

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).

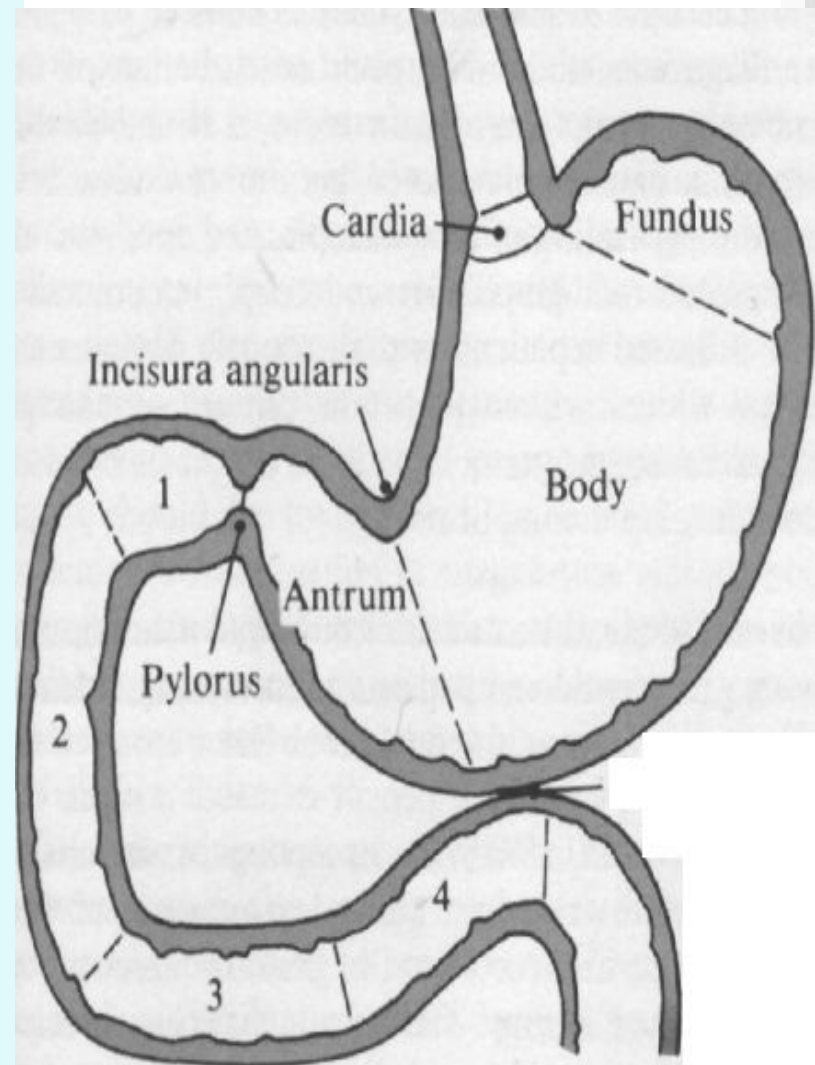
1. Язвенно-инфильтративная форма.

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.

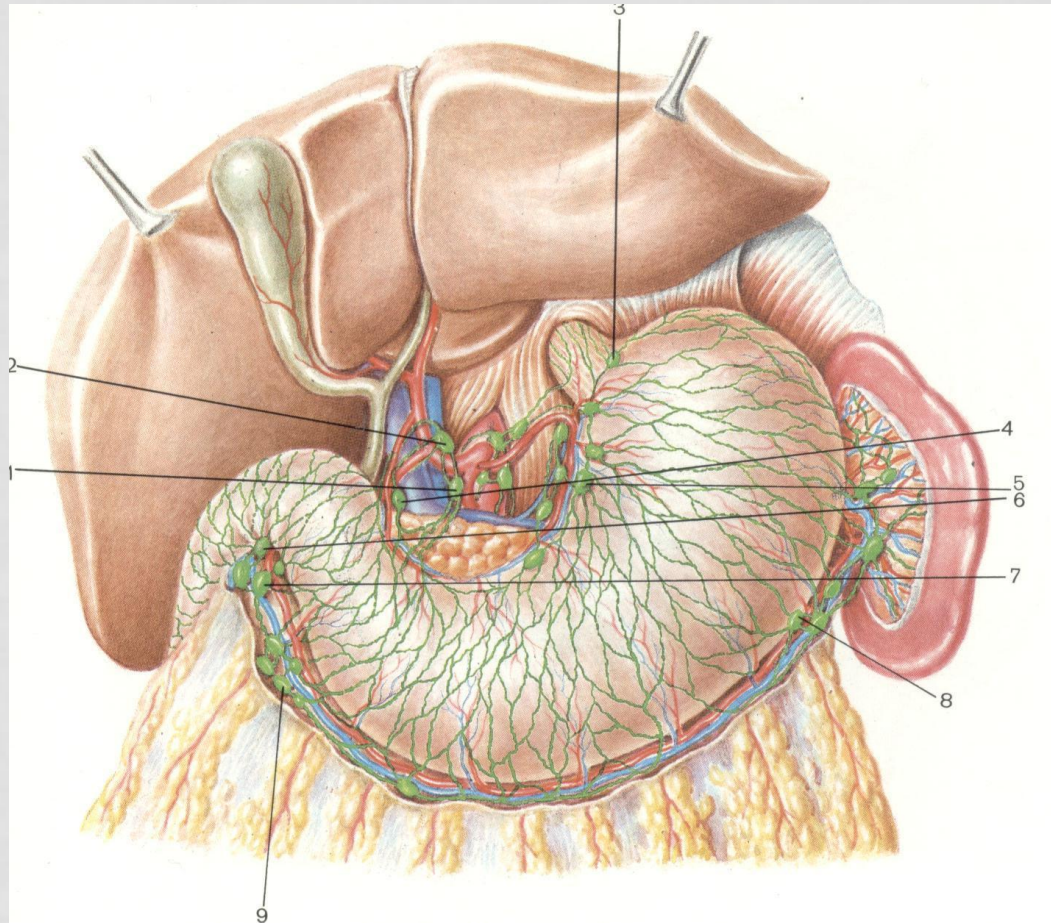
2. Железисто-плоскоклеточный рак.

