

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав.кафедрой д.м.н., профессор Зуков Р.А.

Реферат по теме: «Рак желудка»

Проверил:

Руководитель ординатуры, к.м.н., доцент

Гаврилюк Дмитрий Владимирович

Выполнила:

Клинический ординатор I года обучения По

специальности Онкология Бойло Юлия

Александровна

С.В. Зуков Р.А. 30.06.2023/
1/145

Красноярск, 2023г.

План

Введение	3
Этиология	3
Классификация	4
Макроскопическая классификация	4
Международная гистологическая классификация	4
Классификация по глубине инвазии	5
Клиника	7
Диагностика	8
Лечение	11
Оперативное лечение	11
Лекарственное лечение	12
Симптоматическая и сопроводительная терапия	13
Прогноз	13
Заключение	15

Введение.

В структуре онкологической заболеваемости и смертности населения России рак желудка занимает 5-е место в структуре заболеваемости в Российской Федерации (РФ) и 3-е в структуре смертности от злокачественных новообразований. Отмечается географическая гетерогенность заболеваемости с максимальным уровнем в Японии, России, Чили, Корее, Китае, минимальным – в США, Австралии, Новой Зеландии. Мужчины заболевают в 1,3 раза чаще женщин, пик заболеваемости приходится на возраст 65 лет

Этиология

Среди факторов, способствующих развитию рака желудка, называются особенности диеты и факторы окружающей среды, курение, инфекционный и генетический факторы.

Доказана зависимость частоты возникновения рака желудка от недостатка употребления аскорбиновой кислоты, избыточного употребления соли, маринованных, пережаренных, копчёных продуктов, острой пищи, животного масла. Среди причин рака желудка называется злоупотребление алкоголем.

В большинстве случаев рак желудка развивается на фоне длительно существующих предопухолевых состояний слизистой. Что означает морфологически подтвержденное замещение нормальной слизистой на диспластическую. Предраковыми заболеваниями желудка называют состояния, которые со временем могут переходить в рак или на их фоне чаще развивается рак. К таким заболеваниям относят хроническую язву желудка, полипы желудка, гипертрофический гастрит Менетрие, пернициозная (В 12 дефицитная) анемия, хронический гастрит со сниженной кислотностью желудка. Кроме того, риск злокачественной опухоли желудка выше у лиц, перенесших удаление части желудка из-за какой-то другой болезни.

Классификация

Макроскопическая классификация

Макроскопически различают *три типа роста* рака желудка. С ними можно связать особенности клинической симптоматики заболевания и характер метастазирования.

- Экзофитный (полиповидный, грибовидный, блюдцеобразный, и бляшковидный) рост опухоли характеризуется четкими границами. Новообразование имеет вид полипа, гриба или бляшки. При изъязвлении такой опухоли её центр принимает вид блюдца. На расстоянии более 2-3 см от видимого края опухоли раковая инфильтрация обычно не распространяется.

Наиболее злокачественно протекает рак желудка, отличающийся эндофитным (инфильтративным) типом роста. Эти опухоли не вдаются в просвет органа и не имеют четких границ. Инфильтративные карциномы стелются вдоль стенки желудка, главным образом по подслизистому слою, богатому лимфатическими сосудами, и чаще метастазируют. Складки слизистой оболочки желудка при этом расправляются, сглаживаются. При микроскопическом исследовании удалённого препарата клетки рака можно обнаружить на расстоянии 5-7 см от предполагаемой границы опухоли.

- При смешанном типе сочетаются признаки экзо и эндофитного роста. В этих случаях течение заболевания определяет инфильтративный компонент опухоли.

Международная гистологическая классификация

Принята ВОЗ в 1977 году.

1. Аденокарцинома

А) папиллярная

Б) тубулярная

В) муцинозная

Г) перстневидноклеточная

2. Железисто-плоскоклеточный рак

3. Плоскоклеточный рак

4. Недифференцированный рак

5. Неклассифицируемый рак

По степени дифференцировки опухолевых клеток международная классификация предусматривает *высоко-*, *умеренно-*, и *низкодифференцированные* виды аденокарциномы. Следует отметить, что в пределах одной опухоли могут обнаруживаться участки различного строения и разной степени дифференцировки. Это объясняется сложностью строения слизистой оболочки желудка, способностью её камбиальных клеток дифференцироваться в морфологически и функционально различные клеточные элементы.

Классификация по глубине инвазии

- Ранний. (Early) Растёт в слизистом и подслизистом слое от 5 мм до 3 см.
- Продвинутый («Запущенный», Advanced). Прорастает вглубь, в мышечный слой.
- Метастазирование.

