

Рязанский государственный медицинский университет имени академика

И.П. Павлова

Кафедра патологической анатомии

злокачественные новообразования желудка

Презентацию выполнили:
Студенты 3 курса 30 группы
Гвоздевский Е.А.
Ребриков И.А.
Проверил : Дианов Д.В.

Определение

- Злокачественные опухоли желудка – это новообразования, частично или полностью утратившие способность к дифференцировке, располагающиеся в желудке и представляющие серьезную опасность для жизни человека. Чаще болеют мужчины в возрасте 50-70 лет. Соотношение заболевших мужчин и женщин — 3:2. За последнее десятилетие частота возникновения рака желудка значительно снизилась.

Встречаемость

Рак желудка занимает в мире четвёртое место среди злокачественных образований, в 2002 году диагностировано 930 000 случаев заболевания[2]. Это заболевание имеет высокий показатель смертности (более 700 000 в год), что делает его вторым в структуре онкологической смертности после рака лёгкого. Чаще рак желудка возникает у мужчин.

В России рак желудка стабильно занимает второе место в структуре онкологических заболеваний (15,8 % у мужчин и 12,4 % у женщин)[3], заболевание широко распространено в Корее, Японии, Великобритании, Южной Америке и Исландии. В Корее рак желудка занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости (20,8 %) и второе место по смертности.

Метастазы возникают у 80—90 % больных раком желудка, шестимесячная выживаемость составляет 65 % в случае ранней диагностики заболевания и менее 15 % на поздних стадиях процесса. В среднем самая высокая выживаемость при раке желудка отмечается в Японии — 53 %, в других странах она не превышает 15—20 %[4].

В одном случае из пятидесяти у пациентов, обращающихся с жалобами на диспепсию, выявляется рак желудка[5].

Прочие виды опухолей (не эпителиального происхождения) выявляются в 12% случаев от общего числа злокачественных опухолей желудка

Этиология

Клинические исследования показали, что поражаемость раком желудка напрямую связана с уровнем жизни – заболевание наиболее часто поражает социально незащищенные слои населения. Реже — диагностируется у представителей средних и высших слоев населения. Рак желудка возникает в результате многих факторов.

Предрасполагающие факторы.

Атрофический гастрит — хронический гастрит (воспаление желудка) с истончением слизистой оболочки желудка, характеризующийся уменьшением количества желез и секреторной (выделительной) недостаточностью желудка, обусловленный действием *Helicobacter pylori* (бактерии, способствующей усилению секреции (выделения) соляной кислоты и приводящей к снижению защитных свойств слизистой оболочки желудка).

Аденоматозные полипы желудка (доброкачественные (тип клеток похож на тип клеток органа, из которого они произошли) новообразования желудка). Риск развития рака достигает 10-20 %.

Наличие злокачественных новообразований (тип клеток не похож на тип клеток органа, из которого они произошли) у родственников, генетические дефекты (нарушения в генетическом коде человека): например, наличие полиморфного (одного из вариантов) гена ИЛ-1 бета увеличивает риск возникновения атрофии (уменьшения размеров органа), которая характеризуется нарушением или прекращением функции желудка и, как следствие, раком желудка.

Вредные привычки (алкоголь и курение).

Несбалансированное и нерациональное питание (чрезмерное употребление соленой, копченой пищи, недостаток в рационе овощей и фруктов).

Резекция желудка (хирургическое удаление части желудка).

Пернициозная анемия (заболевание, обусловленное нарушением кроветворения из-за недостатка в организме витамина В12).

Болезнь Менетрие — множественные гиперпластические (с избыточным ростом тканей) полипы (ненормальные разрастания ткани над слизистой оболочкой желудка).

Симптоматика

Симптомы, свойственные раку желудка можно разделить на 4 групп:

1. Местные симптомы:

Боль в эпигастрии

Отрыжка (воздухом, горечью, тухлым)

Тошнота

Рвота

Чувство полноты в желудке и тяжести в эпигастрии

Изжога.

2. Общие симптомы

Общая слабость, повышенная утомляемость, снижение трудоспособности.

Депрессивное состояние (апатия, потеря интереса к окружающему)

Отвращение к пище, особенно к мясным продуктам

Бледность кожных покровов

Потеря веса вплоть до кахексии в конечной стадии

Повышение температуры тела

3. Симптомы нарушения функции других органов

Дисфагия

Диспепсия (вздутие живота, частый жидкий стул и др.)

