

POMOR SURGERY

Рак субкардиального отдела желудка (Siewert 3)

Подготовил: Карабешкин Дмитрий Иванович
Студент 5 курса Лечебного факультета

Отделы желудка:

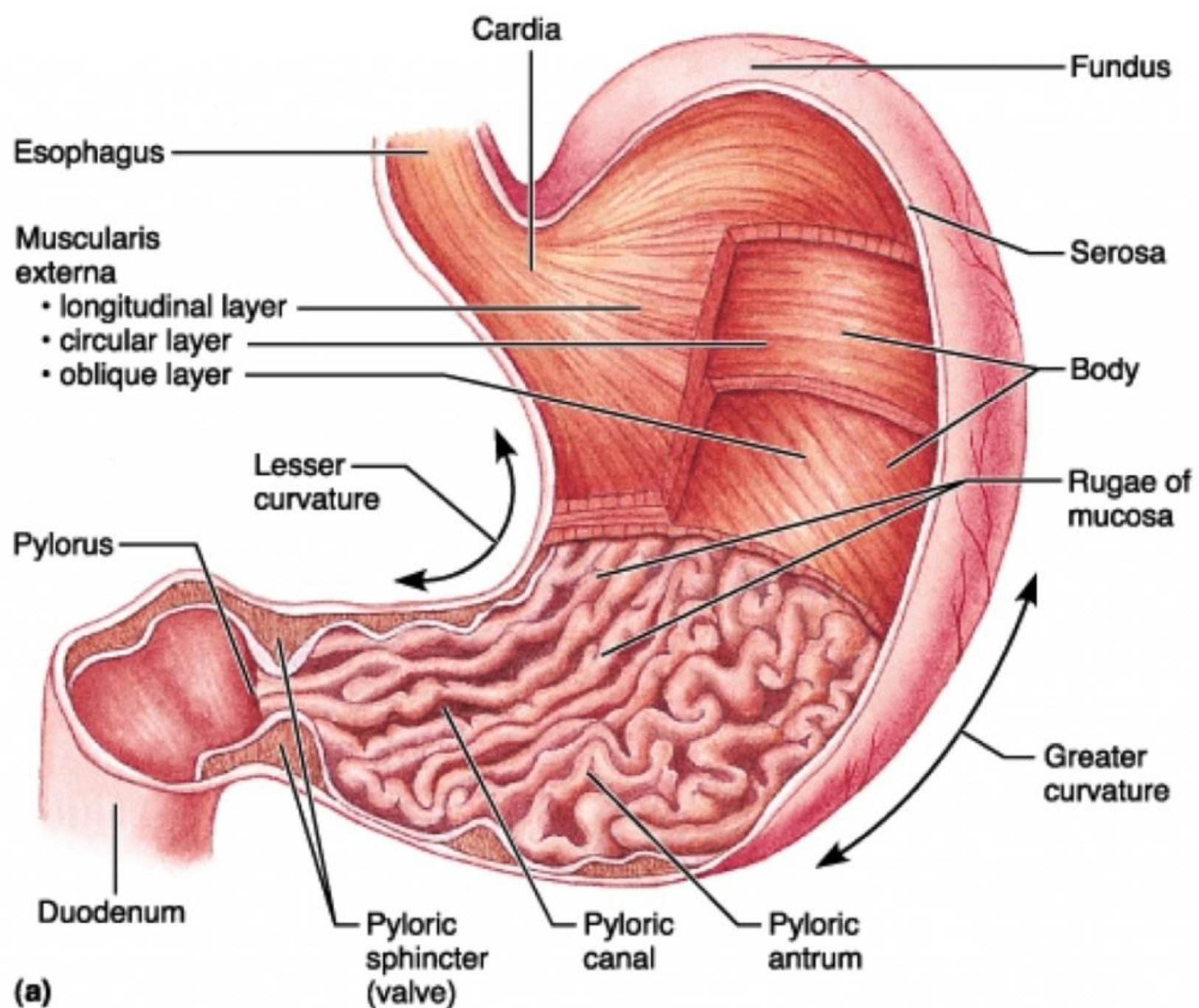
- Кардия
- Дно и Тело
- Пилорус (Привратник)

Выделяют:

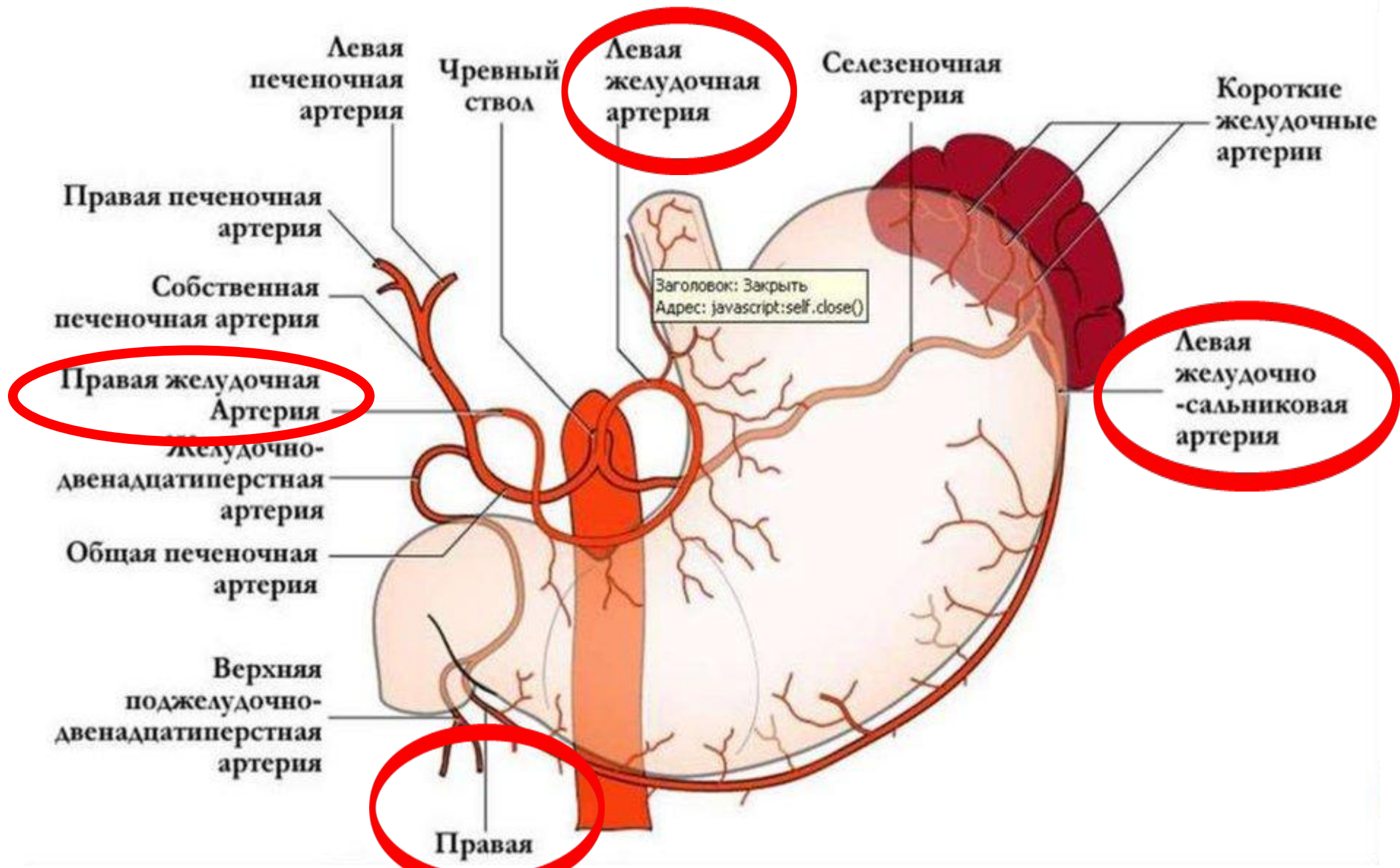
- Малая кривизна
- Большая кривизна

Слои:

- Внутренний косой
- Средним



(a)



Международная гистологическая классификация (ВОЗ 2010)

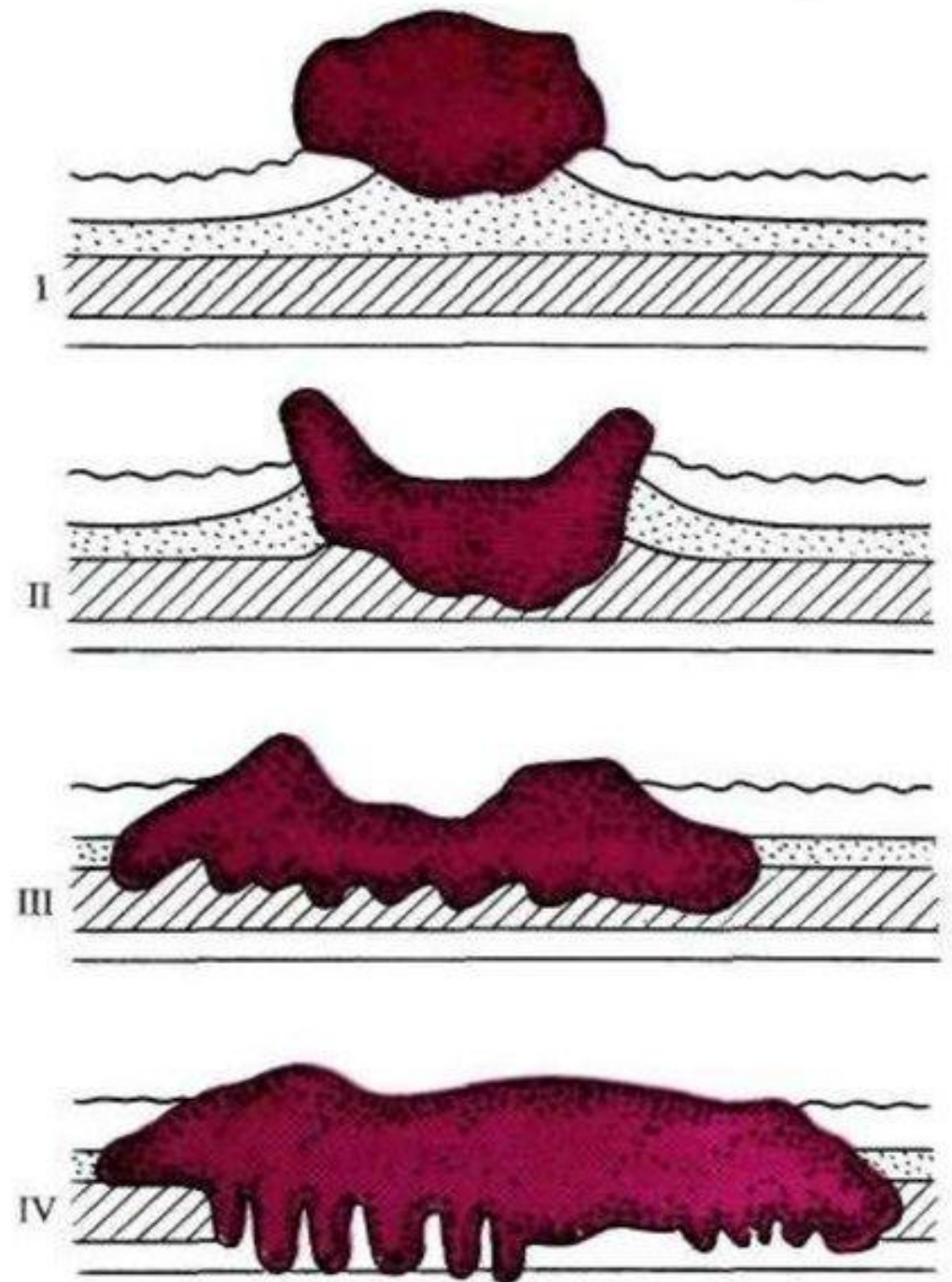
АДЕНОКАРЦИНОМЫ – до 95%!

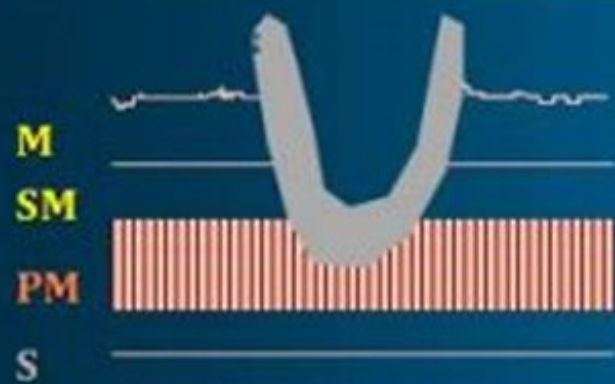
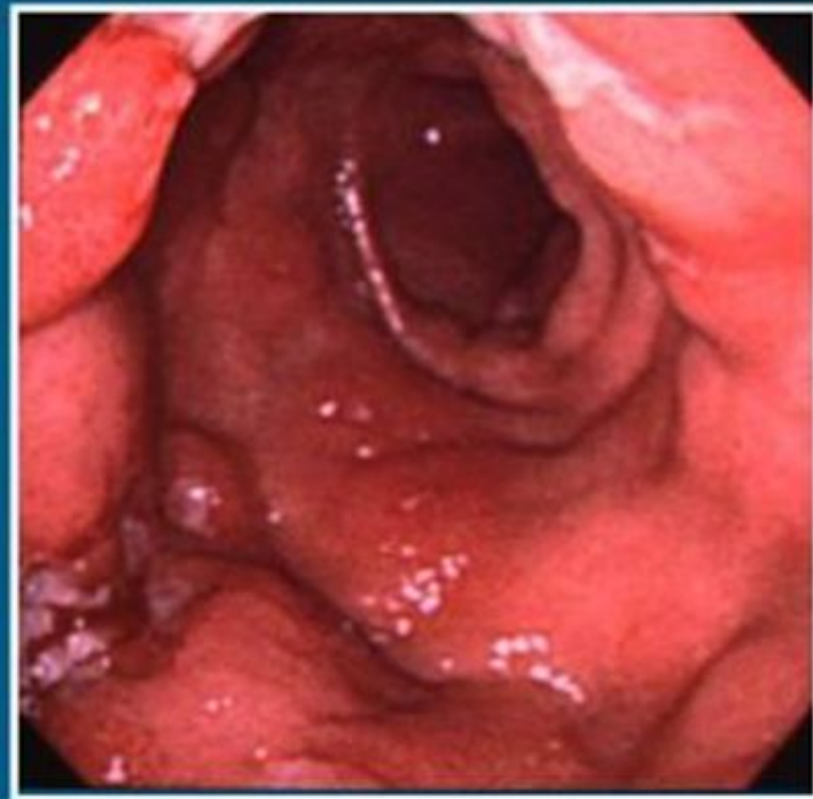
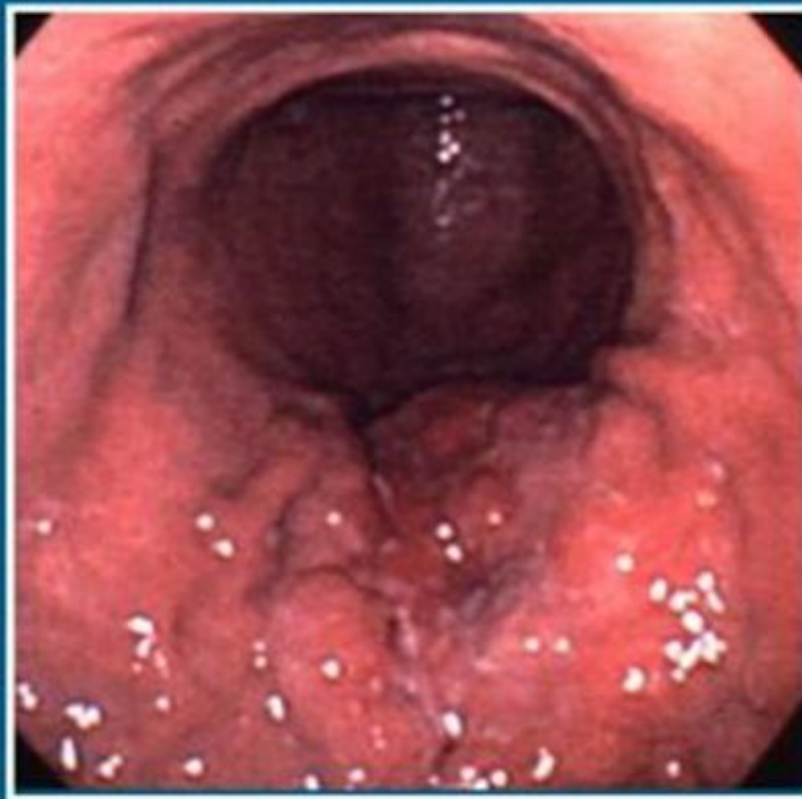
- Папиллярная.
- Тубулярная
- Низкодифференцированная (G)
- Муцинозная
- Перстневидноклеточная



