

ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав. каф: дмн, профессор Зуков Р.А.

Реферат на тему «Рак желудка»

 

Выполнил: врач-ординатор 2-го года обучения
кафедры онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Корепанов Никита Игоревич

Вступление

Рак желудка — злокачественная опухоль из клеток эпителия слизистой оболочки желудка. Наибольшее число больных относится к возрастной группе старше 50 лет. Мужчины болеют раком желудка чаще, чем женщины.

Эффективность хирургического лечения рака желудка остается пока еще низкой из-за поздней выявляемости заболевания. К стойкому излечению может вести только радикальная операция, выполненная на ранней стадии развития рака. Основной путь улучшения результатов хирургического лечения рака желудка лежит через диагностику доклинических или ранних форм рака.

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, копченых продуктов, острой пищи, животного масла. Среди причин рака желудка называется злоупотребление алкоголем. Отмечается прямая корреляционная связь частоты возникновения рака желудка с содержанием в почве меди, молибдена, кобальта и обратная — цинка и марганца.

Существуют данные о зависимости рака желудка от инфицированности *Helicobacter pylori*. Считается статистически доказанным, что у инфицированных хеликобактером пилори повышен риск развития рака желудка. Вместе с тем, имеются сведения, противоречащие инфекционной теории — так, в эндемичных по *Helicobacter pylori* районах северной Нигерии рак желудка развивается редко. Также обращает на себя внимание разница в частоте возникновения рака желудка у мужчин и женщин при равной инфицированности хеликобактером среди обоих полов. Так же рак желудка чаще выявляется у людей со II группой крови.

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 (В12 — 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

1. Ранний. (Early) Растёт в слизистом и подслизистом слое от 5 мм до 3 см.
2. 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 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. Симптоматика

В зависимости от фона, на котором развивается опухоль, принято различать 3 клинических типа заболевания:

1. Рак, развившийся в здоровом желудке
2. Рак, развившийся на фоне язвенной болезни желудка
3. Рак, развившийся на фоне хронического гастрита или полипоза желудка.

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 пищевода-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 парарактельную клетчатку, 3) метастаз Крукенберга – в

T – опухоль
TIS – внутриэпителиальный рак.
T1 – опухоль поражает только слизистую оболочку и подслизистый слой.
T2 – опухоль проникает глубоко, занимает не более половины одного анатомического отдела.
T3 – опухоль с глубокой инвазией захватывает более половины одного анатомического отдела, но не поражает соседние анатомические отделы.
T4 – опухоль поражает более одного анатомического отдела и распространяется на соседние органы.

N – регионарные лимфатические узлы.
N0 – метастазы в регионарные лимфатические узлы не определяются.
Na – поражены только перигастральные лимфатические узлы.
Nb – поражены лимфатические узлы по ходу левой желудочной, чревной, общей печеночной, селезеночной артерий, по ходу печеночно-дуоденальной связки.
NXc – поражены лимфатические узлы по ходу аорты, брыжеечных и подвздошных артерий.

M – отдаленные метастазы.
M0 – отдаленные метастазы не определяются.
M1 – имеются отдаленные метастазы.

P – гистопатологические критерии
P1 – опухоль инфильтрирует только слизистую оболочку.
P2 – опухоль инфильтрирует подслизистый слой до мышечного.
P3 – опухоль инфильтрирует мышечный слой до серозной оболочки.
P4 – опухоль прорастает серозную оболочку или выходит за пределы органа.

Клиника и диагностика

Клинических признаков, характерных для начальной формы рака желудка, не существует. Он может протекать бессимптомно или проявляться признаками заболевания, на фоне которого он развивается.

Ранняя диагностика рака возможна при массовом эндоскопическом обследовании населения. Гастроскопия позволяет обнаружить изменения на слизистой оболочке желудка диаметром менее 0,5 см. и взять биопсию для верификации диагноза.

