

РАК ЖЕЛУДКА

063-01 Гр Толаматов Б, Курбанкулов М

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ.

- Рак желудка по заболеваемости и смертности занимает второе место среди всех злокачественных опухолей. У мужчин карциному желудка выявляют в 2 раза чаще, чем у женщин. Типичный возраст - 50-75 лет.



ЭТИОЛОГИЯ.

- Причина заболевания неизвестна. Отмечают повышение частоты рака среди членов одной семьи (на 20%), а также среди лиц с группой крови А, что предполагает наличие генетического компонента. Определенное этиологическое значение имеют хронические заболевания слизистой желудка, дефицит витамина С, консерванты, нитрозамины.



ФАКТОРЫ РИСКА

- Диета: считается, что употребление соленой, копченой, острой пищи повышает риск развития рака желудка. Находящиеся в пище нитрозамины в желудке могут преобразовываться в канцерогены.
- Окружающая среда: повышенный риск развития рака желудка отмечается у лиц контактирующих с асбестом, никелем, у рабочих на производстве резины. Считается, что инфекция *Helicobacter pylori* также повышает риск заболевания.
- Употребление алкоголя и табака на развитие рака желудка статически не доказано.
- Наличие А группы крови - имеет историческое значение, поскольку эпидемиологическими исследованиями не было подтверждено это утверждение.
- Язвенная болезнь. Часто происходит малигнизация длительно существующих гастральных язв.
- Полипы и полипоз желудка. Все полипы кроме железистой аденомы не являются предраковыми состояниями. Все полипы желудка должны быть исследованы гистологически, и все полипы размерами более 2 см должны быть удалены.
- Риск развития рака желудка в 2.5 раза выше у лиц, перенесших ранее резекцию по поводу язвенной болезни. Рак развивается в пределах 15-40 лет после резекции.

**Язва желудка
переродившаяся
в рак**



ФАКТОРЫ РИСКА ПО ДАННЫМ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ АВТОРОВ:

- Наследственность.
- Неправильный режим питания, в том числе употребление в пищу соленой, острой и копченой пищи.
- Предраковые заболевания.



ПРЕДРАКОВЫЕ СОСТОЯНИЯ.

- Атрофический гастрит
- Аденоматозные полипы желудка - частота малигнизации составляет 40% при полипах более 2 см в диаметре. Большинство полипов желудка - гиперпластические, и их не относят к предраковым заболеваниям.
- Состояние после резекции желудка (особенно через 10-20 лет после резекции по Бильрот 2).
- Иммунодефициты, особенно переменный не классифицируемый иммунодефицит (риск карциномы - 33%)
- Пернициозная анемия



ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА.

- Атрофический гастрит
- Аденоматозные полипы и полипоз желудка
- Хроническая каллезная язва желудка



КЛАССИФИКАЦИЯ.

Макроскопически выделяют:

- Полиповидный рак (экзофитный) - в виде полипа
- Блюдцеобразный рак (экзофитный) - так как опухоль разрушается в центре, то образуется форма блюдца - подрытые, большие края с кратером в центре.
- Язвенно-инфильтративный
- Диффузно-инфильтративный (linitis plastica, пластический линит). При этой форме заболевания наблюдается распространенная опухолевая инфильтрация слизистой и подслизистой оболочек.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ТИПЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА:

- Аденокарцинома - наиболее частая форма (95%)
- Папиллярная аденокарцинома представлена узкими или широкими эпителиальными выростами на соединительнотканной основе
- Тубулярная аденокарцинома - разветвленные трубчатые структуры, заключенные в строму.
- Муцинозная аденокарцинома - содержит значительное количество слизи.
- Перстневидно-клеточный рак. Клетки опухоли содержат много слизи.
- Неходжкинские лимфомы, лейомиосаркома, недифференцированная саркома - менее 1%.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Жалобы.

