

Рак желудка и предраковый состояния

Осипова Татьяна Игоревна

18. Рак желудка:предраковый заболевания

Предраковые состояния - заболевания, которые могут привести к развитию рака (хронический гастрит, аденоматозные полипы, хроническая язва желудка.)

Предраковые изменения - гистологически доказанные изменения слизистой оболочки, приводящие к развитию рака (метаплазия, дисплазия)

Классификация факторов риска развития рака желудка

Экзогенные факторы	Эндогенные факторы
<p>Пищевые</p> <ul style="list-style-type: none">• избыточное потребление поваренной соли• копченое/соленое/вяленое мясо и мясные деликатесы• пищевые нитраты и нитрозосодержащие компоненты <p>Инфекционные</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>H. pylori</i>• вирус Epstein–Barr <p>Факторы внешней среды и образа жизни</p> <ul style="list-style-type: none">• табакокурение• ожирение• низкий социальный статус• профессиональные вредности <p>Ятрогенные</p> <ul style="list-style-type: none">• резекция желудка в анамнезе• лучевая/химиолучевая терапия по поводу лимфомы Ходжкина в детском и юношеском возрасте	<p>Наследственные формы рака желудка</p> <ul style="list-style-type: none">• наследственный рак желудка диффузного типа• синдром семейного рака желудка кишечного типа• синдром аденокарциномы желудка и полипоза проксимальных отделов желудка <p>Отягощенный онкологический анамнез</p> <p>Наследственные синдромы, сопровождающиеся полипозом толстой кишки</p> <ul style="list-style-type: none">• семейный аденоматозный полипоз• наследственный неполипозный колоректальный рак• синдром Li Fraumeni• синдром Peutz–Jeghers• Группа крови A(II)

Предраковое (или фоновое) состояние — понятие клиническое и характеризуется теми заболеваниями желудка, которые наиболее часто **предшествуют развитию рака**. **Предраковые изменения** — это **сумма морфологических признаков, называемых дисплазией, предшествующих и сопутствующих раку**.

Дисплазия — понятие, которое включает в себя **клеточную атипию, нарушение дифференциации и структуры слизистой оболочки**. В большинстве случаев слабая и умеренная дисплазия подвергается обратному развитию или остается стабильной, хотя несомненна возможность ее трансформации в рак. Тяжелая степень дисплазии также способна подвергаться обратному развитию, однако вероятность ее озлокачивания достаточно велика и может достигать 75% (Чиссов В. И., 2000).

Считается, что только у 60% больных начальным раком желудка в анамнезе имеется указание на хронические заболевания: ведущими среди них являются **хронический гастрит — 76,7%**, у 12,4% больных ранее была диагностирована **язвенная болезнь 12-перстной кишки**, у 7% — **язвенная болезнь желудка**, у 0,8% — **полипы**, у 3,1% — **оперированный желудок** (Чиссов В. И., Вашакмадзе Л. А., 2000).

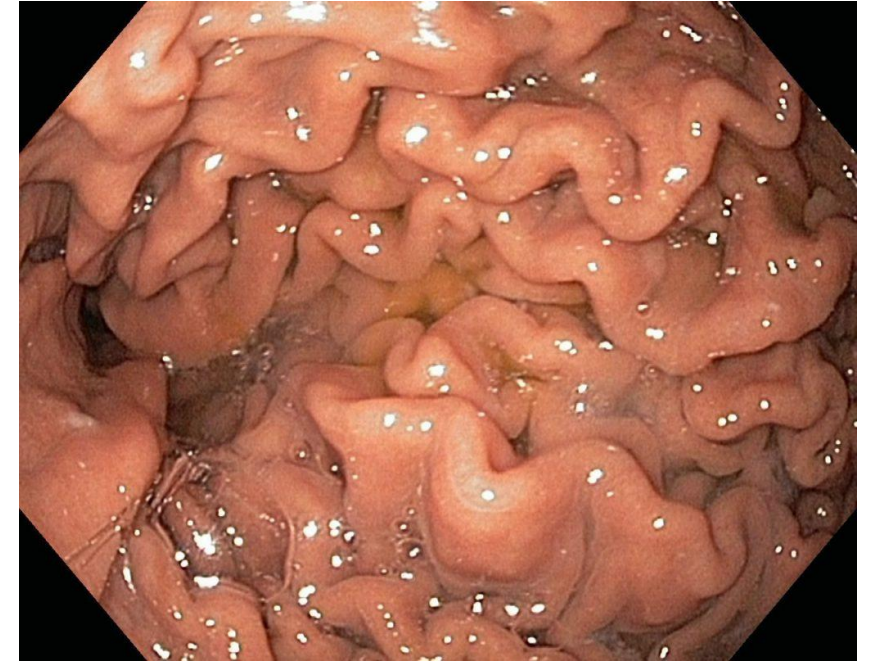
Морфологическое исследование установило, что основным предраковым заболеванием при начальном раке желудка является **хронический гастрит (около 90%)**, в том числе и в оперированном желудке. Менее значимы аденомы (до 8–10%), гиперпластические полипы (около 3%), язва желудка (до 1–2%).

