

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

Заведующий кафедрой

Д.м.н., проф. Зуков Руслан Александрович

Реферат на тему:

Рак желудка.

Выполнил:

Клинический ординатор

Гаджиев Эльвин Дашдамир оглы

Проверил:

Кафедральный руководитель ординатора

К.м.н, доцент Гаврилюк Дмитрий Владимирович

Красноярск 2019

См. 19.08.2019. Гаджиев Э.В.!

Оглавление:

1. Введение
2. Основная часть
3. Заключение
4. Список использованной литературы

Введение.

Рак желудка – вторая по частоте причина смерти от злокачественных новообразований в мире. Наиболее высокая заболеваемость отмечена в Японии, России, Чили, Корее, Китае. В России рак желудка занимает второе место в структуре онкологической заболеваемости, уступая лишь раку лёгкого у мужчин и раку молочной железы у женщин.

Рак желудка обычно выявляют в пожилом возрасте. Средний возраст больных составляет 65,5 года. Мужчины заболевают примерно в 2 раза чаще женщин.

Фоновые заболевания: хронический атрофический гиперпластический гастрит, аденоматозные полипы, пернициозная анемия, состояние после резекции желудка, болезнь Менетрие (гипертрофическая гастропатия, гиперпластический гигантоскладочный гастрит).

Факторы риска развития рака желудка.

Факторы, определяющие заболеваемость раком желудка, связаны с социально-экономическим уровнем жизни. Для развития рака желудка особое значение имеют характер питания и образ жизни в первые 2 десятилетия жизни.

1. Исключение влияния факторов внешней среды, диеты и образа жизни являются профилактикой рака желудка:
 - Снижение потребления солёных, копчёных, вяленых, маринованных продуктов, перегретых жиров. Избыточное употребление поваренной соли и нитратов признано одним из ведущих факторов риска развития рака желудка.
 - Ежедневное потребление свежих овощей и фруктов, приём антиоксидантов (витаминов А, С, Е, селена), пищевых волокон.
 - Отказ от курения и избыточного употребления алкоголя.
2. Своевременное выявление и лечение предраковых заболеваний: хронического атрофического гастрита, инфекции *Helicobacter pylori* (НР), пернициозной анемии, полипов желудка, язвенной болезни, пищевода Барретта и гипертрофической гастропатии.
 - Хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией – наиболее частое предраковое заболевание желудка.
 - Инфекция НР как ведущая причина хронического гастрита в настоящее время признана установленным этиологическим фактором рака желудка и внесена в список канцерогенов I группы.
 - Пернициозная анемия – следствие хронического аутоиммунного воспаления, мишень которого – водород-калиевая АТФаза париетальных клеток желудка. Это заболевание ассоциировано с 2–3-кратным повышением риска возникновения рака желудка кишечного типа. Лечение симптоматическое. Необходимо динамическое наблюдение.
 - Среди полипов желудка выделяют аденоматозные и гиперпластические. Аденоматозные полипы размером свыше 2 см имеют высокий потенциал злокачественной трансформации и подлежат эндоскопическому удалению. Гиперпластические полипы малигнизируются крайне редко.
 - Значение язвенной болезни в развитии рака желудка, несмотря на её связь с инфекцией НР, остаётся спорным. Тем не менее, любая язва желудка требует морфологического контроля, поскольку может быть проявлением первично-язвенной формы рака.
 - Пищевод Барретта – одна из ведущих причин возникновения рака кардии. Лица с пищеводом Барретта должны проходить регулярное эндоскопическое обследование.
 - К группе риска по раку желудка относят также лиц, оперированных более 10–15 лет назад по поводу доброкачественных заболеваний желудка. Профилактическое значение имеют рациональный выбор способа реконструкции, снижающего возможность рефлюкса жёлчи (пилоросохраняющие процедуры, Y-образная реконструкция по Ру), а также последующее наблюдение и эндоскопический контроль.
3. Скрининг лиц, относящихся к группе риска.
4. Лица с отягощённым наследственным анамнезом по раку желудка, а также относимые к некоторым наследственным синдромам:
 - Синдром наследственного рака желудка диффузного типа. О наличии синдрома свидетельствуют следующие критерии: 1) два и более документированных случая диффузного рака желудка среди родственников первой/второй степени родства, из которых, по меньшей мере, один диагностирован в возрасте до 50 лет; 2) три и

более документированных случаев диффузного рака желудка среди родственников первой/второй степени родства независимо от возраста. Примерно у 50% больных выявляют мутацию гена CDH1, приводящую к инактивации E-кадгерина.