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

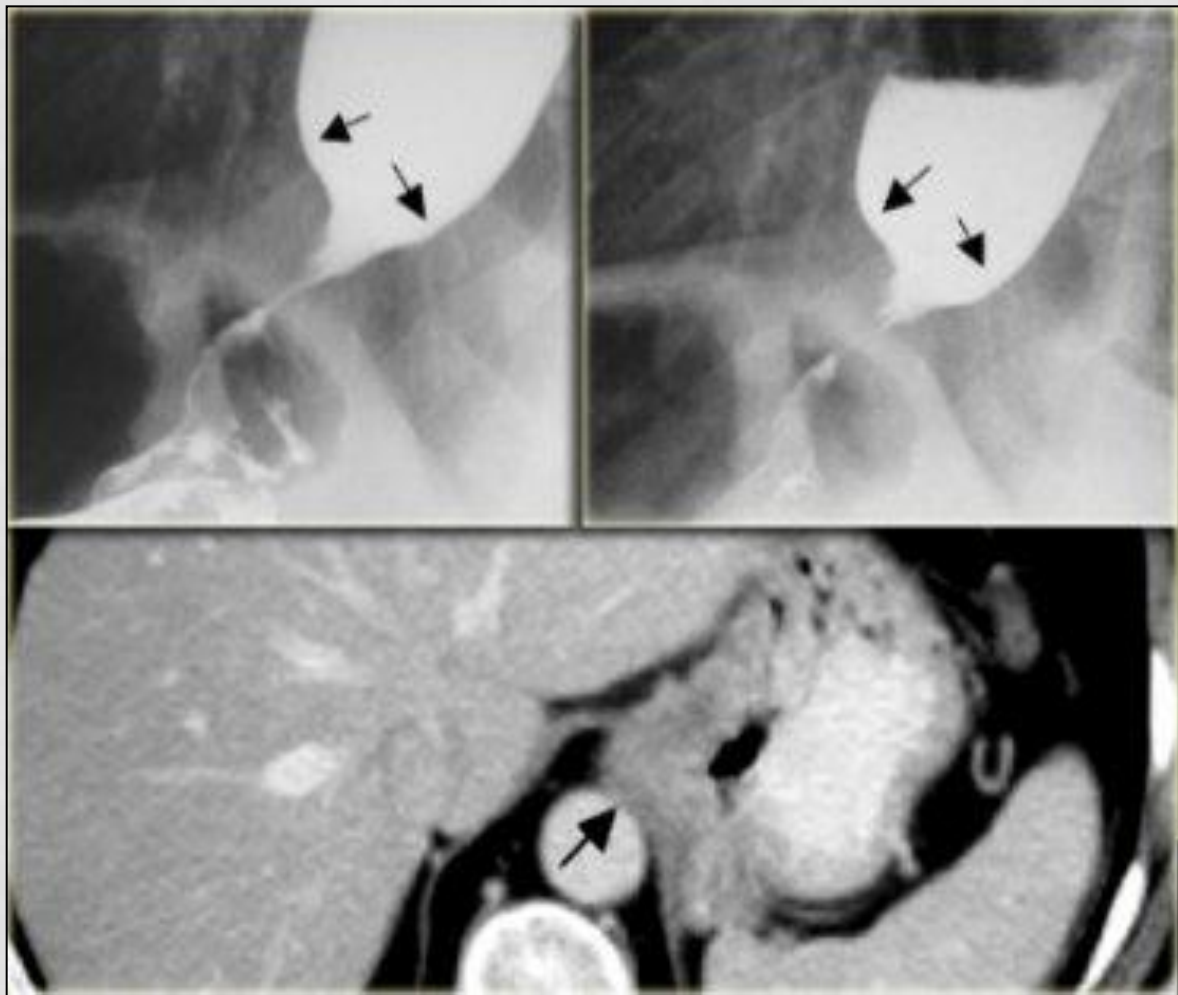
M1 Имеющиеся отдаленные метастазы

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.

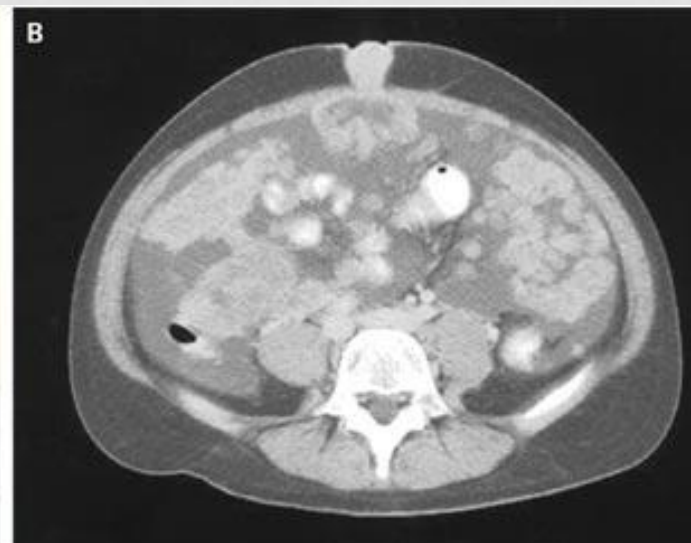
Характерными отдаленными метастазами являются метастаз Вирхова (в левой надключичной области между ножками кивательной мышцы), метастазы Крукенберга (в яичники), метастаз Шницлера (в дугласовом пространстве), метастаз в пупок (метастаз сестры Джозеф)

