

# Рак желудка

*проф. П.М. Иванов*

## Историческая справка

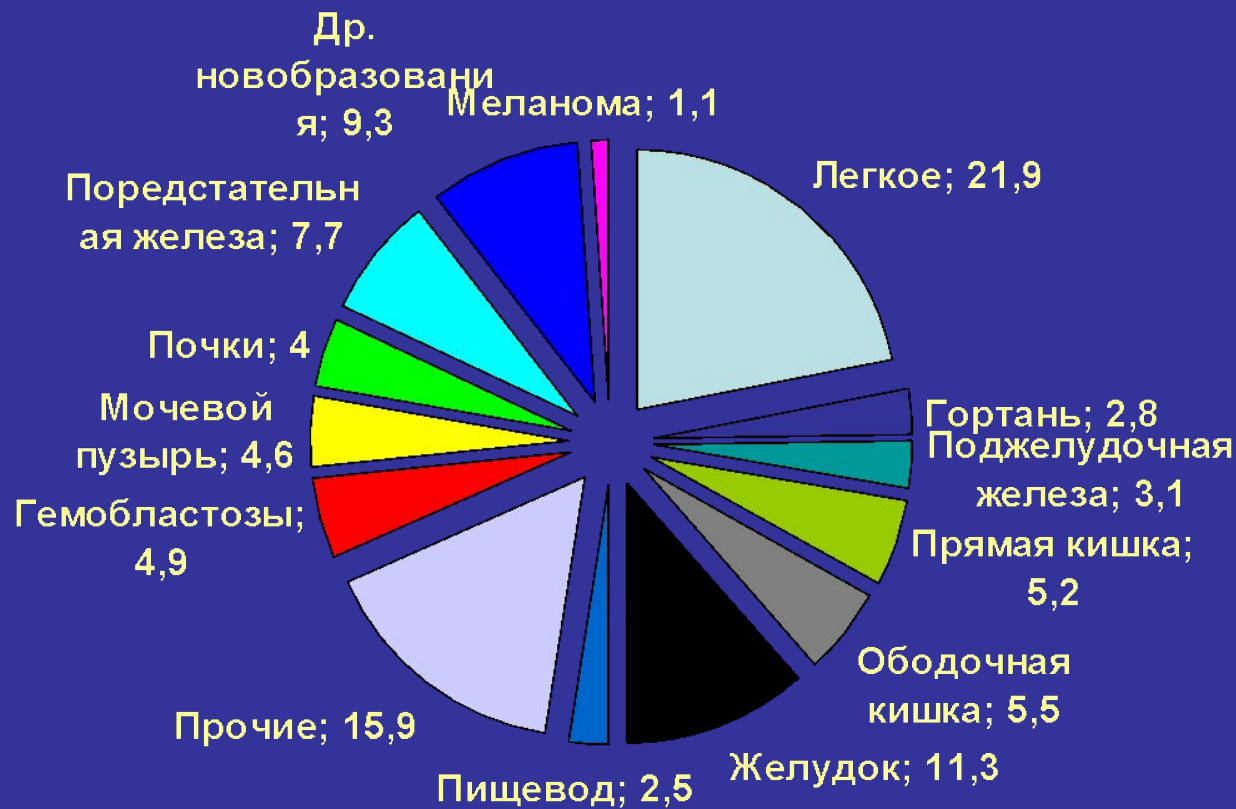
- В 1842 г. в Москве В.А.Басов впервые предложил операцию гастротомии. В 1849 г. хирург Седилло в Страсбурге впервые наложил гастростому больному раком пищевода.
- Первую резекцию желудка при антральной карциноме выполнил в 1879г., французский хирург Пеан. Больной умер на 5-е сутки.
- В 1881 г. в Вене Теодор Бильрот в течение 3 месяцев сделал 3 резекции по поводу антрального рака (Бильрот-I). Первая резекция желудка в России была сделана Китаевским в Петропавловской больнице в Петербурге в 1881г.
- Первые экспериментальные разработки наложения ГЭА принадлежат Меррему (1810), а первую успешную операцию гастроэнтеростомии больному произвел ассистент Бильрота Вельфлер.
- В 1884 г. Коннор (США) сделал первые гастрэктомию при раке со смертельным исходом. Выздоровление после тотальной гастрэктомии впервые получил Шлаттер в Цюрихе в 1897 г.
- В России в 1911 г. В.М.Зыков впервые произвел гастрэктомию, больной после операции прожил 30 лет. Выдающиеся роль в развитии желудочной хирургии сыграли сибирские ученые А.Г. Савиных и К.П.Сапожков.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СТАТИСТИКА

## Заболееваемость населения различных стран мира раком желудка (мировой стандарт)

Страна	Годы	Мужчины	Женщины
<b><u>а) Страны с наиболее высокими показателями</u></b>			
Япония (префектура Осака)	1983-1987	73,6	32,7
Китай (Шанхай)	1983-1987	51,7	21,9
Коста-Рика	1984-1987	46,9	21,3
Италия (провинция Права)	1983-1987	38,4	17,9
<b><u>б) Страны с наиболее низкими показателями</u></b>			
Гамбия	1987-1989	3,9	1,5
Индия (Бомбей)	1983-1987	7,3	4,3
Куба	1986	9,8	5,0

## Структура заболеваемости ЗН у мужского населения РФ (2005)



# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СТАТИСТИКА

## Структура заболеваемости ЗН у женского населения РФ (2005)



# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СТАТИСТИКА

## Структура заболеваемости ЗН населения РС (Я) в 2005 г.

**М**

Локализация	В %
Легкое(С33, 34)	22,70
<b>Желудок(С16)</b>	<b>13,32</b>
Печень (С22)	7,27
Гемобластозы (С81-96)	6,05
Почки (С64)	5,15
НО кожи (С44, 46.0)	4,94
Пищевод (С15)	6,26
Ободочная кишка(С18)	4,44
Прямая кишка(С19-21)	4,74
Поджелудочная железа (С25)	4,04

