

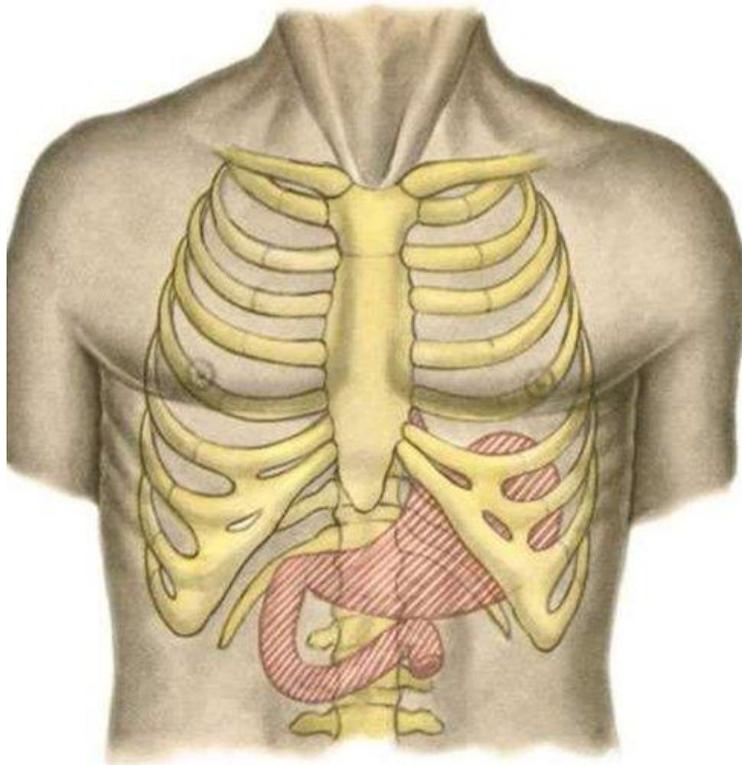


РАК ЖЕЛУДКА

**Подготовила: Султангазина Р.
интерн 734-02 группы ВОП
Проверила: д.м.н Чичуа Н.А.**

**Алматы – 2017
год**

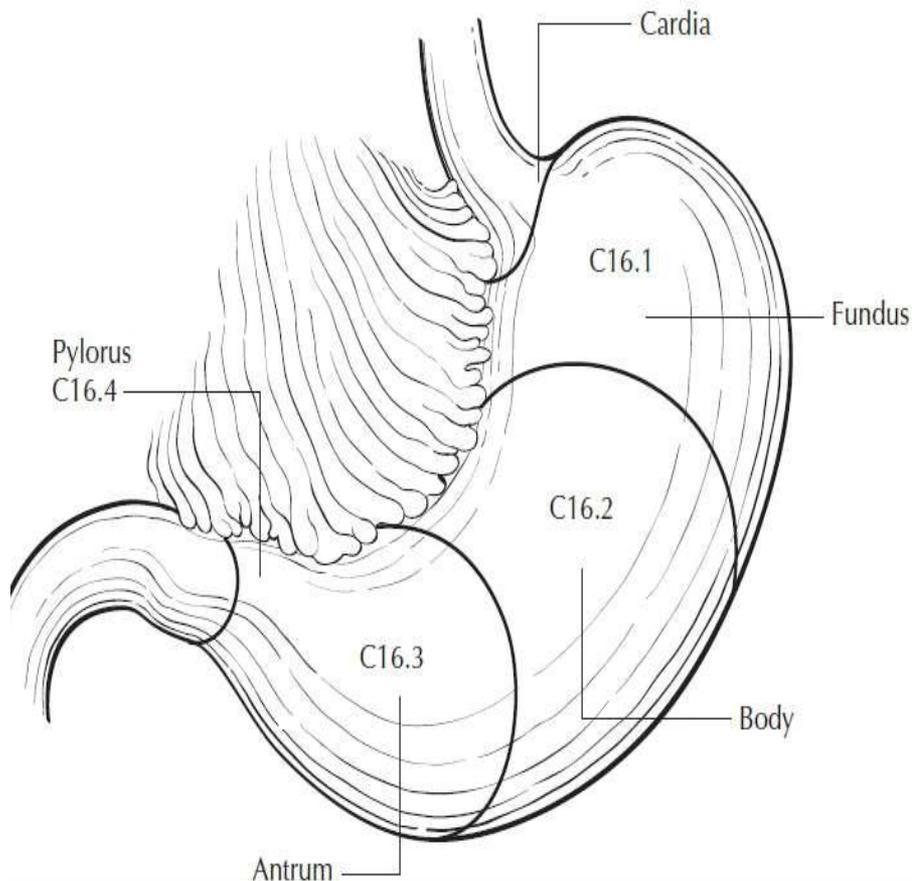
АНАТОМИЯ ЖЕЛУДКА



- Желудок (*gaster ventriculus*) расположен в верхнем этаже брюшной полости, проецируется на переднюю стенку живота в эпигастральной области и большей частью в левом подреберье. Длина органа в среднем 30 см, диаметр в самом широком месте 7,5—12 см.
- Скелетотопически вход в желудок залегает влево от позвоночного столба, на уровне X или XI грудного позвонка, выход — вправо от позвоночника, на уровне XII грудного или I поясничного позвонка.



ЖЕЛУДОК ПРИНЯТО ДЕЛИТЬ НА 3 ЧАСТИ:



1. Проксимальная часть желудка

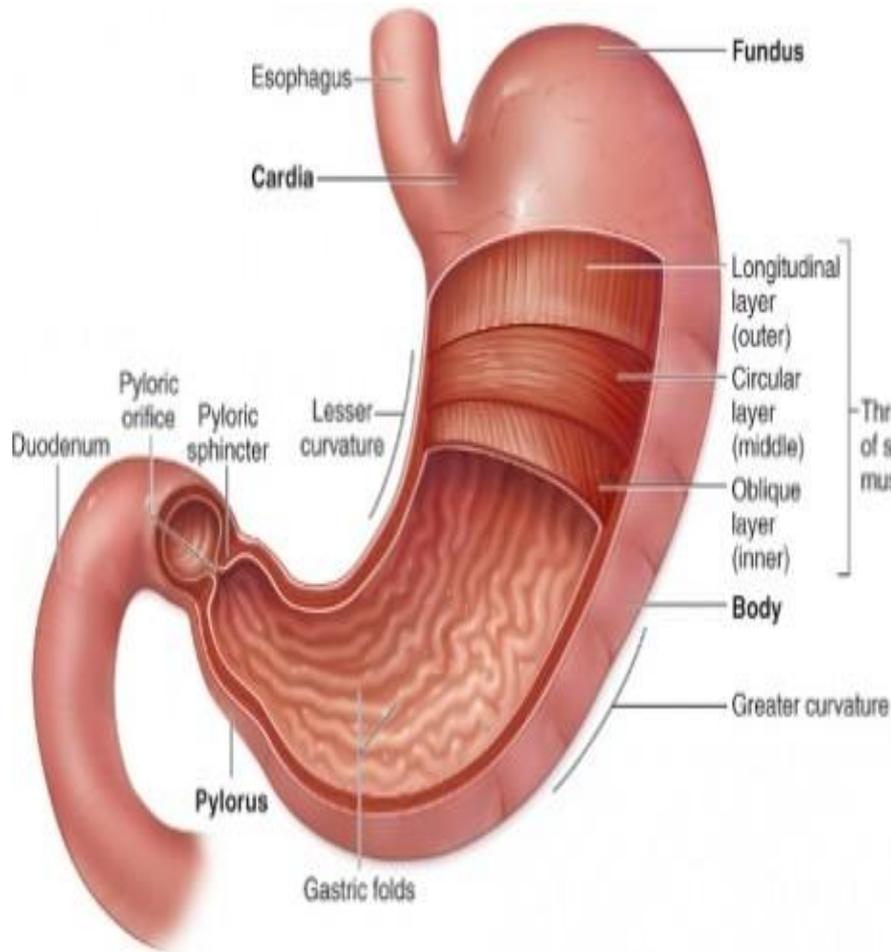
- Розетка кардии или пищеводно-желудочный переход
- Субкардиальный отрезок
- Дно или свод желудка

