

# РАК ЖЕЛУДКА

- Одна из самых распространенных злокачественных опухолей у человека, который в структуре онкологической заболеваемости занимает 2-е - 3-е место.
- У мужчин рак желудка наблюдается в 2 раза чаще; после 40 лет заболеваемость резко возрастает.

# История



Наполеон Бонапарт умер 5 мая, 1821  
Рак желудка?



22 января 1881 Теодор Бильрот 1  
субтотальная резекция

## Факторы риска

1. Диета: соль, соленая рыба, соленые овощи, копчености
2. Курение повышает в 1,5-1,6 раз
3. Хеликобактер пилори
4. Эпштейн – Барр 2-16% всех раков желудка
5. Наследственность 10% - семейный рак
6. Язва у каждого четвертого больного раком
7. Пернициозная анемия (В12 дефицитная)
8. Ожирение особенно для кардии
9. Операция на желудке в анамнезе
10. Прием бисфосфонатов
11. Радиация

## •Предрак.

К местным предопухолевым заболеваниям относятся **анацидный гастрит**, особенно с дисплазией эпителия, **дисрегенераторные (метапластические) гастриты**, складчатый гиперпластический гастрит (**болезнь Менетрие**), аденоматозные **полипы** и **множественный полипоз** желудка, пернициозная анемия, резекции желудка.

# ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Опухоль локализуется в нижней трети желудка в 50% случаев, в средней - в 15% и в верхней - 25%. Почти 10% случаев приходится на дно желудка.

На основе эндоскопических исследований принято выделять такие макроскопические формы роста опухоли.

## **А. Первичный рак.**

*I. Экзофитная форма: а)*

бляшковидный;

б) полиповидный в) чашеобразный.

*II. Инфильтративная форма (эндофитные).*

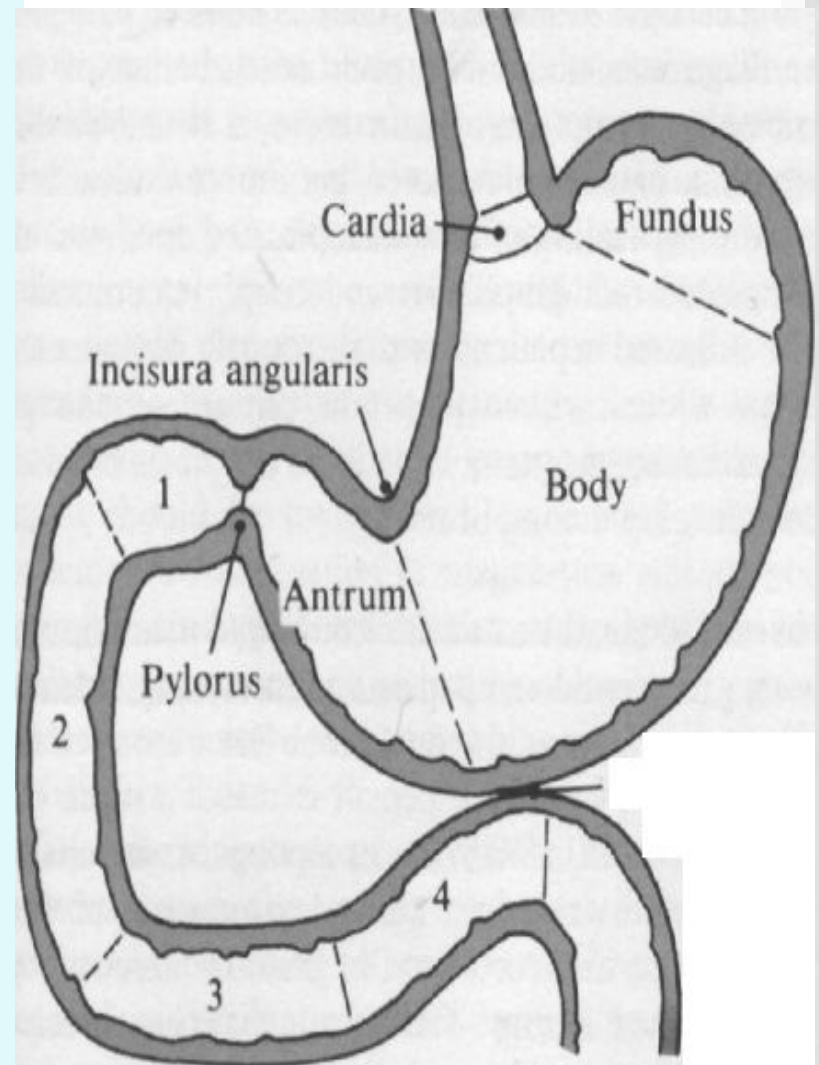
1. Язвенно-инфильтративная форма.

2. Диффузно-инфильтративная форма

*III. Смешанная форма (мезофитный).*

**Б. Рак из полипа.**

**В. Рак из язвы.**



# ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

## **1. Аденокарцинома:**

а) папиллярная, б) тубулярная в) муцинозная;

г) перстневидно-клеточный рак.

**2. Железисто-плоскоклеточный рак.**

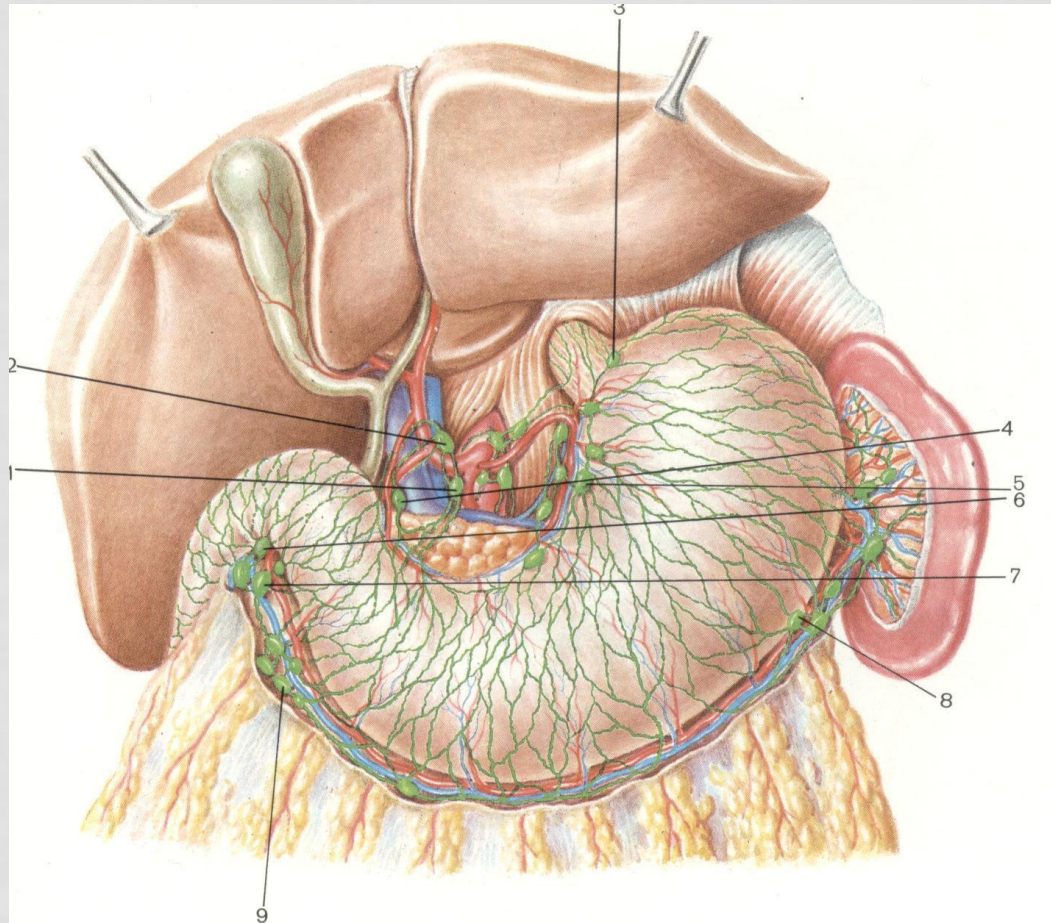
**3. Плоскоклеточный рак.**

**4. Недифференцированный рак.**

**5. Некласифицируемый рак.**



# ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЖЕЛУДКА



# КЛАССИФИКАЦИЯ TNM

Tx Недостаточно данных для оценки первичной опухоли

T0 Первичная опухоль не определяется

Tis Carcinoma in situ: внутриэпителиальная опухоль без инвазии базальной мембраны