Предраковые заболевания желудка

- **Хронические гастриты - гипо- и анацидный, атрофический с перестройкой желёз по кишечному типу, гипертрофический гастрит (болезнь Менетрие).**
- **Язвенная болезнь желудка (коллѐзная)**
- **Полипы желудка (аденоматозный, ворсинчатый, на широком основании)**
- **Атрофический гастрит резецированного желудка**

Сочетание предраковых состояний с предраковыми изменениями повышает риск развития рака желудка. К предраковым заболеваниям, на основе которых может развиваться рак желудка, относят: хронический атрофический и гипертрофический гастрит, ригидный антральный гастрит, язвенную болезнь желудка, полипы и полипоз желудка, болезнь Менетрие (складчатый гастрит), пернициозную анемию, атрофический гастрит культи желудка.

Болезнь Менетрие — своеобразное и редкое заболевание желудка, которое характеризуется гиперплазией эпителия и резким утолщением складок слизистой оболочки. Клиническая картина при этом характеризуется болями в эпигастральной области, похудением и тошнотой. Заболевание имеет хроническое течение. Иногда наблюдается спонтанное выздоровление или переход в хронический атрофический гастрит. Рак возникает примерно у 10% заболевших.



65. Рак желудка: классификация, пути метастазирования, методы диагностики

ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ:

- АНТРАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ – 60-70%.
- ПО МАЛОЙ КРИВИЗНЕ – 10-15%.
- КАРДИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ – 8-10%.
- НА ПЕРЕДНЕЙ И ЗАДНЕЙ СТЕНКАХ ЖЕЛУДКА – 2-5%.
- ПО БОЛЬШОЙ КРИВИЗНЕ – 1%.
- НА ДНЕ ЖЕЛУДКА – 1%.

