

РАК ЖЕЛУДКА

Актуальность

- Ежегодно на земном шаре раком желудка заболевает 1 млн человек
- Наиболее высокая заболеваемость в Японии, Белоруссии, России, Украине, Эстонии
- Заболеваемость в Украине- 30,5 человек на 100 тыс населения
- Заболеваемость в Харьковской области- 27 человек на 100 тыс населения

Предраковые заболевания

- Язвенная болезнь желудка
- Хронический атрофический гастрит
- Полипы желудка
- Гипертрофический гастрит (болезнь Менетрие)
- Пернициозная анемия
- Состояние после резекции желудка
- Синдром Пейтца-Эггера (полипоз ЖКТ)

Язвенная болезнь и рак

- Частота малигнизации пептической язвы желудка составляет 0,3 %
- Язва большой кривизны желудка малигнизируется в 100% случаев !!!
- Язва диаметром более 2 см малигнизируется в 4 раза чаще
- Гиперацидное состояние не может достоверно снизить риск малигнизации
- Вновь возникающие и язвы, не поддающиеся адекватному лечению, нуждаются в тщательном наблюдении

Язвенная болезнь и рак желудка

ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ

- Форма округлая или овальная
- Округлые контуры
- Края на уровне окружающих тканей
- Дно образовано желтым фибрином или засохшей кровью
- Редко кровоточит
- От язвы отходят радиальные складки
- Никогда нет изъязвления в окружении язвы

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ

- Форма неправильная
- Контуры изломаны
- Края всегда приподняты более, темного цвета
- Дно образовано некротической тканью
- Часто кровоточит
- От язвы не отходят радиальные складки
- Всегда есть изъязвления вокруг язвы

Резецированный желудок и рак

- Опухоль возникает в первые 10 лет после резекции желудка
- Частота развития рака культи желудка составляет 6,5 % случаев
- Резекция желудка по Бильрот II наименее щадящая, но наиболее прогностически благоприятная в отношении малигнизации

Полипы желудка и рак

- Аденоматозный полип до 2 см в диаметре малигнизируется в 4-8% (гиперпластический полип малигнизируется в 0,5 % случаев)
- Аденоматозный полип диаметром более 2 см малигнизируется в 40-50 % случаев!!!
- Рак желудка из полипа чаще развивается в течение 1-2 лет с момента его появления, что требует тщательного динамического наблюдения
- Рак, который развивается из полипа, дает ранние метастазы



Рентгенологические признаки малигнизации полипа

- Неправильная форма “дефекта наполнения” с зазубринами и нечеткими краями
- Выпадение перистальтики на уровне полипа, что указывает на инфильтрацию подслизистого и мышечного слоев
- Увеличение размеров “дефекта наполнения”



Эндоскопические знаки малигнизации полипа



- Широкое основание полипа, переходящее в нормальную слизистую без четкой границы
- Хрящевая консистенция полипа
- Изъязвление в центре или у основания

Синдром Пейтца-Эггерса

- Аутосомно-доминантный тип наследования
- Диффузный полипоз ЖКТ
- Гиперпигментация на границе кожи и слизистой оболочки (губы, щеки)
- Клинически приступообразная боль в животе, анемия, инвагинации

Пернициозная анемия и рак

- Это заболевание, характеризующееся мегалобластным типом кроветворения и изменениями в нервной системе вследствие дефицита витамина В12
- Утомляемость, сонливость, парестезии в верхних и нижних конечностях, нарушение походки, недержание мочи, снижение остроты зрения
- Атрофический гастрит
- Рак желудка развивается в 5,8 % случаев

Формы рака по типу роста

- Полипозный рак
Хорошо отграниченный с относительно благоприятным прогнозом, встречается в 5 % случаев
- Язвенный рак
С блюдцеобразно приподнятыми краями и менее экспансивным ростом, составляет 35% случаев
- Инфильтративно-язвенный рак
Рак с прорастанием глубоких слоев стенки без четкого отграничения от здоровых тканей и ранним метастазированием, встречается в 50% случаев
- Скиррозная диффузно-инфильтративная опухоль
Поверхностный слой слизистой оболочки остается интактным, поэтому ее трудно распознать при гастроскопии, составляет 10% случаев