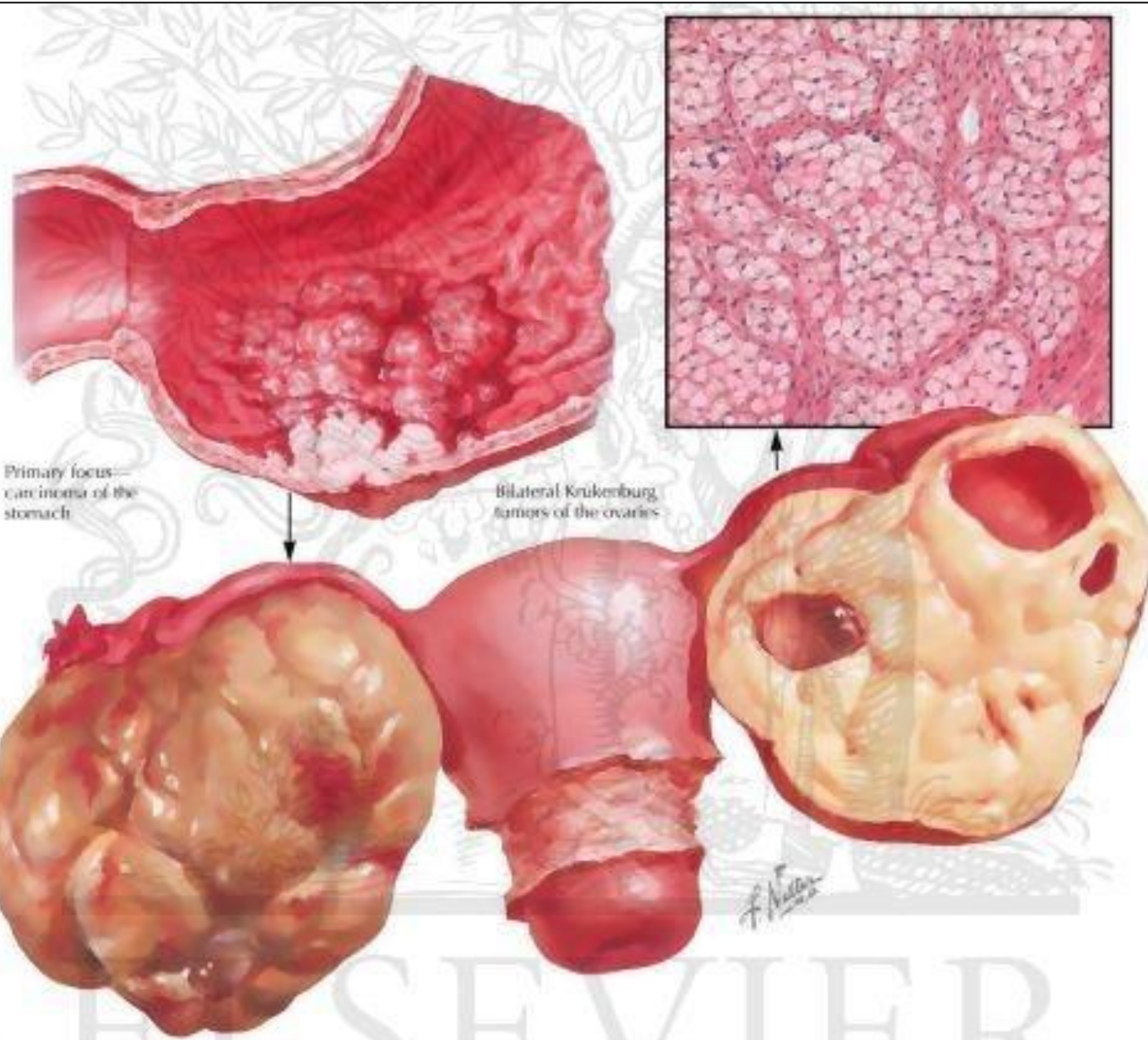
Признаки распространенной болезни

- 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

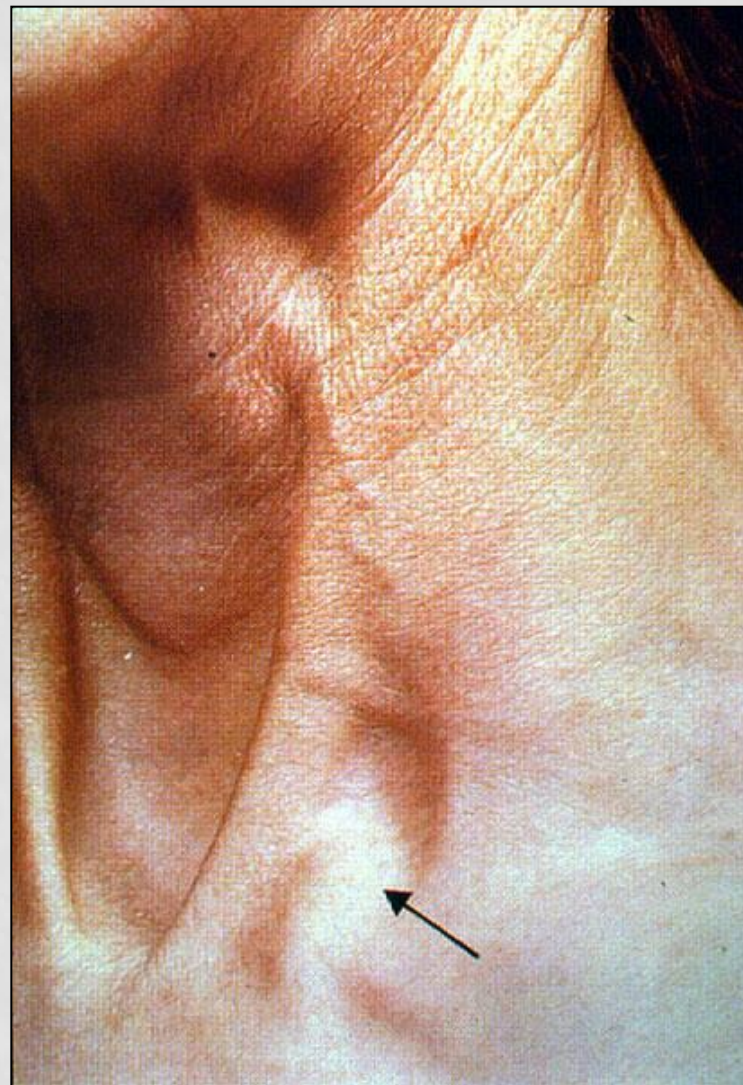


Сестра Мэри Джозеф





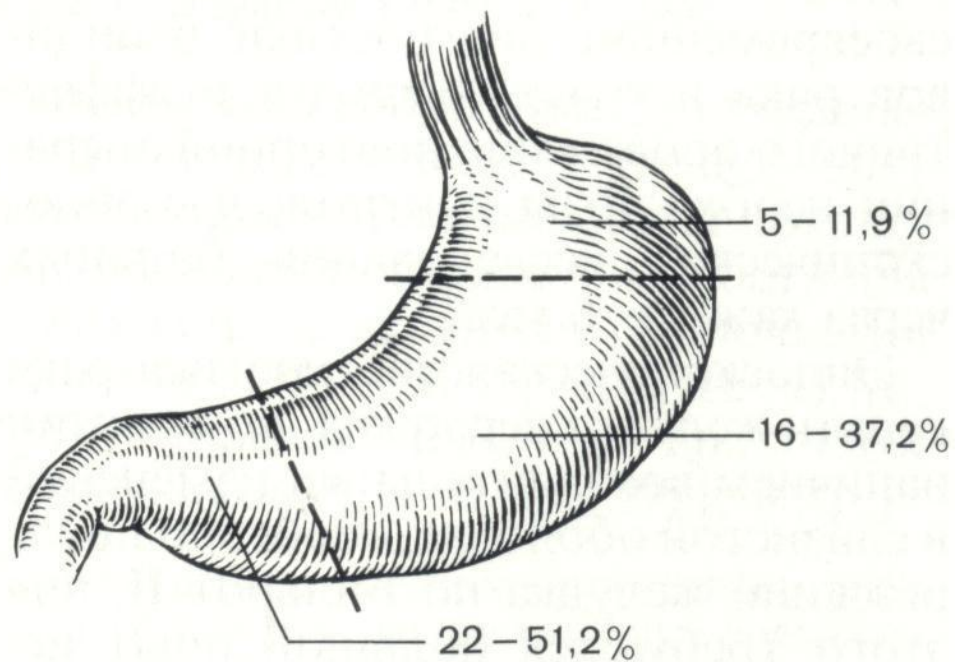