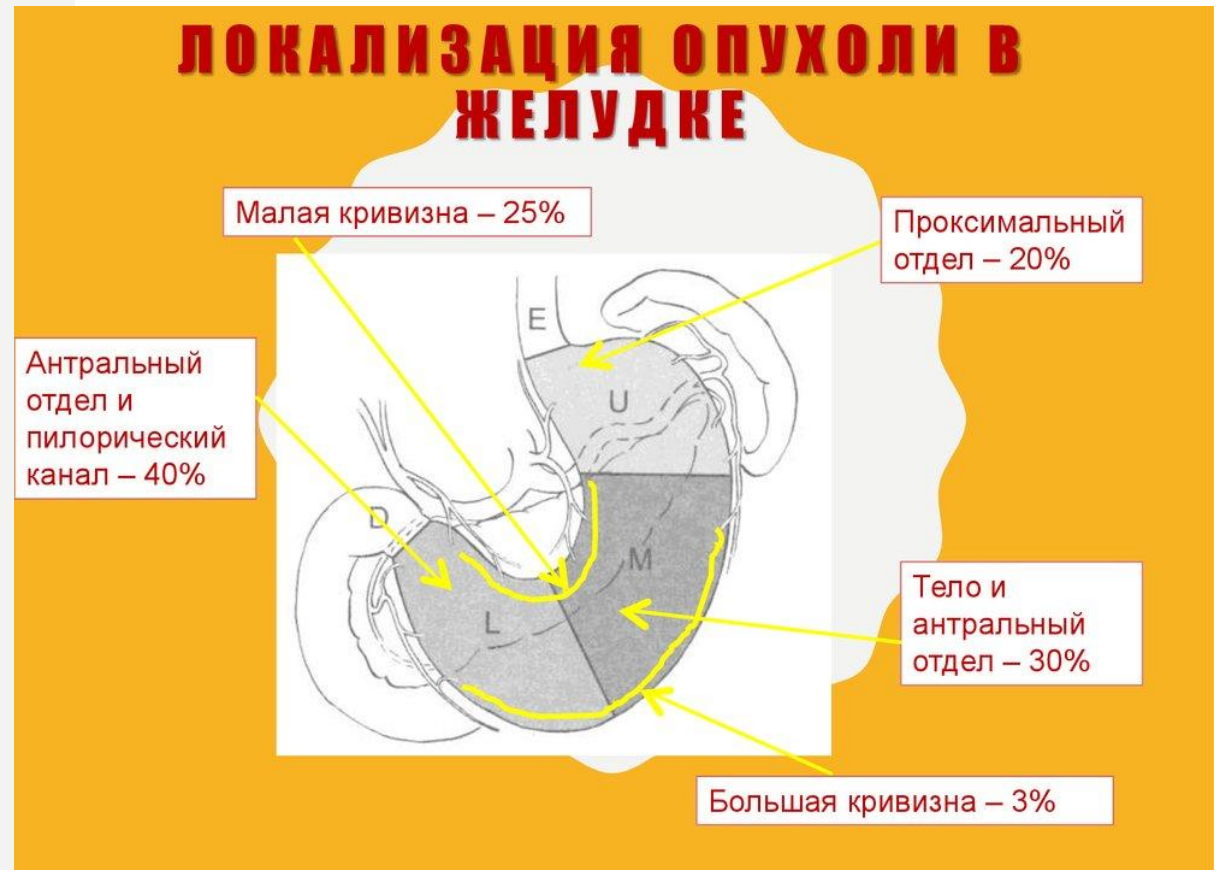
ПО ВНЕШНЕМУ ВИДУ:

- ПОЛИПОЗНЫЙ (ГРИБОВИДНЫЙ).
- БЛЮДЦЕОБРАЗНЫЙ.
- ДИФфуЗНЫЙ.
- ЯЗВЕННО-ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ.

ПО ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ:

- АДЕНОКАРЦИНОМА (95%)
- ЖЕЛЕЗИСТО-ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК
- ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК
- НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ РАК
- НЕКЛАССИФИЦИРУЕМЫЙ РАК

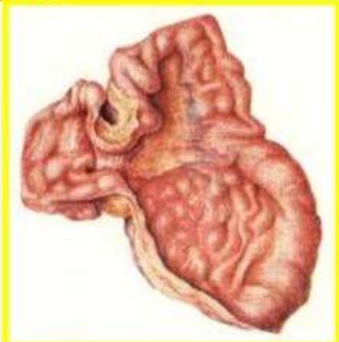
ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛИ В ЖЕЛУДКЕ



Ісіктің өсу сипатына қарап асқазан рагының төмендегі түрлерін ажыратады

Экзофитный

тип: то есть, когда опухоль растет в просвет органа: полиповидный (наиболее благоприятный в плане прогноза, но и самый редкий), блюдцеобразный (наиболее характерный тип роста рака желудка), и другие



Эндофитный

тип: то есть, когда опухоль прорастает стенку органа. Для этого типа характерны такие формы роста, инфильтративно-язвенный, диффузно-фиброзный и другие.



Смешанный тип.

В 60 % случаев рак поражает пилороантральный отдел – то есть конечные отделы желудка, в 20 % - малую кривизну и в 10 % - кардиальный отдел (начальный отдел желудка).

Тип I



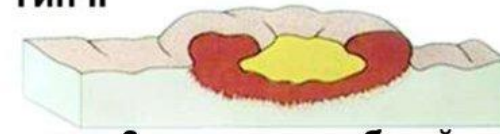
тип 1 – полиповидный,

Тип III



тип 3 – инфильтративно-язвенный,
■ Рак

Тип II



тип 2 – чаше-подобный

Тип IV



тип 4 – диффузно-инфильтративный.