T1 Опухоль инфильтрирует базальную мембрану и подслизистый слой

T2 Опухоль инфильтрирует мышечный и субсерозный слой

T3 Опухоль прорастает серозную оболочку (висцеральную брюшину) без инвазии в соседние структуры

T4 Опухоль распространяется на соседние структуры

Nx Недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов

N0 Нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов

N1 Имеются метастазы в 1-6 регионарных лимфатических узлах

N2 Имеются метастазы в 7-15 регионарных лимфатических узлах

N3 Имеются метастазы в более, чем 15 регионарных лимфатических узлах

Mx Недостаточно данных для определения отдаленных метастазов

M0 Отдаленные метастазы не определяются

M1 Имеющиеся отдаленные метастазы

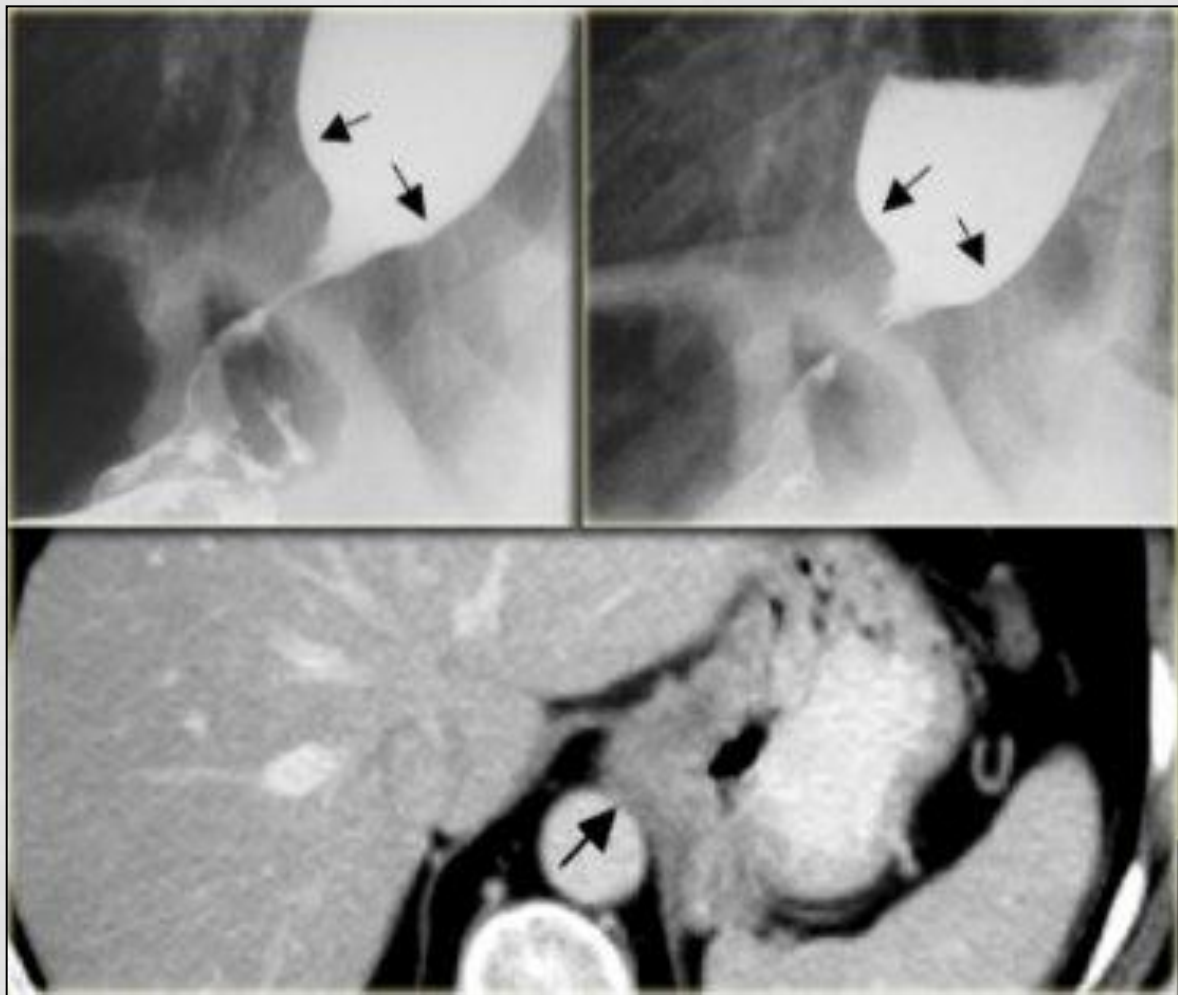


## Симптомы

1. Потеря веса

2. Боль

3. Дисфагия



*Менее часто:*

- псевдоахалазия
- кровотечение 20%
- рвота
- язва желудка 25%

# Клиника

**Рак дистального отдела** желудка проявляется признаками пилоростеноза. Появляются ощущение полноты в эпигастрии, иногда отрыжка и рвота. С ростом опухоли и полным сужением выходного отдела вся принятая пища остается в желудке, последний расширяется, в результате чего больного беспокоят чувство тяжести и боли в животе.

**Рак кардиального отдела** желудка проявляется дисфагией - задержкой пищи в горле продвижения её из пищевода в желудок. Кроме этого, появляются ощущение давления и боль за грудиной, слюнотечение, срыгивание.

**Рак тела желудка** сравнительно долго не проявляется желудочными симптомами. На первый план выступают общие признаки: общая слабость, исхудание, малокровие, потеря аппетита, депрессия. К основным осложнениям рака желудка относятся пилоростеноз (сужение выходного отдела желудка), кровотечение и перфорация, требующих немедленного хирургического вмешательства.

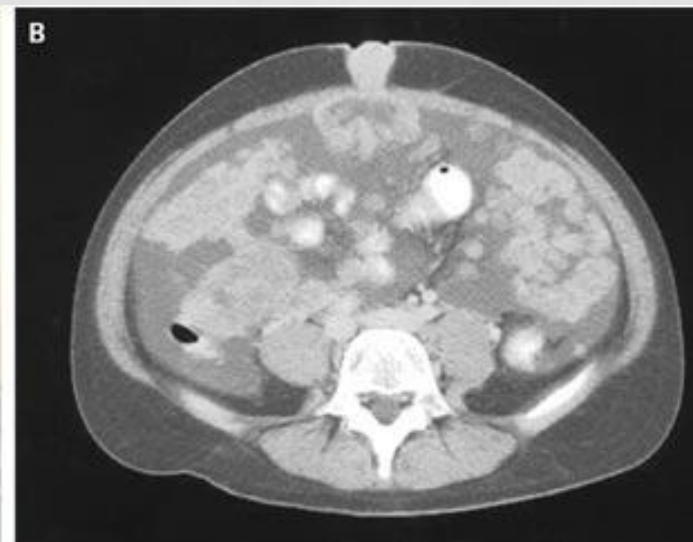
**Характерными отдаленными метастазами** являются метастаз Вирхова (в левой надключичной области между ножками кивательной мышцы), метастазы Крукенберга (в яичники), метастаз Шницлера (в дугласовом пространстве), метастаз в пупок (метастаз сестры Джозеф)