Классификация по Vogtman

- Тип 1 – грибовидный или полиповидный.
- Тип 2 – язвенный с чётко очерченными краями (блюдцеобразный).
- Тип 3 – язвенно-инфильтративный.
- Тип 4 – диффузно-инфильтративный (linitis plastica).





генетическая классификация

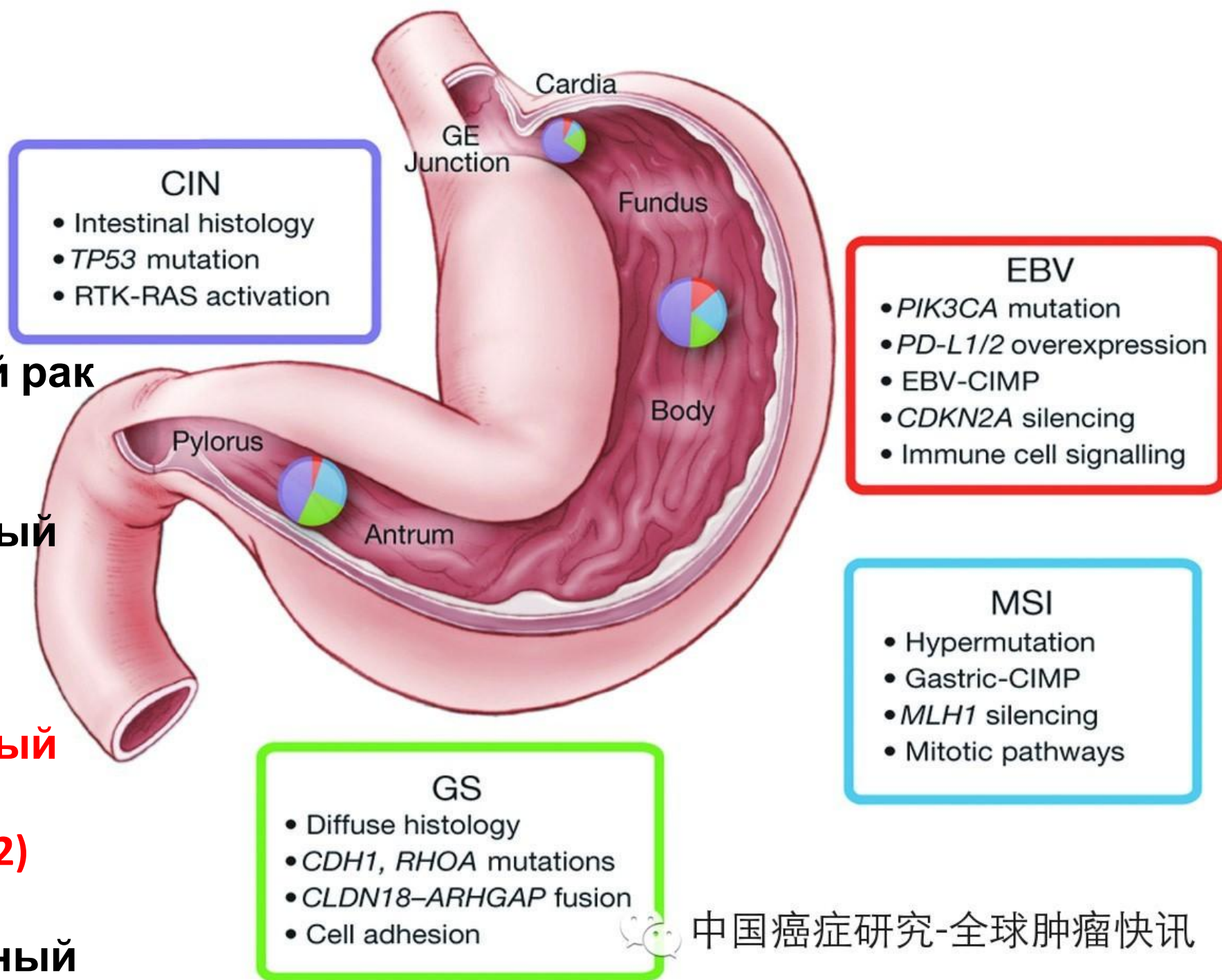
рака

1. EBV-ассоциированный рак желудка (MSI/TP53wt).

2. Подтип, обусловленный микросателлитной нестабильностью.

3. Подтип, обусловленный хромосомной нестабильностью. (HER2)

4. Генетически-стабильный



НЕЛЬЗЯ ТАК ПРОСТО ВЗЯТЬ

**И ВЫДЕЛИТЬ РАК ЖЕЛУДКА И РАК
ПИЩЕВОДА**

Зачем выделять отдельно опухоли пищеводно-желудочного перехода?

1. Более высокое распространение на пищевод.
2. Метастазирует в медиастинальные лимфоузлы, а не только в абдоминальные
3. Более неблагоприятный прогноз

Siewert - Где центр аденокарциномы?!

