

РАК ЖЕЛУДКА

Төлепова Дамира
Гр: 602-02 терапия

Асқазан рагы

Асқазан рагы Қазақстанда қатерлі ісіктер арасында бірінші орында тұрып, рактардың 40%-ін құрайды.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СТАТИСТИКА

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ 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

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

Рак желудка занимает по частоте второе место (после рака легкого) у мужчин и третье место (после рака грудной железы и рака матки) у женщин

У 75% больных рак желудка регистрируется в III-IV стадиях

Ежегодно в мире выявляется 680-750 тысяч новых больных опухолями желудка

В западных странах частота рака желудка с 1950 года снизилась на 25%

- **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**
- **РАКА ЖЕЛУДКА**

□ **Пик заболеваемости раком желудка приходится на шестое десятилетие жизни**

□ **Рак желудка у мужчин выявляется в 2 раза чаще, чем у женщин.**

□ **Но у женщин моложе 30 лет рак встречается чаще, чем у мужчин того же возраста.**

ЭТИОЛОГИЯСЫ

АСҚАЗАН РАГЫНЫҢ ДАМУЫНДА РАКАЛДЫ СЫРҚАТТАР-ДЫҢ МАҢЫЗЫ ЗОР. ОЛАРҒА:

- АТРОФИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ
- АХЛОРГИДРИЯ (В 4-5 РАЗ ЧАЩЕ)
- ПЕРНИЦИОЗНАЯ АНЕМИЯ (В 18 РАЗ ЧАЩЕ)
- ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ
- КИШЕЧНАЯ МЕТАПЛАЗИЯ
- АДЕНОМАТОЗНЫЕ ПОЛИПЫ (РИСК 10-20%) ЖАТАДЫ.

СОНЫМЕН ҚАТАР РАҚ ОСЫ СЫРҚАТТАР БОЛМАҒАН ЖАҒДАЙДА ДА КЕЗДЕСЕДІ. БҰЛ ЖЕРДЕ РАҚ ТУДЫРУШЫ ӘРТҮРЛІ ЗАТТАРДЫҢ ӨСЕРІН ДЕ ЕСЕПКЕ АЛУ ҚАЖЕТ.

Факторы риска

1. Диета: соль, соленая рыба, соленые овощи, копчености
2. Курение повышает в 1,5-1,6 раз
3. Хеликобактер пилори
4. Эпштейн – Барр 2-16% всех раков желудка
5. Наследственность 10% - семейный рак
6. Язва у каждого четвертого больного раком
7. Пернициозная анемия (В12 дефицитная)
8. Ожирение особенно для кардии
9. Операция на желудке в анамнезе

Операции на желудке увеличивают вероятность развития рака в 2-6 раз: в большинстве случаев – через 15-20 лет после резекции желудка по Бильрот-II.

10. Прием бисфосфонатов
11. Радиация

КЛАССИФИКАЦИИ РАКА ЖЕЛУДКА

ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ:

- АНТРАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ – 60-70%.
- ПО МАЛОЙ КРИВИЗНЕ – 10-15%.
- КАРДИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ – 8-10%.
- НА ПЕРЕДНЕЙ И ЗАДНЕЙ СТЕНКАХ ЖЕЛУДКА – 2-5%.
- ПО БОЛЬШОЙ КРИВИЗНЕ – 1%.
- НА ДНЕ ЖЕЛУДКА – 1%.

ПО ВНЕШНЕМУ ВИДУ:

- ПОЛИПОЗНЫЙ (ГРИБОВИДНЫЙ).
- БЛЮДЦЕОБРАЗНЫЙ.
- ДИФФУЗНЫЙ.
- ЯЗВЕННО-ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ.

ПО ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ:

АДЕНОКАРЦИНОМА (95%)

