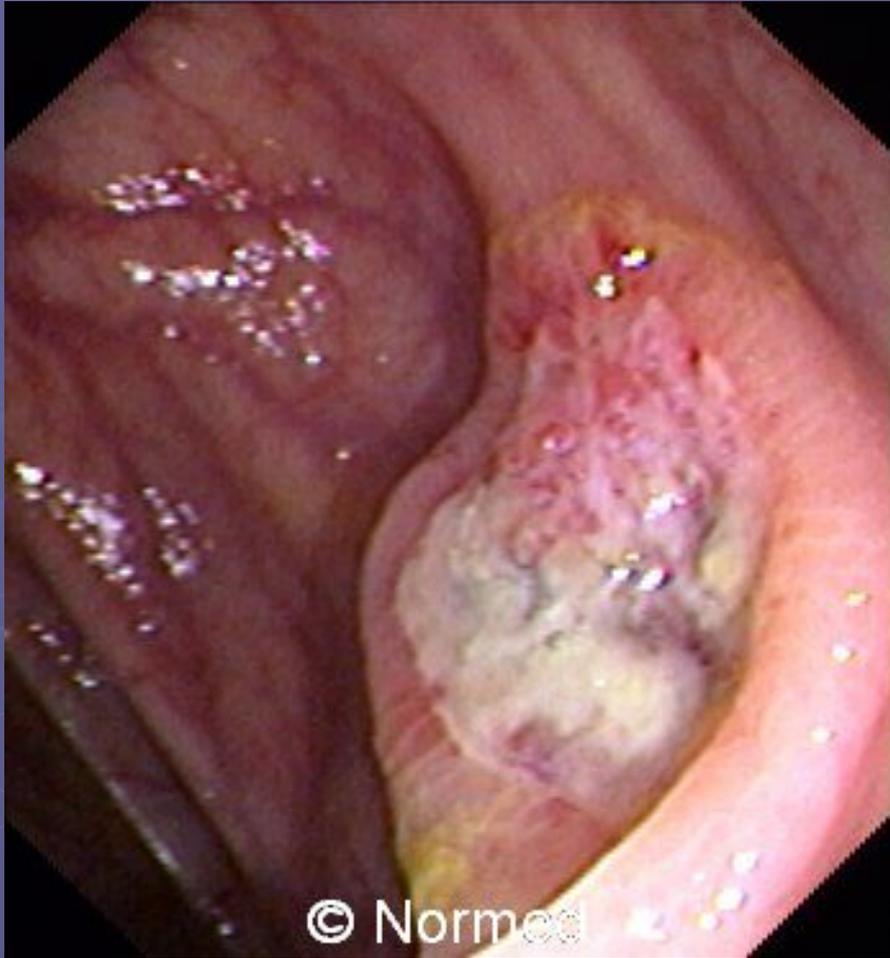
Неинфильтративная раковая язва (блюдообразный рак)

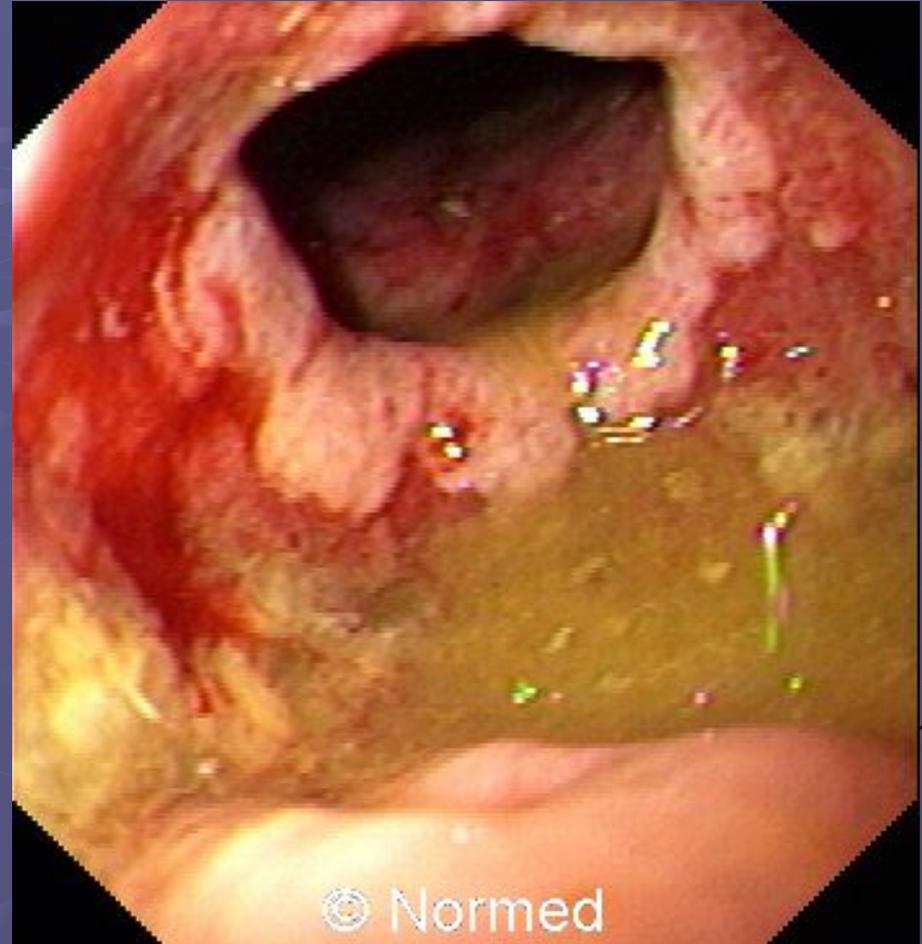
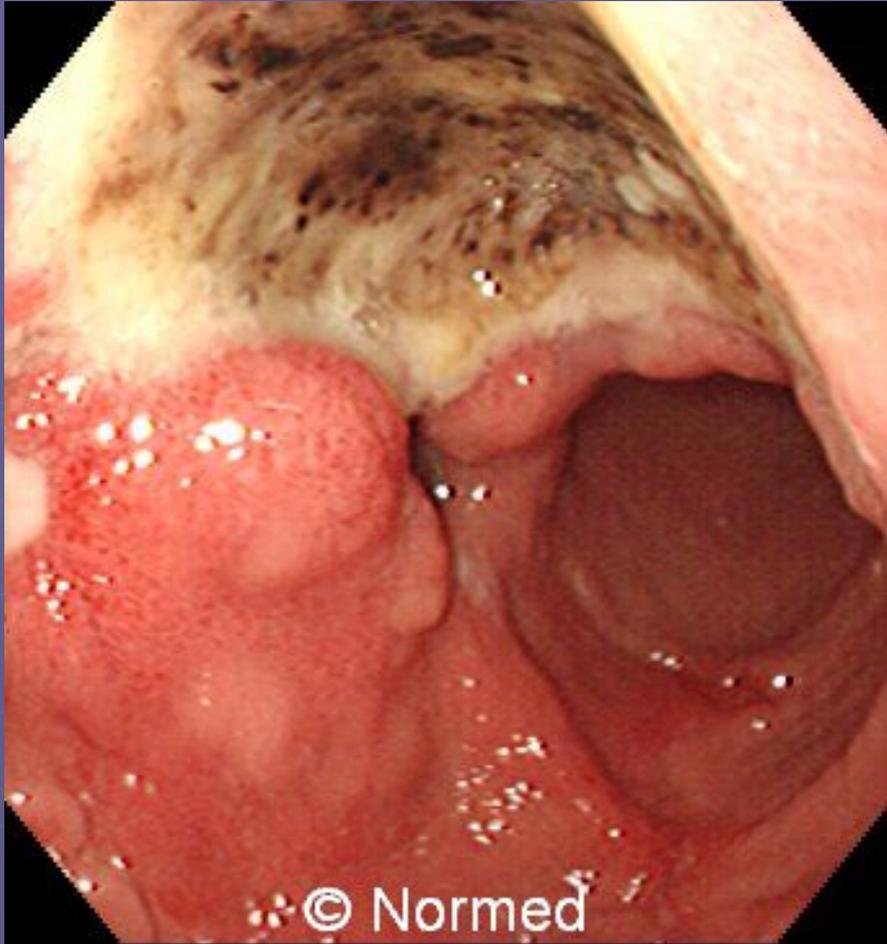
имеет вид большой глубокой язвы диаметром 2-4 см, четко отграниченной от окружающей ткани с неровными краями.