**Ж**

Локализация	В %
Молочной железы (С50)	19,15
Легкое(С33, 34)	8,84
Шейка матки (С53)	8,64
Ободочная кишка(С18)	6,35
Печень (С22)	5,72
Гемобластозы (С81-96)	5,62
Прямая кишка(С19-21)	4,89
Яичник (С56)	4,68
Тело матки (С54)	4,37
НО кожи (С44, 46.0)	3,64

## **Заболеваемость раком желудка населения РФ (мировой стандарт)**

<b>Область</b>	<b>Год</b>	<b>Мужчины</b>	<b>Женщины</b>
<b>По РФ</b>	<b>2005</b>	<b>29,5</b>	<b>12,6</b>
<b>Республика Тыва</b>	<b>2005</b>	<b>56,8</b>	<b>38,2</b>
<b>Республика Саха (Я)</b>	<b>2005</b>	<b>34,9</b>	<b>11,9</b>







# Факторы риска:

- ◆ **Питание:** 1. Содержание нитратов и нитритов питьевой воды и возможность под воздействием N–восстанавливающей микрофлоры желудка эндогенного синтеза канцерогенных N-нитрозосоединений.
  - 2. Использование заплесневелого зерна, как продукт питания (риск зб. повыш. на 50%), избыточное потребление поваренной соли.
  - 3. Нарушение режима питания, состояние зубов, питание всухомятку, переедание на ночь, пережаренных и копченых продуктов, консервов, недостаточное потребление свежих овощей, фруктов, мяса.
  - 4. Недостаточное употребление в пищу овощей, богатых  $\beta$ -каротином цитрусовых РЖ.
- ◆ **Алкоголь и табак.**

# Факторы риска



# Фоновые заболевания:

- (1) Пернициозная анемия (у 6,9-15,0% больных анемией - РЖ)
- (2) **Хронические атрофически-гипертрофические гастриты с гипо-анацидозом** (при наличии дисплазии II–III ст.).
- (3) **Аденоматозные полипы.** (работах 15 авторов – от 2,3 до 80,0% случаев).
- (4) **Состояние после резекции желудка по Б-II.** (ч/з 15-20 лет у 1,1 – 7,9% б-х, перенесших резекцию желудка по поводу неопухолевых зб. развивается рак культи желудка)
- (5) **ЯБЖ.** (по В.Х. Василенко - 1,2 -71,0%).
- (6) **Иммунодефициты** (риск карциномы - 33%).
- (7) **Инфицирование *Helicobacter pylori*.** Выявлено наличие микроба у 81% больных РЖ и у 90% б-х. - диффузным гастритом.

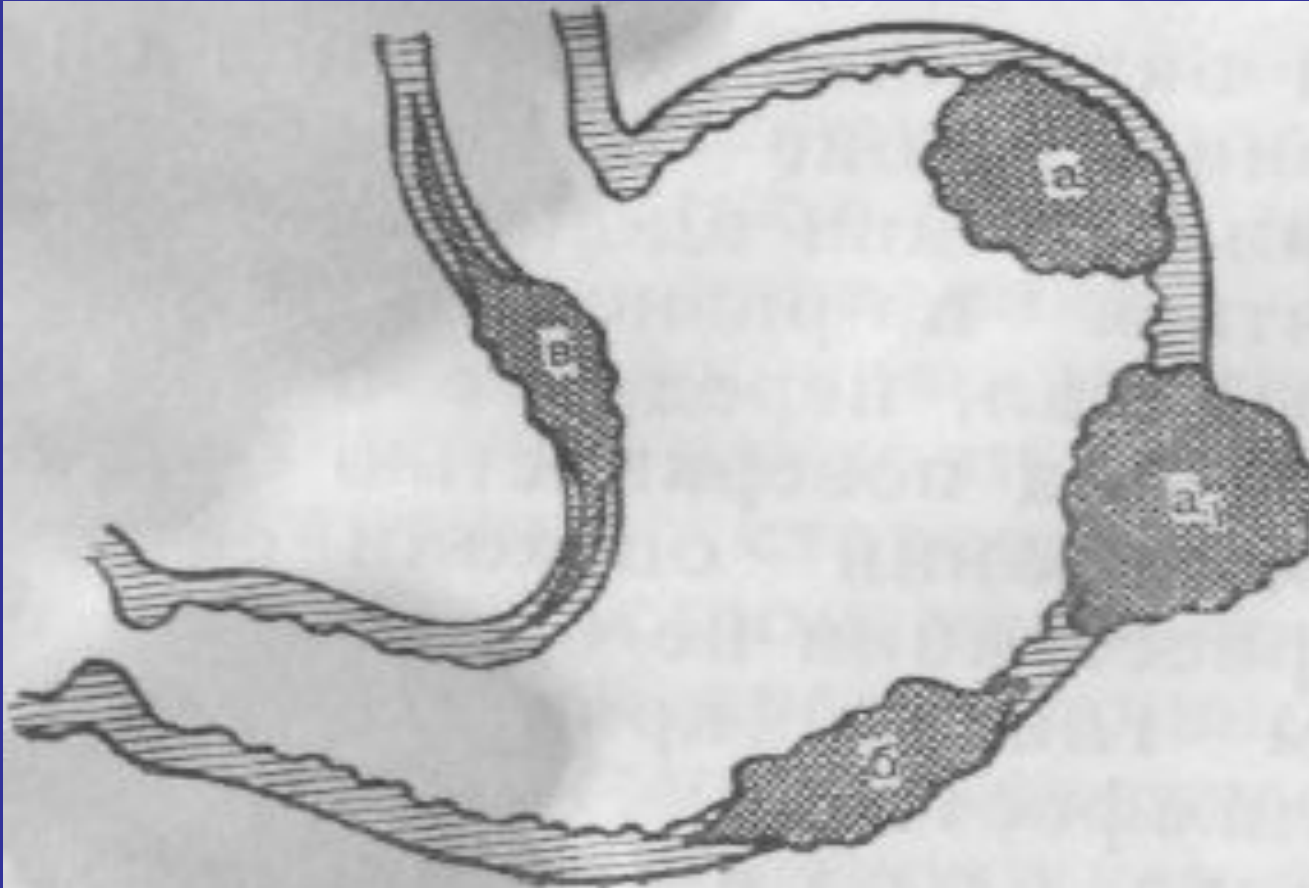
# Классификация

По локализации (по Г.Е. Островерхову):