Гистологические формы

- Аденокарцинома (железистый рак) – 99%
- Папиллярная аденокарцинома
- Тубулярная аденокарцинома
- Муцинозная аденокарцинома
- Недифференцированные формы – 1%
- Солидный
- Скиррозный
- Перстневидно- клеточный

TNM- классификация

<i>Tx</i>	<i>Недостаточно данных для оценки первичной опухоли</i>
<i>T0</i>	<i>Первичная опухоль не определяется</i>
<i>Tis</i>	<i>Преинвазивная карцинома</i>
<i>T1</i>	<i>Инфильтрация слизистой или подслизистой оболочки</i>
<i>T2</i>	<i>Инфильтрация мышечной оболочки</i>
<i>T3</i>	<i>Инфильтрация серозной оболочки</i>
<i>T4</i>	<i>Прорастание в соседние органы и структуры</i>

<i>Nx</i>	<i>Недостаточно данных для оценки регионарных л/у</i>
<i>N0</i>	<i>Нет метастазов в регионарные л/у</i>
<i>N1</i>	<i>Есть метастазы от 1 до 6 лимфоузлов</i>
<i>N2</i>	<i>Есть метастазы от 7 до 15 лимфоузлов</i>
<i>N3</i>	<i>Есть метастазы в более чем 15 лимфоузлов</i>

<i>Mx</i>	<i>Недостаточно данных для определения метастазов</i>
<i>M0</i>	<i>Нет признаков отдаленных метастазов</i>
<i>M1</i>	<i>Имеются отдаленные метастазы</i>

Соответствие стадий рака желудка и критериев TNM

<i>Стадия 0</i>	<i>Tis N0 M0</i>	<i>Стадия 3a</i>	<i>T2 N2 M0</i>
<i>Стадия 1a</i>	<i>T1 N0 M0</i>		<i>T3 N1 M0</i>
<i>Стадия 1б</i>	<i>T1 N1 M0</i>		<i>T4 N0 M0</i>
	<i>T2 N0 M0</i>	<i>Стадия 3б</i>	<i>T 3N2 M0</i>
<i>Стадия 2</i>	<i>T1 N2 M0</i>	<i>Стадия 4</i>	<i>T4 N1,2,3 M0</i>
	<i>T2 N1 M0</i>		<i>T1,2,3 N3 M0</i>
	<i>T3 N0 M0</i>		<i>Тлюб Nлюб M1</i>

Клиника рака желудка

Раковая триада Мельникова:

- Похудание
- Потеря аппетита
- Желудочный дискомфорт

Синдром малых признаков по Савицкому:

- Общая слабость
- Снижение аппетита
- Желудочный дискомфорт
- Похудание
- Нарастающая анемизация
- Психическая депрессия

Рак тела желудка



- Постоянная тупая боль в эпигастрии
- Тошнота, рвота с прожилками темной крови
- Чувство переполнения желудка сразу после еды !!!

Рак антрального отдела

- Резкое похудание
- Отрыжка тухлым (сероводород)-продукты гниения
- Рвота обильная, застойным содержимым, с пищей, съеденной накануне, не зависит от приема пищи

Рак кардиального отдела желудка



- Дисфагия
- Боль за грудиной
- Пищеводная рвота
появляется сразу
после 2-3 глотков,
необильная,
непереваренной
пищей
- Резкое похудание

Атипичные формы рака желудка

- Лихорадочная форма
Субфебрильная температура за счет распада опухоли и циркулирования продуктов распада в крови
- Анемическая форма
- Стенокардитическая форма
боль локализуется за грудиной и симулирует приступ стенокардии, нет изменений на ЭКГ.

Осложнения рака желудка

- Кровотечение
- Перфорация, перитонит
- Стеноз выходного отдела желудка
- Прорастание в соседние органы- пищевод, ПЖ, селезенку, печень, поперечно-ободочную кишку
- Механическая желтуха- при сдавлении желчевыводящих путей метастазами в ворота печени
- Асцит- при канцероматозе брюшины

Диагностика рака желудка

При общем осмотре понижение питания, кожные покровы с желтушным оттенком.

При осмотре живота у истощенного больного можно обнаружить смещение опухоли при дыхательных движениях или перемене положения тела.

При пальпации живота в ряде случаев удается выявить опухолевидное образование в эпигастрии.

Важным моментом является пальпация мест, где чаще всего встречаются отдаленные метастазы:

- Левая надключичная ямка (метастаз Вирхова)
- Область пупка (метастаз сестры Джозеф).