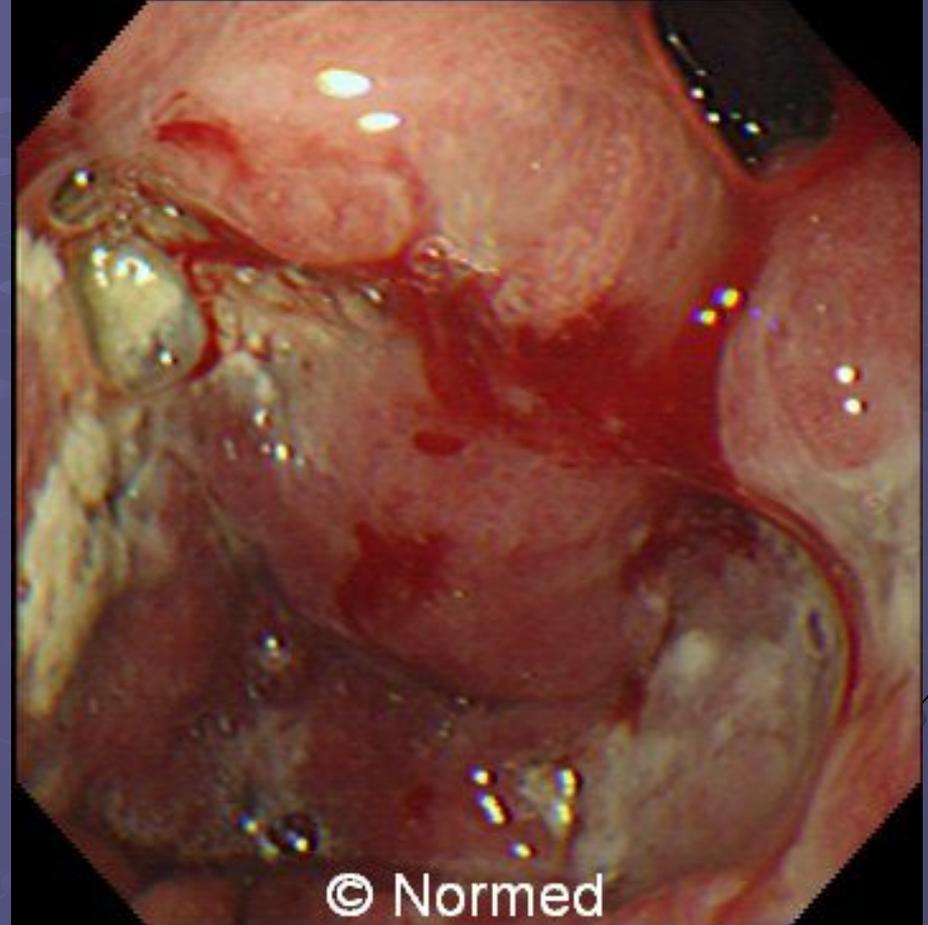
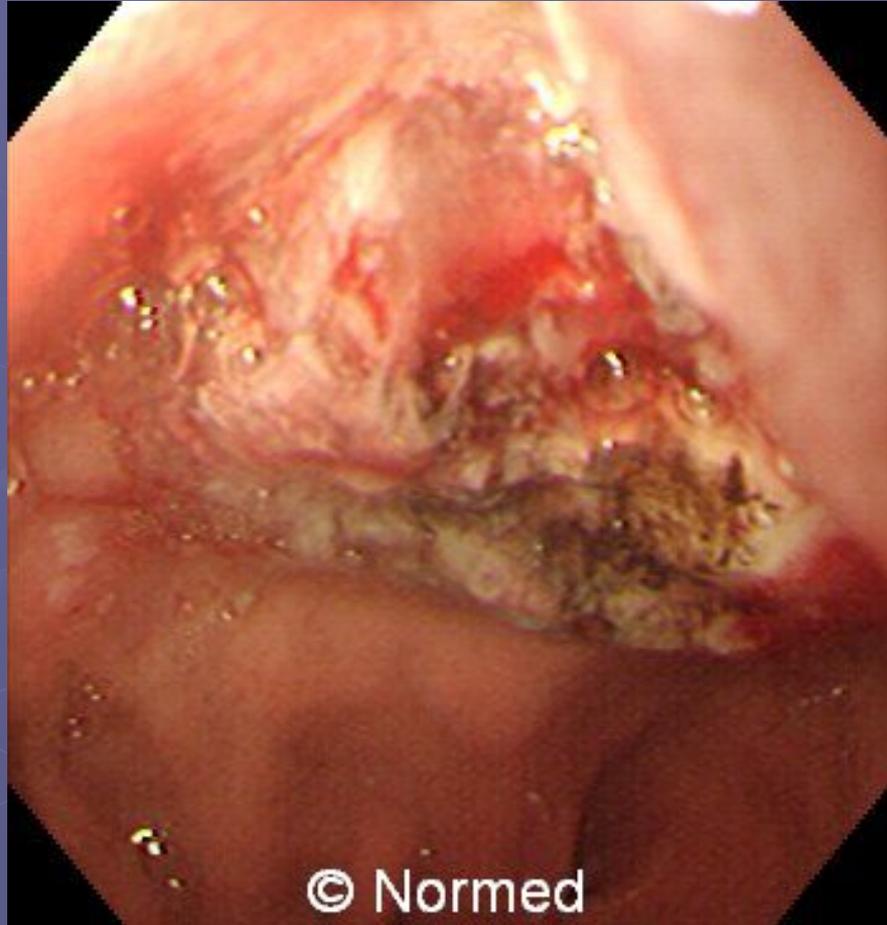


