

Рак желудка

проф. П.М. Иванов

Историческая справка

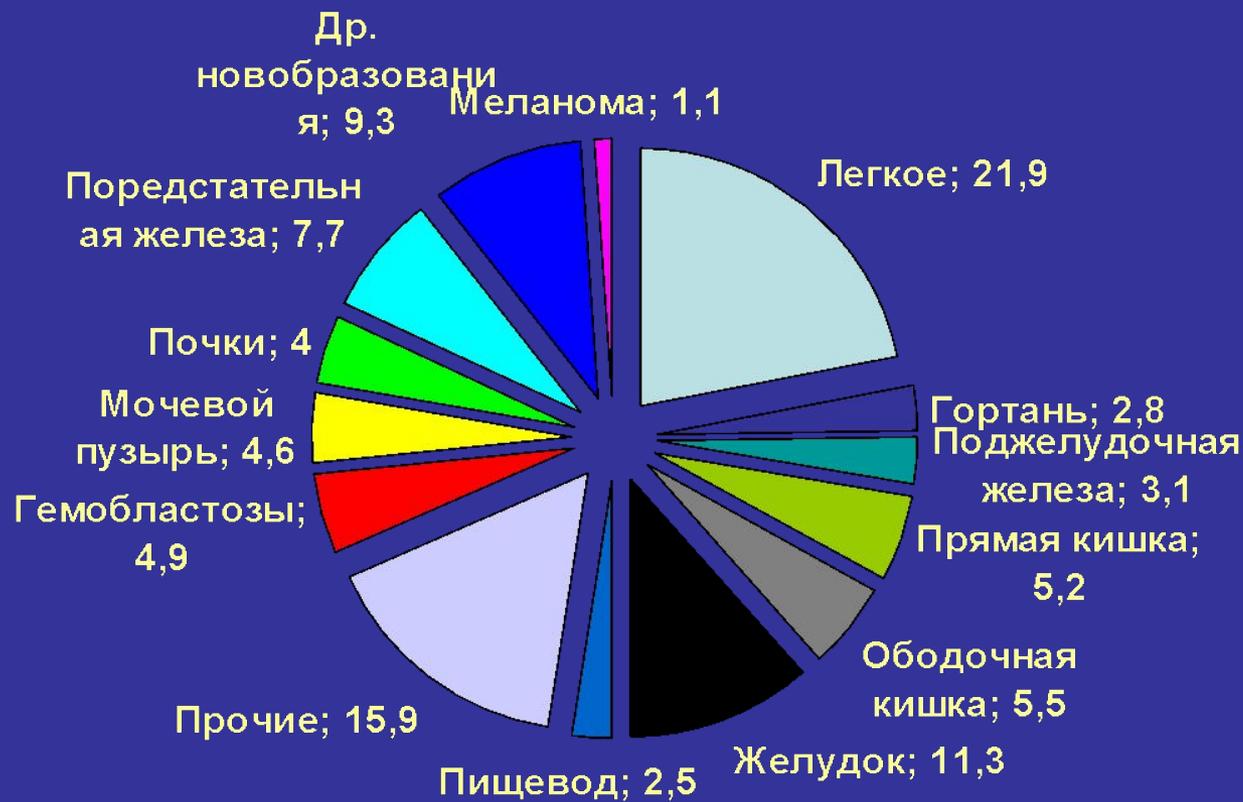
- В 1842 г. в Москве В.А.Басов впервые предложил операцию гастротомии. В 1849 г. хирург Седилло в Страсбурге впервые наложил гастростому больному раком пищевода.
- Первую резекцию желудка при антральной карциноме выполнил в 1879г., французский хирург Пеан. Больной умер на 5-е сутки.
- В 1881 г. в Вене 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
<u>а) Страны с наиболее высокими показателями</u>			
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
<u>б) Страны с наиболее низкими показателями</u>			
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
Желудок(С16)	13,32
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