Классификация TNM Международного противоракового союза (2017, 8-й пересмотр)

T_x — первичная опухоль не может быть оценена.

T₀ — отсутствие данных о первичной опухоли.

T_{is} — преинвазивная карцинома: интраэпителиальная опухоль без инвазии собственной пластинки слизистой оболочки (carcinoma in situ), тяжелая дисплазия.

T₁ — опухоль прорастает в собственную пластинку СО, мышечную пластинку СО или подслизистую основу : **a** опухоль прорастает в СП СО или МП СО; **b** оп. прораст. в подслизистую основу .

T₂ — опухоль инфильтрирует мышечный слой желудка до субсерозной оболочки.

T₃ — опухоль прорастает в подсерозную основу.

T₄ — опухоль распространяется на серозу или врастает в соседние структуры: **a** опухоль прорастает в Сер.О ; **b** оп. прораст. в соседние структуры

N_x — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов
N₀ — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N₁ — имеются метастазы в **1-2** регионарных лимфатических узлах.

N₂ — имеются метастазы в **3-6** регионарных лимфатических узлах.

N₃ — имеются метастазы более чем в **7 и более** рег. л/у: **a 7-15** ; **b 16 и бол.**

M_x — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

M₀ — нет признаков отдаленных метастазов.

M₁ — есть отд. метастазы, включая метастазы в лимфоузлы, кроме регионарных.