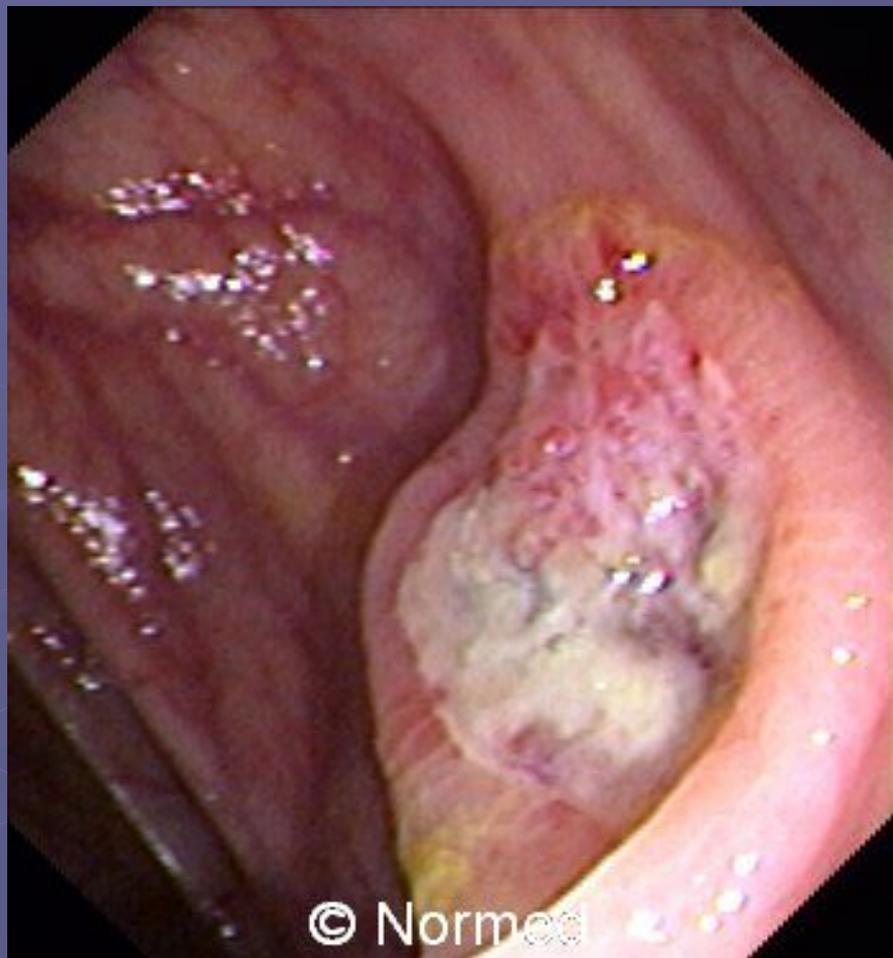
Инфильтративная раковая язва имеет

нечетко выраженные края, которые в некоторых местах отсутствуют, и ее бугристое дно непосредственно переходит в окружающую слизистую оболочку. Складки слизистой оболочки вокруг язвы ригидные, широкие, невысокие, не расправляются при нагнетании воздуха, перистальтические волны не прослеживаются. Граница между краями язвы и окружающей слизистой оболочкой отсутствует. Нередко контуры язвенного кратера трудно очертить из-за наличия грубого рельефа дна. В таких случаях инфильтративная раковая язва представляется в виде нескольких не резко отграниченных друг от друга дефектов, располагающихся на канцерозном массиве. Инфильтративная раковая язва приводит к грубой деформации желудка.