Симптомы вовлечения в опухолевой процесс смежных органов

Изменение характера болей (прорастание в солнечное сплетение, поджелудочную железу и др.)

Икота (вовлечение в процесс диафрагмы, диафрагмального нерва)

Зловонный (каловый) запах изо рта (при фистуле гастроколика)

4. Симптомы осложнений опухоли:

Кровотечение.

Перфорация с развитием перитонита

Ранние клинические проявления рака желудка (синдром малых признаков по А.С. Савицкому)

Немотивированная общая слабость, утомляемость, снижение работоспособности

Уменьшение или полная потеря аппетита, отвращение к еде или некоторым видам пищи, преимущественно мясной

Желудочный дискомфорт

Беспричинное исхудание

Гистологическая структура опухоли

Гистологическая структура опухоли

1. Аденокарцинома
2. Солидный рак
3. Скиррозный рак (скирр)
4. Плоскоклеточный рак
5. Недифференцированный рак
6. Смешанный рак

Макроскопические формы рака

1. Экзофитная

1.1. Бляшковидный

1.2. Полипообразный

1.3. Блюдцеобразный

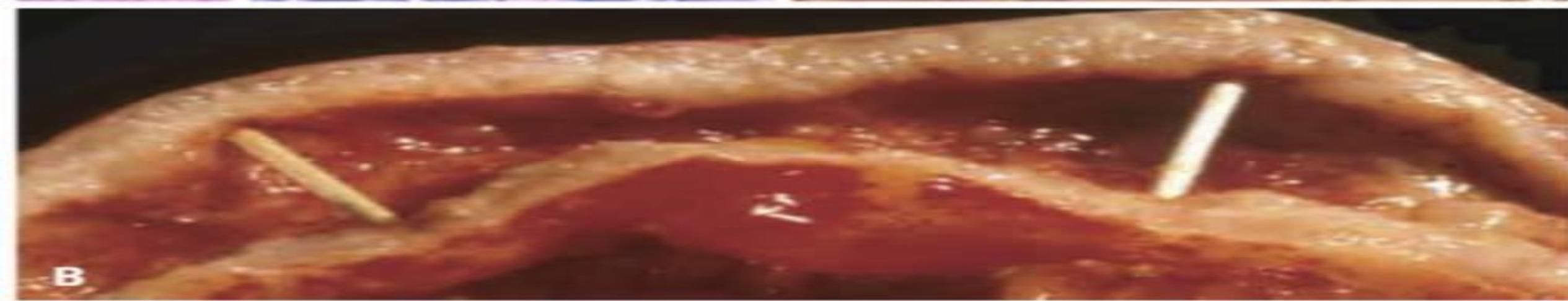
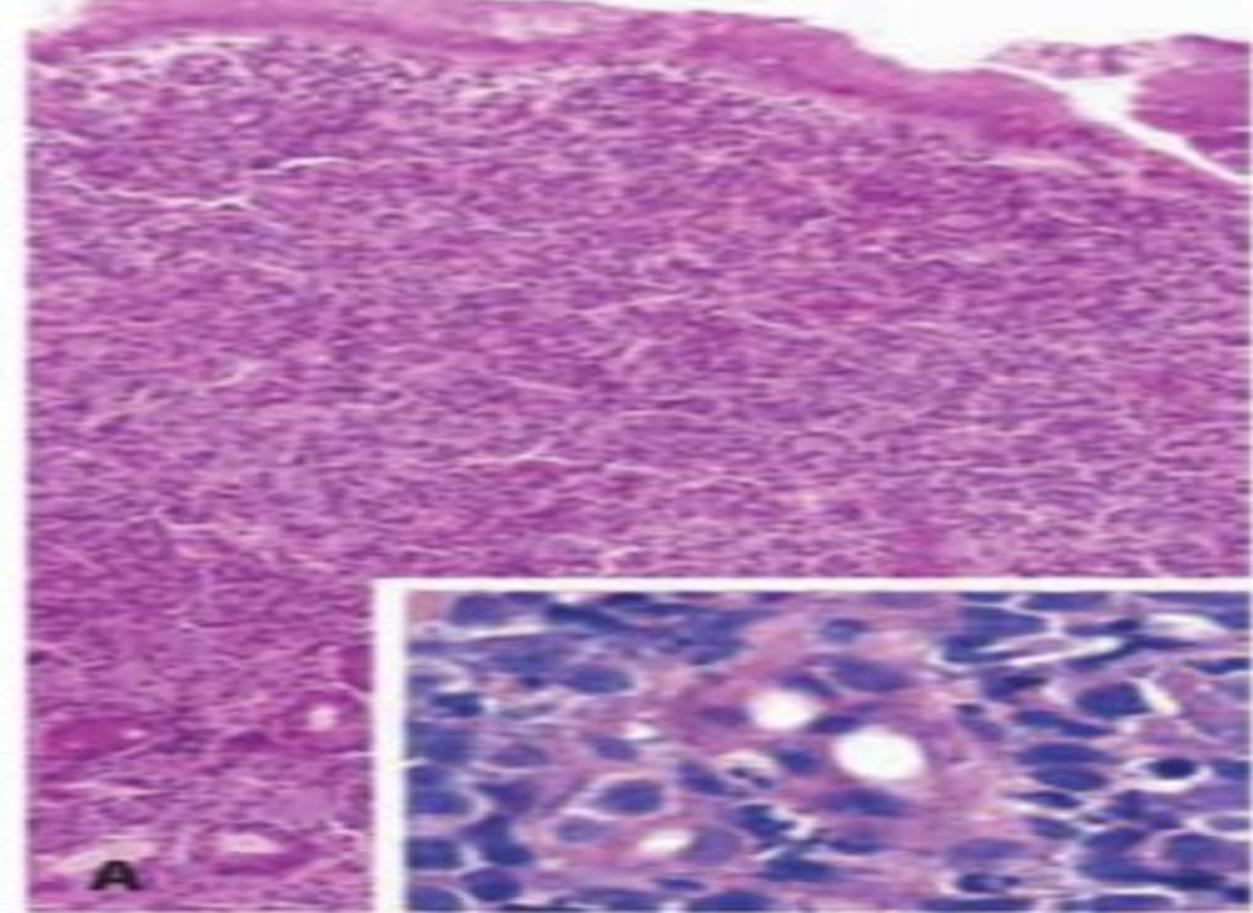
1.4. Язва-рак