- Рак малой кривизны – встречается в 43% случаев.
- - большой кривизны – 2,8).
- - пилорического отдела – 36,2%
- - кардиального отдела – 18%

# Классификация

*По характеру роста опухоли:*



**Схема форм роста опухоли при раке желудка**  
**а** – экзофитная, внутриполостная форма; **а1** – такая же форма с экстраорганным ростом; **б** – мезофитная; **в** – эндофитная, внутриорганный форма роста

# Классификации

## ◆ По макроскопическим признакам:

1. Полиповидный рак (экзофитный)
2. Блюдцеобразный рак
3. Язвенно - инфильтративный рак
4. Диффузно- инфильтративный рак

## ◆ Гистология:

- Аденокарцинома (высокая, умеренная, низкая – 98%).
- а) Папиллярная аденокарцинома;
- б) Тубулярная аденокарцинома;
- в) Муцинозная аденокарцинома;
- г) Перстневидно- клеточный рак.

# **TNM - классификация МАИР:**

## **T - Первичная опухоль.**

- **T1** - опухоль, ограниченная слизистой или подслизистым слоем.
- **T2** - опухоль с инвазией до субсерозной оболочки.
- **T3** - опухоль прорастает серозную оболочку, без прорастания в соседние органы.
- **T4** - опухоль распространяется на соседние органы.

## **N - регионарные лимфатические узлы.**

- **N 0** - метастазов нет.
- **N x** - Недостаточно данных для вывода о поражении л/у.
- **N 1** - Имеются MTS в 1-6 регионарных л/у.
- **N 2** - поражены от 7-15 л/у.
- **N 3** - от 15 и более л/у.

## **M - отдаленные метастазы.**

- **M0** - нет отдаленных метастазов.
- **M1** - имеются отдаленные метастазы.

## **P – проростания.**

- **P1** - рак, инфильтрирующий слизистую оболочку.
- **P2** - рак, инфильтрирующий подслизистую оболочку.
- **P3** - рак, инфильтрирующий ло серозный покров.
- **P4** - рак выходящий за пределы органа.



# Классификация по стадиям:

- **Стадия I** - небольшая, ограниченная оп. слизистой и подслизистого слоя желудка; регионарных MTS нет.
- **Стадия II** - опухоль, растущая до серозного покрова и не спаянная с соседними органами, желудок подвижен; в ближайших регионарных зонах одиночные MTS.
- **Стадия III** - опухоль, выходящая за пределы стенки желудка, спаивающаяся и растущая в соседние органы и ограничивающая подвижность желудка; такая же оп. или меньших размеров с

# Пути метастазирования

# Метастазирование

По А.В.Мельникову (1954)

**Первый бассейн** - собирает лимфу от пилороантрального отдела желудка, прилежащего к большой кривизне.

**I этап** метастазирования - л/у желудочно-ободочнокишечной связки по большой кривизне, близко к привратнику.

**II этап** - л/у, расположенные по нижнему краю головки панкреас и за привратником.

**III этап** - л/у, расположенные в толще брыжейки тонкой кишки.

**IV этап** - забрюшинные, параортальные узлы.

**Второй бассейн** - собирает лимфу от пилороантрального отдела, прилежащего к малой кривизне и отчасти от тела желудка.

**I этап** метастазирования - ретропилорические л/у.

**II этап** - л/у дистальной части малой кривизны, в области привратника и 12-перстной кишки.

**III этап** - л/у, расположенные в толще печеночно-12-перстной связки.

**IV этап** - л/у расположенные в воротах печени.

# Метастазирование

По А.В.Мельникову (1954)

**Третий бассейн** - собирает лимфу от тела желудка и малой кривизны, передней и задней стенки кардии, абдоминального отдела пищевода.

**I этап** метастазирования - по ходу малой кривизны и паракардиальные.

**II этап** - л/у по ходу левых желудочных сосудов.

**III этап** - л/у, по верхнему краю поджелудочной железы, ее хвоста.

**IV этап** - л/у паразофагеальные выше и ниже диафрагмы.

**Четвертый бассейн** - собирает лимфу от большой кривизны желудка и свода желудка.

**I этап** метастазирования - л/у, расположенные в желудочно-

# Клиническая картина

## Ранние симптомы:

(а) Б.Е. Петерсон выделяет 3 клинических типа в зависимости от фона на котором развивался рак желудка:

**I тип** - рак, развившийся в здоровом желудке;

**II тип** - рак, развившийся на фоне ЯБЖ;

**III тип** - рак, развившийся на фоне гастрита, полипоза.

(б) А.И.Савицкий описал при раке желудка (у 80% больных) симптомокомплекс “Синдром малых признаков”, который заключается в следующем:

1) *изменение самочувствия больного;*

2) *немотивированно стойкое снижение аппетита;*

3) *явления желудочного дискомфорта;*

4) *беспричинно прогрессирующее похудание;*

5) *психическая депрессия;*

# Поздние симптомы:

- 1 Боль в эпигастрии** наблюдается у 70% больных. **Боли опоясывающего характера** - при прорастании опухоли в поджелудочную железу.
- 2 Анорексия** (отсутствие аппетита) и **похудание** (70- 80% больных);.
- 3 Тошнота и рвота** при поражении дистальных отделов желудка. **Рвота** - результат обструкции привратника опухолью. **Регургитация** - при прорастании опухоли в нижней трети пищевода.
- 4 Дисфагия.**
- 5 Чувство раннего насыщения.**
- 6 Желудочно-кишечное кровотечение** (около 10% больных).
- 7 Вирховский MTS** - л/у в левой надключичной области.
- 8 MTS Кругенберга – MTS в яичники.**
- 9 Слабость и утомляемость** (при кровопотере и анемии).