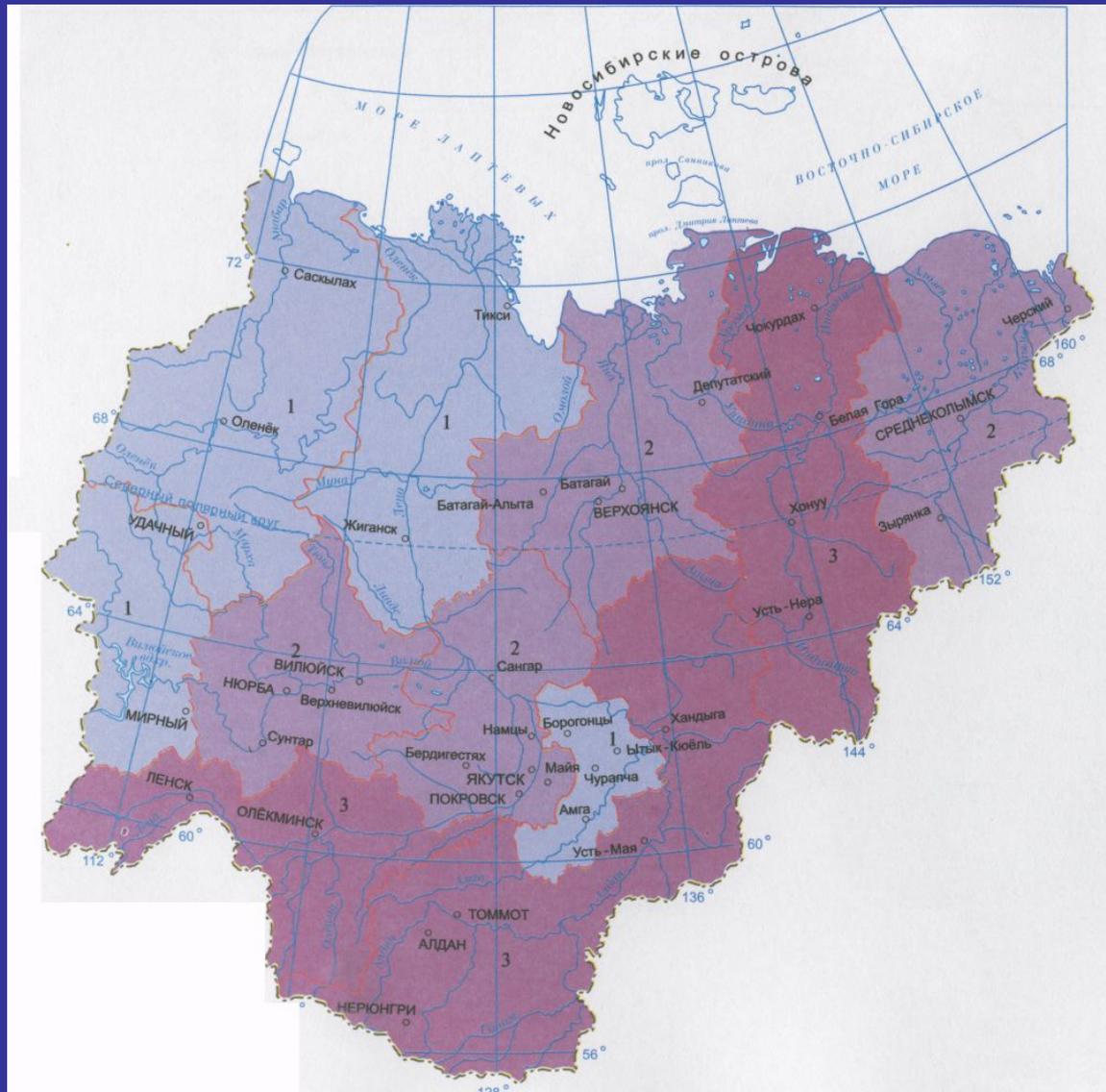
Ж

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

Заболееваемость раком желудка населения РФ (мировой стандарт)

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

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ



- 1- $\leq 45,0$
- 2 – 45,0-60,0
- 3 – 60,0 \leq

Заболеваемость раком желудка мужского населения РС (Я)

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 β -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-анацитозом** (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:

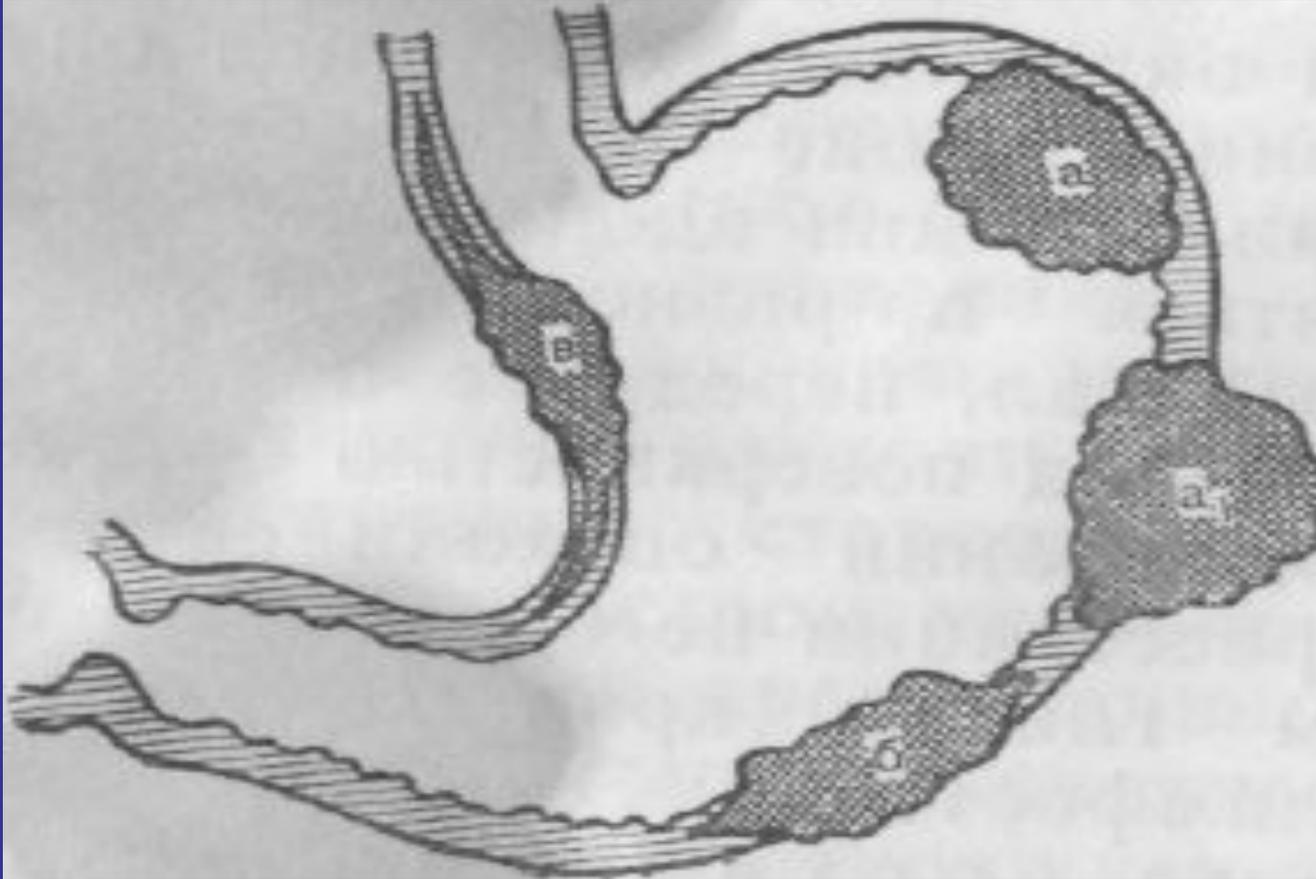


Схема форм роста опухоли при раке желудка
а – экзофитная, внутриполостная форма; а1 – такая же форма с экстраорганным ростом; б – мезофитная; в – эндофитная, внутриорганный форма роста