ЖЕЛЕЗИСТО-ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК

НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ РАК

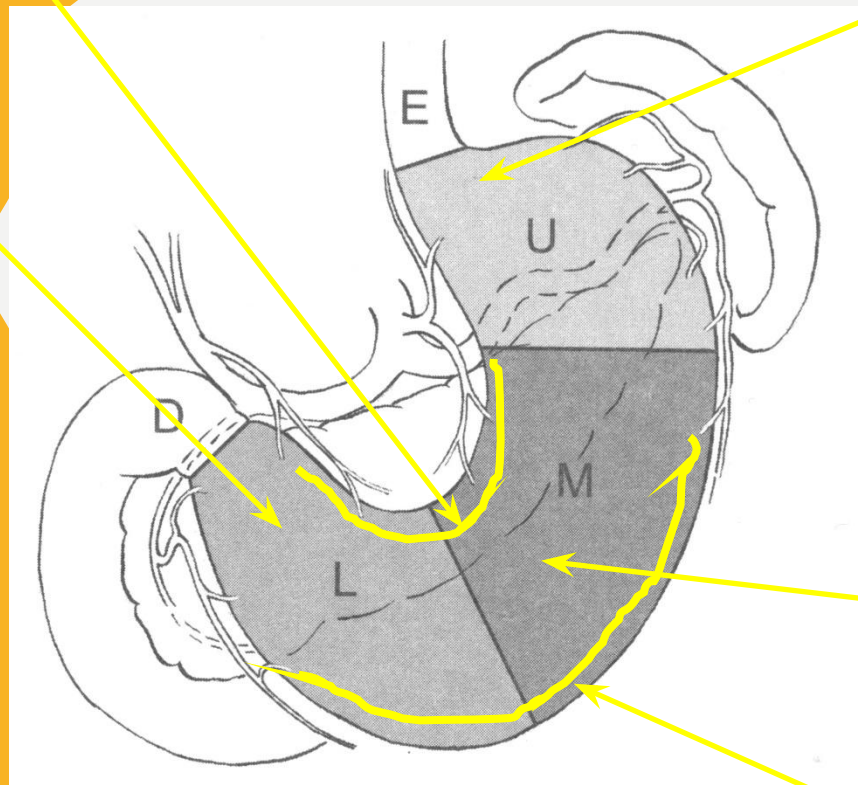
НЕКЛАССИФИЦИРУЕМЫЙ РАК

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛИ В ЖЕЛУДКЕ

Малая кривизна – 25%

Проксимальный
отдел – 20%

Антральный
отдел и
пилорический
канал – 40%

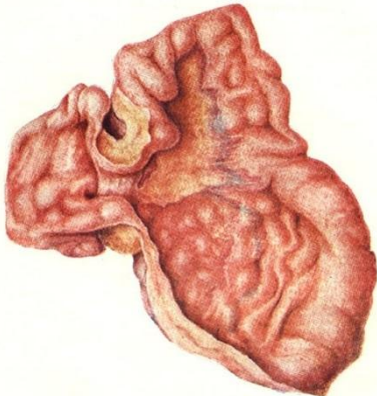


Тело и
антральный
отдел – 30%

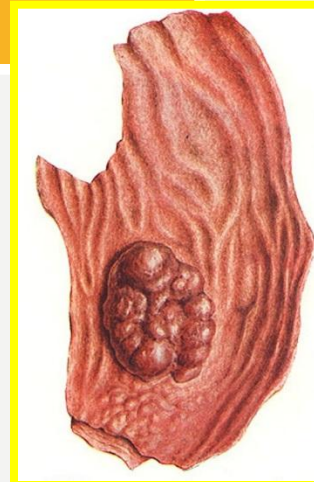
Большая кривизна – 3%

Ісіктің өсу сипатына қарап асқазан рагының төмендегі түрлерін ажыратады

Экзофитный тип: то есть, когда опухоль растет в просвет органа: полиповидный (наиболее благоприятный в плане прогноза, но и самый редкий), блюдцеобразный (наиболее характерный тип роста рака желудка), и другие.



Эндофитный тип: то есть, когда опухоль прорастает стенку органа. Для этого типа характерны такие формы роста, инфильтративно-язвенный, диффузно-фиброзный и другие.



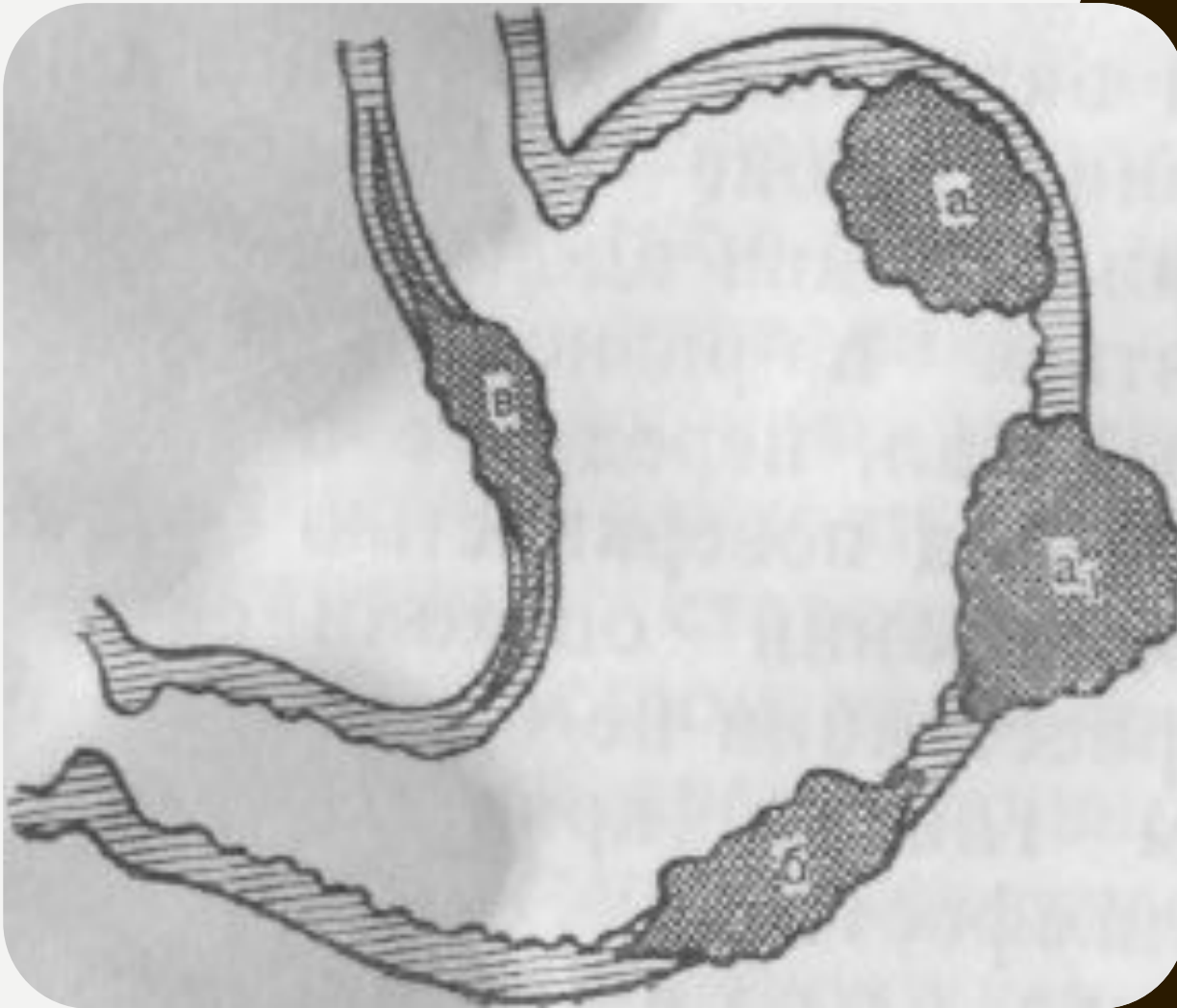
Смешанный тип. В 60 % случаев рак поражает пилороантральный отдел – то есть конечные отделы желудка, в 20 % - малую кривизну и в 10 % - кардиальный отдел (начальный отдел желудка).

