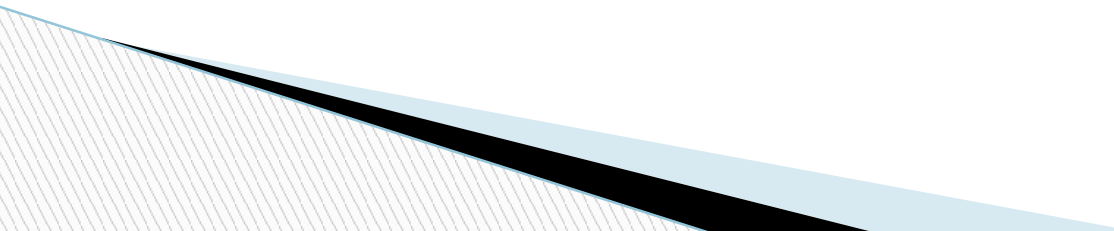


ЗНО желудочно-кишечного тракта



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Структура заболеваемости по МО 2014г

- Молочная железа (12,3%)
 - Трахея, бронхи, легкое (9,7%)
 - Предстательная железа (8,3%)
 - Желудок (6,8%)
 - Ободочная кишка (6,3%)
 - Прямая кишка (5,4%),
- 

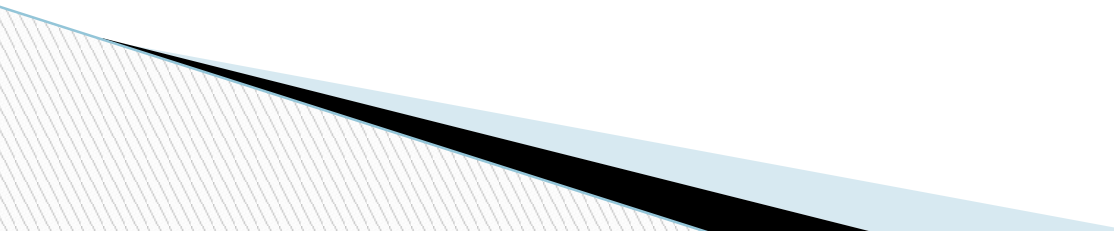
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Рак желудка характеризуется плохим прогнозом: 5 летняя выживаемость при данном заболевании обычно не превышает 20%
- В структуре смертности населения России от злокачественных новообразований колоректальный рак занимает второе место после рака лёгкого.

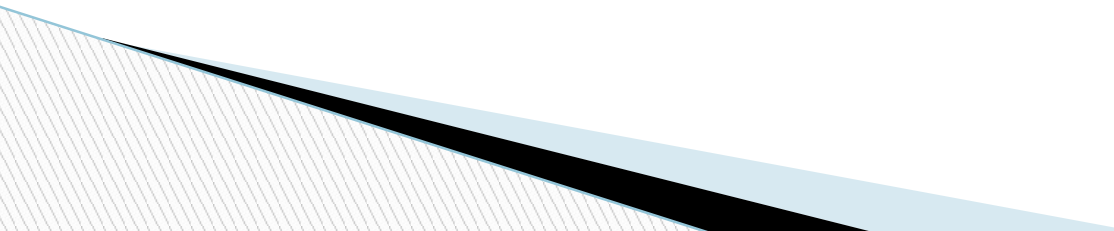
Факторы риска развития рака желудка

- Хроническая инфекция *Helicobacter pylori*
- Гипоацидный гастрит
- Высокое потребление соли
- Низкое потребление свежих овощей и фруктов
- Активация онкогенов EGFR (HER1), HER2 (ERBB2), K-sam (FGFR2), VEGF, KRAS, MET, COX2 и др.
- Инактивация супрессорных генов p53, CDH1, hMLH1, RAR β и др.
- Зародышевая мутация в гене CDH1 в 30% случаях наследственного рака
- 50%-я вероятность передачи мутации потомству

Факторы развития колоректального рака

- ▣ Наследственность. Риск заболевания значительно возрастает, если эта форма рака выявлялась у близких родственников.
 - ▣ Наличие заболеваний, которые классифицируются как предраковые: болезнь Крона, семейный полипоз, неспецифический язвенный колит, дивертикулез, одиночные аденоматозные полипы.
- 

Типы рака желудка

- аденокарцинома (железистый рак);
 - слизистый рак (он также называется коллоидным);
 - солидный рак;
 - фиброзный рак (скирр);
 - мелкоклеточный рак;
 - плоскоклеточный рак.
- 

Типы рака желудка

Аденокарциномы бывают нескольких разновидностей:

Папиллярная аденокарцинома. Такая опухоль характеризуется формированием пальцевидных (узких или широких) эпителиальных выростов с фиброзной основой. Клетки опухоли чаще всего полярно ориентированы (эта ориентация имеет ярко выраженный характер).

Тубулярная аденокарцинома. Такая опухоль состоит из тубулярных структур, которые расположены в фиброзной строме. Просветы желез кистозно расширяются из-за содержания слизи.

Муцинозная аденокарцинома (слизистая аденокарцинома). Такая опухоль характеризуется наличием в ней внеклеточного муцина в большом количестве (больше половины опухоли). Опухолевые клетки расположены или в виде цепочек, или беспорядочно, и окружены «озерами» слизи.

