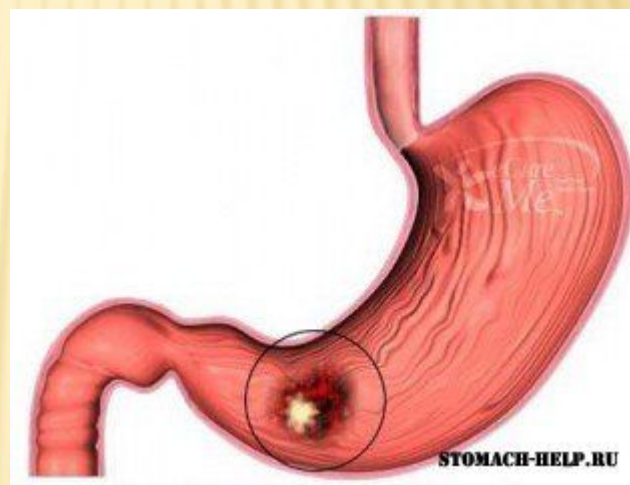


АМУРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ
КАФЕДРА ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛУЧЕВОЙ
ТЕРАПИИ
С КУРСОМ ОНКОЛОГИИ

РАК ЖЕЛУДКА



к.м.н., доцент Лысенко О.В.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Рак желудка занимает одно из первых мест в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных опухолевых новообразований.

На долю рака желудка приходится 50% опухолей ЖКТ и 12,3% опухолей других локализаций.

Мужчины страдают раком желудка в 2 раза чаще чем женщины.

Чаще болеют люди старше 50 лет.

ФАКТОРЫ РИСКА

- Курение,
- Алкоголь,
- Геогидрохимические условия (недостаток кобальта, магния, ванадия, избыток кальция, меди, хрома),
- Нерациональное питание, нитраты, нитриты,
- Производство резины, асбеста, винилхлорида, минеральных масел, хрома,
- Инфицирование *Helicobacter Pylori*.

ФОНОВАЯ ПАТОЛОГИЯ

Метаплазия – патологическая пролиферация с приобретением клетками структуры и свойств иной ткани.

Кишечная метаплазия – замещение желудочного эпителия кишечным.

При атрофическом гастрите и раке желудка она наблюдается почти в 100% случаев, при язве желудка – в 80-100%.

*Полная метаплазия (тонкокишечная
метаплазия
1-го типа).*

Для неё характерно наличие всех клеток, свойственных тонкой кишке. Причем сходство не только структурное, но и функционально-морфологическое.

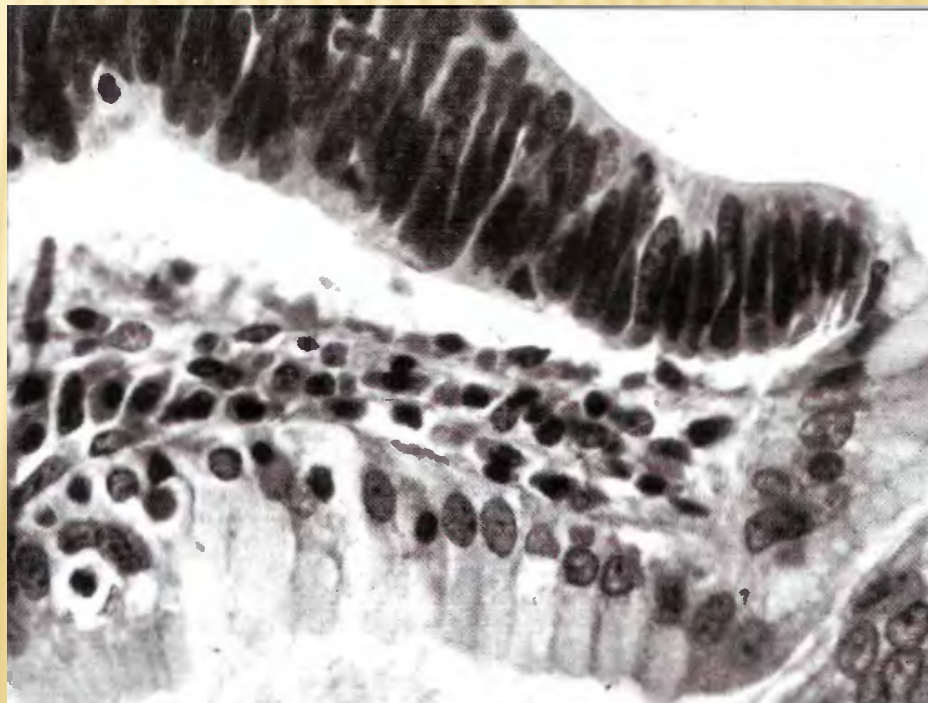
*Неполная метаплазия (толстокишечная
метаплазия 2-го типа).*

Чётко отличается от полной по своим гистохимическим характеристикам.

Дисплазия - нарушение структуры
ткани, характеризующееся
патологической пролиферацией и
атипией клеток.

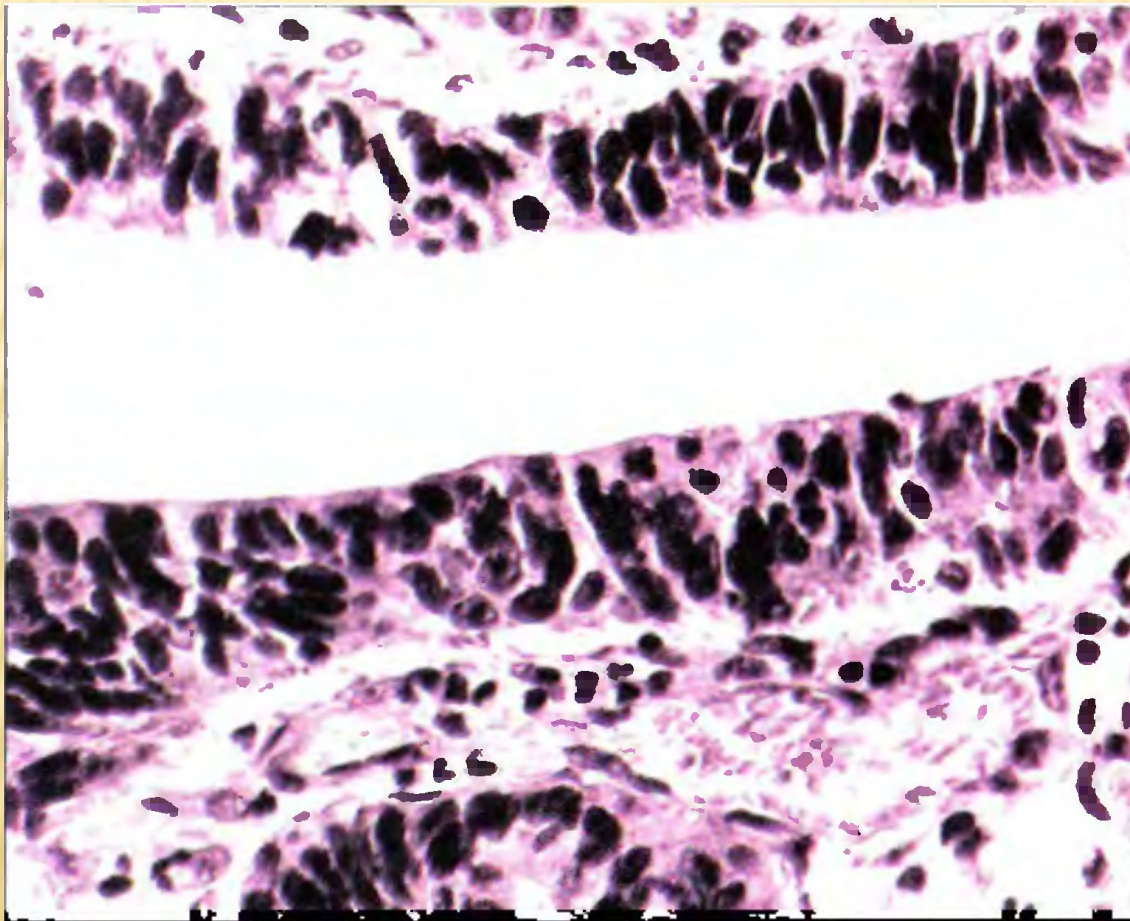
Различают 3 степени дисплазии:

I – слабая (низкая)



II – умеренная;

III – выраженная (высокая)



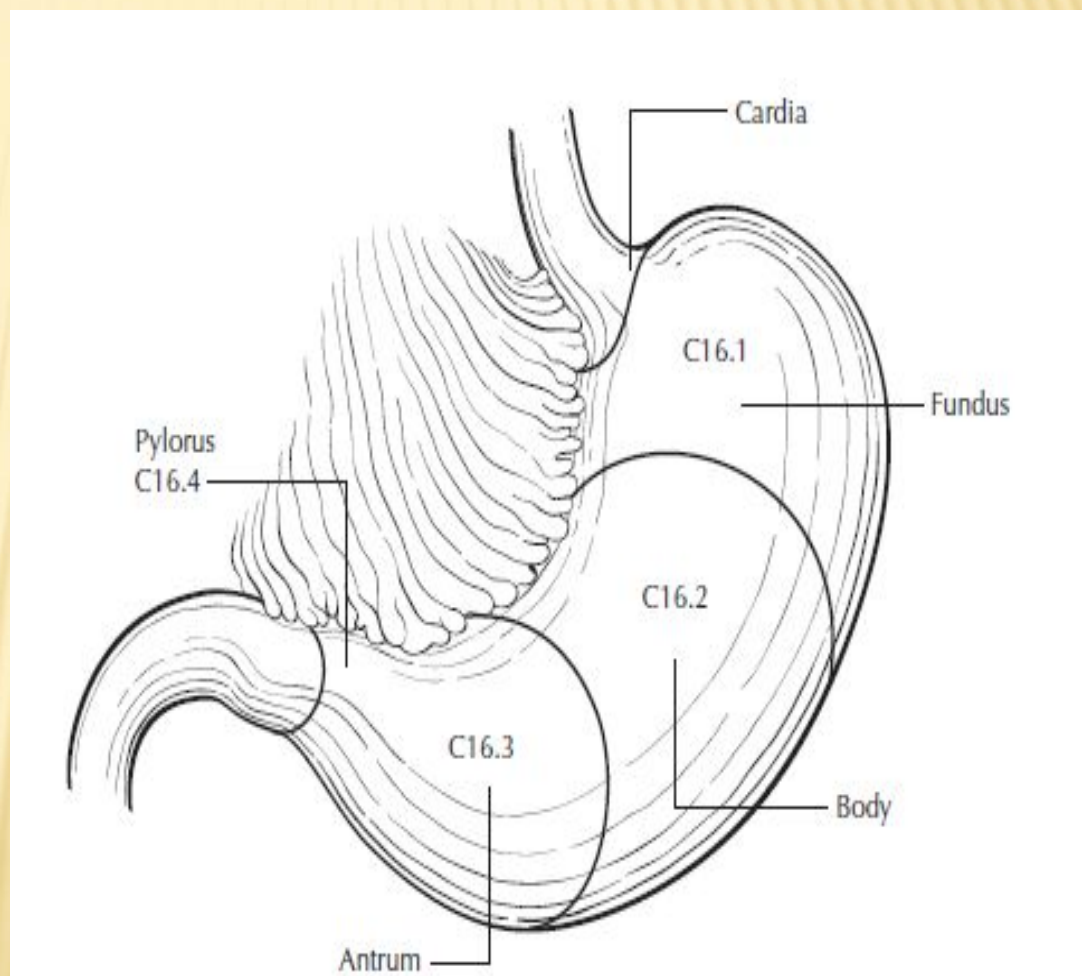
ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Аденоматозные полипы желудка;
- Хронический гастрит;
- Хроническая язва желудка;
- Оперированный желудок;
- Болезнь Менетрие;
- Пернициозная (V_{12} -дефицитная) анемия.