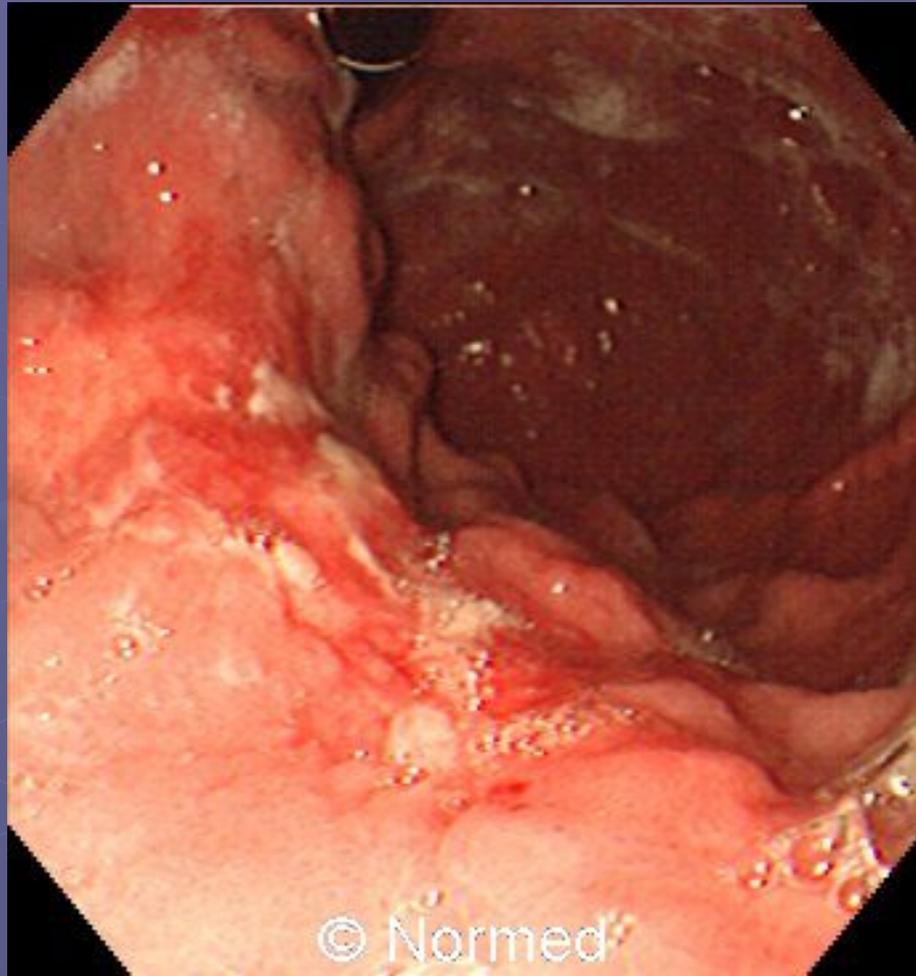


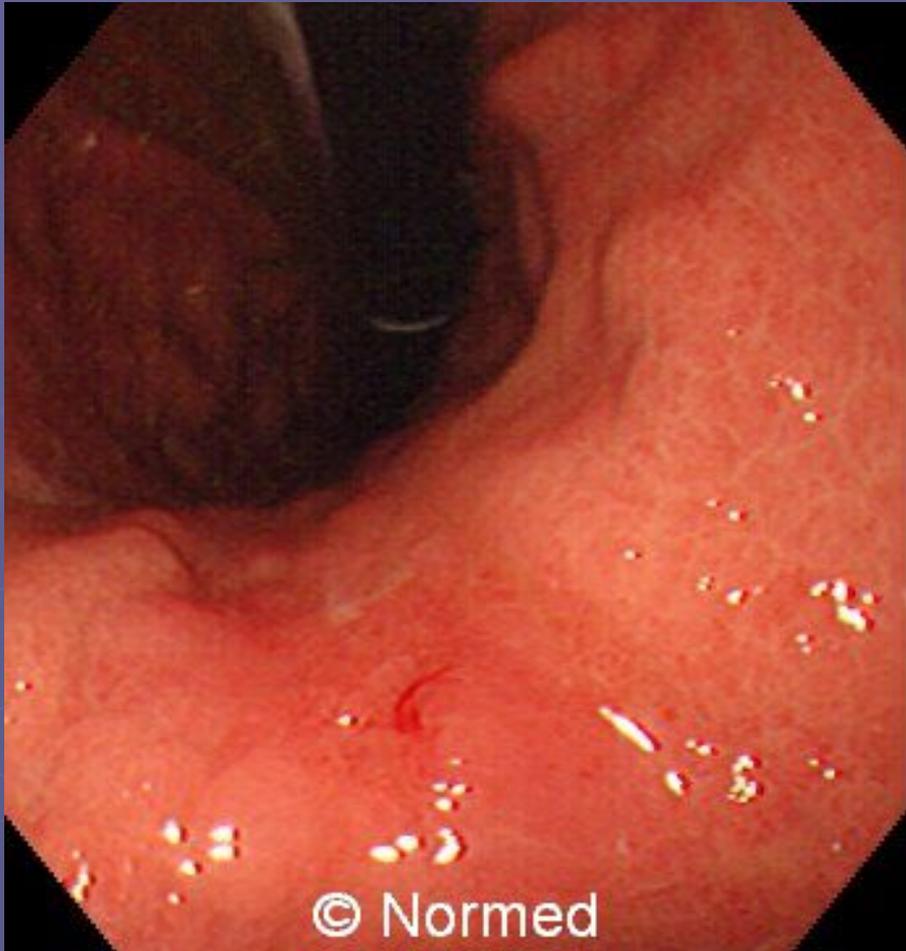


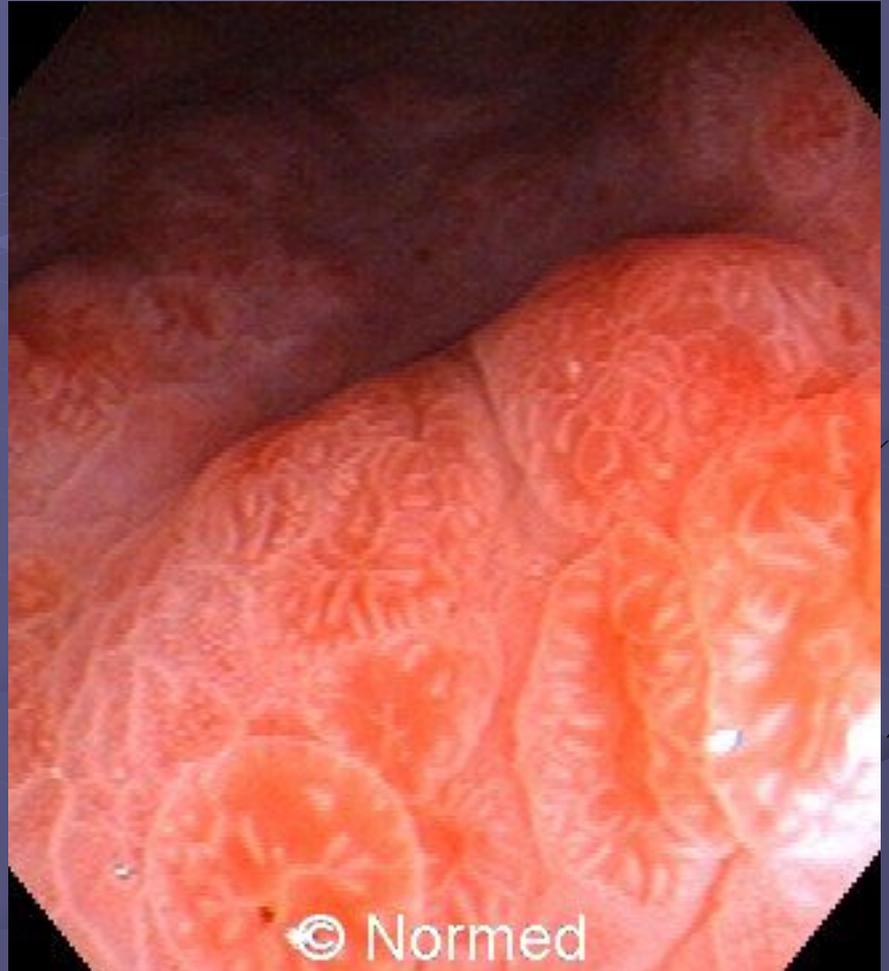
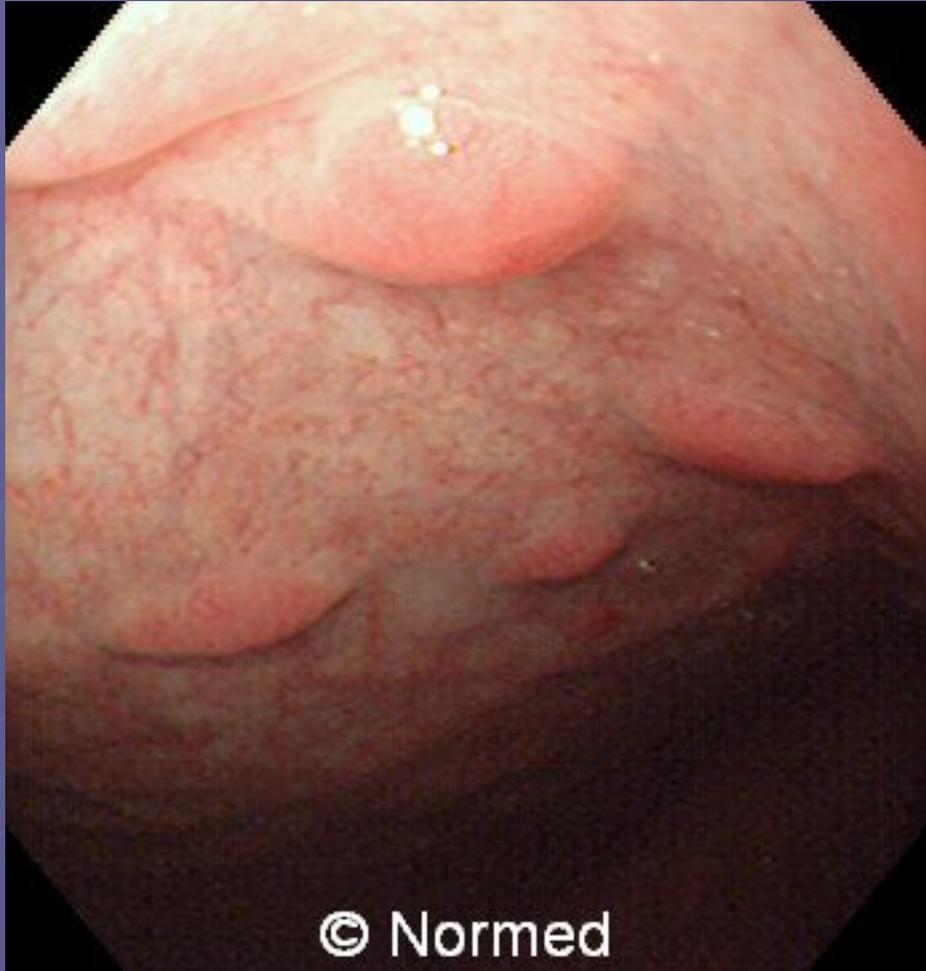