- Наследственный неполипозный колоректальный рак. Один из типов данного заболевания (синдром Линча II) ассоциирован с повышенным риском развития рака желудка.
- Семейный аденоматозный полипоз толстой кишки сопровождается формированием гастродуоденальных полипов у 40–100% больных, в том числе и аденоматозных, что требует регулярного выполнения ЭГДС. Формирование полипов желудка характерно и для других полипозных синдромов: Синдром Гарднера, синдром Пейтца–Егерса, Семейный ювенильный полипоз, Синдром Ли Фраумени.

Классификация рака желудка.

Международная гистологическая классификация рака желудка:

1. Папиллярная аденокарцинома.
2. Тубулярная аденокарцинома: высокодифференцированная и умереннодифференцированная.
3. Низкодифференцированная аденокарцинома.
4. Муцинозная аденокарцинома.
5. Перстневидноклеточная аденокарцинома.
6. Железистоплоскоклеточный рак.
7. Плоскоклеточный рак.
8. Карциносаркома.
9. Хориокарцинома.
10. Недифференцированный рак.
11. Другие формы рака.

Гистологическая классификация по Lauren:

1. Кишечный тип: опухоль имеет строение, схожее с колоректальным раком, и характеризуется отчётливыми железистыми структурами, состоящими из высокодифференцированного цилиндрического эпителия с развитой щёточной каймой.
2. Диффузный тип: опухоль представлена слабо организованными группами или одиночными клетками с большим содержанием муцина (перстневидные клетки) и характеризуется диффузным инфильтративным ростом.
3. Смешанный тип: в опухоли присутствуют участки и кишечного, и диффузного типа.

Макроскопическая классификация рака желудка по Borrmann (распространенный рак желудка):

- 1 тип – грибовидный, или полиповидный.
- 2 тип – язвенный с чётко очерченными краями (блюдцеобразный).
- 3 тип – язвенно-инфильтративный.
- 4 тип – диффузно-инфильтративный (linitis plastica).
- 5 тип – неклассифицируемые опухоли.

Международная классификация по системе TNM:

T – первичная опухоль:

TX – первичная опухоль не может быть оценена;

T0 – первичная опухоль не определяется;

Tis – карцинома in situ (опухоль в пределах слизистой без инвазии собственной пластинки). Тяжелая дисплазия;

T1 – опухоль инфильтрирует собственную пластинку слизистой оболочки или подслизистый слой:

T1a – собственная пластинка или мышечная пластинка слизистой;

T1b – подслизистый слой.

T2 – опухоль инфильтрирует собственную мышечную оболочку;

T3 – опухоль инфильтрирует субсерозу без инвазии в висцеральную брюшину или прилежащие структуры; также опухоли с инвазией желудочно-ободочной и желудочно-печеночной связки, большого и малого сальников без поражения висцеральной брюшины;

T4 – поражение серозной оболочки (висцеральная брюшина) или соседних структур:

T4a – серозная оболочка (висцеральная брюшина);

T4b – соседние структуры (селезенка, поперечная ободочная кишка, печень, диафрагма, поджелудочная железа, передняя брюшная стенка, надпочечник, почка).

N – регионарные лимфатические узлы:

Регионарными считают перигастральные лимфатические узлы, расположенные по большой и малой кривизне желудка, а также лимфатические узлы по ходу левой желудочной, общей печёночной, селезёночной артерий и чревного ствола.

Для определения N необходимо исследовать по меньшей мере 16 удалённых лимфатических узлов. Вовлечение других внутриабдоминальных лимфатических узлов, включая гепатодуоденальные, ретропанкреатические, брыжеечные и парааортальные, классифицируют как отдалённые метастазы.