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 параззофагеальные 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;

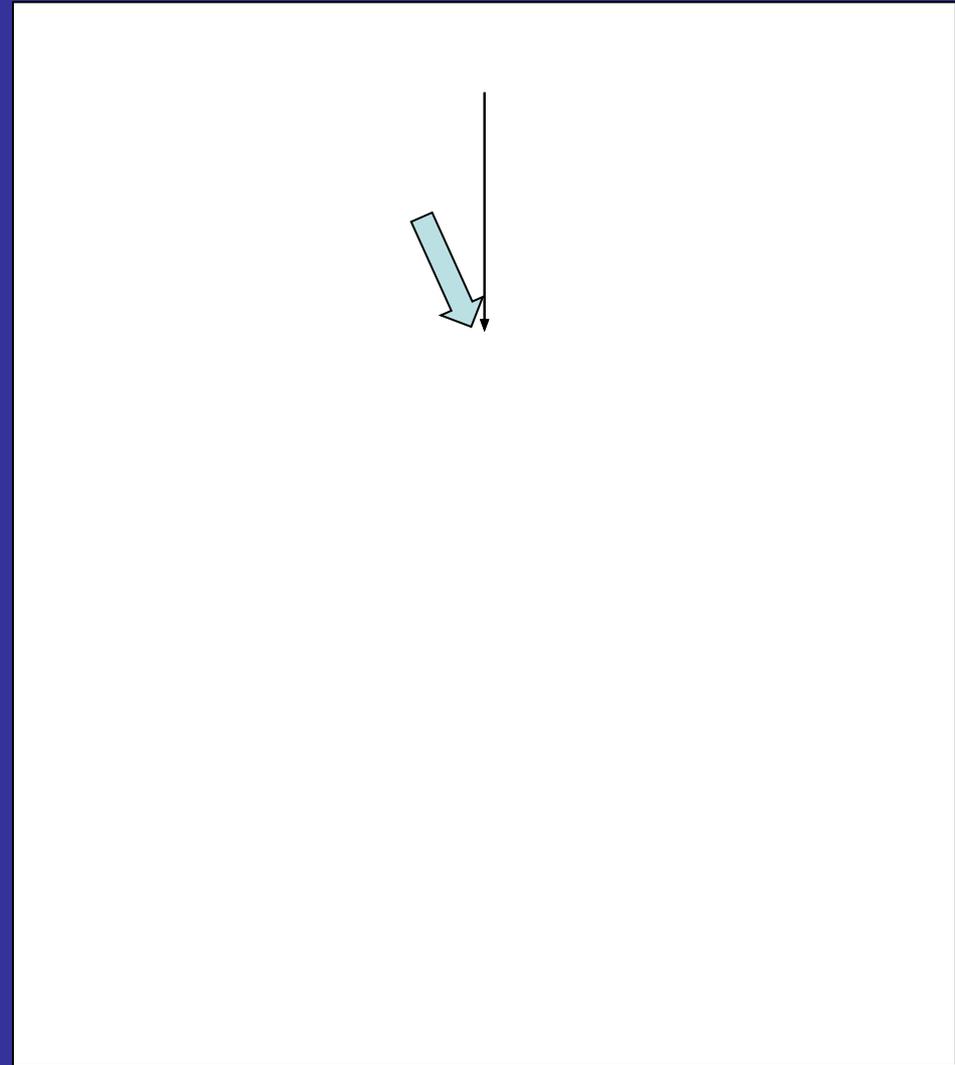
6) Лабораторные методы – для выбора метода лечения;