2. Тело желудка

3. Дистальная часть или антральный отдел желудка



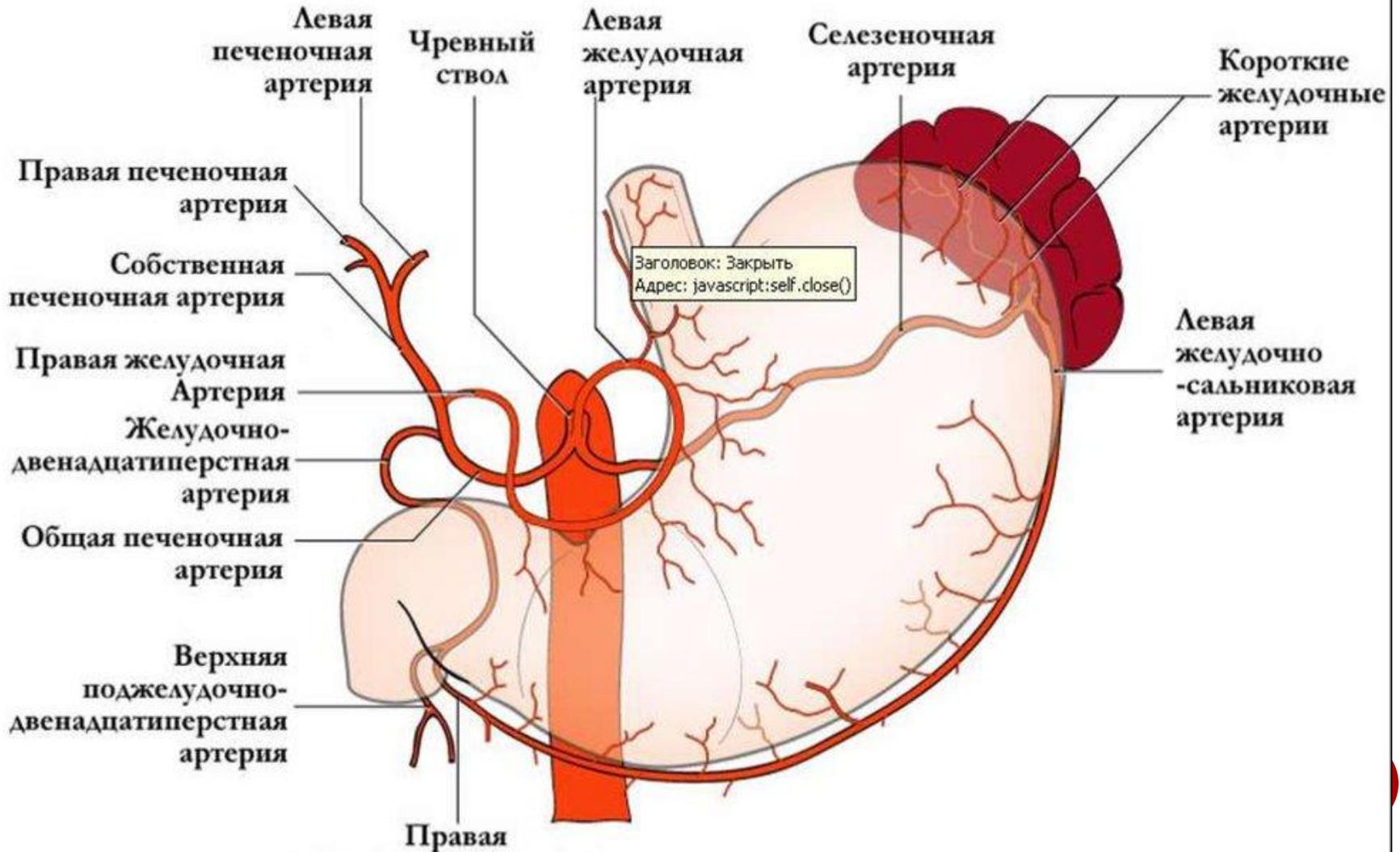
СТЕНКА ЖЕЛУДКА СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СЛОЕВ:



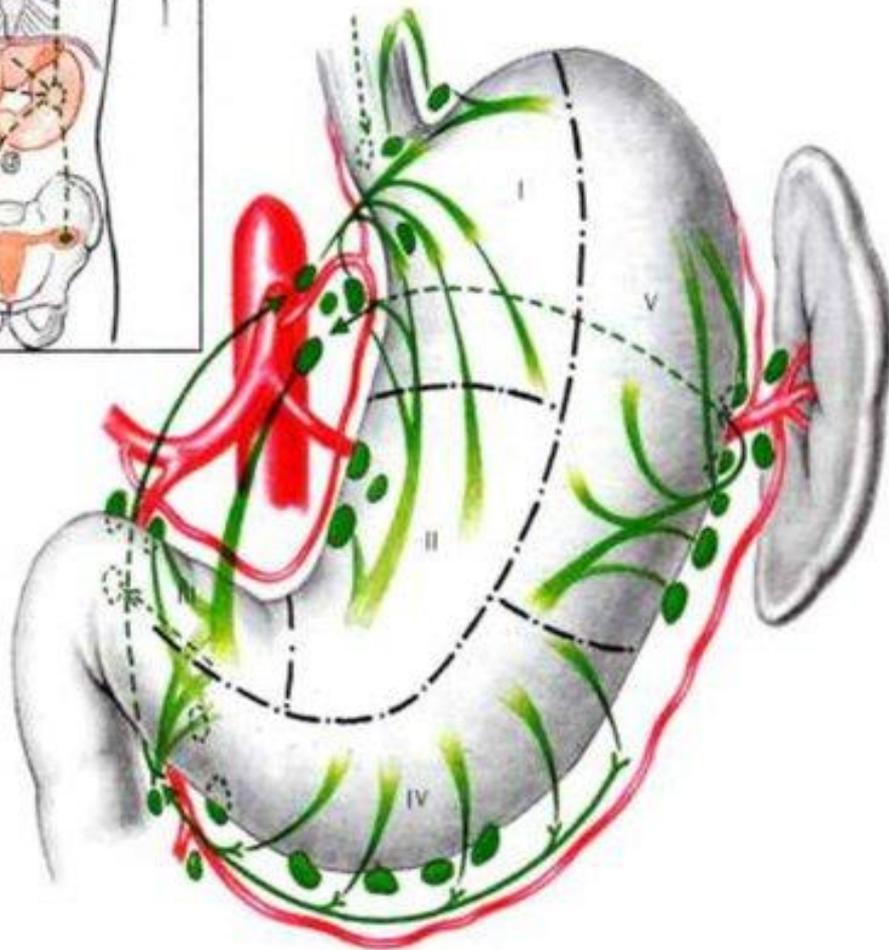
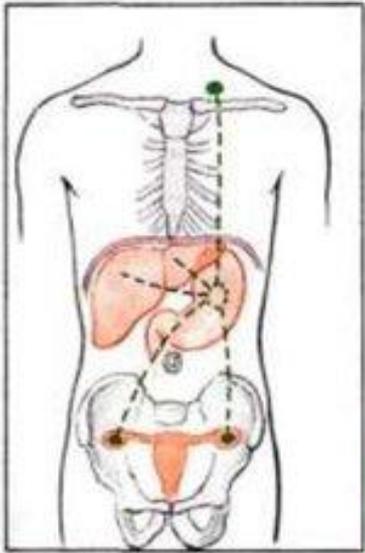
1. Внутренняя слизистая оболочка (цилиндрический железистый эпителий, главные клетки, обкладочный или париетальные клетки и добавочные клетки)
2. Подслизистый слой
3. Мышечный слой (в косом, циркуляторном и продольном направлении)
4. Серозная оболочка



КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ЖЕЛУДКА



Пути оттока лимфы от различных отделов желудка

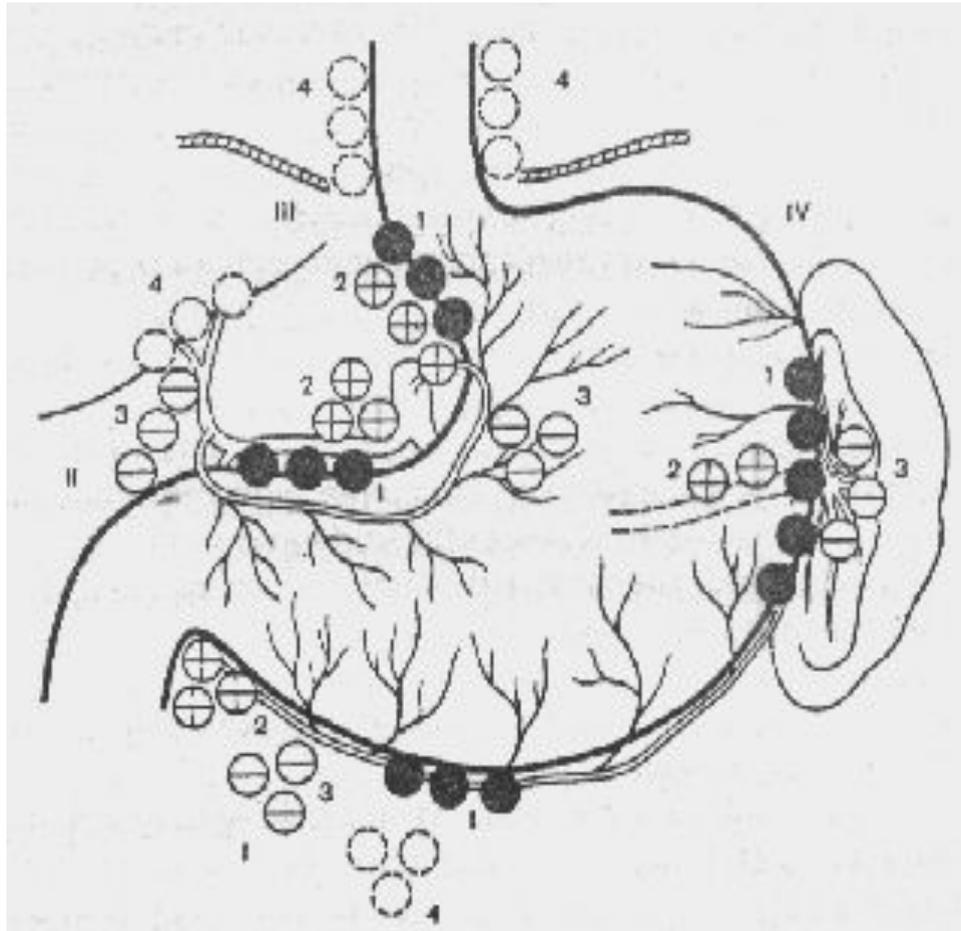


- I. От кардиальной части желудка
- II. От тела желудка
- III. От пилорической части желудка
- IV. От тела желудка (большой кривизны)
- V. От дна желудка

В рамке: отток лимфы в левый надключичный лимфатический узел, печень и яичники.



СХЕМА БАССЕЙНОВ (I—IV) ЛИМФООТТОКА ОТ ЖЕЛУДКА (ПО А. В. МЕЛЬНИКОВУ):



- I. Коллектор по большой кривизне;
- II. Коллектор по малой кривизне в дистальном отделе желудка;
- III. Коллектор по ходу левой желудочной артерии в малой кривизне;
- IV. Коллектор в области ворот селезенки, парааортальной зоне.



ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА

1. Секреторная функция
2. Пищеварительная функция
3. Моторная функция
4. Всасывающая функция
5. Кроветворная функция
6. Участвует в поддержании КЩС

