

**ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра Онкологии**

Тема: Рак желудка
Хирургическое
лечение

**Выполнили: ординатор Мартыненко М.М.,
интерн Чухланцев А.В.**

**Ижевск
2017**

ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ С УЧЕТОМ СТАДИИ БОЛЕЗНИ

- Основным методом радикального лечения больных раком желудка является хирургическое вмешательство, дополняемое в ряде случаев консервативной противоопухолевой терапией. Выбор лечебной тактики определяется распространенностью опухолевого процесса (стадией).

Стадия 0-IA (Tis-T1N0M0) (ранний рак желудка)

Особенностью данной группы является благоприятный прогноз (5-летняя выживаемость более 90 %). Наряду со стандартным хирургическим лечением возможно применение эндоскопической резекции слизистой оболочки желудка (EMR) или эндоскопической резекции слизистой оболочки с диссекцией подслизистого слоя (ESD) без потери эффективности лечения (IB) при сочетании таких признаков, как экзофитно растущая аденокарцинома высокой или умеренной степени дифференцировки размером до 2 см без изъязвления, с опухолевой инвазией в пределах слизистой оболочки (включая рак *in situ*) (T1a), отсутствием клинически определяемых (эндоУЗИ, РКТ) метастазов в регионарные лимфоузлы, отсутствием лимфоваскулярной инвазии. В случае обнаружения при плановом гистологическом исследовании инвазии опухоли в подслизистый слой, опухолевых клеток по краю резекции, выявления низкодифференцированных форм или наличия лимфовенозной инвазии показано стандартное хирургическое лечение с лимфодиссекцией D1+ (удаление перигастральных лимфатических узлов, а также лимфатических узлов левой желудочной артерии, передневерхние лимфоузлы общей печеночной артерии, чревного ствола). Вариантом хирургического лечения являются лапароскопические операции: лапароскопическая дистальная субтотальная резекция, лапароскопическая гастрэктомия. Дополнительная лекарственная терапия не показана.

Стадия IV – III (T2-4N1-3M0)

- Основным методом лечения является хирургический с последующим динамическим наблюдением за больными: сбор жалоб, физикальный осмотр, ЭГДС, УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и таза (по показаниям) каждые 3 месяца в течение 1-го года после операции, каждые 3–6 месяцев на протяжении второго и третьего годов после операции, затем ежегодно. Влияния активного динамического наблюдения за больными на увеличение продолжительности их жизни не показано. Роль дополнительного консервативного лечения до конца не ясна. В связи с отсутствием единого международного стандарта наряду с динамическим наблюдением могут быть рассмотрены различные варианты лечебной тактики: хирургическое лечение + периоперационная химиотерапия, хирургическое лечение + адъювантная химиотерапия, хирургическое лечение + адъювантная химиолучевая терапия.

Стадия IV (M1) – диссеминированная аденокарцинома желудка или пищеводножелудочного перехода (ПЖП)

- Больные данной группы подлежат паллиативному лекарственному лечению либо симптоматической терапии.

Гастроэнтеростомия

- Операция используется, когда опухоль находится в привратнике или в его канале, переходящем в двенадцатиперстную кишку. Хирург удаляет часть канала привратника и соединяет оставшуюся часть желудка с верхним отделом тощей кишки, а культю двенадцатиперстной кишки зашивает наглухо.

Частичная резекция желудка

- Если местонахождение опухоли точно установлено, хирург удаляет пораженную опухолью часть желудка и соединяет его часть с тощей кишкой.

Тотальная резекция желудка

- Если опухоль находится в кардиальной части желудка (вблизи отверстия пищевода) или высоко в дне желудка, может потребоваться тотальная гастрэктомия. В ходе этой операции хирург удаляет весь желудок и присоединяет нижний конец пищевода к тощей кишке.

Ключевой позицией в понимании подхода к операции является знание и понимание лимфатического аппарата желудка и путей метастазирования.

Условно вышеприведенные лимфоузлы формируют 4 этапа метастазирования:

- **Первый этап (N1):** лимфоузлы связочного аппарата желудка.
- **Второй этап (N2):** лимфоузлы левой желудочной, общей печеночной, чревного ствола, в воротах селезенки, вдоль селезеночной артерий.
- **Третий этап (N3):** лимфоузлы гепатодуоденальной связки, ретропанкреатодуоденальные лимфоузлы, корня брыжейки поперечноободочной кишки.
- **Четвертый этап (N4):** лимфоузлы вдоль средней ободочной артерии, парааортальные.

- Вовлечение лимфоколлекторов
- N1-N2, а также 12 группы (гепатодуоденальной связки) рассматривается как регионарное метастазирование,
- N3-N4 – как отдаленные метастазы.

Согласно последней классификации по стадированию РЖ индекс Т означает не размер опухоли, а степень прорастания стенки желудка:

Т1 – прорастание слизистой и подслизистого слоя,

Т2 – прорастание мышечного слоя до субсерозы,

Т3 – пенетрация серозы желудка,

Т4 – прорастание прилежащих структур.