Рак желудка метастазирует преимущественно лимфогенным путем. Возможно так же гематогенный, контактный или имплантационный пути

распространения опухоли. Кроме того, встречаются различные комбинации и всех трех путей метастазирования.

Чаще отмечается следующая последовательность метастазирования: сначала поражаются регионарные лимфатические барьеры (лимфатические узлы, расположенные в связках желудка), затем лимфатические узлы, сопровождающие крупные артерии, питающие желудок, потом забрюшинные и органы брюшной полости. Гематогенным путём в большей степени поражаются печень, легкие, позвоночник.

Клиника

В начальной стадии заболевания опухоли желудка развиваются бессимптомно и обнаруживаются как случайная находка. К сожалению, рак желудка не имеет специфических симптомов. К местным признакам заболевания относят боль вверху живота, тошноту, снижение аппетита; чувство пресыщения пищей, даже когда больной практически ничего не ел; кислотная изжога, тошнота. периодическое набухание живота, неестественная бледность кожи. Опухоль может явиться источником кровотечения, которое проявляется черным стулом, рвотой типа "кофейной гущи", анемией. Для опухолей пищеводно-желудочного перехода характерна дисфагия. Кроме того, у больных раком желудка часто отмечается похудание, слабость, быстрая утомляемость.

Существует так называемый синдром *«малых признаков»*, описанный А.И. Савицким и включающий немотивированную слабость, утомляемость, отвращение к мясной пище, анемию, похудание, «желудочный дискомфорт», больше характерен для больных с запущенными формами рака желудка. Признаками запущенности болезни являются доступные осмотру и пальпации метастазы следующей локализации:

1) метастаз Вирхова - в надключичный лимфоузел слева между ножками «кивательной» мышцы. 2) метастаз Шницлера в параклетчатку, 3) метастаз Крукенберга - в яичник у женщин, 4) метастаз Айриша - метастаз в подмышечный лимфоузел, 5) метастаз сестры Джозеф - в пупок.

Как правило, признаками неоперабельности являются также асцит, желтуха и наличие пальпируемой опухоли в эпигастрии. Основными симптомами являются боль в эпигастрии, снижение аппетита, диспепсические явления. Боль с иррадиацией в спину может свидетельствовать о прорастании в

поджелудочную железу, при этом пациенты часто лечатся с диагнозом «панкреатит» или «остеохондроз». Рвота чаще свидетельствует о локализации опухоли в антральном отделе (либо о тотальном поражении с формированием желудка в виде «ригидной трубки»), дисфагия - в зоне кардии. Локализация опухоли в области дна желудка может вызывать боли в левом подреберье или за грудиной, симулируя ишемическую болезнь сердца. Поэтому необходимо подозревать рак желудка у любого пациента старше 40 лет с новыми диспепсическими жалобами, особенно с анорексией.

Диагностика

Диагностика раковых заболеваний - один из самых ответственных и сложных моментов. Часто рак не проявляет своих прямых признаков, поэтому в рамках диагностики важно придерживаться дифференциального подхода.

Диагностический поиск направлен на морфологическую верификацию и обнаружение лимфогенных и гематогенных метастазов.

Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией - является ведущим методом диагностики позволяющий непосредственно визуализировать опухоль, определить ее размеры, локализацию и макроскопический тип, оценить угрозу осложнений (кровотечение, перфорация), а также получить материал для морфологического исследования. Для получения достаточного количества материала требуется выполнение 6–8 биопсий стандартными эндоскопическими щипцами. При подслизистом инфильтративном росте опухоли возможен ложноотрицательный результат биопсии, что требует повторной глубокой биопсии. Эффективность метода возрастает при использовании современных технологий эндоскопической визуализации (увеличительной эндоскопии, узкоспектральной визуализации, хромоэндоскопии, флуоресцентной диагностики). Этот факт заслуживает внимания, поскольку известно, что при

инвазии опухоли в слизистую частота метастазов в регионарные лимфоузлы не превышает 2-3%, а при инвазии в подслизистый слой достигает 15-18%. Аргументы в пользу операции с лимфодиссекцией регионарных лимфоузлов в последнем случае принимают решающее значение. В развитых странах, и прежде всего в Японии, широко используется ультразвуковая эндоскопия, позволяющая визуализировать 5 слоев стенки желудка. Точность эндоскопического УЗИ приближается к 90%. Метод также применяется для определения прилежащих увеличенных лимфоузлов (чаще при раке пищевода).