Статус опухоли



T₁ — ограничена слизистой оболочкой и подслизистым слоем

Статус узла



T₂ — распространена в мышечную оболочку, но не за пределы последней



N₀ — нормальный лимфатический узел



N₁ — метастаз в лимфатический узел



T₃ — пенетрация всех слоев стенки кишки



M₀ — нет отдаленных метастазов



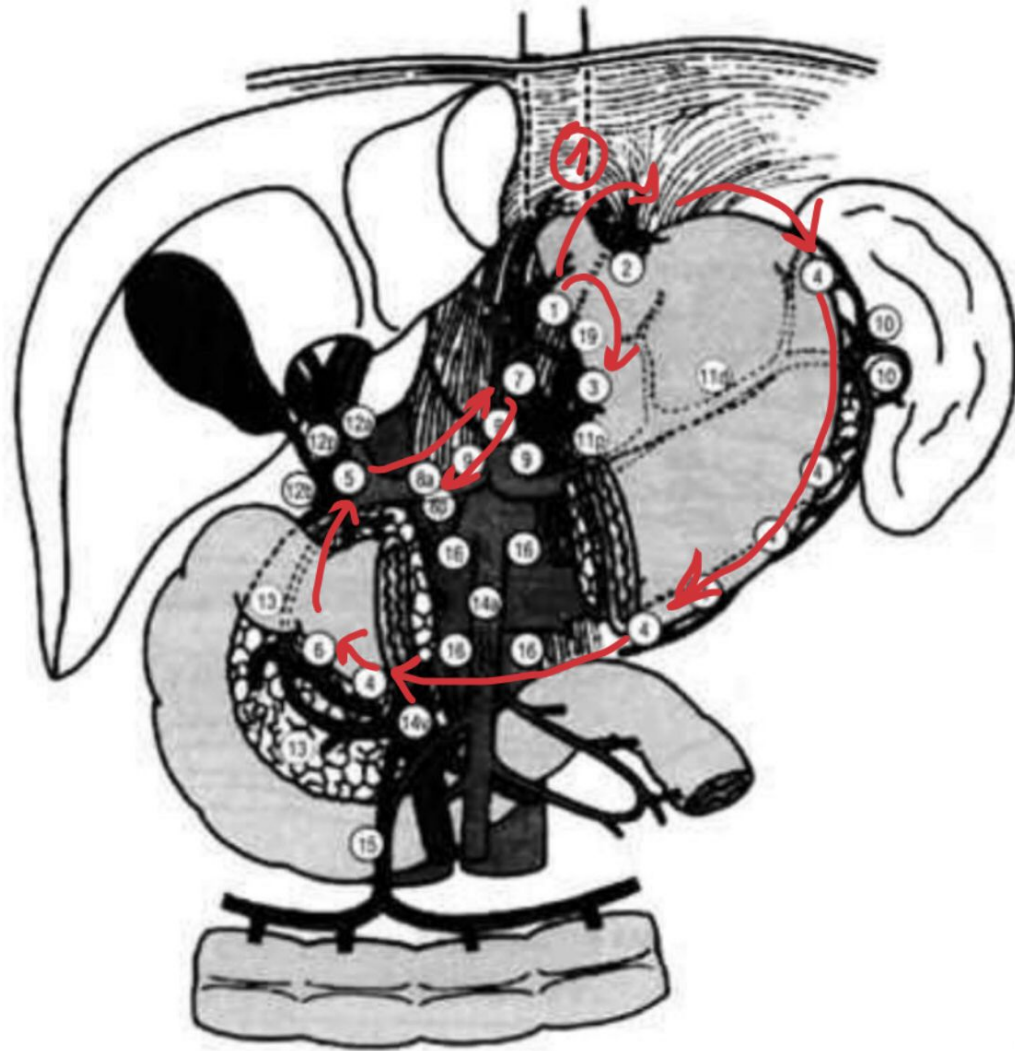
M₁ — отдаленные метастазы

Системный статус

РАК ЖЕЛУДКА
G – ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

- Gx** - степень дифференцировки
не может быть установлена
- G1** - высокая степень дифференцировки
- G2** - средняя степень дифференцировки
- G3** - низкая степень дифференцировки
- G4** - недифференцированные опухоли

МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА



- лимфогенно;
- гематогенно;
- имплантационно или контактно по брюшине

ЛИМФОГЕННОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ

- N1 — л/у перигастральные;
- N2 — л/у вдоль ЧС, ЛЖА, СА, ПА;
- N3 — л/у в ПДС, корне бр. ПОК, парааорт.;
- N4 — л/у за пределами N3.

Гематогенно наиболее часто рак желудка метастазирует в печень. Реже метастазы обнаруживают в легких, надпочечниках, костях.

Характерная локализация и ЧАСТОТА ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ

- В печень – 30-35% - по системе воротной вены;
- В левую надключичную область (метастаз Вирхова) - 20-25%;
- По брюшине – канцероматоз (имплантационные метастазы в тазу Шнитцлера) до 20%;
- В яичники - метастаз Крукенберга – до 4%;
- В пупок до 1%; *(м/с Мозефичы)*
- В кости (менее 1%);



Жалобы:

- бессимптомно
- общ. усталость
- головокружение, кровотечение
- боль в эпигастрии + тошнота

Анемия
(мбА)

Живот:

осмотр: бледность,
землянистость
↓ т тв
↓ тургора

пальпация: м-к (уплотн.)
печень (↑/-)
кошн. покровы (исскт.)
метаказы, гпк
ЛУ (надкльч., сигмаки,
рект. иссл.)

ауск.: систол. шум (звн. свол
просят, сдвн.)
м-к (булькает, раскльчт)
гастритоз

Лаб: клькль. анал. кр

(анемия, лейкоцитоз, кль)
крб

(гипопротеинемия, АЛТ/АСТ
↓ Fe, кль. электролитного
состава)

Онкомаркеры: РЭА, СА 19-9
СА-72-4

БОФ

Исслед.:

1) УЗИ - возмж! ппоз, ЛУ, ПМС, пезель

2) ФГДС

3) МСКТ с в/в контрастом

4) Ргскопия с ргос контрастом

5) Лапароскопия

Обслед. всего ор-ма: зб. кль. МСКТ с контрастом
кости ДСГ (остерцинти-
графия)
МРТ ГМ

6) ПЭТ-по ЛУ

Что-то с занятиями....

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Ранние симптомы:

(а) Б.Е. Петерсон выделяет 3 клинических типа в зависимости от фона на котором развивался рак желудка:

- I тип - рак, развившийся в здоровом желудке;
- II тип - рак, развившийся на фоне ЯБЖ;
- III тип - рак, развившийся на фоне гастрита, полипоза.