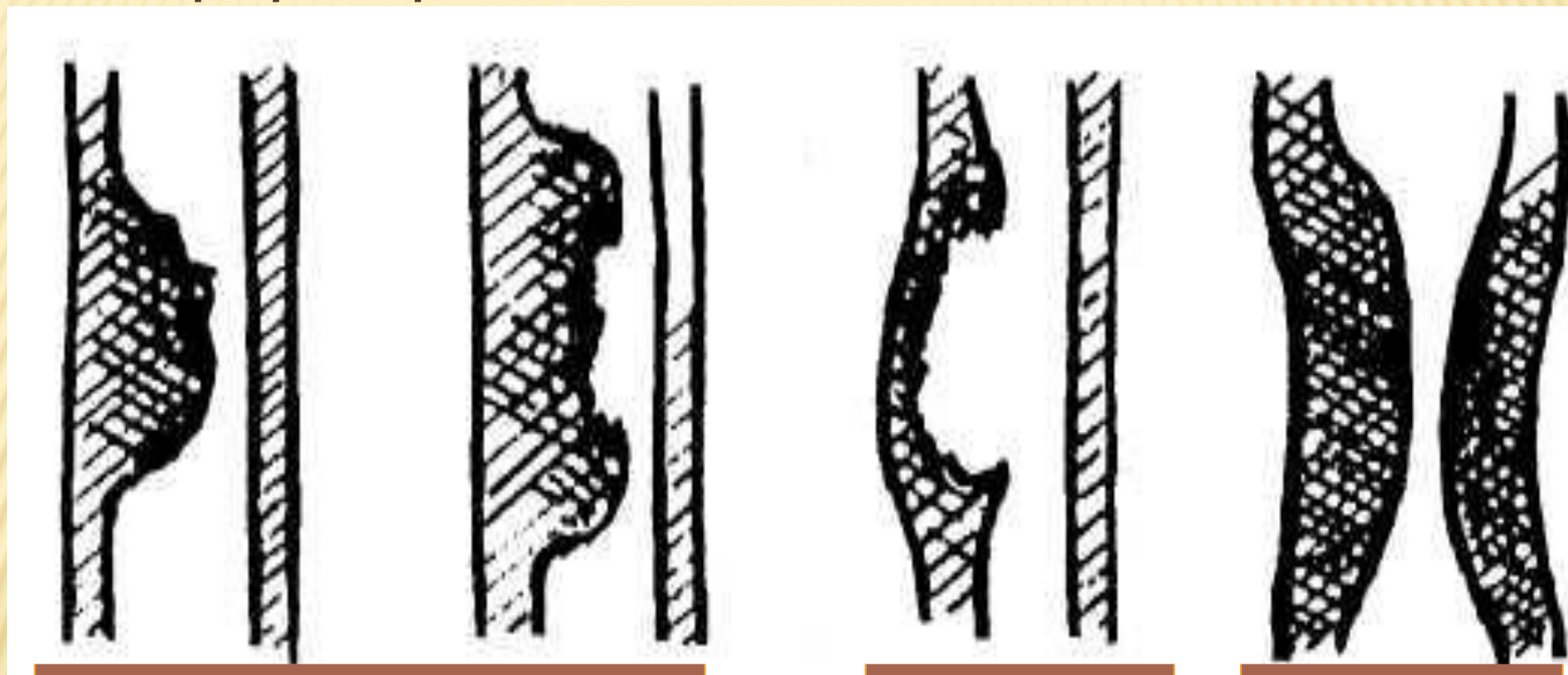
КЛАССИФИКАЦИЯ

I Классификация по анатомическим областям:

- Кардиальный отдел
- Дно желудка
- Тело желудка
- Антральный отдел
- Пилорический отдел



II по форме роста:



Экзофитный:

Полиповидный
Грибовидный
Блюдцеобразный
Бляшковидный

Эндофитный

Смешанный

Международная гистологическая классификация:

- Аденокарцинома (папиллярная, тубулярная, муцинозная, перстневидноклеточная);
- Железисто-плоскоклеточный рак;
- Плоскоклеточный рак;
- Недифференцируемый рак;
- Неклассифицируемый рак.

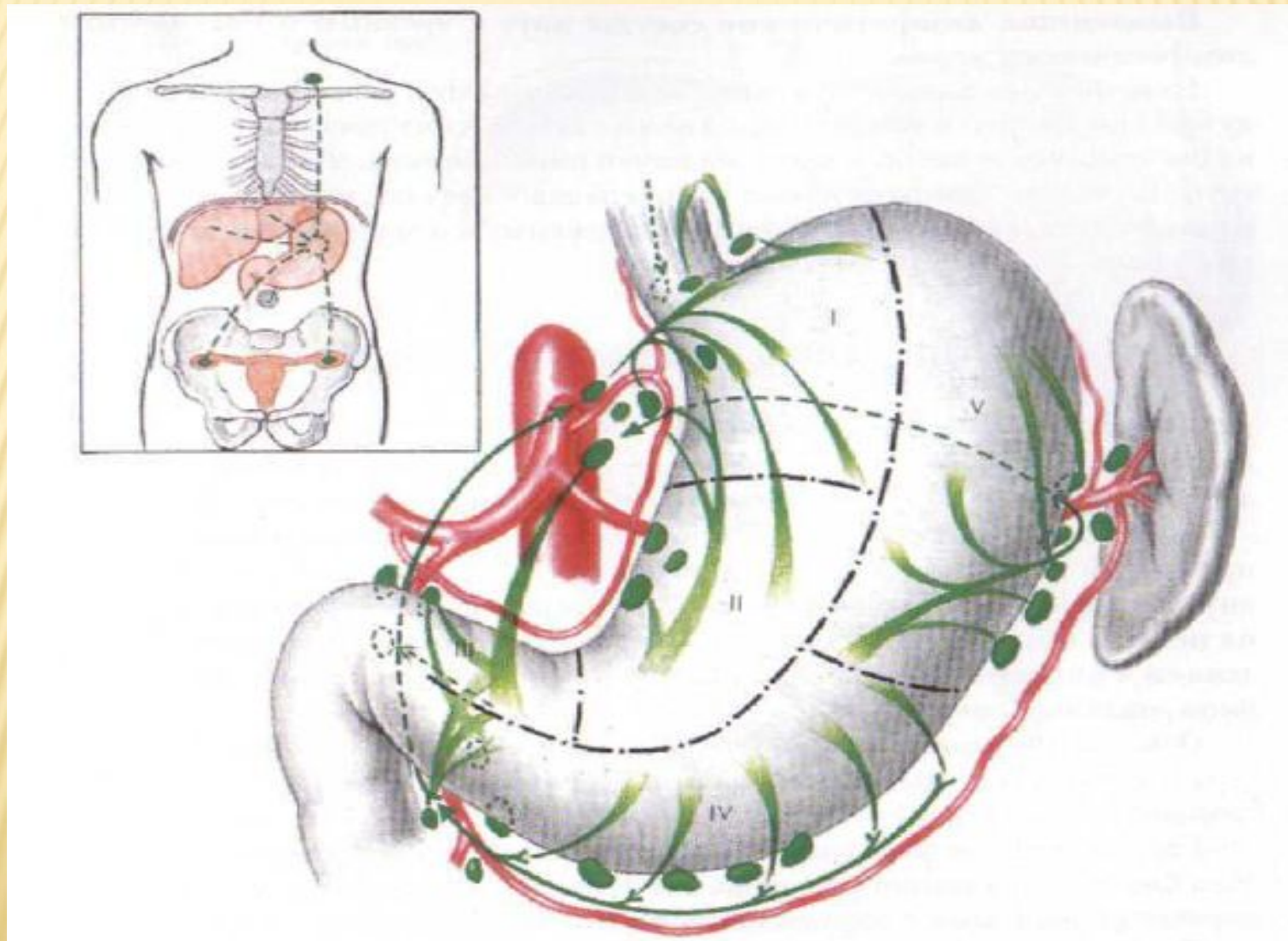
ОТЕЧЕСТВЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