NX – регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены;

N0 – нет регионарных метастазов;

N1 – метастазы в 1–2 регионарных лимфатических узлах;

N2 – метастазы в 3–6 регионарных лимфатических узлах;

N3 – метастазы более чем в 7 регионарных лимфатических узлах:

N3a – 7–15 регионарных ЛУ;

N3b – 16 и более регионарных ЛУ.

M – отдалённые метастазы:

MX – отдалённые метастазы не могут быть оценены;

M0 – нет отдалённых метастазов;

M1 – отдалённые метастазы.

При определении объёма лимфаденэктомии используют классификацию регионарных лимфатических узлов Японского общества по изучению рака желудка (Japanese Research Society for Gastric Cancer, 1995). Выделяют следующие группы лимфатических узлов:

№ 1 – правые паракардиальные лимфатические узлы.

№ 2 – левые паракардиальные лимфатические узлы.

№ 3 – лимфатические узлы вдоль малой кривизны.

№ 4 – лимфатические узлы большой кривизны.

№ 5 – надпривратниковые лимфатические узлы.

№ 6 – подпривратниковые лимфатические узлы.

№ 7 – лимфатические узлы вдоль левой желудочной артерии.

№ 8 – лимфатические узлы вдоль общей печёночной артерии.

№ 9 – лимфатические узлы вокруг чревного ствола.

№ 10 – лимфатические узлы ворот селезёнки.

№ 11 – лимфатические узлы вдоль селезёночной артерии.

- № 12 – лимфатические узлы печёочно-двенадцатиперстной связки.
- № 13 – лимфатические узлы позади головки поджелудочной железы.
- № 14 – лимфатические узлы вдоль верхних брыжеечных сосудов.
- № 15 – лимфатические узлы вдоль средних ободочных сосудов.
- № 16 – парааортальные лимфатические узлы.
- № 17 – лимфатические узлы на передней поверхности головки поджелудочной

железы.

- № 18 – лимфатические узлы по нижнему краю поджелудочной железы.
- № 19 – поддиафрагмальные лимфатические узлы.
- № 20 – лимфатические узлы пищевого отверстия диафрагмы.
- № 110 – нижние параэзофагеальные лимфатические узлы.
- № 111 – диафрагмальные лимфатические узлы.
- № 112 – лимфатические узлы заднего средостения.

Объемы лимфодиссекции при раке желудка:

D0 – отсутствие лимфодиссекции либо неполное удаление перигастральных лимфатических узлов.

D1 (стандартная лимфаденэктомия) – удаление перигастральных лимфатических узлов (№ 1–6).

D2 (расширенная лимфаденэктомия) – полное удаление лимфатических узлов первого и второго порядка – перигастральные, лимфатические узлы по ходу ветвей чревного ствола и гепатодуоденальной связки (№ 1–1,12,14).

D3 (парааортальная лимфодиссекция) – полное удаление лимфатических узлов первого, второго и третьего порядка (№ 1–16).

Группировка по стадиям:

Стадия 0: TisN0M

Стадия IA: T1N0M0

Стадия IB: T2N0M0, T1N1M0

Стадия IIA: T3N0M0, T2N1M0, T1N2M0

Стадия IIB: T4aN0M0, T3N1M0, T2N2M0, T1N3M0

Стадия IIIA: T4aN1M0, T3N2M0, T2N3M0

Стадия IIIB: T4bN0-1M0, T4aN2M0, T3N3M0

Стадия IIIC: T4bN2-3M0, T4aN3M0

Стадия IV: любое T, любое N, M1

Ранний рак желудка (T1N0-3M0):

Ранним раком желудка считают первичную опухоль категории T1 (инвазия в пределах слизистой-подслизистой слоя) независимо от статуса регионарных лимфатических узлов.

0 тип – поверхностные плоские опухоли;

I тип – возвышенный (высота опухоли больше толщины слизистой оболочки в два и более раза);

II тип – поверхностный:

IIa – приподнятый;

IIb – плоский;

IIc – углублённый;

III тип – изъязвлённый (язвенный дефект слизистой оболочки).

Диагностика рака желудка.