# Признаки распространенной болезни

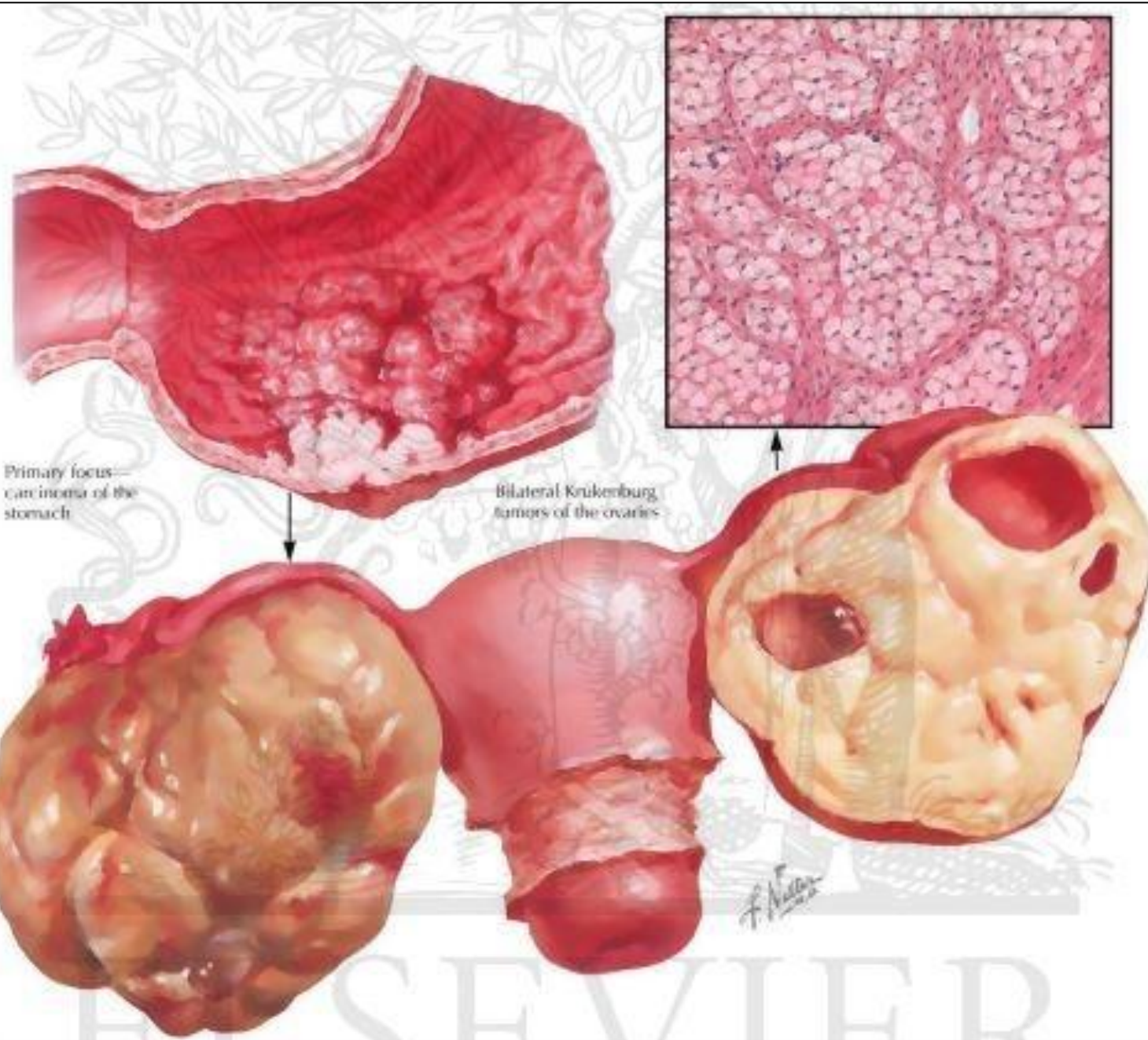
- Метастазы
  1. сестры Мэри Джозеф (Sister Mary Joseph's node)
  2. Крукенберга (Krukenberg's tumor)
  3. Вирхова (Virchow's node)
  4. Блумера (Blumer's shelf )
- Асцит
- Пальпируемая печень