Опухоль Крукенберга



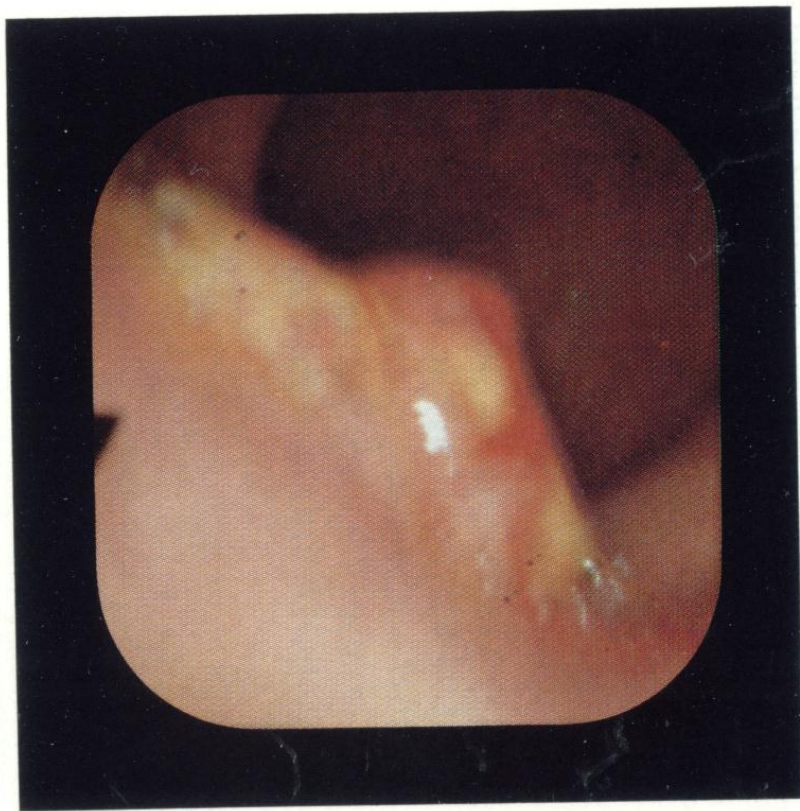
Вирховский метастаз

ДИАГНОСТИКА

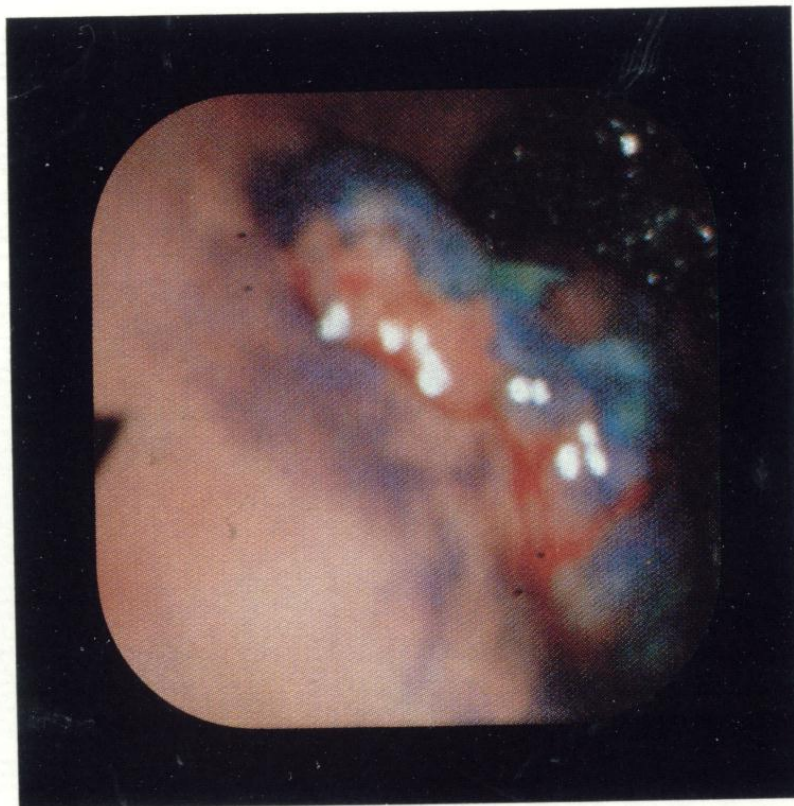
2.208. Локализация ранних форм рака желудка.



ХРОМОГАСТРОСКОПИЯ



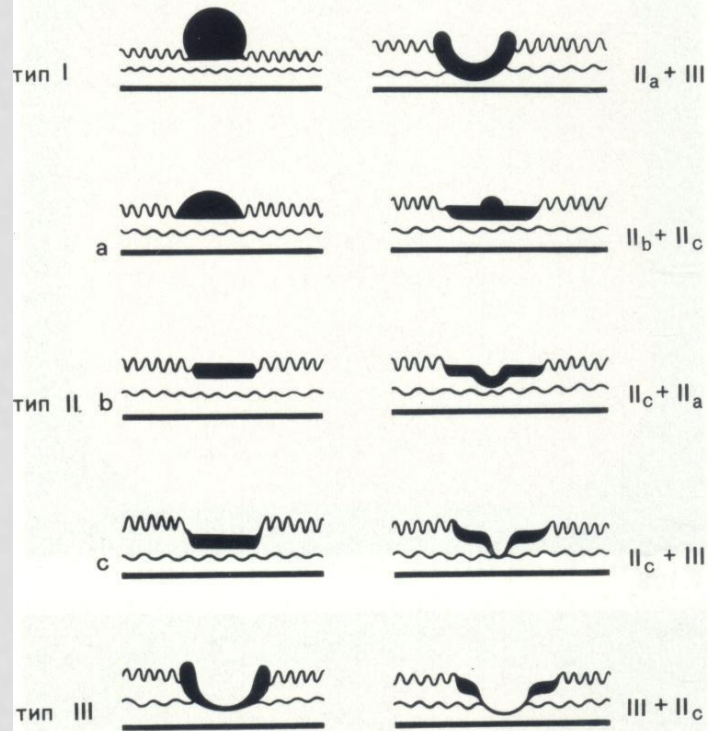
S.508.