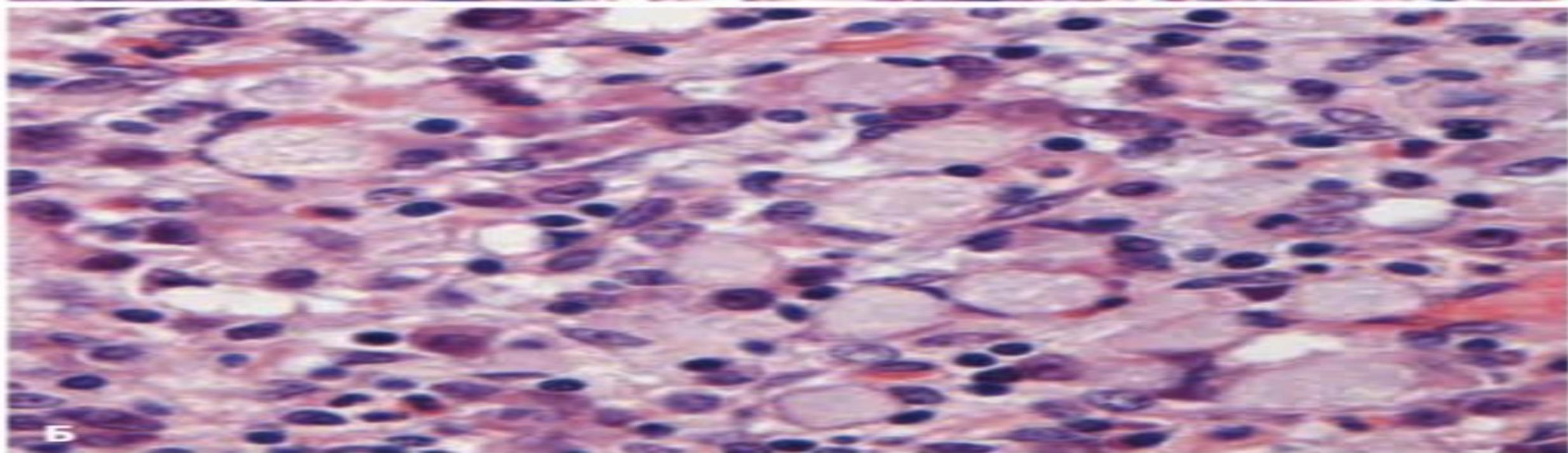
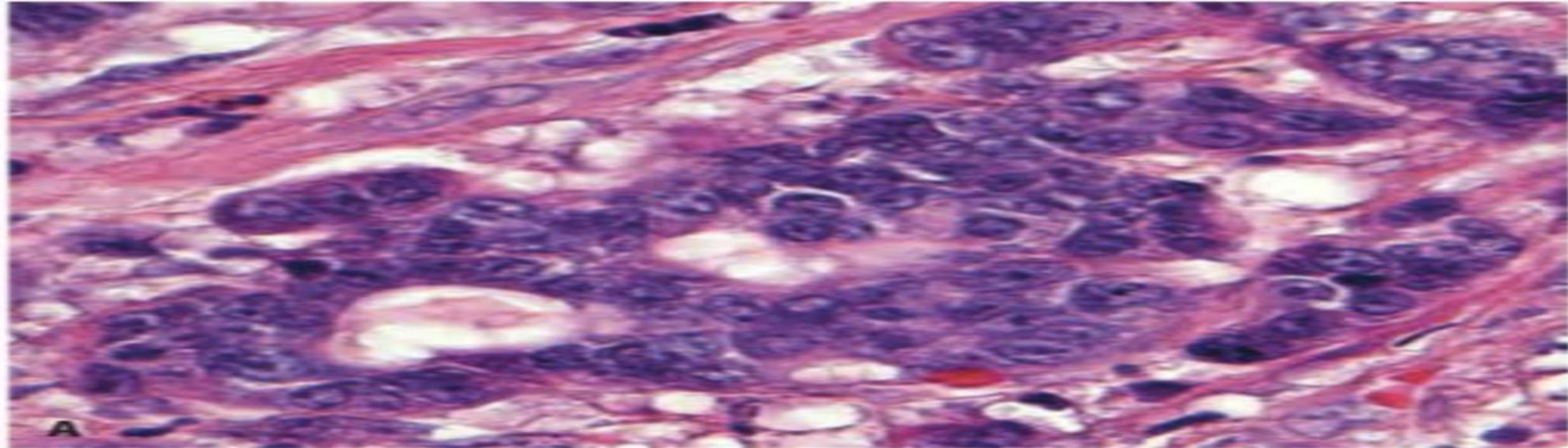
2. Эндофитная