КЛАССИФИКАЦИЯ

*По характеру
роста опухоли:*

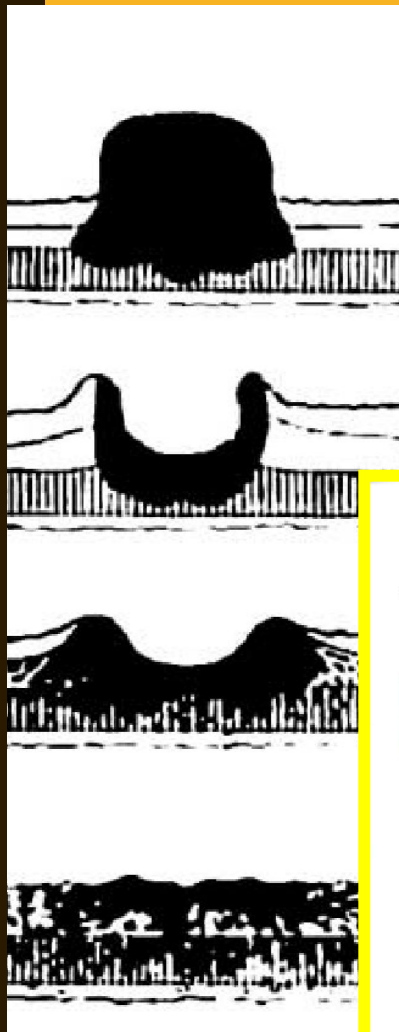
*Схема
форм роста
опухоли при
раке желудка*

*а – экзофитная,
внутриполостная
форма;
а1 – такая же форма
с экстраорганным
ростом;
б – мезофитная;
в – эндофитная,
внутриорганный
форма роста*

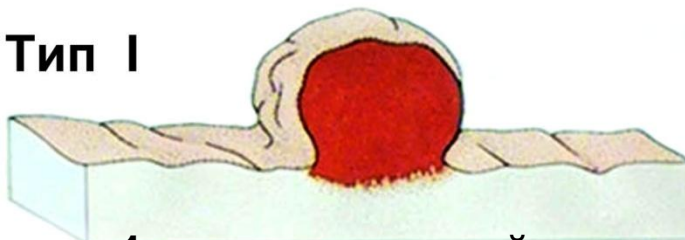


ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ОПУХОЛИ Классификация БОРМАНА (1926 г.)