ЗУБЧАТАЯ ЛИНИЯ (УСЛОВНО) = 0 CM

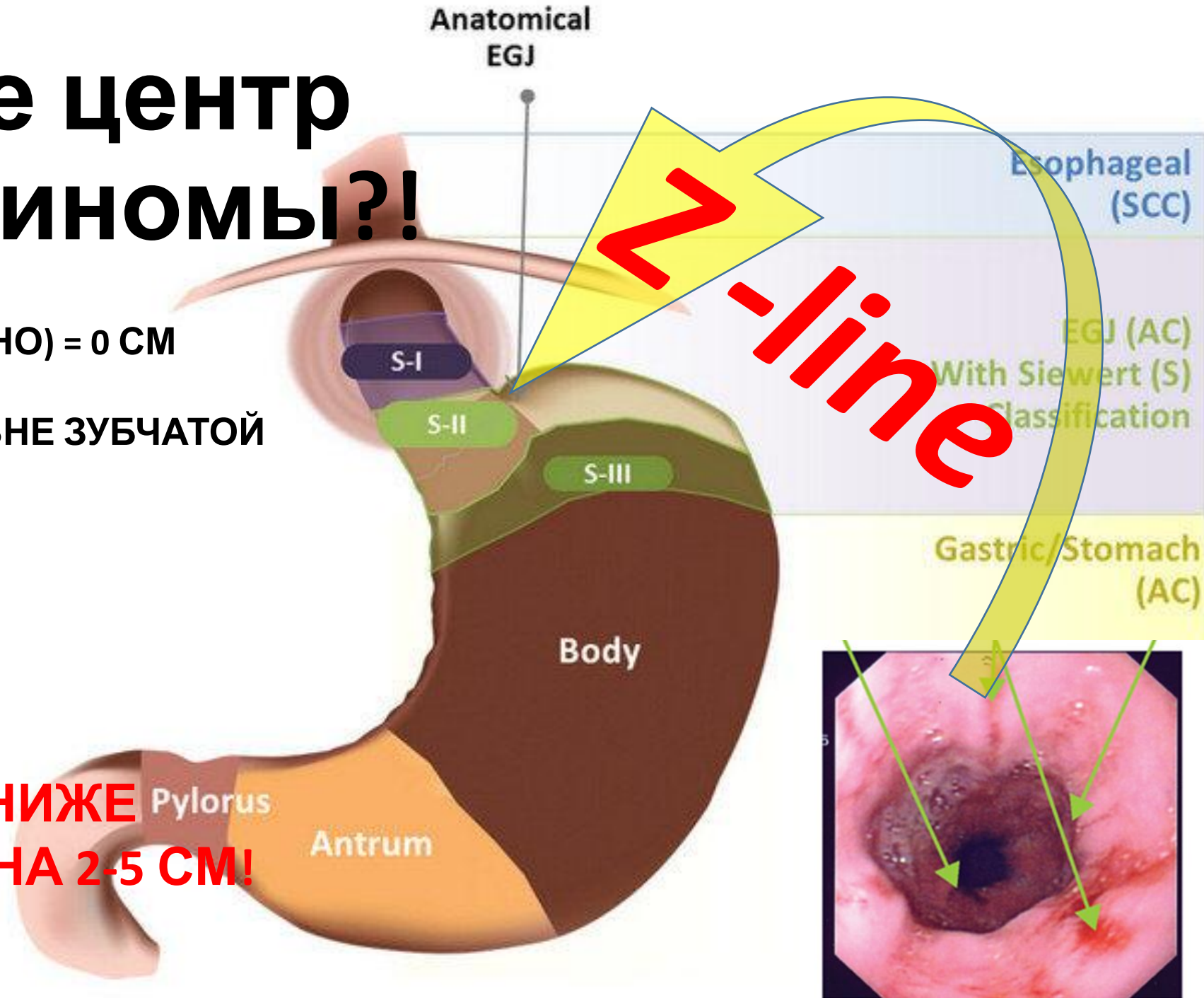
РАК ПИЩЕВОДА – НА УРОВНЕ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ И ВЫШЕ

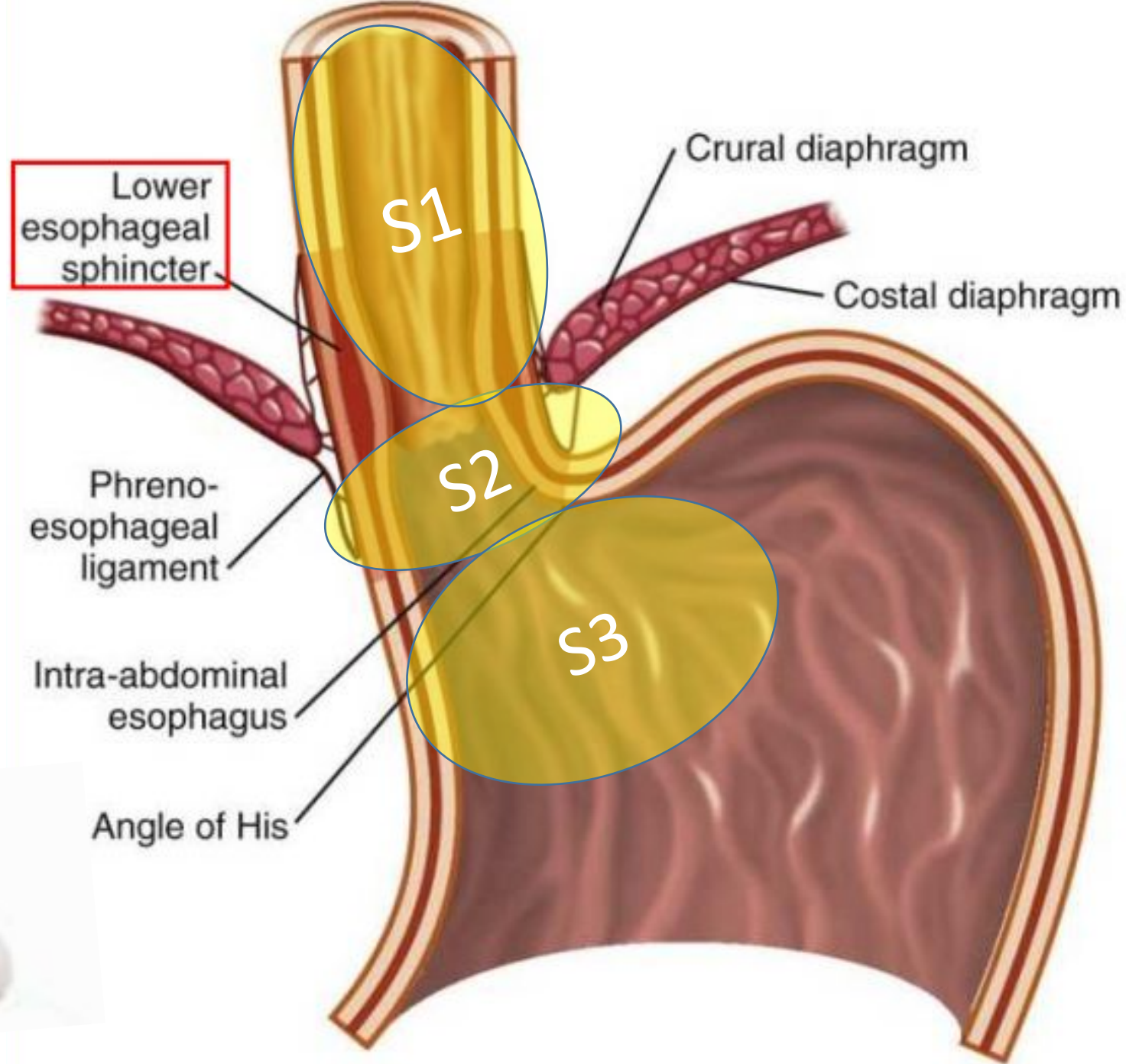
S1=+1+5CM

S2=-2CM и +1CM

РАК СУБКАРДИИ – НИЖЕ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ НА 2-5 CM!