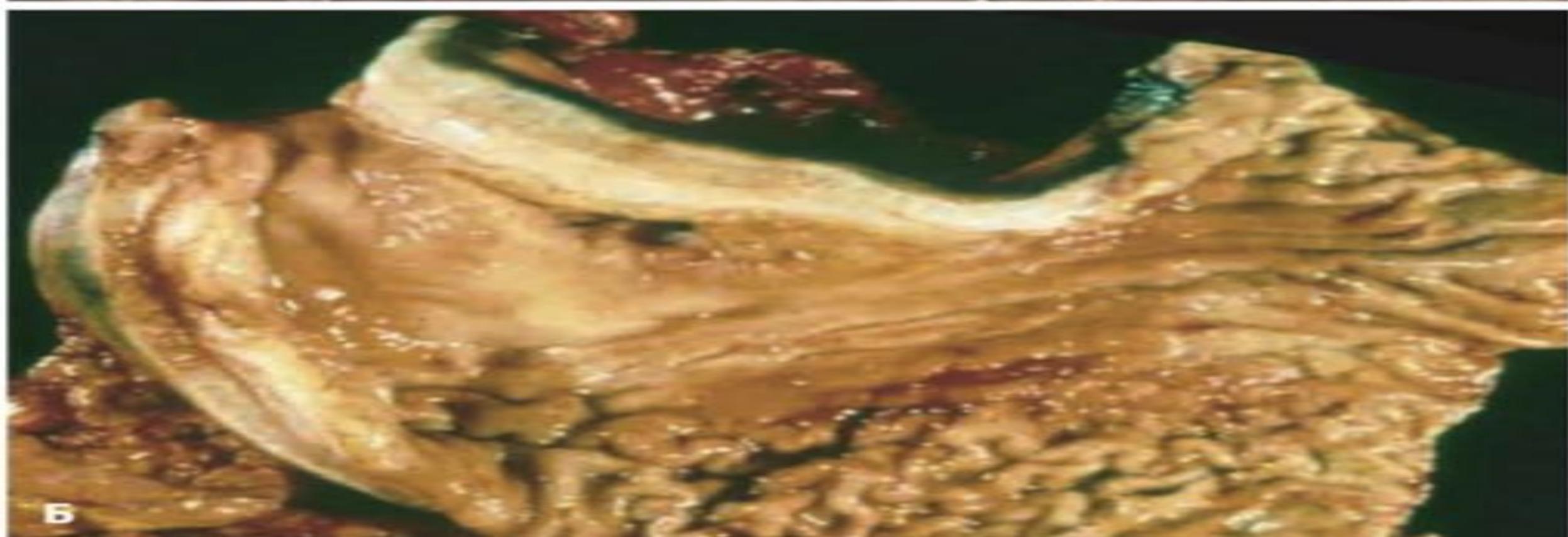
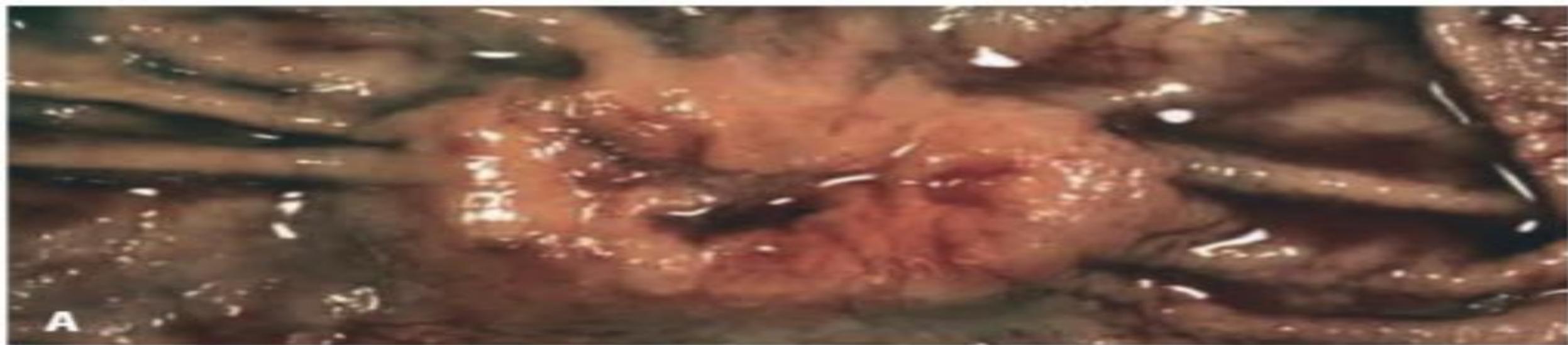
2.1. Инфильтративно-язвенный