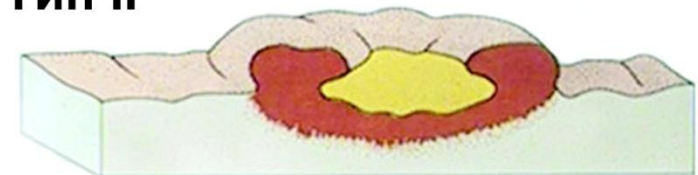


Тип I



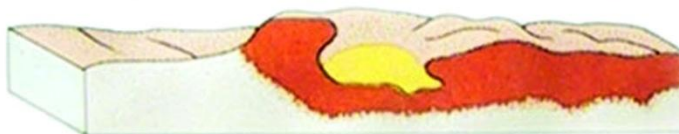
тип 1 – полипоидный,

Тип II



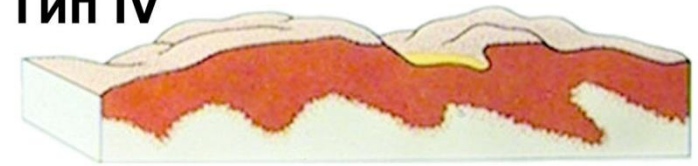
тип 2 – чаше-подобный

Тип III



тип 3 – инфильтративно-язвенный,
Рак

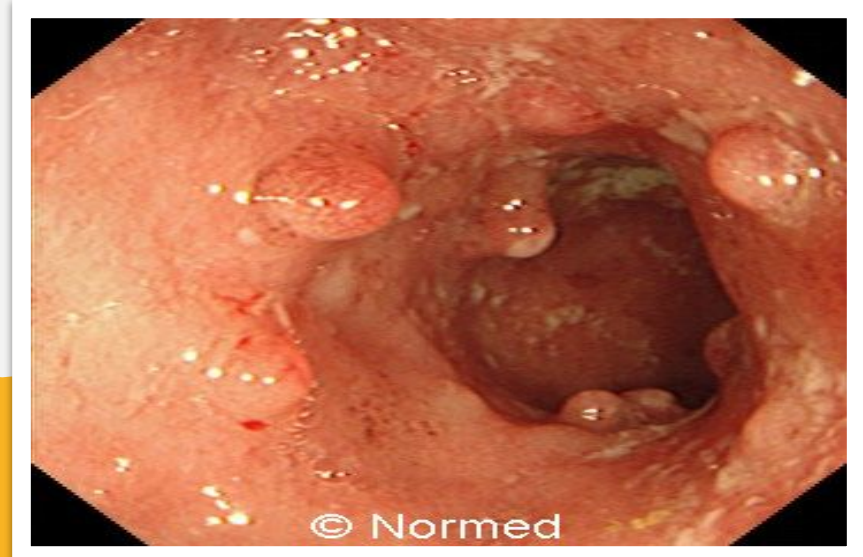
Тип IV



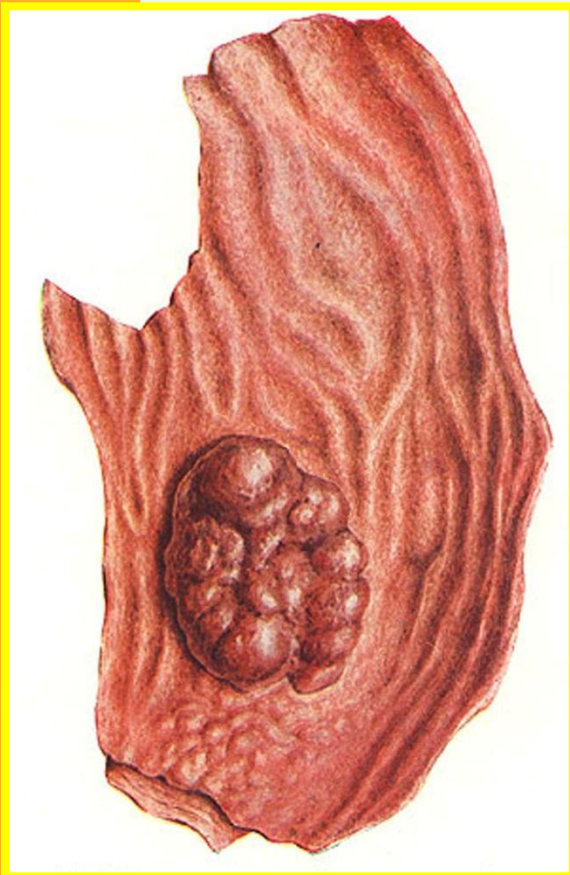
тип 4 – диффузно-инфильтративный.

Полипозды рак

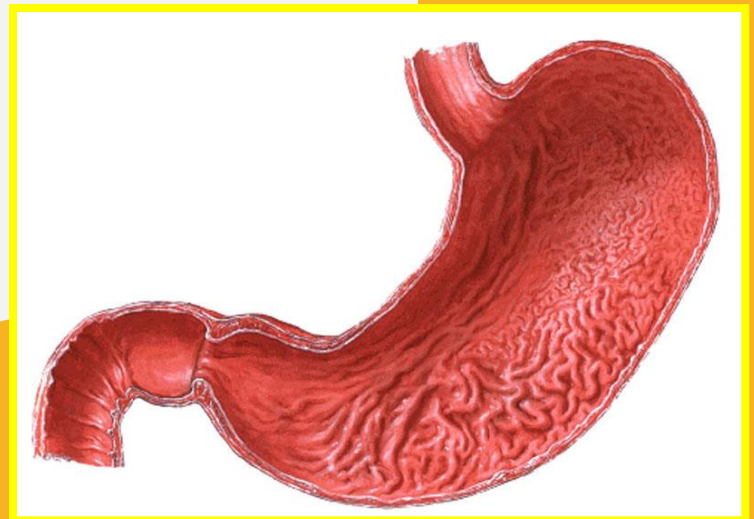
Көлденеңі 2-3 см домалақ түйін түрінде көрінеді, кейде оның сыртында майда бүрлер көрінеді. Бұл жазықталған рақтың әрі қарай дамуы нәтижесінде немесе аденоматоздық полиптерден өсетін ісік. Морфологиясы бойынша бұл аденокарциномаға сәйкес келеді.