1. Сбор жалоб и анамнеза: клиническая картина рака желудка на ранних стадиях скупа и неспецифична. До 80% больных ранним раком не предъявляют каких-либо

жалоб. Выраженные симптомы заболевания, как правило, свидетельствуют о местнораспространённом или метастатическом опухолевом процессе. Больные раком желудка обычно предъявляют следующие жалобы:

- Дискомфорт или боль в эпигастральной области;
- Анорексия, потеря массы тела;
- Рвота «кофейной гущей», мелена;
- Тошнота, рвота;
- Прогрессирующая дисфагия характерна для рака кардии и кардиоэзофагеального перехода;
- Быстрое насыщение может свидетельствовать о диффузной инфильтративной опухоли;
- Общая слабость, утомляемость;
- Чувство переполнения после еды;
- Повторная рвота ранее съеденной пищей свидетельствует о стенозе привратника при поражении антрального отдела.

Особую настороженность следует проявлять при появлении вышеуказанных симптомов у лиц старше 50 лет, относящихся к группе риска по раку желудка.

2. При осмотре и физикальном обследовании больных обращают внимание на следующие объективные симптомы:

- наличие пальпируемого объёмного образования;
- асцит;
- гепатомегалию;
- бледность кожи вследствие анемии тяжёлой степени;
- желтуху;
- увеличенные лимфатические узлы в левой надключичной области (узел Вирхова);
- увеличенные левые подмышечные лимфатические узлы (ирландский узел);
- увеличенные периаумбиликальные лимфатические узлы (узлы сестры Марии Джозеф);
- объёмное образование яичников (опухоль Крукенберга);
- крупный опухолевый узел в тазу, при ректальном и обследовании (метастаз Шницлера);
- кахексию.

Вышеперечисленные симптомы, как правило, характерны для запущенного опухолевого процесса.

3. При подозрении на рак желудка производят ЭГДС с множественной биопсией из опухоли, а также из слизистой оболочки неизменённых отделов желудка (фон). В среднем берут от 6 до 10 образцов ткани. Браш-биопсию с цитологическим исследованием используют при угрозе кровотечения. С целью диагностики раннего рака и тяжёлой дисплазии применяют суправитальное окрашивание слизистой оболочки желудка различными красителями: конго красным/метиленовым синим, индигокармином, раствором Люголя (хромоэндоскопия), что позволяет визуализировать изменённые участки слизистой оболочки, не выявляемые при обычном осмотре.
4. Полипозиционная рентгенография в условиях двойного контрастирования бариевой взвесью и воздухом. Достоинства метода – неинвазивный характер, отсутствие риска для больного, высокая информативность при диффузном раке желудка, при котором результаты множественной биопсии могут быть отрицательными. Недостатки метода – низкая специфичность, невозможность верификации диагноза, низкая чувствительность при раннем раке желудка.
5. Уточняющая диагностика при раке желудка направлена на определение стадии опухолевого процесса и оценку резектабельности. Базовый комплекс уточняющей

диагностики, помимо эндоскопического и рентгеноконтрастного исследований, включает следующие методы:

- КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза;
- УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза и надпочечных зон – альтернатива КТ. Трансабдоминальное УЗИ позволяет с высокой достоверностью выявлять метастатическое поражение печени, увеличение перигастральных и забрюшинных лимфатических узлов, яичников, асцит, а также прорастание опухоли за пределы стенки органа и вовлечение соседних органов. Пункция под контролем УЗИ с последующим цитологическим либо гистологическим исследованием позволяет верифицировать очаговые изменения;
- Рутинное рентгенологическое исследование грудной клетки в прямой и боковой проекциях позволяет судить о наличии внутригрудного метастазирования (метастазы в лёгкие, лимфатические узлы средостения, плеврит). Однако при подозрении на распространённый опухолевый процесс предпочтительнее выполнения КТ грудной клетки;
- Диагностическая лапароскопия;
- Исследование серологических маркёров: СА 72-4, РЭА, СА 19-9, характеризуются низкой чувствительностью и специфичностью, повышаясь до диагностических значений преимущественно при распространённых стадиях заболеваний;
- Комплекс предоперационного обследования включает стандартные лабораторные тесты (клинический и биохимический анализ крови, мочи, гемостазиограмма), функциональные тесты, сочетание которых определяется выраженностью сопутствующей патологии (ЭКГ, исследование функции внешнего дыхания, эхокардиография, ультразвуковая доплерография сосудов и т.д.), а также консультации специалистов и анестезиолога.