(б) А.И.Савицкий описал при раке желудка (у 80% больных) симптомокомплекс "Синдром малых признаков", который заключается в следующем:

- 1) изменение самочувствия больного;
- 2) немотивированно стойкое снижение аппетита;
- 3) явления желудочного дискомфорта;
- 4) беспричинно прогрессирующее похудание;
- 5) психическая депрессия;

ПОЗДНИЕ СИМПТОМЫ:

- 1 **Боль в эпигастрии** наблюдается у 70% больных. **Боли опоясывающего характера** - при прорастании опухоли в поджелудочную железу.
- 2 **Анорексия** (отсутствие аппетита) и **похудание** (70- 80% больных);.
- 3 **Тошнота и рвота** при поражении дистальных отделов желудка. **Рвота** - результат обструкции привратника опухолью. **Регургитация** - при прорастании опухоли в нижней трети пищевода.
- 4 **Дисфагия.**
- 5 **Чувство раннего насыщения.**
- 6 **Желудочно-кишечное кровотечение** (около 10% больных).
- 7 **Virховский MTS** - л/у в левой надключичной области.
- 8 **MTS Кругенберга – MTS в яичники.**
- 9 **Слабость и утомляемость** (при кровопотере и анемии).

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ЛАБОРАТОРНЫЕ:** желудочная секреция, цитология, клинический анализ крови, биохимический анализ крови.
- **ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ:** ФГДС, рентгеноскопия, УЗИ (в т.ч.эндоУЗИ), диагностическая лапароскопия.

- **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**
- **Лабораторные данные**

КРОВЬ:

**ГИПОХРОМНАЯ АНЕМИЯ
ОЛИГОЦИТЕМИЯ
ГИПО- И ДИСПРОТЕИНЕМИЯ
УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ**

ЖЕЛУДОЧНОЕ СОДЕРЖИМОЕ:

**ПАДЕНИЕ СЕКРЕЦИИ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ
И ПЕПСИНА**

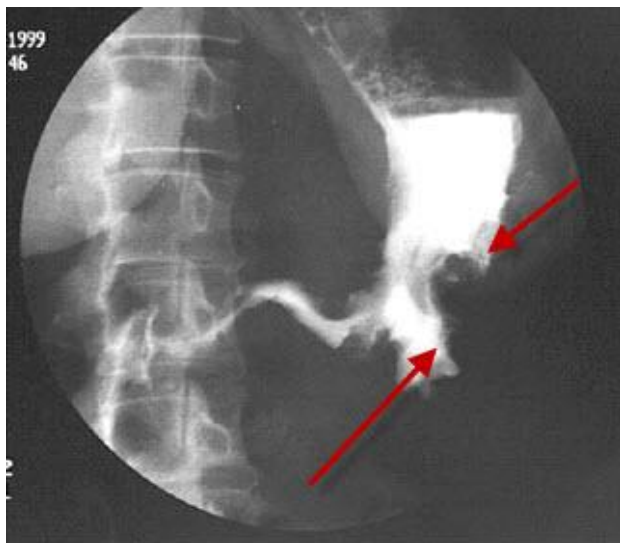
**ПОВЫШЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА И
АМИНОКИСЛОТ**

КАЛ:

**ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ПРОБЫ НА СКРЫТУЮ
КРОВЬ (пробы Грегерсена и Деен-Вебера)**

Инструментальная диагностика

- ФЭГДС;
- Рn-графия желудка, депо наполнения в центре опухолевого дефекта наполнения;
- Гистологическое исследование прицельно взятого материала;
- Цитологическое исследование биоптата.



