

Рак желудка- злокачественная опухоль, развивающаяся из эпителия слизистой оболочки желудка. Является одной из самых распространенных злокачественных опухолей человека, уступая лишь раку легких у мужчин и раку молочной железы у женщин. Ежегодно в РФ регистрируют около 38 тыс. новых случаев рака желудка и более 33 тыс. больных умирает от этого заболевания.

Мужчины заболевают в 1,3 раза чаще женщин, пик заболеваемости приходится на возраст старше 70 лет.

Классификация МКБ-10

C16 Злокачественное новообразование (ЗНО) желудка.

C16.0 ЗНО кардии.

C16.1 ЗНО дна желудка.

C16.2 ЗНО тела желудка.

C16.3 ЗНО преддверия привратника.

C16.4 ЗНО привратника.

C16.5 ЗНО малой кривизны желудка неуточнённой части.

C16.8 ЗНО большой кривизны желудка неуточнённой части.

C16.8 Поражение желудка, выходящее за пределы вышеуказанных областей.

C16.9 ЗНО желудка неуточнённой локализации.

Международная гистологическая классификация (ВОЗ 2010)

- Папиллярная аденокарцинома.
- Тубулярная аденокарцинома:
высокодифференцированная;
умеренно дифференцированная.
- Низкодифференцированная аденокарцинома.
- Муцинозная аденокарцинома.
- Перстневидноклеточная аденокарцинома.
- Железистоплоскоклеточный рак.
- Плоскоклеточный рак.
- Карциносаркома
- Хориокарцинома.
- Недифференцированный рак.
- Другие формы рака.

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 щеточной 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.

Стадирование рака желудка по системе TNM7 (2009)

Согласно 7-му изданию международной классификации TNM опухоли, исходящие из кардиоэзофагеального перехода, а также опухоли, расположенные ближе 5 см от карди-эзофагеального перехода и распространяющиеся на него, стадируются по системе TNM для рака пищевода.

Для опухолей остальных локализаций действует следующая классификация.

T –первичная опухоль Tx Первичная опухоль не может быть оценена

T0 Данных о наличии первичной опухоли не выявлено

Tis Карцинома insitu (опухоль в пределах слизистой без инвазии собственной пластинки)\ Тяжелая дисплазия

T1 Собственная пластинка или мышечная пластинка слизистой оболочки, подслизистый слой

T1a Собственная пластинка или мышечная пластинка слизистой оболочки

T1b Подслизистый слой

T2 Мышечный слой

T3 Субсероза без инвазии в висцеральную брюшину или прилежащие структуры; также к опухолям этой группы относятся опухоли с инвазией желудочно-ободочной и желудочно-печеночной связки, большого и малого сальников без поражения висцеральной брюшины

T4 Серозная оболочка (висцеральная брюшина) или соседние структуры

T4a Серозная оболочка (висцеральная брюшина)

T4b Соседние структуры, такие как селезенка, поперечная ободочная кишка, печень, диафрагма, поджелудочная железа, передняя брюшная стенка, надпочечник, почка, тонкая кишка, забрюшинное пространство.

**N –лимфатические узлы Nx Регионарные лимфатические узлы не могут
быть оценены**

| | |
|----|--------------------------------------------------|
| N0 | Нет метастазов в регионарных лимфатических узлах |
| N1 | От 1 до 2 пораженных лимфатических узлов |
| N2 | От 3 до 6 пораженных лимфатических узлов |
| N3 | 7 и более пораженных лимфатических узлов |

Для определения символа N необходимо исследовать не менее 15 удаленных лимфатических узлов

M - отдаленные метастазы

| | |
|----|-------------------------------|
| M0 | Нет отдаленных метастазов |
| M1 | Наличие отдаленных метастазов |