Лечение рака желудка.

Выбор метода лечения больного раком желудка определяется распространённостью опухолевого процесса и общим состоянием больного. Окончательное решение должно приниматься консилиумом с участием хирурга-онколога, анестезиолога, радиолога и химиотерапевта.

Показаниями к радикальному хирургическому вмешательству служат:

- Возможность полного удаления первичной опухоли;
- Отсутствие отдалённых метастазов;
- Функциональная переносимость вмешательства.

У больных с диссеминированными формами рака желудка большинство онкологов сегодня придерживаются консервативной тактики, а хирургический метод используется лишь как средство экстренной помощи при возникновении осложнений.

Рак желудка характеризуется широким и ранним лимфогенным метастазированием. Так, при прорастании подслизистого слоя метастазы в регионарных лимфатических узлах могут выявляться более чем в 15% случаев. Поэтому современный подход к хирургическому лечению рака желудка характеризуется повышенным радикализмом с обязательным моноблочным удалением регионарных лимфатических узлов и путей лимфоотока.

С точки зрения выбора лечебной тактики рак желудка можно условно разделить на 3 группы:

- Ранний рак желудка (Tis–T1N0M0).
- Резектабельный рак желудка I–III стадии, а также резектабельный рак желудка IV стадии без отдалённых гематогенных метастазов и перитонеальной диссеминации.

- Рак желудка IV стадии (отдалённые метастазы, диссеминация), нерезектабельный местно-распространённый рак желудка, рак на фоне тяжёлой сопутствующей патологии (функционально неоперабельный).
- Первые 2 группы подлежат радикальному лечению, последняя – паллиативному.

Лечение раннего рака желудка:

Особенность раннего рака желудка – низкая частота лимфогенного метастазирования.

Критерии отбора больных для эндоскопической резекции слизистой оболочки:

- Инвазия в пределах слизистой оболочки (включая рак in situ, T1a);
- Аденокарцинома высокой или умеренной степени дифференцировки;
- I, Pa-b тип опухоли размером до 2 см без изъязвления;
- Отсутствие клинически определяемых метастазов в регионарные лимфоузлы;
- Отсутствие лимфоваскулярной инвазии.

Варианты эндоскопического лечения:

- Эндоскопическая резекция слизистой;
- Эндоскопическая резекция слизистой с диссекцией подслизистого слоя.

Наиболее частые осложнения эндоскопического лечения – кровотечение и перфорация, поэтому больной должен быть подготовлен к эндоскопической резекции слизистой как к открытой операции.

Перед выполнением резекции под основание опухоли вводят физиологический раствор и таким образом приподнимают её над остальной слизистой оболочкой, что уменьшает риск перфорации. Далее опухоль иссекают электрокоагулятором единым блоком до мышечного слоя. В послеоперационном периоде назначают ингибиторы протонного насоса (омепразол). Удалённый фрагмент исследуют, при обнаружении инвазии в подслизистый слой, опухолевых клеток по краю резекции, выявлении низкодифференцированных форм или наличии лимфовенозной инвазии планируют оперативное лечение.

Хирургическое лечение:

Выполняется при раке желудка T1-4NxM0.

Абсолютные онкологические противопоказания при раке желудка – наличие отдалённых метастазов. Операцию в этих случаях выполняют только по витальным показаниям больным с осложнённым течением опухолевого процесса (перфорация, кровотечение, стеноз) в резекционном объеме, лимфодиссекция не показана.

Относительное противопоказание – изолированное метастатическое поражение яичников.

При непосредственном распространении опухоли на соседние органы и анатомические структуры (печень, поджелудочную железу, ободочную кишку, диафрагму) выполняют комбинированные операции.

Выбор операционного доступа зависит от уровня распространения опухоли на пищевод и функционального состояния:

- При раке желудка без вовлечения кардиоэзофагеального перехода и пищевода операцию выполняют из срединного лапаротомного доступа;
- При ограниченных опухолях, вовлекающих розетку кардии и переходящих на дистальный отдел пищевода, может использоваться тораколапаротомный доступ слева либо широкая диафрагмотомия из лапаротомного доступа;
- При раке с тотальным поражением желудка и переходом на пищевод или раке тела, распространившимся на проксимальный отдел желудка и пищевод рекомендуется абдомино-медиастинальный доступ.