Рентгеноскопия желудка. по данным японских авторов, ранний рак желудка рутинным рентгенологическим методом пропускается почти в 25%. Однако метод не только не остался во многих скрининговых программах Японии, но применяется наряду с ЭГДС для дополнительной информации. Исключительно важную роль метод играет с целью изучения распространения опухоли в области кардиоэзофагеального соустья на пищевод и при распространении опухоли на 12-перстную кишку, что влияет на выбор оперативного доступа и планирование объема операции. Как правило, рентгенологическое исследование более точно оценивает распространение опухоли по подслизистому слою за счет видимой ригидности стенок органа (пищевода, желудка или 12-перстной кишки). В случаях подслизистого роста опухоли («linitis plastica») рентгенологический метод может оказаться ведущим в установке диагноза.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) надключичных зон и компьютерную томографию (КТ) грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным и пероральным контрастированием для оценки распространенности опухолевого процесса и планирования лечения. Рекомендуется выполнить позитронно-эмиссионную томографию,

ассоциированную с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ), при подозрении на метастазы по данным КТ или МРТ в случаях, когда их подтверждение принципиально меняет тактику лечения - с целью подтверждения M1 и определения показаний к хирургическому лечению или лучевой терапии

Лапароскопия. Пациентам с диагнозом рак желудка IV–III стадией рекомендуется выполнять диагностическую лапароскопию. При лапароскопии обязательны перитонеальный лаваж (цитологическое исследование обнаруженной в брюшной полости жидкости и смывы с брюшины), осмотр печени, гепато дуоденальной связки, мезоколон, поперечноободочной кишки, пищеводного отверстия диафрагмы.

Другие методы исследования. Рутинными методами в диагностике РЖ являются ультразвуковая томография органов брюшной полости, рентгеноскопия грудной клетки. В большинстве клиник Японии перед операцией определяется сывороточный уровень раковоэмбрионального антигена (РЭА), карбогидратного антигена СА19-9, при лапаротомии обязательен перитонеальный лаваж с цитологическим исследованием. Развернутый клинический и биохимический общетерапевтический анализы крови, исследование свертывающей системы крови, анализ мочи выполняются перед планированием любого метода лечения.. Патолого-анатомическое исследование(гистологический тип опухоли:, наличие перстневидных клеток в опухоли:, прорастание в соседние структуры:, прорастание в сальники, распространение опухоли на стенку двенадцатиперстной кишки, распространение на стенку пищевода, количество исследованных лимфатических узлов, количество пораженных лимфатических узлов.). Проведение иммуногистохимического и молекулярно-генетического исследования (с целью определения показаний к таргетной терапии, в случае местно-распространенной неоперабельной или диссеминированной

аденокарциномы)- . патолого-анатомическое исследование белка к рецепторам HER2/neu, . определение микросателлитных повторов ДНК в биопсийном (операционном) материале методом ПЦР, определение экспрессии белка PD-L1 иммуногистохимическим методом в блоках опухоли

Лечение

В зависимости от стадии рака желудка существуют различные методы лечения. Выбор метода лечения зависит от многих факторов. Конечно, месторасположение и стадия опухоли являются важными факторами. К другим факторам относится возраст, общее состояние и личные пожелания.

Основными методами лечения рака желудка являются: операция, химиотерапия и облучение. Часто наилучшим подходом к лечению может быть применение двух и более методов. Главной целью лечения является полное избавление от болезни. В том случае, когда полное излечение невозможно, терапия направлена на облегчение симптомов болезни, таких как нарушение приема пищи, боль или кровотечение. Перед началом лечения важно уточнить цель предполагаемой терапии.

Оперативное лечение

В зависимости от вида рака желудка и стадии заболевания может быть выполнена операция с удалением опухоли вместе с частью желудка. По возможности хирург оставляет непораженную часть желудка.

В настоящий момент операция является единственным способом излечения рака желудка. При наличии 0, I, II или III стадий рака желудка, а также относительно удовлетворительного состояния, предпринимается попытка полного удаления опухоли.

Даже если рак к моменту лечения распространен и не может быть

полностью удален, операция может помочь предотвратить кровотечение из опухоли или способствовать прохождению пищи через кишечник. Этот тип оперативного вмешательства называется паллиативным, т.е. выполняется с целью облегчения или предотвращения симптомов, а не с целью излечения рака.

Лекарственное лечение

Является основным методом лечения диссеминированного рака желудка. Обычно препараты назначаются внутривенно или внутрь, т.е. через рот. Как только препарат поступает в кровяное русло, он распространяется по всему организму. Химиотерапии применяется обычно для воздействия на распространенную опухоль.