# Клиническая картина

♦ *Атипичные формы* клиники рака желудка:

- 1 *Кардиальная* (стенокардитическая);
- 2 *Болевая* (гастритическая);
- 3 *Анемическая*;
- 4 *Желтушная*;
- 5 *Стенотическая*;
- 6 *Лихорадочная*;
- 7 *Диспептическая*;
- 8 *Геморрагическая*;
- 9 *Асцитическая*;
- 10 *Отечная*;
- 11 *Безболевая*;
- 12 *Латентная*.

# Диагностика

*Анамнез, осмотр, пальпация и перкуссия;*

**1) Рентгеноконтрастное исследование:**

*а) Наличие опухоли или дефекта наполнения;*

*б) Потеря эластичности и растяжимости желудочной стенки;*

*в) Изменение рельефа в месте расположения опухоли.*

**2) Эндоскопия с биопсией и цитологическим исследованием обеспечивает 95 - 98% диагностики рака желудка;**

**3) УЗИ и КТ;**

**4) Лапароскопия (перитонеоскопия);**

**5) Диагностическое чревосечение;**

**6) Лабораторные методы – для выбора метода лечения;**

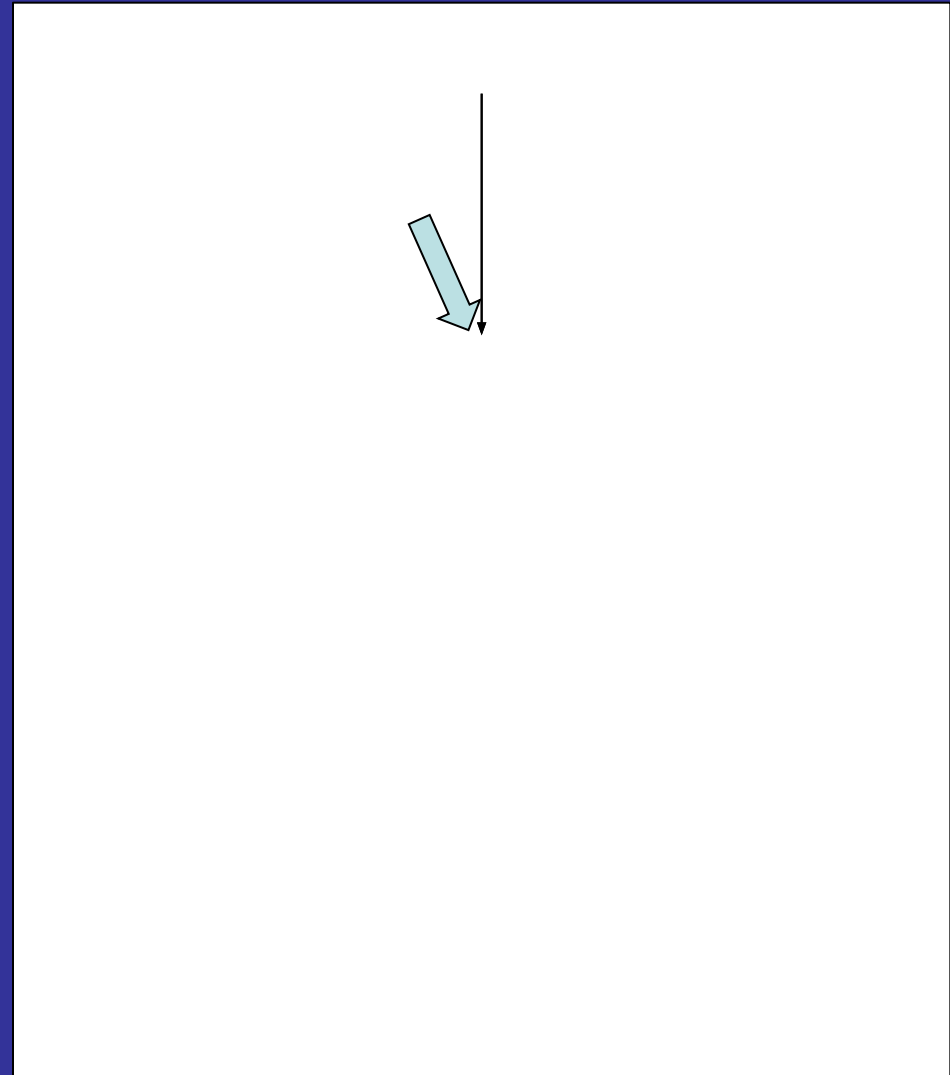
**7) Электрогастрография, Радиоизотопная диагностика (<sup>32</sup>P).**