7) Электрогастрография, Радиоизотопная диагностика (³²P).

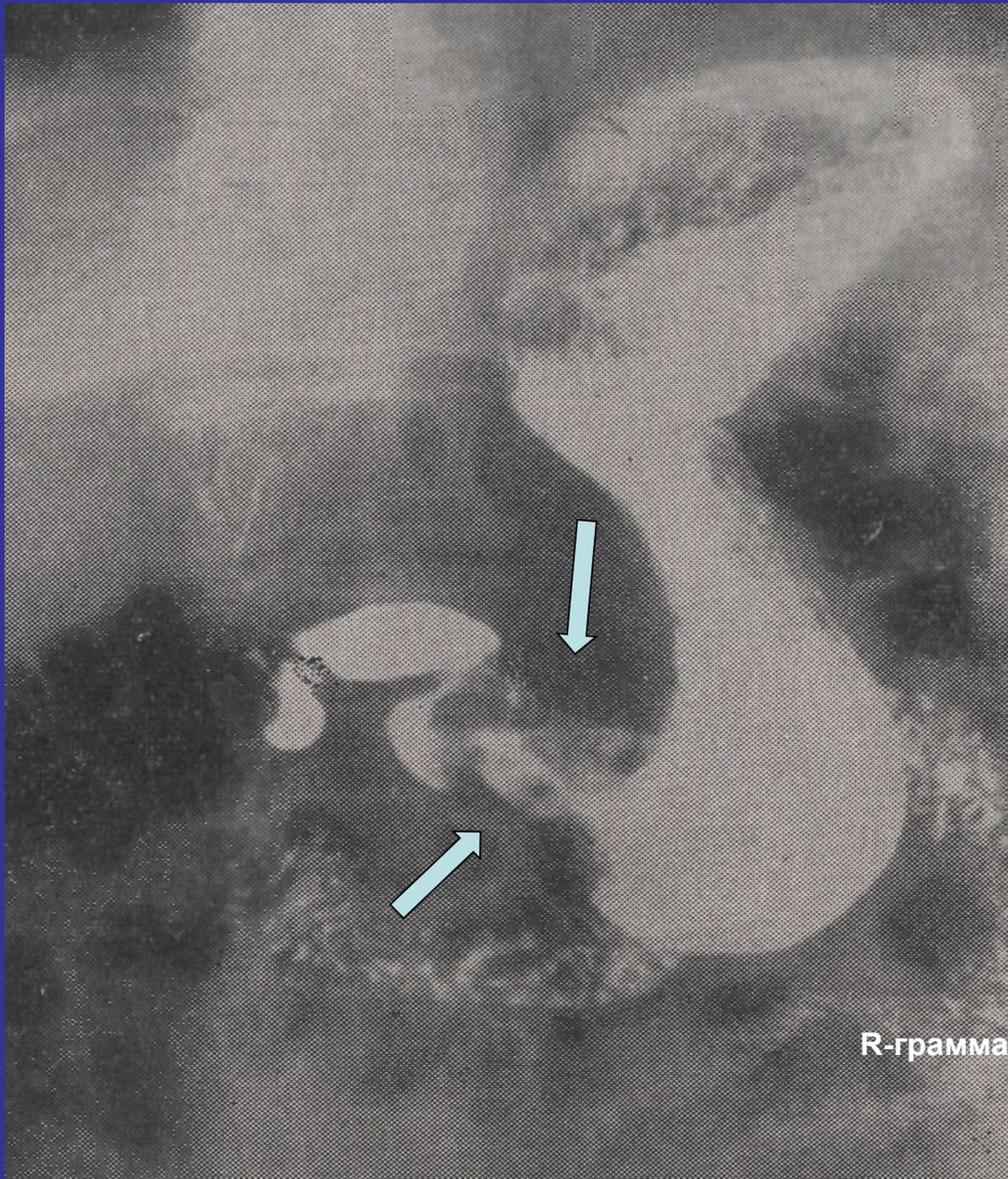
Рентгеноскопическая картина РЖ



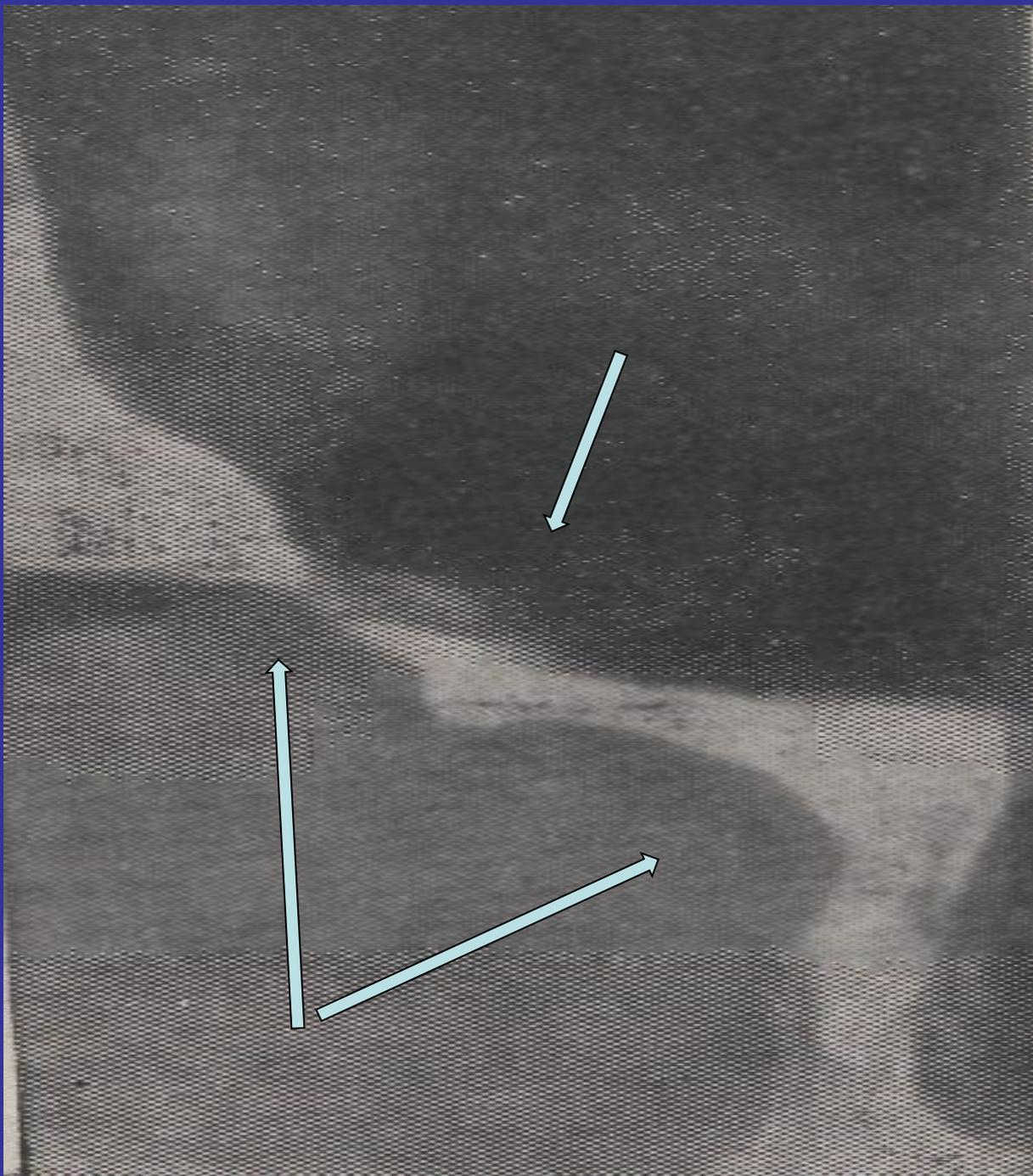
Блюдцеобразный рак малой кривизны



Язвенный рак антрального отдела

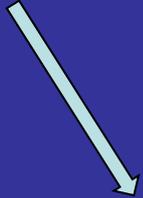


R-грамма: Рак антрального отдела

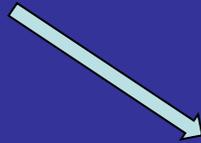