**Сестра Мэри Джозеф**

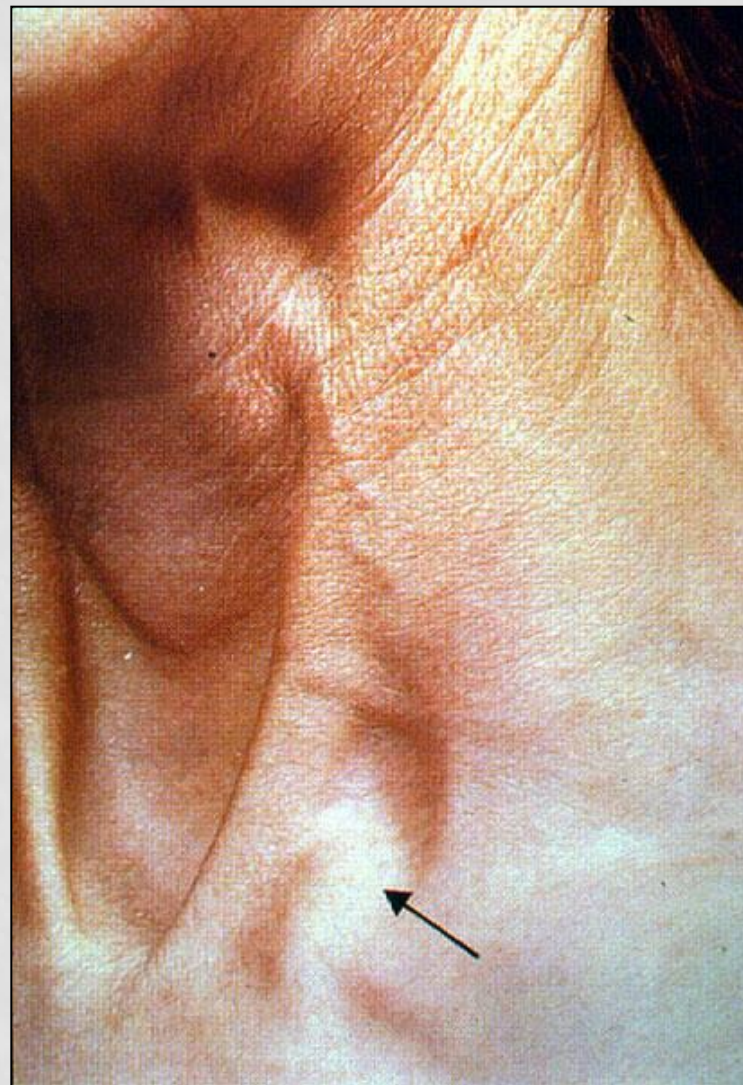






Опухоль Крукенберга

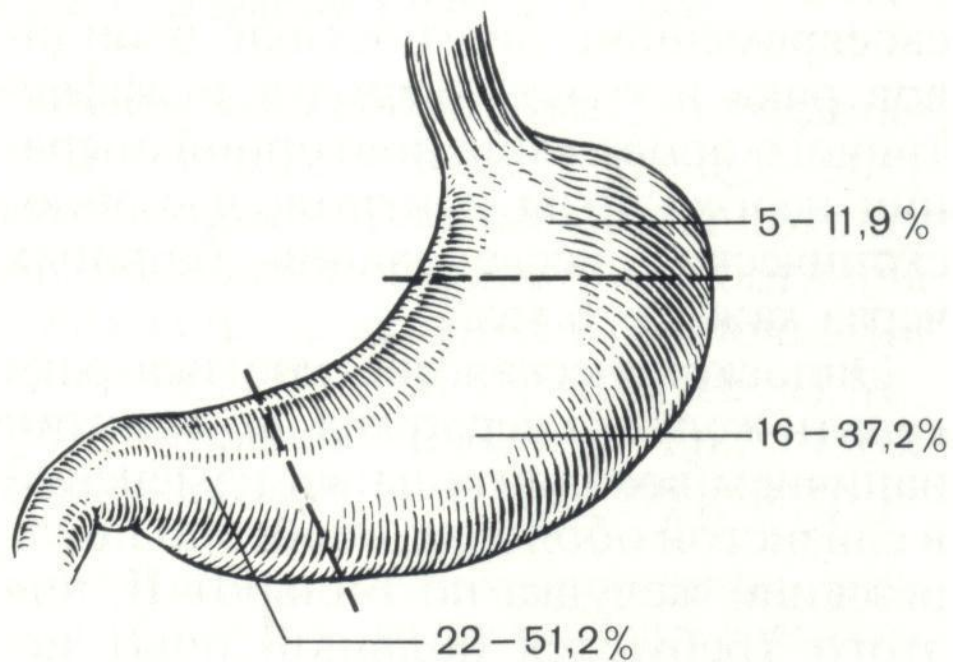




Вирховский метастаз

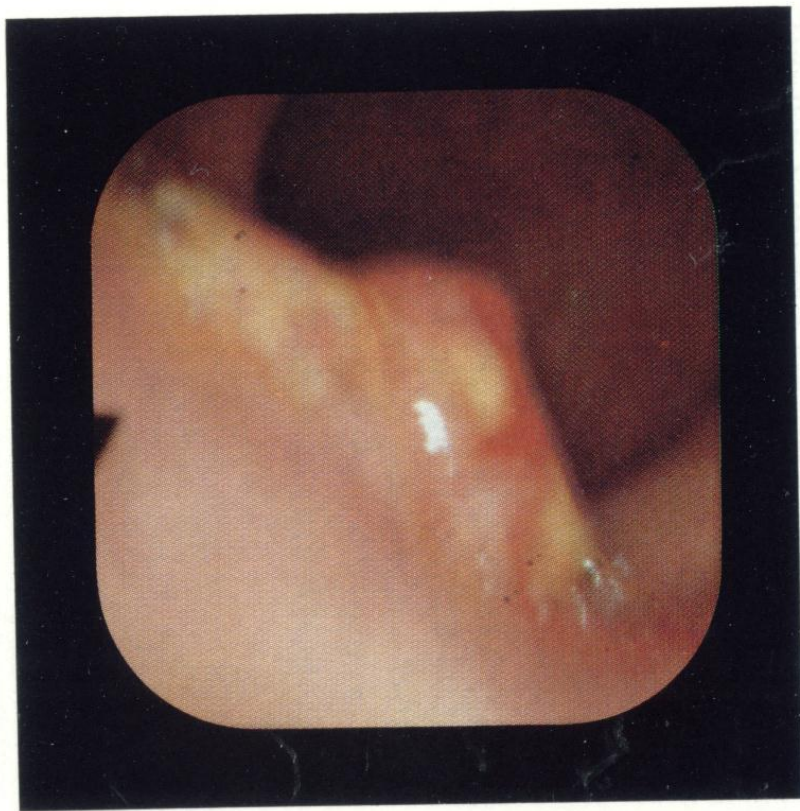
# ДИАГНОСТИКА

**2.208.** Локализация ранних форм рака желудка.

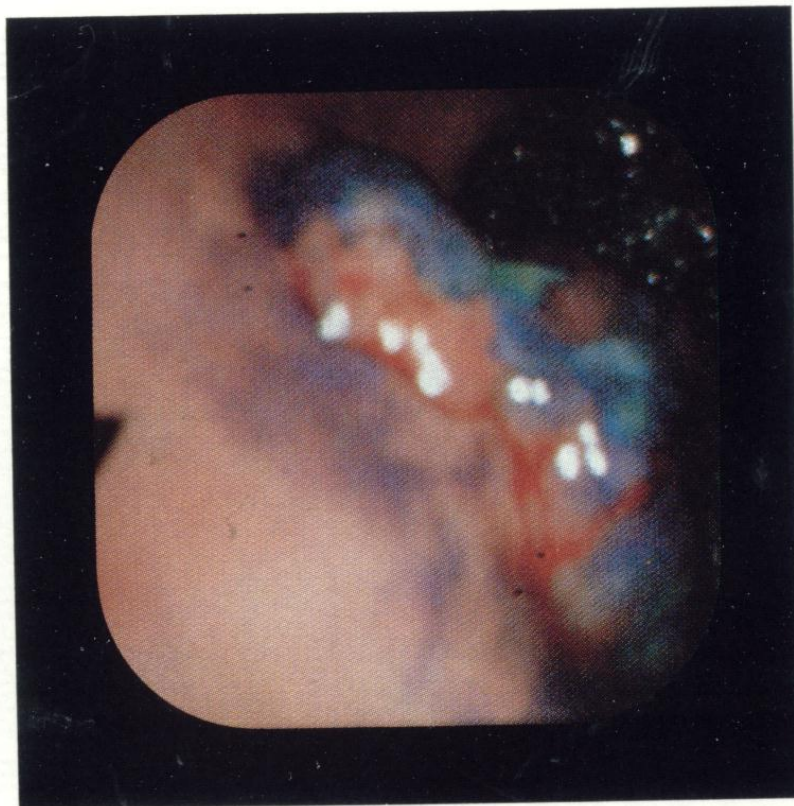




# ХРОМОГАСТРОСКОПИЯ



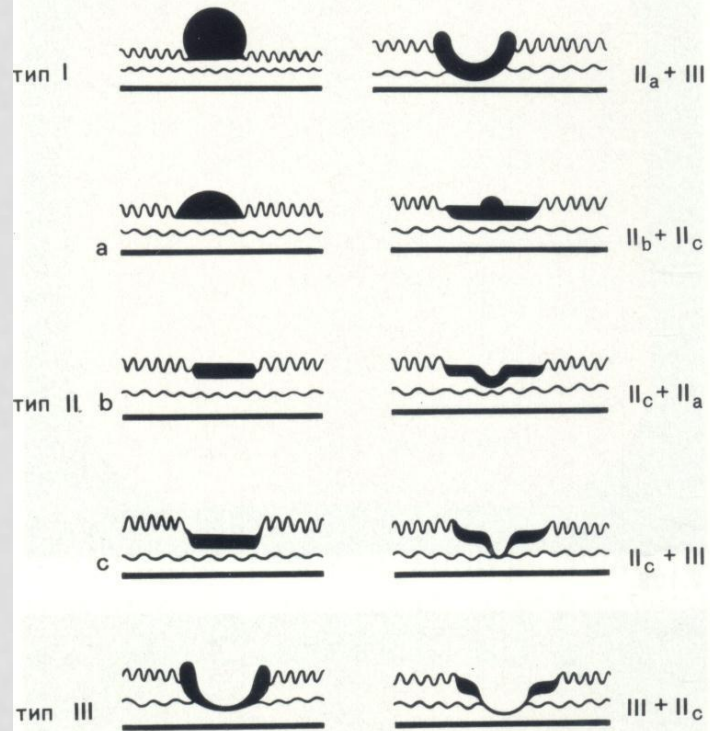
S.508.



S.509.