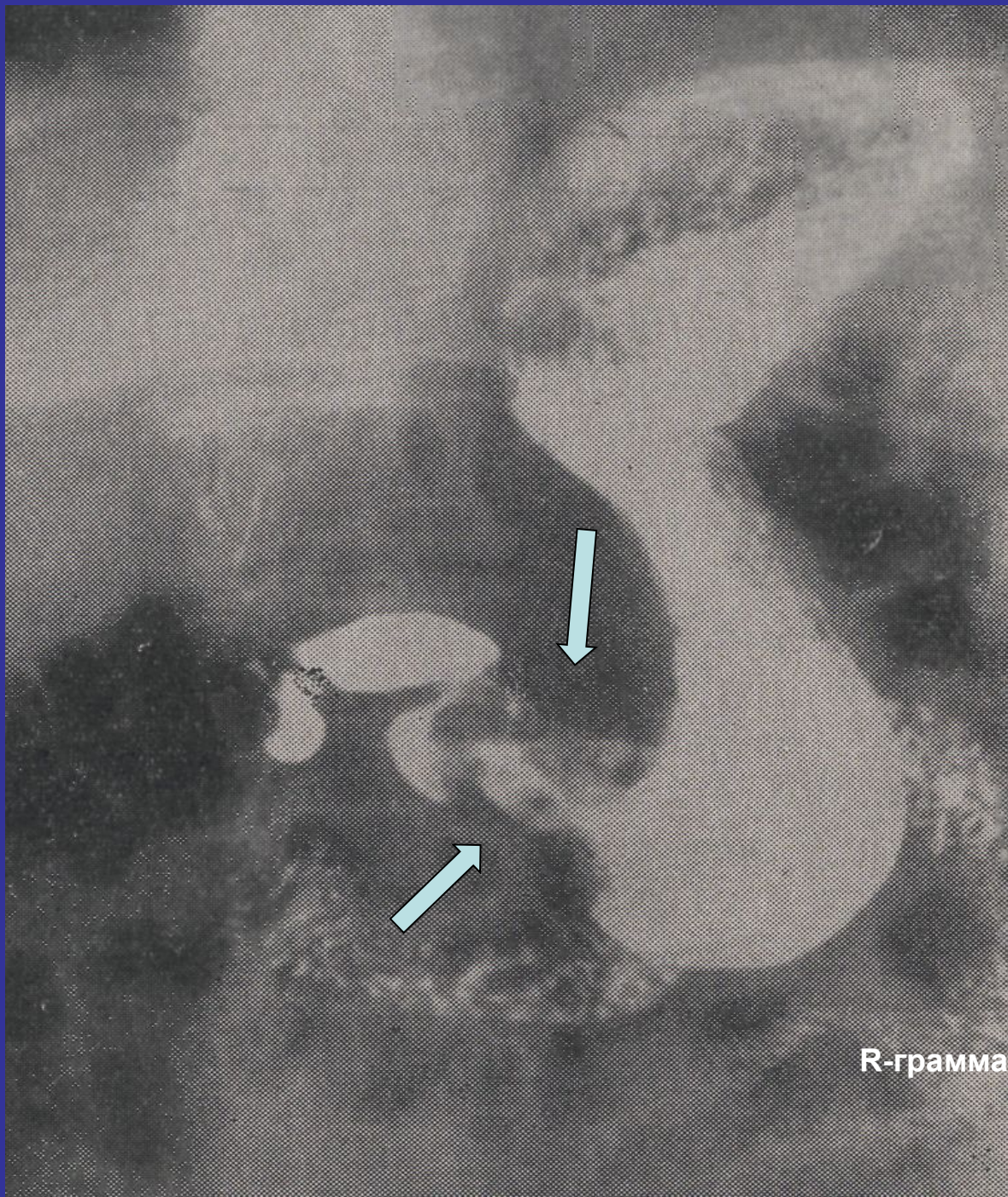
# Рентгеноскопическая картина РЖ



Блюдцеобразный рак малой кривизны

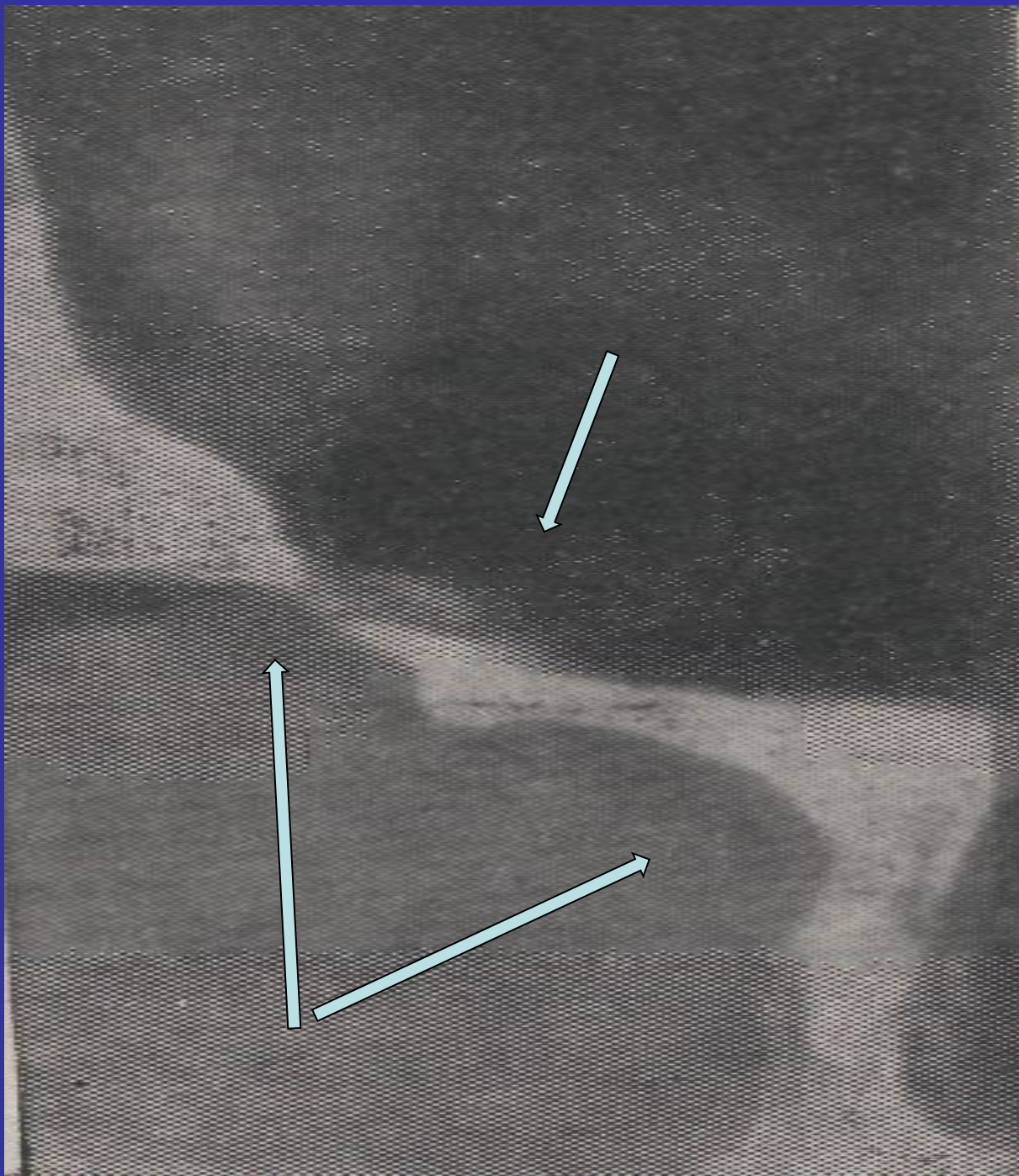


Язвенный рак антрального отдела



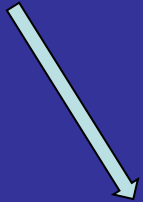
R-грамма: Рак антрального отдела



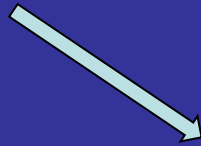


**Кардио-  
эзофагеальный  
рак**

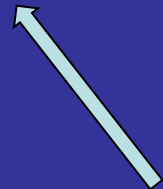
# Эндоскопическая картина



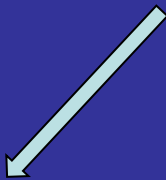
Язвенно-инфильтративный



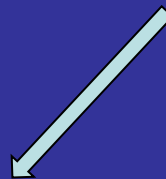
Плоско-инфильтративный



Диффузно-инфильтративный



