**Тема: Рак желудка**

**Этиология рака желудка**

Этиология заболевания окончательно не ясна. Отмечается географическая гетерогенность заболеваемости с максимальным уровнем в Японии, России, Чили, Корее, Китае, минимальным – США, Австралии, Новой Зеландии.

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

**Факторы риска:**

* Повышенный уровень Helicobacter Pylori (бактерия, живущая в желудке).
* Хронический гастрит (воспаление желудка) или язвенная болезнь.
* Кишечная метаплазия (состояние, при котором нормальный эпителий слизистой желудка замещается клетками, выстилающими кишечник).
* Семейный аденоматозный полипоз или полипы желудка.
* Питание: диета с высоким содержанием соленой, острой, копченой пищи, а также низким содержанием фруктов и овощей.
* Употребление в пищу некачественных и просроченных продуктов.
* Мужчины и пожилые люди (старше 60 лет).
* Курение, чрезмерное употребление алкоголя.
* Генетическая предрасположенность (мать, отец, сестра или брат, у которых был рак желудка).

**Классификация рака желудка**

**Гистологическая классификация (МКБ-0)**

* Аденокарцинома in situ, БДУ, Аденокарцинома, БДУ
* Аденокарцинома, метастатическая, БДУ
* Скиррозная аденокарцинома. Рак с продуктивным фиброзом. Скиррозный рак.
* Пластический линит
* Поверхностно распространяющаяся аденокарцинома
* Аденокарцинома, кишечный тип, Рак, кишечный тип
* Рак, диффузный тип, Аденокарцинома, диффузный тип

**Гистологическая классификация рака желудка по Lauren (1965)**

* ***Кишечный тип:*** строение опухоли сходно с раком кишки. Характерны отчетливые железистые структуры, состоящие из высокодифференцированного цилиндрического эпителия с развитой щёточной каёмкой.
* ***Диффузный тип****:* опухоль представлена слабо организованными группами или одиночными клетками с большим содержанием муцина (перстневидные клетки). Характерен диффузный инфильтративный рост.
* ***Смешанный тип:*** в опухоли присутствуют участки и кишечного, и диффузного типа.

**Макроскопическая классификация рака желудка**

***Ранний рак желудка (T N M )***

Тип 0 – поверхностные плоские опухоли:

Тип 0-I — возвышенный (высота опухоли в два и более раза превышает толщину слизистой оболочки);

Тип 0-II — поверхностный:

0-IIa — приподнятый тип;

0-IIb — плоский тип;

0-IIc — углублённый.

Тип 0-III — изъязвлённый (язвенный дефект слизистой оболочки).

***Распространенный рак желудка***

***Тип 1*** – грибовидный или полиповидный;

***Тип 2*** – язвенный с чётко очерченными краями (блюдцеобразный);

***Тип 3*** – язвенно-инфильтративный;

***Тип 4*** – диффузно-инфильтративный (*linitis plastica*);

***Тип 5*** – неклассифицируемые опухоли.

**Стадирование рака желудка по системе TNM (2009)**

***T –первичная опухоль (глубина инвазии стенки желудка)***



***N –лимфатические узлы, пораженные метастазами***



***М – отдаленные метастазы***



***Группировка по стадиям***



**Принципы диагностики и обследования рака желудка**

**Обязательные методы**

* ***Анамнез и физикальный осмотр***.

*На ранней стадии*:

* Повышенную утомляемость.
* Слабость.
* Дискомфорт в верхней части живота.
* Ощущение вздутия после еды.
* Легкую тошноту.
* Снижение аппетита.
* Изжогу.