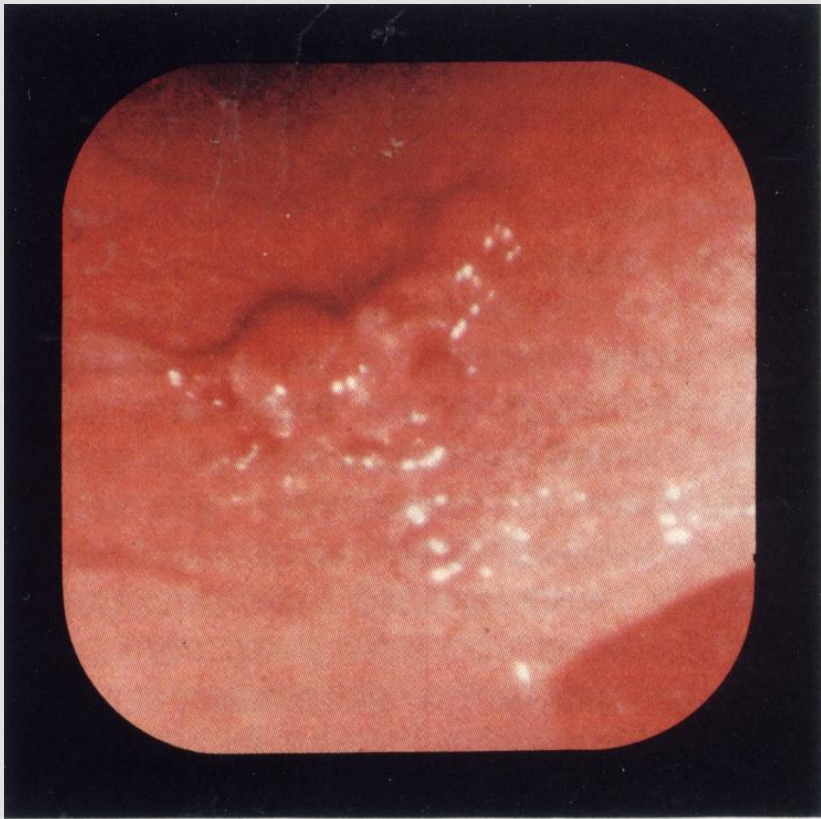
# РАННИЙ РАК ЖЕЛУДКА

2.107. Макроскопические формы раннего рака желудка (схема).