Объем радикальной операции по поводу рака желудка должен включать:

- Удаление единым блоком пораженного желудка (или соответствующей его части) с обоими сальниками, клетчаткой и лимфатическими узлами регионарных зон;
- Пересечение органа на расстоянии не менее 5 см от макроскопически определяемого края опухоли с отграниченным типом роста и не менее 6-7 см при раке язвенно-инфильтративного и диффузного типов. Для подтверждения радикальности операции выполняют срочное морфологическое исследование краев резекции по линии пересечения органов.

Выбор объема операции на желудке:

- Дистальная субтотальная резекция желудка (ДСРЖ) показана при раке антрального отдела желудка при отсутствии очагов тяжелой дисплазии и рака *in situ* в остающейся части желудка. Допустимо выполнение у больных с низкими функциональными резервами при распространении опухоли на нижнюю часть тела желудка, если она имеет экзофитную или смешанную формы роста;
- Проксимальная субтотальная резекция желудка (ПСРЖ) показана при раке кардиоэзофагеального перехода, а также при небольших опухолях верхней трети желудка экзофитной или смешанной формы роста;
- Гастрэктомия (ГЭ) – полное удаление желудка с регионарными лимфатическими узлами – показана во всех остальных случаях. При резектабельном раке желудка типа *linitis plastica*, недифференцированных формах рака, синдроме наследственного рака желудка диффузного типа выполняют только гастрэктомию.

Стандартный объем вмешательства на лимфатической системе при раке желудка – удаление лимфатических узлов 1 и 2 порядка (расширенная лимфодиссекция D2).

Показания к спленэктомии:

- Непосредственное распространение опухоли на селезенку;
- Локализация Т3-4 опухоли на задней стенке и большой кривизне верхней трети тела желудка;
- Интраоперационная травма;
- Наличие определяемых метастазов в лимфатических узлах ворот селезенки;
- Инвазия опухолью хвоста поджелудочной железы и селезеночных сосудов.

Послеоперационные осложнения:

- Наиболее частые хирургические осложнения после операций по поводу рака желудка – несостоятельность анастомозов, панкреатит с формированием свищей, внутрибрюшной абсцесс, кишечная непроходимость, кровотечение, раневая инфекция, перитонит, медиастинит, эмпиема плевры;
- Среди нехирургических осложнений отмечают пневмонию, сердечную недостаточность, печёночную недостаточность, аритмии, инфаркт миокарда, тромбозмболию лёгочной артерии, мочевую инфекцию, аллергические реакции.

Послеоперационное ведение:

- Дренирование брюшной полости в течение 4–5 дней после операции при отсутствии осложнений;
- Активизация больных со 2-х суток после операции, стимуляция кишечника – с 3-х4
- Зондовое питание (при установке зонда дистальнее анастомоза) проводят с 1-х суток после операции. Начало питания через рот с 4-х суток после ДСРЖ и не ранее 5-х суток после ГЭ и ПСРЖ с предварительным рентгенологическим контролем;

- Антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия в течение 5–6 дней при отсутствии осложнений;
- Антикоагулянтная терапия с использованием низкомолекулярных гепаринов в течение 7–14 дней под контролем коагулограммы.

Адьювантная химиотерапия:

- Назначается у больных раком желудка T2-4N1-3M0;
- По схемам XELOX/CAPOX через 4-6 недель после операции при отсутствии тяжелых осложнений и после нормализации клинико-лабораторных показателей. Продолжительность 6 месяцев.

Периоперационная химиотерапия:

- Возможна при опухоли T2-4N1-3M0;
- 3 курса полихимиотерапии режимами CF (цисплатин+5ФУ), ECF, ECX, EOX, далее при отсутствии признаков нерезектабельности, выполняется операция, после которой назначается еще 3 цикла аналогичной химиотерапии (суммарно 6 циклов).