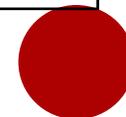


ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ЖЕЛУДКА

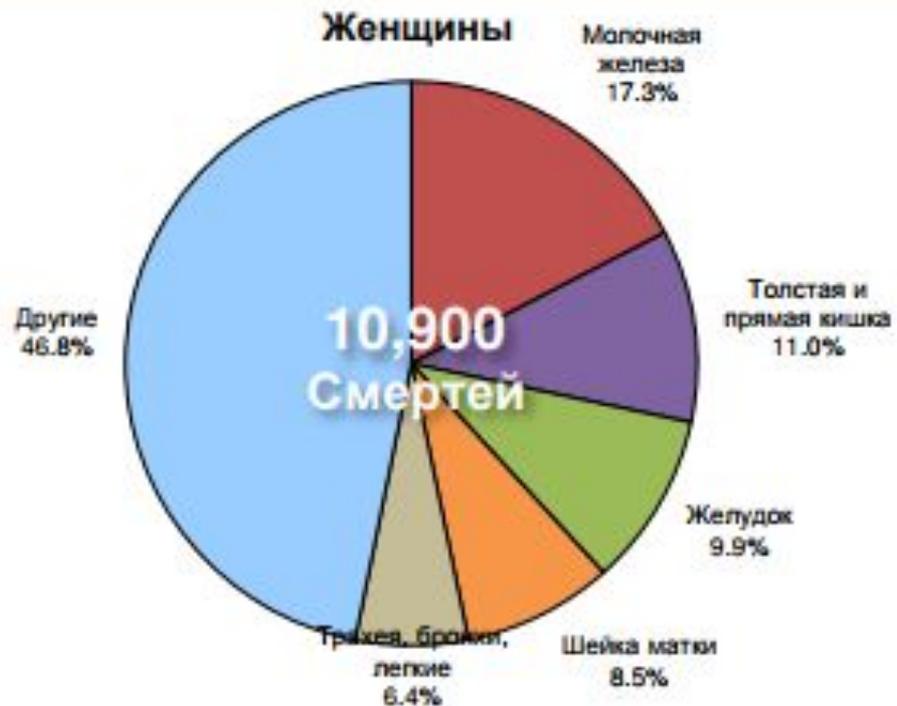
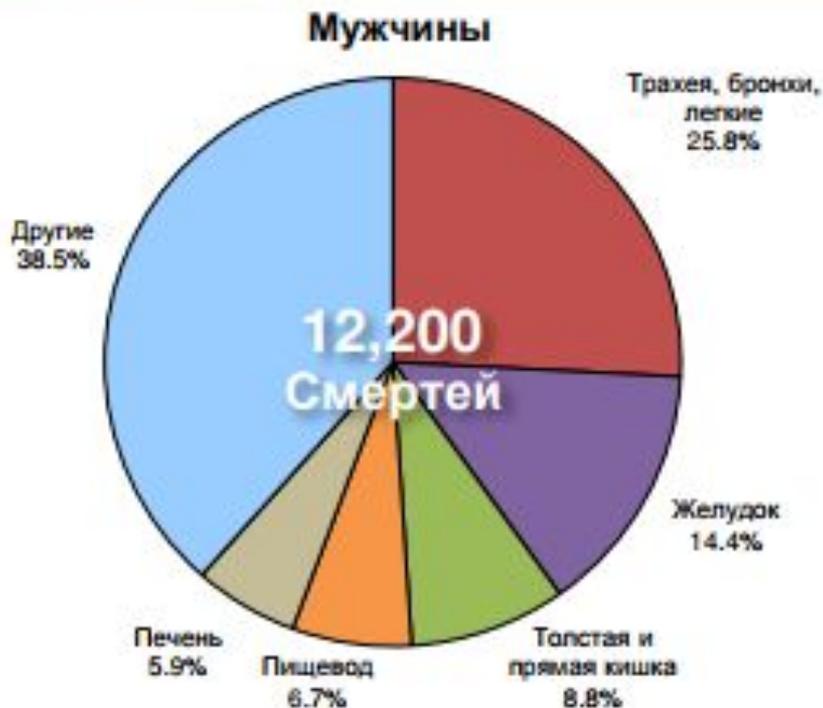
- Заболеваемость населения различных стран мира раком желудка – 31,‰ (ВОЗ, 2000)
- У мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин (21,5‰ против 10,4‰)

Заболеваемость РЖ в мире (2000)	
Япония	98,8
Коста-Рика	75,4
Китай	53,7
США	11,2
Индия	8,5
Танзания	8,2
Египет	6,7
Индонезия	5,6

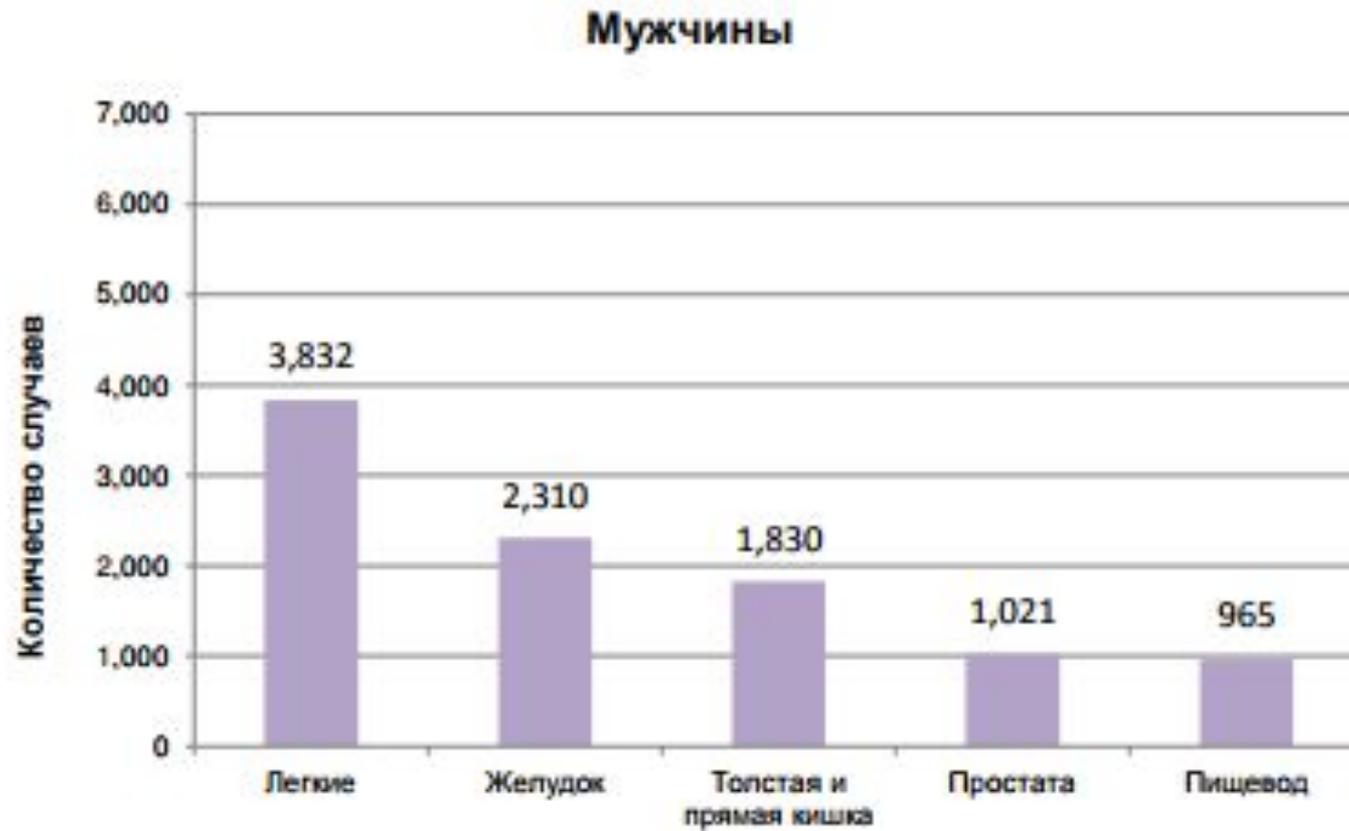
Заболеваемость РЖ в странах СНГ (2002)	
Кыргызстан	29,1
Казахстан	21,9
Россия	20,6
Беларусия	20,1
Узбекистан	13,7
Молдова	13,6