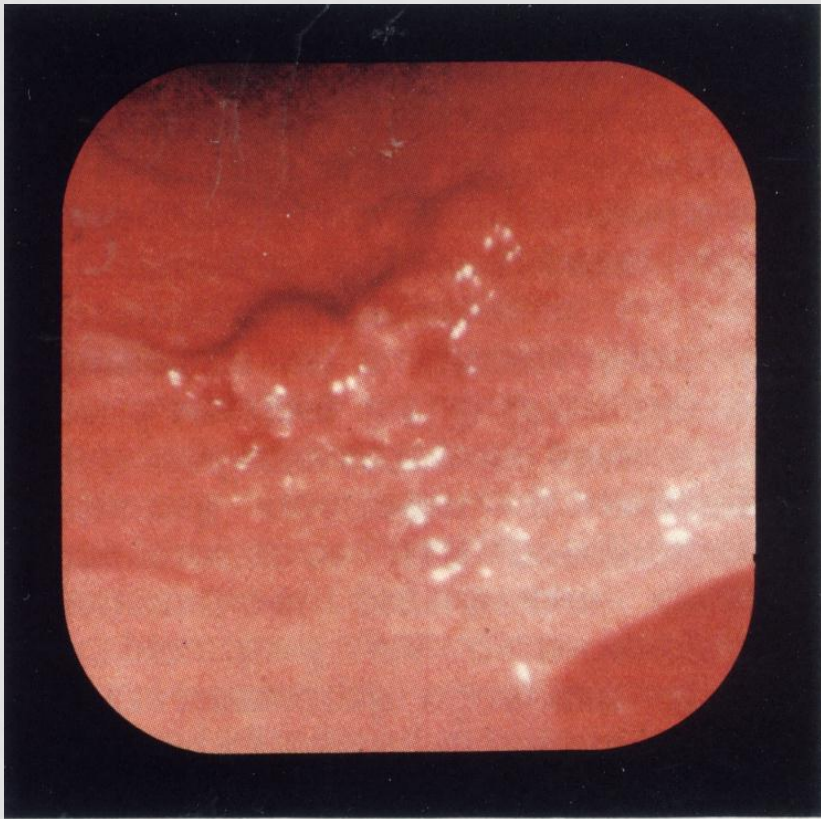
S.509.

РАННИЙ РАК ЖЕЛУДКА

2.107. Макроскопические формы раннего рака желудка (схема).