Химиотерапия может быть основным методом лечения рака желудка, когда опухоль уже распространилась в отдаленные органы. Этот метод терапии применяется до или после операции. Опыт показал, что химиотерапия может облегчить симптомы у некоторых больных раком желудка, особенно в тех случаях, когда рак распространился в другие области тела. Имеются указания на то, что химиотерапия в сочетании с лучевой терапией может отсрочить рецидив болезни и продлить жизнь больным с распространенным процессом.

Химиотерапевтические препараты не только уничтожают опухолевые клетки, но и могут повреждать нормальные клетки, что приводит к побочным эффектам. (Тошнота и рвота, жидкий стул, потеря аппетита, облысение (волосы отрастают вновь после окончания лечения), язвы во рту, повышенный риск инфекционных заболеваний в связи со снижением количества лейкоцитов (белых кровяных телец) и т.д.)

Симптоматическая и сопроводительная терапия

Целью оптимальной сопроводительной терапии является профилактика и облегчение симптомов заболевания, поддержание качества жизни пациентов и их близких независимо от стадии заболевания и потребности в других видах терапии. В случае РЖ меры, направленные на облегчение основных симптомов, способствуют увеличению продолжительности жизни. В качестве альтернативного метода контроля рецидивирующих опухолевых кровотечений при диссеминированном процессе рекомендована паллиативная лучевая терапия (РОД 3 Гр, СОД 30 Гр)

Проведение энтеральной и парентеральной нутритивной поддержки у пациентов при планировании радикального и паллиативного лечения на основании проведенной оценки нутритивного статуса.

Прогноз

Отдаленные результаты лечения больных раком желудка зависят от целого ряда факторов, которые можно разделить на клиникоморфологические и хирургические. В первую очередь 5-летнюю выживаемость (процент больных, проживших, по меньшей мере, 5 лет после выявления рака) определяет стадия опухолевого поражения.

Результаты лечения больных раком желудка значительно отличаются в различных странах мира, что объясняется особенностями разных хирургических школ и преимущественной приверженностью чисто хирургическому или комплексному методу лечения.

Так, если 5-летняя выживаемость, по данным большинства японских авторов, составляет 98% при I стадии заболевания, 85% - при II, и 52% - при III стадии, то в Англии эти показатели соответственно составляют 70. 30 и 7%.

Факторы прогноза: локализация, диаметр опухоли, вовлечение серозной оболочки, гистологический тип опухоли и количество метастазов в лимфатических узлах.

Проведение мультивариантного анализа степени влияния прогностических факторов на отдалённые результаты лечения установило, что из всех вышеперечисленных факторов только локализация опухоли и степень поражения лимфатических узлов метастазами в наибольшей степени определяют 5- летнюю выживаемость пациентов. Если при отсутствии метастазов в лимфатических узлах общая 5- летняя выживаемость в целом составляет 75%, то метастатическое поражение юкстаопухолевых лимфатических узлов снижает 5-летнюю выживаемость до 28%. а отдаленных - до 7%.

Заключение

Рак желудка остается чрезвычайно острой проблемой. Смертность за последние годы в нашей стране и в мире не снизилась. Выявляемость ранних форм, с одной стороны, низкая, однако, с другой стороны, является единственным шансом на выздоровление. Клинические проявления раннего рака желудка не являются патогномоничными, но часто скрываются под обычными «желудочными» жалобами. Скрининговые программы, проводимые в экономически развитых странах, являются дорогими, а в условиях современной действительности скрининг рака желудка должен постоянно проводиться хотя бы в группах фоновых и предраковых заболеваний. В этой связи требуется популяризация знаний (включая телевидение, радио, распространение буклетов и т.д.) о раке желудка врачей общего профиля и среди населения. Особая роль должна отводиться терапевтам, гастроэнтерологам, эндоскопистам. Действенной мерой профилактики рака желудка может служить изменение образа питания. Больные должны лечиться в специализированных учреждениях. При семейном раке желудка должно проводиться медикогенетическое консультирование родственников.

Проводимые исследования позволяют надеяться, что в ближайшее время появятся новые стандарты лечения рака желудка.

Литература

1. Важенин А.В. Лучевая диагностика и лучевая терапия. Учебное пособие для студентов ВУЗ, врачей интернов и клинических ординаторов. 2000
2. Василенко И.В., Садчиков В.Д., Галахин К.А. Предрак и рак желудка: этиология, патогенез, морфология, лечебный патоморфоз. 2001
3. Жолкивер К.С. Значение величины фракции дозы и фактора времени в лучевой терапии. Медицинская радиология, 1986.
4. Киселева Е.С. Лучевая терапия злокачественных опухолей: Руководство для врачей, 1996.
5. Сельчук В.Ю., Никулин В.Ю. Рак желудка, 2004.