*На поздних стадиях*

* + Кровь в кале (черный стул).
	+ Рвота.
	+ Потеря веса без всякой видимой причины.
	+ Боли в желудке, чувство переполнения желудка, отрыжка.
	+ Желтуха (пожелтение кожи и глаз).
	+ Асцит (накопление жидкости в брюшной полости – проявляется в виде увеличения объема живота).
* ***Осмотр гинекологом*** у женщин и ***пальцевое ректальное исследование*** у мужчин.
* ***Эндоскопия верхних отделов ЖКТ с биопсией*** – наиболее информативный метод исследования для диагностики рака желудка, позволяющий непосредственно визуализировать опухоль, определить её 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, NBI, хромоэндоскопии, флуоресцентной диагностики).
* ***Гистологическое, цитологическое исследование биопсийного материла***.
* ***Рентгенография желудка***. Полипозиционное рентгеноконтрастное исследование позволяет определить локализацию и протяженность опухолевого поражения, выявить распространение на пищевод и двенадцатиперстную кишку, оценить выраженность стеноза. Рентгенологическое исследование обладает высокой эффективностью при диффузно-инфильтративном раке желудка, когда из-за подслизистого роста результаты биопсии могут быть отрицательными. Выполнение рентгенографии при раннем раке желудка нецелесообразно ввиду низкой информативности.
* ***УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза либо КТ с пероральным и внутривенным контрастированием*** (могут быть заменены комплексным УЗИ органов брюшной полости и рентгенографией грудной клетки в двух проекциях у пациентов с небольшой местной распространенностью опухолевого процесса). 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 структур. Достоинства метода – неинвазивный характер, простота и доступность исследования, а основные недостатки – влияние субъективных и объективных факторов на точность получаемых сведений (особенности телосложения больного, подготовленность к исследованию, технические характеристики аппаратуры и опыт врача). КТ органов брюшной полости и грудной клетки – основной метод уточняющей диагностики при злокачественных опухолях желудка, позволяющий с высокой достоверностью выявлять отдаленные метастазы. КТ брюшной полости, в отличие от УЗИ, не требует подготовки и не зависит от особенностей телосложения пациента, а возможность документирования полученных данных позволяет многократно пересматривать и интерпретировать результаты различными специалистами. Недостатки метода: высокая стоимость, лучевая нагрузка, низкая информативность при оценке глубины инвазии и состояния лимфатических узлов.
* ***Рентгенография органов грудной клетки***.
* ***Эндосонография*** (обязательна при планировании эндоскопического лечения или распространении опухоли на кардию и пищевод для объективной оценки уровня верхней границы поражения). Эндоскопическое УЗИ, выполняемое до начала лечения, позволяет с высокой достоверностью определить глубину инвазии опухоли (T-стадия) и наличие патологически измененных или увеличенных вовлеченных лимфоузлов (N-стадия), также прорастание опухоли в соседние структуры**.** Данный метод имеет особое значение при раннем раке желудка, когда точное определение глубины инвазии и распространенности процесса позволяет планировать органосохранное лечение (эндоскопическая резекция).
* ***УЗИ шейно-надключичных областей***.
* ***Развернутый клинический и биохимический анализы крови***.
* ***ЭКГ.***
* ***Онкомаркеры*** РЭА, СА 72-4, Са 19.9
* ***Анализ биоптата опухоли на HER2-neu***, если диагностированы или заподозрены отдаленные метастазы.
* ***Колоноскопия.***

**Дополнительные методы**

* ***Биопсия метастазов*** под контролем УЗИ/КТ.
* ***Остеосцинтиграфия.***
* ***Стернальная пункция или трепанобиопсия подвздошной кости*** (при подозрении на метастатическое поражение костного мозга).
* ***Лапароскопия*** желательна всем пациентам, у которых с учетом размеров опухоли, данных ЭГДС, эндоУЗИ предполагается прорастание опухолью серозной оболочки, и обязательна у больных с тотальным и субтотальным поражением желудка. Диагностическая лапароскопия наиболее точный метод предоперационной диагностики интраперитонеальной диссеминации, также позволят определить локализацию и распространение на серозную оболочку первичной опухоли. При отсутствии визуальных признаков диссеминации показано взятие смывов с брюшины для определения свободных опухолевых клеток в лаваже.
* ***ПЭТ-КТ***.

**Обследование перед оперативным лечением**

* ***ЭхоКГ,***
* ***ХолтерЭКГ,***
* ***Исследование ФВД,***
* ***УЗДГ сосудов (вен нижних конечностей),***
* ***Исследование свёртывающей системы крови,***
* ***Анализы мочи***
* ***Консультации врачей- специалистов***

**Диспансерное наблюдение**

В первые 1-2 года физикальный осмотр и сбор жалоб проводить каждые 3-6 месяца, на сроке 3-5 лет – 1 раз в 6-12 месяцев. После 5 лет с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб. У больных с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен.

***Объем обследования:***

1. Анамнез и физикальное обследование.

2. Развернутый клинический и биохимический анализ крови (по клиническим показаниям).

3. ЭГДС.

4. УЗИ или КТ органов брюшной полости (по клиническим показаниям)

5. Рентгенография органов грудной клетки (по клиническим показаниям)

6. Онкомаркеры (если были повышены исходно) (по клиническим показаниям)

7. Контроль нутритивного статуса, рекомендации по лечению нутритивной недостаточности.