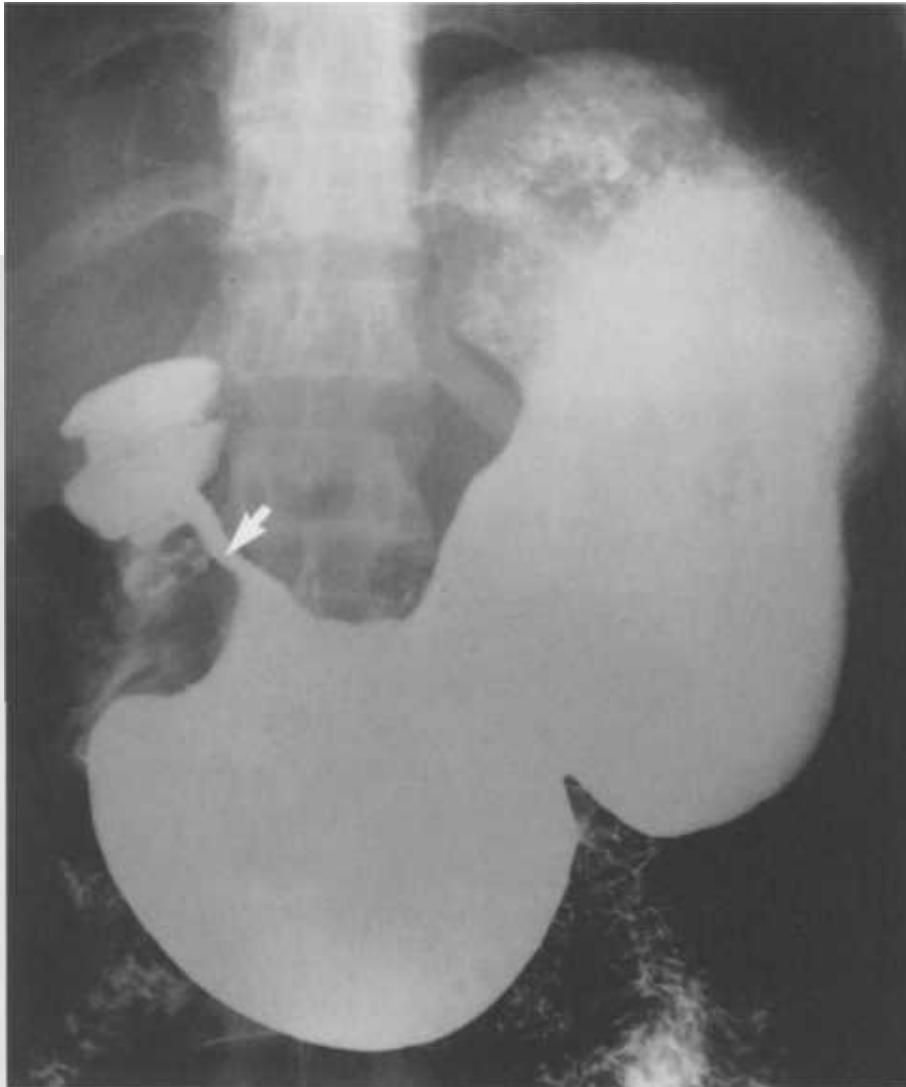
РАННИЙ РАК ЖЕЛУДКА: ГАСТРОСКОПИЯ



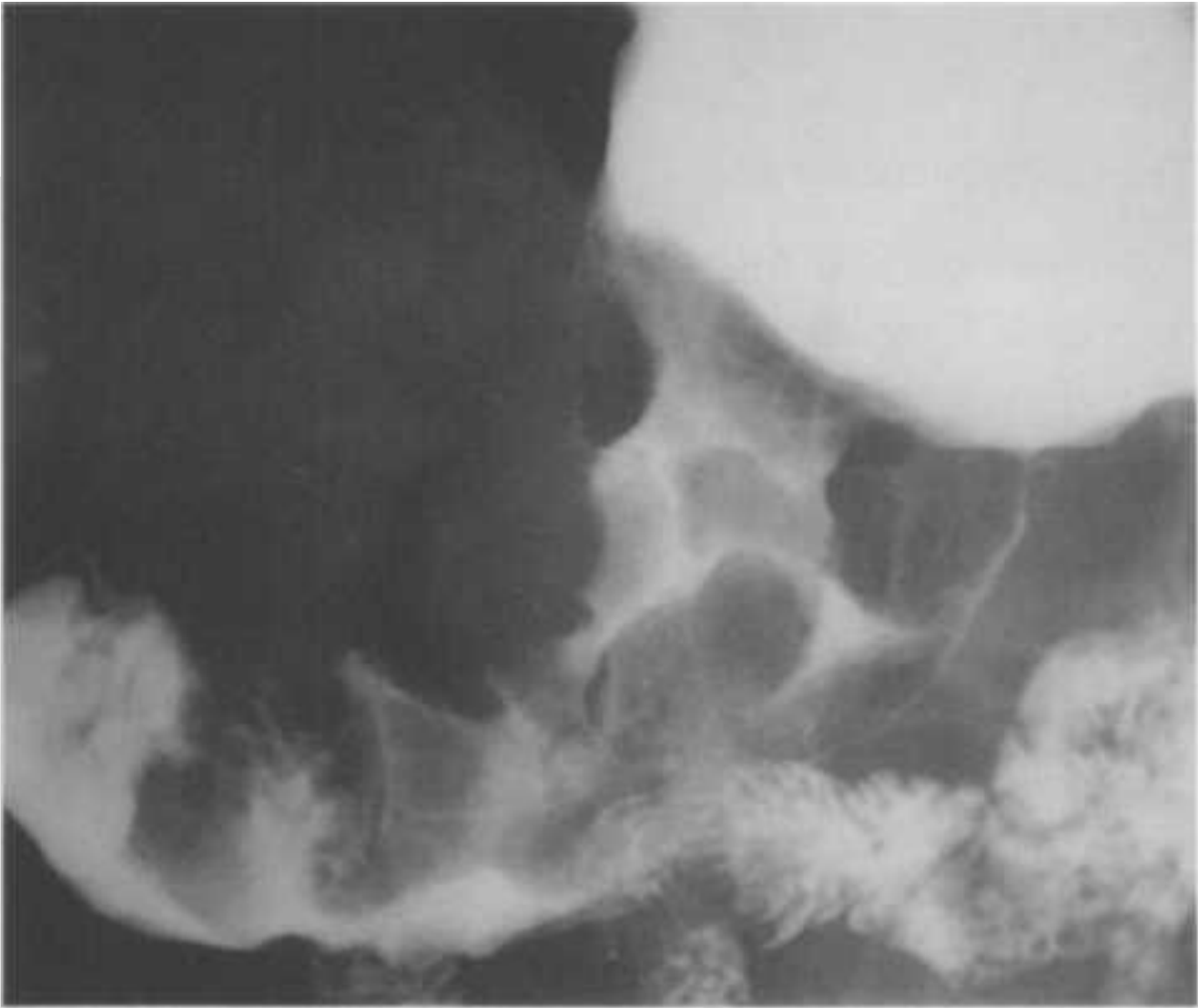
Тип I



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

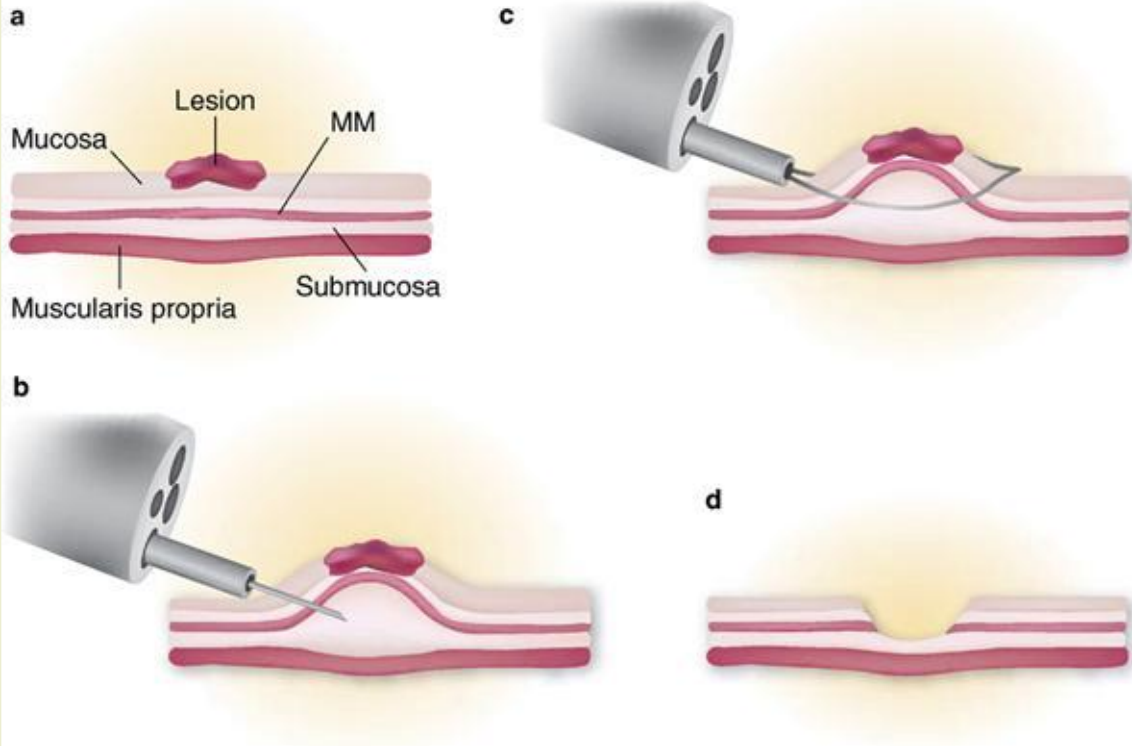
Table 1 - Continued
American Joint Committee on Cancer (AJCC)
TNM Staging Classification for Carcinoma of the Stomach
(7th ed., 2010)

Anatomic Stage/Prognostic Groups

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage IA	T1	N0	M0
Stage IB	T2	N0	M0
	T1	N1	M0
Stage IIA	T3	N0	M0
	T2	N1	M0
	T1	N2	M0
Stage IIB	T4a	N0	M0
	T3	N1	M0
	T2	N2	M0
	T1	N3	M0
Stage IIIA	T4a	N1	M0
	T3	N2	M0
	T2	N3	M0
Stage IIIB	T4b	N0	M0
	T4b	N1	M0
	T4a	N2	M0
	T3	N3	M0
Stage IIIC	T4b	N2	M0
	T4b	N3	M0
	T4a	N3	M0
Stage IV	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