Полипозды рақтың асқазан ішіне қарай
(экзофитті) өсуіне байланысты дамиды



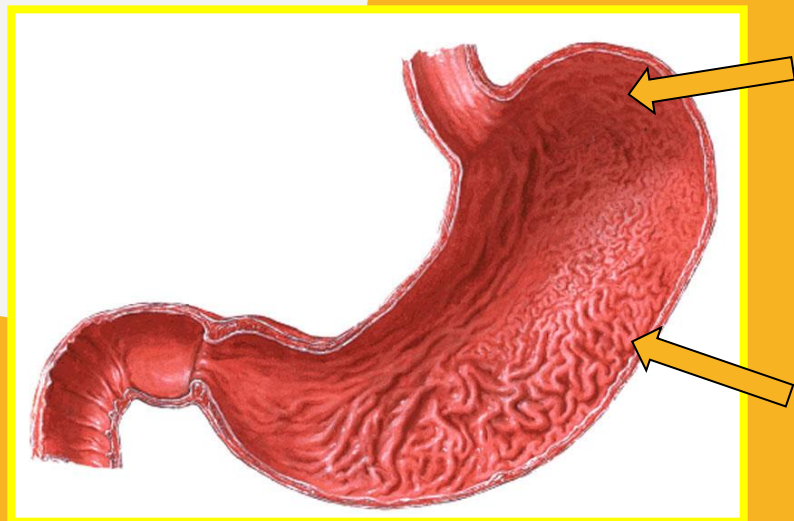
**Саңырауқұлақ
тәрізді (полипозды) рак**



Асқазан рагының алғашқы, басталу кезеңінің бірі болып, шырышты қабықтың 2-3 см көлемінде сәл қалындауымен сипатталады. Әдетте бұл жерде аденокарцинома, сирек жағдайда жетілмеген рак табылады

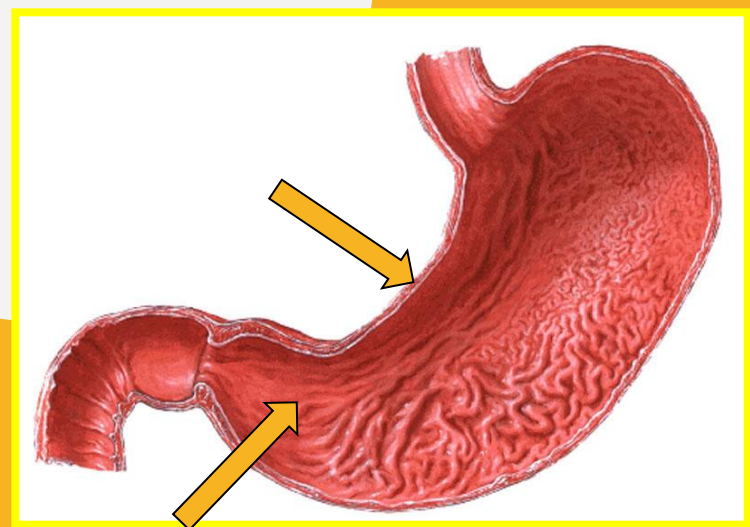
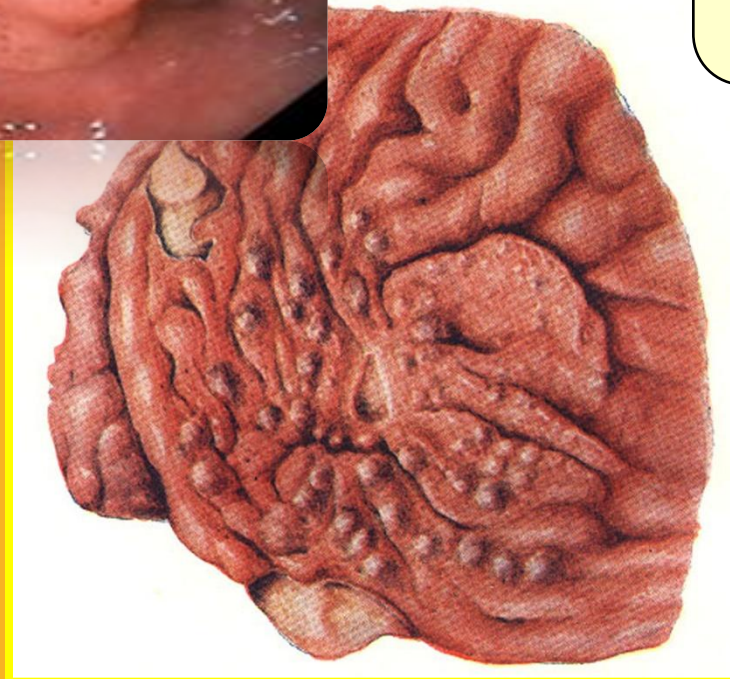


**Жазықталған
рак (15-20%)**



Асқазан рагының алғашқы жаралы түрі шырышты қабықта жара түрінде басталады. Кейде рак тінінің некрозына байланысты ісіктің бетінде жара пайда болады (*рак-жара*). Сонымен қатар асқазанның созылмалы жарасынан да рак даму мүмкін, оны *жара-рак* деп атайды. Микроскоптық көрінісі аденокарциномаға немесе жетілмеген раққа жатады.