-2-5CM – S3





**«Хирургия рака желудка является в
сущности хирургией лимфатических
узлов» Н. Kuntzen (1957)**

Таблица 1. Классификация рака желудка по системе TNM

Tx Первичная опухоль не может быть оценена

T0 Данных о наличии первичной опухоли не выявлено

Tis Карцинома in situ (опухоль в пределах слизистой оболочки без инвазии собственной пластинки)/тяжелая дисплазия

T1 Опухоль захватывает собственную пластинку или мышечную пластинку слизистой оболочки, подслизистый слой

T1a Опухоль захватывает собственную пластинку или мышечную пластинку слизистой оболочки

T1b Опухоль захватывает подслизистый слой

T2 Опухоль захватывает мышечный слой

T3 Опухоль захватывает субсерозу без инвазии в висцеральную брюшину или прилежащие структуры; к опухолям этой группы относятся также

опухоли с инвазией желудочно-ободочной и желудочно-печеночной связки, большого и малого сальников без поражения висцеральной брюшины

T4 Опухоль захватывает серозную оболочку (висцеральная брюшина) или соседние структуры

T4a Опухоль захватывает серозную оболочку (висцеральная брюшина)

T4b Опухоль захватывает соседние структуры, такие как селезенка, поперечная ободочная кишка, печень, диафрагма, поджелудочная железа, передняя

брюшная стенка, надпочечник, почка, тонкая кишка, забрюшинное пространство

Nx Регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены

N0 Нет метастазов в регионарных лимфатических узлах

N1 Поражение 1–2 регионарных лимфатических узлов

N2 Поражение 3–6 регионарных лимфатических узлов

N3 Поражение ≥7 регионарных лимфатических узлов:

N3a: поражение 7–15 регионарных лимфатических узлов

N3b: поражение ≥16 регионарных лимфатических узлов

| | | | |
|-------------|---------|---------|----|
| Стадия 0 | Tis | N0 | M0 |
| Стадия IA | T1 | N0 | M0 |
| Стадия IB | T2 | N0 | M0 |
| | T1 | N1 | M0 |
| Стадия IIA | T3 | N0 | M0 |
| | T2 | N1 | M0 |
| | T1 | N2 | M0 |
| Стадия IIB | T4a | N0 | M0 |
| | T3 | N1 | M0 |
| | T2 | N2 | M0 |
| | T1 | N3 | M0 |
| Стадия IIIA | T4a | N1 | M0 |
| | T3 | N2 | M0 |
| | T2 | N3 | M0 |
| Стадия IIIB | T4b | N0, N1 | M0 |
| | T4a | N2 | M0 |
| | T3 | N3 | M0 |
| Стадия IIIC | T4b | N2, N3 | M0 |
| | T4a | N3 | M0 |
| Стадия IV | Любое T | Любое N | M1 |

Таблица 1. Классификация рака желудка по системе TNM

Tx Первичная опухоль не может быть оценена

T0 Данных о наличии первичной опухоли не выявлено

Tis Карцинома in situ (опухоль в пределах слизистой оболочки без инвазии собственной пластинки)/тяжелая дисплазия

T1 Опухоль захватывает собственную пластинку или мышечную пластинку слизистой оболочки, подслизистый слой

T1a Опухоль захватывает собственную пластинку или мышечную пластинку слизистой оболочки

T1b Опухоль захватывает подслизистый слой

T2 Опухоль захватывает мышечный слой

T3 Опухоль захватывает субсерозу без инвазии в висцеральную брюшину или прилежащие структуры; к опухолям этой группы относятся также

опухоли с инвазией желудочно-ободочной и желудочно-печеночной связки, большого и малого

сальников без поражения висцеральной брюшины

T4 Опухоль захватывает серозную оболочку

(висцеральная брюшина) или соседние структуры

T4a Опухоль захватывает серозную оболочку

(висцеральная брюшина)

T4b Опухоль захватывает соседние структуры, такие как селезенка, поперечная ободочная кишка, печень, диафрагма, поджелудочная железа, передняя

брюшная стенка, надпочечник, почка, тонкая кишка, забрюшинное пространство

Nx Регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены

N0 Нет метастазов в регионарных лимфатических узлах

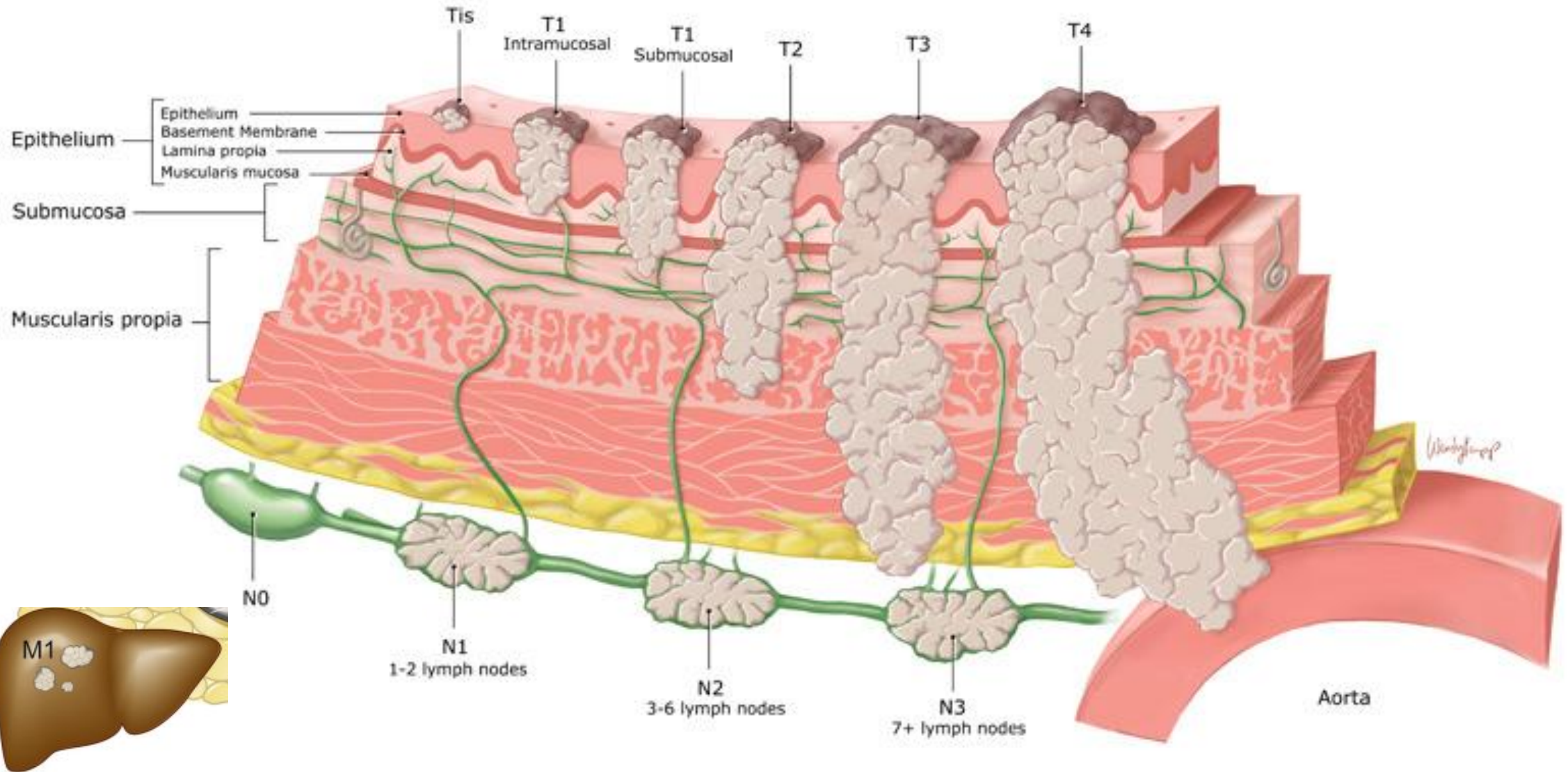
N1 Поражение 1–2 регионарных лимфатических узлов