- I стадия – опухоль диаметром до 3 см, распространяется не глубже подслизистого слоя. К I стадии следует относить малигнизированные полипы и малигнизированные язвы желудка с той же глубиной инвазии. Регионарные метастазы отсутствуют.
- II А стадия – опухоль диаметром более 3 см, распространяющаяся не глубже подслизистого слоя, или опухоль любых размеров, врастающая в мышечный слой, но не прорастающая серозную оболочку. Регионарные метастазы отсутствуют.
- II Б стадия – опухоль той же или меньшей степени местного распространения с одиночными (не более двух) метастазами в регионарных перигастральных лимфатических узлах.
- III А стадия – опухоль любого размера, прорастает всю стенку желудка. Возможно спяние желудка, верхнего листка брыжейки поперечной ободочной кишки. Опухоль той же или меньшей степени местного распространения с переходом на пищевод или 12 п.к. Регионарные метастазы отсутствуют.
- III Б стадия – опухоль той же или меньшей степени распространения с множественными метастазами в регионарных перигастральных лимфатических узлах, одиночными или множественными регионарными метастазами по ходу левой желудочной, чревной, общей печеночной и селезеночной артерий.
- IV А стадия – опухоль любого размера, прорастает в соседние структуры и органы (поджелудочная железа, печень, поперечная ободочная кишка, селезенка, брыжейка поперечной ободочной кишки, печеночно-12 п. связка, магистральные сосуды и т.д.). Регионарные метастазы отсутствуют.
- IV Б стадия – опухоль той же степени местного распространения с любыми регионарными метастазами, или опухоль меньшей степени распространения с наличием неудалимых регионарных метастазов, или опухоль любой степени местного распространения с клинически определяемыми отдаленными метастазами.

ПУТИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ

- I. Гематогенный;
- II. Лимфогенный;
- III. Контактный;
- IV. Смешанный.

ПУТИ ОТТОКА ЛИМФЫ ОТ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДКА



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

I. Общие симптомы как следствие общего воздействия опухоли на организм:

- ухудшение общего самочувствия,
- беспричинная слабость,
- снижение трудоспособности
- быстрая утомляемость
- стойкое снижение аппетита
- отвращение к пище
- потеря веса

II. местные симптомы, связанные с непосредственным поражением самого желудка:

- ощущение переполнения и тяжести в желудке после еды,
- боли после приема пищи,
- отрыжка,
- рвота приносящая облегчение.

III. симптомы, обусловленные осложнениями, присоединившимися в течение развития опухолевого процесса:

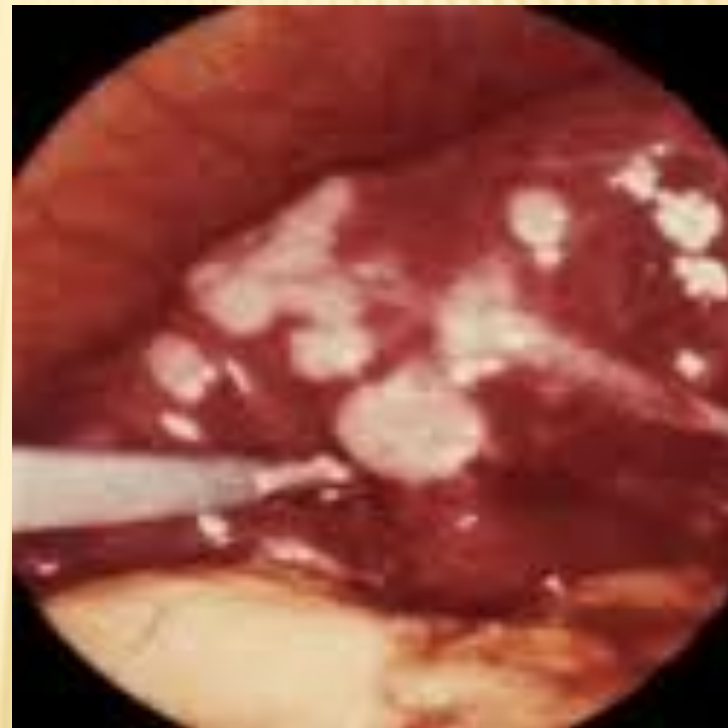
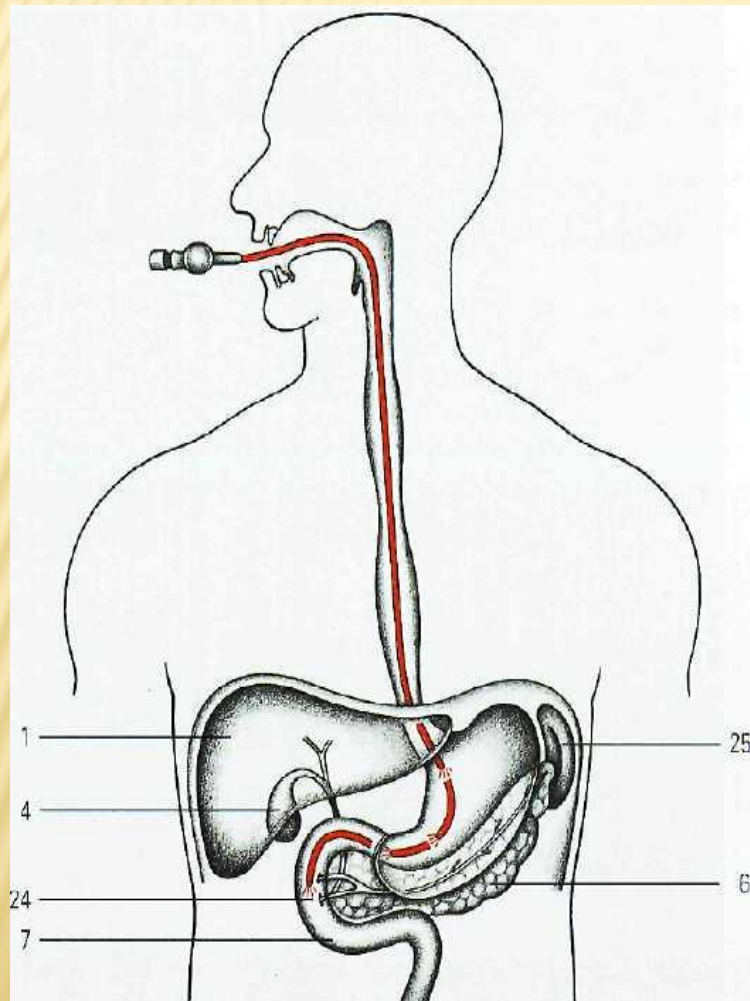
- желудочные кровотечения,
- анемия.