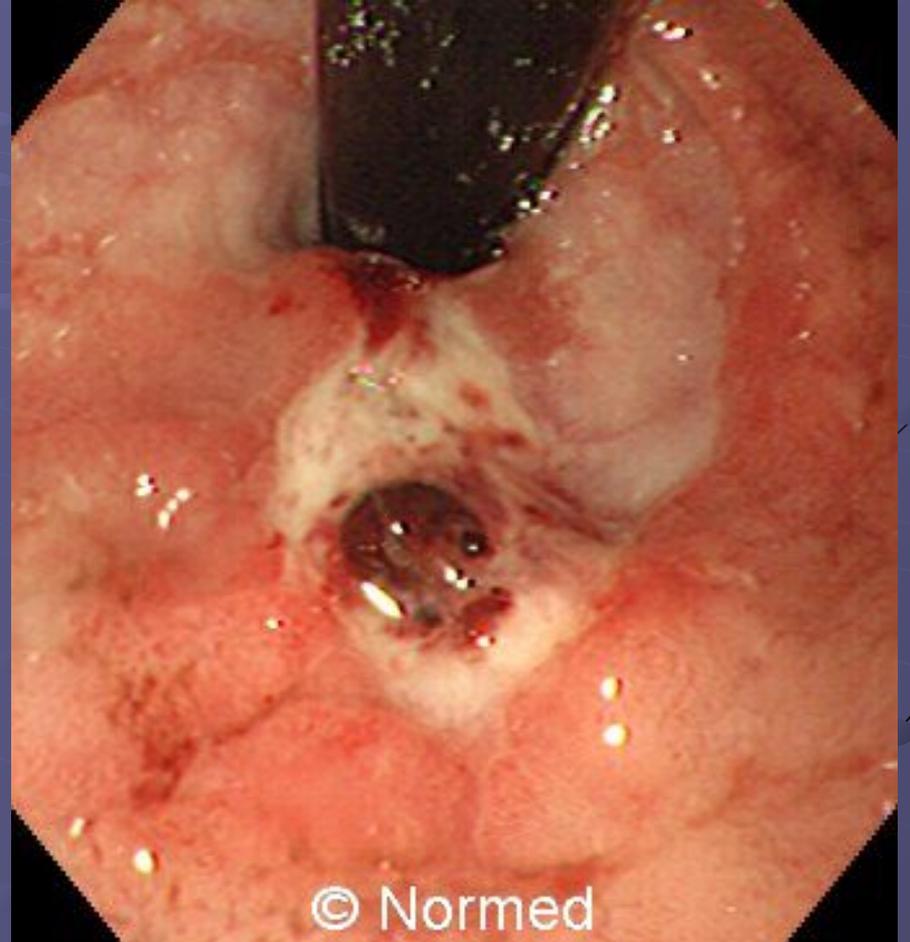
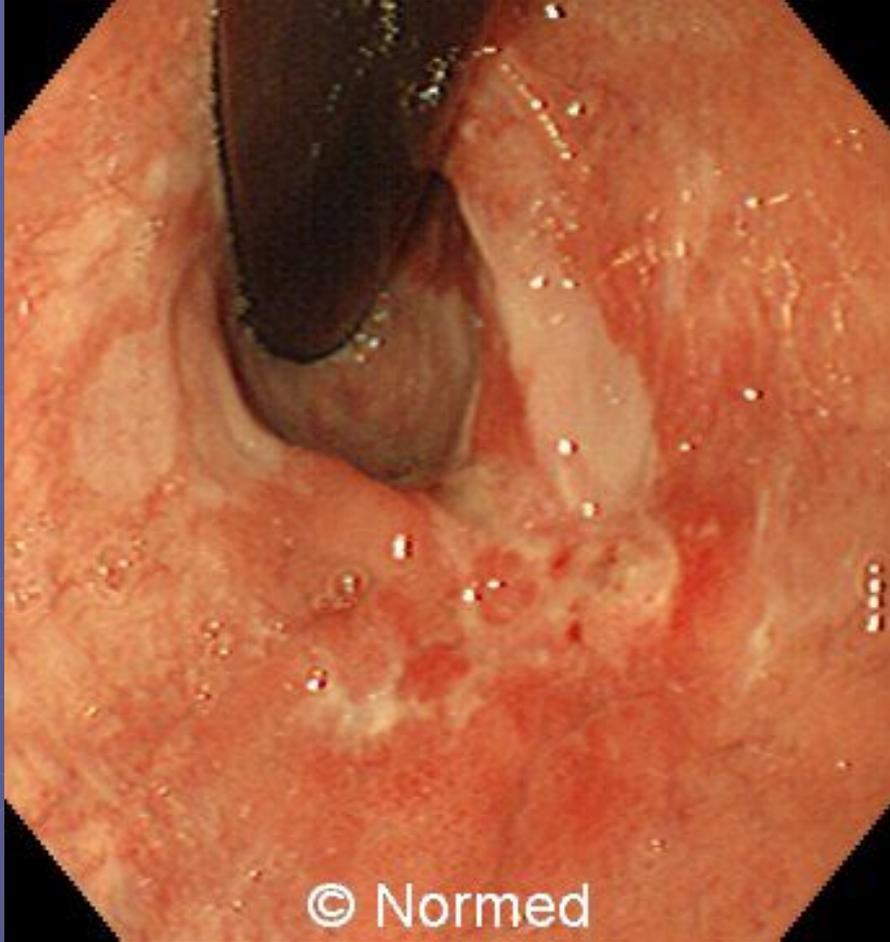
Диффузный инфильтративный

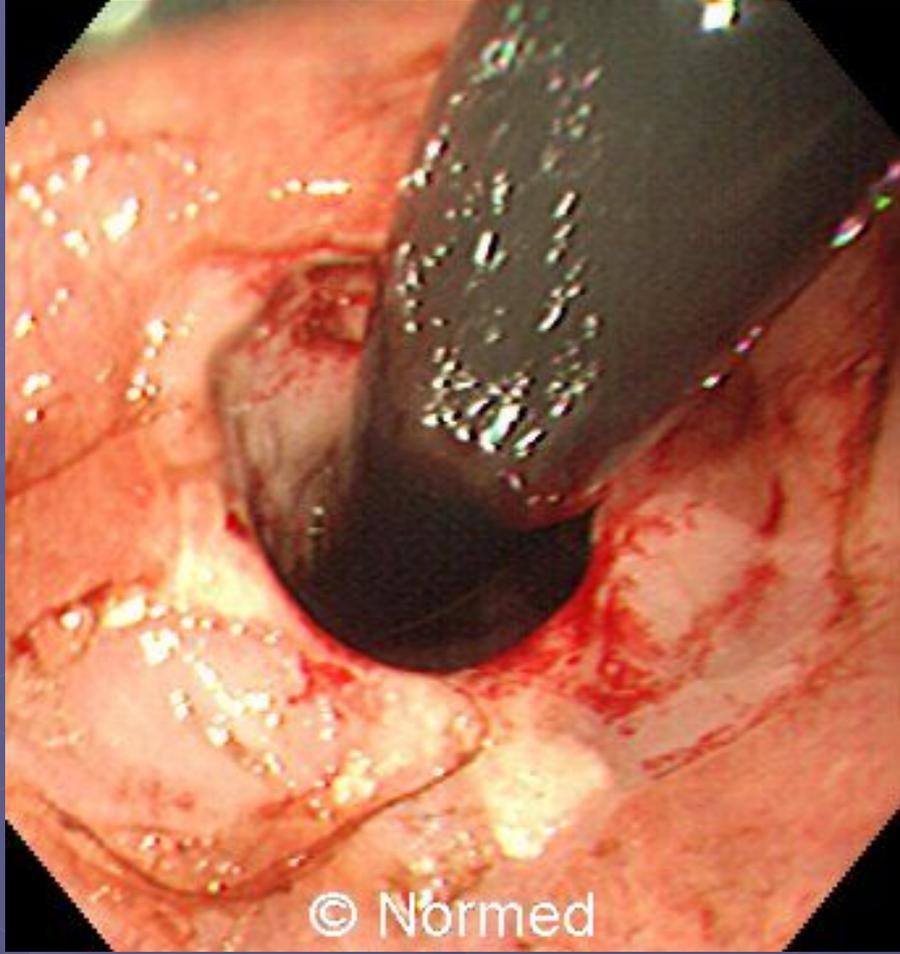
рак характеризуется подслизистым ростом опухоли, что затрудняет ее эндоскопическую диагностику. При вовлечении в процесс слизистой оболочки развивается типичная эндоскопическая картина «злокачественного» рельефа: пораженный участок несколько выбухает, складки неподвижные, «застывшие», плохо расправляются при нагнетании воздуха, снижена или отсутствует перистальтика, слизистая оболочка «безжизненная», имеет преимущественно серый цвет.