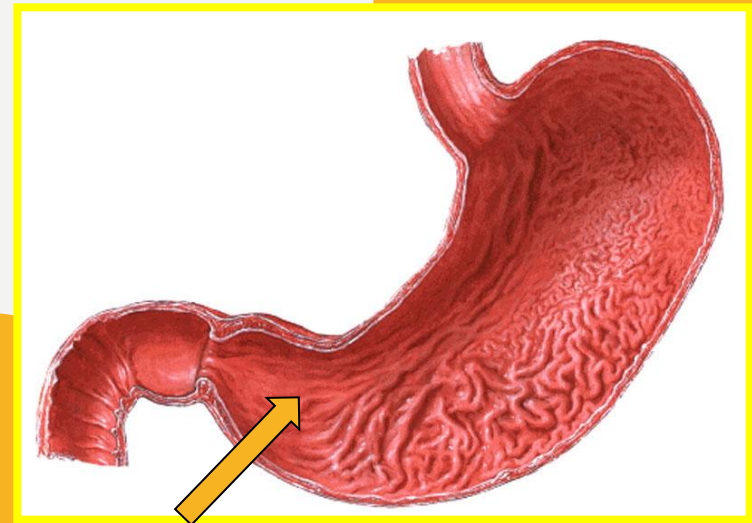
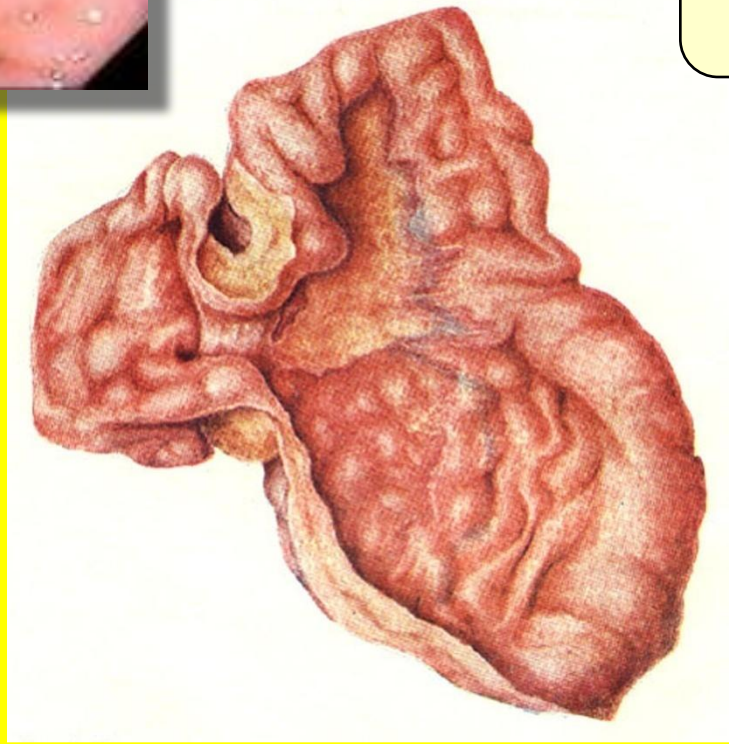
**Жаралы
-инфильтративті рақ
(53,8%)**



Асқазанның шығаберіс бөлегінде өсіп кейде оған бүтіндей жайылады. Бұл кезде ісік жасушалары асқазанның барлық, қабаттарына тарап, асқазанның қабырғасы қалындап, оның шырышты қабаты өз бедерін жоғалтады. Бара-бара асқазан бүрісіп, оның сыртқы формасы ерекше өзгереді, қуысы тарылады. Кесіп қарағанда асқазан қабырғасы қатты, түсі ақшыл болады. Микроскоппен тексергенде скирр немесе шырышты рак көрінеді.



Диффузний рак (5-10%)



Гистологиялық
құрылымына
қарап асқазан
рагының
төмендегі
түрлерін

ажыратады:

- АДЕНОКАРЦИНОМА (95%)
- ЖЕЛЕЗИСТО-ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК
- ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК
- НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ РАК
- НЕКЛАССИФИЦИРУЕМЫЙ РАК



АДЕНОКАРЦИНОМА ЖЕЛУДКА

Аденокарцинома - это самый распространенный вид рака желудка. В 95% случаев выявленный рак желудка представляет собой аденокарциному. Эта опухоль начинается с клеток желез слизистой оболочки желудка. Железы вырабатывают слизь и компоненты желудочного сока.



АДЕНОКАРЦИНОМА

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЖЕЛЕЗИСТОГО ЭПИТЕЛИЯ

- **ПАПИЛЛЯРНАЯ АК** – ТИПИЧНА ПОЛИПОВИДНАЯ, ВЫБУХАЮЩАЯ В ПРОСВЕТ ОРГАНА ОПУХОЛЬ (ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ЭКЗОФИТНЫЕ)
- **ТУБУЛЯРНАЯ АК** – ИМЕЮТСЯ АЦИНАРНЫЕ СТРУКТУРЫ (НИЗКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ)
- **МУЦИНОЗНАЯ** (ВНЕКЛЕТОЧНЫЕ СКОПЛЕНИЯ МУЦИНА)
- **ПЕРСТНЕВИДНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК** – ВНУТРИКЛЕТОЧНОЕ СЛИЗЕОБРАЗОВАНИЕ(КЛЕТКИ ОПУХОЛИ СОДЕРЖАТ МНОГО СЛИЗИ В ЦИТОПЛАЗМЕ, ИНФИЛЬТРАТИВНЫЕ)