ДИАГНОСТИКА

1) Рентгенологическое исследование желудка



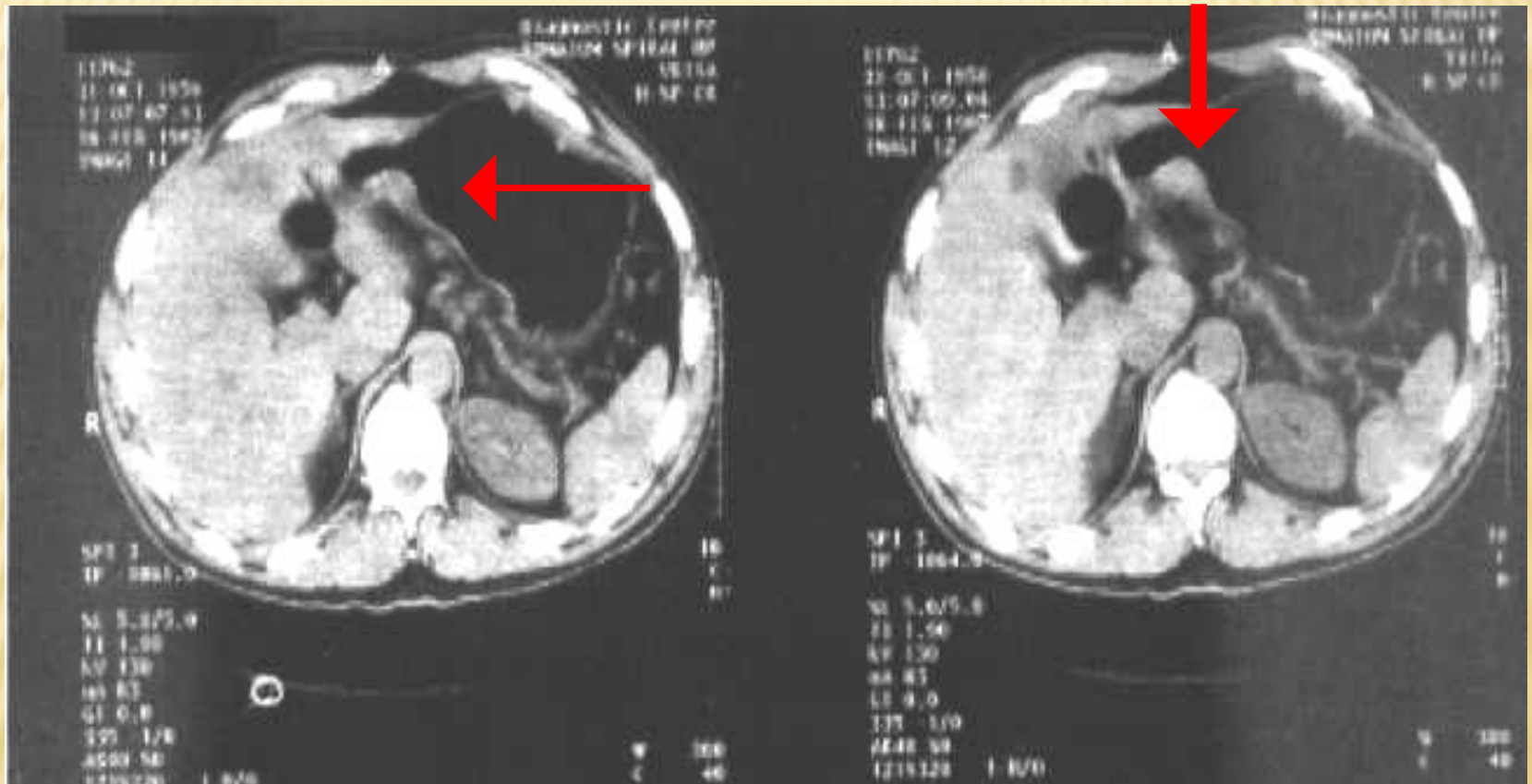
2) Эндоскопическое исследование с биопсией.



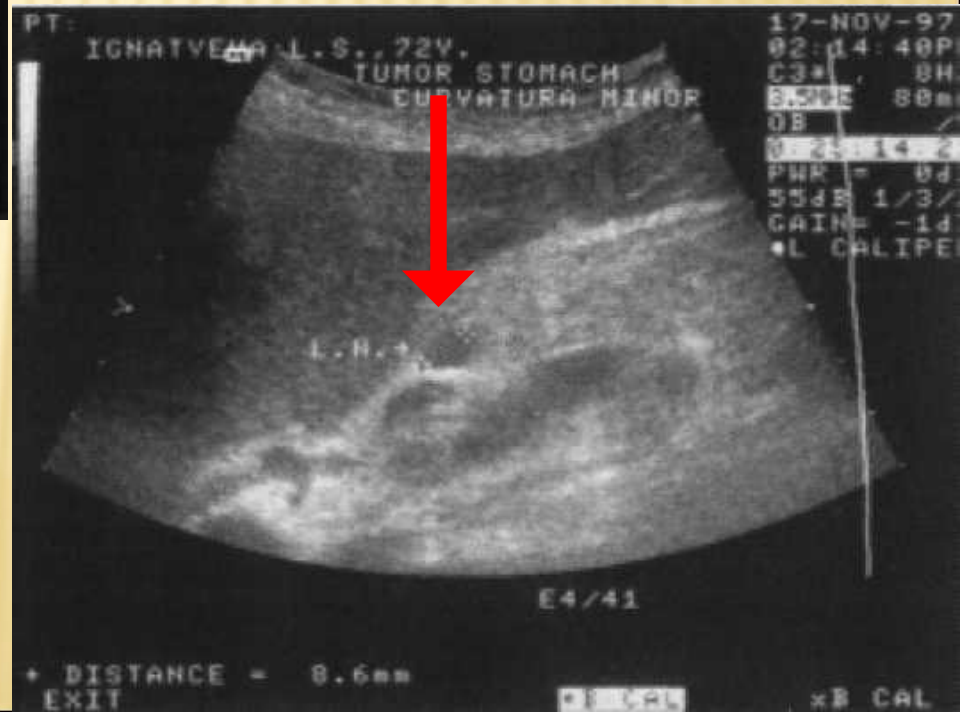
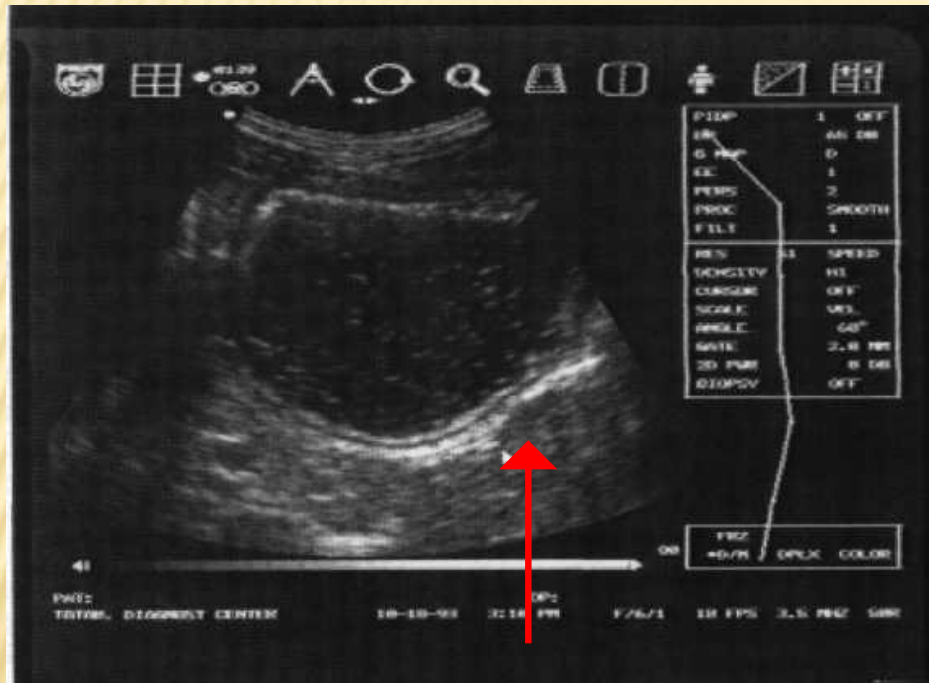
3) Хромозендоскопическое исследование