Вагинальное исследование (метастаз Крукенберга).

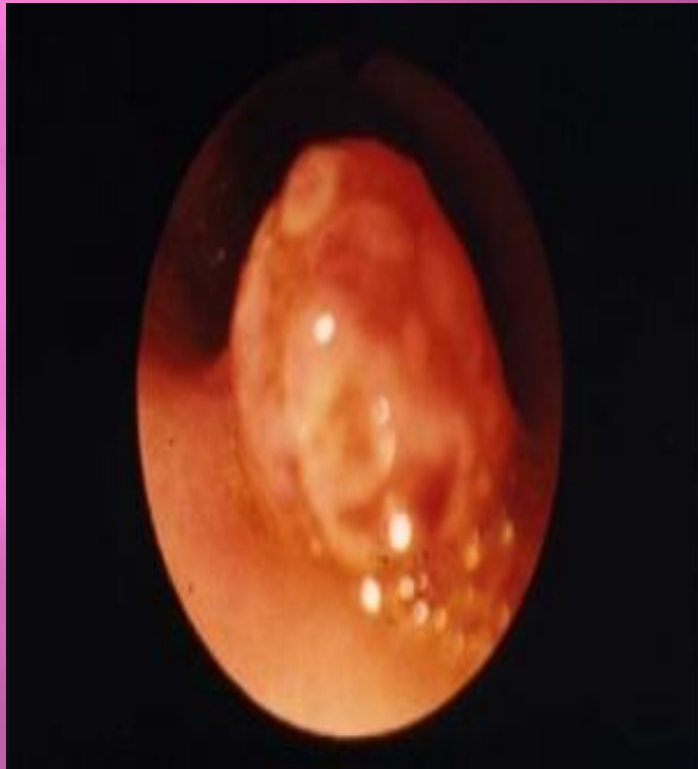
Пальцевое ректальное исследование (метастаз Шницлера).



Рентгенологическое исследование

- Плюс- ткань (экзофитная опухоль)
- Минус- ткань (язва-рак)
- Отсутствие перистальтики
- Узурация (изъеденность контуров)
- Различные виды деформации желудка
- Конвергенция складок слизистой оболочки
- Увеличение размеров желудка при стенозе привратника

Эндоскопическое исследование



- Определение границ, характера, формы роста опухоли
- Распространение инфильтрации на пищевод
- Хромозэндоскопия с метиленовым синим
- Биопсия опухоли

Ультразвуковое исследование

- Исследование печени, почек, селезенки на наличие метастазов
- Исследование лимфоколлекторов шейно-надключичной области
- Наличие свободной жидкости в брюшной полости

Цитологическое исследование желудочных смывов

Это специальный
метод окраски
клеточных элементов в
сочетании с
обработкой слизистой
химотрипсином

Показания к радикальному хирургическому вмешательству

- Возможность полного удаления первичной опухоли
- Отсутствие отдаленных метастазов и диссеминации процесса по брюшине
- Функциональная переносимость вмешательства

Радикальные операции

- Гастрэктомия
Единым блоком удаляется желудок с прилегающими отделами (до 2-4 см) пищевода и 12-ПК, большой и малый сальник, связочный аппарат желудка с клетчаткой.

- Субтотальная дистальная резекция желудка (3/4 или 4/5 объема).

Удаление всей малой кривизны, по большой кривизне граница резекции проходит на уровне нижнего полюса селезенки. В едином блоке удаляют большой и малый сальник, околопилорические лимфоузлы и лимфоузлы по ходу левой желудочной артерии.

- Субтотальная проксимальная резекция желудка.

Удаление всей малой кривизны желудка, большого и малого сальника, связок с клетчаткой, подлежащей к кардии и пищеводу на расстоянии 4 см от верхнего полюса опухоли

Паллиативные операции

Проводятся в случае распространённого процесса и направлены на избавление больного от страданий, улучшения качества жизни, создания условий для последующей химиотерапии.

Симптоматические операции

- Рак кардиального отдела- гастростомия по Беку
- Рак антрального отдела-гастроэнтероанастомоз (передний впередиободочный на длинной петле с брауновским соустьем по Бальфуру)
- Еюностома по Майдлю

Прогноз

- При наличии метастазов в регионарных л/у 5-летняя выживаемость-23%
- При отсутствии метастазов 5-летняя выживаемость-47%