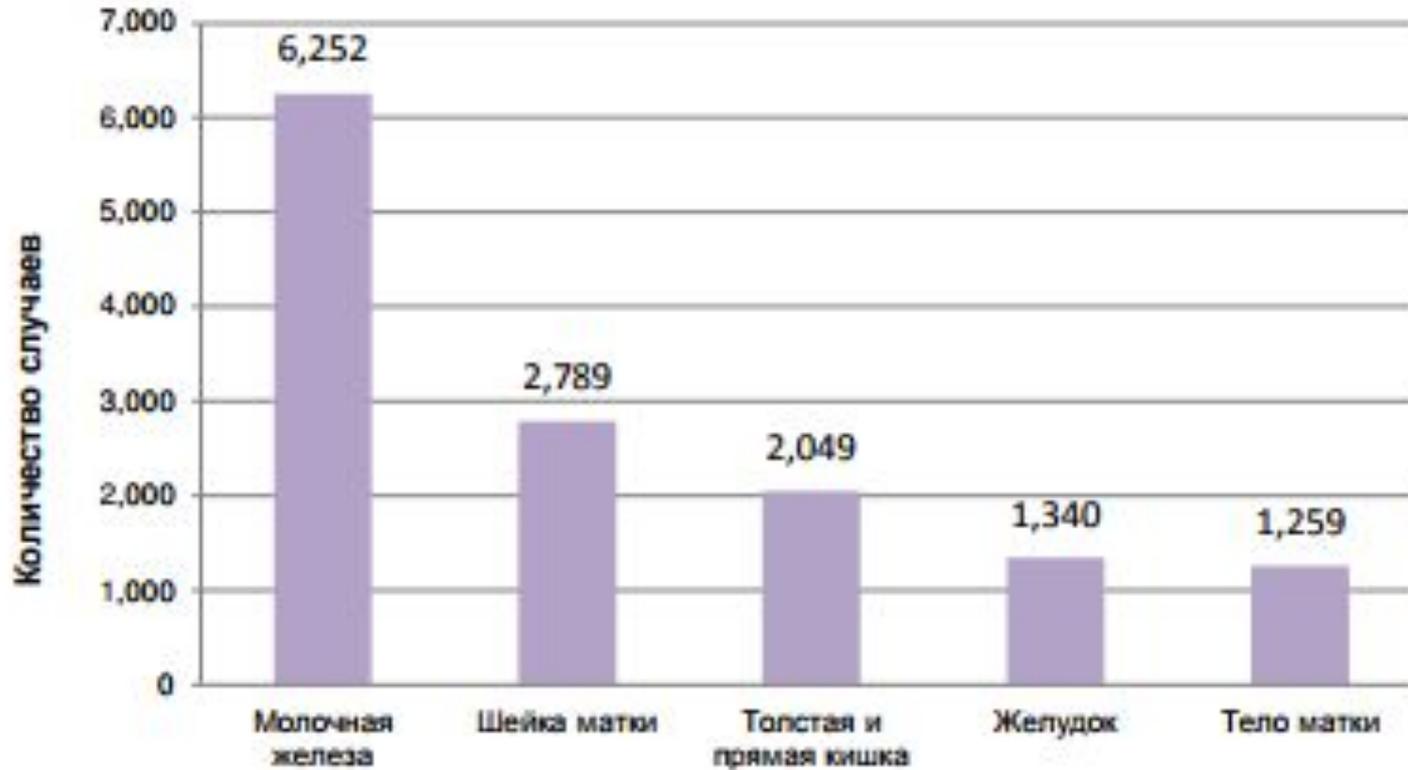
Профиль смертности от рака в Казахстане (ВОЗ, 2014)



ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ В КАЗАХСТАНЕ (ВОЗ, 2014)



Женщины



- По данным 2005 года в РК удельный вес больных раком желудка, выявленных в I-II стадиях - **16,8%**, а в IV стадии – **30 %**.



ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ЖЕЛУДКА В КАЗАХСТАНЕ ПО ОБЛАСТЯМ (2005)

- Павлодарская область – **30,4 ‰**
- Карагандинская область – 24,4 ‰
- Акмолинская область – 23,2 ‰
- ВКО – 22,5 ‰

- Атырауская область – 15,8 ‰
- Алматинская область – 14,5 ‰
- ЮКО – 13,5 ‰
- Жамбылская область – **11,4 ‰**



ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

1. Геогидрохимические условия (недостаток магния, никеля, избыток кальция, меди, хрома в почве)
2. *Helicobacter pylori* (рак желудка в популяциях людей инфицированных ею, возникает в 6 раз чаще, чем у населения не зараженных ею)
3. Особенности питания (афлотоксины, нитрозамины, ПАУ, недостаток антиоксидантов – бета-каротина, витамина Е и селена)



ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА

1. Хронические гастриты
2. Болезнь Менетрие (гипертрофическая гастропатия)
3. Язвенная болезнь желудка
4. Полипы желудка



ГРУППА ПОВЫШЕННОГО РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

Больные с диагнозом:

1. Хронический гипо-анацидный атрофический гастрит с метаплазией эпителия желез по кишечному типу;
2. Часто рецидивирующая язва желудка, развившаяся на фоне атрофического гастрита, где в биопсийном материале имеются умеренно выраженные или тяжелые дисплазии;
3. Полипы желудка, особенно аденоматозы с умеренно выраженной или тяжелой дисплазией, развившаяся на фоне хронического атрофического гастрита;
4. Болезнь Менетрие;
5. Пернициозная анемия, развившаяся на фоне атрофического фундального гастрита;
6. Ранее перенесенная резекция желудка по поводу язвенной болезни и полипа.



ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ЖЕЛУДКА (ВОЗ, 1982)

1. Аденокарцинома:

- a) Папиллярная;
- b) Тубулярная;
- c) Муцинозная;
- d) Перстневидно-клеточный рак;

2. Железисто-плоскоклеточный рак .

3. Плоскоклеточный рак.

4. Недифференцированный рак .

5. Не классифицируемый рак.

Локализации рака желудка:

- Дистальный отдел желудка – 50-55%
- Проксимальный отдел желудка – 18-25%
- Тело желудка – 12-15%
- Тотальное поражение желудка – 5-10%



КЛАССИФИКАЦИЯ ПО АНАТОМИЧЕСКОМУ ТИПУ РОСТА РАКА ЖЕЛУДКА (САВИЦКИЙ А.И., ПОДДУБНЫЙ Б.К.)