# РАННИЙ РАК ЖЕЛУДКА: ГАСТРОСКОПИЯ

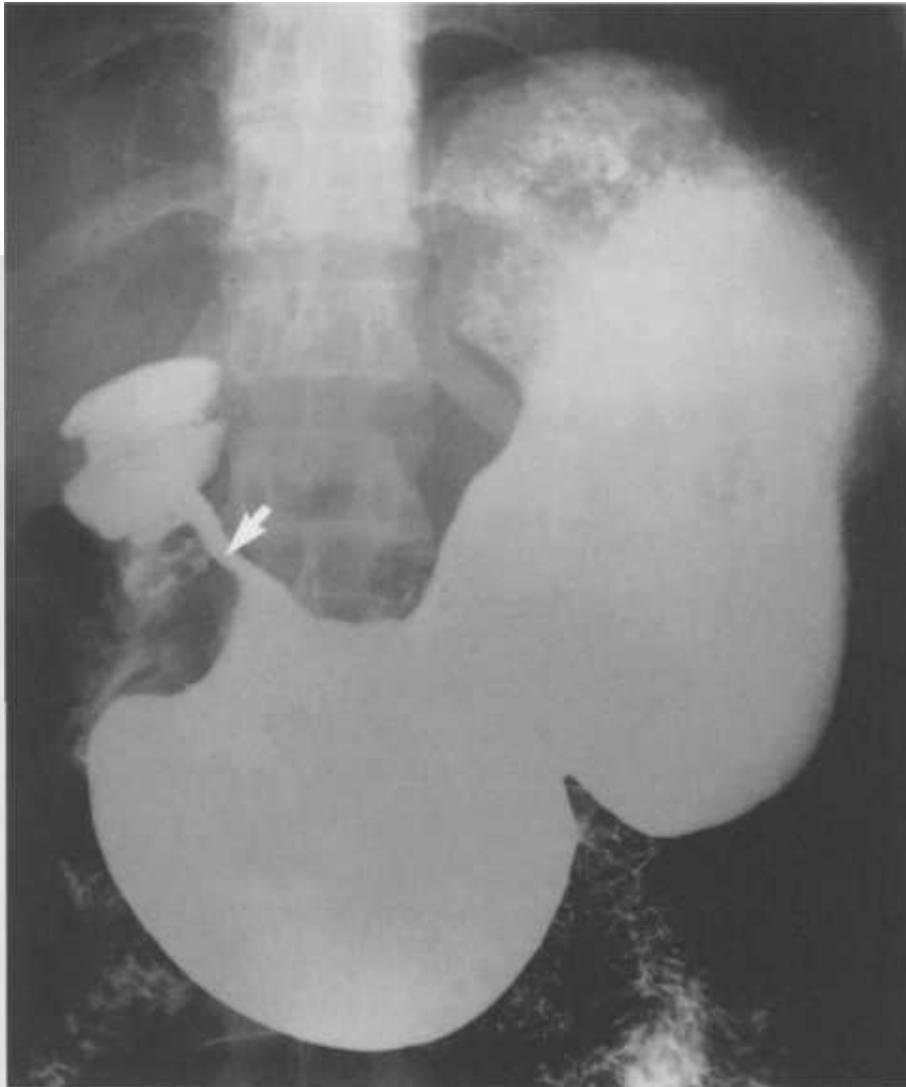


Тип I

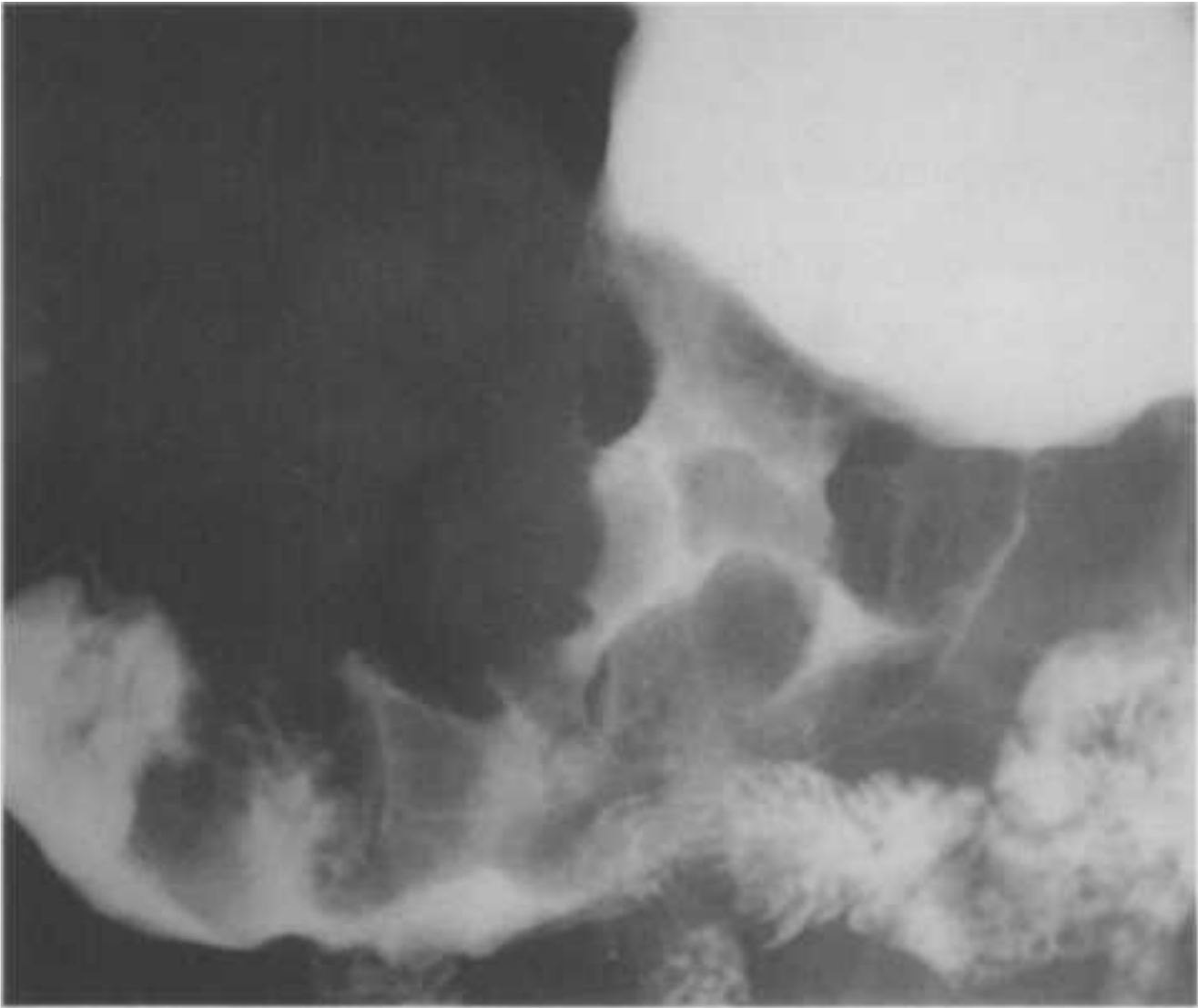


Тип IIa+IIc





Рак антрального отдела



# ЛЕЧЕНИЕ

- Радикальное лечение рака желудка - хирургическая операция.
- субтотальная дистальная резекция желудка, гастрэктомия и проксимальная резекция желудка.  
Диагноз рака желудка I-IIIА стадий является абсолютным показанием для операции.
- При раке антрального отдела желудка I-III стадий экзофитной формы роста выполняют субтотальную дистальную резекцию желудка.  
Гастрэктомия - при опухолях в среднем отделе желудка независимо от морфологической структуры и формы роста. Только иногда при I стадии дифференцированного рака и благоприятных условиях допустима субтотальная резекция с максимальным удалением желудка по малой кривизне.  
При экзофитной форме рака проксимального отдела желудка I стадии осуществляется проксимальная резекция желудка, а при опухолях I-III стадий и при инфильтративной форме роста - гастрэктомия.
- Комбинированные резекции желудка и гастрэктомии (с удалением селезенки, хвоста поджелудочной железы, ободочной кишки) показаны при экзофитных опухолях с прорастанием в смежные органы.  
Расширенные резекции и гастрэктомии предусматривают распространение операции на дополнительные зоны регионарного метастазирования

**Table 1 - Continued**

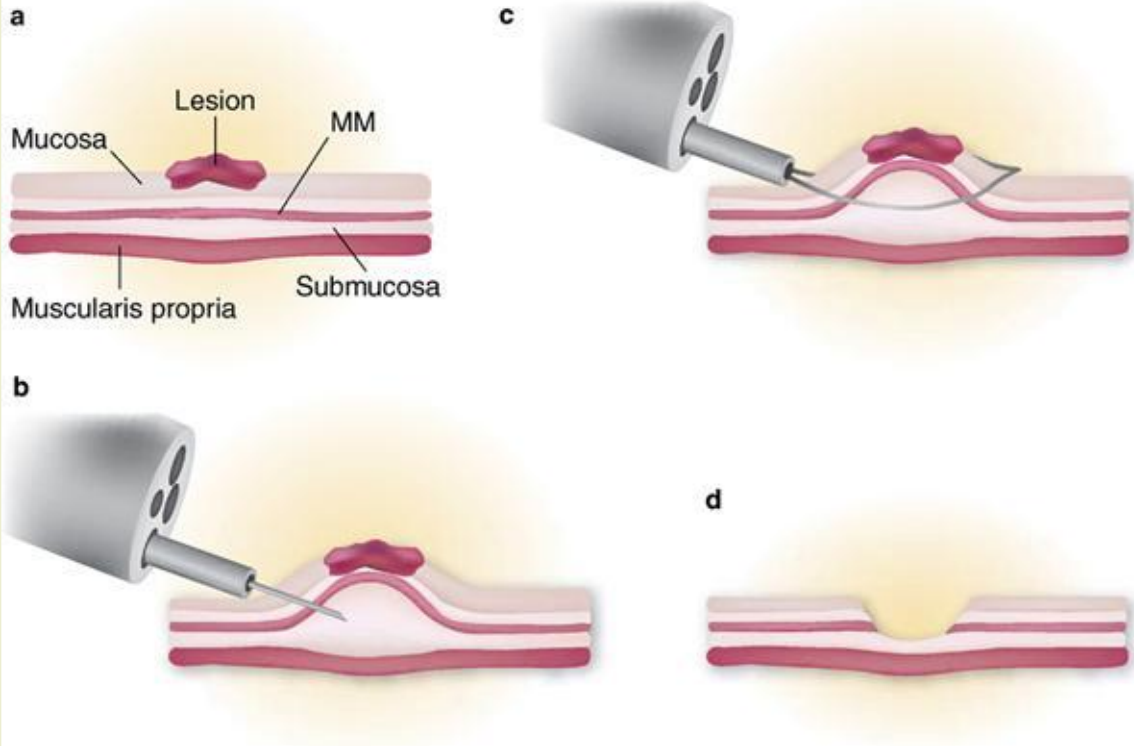
**American Joint Committee on Cancer (AJCC)**

**TNM Staging Classification for Carcinoma of the Stomach  
(7th ed., 2010)**

<b>Anatomic Stage/Prognostic Groups</b>			
<b>Stage 0</b>	Tis	N0	M0
<b>Stage IA</b>	T1	N0	M0
<b>Stage IB</b>	T2	N0	M0
	T1	N1	M0
<b>Stage IIA</b>	T3	N0	M0
	T2	N1	M0
	T1	N2	M0
<b>Stage IIB</b>	T4a	N0	M0
	T3	N1	M0
	T2	N2	M0
	T1	N3	M0
<b>Stage IIIA</b>	T4a	N1	M0
	T3	N2	M0
	T2	N3	M0
<b>Stage IIIB</b>	T4b	N0	M0
	T4b	N1	M0
	T4a	N2	M0
	T3	N3	M0
<b>Stage IIIC</b>	T4b	N2	M0
	T4b	N3	M0
	T4a	N3	M0
<b>Stage IV</b>	Any T	Any N	M1

**ПОТЕНЦИАЛЬНО  
РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫ!!!**

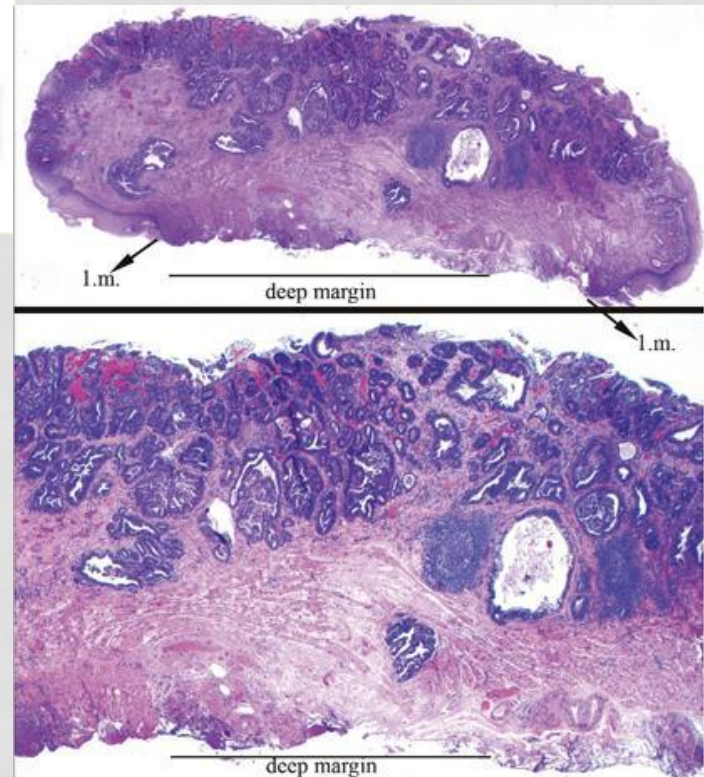
## Principle of Endoscopic Mucosal Resection