КЛИНИКА ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

ЗАВИСИТ ОТ ЛОКЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ

- *Антральный отдел – тошнота, рвота застойным содержимым и съеденной накануне пищей.*
- *Кардиальный отдел – дисфагия.*
- *Тело желудка – слабость, потеря массы тела, плохой аппетит, отвращение к пище, боли.*

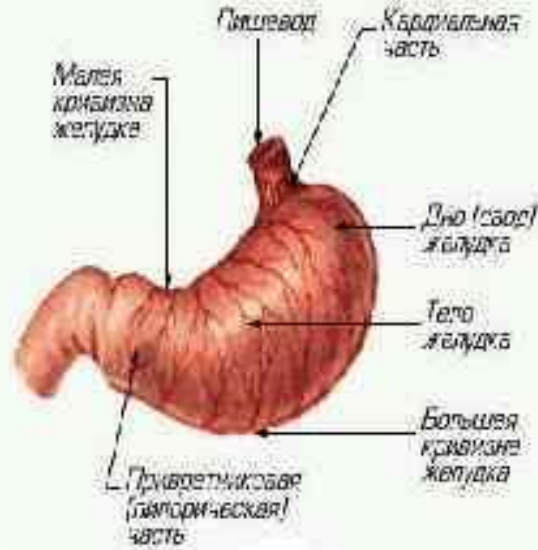
31. Рак кардиального отдела желудка: особенности , лечение



- ▣ Дисфагия
- ▣ Боль за грудиной
- ▣ Пищеводная рвота
появляется сразу после
2-3 глотков,
необильная,
непереваренной пищей
- ▣ Резкое похудание

4. Рак выходного отдела желудка

Развивается картина стеноза выходного отдела желудка (признаки нарушения эвакуации из желудка):



- чувство тяжести, полноты,
- отрыжка пищей,
- быстрая потеря массы тела, истощение,
- обезвоживание организма,
- рвота, съеденной накануне пищей

Осложнения рака желудка

- ▣ Кровотечение
- ▣ Перфорация, перитонит
- ▣ Стеноз выходного отдела желудка
- ▣ Прорастание в соседние органы- пищевод, ПДЖ, селезенку, печень, поперечно-ободочную кишку
- ▣ Механическая желтуха- при сдавлении желчевыводящих путей метастазами в ворота печени
- ▣ Асцит- при канцероматозе брюшины

25. операции и показания к ним

«Хирургическое вмешательство является главным способом лечения больных раком желудка»

Операции подразделяются на:

- **радикальные**
- **паллиативные**
- **эксплоративные**

симптоматы.



Легкие

- операция*
- химиотерап.*
- муз. терапия*

Современный подход к лечению рака желудка в мире представлен следующим:

1. Резекция
2. Лимфодиссекция
3. Реконструкция

ОСНОВНЫЕ РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

- ДИСТАЛЬНАЯ СУБТОТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА;
- ГАСТРЭКТОМИЯ;
- ПРОКСИМАЛЬНАЯ СУБТОТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА.