1. Экзофитные формы:
 - a. Полиповидный рак (10-15%)
 - b. Блюдцеобразный или чашкеобразный рак (20-25%)
2. Инфильтративные формы:
 - a. Язвенно-инфильтративный рак (55-60%)
 - b. Диффузно-инфильтративный рак (5-10%)
3. Смешанные формы роста.(10-18%)



	<p>1. Экзофитный тип (грибовидный, или полиповидный)</p>
	<p>2. Экзофитный изъязвлённый тип (блюдцеобразный рак)</p>
	<p>3. Язвенно-инфильтративный тип</p>
	<p>4. Диффузно-инфильтративный тип (<i>leukoplakia</i>)</p>



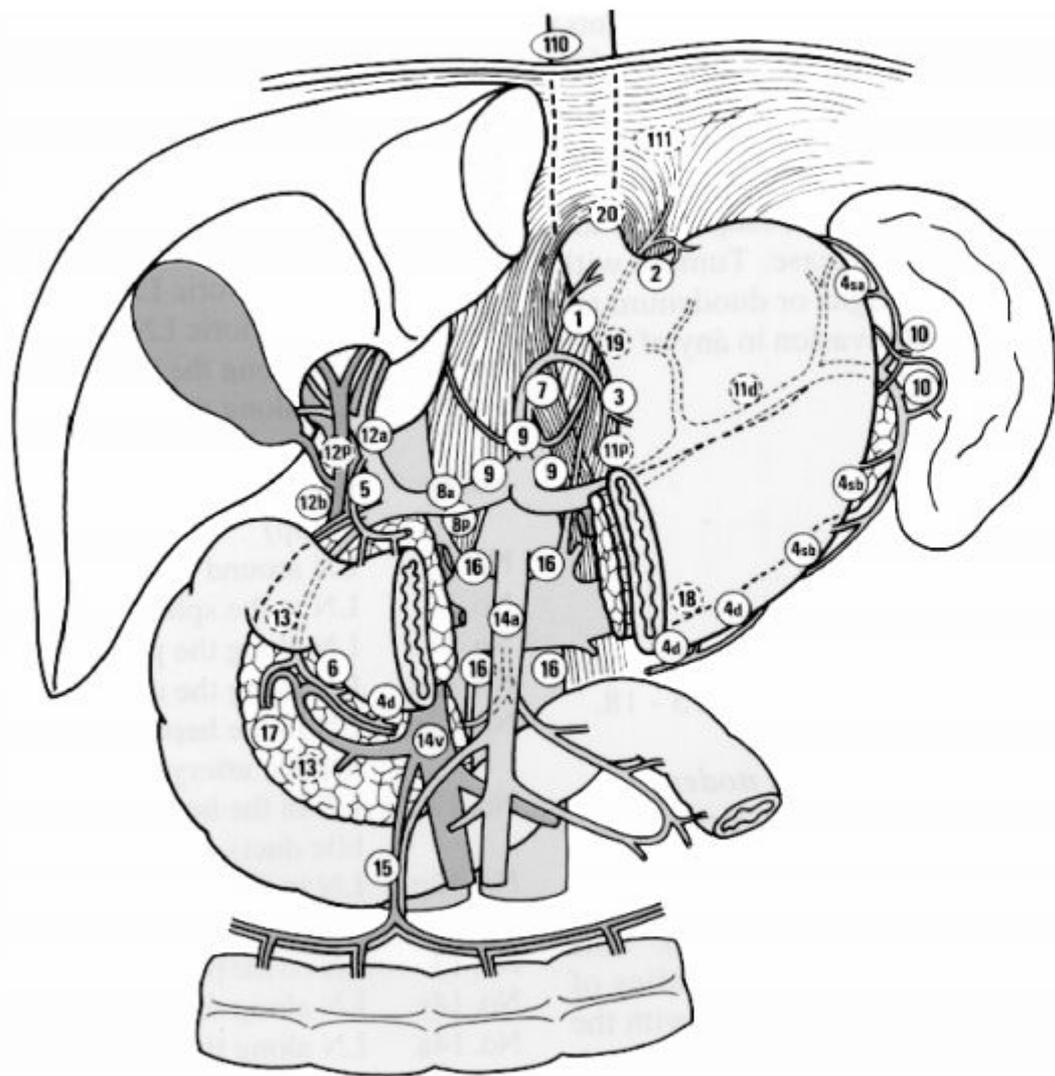
МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА

- Основной путь – лимфогенный путь метастазирования.
- Реже гематогенный и контактный путь.
- Сначала поражаются регионарные лимфатические узлы (в связках желудка), затем отдаленные – забрюшинные и надключичные лимфатические узлы и на другие органы брюшной полости.
- Большая часть метастазов в лимфатических узлах третьего коллектора.

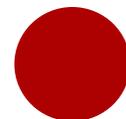


- Вириховский метастаз — метастазы в левые надключичные лимфоузлы.
- Метастазы Крукенберга — метастазы в яичники.
- Метастаз сестры Марии Джозеф — в пупок по ходу круглой связки печени;
- «Пылевые метастазы» — диссеминация опухолевых клеток по брюшине.
- Метастаз Шницлера — в параректальные лимфоузлы





- В настоящее время, на основании работ **Japanese Gastric Cancer Association (JGCA, 1998)** подробно описаны 20 групп регионарных лимфатических узлов формирующих три последовательные (не в истинном понимании последовательности) этапа метастазирования от различных отделов желудка – N1 до N3:



- **Первый этап:** перигастральные лимфоколлекторы, расположенные в связочном аппарате желудка (№1–6),
- **Второй этап:** забрюшинные лимфатические узлы, расположенные по ходу ветвей чревного ствола (лимфатические узлы по ходу левой желудочной артерии (№7), общей печеночной артерии (№8a+p), чревного ствола (№9), в воротах селезенки (№10), по ходу селезеночной артерии (№11 p+d)).
- **Третий этап:** лимфатические узлы гепатодуоденальной связки (№12a+p+b), ретропанкреатодуоденальные (№13), лимфатические узлы по ходу верхней брыжеечной артерии (№14a+v), в корне брыжейки поперечной ободочной кишки по ходу средней ободочной артерии (№15), парааортальные лимфатические узлы, расположенные на различном уровне брюшной аорты (№16a1–a2, b1–b2).

Вовлечение лимфатических коллекторов N1 – N2 рассматривается как РЕГИОНАРНОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ, ТОГДА КАК ВОВЛЕЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ N3 – КАК ОТДАЛЕННОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ



КЛИНИКА РАКА ЖЕЛУДКА

Общие симптомы

Местные
симптомы

Симптомы
обусловленные
осложнениями
рака желудка



ОБЩИЕ СИМПТОМЫ

1. «Синдром малых признаков»

- a) Изменение общего самочувствия (слабость, быстрая утомляемость, снижение работоспособности)
- b) Немотивированное стойкое снижение аппетита
- c) Явления желудочного дискомфорта (ощущение переполнения желудка, распираания, чувство тяжести, потеря чувства удовлетворения от принятой пищи)
- d) Беспричинное прогрессирующее похудание без выраженных желудочных расстройств
- e) Психическая депрессия (апатия, потеря радости жизни и отчужденность)

2. Анемия

3. Температурная реакция



МЕСТНЫЕ СИМПТОМЫ

- 1) Боль в эпигастральной области
- 2) Диспептический синдром (тошнота, чувство переполнения и тяжести в эпигастральной области после еды, отрыжка, неприятный запах изо рта)
- 3) Симптом нарушения функции (дисфагия, периодические вздутия живота, частый жидкий стул)
- 4) Симптом отдаленных метастазов (асцит, желтая окраска кожи и склер)



СИМПТОМЫ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯМИ РАКА ЖЕЛУДКА

- 1) Кровотечение аозникающее при изъязвлении и распаде опухоли
- 2) Прободение стенки органа (острая и скрытая форма)



Рак дистального отдела желудка

- Симптомы нарушения проходимости привратника (чувство полноты, отрыжка, рвота)
- Слабость, потеря веса.