4) Компьютерная томография



5) Ультразвуковое исследование

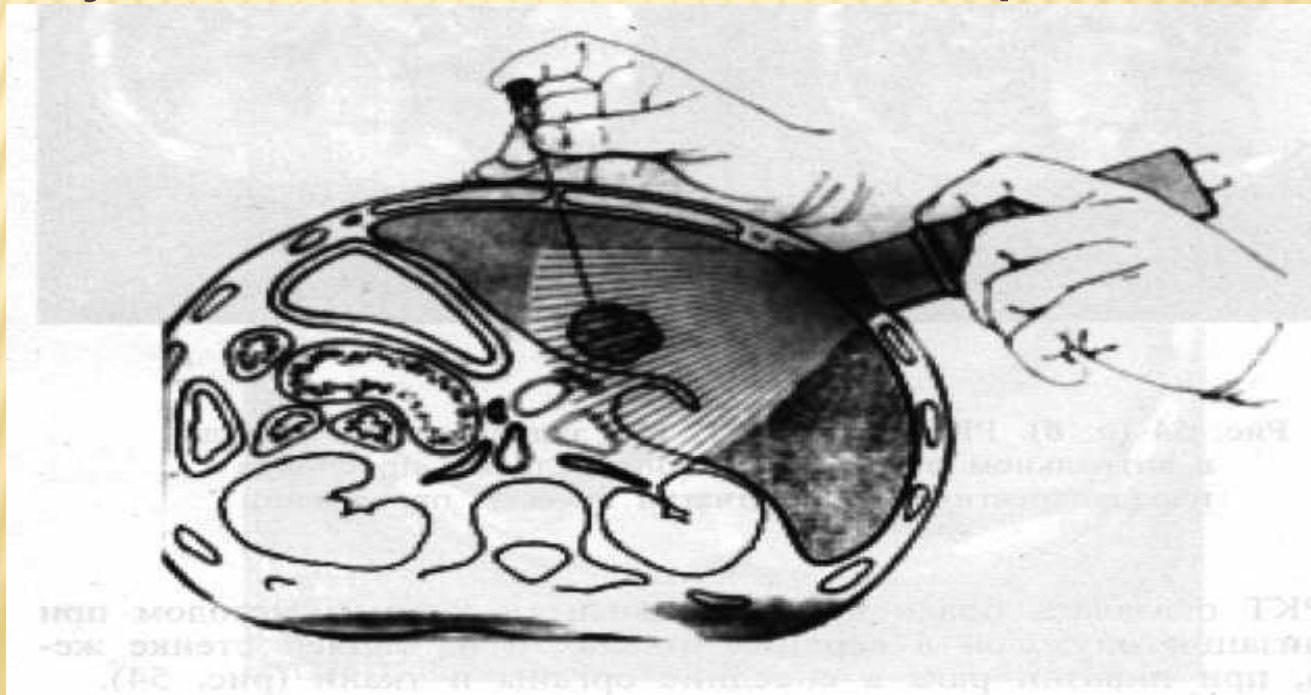


6) Лапароскопия

7) Лапароскопическая эндосонография

8) Эндосонография

9) Пункция печени под контролем УЗИ



ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

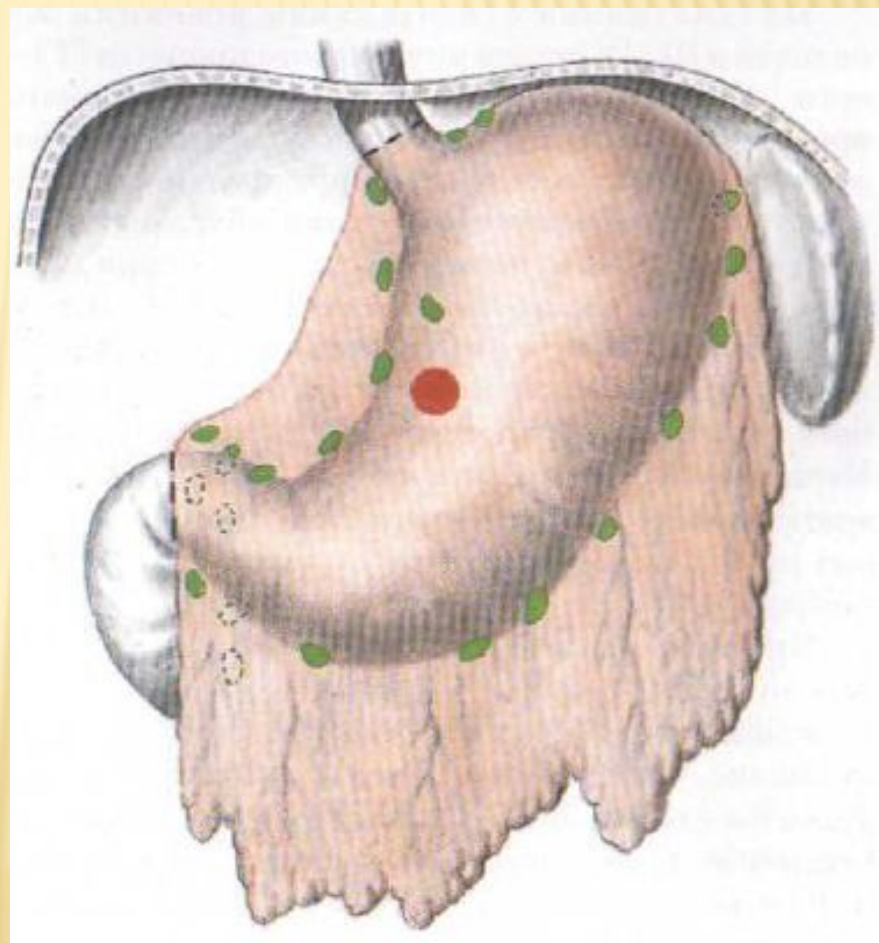
- Исследование крови (анемия, диспротеинемия, повышение щелочной фосфатазы, АлАТ и АсАТ, альфа1-антитрипсин)
- Исследование желудочного содержимого и секреции желудочного сока
- Исследование кала на содержание крови
- Определение онкомаркеров