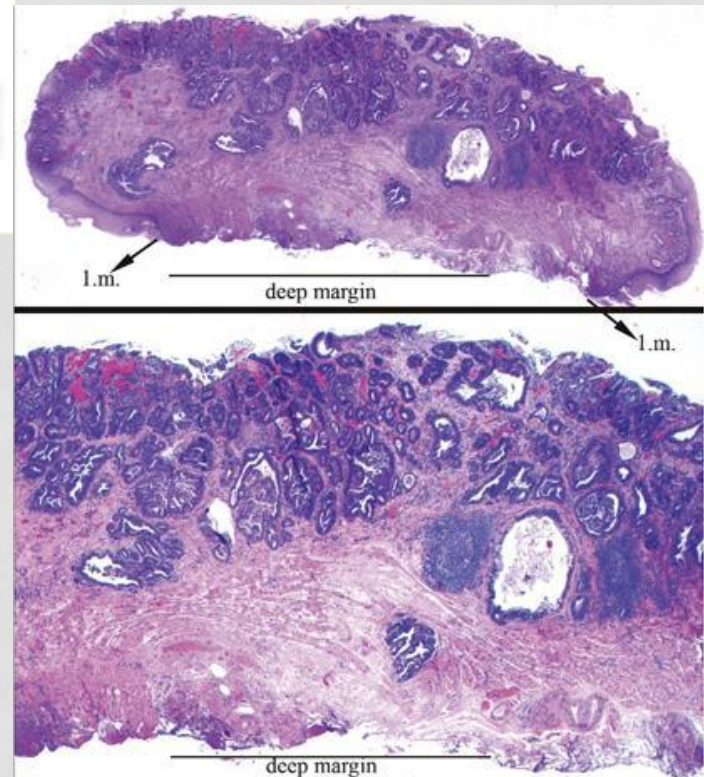


СХЕМА ГАСТРЭКТОМИИ

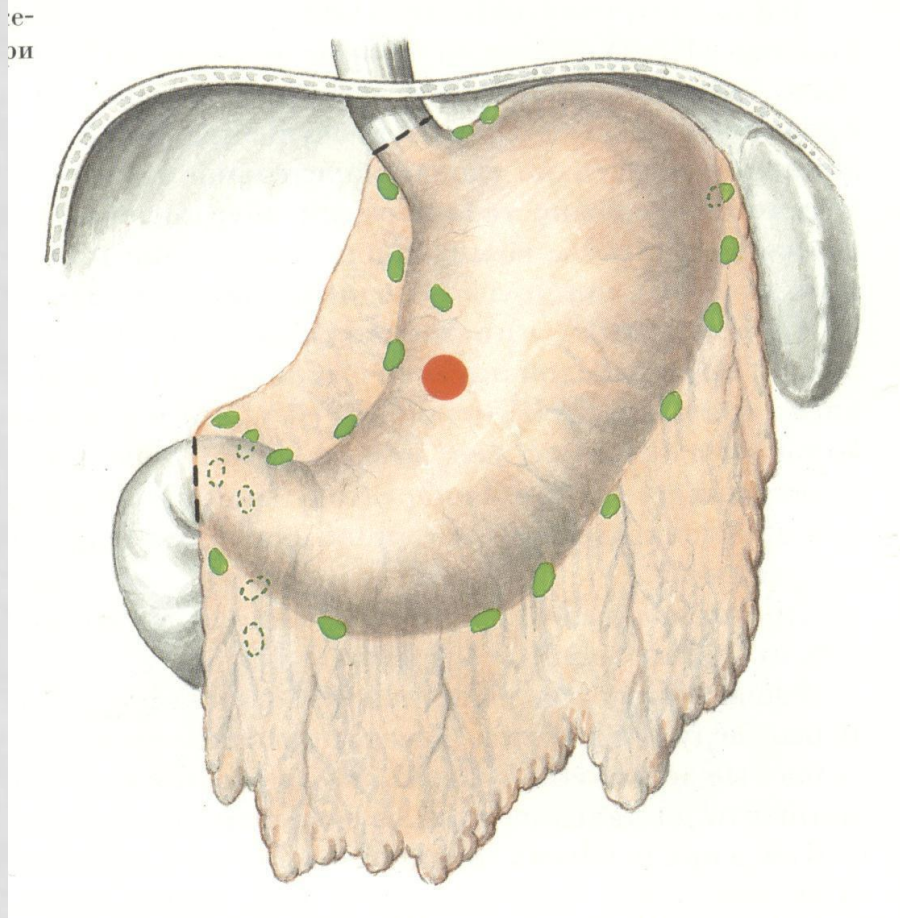
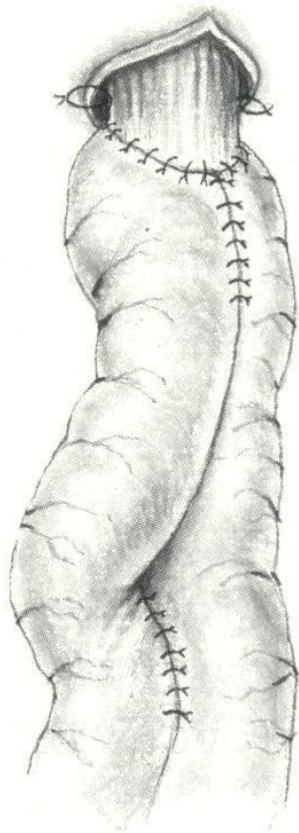