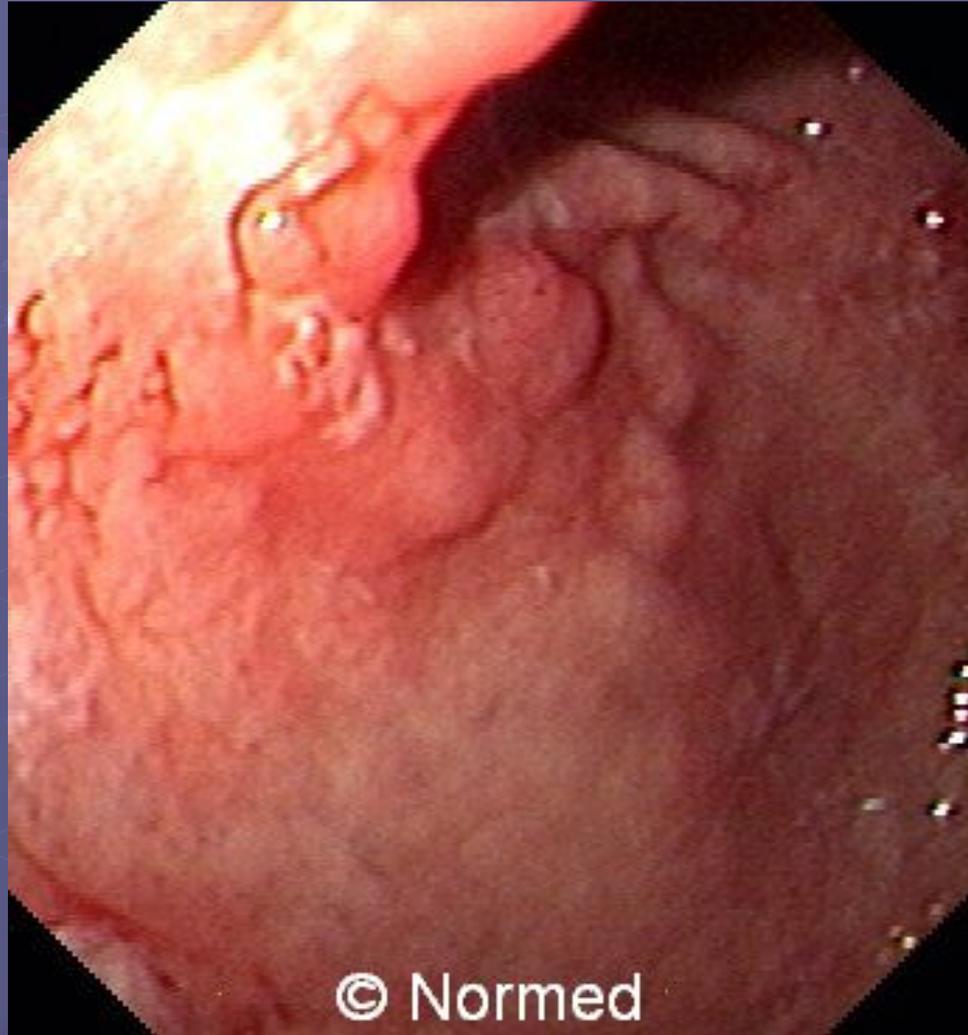












В случае присоединения инфекции и развития воспаления инфильтративный рак трудно дифференцировать от локальной формы поверхностного гастрита и доброкачественных изъязвлений, особенно в проксимальном отделе желудка. Об этом следует всегда помнить и производить биопсию всех острых изъязвлений.

Эндоскопическая диагностика развитых форм рака желудка при внимательном и неторопливом исследовании обычно не представляют для эндоскописта большой трудности, особенно в тех случаях, когда качественно выполненная эндоскопия завершается взятием биопсии из любого визуально замеченного изменения слизистой оболочки желудка, будь то полиповидные, эрозивные или язвенные проявления патологического процесса.

Однако, общеизвестно, что наибольшие трудности и ошибки вызывает диагностика ранних форм рака желудка. Японское общество эндоскопистов (1962 г) предложило классификацию ранних форм рака желудка («Early gastric cancer»), под которыми подразумеваются карциномы, локализующиеся в слизистой оболочке и подслизистом слое, с метастазами в регионарных лимфатических узлах или без них.

Эндоскопическая классификация ранних форм рака желудка:

I тип – выступающий (protrudent).

II тип – поверхностный (superficial),
подразделяющийся на подтипы:

a) приподнятый (elevated);

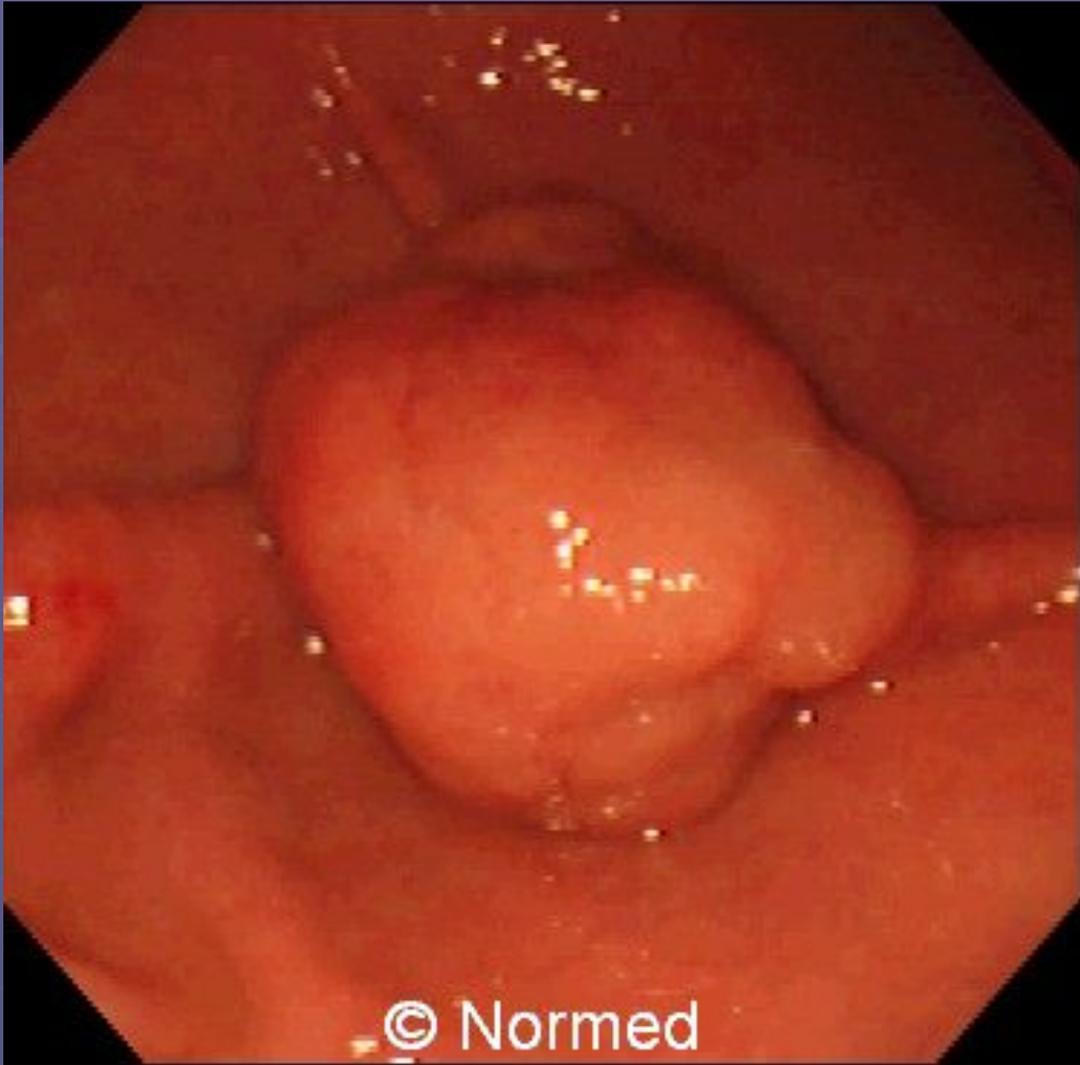
b) плоский (flat);

c) углубленный (depressed);

III тип – вогнутый (excavated).