ЗАДАЧИ ОПЕРИРУЮЩЕГО ХИРУРГА НА ЭТАПЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ

- *Определение локализации, распространенности и глубины инвазии первичной опухоли желудка;*
- *Определение наличия метастазов в л/узлах первого, второго и третьего барьеров;*
- *Определение наличия отдаленных метастазов в органах брюшной полости и диссеминации по брюшине;*
- *Определение объема и радикальности операции*

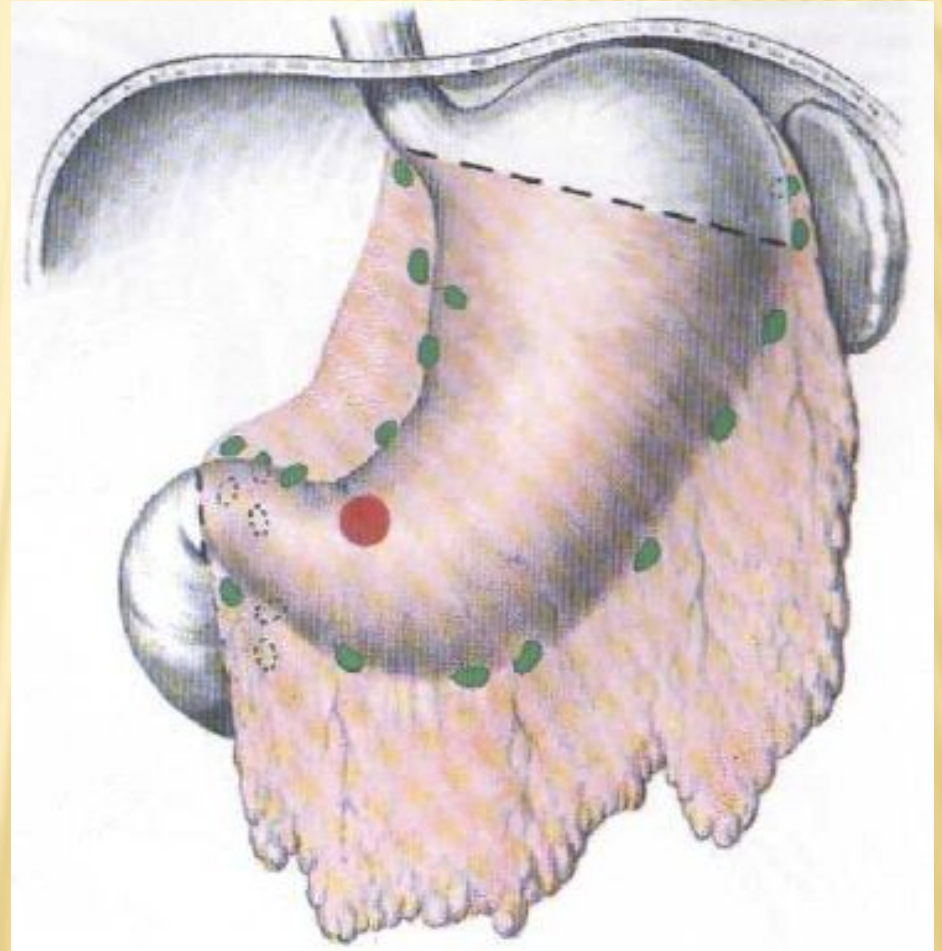
РАДИКАЛЬНАЯ ГАСТРЭКТОМИЯ (ОБЪЁМ ОПЕРАЦИИ)

- при раке любой макроскопической формы роста, местно-распространенной опухоли, а также в случаях субтотального либо тотального поражения желудка;
- при распространении опухоли на розетку кардии, абдоминальный или диафрагмальный сегмент пищевода – гастрэктомия + резекция пищевода из комбинированного левостороннего торакоабдоминального доступа;
- распространение опухоли на наддиафрагмальный сегмент пищевода и выше – гастрэктомия + резекция пищевода из комбинированного доступа: срединной лапаротомии и правосторонней торакотомии.



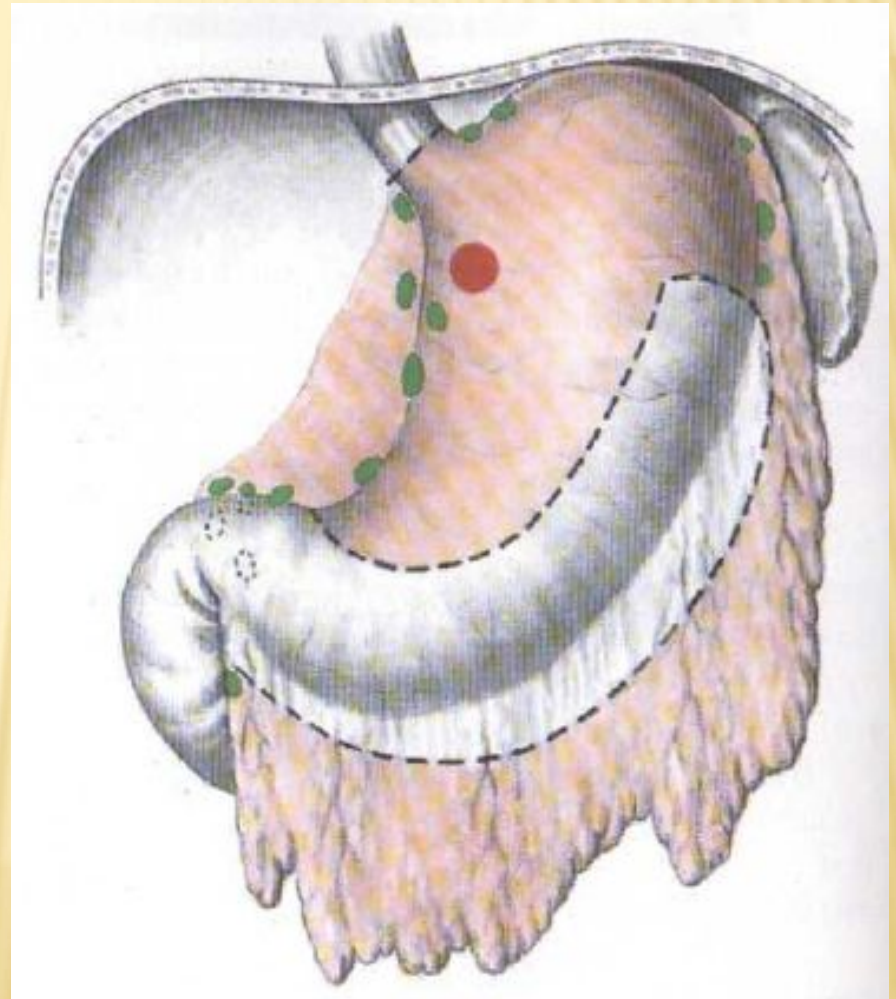
СУБТОТАЛЬНАЯ ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ II (ОБЪЁМ ОПЕРАЦИИ)

- Экзофитный рак нижней трети желудка;
- Эндофитные или смешанные формы опухоли пилороантрального отдела;
- Небольшая экзофитная опухоль в средней трети желудка.