Послеоперационная химиолучевая терапия:

Может быть назначена в случае неадекватного объема хирургического лечения операбельного рака желудка:

- наличие видимой остаточной опухоли после хирургического вмешательства (R2 резекция желудка);
- наличие в краях резекции опухолевых клеток, найденных при гистологическом исследовании операционного материала (R1 резекция желудка);
- неадекватный, менее D2, объем лимфодиссекции.

В зону облучения включают ложе удаленной опухоли желудка, зону анастомоза ± (по усмотрению врача) область лимфоузлов с наибольшим риском поражения метастазами в соответствии с локализацией первичной опухоли, глубиной инвазии в стенку желудка, морфологическим вариантом и т.д. На первом этапе после операции проводятся 1–2 курса химиотерапии **XELOX** (Оксалиплатин + Капецитабин) или монотерапия фторпиримидинами (режим Мейо, капецитабин) с последующей одновременной ЛТ.

Лекарственная терапия местно-распространенного нерезектабельного и диссеминированной аденокарциномы желудка и пищеводно-желудочного соустья:

- Первая линия – комбинированная ХТ: комбинация производных платины с фторпиримидинами, то есть режимы CF, CX, XELOX (для пожилых и с отягощенным анамнезом), IF, FOLFOX (оксалиплатин+лейковорин+5-ФУ);
- При наличии метастазов рака желудка в кости помимо ХТ могут быть назначены бисфосфонаты (золедроновая кислота), по показаниям – ЛТ с анальгезирующей целью;
- 6-8 курсов ХТ первой линии с последующим динамическим наблюдением до прогрессирования болезни. При длительности интервала наблюдения (то есть от момента окончания последнего цикла ХТ до регистрации прогрессирования болезни) более 3 месяцев возможна реиндукция режима 1 линии. При прогрессировании болезни на фоне или в течении 3 месяцев после окончания ХТ 1 линии и удовлетворительном общем состоянии пациента рекомендуется ХТ 2 линии препаратами, не вошедшими в 1 линию лечения;
- При диссеминированном HER2+ раке желудка рекомендуется применение трастузумаба + 6-8 курсов ХТ с последующей поддерживающей терапией трастузумабом до прогрессирования болезни. В дальнейшем в зависимости от сроков развития прогрессирования болезни (до или после 3 месяцев

поддерживающей терапии) может быть рекомендована либо ХТ 2 линии либо реиндукция режима 1 линии.

Гастроинтестинальная стромальная опухоль – злокачественная мезенхимальная опухоль, исходящая, предположительно, из клеток Кахала.

В основном имеют спорадический характер + мутации в гене KIT, Wild type.

Основным прогностическим фактором являются – митотический индекс, размер и локализация опухоли, наличие опухолевых клеток по линии резекции и разрыв капсулы – крайне неблагоприятные факторы прогноза.

Метастазы в регионарные лимфоузлы встречаются редко.

Из-за более благоприятного прогноза при локализации опухоли в желудке все ГИСО разделены на две группы: желудочные и внежелудочные (опухоли тонкой кишки характеризуются плохим прогнозом).

Лечение: хирургическое + адъювантная/неoadъювантная терапия иматинибом у больных с высоким и умеренным риском прогрессирования.

Заключение.

Отдаленные результаты лечения рака желудка зависят от стадии заболевания к моменту его диагностики, гистологической структуры опухоли и своевременности начатого лечения.

Прогноз у больных операбельным раком желудка определяется в первую очередь стадией заболевания. Значимыми факторами прогноза являются также возраст пациента, гистологический подтип, локализация опухоли.

Однако более половины больных раком желудка поступают на лечение в запущенном состоянии, когда радикальная операция возможна лишь у 30% из них.

Список использованной литературы:

1. М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев “Онкология” 2014 г.
2. Р.Д. Синельников, Я.Р. Синельников «Атлас Анатомии человека»
3. Клинические рекомендации по диагностике и лечению опухолей (Ассоциация онкологов России) 2018 г.
4. Н.И. Переводчикова «Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний» 2014 г.
5. Справочник по онкологии под редакцией Дж. Кэссиди, Д. Биссета, М.Пэйн 2014 г.
6. Б.Е. Петерсон, В.И. Чиссова «Атлас онкологических операций» 2013 г.
7. Н.Н. Александров «Справочник по хирургической онкологии» 2012 г.