# EMR

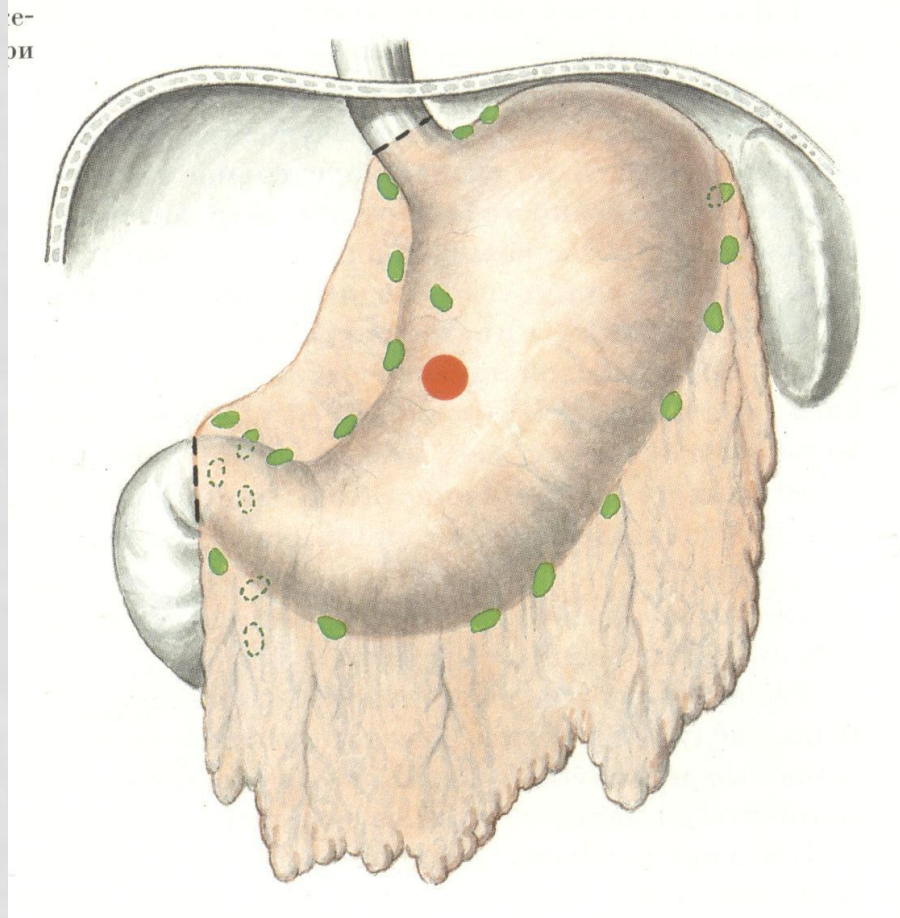
## Endoscopic mucosal resection

Эндоскопическая  
резекция слизистой ±  
диссекция в  
подслизистом слое с  
1978г