2.2. Диффузный

3. Смешанная форма







Диагностика

- Анализ анамнеза заболевания и жалоб (когда (как давно) появились боли в верхних отделах живота, снижение аппетита, отрыжка, тошнота, рвота, снижение массы тела, слабость, быстрая утомляемость, увеличение шейных лимфатических узлов; с чем больной связывает возникновение этих симптомов).
- Анализ анамнеза жизни больного (наличие у пациента длительно существующих язв (глубоких дефектов (нарушений) слизистой оболочки) желудка, устойчивых к приему противоязвенных препаратов (препаратов, заживляющих язву и уменьшающих неблагоприятное воздействие на нее); другие перенесенные заболевания, вредные привычки (употребление алкоголя, курение)).
- Анализ семейного анамнеза (наличие у родственников заболеваний органов желудочно-кишечного тракта (например, атрофического гастрита (хронического гастрита (воспаления желудка) с истончением слизистой оболочки желудка, характеризующегося уменьшением количества желез и секреторной (выделительной) недостаточностью желудка), обусловленного действием *Helicobacter pylori* (бактерии, способствующей усилению секреции (выделения) соляной кислоты и приводящей к снижению защитных свойств слизистой оболочки желудка); аденоматозных полипов желудка (доброкачественных (тип клеток похож на тип клеток органа, из которого они произошли) новообразований желудка), а также онкологических заболеваний)