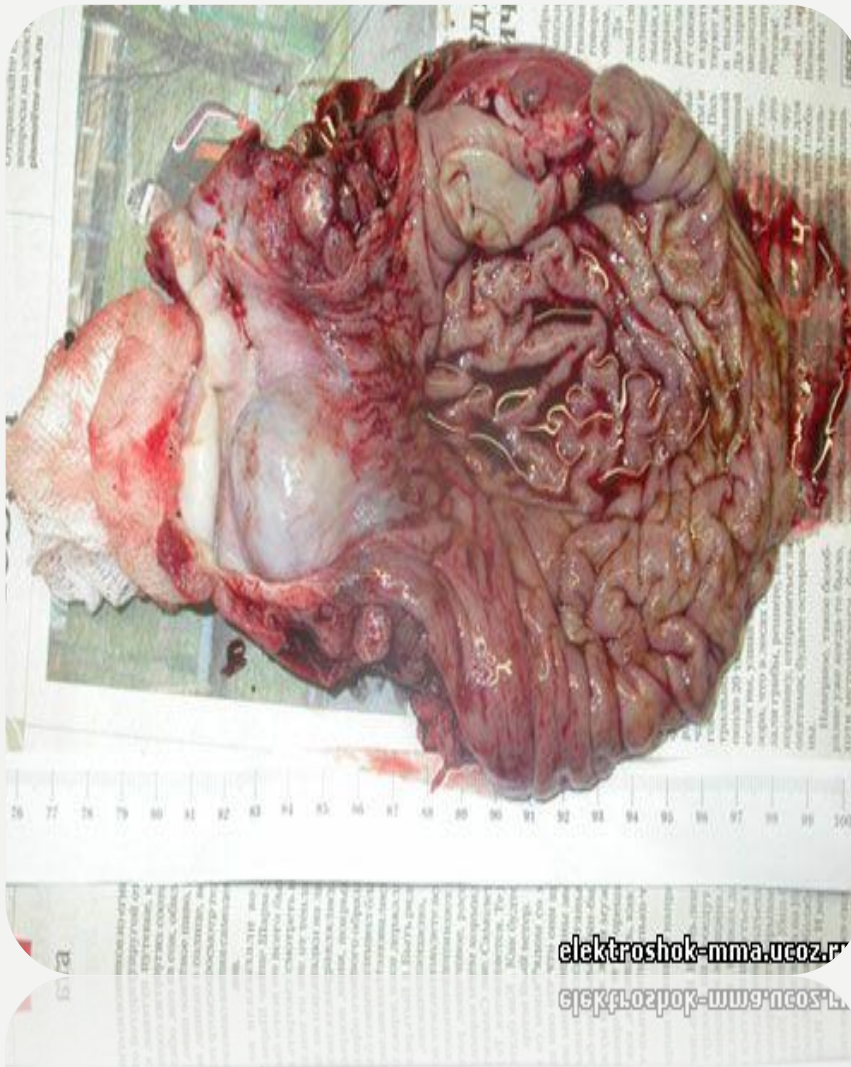
АДЕНОКАРЦИНОМА

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЖЕЛЕЗИСТОГО ЭПИТЕЛИЯ

- **ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ** – ЖЕЛЕЗИСТЫЕ СТРУКТУРЫ ИМЕЮТ ЯВНОЕ СХОДСТВО С МЕТАПЛАСТИЧЕСКИМ КИШЕЧНЫМ ЭПИТЕЛИЕМ
- **УМЕРЕННОДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ** – МАЛОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛЕЗИСТЫХ СТРУКТУР
- **НИЗКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ** – ЖЕЛЕЗИСТЫЕ СТРУКТУРЫ ЕДИНИЧНЫЕ

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ЖЕЛУДКА

Сквамозные (плоские) клетки похожи на клетки кожи и лежат между клетками желез, образуя вместе с ними слизистую оболочку желудка. Данный вид рака лечится как аденокарцинома.



ПАТОМОРФОЛОГИЯ

ЖЕЛЕЗИСТО-ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК – ПРИЗНАКИ
АДЕНОКАРЦИНОМЫ И ЭПИДЕРМОИДНОГО РАКА

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК – ОПУХОЛЬ ИЗ МНОГОСЛОЙНОГО
ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ

НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ РАК – НЕТ ПРИЗНАКОВ
ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ И БЕЗ ЖЕЛЕЗИСТЫХ СТРУКТУР

НЕКЛАССИФИЦИРУЕМЫЙ РАК – НЕТ НИКАКИХ ПРИЗНАКОВ,
ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВЫШЕ

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

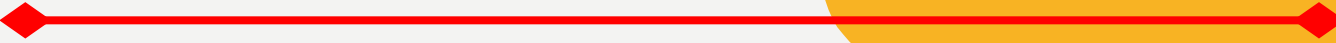
◆ АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ КЛИНИКИ РАКА ЖЕЛУДКА:

- 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.**

- *Асқыну турлеріне* асқазандағы рак тінінің некрозына байланысты дамиды: асқазан қабырғасының тесіліп кетуі, қан кету және қабыну жатады.
- Ісік айналасындағы ағзаларға өсіп тарап, тоқ ішектің бітеліп қалуына, өт жолдарының басылып қалуына, қақпа венасының гипертензиясына, плевра эмпиемасына соқтырады.
- Интоксикация (улану) нәтижесінде және асқорыту жүйесінің істен шығуына байланысты науқастарда *рақтық кахексия* дамиды. Осы айтылған асқынулар ауру өліміне себеп болады. Сонымен қатар рақты операция немесе химиотерапия жолымен емдеуге байланысты көптеген, өлімге әкелуші, асқынулар пайда болатынын да айта кету керек.