СХЕМА АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

а



г

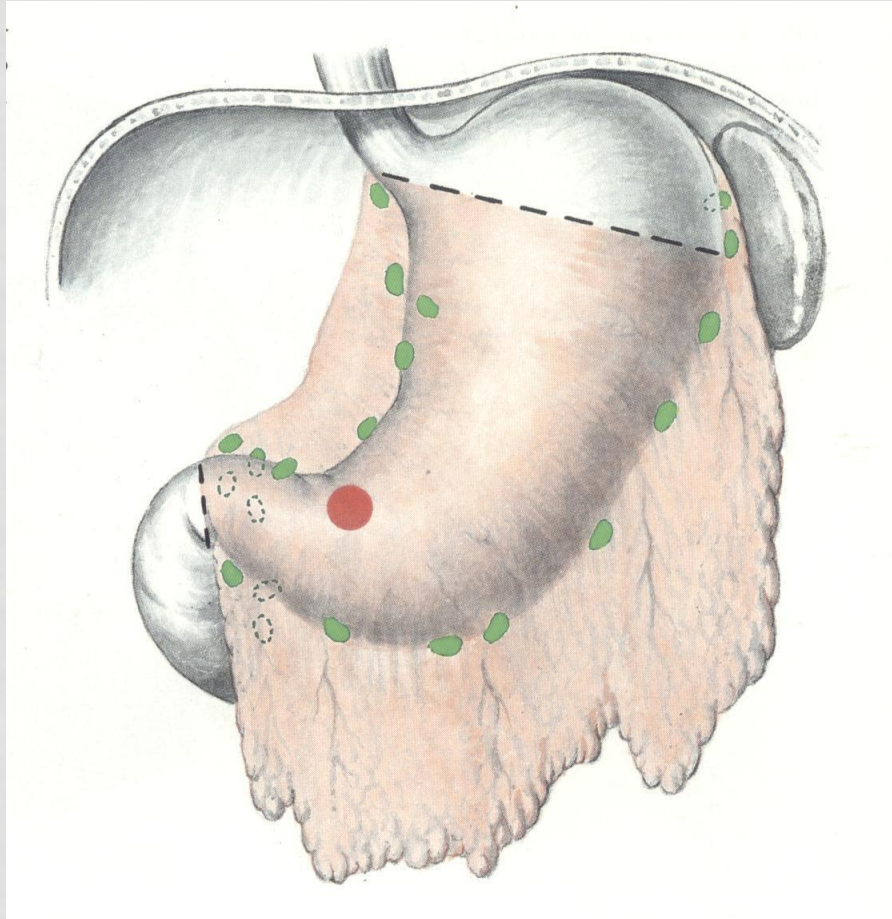
б



д

в

СХЕМА СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПО Б-II



ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ АНАСТОМОЗ

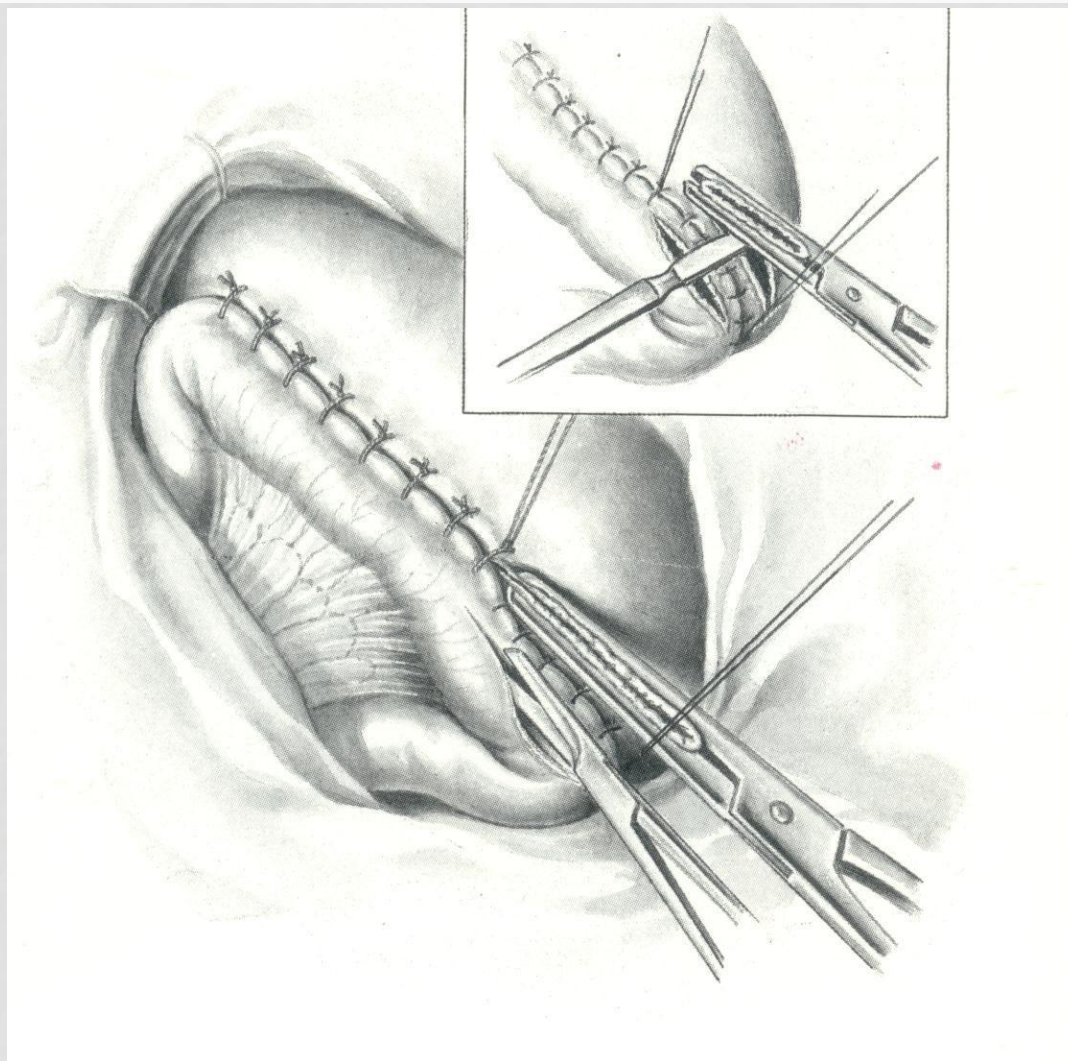
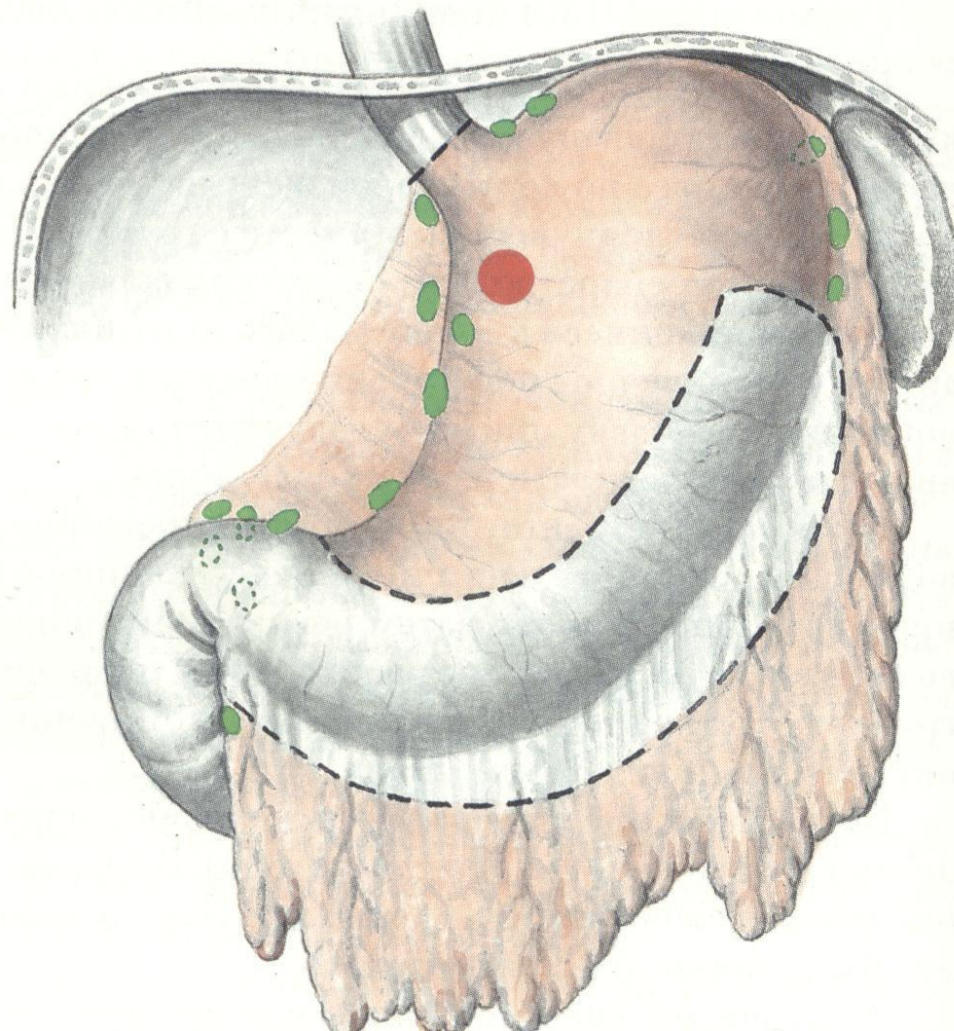


СХЕМА СУБТОТАЛЬНОЙ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

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.