Формально, тотальный рак желудка с прорастанием всех слоев (но не прорастающий в соседние структуры) и небольшая опухоль размерами до 2 см с выходом на серозу могут попасть в одну стадию, что говорит о том, что даже последняя классификация не является идеальной.

Индекс N при установке стадии заболевания присваивается следующим образом: поражение лимфоузлов

от 1 до 6 расценивается как N1,

от 7 до 15 как N2,

поражение метастазами более 15 лимфоузлов расценивается как N3.

Количество пораженных лимфоузлов призвано помочь в объективизации стадирования РЖ, а также, в известной мере, указывает на объем и адекватность операции.

Гастрэктомия D1 (от слова dissection) предусматривает удаление перигастральных лимфоколлекторов, расположенных в связочном аппарате желудка (N1–6), гастрэктомия D2 означает удаление кроме N1–6, удаление лимфоузлов чревного ствола (N9) и его ветвей – левой желудочной (N7), общей печеночной артерии (N8), селезеночной (N11), лимфоузлов ворот селезенки (N3).

Лимфодиссекция D3 предполагает в дополнение к выше перечисленным лимфоузлы гепатодуоденальной связки (N12), ретропанкреатодуоденальные (N13), лимфоузлы корня брыжейки (N14), брыжейки поперечноободочной кишки (N15), парааортальных лимфоузлов, расположенных на уровне брюшной аорты (N16).

На IV Международном Конгрессе по раку желудка в Нью-Йорке (США, 2001 год) лимфодиссекция D2 определена, как стандартный объем радикального хирургического вмешательства, так как улучшает отдаленные результаты и снижает частоту местных рецидивов. Считается, что при лимфодиссекции D2 должно удаляться не менее 27 лимфоузлов, при D3 – не менее 40 лимфоузлов. На сегодняшний день можно постулировать, что больные, которым при оперативном лечении не произведена лимфодиссекция D2, должны считаться пациентами с неустановленной стадией и не должны включаться (во избежании феномена «миграции стадии») в статистические отчеты и международные протоколы исследования.

В России удельный вес больных с ранним раком желудка крайне низок, однако теоретически, в перспективе, за счет улучшения диагностики, их число должно увеличиться. Большинство работ по лечению раннего рака желудка публикуются японскими авторами. Более 10 лет назад предложена эндоскопическая резекция слизистой при раннем раке желудка (EMR – endoscopic mucosal resection). Показания для EMR могут быть сформулированы следующим образом (при отсутствии отдаленных метастазов): высоко и умереннодифференцированная аденокарцинома; макроскопически IIa тип роста согласно японской классификации (superficial elevated type) размерами не более 2 см в диаметре или IIc тип (superficial depressed type) менее 1 см, отсутствие язвенных изменений в опухоли; поражение слизистой. При поражении подслизистого слоя необходима операция с лимфодиссекцией D2. Очевидно, что дополнительным условием для EMR являются квалифицированный медперсонал и соответствующая аппаратура.

Паллиативные операции при раке желудка

- Больные с явлениями стеноза выходного отдела, дисфагией, кровотечением из распадающейся опухоли, с пенетрацией опухоли в соседние органы и структуры, явлениями кишечной непроходимости (чаще при прорастании в поперечноободочную кишку), анемией, кахексией с обезвоживанием (особенно при дисфагии) часто попадают в общехирургические отделения и больницы терапевтического профиля. К сожалению, даже сами по себе вышеперечисленные осложнения, особенно у пожилых и пациентов старческого возраста в сознании многих врачей и хирургов ассоциируются с крайней запущенностью процесса и неоперабельностью. Увеличение доли пожилых людей в России только повысит актуальность проблемы. Вместе с тем практически все перечисленные осложнения встречаются либо при небольших опухолях, когда возможна радикальная операция, либо при местнораспространенных опухолях, при которых также возможно оперативное пособие. Немаловажную роль играет и так называемый «человеческий фактор». Так, по данным РОНЦ РАМН им. Н.Н. Блохина, у половины больных, которым выполнена «пробная» лапаротомия в неспециализированных, чаще в общехирургических клиниках, в последующем в специализированном онкологическом учреждении выполнялось хирургическое пособие. Среди паллиативных операций, наряду с общеизвестными (гастрэктомия, еюностома, обходные гастроэнтероанастомозы при раках, локализующихся в антральном отделе), следует отметить «шунтирующие» операции, которые выполняются чаще при неоперабельном раке проксимального отдела и кардиоэзофагеальной зоны. Суть операции заключается в обходном эзофагоеюноанастомозе, который может быть выполнен как чрезплевральным, так и абдоминальным доступом, что освобождает больного от мучительной дисфагии и необходимости пользоваться еюностомой.