**Кардио-
эзофагеальный
рак**

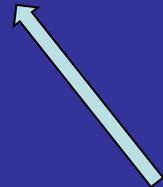
Эндоскопическая картина



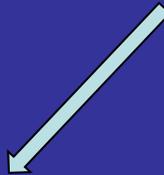
Язвенно-инфильтративный



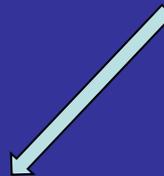
Плоско-инфильтративный



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

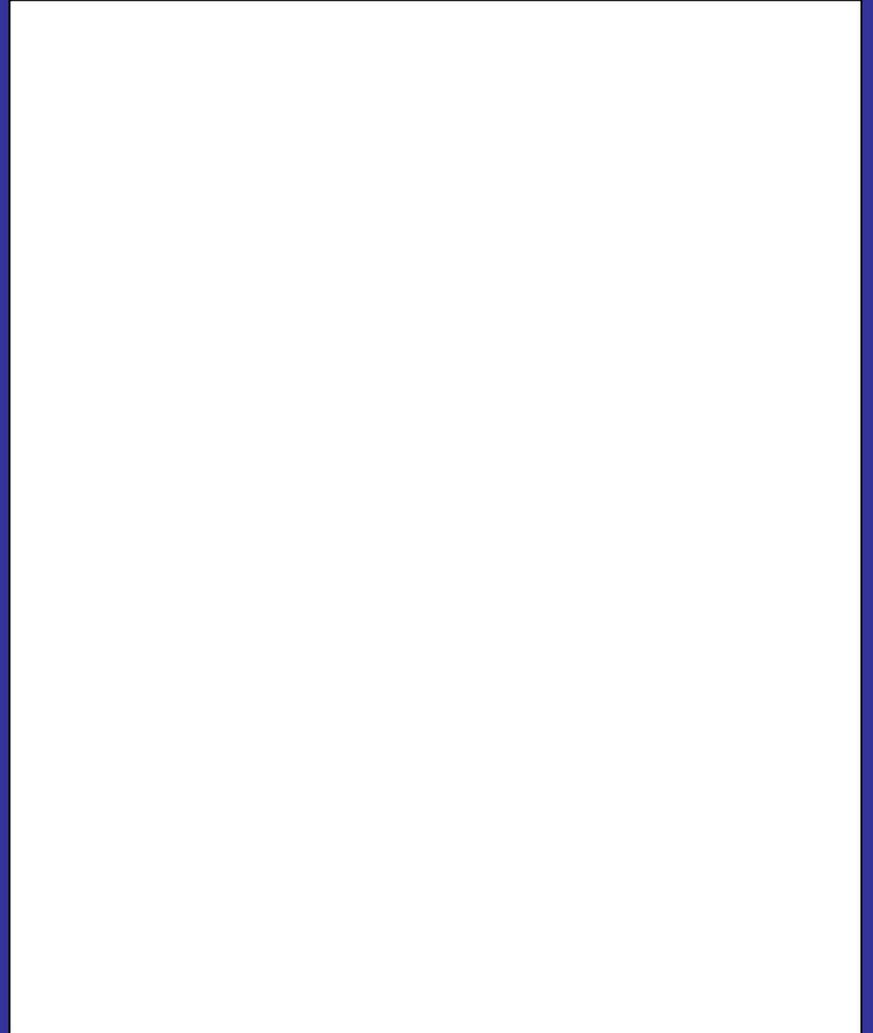
A. Радикальные операции:

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

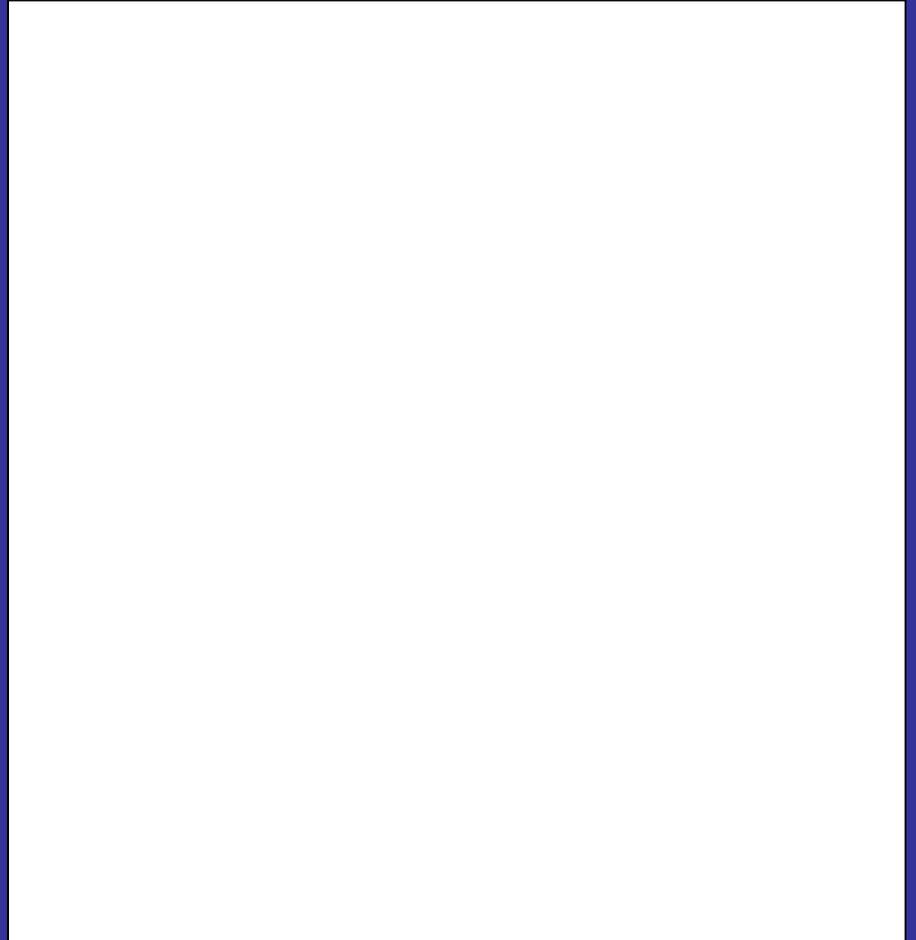
Б. Паллиативные операции:

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

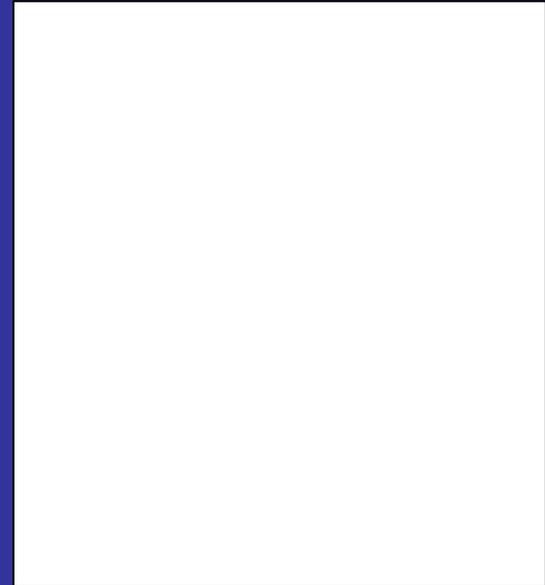
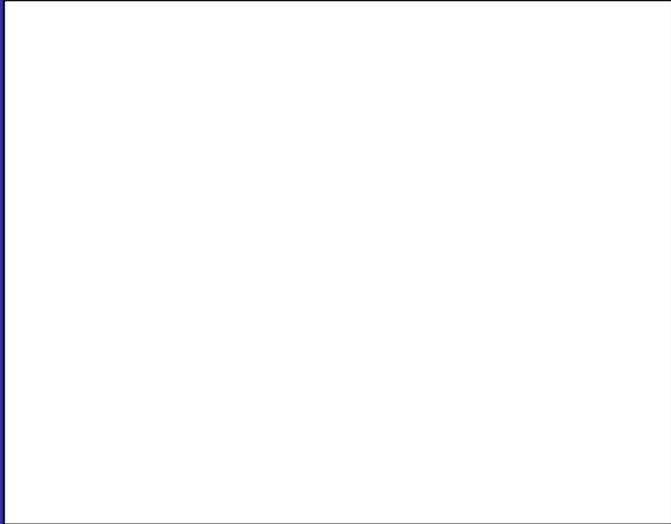
Хирургическое лечение (Б-11)