К типу I (выступающему раку) –

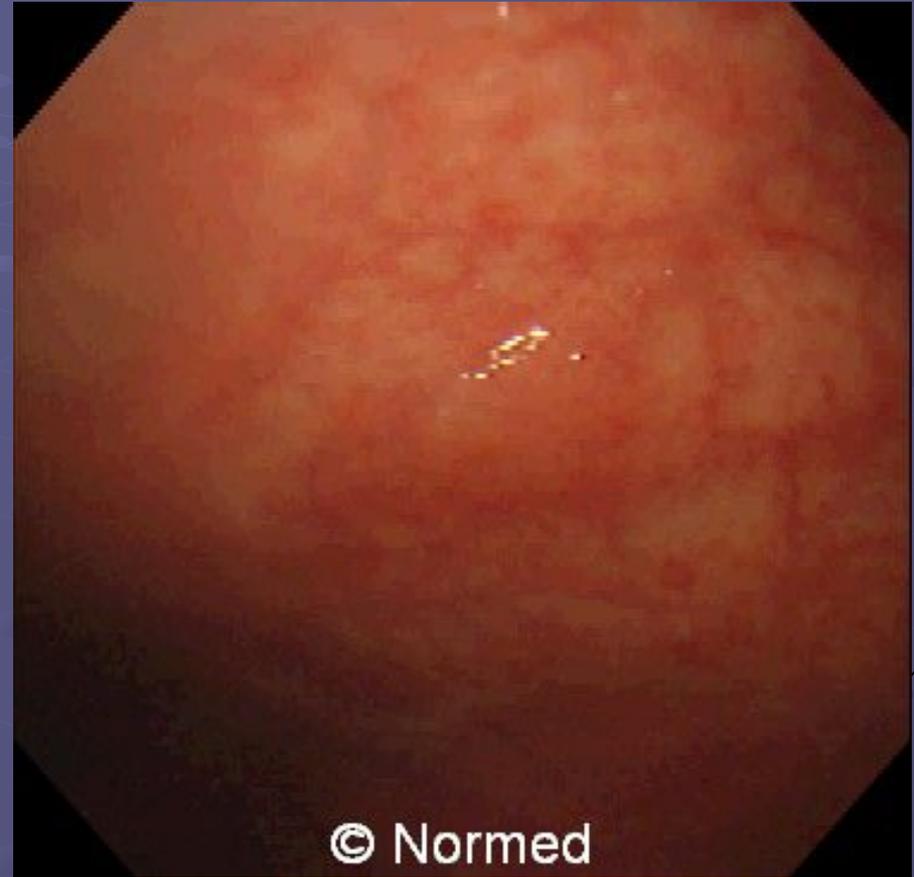
относятся экзофитные полиповидные новообразования размером 0,5-2,0 см с невыраженной или короткой ножкой, широким основанием, плоской или втянутой верхушкой. Их окраска обычно ярче окраски окружающей слизистой оболочки, что в определенной степени обусловлено кровоизлияниями и изъязвлениями. При инструментальной «пальпации» и биопсии возникает кровоточивость. Новообразование обычно смещается вместе со слизистой оболочкой относительно подлежащих тканей.



© Normed

Подтип IIa (приподнятый рак) –

представляет собой образование, возвышающееся на 3-5 мм над поверхностью слизистой оболочки в виде плато, имеющее участки некрозов и углублений. Этот подтип встречается редко (до 4%). Чаще опухоли имеют углубление в центре и выбухание по краям.





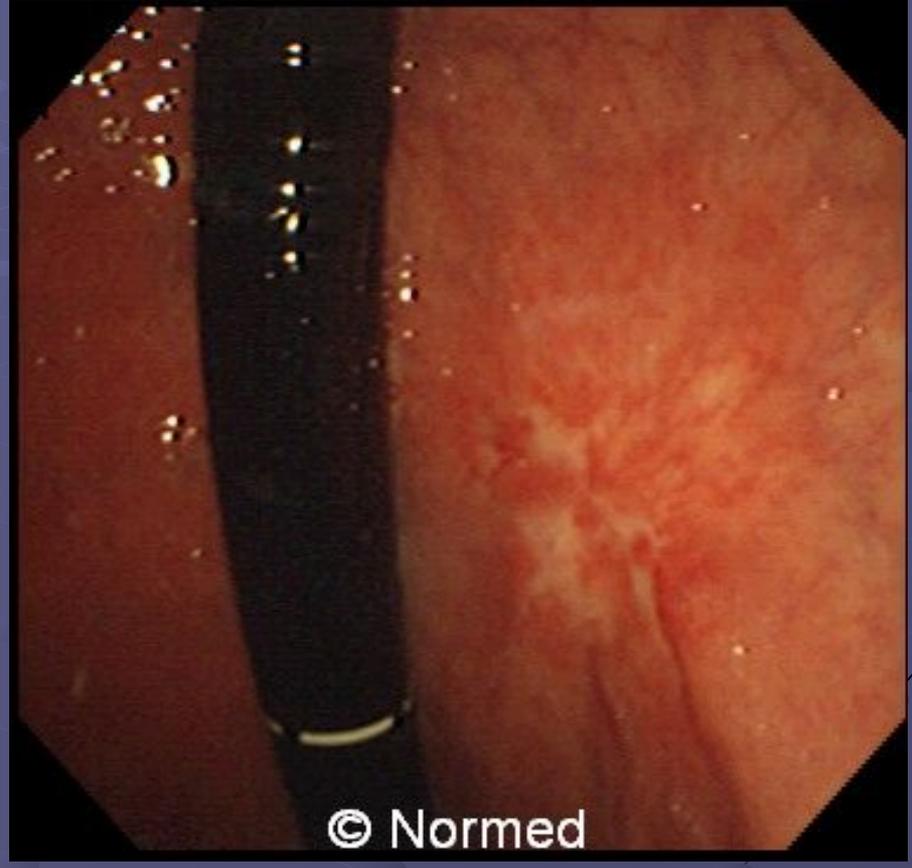
Подтип IIb (плоский рак) –

представляется в виде уплотненного участка слизистой оболочки округлой формы, лишенного типичного рельефа слизистой оболочки, ригидного при инструментальной «пальпации». Зона обесцвечивания очерчивает область поражения.

Подтип IIc (углубленный рак) –

характеризуется визуально четко очерченными плоскими эрозивными полями, располагающимися на 5 мм ниже уровня слизистой оболочки, имеющими неровные отграниченные края.

В очаге поражения отсутствует блеск, характерный для слизистой оболочки, вследствие чего он приобретает вид «изъеденного молью». В области углубления обнаруживают участки интактной слизистой оболочки в виде островков и неровных выступов.