- Боль в эпигастральной области наблюдается у 70% больных.
- Анорексия и похудание характерны для 70-80% больных.
- Тошнота и рвота при поражении дистальных отделов желудка. Рвота - результат обструкции привратника опухолью, но может быть следствием нарушенной перистальтики желудка.
- Дисфагия при поражении кардиального отдела
- Чувство раннего насыщения. Диффузный рак желудка часто протекает с чувством быстрого насыщения, так как стенка желудка не может нормально растягиваться.
- Желудочно-кишечное кровотечение при карциномах желудка происходит редко (менее 10% больных).
- Пальпируемый в левой надключичной области лимфатический узел указывает на метастаз.
- Слабость и утомляемость возникают вторично (в том числе при хронической кровопотере и анемии).

ДИАГНОСТИКА.

- Жалобы.
- Данные осмотра.
- Лабораторные данные.
- Данные инструментального исследования.



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

Язва	Доброкачественная	Злокачественная
Форма	Округлая или овальная	Неправильная
Контуры	Округлые "выраженные"	Неправильно волнообразные или изломанные
Края	На уровне окружающих тканей или приподнятые	Всегда приподнятые более темной окраски
Дно	Желтый фибрин или засохшая кровь	Некротическая ткань
Кровоточивость	Редко, из дна	Часто, из краев
Петехии в окружающих тканях	Иногда	Редко
Изъязвление в окружности	Никогда	Часто
Радиальные складки	Часто	Редко
Слизистые вал, перекрещивающий большую кривизну	Иногда	никогда

ЛЕЧЕНИЕ.

- Лечение рака желудка зависит от распространенности опухоли в желудке, степени поражения регионарных лимфатических узлов и наличия отдаленных метастазов.

Основным методом лечения является хирургическое лечение, однако, также применяют сочетание химиотерапии и хирургического лечения, химиотерапии и лучевого лечение



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

- Операция является средством выбора. 5-летняя выживаемость наблюдается в 12% случаев. При поверхностной локализации опухоли может достигать 70%. При раке в язве желудка прогноз несколько лучше (5-летняя выживаемость составляет 30-50%).
- Субтотальная дистальная резекция желудка.
- Выполняется при локализации опухоли в дистальных отделах желудка, вместе с желудком удаляют большой и малый сальник, регионарные лимфоузлы.
- Субтотальная проксимальная резекция желудка с большим и малым сальниками, регионарными лимфоузлами при поражении кардиального отдела желудка.
- Гастрэктомия выполняется при поражении тела желудка или при инфильтративных опухолях, расположенных в любом из его отделов.
- Комбинированная гастрэктомия при контактном прорастании опухоли в смежные органы (например, в поджелудочную железу). Выполняют удаление их в едином блоке.
- Удаление регионарных лимфатических узлов при операциях по поводу рака желудка ведет к увеличению продолжительности жизни больных, поэтому лимфаденэктомия показана всем больным.

ХИМИОТЕРАПИЯ.

- Химиотерапия подавляет злокачественный рост в 25-40% случаев, но мало влияет на продолжительности жизни. Вопрос о целесообразности адъювантной терапии после оперативного лечения потенциально курабельных опухолей достаточно спорен; однако, при прифменении схема ФАМ (5-фторурацил, адриаамицин, митомицин) достигнут определенный положительный эффект.



ПРОГНОЗ.

- Прогноз после оперативного лечения в значительной степени зависит от глубины прорастания опухолью стенки желудка, степени поражения регионарных лимфатических узлов и наличия отдаленных метастазов, но прогноз в целом остается достаточно плохим. Если опухоль не прорастает серозную оболочку желудка при невовлеченности регионарных лимфатических узлов, то 5-летняя выживаемость у таких пациентов составляет приблизительно 70%. Это значение катастрофически снижается, если опухоль прорастает серозную оболочку или поражает регионарные лимфатические узлы. Ко времени постановки диагноза лишь только у 40% пациентов имеется потенциально курабельная опухоль.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА.

- Классификация злокачественных опухолей. Издание четвертое, дополненное, исправленное.
- З. Маржатка. Практическая гастроэнтерология, Прага, 1967 год
- Ph. Rubin. Clinical Oncology, A Multidisciplinary Approach for Physicians and Students, 7th Edition, 1993
- Хирургия, руководство для врачей и студентов, под редакцией В.С. Савельева. Геоэтар медицина, 1997 год.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!