- Данные объективного осмотра (осмотр кожных покровов, слизистых оболочек ротовой полости) – врач обращает внимание на бледность кожных покровов, кахексию (крайнюю степень истощения), увеличенные лимфатические узлы — паховые, надключичные).
- Лабораторные методы.
 - Общий анализ крови. Возможно выявление анемии (малокровия).
 - Развернутый биохимический анализ крови (возможен низкий уровень альбумина (белка)).
 - Выявление онкомаркеров (особых белков, выделяющихся при определенных опухолях (рак молочной железы, поджелудочной железы и т.д.)) в крови и моче. При раке желудка пока нет точных онкомаркеров – так, например, СА19-9 (особый белок) бывает повышен и при раке поджелудочной железы.
 - Анализ кала. Возможно определение примеси крови в кале.
 - Анализ мочи (возможно наличие эритроцитов (красных клеток урочища) в моче (эритроцитурия), белка в моче (протеинурия)).
- Инструментальные методы.
 - Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) — диагностическая процедура, во время которой врач осматривает и оценивает состояние внутренней поверхности пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки при помощи специального оптического инструмента (эндоскопа) с обязательной биопсией (взятием фрагмента органа для определения структуры его ткани и клеток).
 - Рентгенологическое исследование с двойным контрастированием желудка взвесью бария. Используется для определения в желудке неровностей, которые могут косвенно указывать на наличие новообразования в желудке..
 - Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и малого таза для установления наличия опухоли желудка, а также наличия метастазов в печени, яичниках (для девочек), поджелудочной железе и т.д.
 - Компьютерная томография (КТ) для выявления опухоли желудка и увеличенных лимфатических узлов.
 - Магнитно-резонансная томография (МРТ) – более точный, чем компьютерная томография, метод диагностики. Проводится для выявления опухоли желудка и увеличенных лимфатических узлов.
 - Выявление *Helicobacter pylori* (бактерии, способствующей усилению секреции (выделения) соляной кислоты и приводящей к снижению защитных свойств слизистой оболочки желудка).

Метастазирование

Лимфогенный (основной путь).

Имплантационный (при поражении всех слоев желудка колонии клеток слущиваются, а затем оседают в другом месте).

Гематогенный (печень, легкие, почки, кости и др. органы).

Отдаленные метастазы рака желудка наблюдаются также в надключичные лимфатические узлы (метастаз Вирхова), яичники (метастаз Крукенберга), в дугласово пространство (метастаз Шницлера).

Классификация по системе [TNM](#)

- **T — первичная опухоль**
- Tx — первичная опухоль не может быть оценена;
- T0 — отсутствие данных о первичной опухоли;
- Tis — [carcinoma in situ](#), интраэпителиальная опухоль без инвазии в собственную пластинку слизистой оболочки, тяжёлая дисплазия;
- T1 — опухоль прорастает в собственную пластинку слизистой оболочки, мышечную пластинку слизистой оболочки или подслизистую основу:
 - T1a — опухоль прорастает в собственную пластинку слизистой оболочки или мышечную пластинку слизистой оболочки;
 - T1b — опухоль прорастает в подслизистую основу;
- T2 — опухоль прорастает в мышечную оболочку;
- T3 — опухоль прорастает в подсерозную основу;
- T4 — опухоль прорастает в серозную оболочку и распространяется на соседние структуры:
 - T4a — опухоль прорастает в серозную оболочку;
 - T4b — опухоль врастает в соседние структуры.
- **Примечания:**
- (1) Соседними структурами для желудка являются селезёнка, поперечная ободочная кишка, печень, диафрагма, поджелудочная железа, брюшная стенка, надпочечники, почки, тонкая кишка, забрюшинное пространство.
- (2) Интрамуральное (внутрипросветное) распространение на двенадцатиперстную кишку или пищевод классифицируют по глубине наибольшей инвазии в любой из органов, включая желудок.
- (3) Опухоль, которая распространяется на желудочно-ободочную или желудочно-печёночную связку, большой или малый сальник, но не прорастает в висцеральную брюшину, классифицируют как T3

- **N — регионарные лимфатические узлы**
- Nx — регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены;
- N0 — нет метастазов в регионарных лимфатических узлах;
- N1 — метастазы в 1-2 регионарных лимфатических узлах;
- N2 — метастазы в 3-6 регионарных лимфатических узлах;
- N3 — метастазы в 7 и более регионарных лимфатических узлах:
 - N3a — метастазы в 7-15 регионарных лимфатических узлах;
 - N3b — метастазы в 16 и более регионарных лимфатических узлах.
- **M — отдалённые метастазы**
- M0 — нет отдалённых метастазов;
- M1 — есть отдалённые метастазы.
- **Примечание:**
- Отдалённые метастазы включают диссеминацию по брюшине, положительную цитологию перитонеальной жидкости и элементы опухоли в сальнике, не являющиеся частью непрерывного распространения.