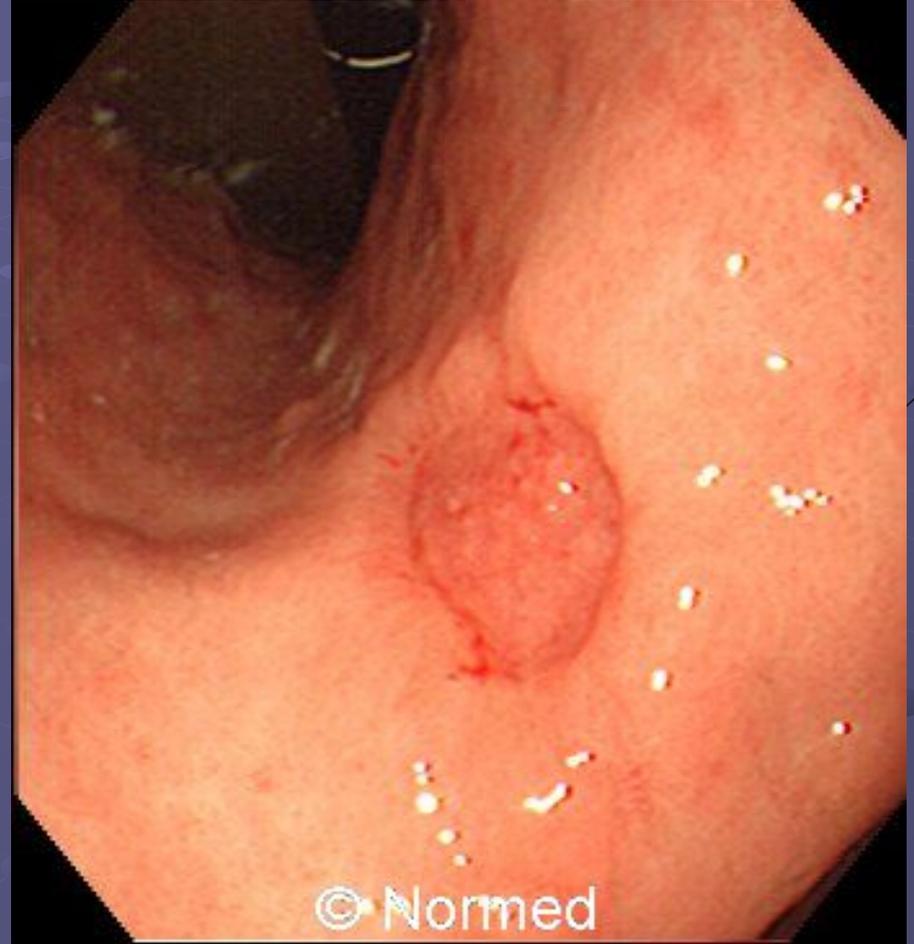
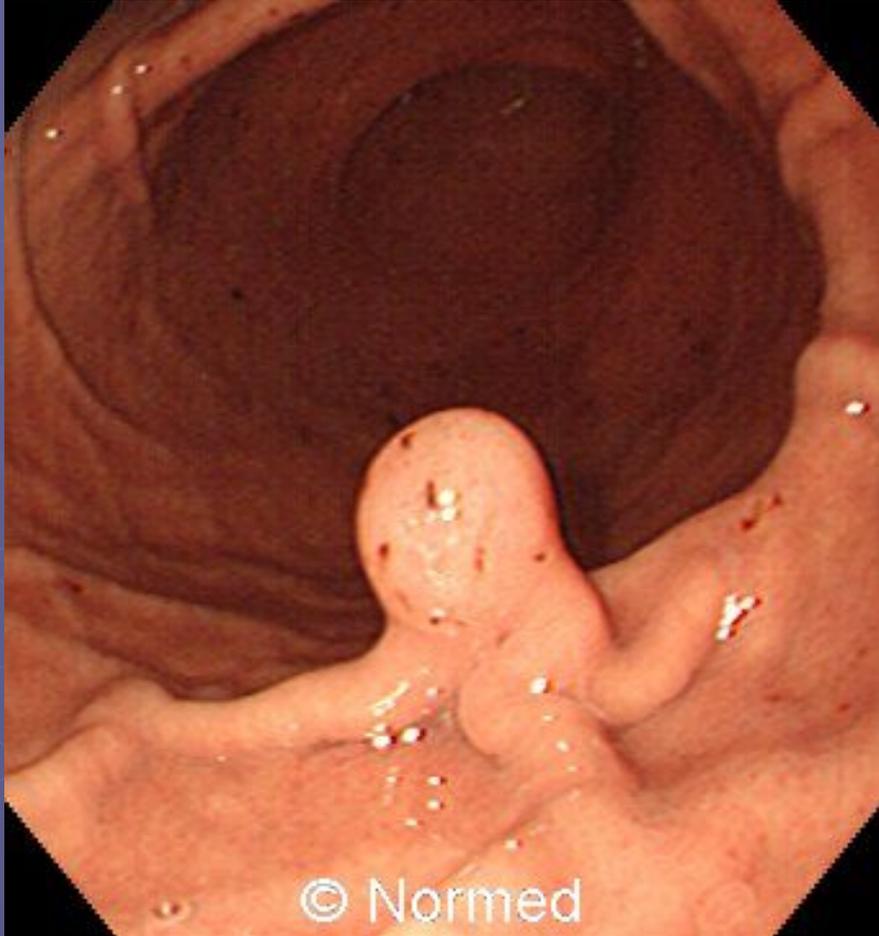


© Normed

Тип III (вогнутый, подрывтый рак) –

представляет собой дефект слизистой оболочки диаметром до 1-3 см с неоднородно утолщенными ригидными краями, выступающими над поверхностью слизистой оболочки, и неровным дном, глубина которого может быть более 5 мм. Этот тип чаще встречается не в чистом виде, а в сочетании с другими.

К ранним формам рака, кроме описанных выше, относятся **начальный рак в полипе** и **малигнизированные хронические язвы**. Существует мнение (Rosch W. 1979), что приведенная классификация сложна и важна лишь для морфологов. В практическом отношении ранние формы рака проще делить на **полиповидные** и **язвенные**.



О частоте различных типов раннего рака желудка можно судить по сводной статистике G.Miller и соавт. (1979 г), основанной на опросе специалистов по эндоскопии из 23 европейских стран. Из 2185 случаев раннего рака **тип I** отмечен в 456 (21%); **тип II** – в 1150 (53%), в том числе **подтип IIa** – в 253 (12%), **подтип IIb** – в 252 (12%), **подтип IIc** – в 645 (29%); **тип III** – в 580 (26%) случаях.

Исследования показали, что метастазы раннего рака при его локализации в слизистой оболочке встречаются редко. Однако их частота может достигать 5-10%, а при локализации злокачественной инфильтрации в подслизистом слое – до 20%. Размер опухоли имеет значение в определении частоты метастазов и, следовательно, прогноза болезни. Опухоли диаметром менее 2 см, как правило, операбельны.

Диаметр поражения при ранних формах рака желудка обычно не превышает 2 см. Однако описаны очаги значительно больших размеров (от 5 см до 10 см).

Визуальная диагностика ранних форм рака желудка и дифференциальная диагностика их с доброкачественными полипами и язвами, а также с эрозивными поражениями слизистой желудка (как острыми так и хроническими) очень трудна в связи с отсутствием типичных эндоскопических признаков. Это свидетельствует о необходимости применения дополнительных эндо-скопических методик (биопсия, хромогастроскопия) для решения проблемы диагностики ранних форм рака.

Для эндоскопистов в повседневной практической работе наибольшие **трудности в диагностике** рака желудка представляют следующие причины:

- ранние формы рака желудка;
- локализация опухоли (в особенности, «проксимальный» рак желудка);
- беспокойное поведение пациента (особенности психики, возраст, недостаточная местная анестезия);
- устаревшая эндоскопическая аппаратура (низкая оптическая возможность гастроскопов);
- минимальная обеспеченность щипцами для взятия биопсии;
- недооценка патоморфологических процессов со стороны слизистой оболочки желудка;
- отказ от взятия биопсийного материала из, казалось бы, визуально идентифицированного патологического очага;
- недостаточное количество биопсийного материала;
- ошибочные результаты морфологического исследования биоматериала;
- отказ от консультации с эндоскопистами более высокой квалификации или в специализированном онкологическом медучреждении.

Причинами, обуславливающими ошибочные результаты морфологических исследований материала, полученного при прицельных биопсиях, являются:

- невозможность взять ткань опухоли в достаточном объеме в связи с особенностями ее роста;
- нарушение правил выполнения биопсии;
- неправильное хранение и приготовление препаратов.

Первые две причины заслуживают особенного внимания эндоскопистов. Неудачи обусловлены тем, что неправильно выбирается место биопсии, бранши биопсийных щипцов не проникают вглубь слизистой оболочки и не забирают пораженную ткань; захватывается мало фрагментов или они оказываются слишком маленькими.

Таким образом, **ошибки в эндоскопической диагностике рака желудка** носят, в основном, субъективный характер, т.е. зависят от уровня квалификации врача-эндоскописта. Правильная направленность, внимание, постоянная онконастороженность эндоскопистов позволят повысить качество эндоскопической диагностики рака желудка, уменьшить количество запущенных случаев заболевания раком желудка и поднять, таким образом, престиж эндоскопической службы.