Рак тела желудка

- Расстройства общего характера
- Возможно желудочное кровотечение при изъязвлении опухоли и болевой синдром при распространении опухоли на поджелудочную железу .

Рак проксимального отдела желудка

- Долгое время протекает бессимптомно
- Дисфагия и болевые ощущения при прохождении пищи.
- Усиленное слюноотделение при прорастании в блуждающий нерв

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 и более регионарных лимфатических узлов
M0	Отдаленные метастазы отсутствуют
M1	Наличие отдаленных метастазов или наличие опухолевых клеток в смывах/биоптатах с брюшины

Гистологическая градация аденокарциномы желудка по степени дифференцировки опухолевых клеток:

- GX – степень дифференцировки не может быть оценена;
- G1 – высокодифференцированный рак;
- G2 – умеренно дифференцированный рак;
- G3 – низкодифференцированный рак;
- G4 – недифференцированный рак.



ГРУППИРОВКА РАКА ЖЕЛУДКА ПО СТАДИЯМИ

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	N3	M0
	T3	N3	M0
Стадия IIIC	T4b	N2, N3	M0
	T4a	N3	M0
Стадия IV	Любое T	Любое N	M1

ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА

Первичная диагностика

Жалобы, анамнез

Данные физикального исследования

Лабораторные методы диагностики (общий и б/х анализ крови, анализ желудочного сока, кал на скрытую кровь)

Рентгенологические методы диагностики (метод двойного контрастирования, париетография)

Эндоскопическая диагностика (гистологическое/цитологическое исследование биоптатов)

- Дефект наполнения
- Дополнительная тень
- Изменение рельефа слизистой оболочки
- Ригидность стенки желудка



Рентгенограмма контрастированного желудка. Рак желудка. В антральном отделе желудка при тугом заполнении бариевой смесью определяется циркулярное сужение с подрытыми контурами по краям

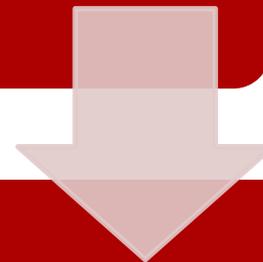


Рентгенограмма контрастированного желудка. Рак желудка. Угол желудка распрямлен. По малой кривизне определяется язвенная ниша. Контур малой кривизны неровный



Уточняющая диагностика

Инвазивные методы диагностики
(лапароскопия, цилиакография,
диагностическое чревосечение)



Неинвазивные методы диагностики
(УЗИ брюшной полости и
забрюшинного пространства, КТ,
сканирование печени с помощью
радиоактивных изотопов)



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА ПРОВОДИТСЯ С 2 ГРУППАМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

С группой заболеваний , на фоне которых часто развивается рак желудка	С группой сравнительно редко встречающихся заболеваний желудка
Хронический гастрит	Туберкулез желудка
Длительно протекающая ЯБЖ	Сифилис желудка
Полипы	Злокачественные лимфомы
Болезнь Менетрие	Саркома
	Доброкачественные неэпителиальные опухоли



ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА

- Выбор лечебной тактики осуществляется на мультидисциплинарном консилиуме с участием хирурга, химиотерапевта, эндоскописта, терапевта, анестезиолога на основании результатов дооперационного обследования с определением клинической стадии заболевания и функционального состояния больного, при необходимости могут быть привлечены другие специалисты.
- Лечебная тактика определяется распространённостью (стадией) и функциональным состоянием пациента. Основным методом радикального лечения РЖ является *хирургическое вмешательство*, дополняемое в большинстве случаев системной противоопухолевой терапией.
- Рак желудка относится к *низкорadioчувствительным* и *химиорезистентным* опухолям.



Стадия 0-IA, РАННИЙ РАК ЖЕЛУДКА (Tis-T1N0M0)

- Вариантом хирургического лечения являются лапароскопические операции: лапароскопическая дистальная субтотальная резекция, лапароскопическая гастрэктомия.
- Адьювантная лекарственная терапия не показана.



Стадия IB – III (T_{1S}-4N1-3M0)

- Оптимальным методом лечения является комбинированный: адекватное хирургическое лечение (гастрэктомия или субтотальная резекция желудка в пределах здоровых тканей R0 в сочетании с D2 лимфодиссекцией), дополненное периоперационной или адъювантной ХТ.



При локализации рака в пределах стенки желудка производят радикальные вмешательства четырех типов

Парциальная
дистальная резекция
2/3 желудка

- При экзофитном раке 1 стадии
- Малигнизированная язва, в нижней трети пищевода

Дистальная
субтотальная резекция
желудка

- Экзофитные опухоли нижней трети желудка
- Небольшие по протяженности эндофитные опухоли пилоро-антрального отдела желудка

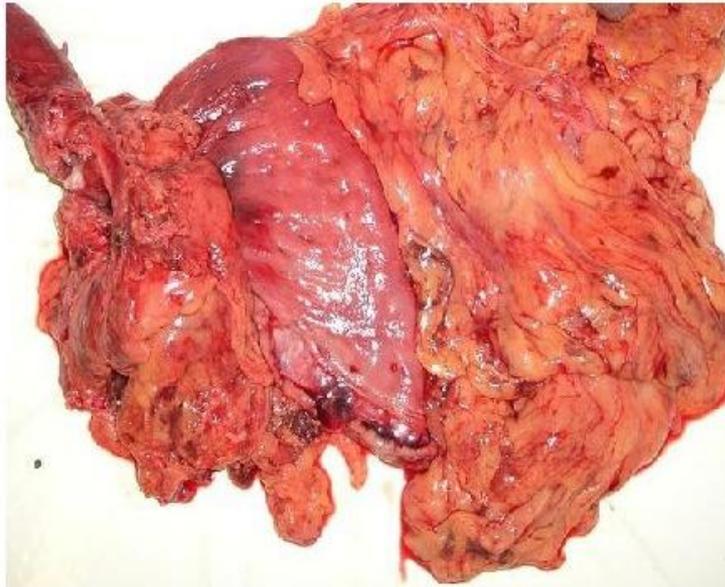
Проксимальная
субтотальная резекция
желудка

- Экзофитные опухоли верхней трети желудка

Гастрэктомия
(экстирпация желудка)

- Экзофитная опухоль в средней трети, тотальное поражение без перехода в розетку кардии
- При инфильтративной или смешанной форме роста опухоли средней либо двух дистальных третей желудка

- Проксимальная субтотальная резекция



- Дистальная субтотальная резекция



□ Гастрэктомия



При раке желудка показано удаление лимфатических узлов. По объему различают следующие виды лимфодиссекции:

D0 — лимфоузлы не удаляются;

D1 — резекция узлов, расположенных вдоль малой и большой кривизны, супра- и инфрапилорических, малого и большого сальников;

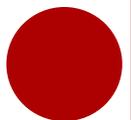
D2 — удаление вышеуказанных узлов и узлов второго уровня;

D3 — то же + резекция лимфоузлов по ходу чревного ствола;

D4 — включает удаление тех же узлов, что при D3, с удалением парааортальных узлов;

Dn — резекция всех регионарных лимфатических узлов, удаление пораженных опухолью желудка органов.