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

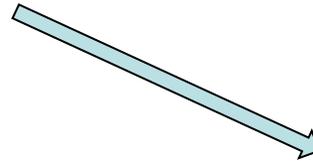
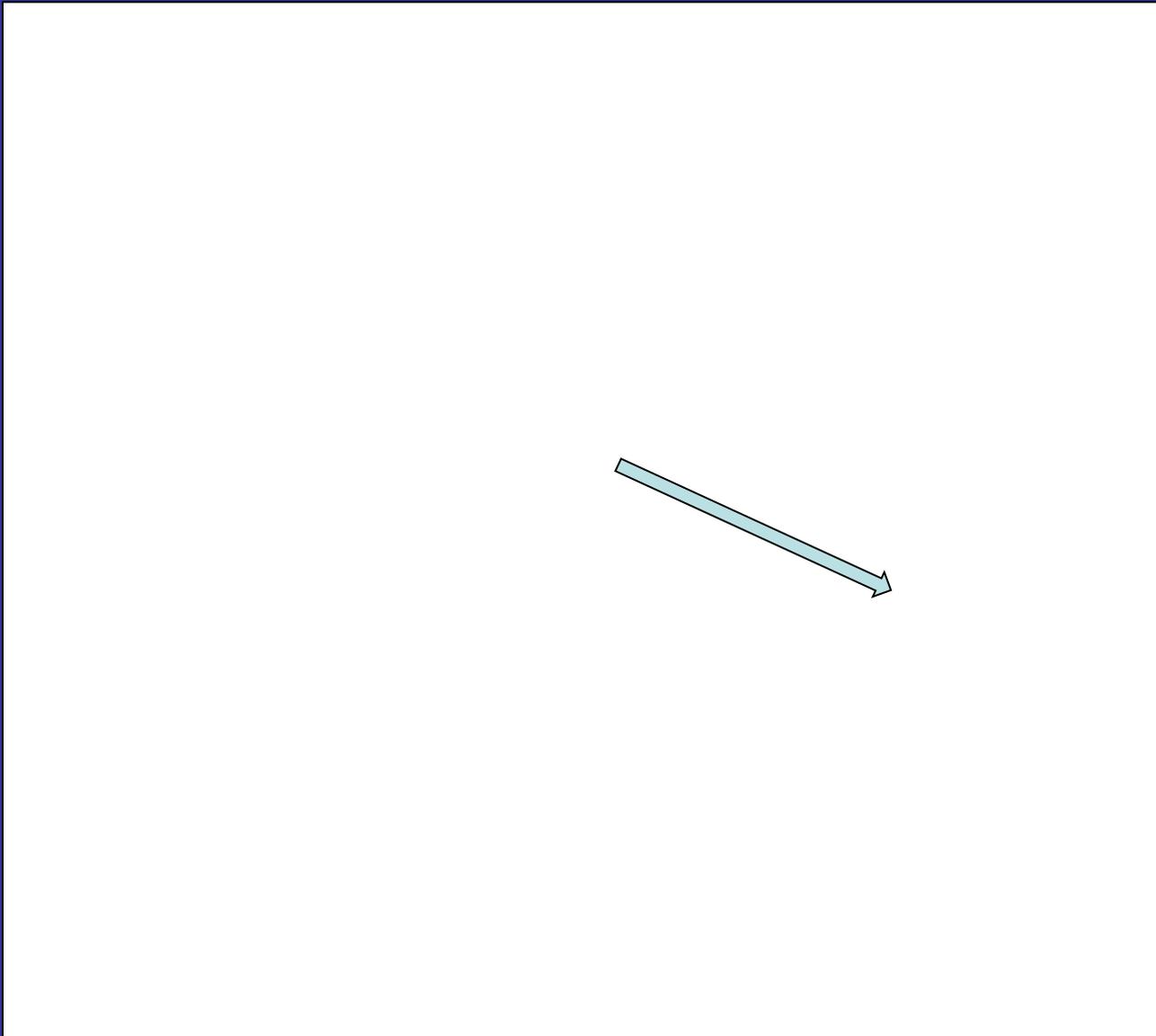
- после оперативного лечения зависит от глубины прорастания опухолью стенки желудка, степенью поражения регионарных л/у и наличия отдаленных метастазов
- при опухолях, не прорастающих серозную оболочку, 5-летняя выживаемость составляет 70%.

Фоновые заболевания



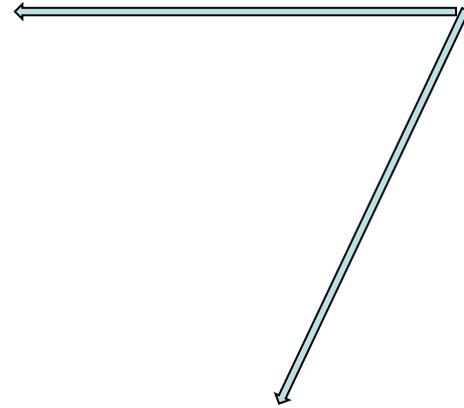
Хронической атрофический гастрит

Фоновые заболевания



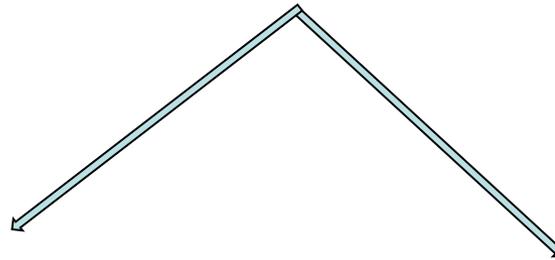
Хроническая язва желудка

Фоновые заболевания:



Полип желудка

Фоновые заболевания



Варикозное расширение вен желудка

Благодарю за внимание!