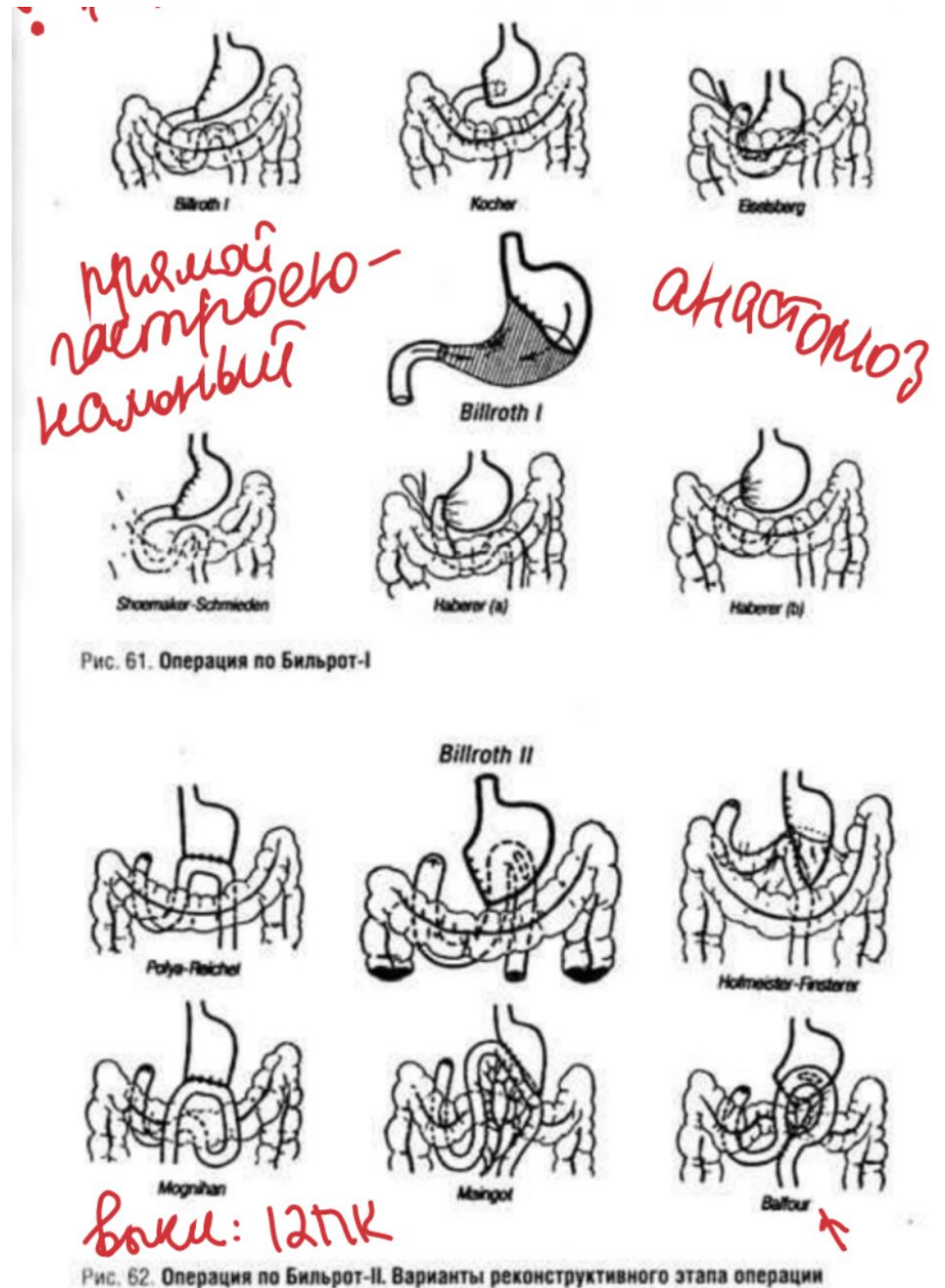


Рис. 61. Операция по Бильрот-I

Рис. 62. Операция по Бильрот-II. Варианты реконструктивного этапа операции

ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ

при невозможности хир. удаления
невозм. остановить рост опухоли

Гастроэнтероанастомоз;

Гастростомия; ! стома и кишечная блока

Еюностомия;

Паллиативная резекция;

Паллиативная гастрэктомия;

Удаление метастазов.



Симптоматич.
терапия

желтуха - аргент.
исслед. и протокол

гастростомия

! стентирование
(кард, пилориз. стент)

тампоная резекция

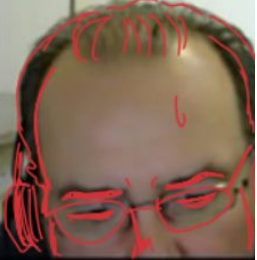
ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

- **высокая радиорезистентность** рака желудка ограничивает применение лучевой терапии;
- ЛТ рака желудка в основном проводят **при локально контролируемых формах РЖ;**
- Может проводиться в пред- интра- и послеоперационном периоде

ХИМИОТЕРАПИЯ

- рак желудка является **химиорезистентной** опухолью;
- системная внутривенная химиотерапия малоперспективна в связи с низкой концентрацией препаратов в опухоли;
- более эффективна регионарная внутриартериальная, внутрибрюшинная и местная ХТ (вводится цитостатик в опухоль);
- применяются модифицирующие факторы: гипо- и гипертермия, гипергликемия, вихревые магнитные поля и др.

неадекватная химиотерапия (от резекции)



если
Метастазы:
- М
- гематив.

1 курс - 1 мес
~ 2100 перерыв.

Лимфоузлы
(каротиды: 5-6Гр)
(40-50Гр)

Бобик устал, Бобик хочет

(Это мой Кирюша)

гулять