Радикальность операции обеспечивают варианты D2-D4.



ХИМИОТЕРАПИЯ

▣ Адьювантная химиотерапия при операбельном раке желудка

Показана при опухолях pT3-4N0 и pТлюбоеN+ в режиме XELOX, который назначается через 3–6 нед. после операции и проводится на протяжении 6 мес., всего 6–8 курсов.

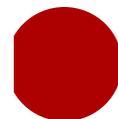
▣ Периоперационная химиотерапия рака желудка

Показана при опухоли cT3-4N0 и cТлюбоеN+. Включает в себя проведение 2–3 курсов предоперационной ХТ (режимы CF, ECF, ECX или EOX), далее, при отсутствии признаков нерезектабельности, рекомендуется выполнение операции, после которой назначают еще 3–4 курса (суммарное количество курсов пред- и послеоперационной ХТ с использованием однотипного режима составляет 6).



РЕКОМЕНДУЕМЫЕ РЕЖИМЫ I ЛИНИИ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА ЖЕЛУДКА

Название режима	Препараты	Доза (мг/м ²), способ введения	Дни введения	Цикличность
Комбинированные режимы химиотерапии				
CF	Цисплатин	80–100 в/в	1	Каждые 4 нед.
	5-ФУ	1000 в/в 24 часа	1,2,3,4,5	
IF	<i>Иринотекан</i>	80 в/в	1, 8, 15, 22, 29, 35	Каждые 8 нед.
	<i>Кальция фолинат</i>	500 в/в	1, 8, 15, 22, 29, 35	
	<i>5-фторурацил</i>	2000 в/в 24 часа	1, 8, 15, 22, 29, 35	
FOLFIRI	Иринотекан	180 в/в	1	Каждые 2 нед.
	Кальция фолинат	400 в/в	1	
	5-ФУ	400 в/в струйно + 2400–2600 в/в 46 часов	1	
XP	Цисплатин	80 в/в	1	Каждые 3 нед.
	Капецитабин	2000 внутрь в 2 приема	1–14	
XELOX	Оксалиплатин	100–130 в/в	1	Каждые 3 нед.
	Капецитабин	2000 внутрь в два приема	1–14	



Название режима	Препараты	Доза (мг/м²), способ введения	Дни введения	Цикличность
FOLFOX4	<i>Оксалиплатин</i>	85 в/в	1	Каждые 2 нед.
	<i>Кальция фолинат</i>	200 в/в	1,2	
	<i>5-фторурацил</i>	400 в/в струйно + 600 в/в 22 часа	1,2	
mFOLFOX6	Оксалиплатин	85 в/в	1	Каждые 2 нед.
	Кальция фолинат	400 в/в	1	
	5-фторурацил	400 в/в струйно + 2400 в/в 46 часов	1	
T-XP¹	Трастузумаб	6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в/в	1	Каждые 3 нед.
	Цисплатин	80 в/в	1	
	Капецитабин	2000 внутрь в два приема	1–14	
ECX	<i>Эпирубицин</i>	50 в/в	1	Каждые 3 нед.
	<i>Цисплатин</i>	60 в/в	1	
	<i>Капецитабин</i>	1250 внутрь в два приема	1–21	
EOX	<i>Эпирубицин</i>	50 в/в	1	Каждые 3 нед.
	<i>Оксалиплатин</i>	130 в/в	1	
	<i>Капецитабин</i>	1250 внутрь в два приема	1–21	

Название режима	Препараты	Доза (мг/м²), способ введения	Дни введения	Цикличность
DCF	<i>Доцетаксел</i>	75 в/в	1	Каждые 3 нед.
	<i>Цисплатин</i>	75 в/в	1	
	<i>5-фторурацил</i>	750/сут. в/в 24 часа	1, 2, 3, 4, 5	
mDCF	<i>Доцетаксел</i>	40 в/в	1	Каждые 2 нед.
	<i>Цисплатин</i>	40 в/в	1	
	<i>5-фторурацил</i>	2000 в/в 48 часов	1	
FLOT	Доцетаксел	50 в/в	1	Каждые 2 нед.
	Оксалиплатин	85 в/в	1	
	Кальция фолинат	200 в/в	1	
	5-фторурацил	400 в/в струйно + 2400 в/в 46–48 часов	1	
TEF	<i>Доцетаксел</i>	40 в/в	1	Каждые 2 нед.
	<i>Оксалиплатин</i>	85 в/в	1	
	<i>Кальция фолинат</i>	400 в/в	1	
	<i>5-фторурацил</i>	2400 в/в 48 часов	1	



РЕКОМЕНДУЕМЫЕ РЕЖИМЫ II и последующих линий ЛЕКАРСТВЕННОЙ РАКА ЖЕЛУДКА

Препарат	Доза в мг/м ² , способ введения	Дни введения	Цикличность
Моноterapia			
Иринотекан	250–300 в/в	1	Каждые 3 нед.
Иринотекан	150–180 в/в	1	Каждые 2 нед.
Доцетаксел	60–75 в/в	1	Каждые 3 нед.
Паклитаксел	135–175 в/в	1	Каждые 3 нед.
Паклитаксел	80 в/в	1, 8, 15	Каждые 4 нед.
Рамуцирумаб	8 мг/кг в/в	1	Каждые 2 нед.
Комбинированные режимы			
Рамуцирумаб Паклитаксел	8 мг/кг в/в 80 в/в	1, 15 1, 8, 15	Каждые 4 нед.
Иринотекан Цисплатин	60 в/в 30 в/в	1 1	Каждые 2 нед.
Митомидин С Иринотекан	6 в/в 125 в/в	1 1, 8	Каждые 3 нед.
Иринотекан Капецитабин	200–250 в/в 1500 внутрь в два приема	1 1–14	Каждые 3 нед.
Доцетаксел Капецитабин	60–70 1500 мг в два приема	1 1–14	Каждые 3 нед.
Этопозид Кальция фолиат 5-фторурацил	80–120 в/в 30 в/в 500 в/в	1, 2, 3 1, 2, 3 1, 2, 3	Каждые 3–4 нед.



ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Показана в случае неадекватного объема хирургического лечения операбельного РЖ: наличие остаточной опухоли после хирургического вмешательства, наличие опухолевых клеток в краях резекции, найденных при гистологическом исследовании операционного материала, а также при неадекватном, менее D2, объеме лимфодиссекции.



ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ДИСТАНЦИОННАЯ ГАММА-ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ ДВУМЯ МЕТОДАМИ:

1. Интенсивно-концентрированным (пр 4 Грей ежедневно, суммарная очаговая доза 20 Грей)
2. Классическим фракционированием по Кутару (по 2 Грей, 5-6 раз в неделю, суммарная очаговая доза 32-34 Грей)



ПРОГНОЗ

- При раке расположенном только в слизистой оболочке желудка после хирургического лечения 5-летняя выживаемость – 90,3%, при проникновении в подслизистый слой – 71,3%, мышечной оболочки-52,3%, при прорастании серозной оболочки – 20,3%.