Заболевание раком желудка более вероятно в группе людей повышенного онкологического риска. К факторам повышенного онкологического риска относятся: предраковые заболевания желудка (хронический гастрит, хроническая язва желудка, полипы желудка), хронический гастрит культи желудка у оперированных по поводу неонкологических заболеваний желудка через 5 лет и более после резекции желудка, действие профессиональных вредностей (химическое производство).

Клинические проявления рака желудка многообразны, они зависят от патологического фона, на котором развивается опухоль, т.е. от предраковых заболеваний, локализации опухоли, формы ее роста, гистологической структуры, стадии распространения и развития осложнений.

Симптомы, которые могут быть выявлены при расспросе больного, можно условно разделить на местные и общие проявления заболевания. К местным проявлениям относят симптомы “желудочного дискомфорта”: отсутствие физического удовлетворения от насыщения, тупая давящая характерная боль, чувство переполнения и распирания в эпигатральной области, снижение или отсутствие аппетита, отвращение к мясу, рыбе.

Общие проявления рака желудка: слабость, похудание, вялость, адинамия, быстрая утомляемость от привычной работы, депрессия. Все это связано с опухолевой интоксикацией. Часто наблюдается анемия. Иногда анемия является первым признаком заболевания. Развитие железодефицитной анемии связано с ахилией, ведущей к нарушению всасывания железа, и с хроническими кровопотерями из опухоли.

Лечение

Лечение – хирургическое. Рак желудка – абсолютное показание к операции. Радикальным вмешательством является резекция желудка или гастрэктомия.

Радикальность операции предусматривает:

- 1) пересечение желудка, двенадцатиперстной кишки и пищевода в пределах здоровых тканей;
- 2) удаление в едином блоке с желудком трех групп лимфатических узлов, которые могут быть поражены метастазами при данной локализации рака;
- 3) абластическое оперирование т.е. использование комплекса приемов, направленных на уменьшение возможности так называемой манипуляционной диссеминации.

Противопоказания к операции могут быть онкологического и общего характера. Операция противопоказана при наличии отдаленных метастазов в печень, легкие, в надключичные лимфатические узлы, при наличии большого асцита. Противопоказаниями общего характера является резкая кахексия, тяжелые сопутствующие заболевания.

Основные типы радикальных операций:

- 1) дистальная субтотальная резекция желудка (выполняемая черезбрюшинно),
- 2) гастрэктомия (выполняемая черезбрюшинным и черезплевральным доступом),
- 3) проксимальная субтотальная резекция желудка (выполняемая черезбрюшинным и черезплевральным доступом).

Паллиативные операции выполняют тогда, когда риск их небольшой. Паллиативные резекции 2/3 или направлены на удаление стенозирующей опухоли выходного отдела желудка, распадающейся или кровоточащей опухоли как источника кровотечения угрожающего жизни больного.

Наиболее благоприятные результаты хирургического лечения рака желудка могут быть получены при лечении ранних форм рака. При поражении только слизистой оболочки 5-летняя выживаемость достигает 96-100%, при поражении слизистой оболочки и подслизистого слоя – 75%.

Лучевая терапия

Лучевая терапия (радиотерапия) – метод лечения рака желудка различного вида ионизирующей радиацией. Основная задача лучевой терапии – блокада и уничтожение раковых клеток.

Принцип лечения заключается во взаимодействии ионизирующего излучения с молекулами воды для дальнейшего образования пероксида и свободных радикалов, которые в свою очередь повреждают гиперактивные клетки новообразования.

Лучевое воздействие на раковые клетки можно условно разделить на два типа: корпускулярное и волновое. К первому относятся альфа и бета-частицы, нейтронное и протонное излучение. Ко второму – рентгеновское и гамма-излучение. В зависимости от локализации, лучевая терапия может иметь три варианта воздействия: контактный, дистанционный, внутритканевой.

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 отдалённых – 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, в том числе и в области лучевой терапии, позволяют надеяться, что в ближайшее время появятся новые стандарты лечения рака желудка.