Полиповидный



Блюдцеобразный



Язвенный

# Дифференциальная диагностика

- 1 Хронический атрофический гастрит, язвенная болезнь, полипы и полипоз желудка – должны быть исключены в первую очередь.**
- 2 Туберкулез желудка ( 2-3%)-** туберкулиновая проба).
- 3 Сифилис желудка** встречается чаще у мужчин молодого возраста (реакция Вассермана).
- 4 Пернициозная анемия.**
- 5 Ахалазия (Кардиоспазм)** возникает чаще в возрасте 20-40 лет. Течение длительное.

# Лечение рака желудка

## I Хирургическое лечение

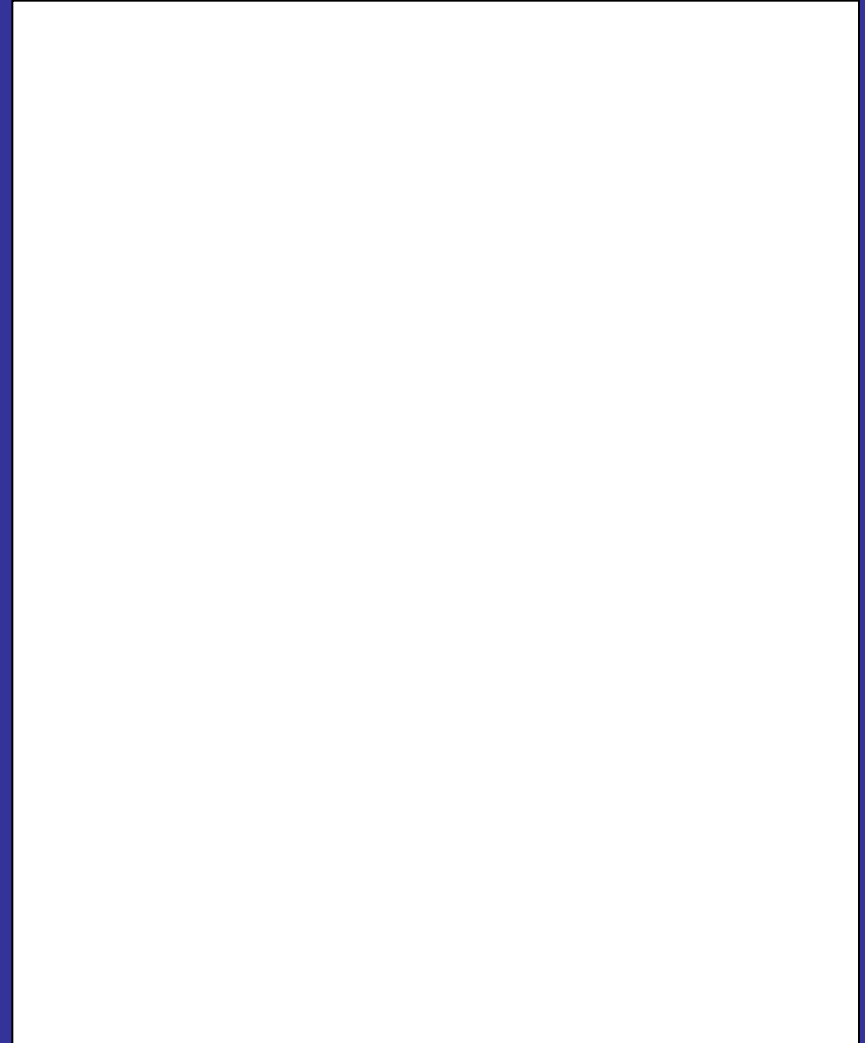
### A. Радикальные операции:

- 1 - *Субтотальная дистальная резекция желудка (Б 1 -2).*
- 2 - *Субтотальная проксимальная резекция желудка.*
- 3 - *Гастрэктомия.*
- 4 - *Комбинированная гастрэктомия .*

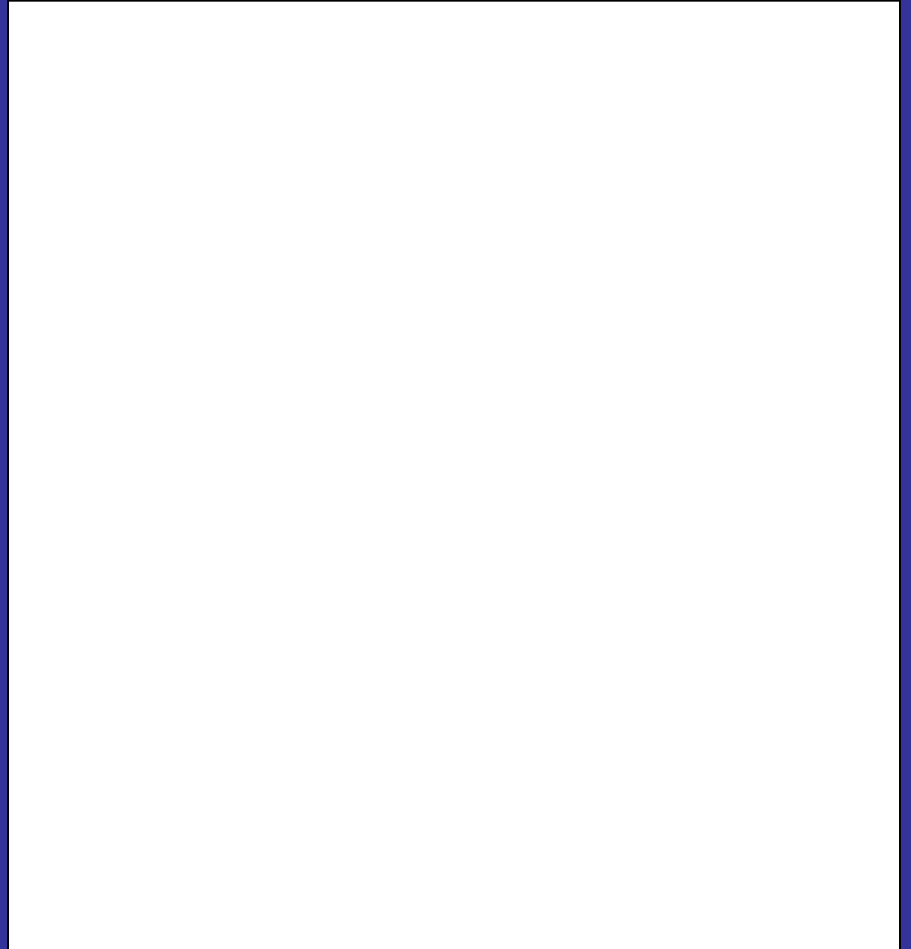
### Б. Паллиативные операции:

- 1 - *Дистальная паллиативная резекция.*
- 2 - *Наложение гастростомы.*
- 3 – *-»- Гастроэнтероанастомоза.*

# Хирургическое лечение (Б-II)

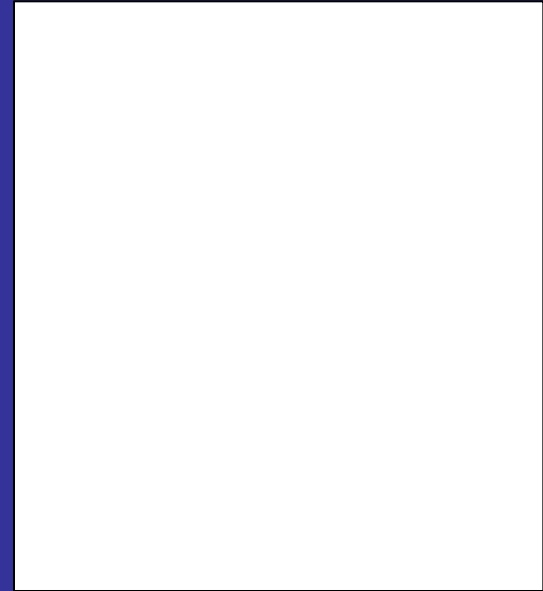
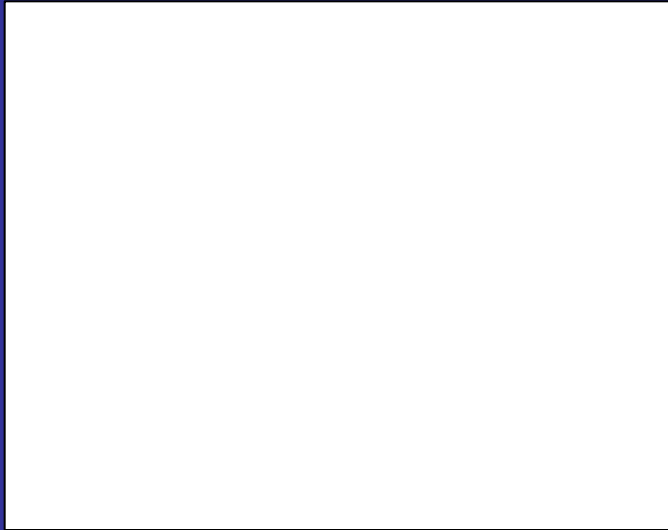


# Хирургическое лечение (Б-II)





# Хирургическое лечение (гастрэктомия)



# Лечение рака желудка

**II Химиотерапия** (эффективность в 24 - 40% случаев, но не надолго, используют 5-ФУ (15мг/кг, разовая - 750-1200мг в/в ч/з день, суммарная - 4,0-7,0 г), митомицин С, доксорубицин.