РАК ЖЕЛУДКА

G – ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

- 
- Gx - степень дифференцировки
не может быть установлена**
 - G1 - высокая степень дифференцировки**
 - G2 - средняя степень дифференцировки**
 - G3 - низкая степень дифференцировки**
 - G4 - недифференцированные опухоли**

T – первичная опухоль

- Tx – недостаточно данных для оценки первичной опухоли**
- T0 – первичная опухоль не определяется**
- Tis – преинвазивная карцинома (интраэпителиальная опухоль без прорастания собственной пластинки слизистой оболочки)**
- T1 – опухоль инфильтрирует стенку желудка
до подслизистого слоя**
- T2 – опухоль инфильтрирует стенку желудка
до субсерозной оболочки**
- T3 – опухоль прорастает серозную оболочку без инвазии
в соседние структуры**
- T4 – опухоль распространяется на соседние структуры**

N – регионарные лимфатические узлы

- Nx – недостаточно данных для оценки регионарных
лимфатических узлов**
- N0 – нет признаков метастатического поражения
лимфатических узлов**
- N1 – имеются метастазы в 1-6 лимфатических узлах**
- N2 – имеются метастазы в 7-15 лимфатических узлах**
- N3 – имеются метастазы более, чем в 15 лимфатических
узлах**

M – отдаленные метастазы



Mx – недостаточно данных для оценки

M0 – нет признаков отдаленных

метастазов

M1 – имеются отдаленные метастазы

**РАК ЖЕЛУДКА
ГРУППИРОВКА ПО СТАДИЯМ**

- Стадия 0 - TisN0M0**
- Стадия IA - T1N0M0**
- Стадия IB - T1N1M0, T2N0M0**
- Стадия II - T1N2M0, T2N1M0, T3N0M0**
- Стадия IIIA - T2N2M0, T3N1M0, T4N0M0**
- Стадия IIIB - T3N2M0**
- Стадия IV - T4N1-3M0, T1-3N3M0,
любые T и N при M1**

Стадия 0 означает карциному in situ (КИС).

Стадия 1

1a - раковая опухоль не выходит за пределы стенки желудка; в ЛУ признаков рака нет (**T1, N0, M0**).

1b - раковая опухоль все еще не выходит за пределы стенки желудка, однако расположенные рядом ЛУ содержат раковые клетки (**T1, N1, M0**) ИЛИ в ЛУ раковых клеток нет, но опухоль проросла в мышечный слой стенки желудка (**T2, N0, M0**)

Стадия 2

- **2a** - Раковая опухоль находится в пределах стенки желудка, однако раковые клетки обнаруживаются в 3-6 ЛУ (T1, N2, M0) ИЛИ Раковая опухоль проросла в мышечный слой стенки желудка, а также обнаруживается в 1-2 рядом расположенных ЛУ (T2, N1, M0) ИЛИ Опухоль проросла через стенку желудка, однако в ЛУ раковых клеток нет (T3, N0, M0)
- **2b** - Раковая опухоль находится в пределах стенки желудка, однако раковые клетки обнаруживаются в 7 и более ЛУ (T1, N3, M0) ИЛИ Раковая опухоль проросла в мышечный слой стенки желудка, кроме этого раковые клетки обнаруживаются в 3-6 ЛУ (T2, N2, M0) ИЛИ Раковая опухоль проросла через стенку желудка, а также обнаруживается в 1-2 рядом расположенных ЛУ (T3, N1, M0) ИЛИ
- В ЛУ раковых клеток нет, но опухоль проросла через стенку желудка (T4a, N0, M0)

Стадия 3:

3a означает, что опухоль проросла:

- В мышечный слой стенки желудка; кроме этого раковые клетки обнаруживаются в 7 и более ЛУ (**T2, N3, M0**)
- Через стенку желудка; раковые клетки обнаруживаются также в 3-6 ЛУ (**T3, N2, M0**)
- Через стенку желудка; раковые клетки обнаруживаются также в 1-2 близлежащих ЛУ (**T4a, N1, M0**)

3b означает, что опухоль проросла:

- В соединительную ткань, которая окружает желудок снаружи; кроме этого раковые клетки обнаруживаются в 7 и более ЛУ (**T3, N3, M0**)
- Непосредственно через стенку желудка; раковые клетки обнаруживаются также в 3-6 ЛУ (**T4a, N2, M0**)
- Непосредственно через стенку желудка и рядом расположенные органы; ЛУ содержат раковые клетки (**T4b, N0 или 1, M0**)

3c означает, что опухоль проросла:

- Непосредственно через стенку желудка; раковые клетки обнаруживаются также в 7 и более ЛУ (**T4a, N3, M0**)
- Непосредственно через стенку желудка и рядом расположенные ткани и органы; ЛУ содержат раковые клетки (**T4b, N1 или 2, M0**)

Стадия 4 обозначает распространенный рак, который метастазировал в отдаленные органы и ткани через лимфатическую систему (**любая T, любая N, M1**).

- **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**
- **Лабораторные данные**



КРОВЬ:

ГИПОХРОМНАЯ АНЕМИЯ

ОЛИГОЦИТЕМИЯ

ГИПО- И ДИСПРОТЕИНЕМИЯ

УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ

ЖЕЛУДОЧНОЕ СОДЕРЖИМОЕ:

**ПАДЕНИЕ СЕКРЕЦИИ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ
И ПЕПСИНА**

**ПОВЫШЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА И
АМИНОКИСЛОТ**

КАЛ:

**ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ПРОБЫ НА СКРЫТУЮ
КРОВЬ (пробы Греггерсена и Деен-Вебера)**