Перстневидноклеточная аденокарцинома. В такой опухоли более половины ее представлено клетками, которые содержат муцин в цитоплазме. Внутрицитоплазматический муцин сдавливает ядра опухолевых клеток и смещает их к периферии; поэтому клетки имеют перстневидную форму. Такие клетки имеют тенденцию к диффузной инфильтрации. Они могут сочетаться с выраженным фиброзом (такая опухоль называется скirrosная карцинома). Тубул они не образуют, однако функционально являются железистыми, и примесь железистого компонента в таких опухолях обнаруживают очень часто – именно это позволяет отнести их к аденокарциномам.

Типы колоректального рака

Аденокарцинома (опухоль, развивающаяся из эпителиальных клеток). Остальные виды опухолей встречаются реже.

Слизистая аденокарцинома (злокачественное новообразование содержит большое количество слизи).

Перстневидно-клеточная карцинома (раковые клетки имеют форму не объединенных между собой пузырьков).

Плоскоклеточная или железисто-плоскоклеточная (основу опухоли составляют клетки только плоского эпителия или железистого и плоского эпителия)

Недифференцируемая карцинома.

Диагностика рака желудка

- Для диагностирования рака желудка используют разные методы, основным из которых является видеоэндоскопия желудка – гастроскопия. Это – один из самых надежных, и вместе с тем, безопасных методов.
- Гастроскопию совмещают с биопсией подозрительных участков стенок желудка; именно биопсия подтверждает достоверность диагноза рака желудка, либо – отрицает этот диагноз.
- Помимо гастроскопии проводят также обязательные исследования:
- определение специфических онкомаркеров в крови и другие развернутые анализы крови;
- рентгеноскопия. Это исследование дополняет результаты, полученные при помощи фиброгастроскопии – оно более тонко определяет границы опухоли и ее размеры, переходит ли она на пищевод или двенадцатиперстную кишку. При наличии сужения в желудке рентгенография устанавливает его степень, а также – скорость эвакуации содержимого желудка в кишечник;

Диагностика колоректального рака

- ▣ **Ректороманоскопия.** Наиболее простой и широко распространенный метод, позволяющий оценить состояние нижнего отдела кишечника.
- ▣ **Колоноскопия.** Эндоскопический метод обследования, позволяющий произвести визуальный осмотр кишечника и сделать биопсию (взять кусочек ткани на гистологическое исследование).
- ▣ **Рентгенологическое исследование с бариевой взвесью.** Перед процедурой в организм пациента вводят контрастное вещество (бариевую взвесь) через рот или с помощью клизмы, затем делают рентгеновские снимки. Это позволяет выявить локализацию, размер и форму опухоли, сужение или расширение кишки.
- ▣ **УЗИ и КТ (компьютерная томография).** Эти виды исследования позволяют уточнить распространенность опухолевого процесса и получить четкое изображение анатомических структур. Преимуществом данных методов является безопасность и безболезненность процесса.

Лечение рака желудка

- Выживаемость при раке желудка
- При **первой** стадии опухоль распространяется в пределах слизистой оболочки желудка. Выживаемость составляет 80%.
- При **второй** стадии опухоль прорастает в подслизистый и мышечный слой. Метастазы в лимфатических узлах возможны. Выживаемость – немного больше 50%.
- При **третьей** стадии опухоль выходит в соседние органы; метастазы выходят в отдаленные органы. Выживаемость – от 15% до 38%. Такой рак диагностируется гораздо чаще, чем 1 и 2 стадии.
- При **четвертой** стадии развиваются отдаленные метастазы. Опухоль может начать распадаться. В большинстве случаев рак диагностируется именно на четвертой стадии. Выживаемость в течение 5 лет – не выше 5%. Часто продолжительность жизни – не более года.

Алгоритм лечения рака желудка используемый в нашем отделении

1. Верификация диагноза, топирование опухоли.
2. Оценка регионарных лимфоузлов, исключение отдаленных метастазов.
3. При небольших опухолях антрального отдела желудка или при декомпенсированных стенозах выходного отдела желудка – оперативное лечение.
4. При распространенных опухолях тела желудка, субкардии или наличия «подозрительных» регионарных лимфоузлов-диагностическая лапароскопия.
5. При отсутствии мтс поражения по результатам лапароскопии проведение 3-х курсов неоапхт.
6. Контрольное обследование после неоапхт, при отсутствии прогрессирования заболевания оперативное лечение (адекватная лимфодиссекция + принцип футлярности).

Алгоритм лечения рака ободочной кишки

1. Верификация, топирование опухоли.
2. Оценка степени распространенности опухолевого процесса, исключение отдаленных мтс.
3. При отсутствии отдаленных мтс оперативное лечение (адекватный объем лимфодиссекции + принцип футлярности).
4. При наличии солитарных мтс печени паллиативная операция, с дальнейшим ХТ лечением.
5. При тотальном мтс поражении печени и отсутствии нарушения пассажа по толстой кишке – ПХТ.

Алгоритм лечения рака прямой кишки

- Верификация, топирование опухоли.
- Оценка степени распространенности опухолевого процесса, исключение отдаленных мтс.
- Химиолучевое лечение, с последующей оценкой динамики опухолевого процесса.
- При отсутствии прогрессирования, оперативное лечение (адекватный объем лимфодиссекции + принцип футлярности).

□ **Спасибо за внимание!!!**