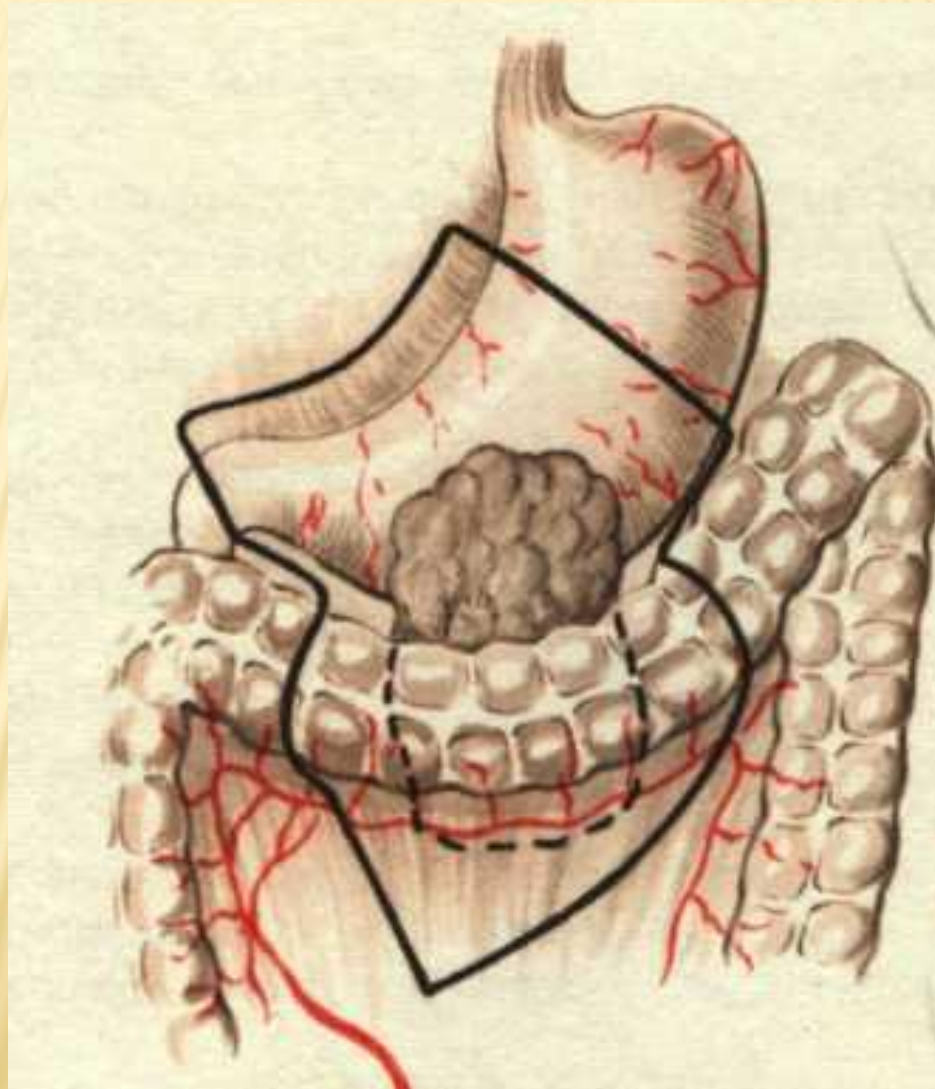


СУБТОТАЛЬНАЯ ПРОКСИМАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА КОМБИНИРОВАННЫМ ДОСТУПОМ (ОБЪЁМ ОПЕРАЦИИ)

Экзофитные опухоли
верхней трети
желудка, не
распространяющиеся
на розетку кардии



КОМБИНИРОВАННАЯ ОПЕРАЦИЯ – ГАСТРЭКТОМИЯ С РЕЗЕКЦИЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ



ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

- Классическое фракционирование (по 2 Гр 5 раз в неделю до суммарной дозы 30-40Гр);
- Интенсивно-концентрированный курс – ИКК (по 4 Гр 5 раз в неделю до суммарной дозы 20 Гр, что при пересчете на режим классического фракционирования можно считать эквивалентным 30 Гр). При облучении по ИКК операцию выполняют в первые 1-3 дня после завершения облучения.
- Схема динамического фракционирования дозы (СДФ) – в первые 3 дня облучения проводят по 4 Гр, затем дважды в день по 1 Гр с интервалом в 5-6 ч до СОД 30 Гр (что эквивалентно 36 Гр классического фракционирования). В качестве оптимального предоперационного интервала выбирают срок в 2 недели, так как именно в эти сроки происходит полное стихание местных лучевых реакций, наряду с этим в опухоли не успевают проявиться восстановительные процессы.
- интраоперационная лучевая терапия (ИОЛТ), которая заключается в однократном облучении во время оперативного вмешательства пучком ускоренных электронов «ложа» опухоли и зоны регионарного лимфогенного метастазирования.

ХИМИОТЕРАПИЯ

Схема FAM-I:

Фторурацил 600 мг/м² в/в в 1,8,29 и 36 дни

Адриамицин 30 мг/м² в/в в 1 и 29 дни

Митомицин С 10 мг/м² в/в, капельно в 1-й день. Курс лечения повторяют с 56 дня.

Схема EAP:

Адриамицин 20 мг/м² в/в в 1 и 7 дни

Цисплатин 40 мг/м² в/в, капельно во 2 и 8 дни

Этопозид (вепезид) 120 мг/м² в/в, капельно в 4,5,6 дни.

Курс повторяют каждые 4 недели.

ПРОГНОЗ

- Локализация опухоли и степень поражения лимфатических узлов метастазами определяет в наибольшей степени 5-летнюю выживаемость пациентов.
- 5-летняя выживаемость составляет 98 % при I стадии заболевания, 85% - при II стадии, и 52 % - при III стадии.
- Из хирургических факторов на отдаленные результаты лечения достоверно влияют наличие опухолевых клеток по краю резекции органа и неадекватный объем лимфаденэктомии. При наличии клеток рака в проксимальном или дистальном краях резекции медиана выживаемости больных снижается до 9,5 мес. по сравнению с 36 мес. в случае отсутствия таковых.

ПРОФИЛАКТИКА

- Формируя группы риска, следует проводить комплексное обследование всех больных, страдающих в настоящее время или перенесших ранее хронический гастрит с любым уровнем кислотопродукции, с язвенной болезнью желудка или 12 – перстной кишки, перенесших операции на желудке и т.д.
- Методы массового обследования населения: анкетный метод; крупнокадровая гастроплюорография, некоторые лабораторные показатели.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

Конец.