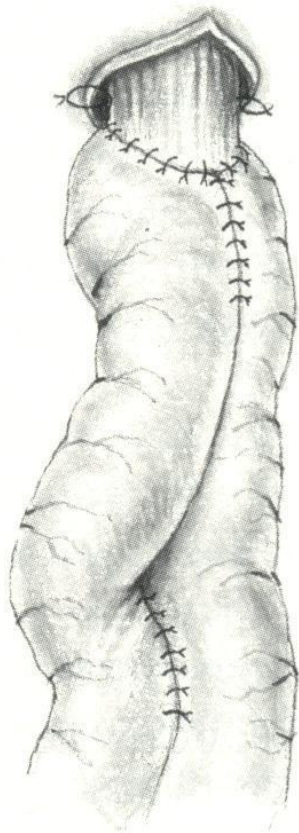


# СХЕМА ГАСТРЭКТОМИИ



# СХЕМА АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

а



г

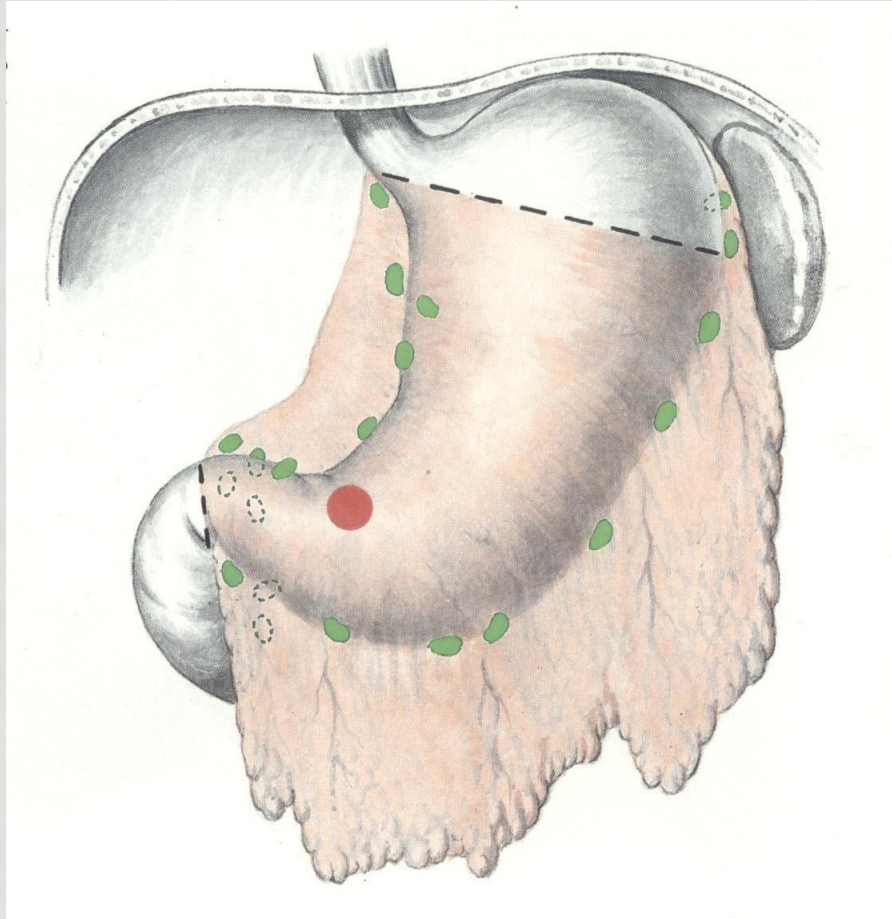
б



д

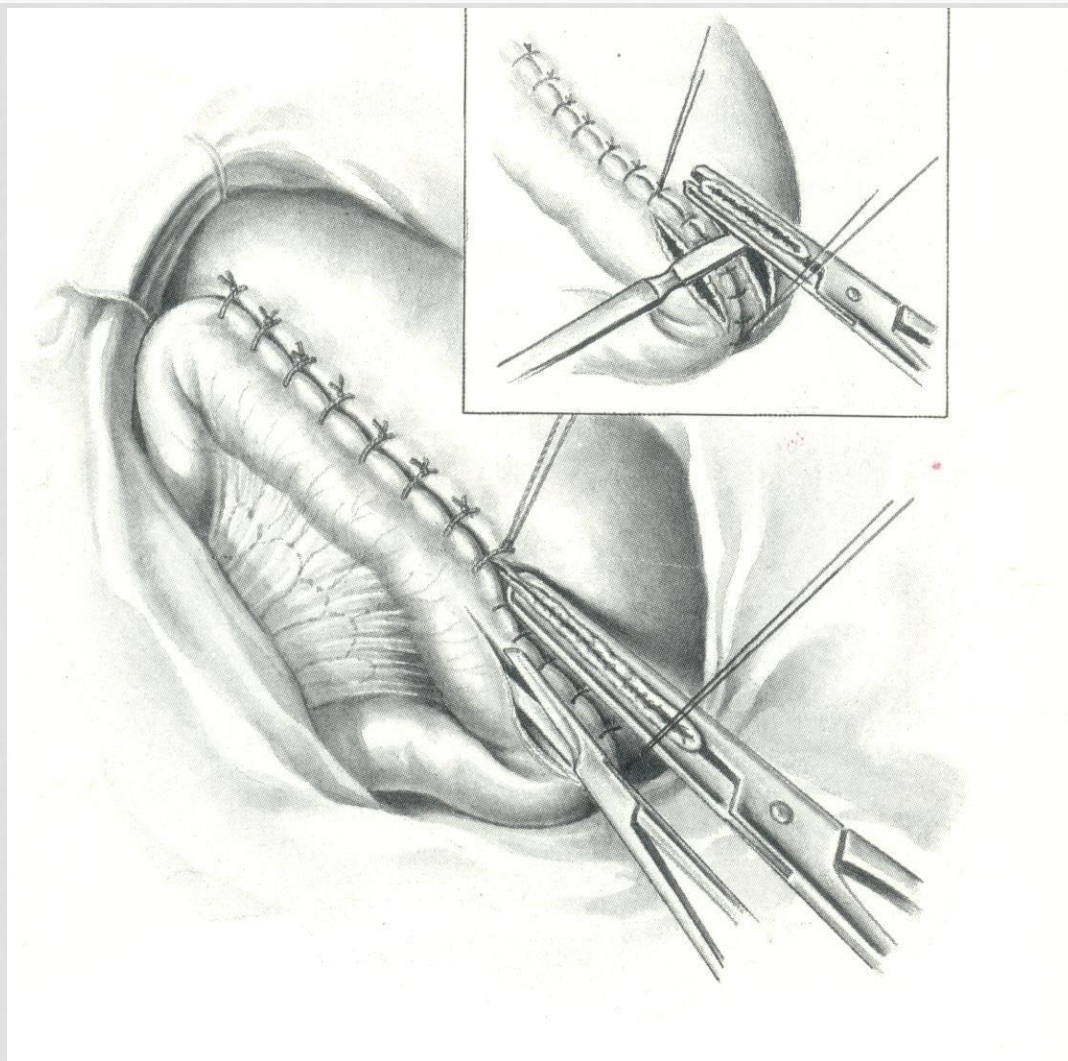
в

# СХЕМА СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПО Б-II





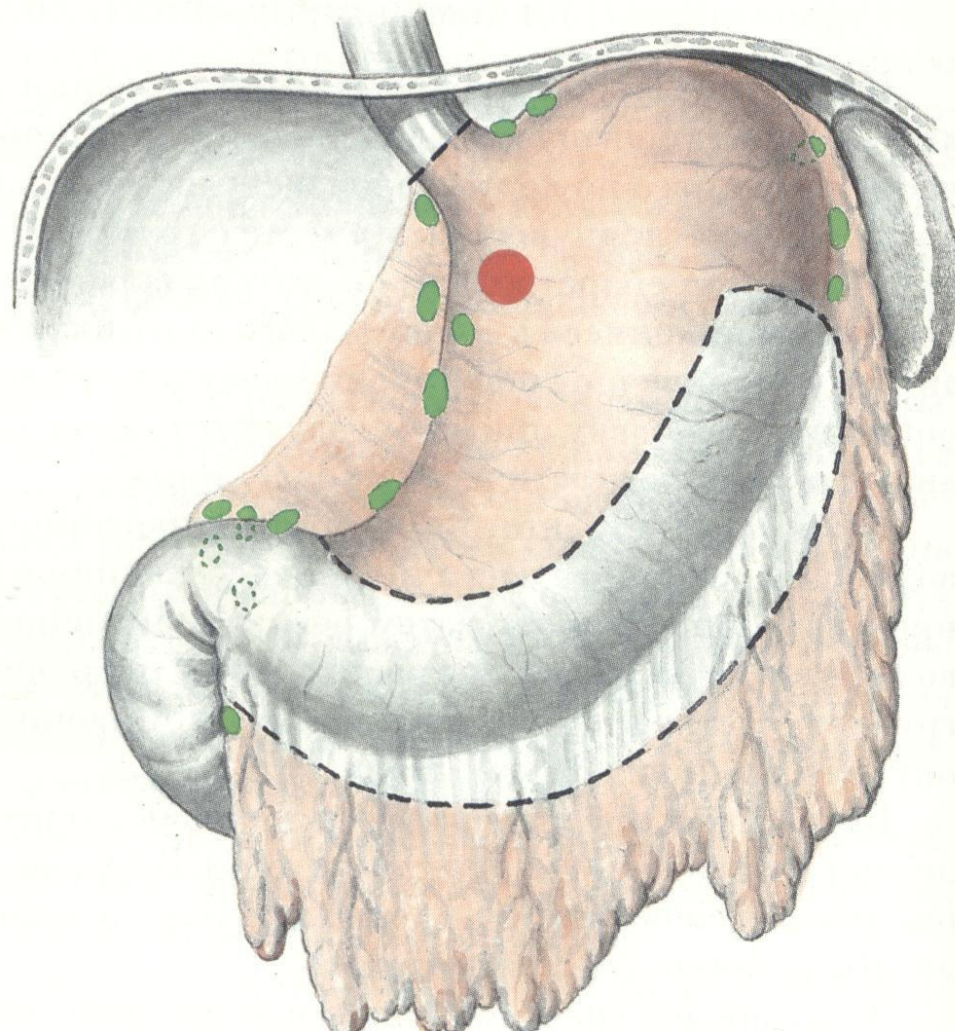
# ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ АНАСТОМОЗ





# СХЕМА СУБТОТАЛЬНОЙ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

СИ-  
дка  
ОМ.



# ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ

- Паллиативная химиотерапия при неоперабельных формах рака желудка проводится различными комбинациями, среди которых наиболее эффективны следующие:
- EAP (этопозид + доксорубицин + цисплатин)
- FAP / Fp (5-фторурацил + цисплатин ± доксорубицин),
- FAMTX (5-фторурацил + доксорубицин + метотрексат в высоких дозах ).

# ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- У части больных после радикальных операций остаются расстройства, обусловленные основным заболеванием или большим объемом операции: дефицит массы тела, демпинг-синдром, эзофагит, гастрит культи, анемия, различные психогенные реакции.

- Снижение массы тела может быть незначительным (потеря первоначальной массы тела до 10%), умеренным (от 10 до 20%) и значительным (более 20%).
- Тяжелый демпинг-синдром характеризуется приступами резкой слабости после каждого приема пищи, сопровождается потливостью, тошнотой, сердцебиением (тахикардия 120 ударов в минуту и более).
- Чаще у больных, особенно после гастрэктомии, наблюдается эзофагит, связанный с забрасыванием желчи и кишечного содержимого в пищевод.
- Гастрит культи сопровождается периодическими болями в эпигастральной области, особенно после еды, отрыжкой, снижением аппетита.
- Анацидные и гипоацидные состояния присущи всем больным после субтотальной резекции и всем - после гастрэктомии. Довольно часто у больных наблюдается анемия, обусловленная, с одной стороны, опухолью желудка, а с другой - нарушением функции культи желудка после операции.
- Колит наблюдается после гастрэктомии (гастрогенный колит) и связан с нарушением пищеварения, а также с расстройством функции пищеварительных желез.