Признак	Пищевод (< 1%)	Желудок (< 10%)	Проксимальная часть двенадцатиперстной кишки (< 10%)	Тощая кишка и подвздошная кишка (> 40%)	Червеобразный отросток (< 25%)	Толстая кишка и прямая кишка (> 25%)
Средний возраст пациента (годы)	н/д	55	50	65	Любой возраст	60
Локализация	Дистальный отдел	Тело и дно	Проксимальная треть, периапулярная область	По всей длине	Верхушка	Прямая кишка > слепая кишка
Размер	н/д	1–2 см, множественная; > 2 см, одиночная	0,5–2 см	< 3,5 см	0,2–1 см	> 5 см (слепая кишка); < 1 см (прямая кишка)
Секретируемый гормон	н/д	Гистамин, соматостатин, серотонин	Гастрин, соматостатин, холецистокинин	Серотонин, вещество Р, полипептид YY	Серотонин, полипептид YY	Серотонин, полипептид YY
Симптомы	Дисфагия, потеря массы тела, рефлюкс	Гастрит, язва, случайная находка	Пептическая язва, непроходимость желчных путей, боль в животе	Бессимптомная, непроходимость, метастатическое поражение	Бессимптомная, случайная находка	Боль в животе, потеря массы тела, случайная находка
Лечение	н/д	Различное	Различное	Агрессивное	Доброкачественное	Различное
Связь с заболеваниями	Нет	Атрофический гастрит,	Синдром Золлингера–Эллисона, НФ-1	Нет	Нет	Нет

Лечение

Хирургическое. Хирургическое удаление рака желудка остается до настоящего времени единственным достаточно эффективным методом лечения. Объем и характер оперативного вмешательства зависят от многих причин: стадии развития рака, объема поражения желудка, наличия метастазов (распространения в другие органы раковых (тип клеток не похож на тип клеток органа, из которых они произошли) клеток) и прорастания опухоли в окружающие органы и ткани, общего состояния больного, его способности без большого риска перенести оперативную травму (травму во время операции) и возможные осложнения. Различают **радикальные** и **паллиативные операции**.

- **Радикальные операции.** Желудок удаляют единым блоком вместе с большим и малым сальником (двойные листки брюшины, покрывающие внутренние органы (печень, желудок, 12-перстную кишку)), а также с регионарными лимфатическими узлами (лимфаденэктомия – удаление лимфатических узлов). Если раковым процессом поражены соседние органы, их удаляют вместе с желудком (например, с селезенкой, левой долей печени или ее сегментом, хвостом поджелудочной железы, поперечной ободочной кишкой).
- **Паллиативные операции.** Направлены на устранение тяжелых симптомов заболевания, а также обеспечение питания пациента, нарушенное из-за разрастания опухоли.
- **Химиотерапия.** Лечение лекарственными средствами, действие которых направлено на уничтожение опухолевых клеток. При химиотерапии останавливается или замедляется развитие раковых клеток, которые быстро делятся и растут. Также при этом страдают и здоровые клетки.
- **Лучевая терапия.** Использование радиационного излучения для лечения опухоли. В основном, используется совместно с химиотерапией или хирургическим лечением.

Список литературы:

- 1-Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану
2-*СТАТИСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА В РОССИИ* (Двойрин В.В. Трапезников Н. Н.)
3-*КЛИНИЧЕСКИ-ОРИЕНТИРОВАННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ И СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА* (Слугарев Виктор Владимирович, Гамаюнов Сергей Владимирович, Терентьев, Игорь Георгиевич, Пахомов Сергей Романович, Денисенко Аркадий Николаевич, Шумская Ирина Сергеевна)
4-*ОСОБЕННОСТИ ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА* (Яицкий А.Н. Данилов И.Н.)

Спасибо за внимание!