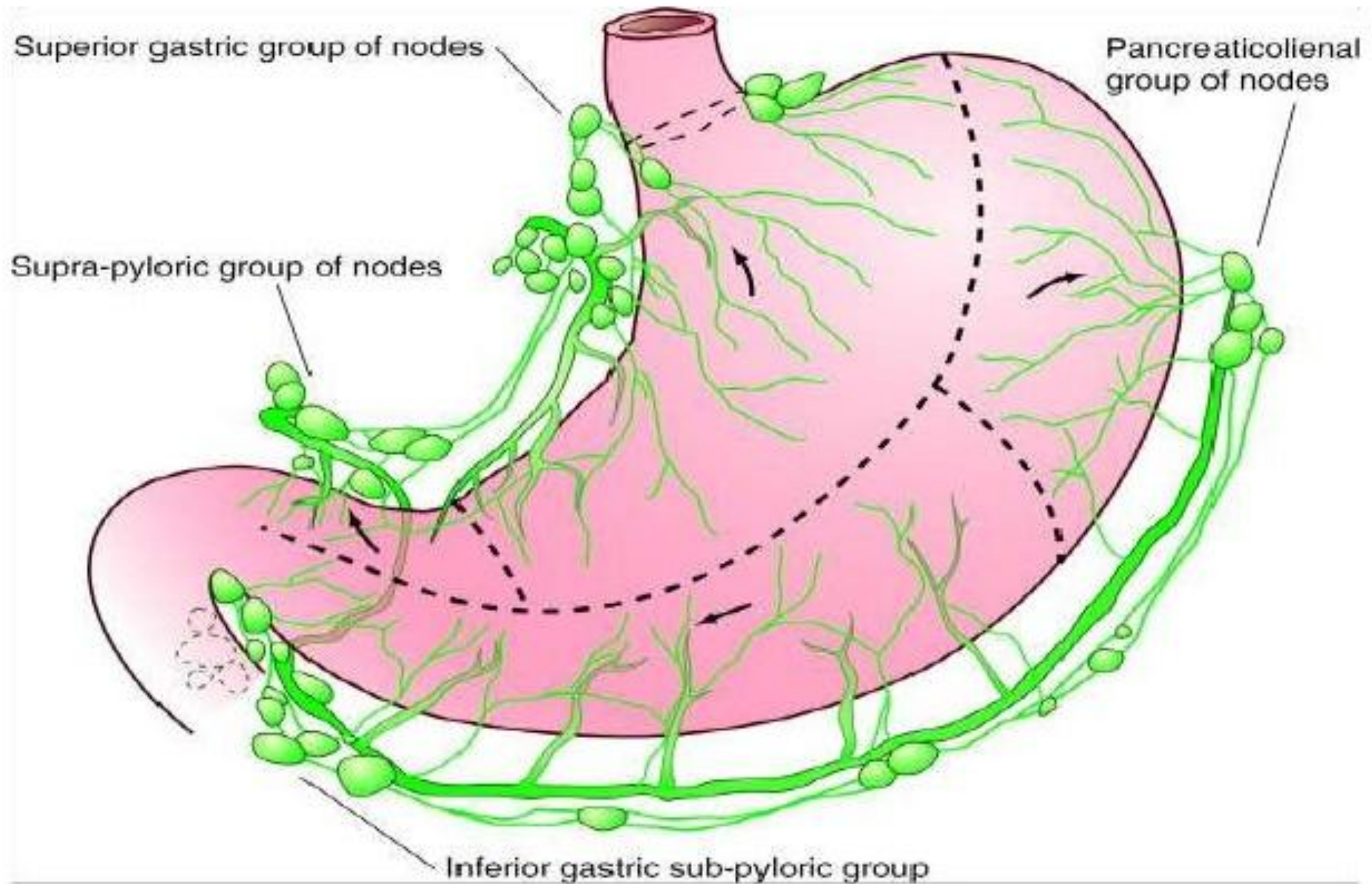
N2 Поражение 3–6 регионарных лимфатических узлов

N3 Поражение ≥ 7 регионарных лимфатических узлов:

N3a: поражение 7–15 регионарных лимфатических узлов

| | | | |
|-------------|---------|---------|----|
| Стадия 0 | Tis | N0 | M0 |
| Стадия IA | T1 | N0 | M0 |
| Стадия IB | T2 | N0 | M0 |
| | T1 | N1 | M0 |
| Стадия IIA | T3 | N0 | M0 |
| | T2 | N1 | M0 |
| | T1 | N2 | M0 |
| Стадия IIB | T4a | N0 | M0 |
| | T3 | N1 | M0 |
| | T2 | N2 | M0 |
| | T1 | N3 | M0 |
| Стадия IIIA | T4a | N1 | M0 |
| | T3 | N2 | M0 |
| | T2 | N3 | M0 |
| Стадия IIIB | T4b | N0, N1 | M0 |
| | T4a | N2 | M0 |
| | T3 | N3 | M0 |
| Стадия IIIC | T4b | N2, N3 | M0 |
| | T4a | N3 | M0 |
| Стадия IV | Любое T | Любое N | M1 |





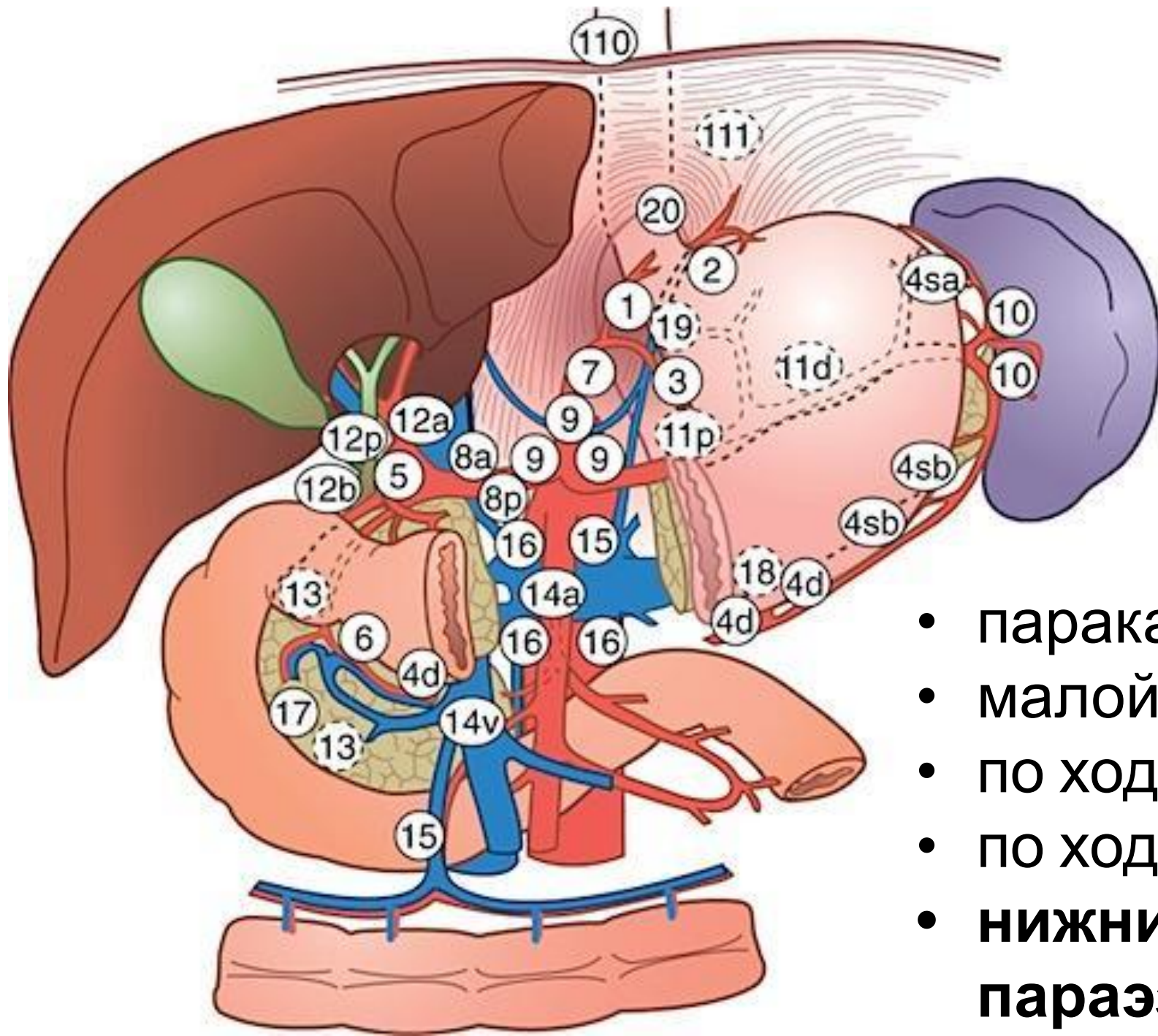
Чем лимфодиссекция отличается от лимфаденэктомии? Методика «En Bloc»