**III Лучевая терапия** применяется с паллиативной целью.

# Прогноз

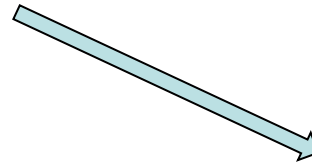
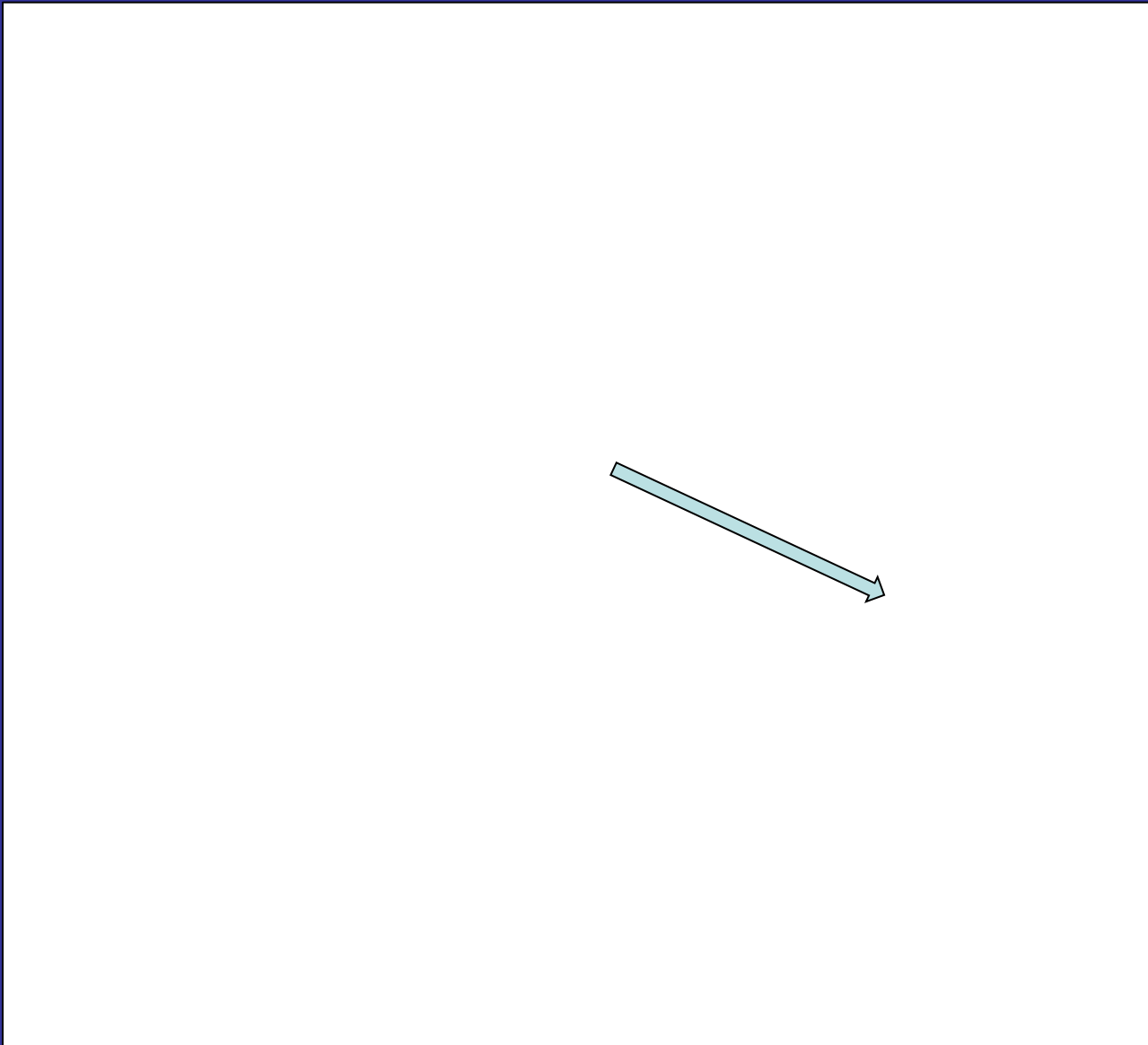
- после оперативного лечения зависит от глубины прорастания опухолью стенки желудка, степенью поражения регионарных л/у и наличия отдаленных метастазов
- при опухолях, не прорастающих серозную оболочку, 5-летняя выживаемость составляет 70%.

# Фоновые заболевания



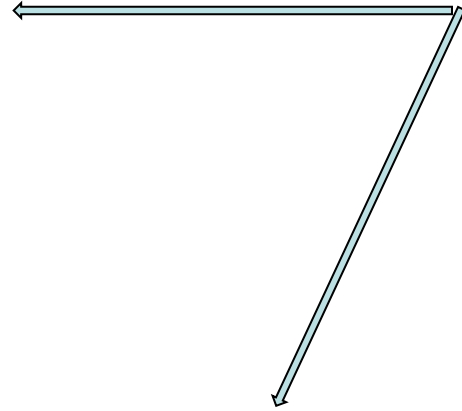
Хронической атрофический гастрит

# Фоновые заболевания



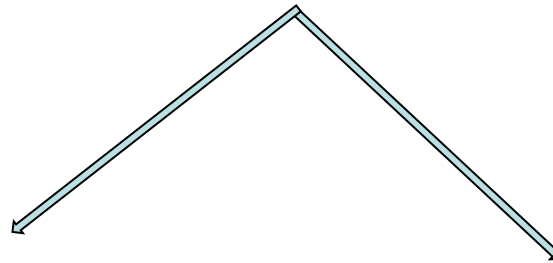
Хроническая язва желудка

# Фоновые заболевания:



Полип желудка

# Фоновые заболевания



Варикозное расширение вен желудка

Благодарю за внимание!