Лимфодиссекция

Лимфаденэктомия

–

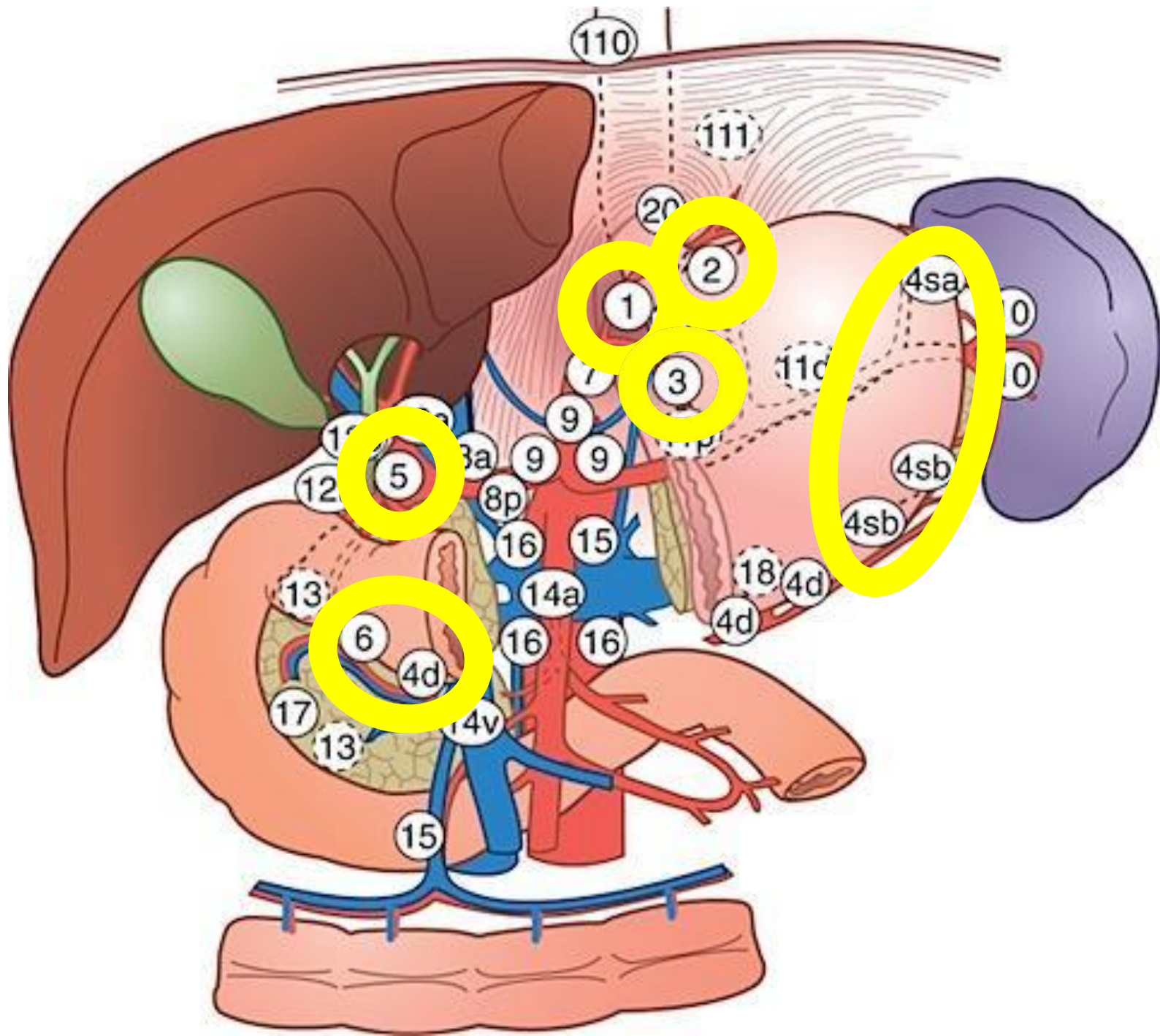
удаление только
Дополнительно: удаление
л/у лимфатических сосудов и
окружающей их жировой
клетчатки



Наиболее
часто

поражаются:

- паракардиальной области
- малой кривизны
- по ходу левой желудочной а.
- по ходу чревного ствола
- **нижние**
параэзофагеальные



D1:

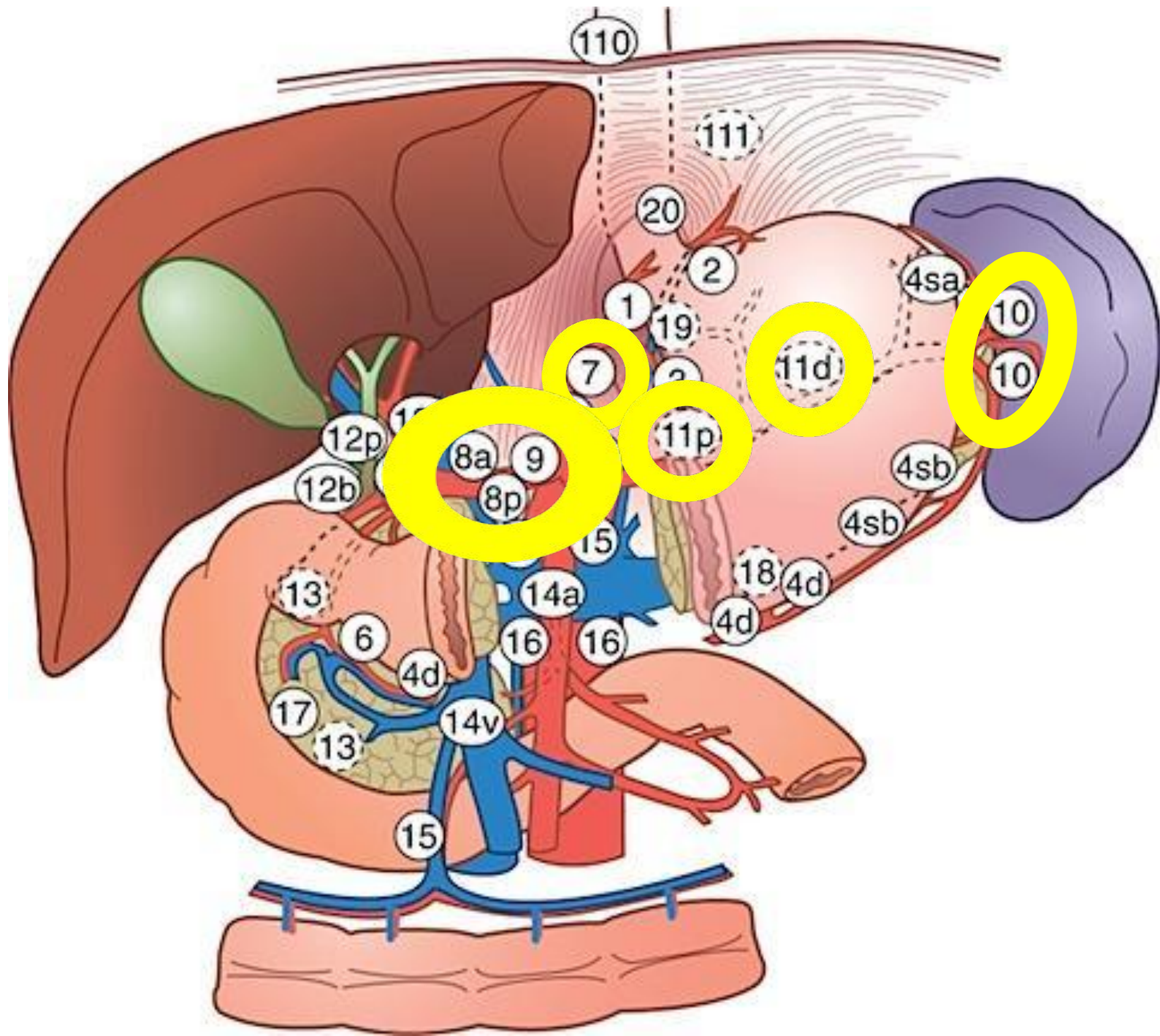
1-4

4s

4d

5

6



D2: 7-11

D3: 12-16

N16: 16a1-
16B2

Метастазы по автору

- Вирхова
- Шницлера
- Айриша
- Крукенберга



Параректальный метастаз Шницлера



Метастаз сестры Джозеф



Ассоциированные заболевания

у 60% в анамнезе хронические заболевания:

- хронический гастрит (76,7%),
- язвенная болезнь 12 – перстной кишки (12,4%),
- язвенная болезнь желудка (7%),
- оперированный желудок (3,1%)
- полипы (0,8%)

Основные симптомы РЖ 18 365 б-ных (Wanebo и соавт., 1993)

- Потеря массы тела 61,6
- Боль в животе 51,6
- Тошнота 34,3
- Анорексия 32,0
- Дисфагия 26,1
- Мелена 20,2
- Быстрая насыщаемость 17,5
- «Язвенная» боль 17,1

Синдром «малых признаков» А.И. Савицкого (1947)

- Изменение самочувствия больного
- Общая слабость
- Стойкое снижение аппетита
- «Желудочный дискомфорт»
- Похудание
- Анемия
- Потеря интереса к окружающим
- Депрессия

Обследование:

- Анамнез и физический осмотр
- Эндоскопия верхних отделов ЖКТ с биопсией
- Эндосонография
- Рентгенография желудка
- УЗИ брюшной полости либо КТ брюшной полости с пероральным/внутривенным контрастированием
- УЗИ шейно-надключичных областей
- Развернутый клинический и биохимический анализ крови
- ЭКГ
- Онкомаркеры РЭА, СА 72-4
- Лапароскопия

Лечени

е

**Опухоли III типа подлежат
лечению**

**согласно алгоритмам,
соответствующим раку желудка**

1. Ранний рак желудка 0-IA
стадии (Tis-T1NxM0)

$T_{is-1a}N_xM_0$
Тип 0-I, 0-IIa-b до 2 см

$T_{1a>2cm}$ или Тип 0-IIc,
Тип 0-III, $T_{1b}N_xM_0$

Эндоскопическая резекция
слизистой/подслизистая диссекция

Резекция желудка/гастрэктомия с
D1+, D2 (в т.ч. лапароскопическая)

2. Резектабельный
локализованный и
местнораспространенный
рак желудка IB-III стадий
(T2-4NxM0)

ЛАПАРОСКОПИЯ

Рак желудка $T_2N_xM_0$

Местнораспространенный
рак желудка $T_{3-4}N_xM_0$

Отдаленные метастазы,
нерезектабельный процесс
при лапароскопии или
лапаротомии

Резекция желудка/
гастрэктомия с D2

Предоперационная
химиотерапия

См. лекарственная
терапия

Противопоказания к оперативному лечению:

- Отдаленные метастазы в надключичные лимфатические узлы или внутренние органы и ткани (печень, яичники).
- Распространение опухоли на печень, поджелудочную железу не являются абсолютным противопоказанием (комбинированные операции)

Гастрэктомия комбинированным доступом

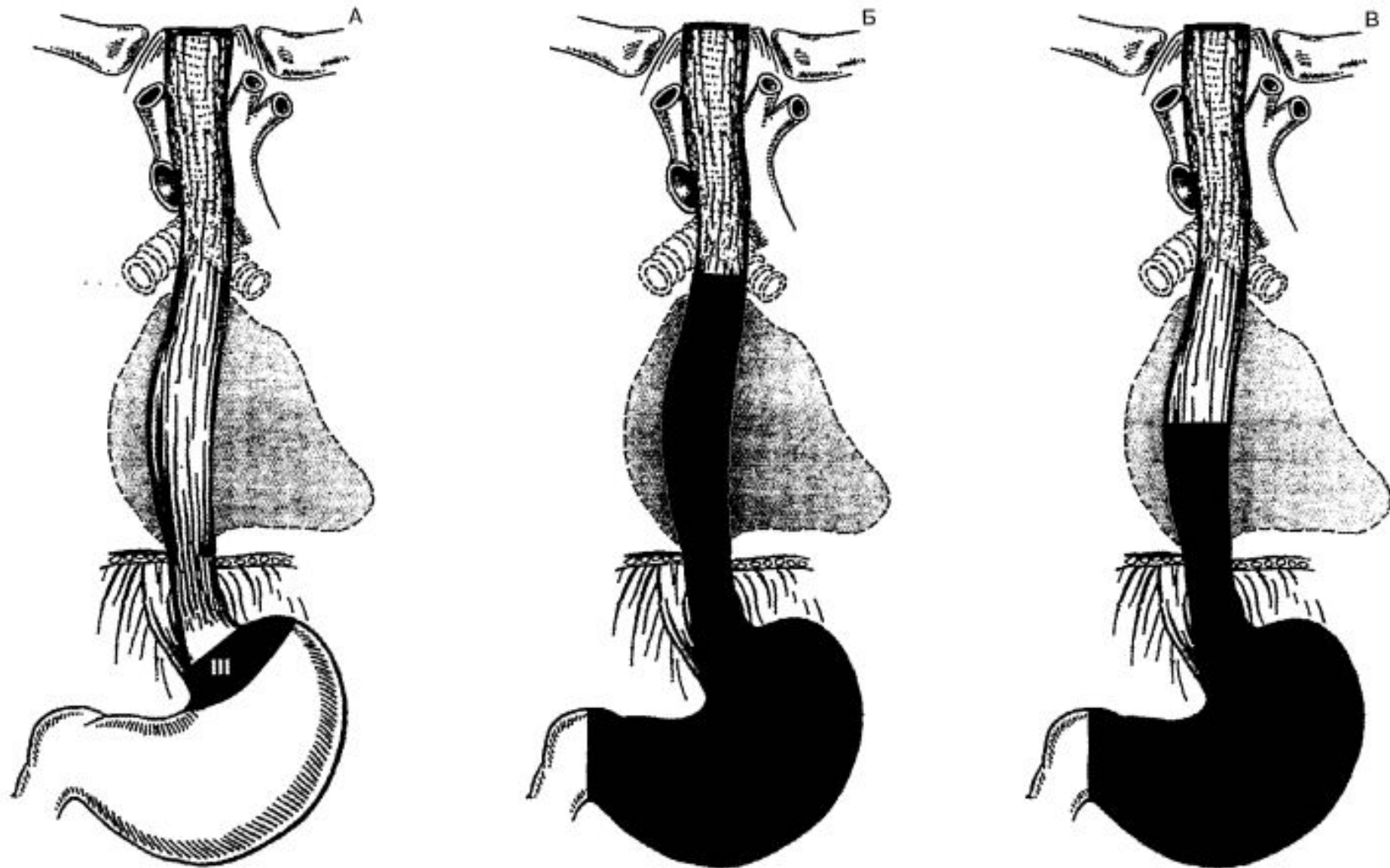


Рис. 9. Хирургическое лечение КЭР III типа.

А — локализация опухолей III типа. Б и В — стандартные варианты резекции желудка и пищевода при КЭР III типа.

Спасибо за внимание!