Группировка по стадиям

| | | | |
|-------------|---------|---------|----|
| Стадия 0 | Tis | N0 | M0 |
| Стадия IA | T1 | N0 | M0 |
| Стадия IB | T2 | N0 | M0 |
| | T1 | N1 | M0 |
| Стадия IIA | T3 | N0 | M0 |
| | T2 | N1 | M0 |
| | T1 | N2 | M0 |
| Стадия IIB | T4a | N0 | M0 |
| | T3 | N1 | M0 |
| | T2 | N2 | M0 |
| | T1 | N3 | M0 |
| Стадия IIIA | T4a | N1 | M0 |
| | T3 | N2 | M0 |
| | T2 | N3 | M0 |
| Стадия IIIB | T4b | N0, N1 | M0 |
| | T4a | N2 | M0 |
| | T3 | N3 | M0 |
| Стадия IIIC | T4b | N2, N3 | M0 |
| | T4a | N3 | M0 |
| Стадия IV | Любое T | Любое N | M1 |

Необходимый минимум обследования для постановки диагноза, определения клинической стадии и выработки лечебного плана должен включать в себя следующие процедуры:

- Анамнез и физикальный осмотр
- Эндоскопия верхних отделов ЖКТ с биопсией
- Гистологическое, цитологическое исследование биопсийного материала
- Рентгенография желудка
- УЗИ органов брюшной полости либо КТ органов брюшной полости с пероральным и внутривенным контрастированием*
- Рентгенография грудной клетки либо КТ органов грудной клетки с внутривенным контрастированием*
- УЗИ шейно-надключичных областей
- Развернутый клинический и биохимический анализы крови
- ЭКГ
- Онкомаркеры РЭА, СА 72-4
- Оценка нутритивного статуса
- Анализ биоптата опухоли на HER2-неу, если диагностированы или заподозрены отдаленные метастазы аденокарциномы.

*КТ органов брюшной полости и грудной клетки является стандартом уточняющей диагностики при раке желудка в большинстве развитых стран. На практике данные исследования могут быть отчасти заменены комплексным УЗИ органов брюшной полости и рентгенографией грудной клетки в двух проекциях у пациентов с небольшой местной распространенностью опухолевого процесса (С).

Дополнительные исследования, выполняемые при наличии клинических показаний:

-УЗИ/КТ или МРТ малого таза

- Эндосонография (обязательна при планировании эндоскопического лечения)

- Остеосцинтиграфия

- Биопсия метастазов под контролем УЗИ/КТ

- Лапароскопия (желательна у пациентов, кому планируется гастрэктомия/ резекция желудка не с паллиативной целью. См. разделы 4. "Выбор метода лечения с учетом стадии заболевания" и 5.2 "Хирургическое лечение").

При подготовке к хирургическому лечению с целью оценки функционального статуса по показаниям проводят дополнительные функциональные тесты: эхокардиографию, холтеровское мониторирование, исследование функции внешнего дыхания, УЗДГ сосудов, исследование свёртывающей системы крови, анализы мочи, консультации врачей-специалистов (кардиолога, эндокринолога, невропатолога и т.п.).

Выбор метода лечения с учетом стадии заболевания. Прогностические группы

Основным методом радикального лечения больных раком желудка является хирургическое вмешательство, дополняемое адьювантной/неоадьювантной терапией согласно принятым критериям (см. ниже). Выбор лечебной тактики определяется распространённостью опухолевого процесса (стадией). Условно все больные могут быть разделены на три прогностические группы:

1. Ранний рак желудка 0-IA стадии (Tis–T1N0M0). Особенностью данной группы является благоприятный прогноз (5-тилетняя выживаемость более 90%) и возможность применения органосохранных и функционально-щадящих способов лечения (эндоскопическая резекция слизистой, экономные резекции желудка) без потери его эффективности **(IB)**.

2. Резектабельный локализованный и местнораспространенный рак желудка IB–III стадий (T2-4N0-3M0). Все больные данной группы подлежат радикальному хирургическому или комбинированному лечению. Прогноз существенно различается в зависимости от стадии заболевания.

3. Нерезектабельный и генерализованный рак желудка:

- Рак желудка IV стадии (M1);
- Нерезектабельный местнораспространённый рак желудка;
- рак желудка на фоне тяжёлой сопутствующей патологии (функционально неоперабельный).

Больные данной группы подлежат паллиативному лекарственному лечению либо симптоматической терапии.

Хирургическое лечение

Абсолютные онкологические противопоказания к операции на желудке при раке:

- множественные метастазы в печени, лёгких;
- метастазы в лимфатических узлах средостения, надключичных и шейных лимфатических узлах;
- распространённый карциноматоз брюшины (P2/P3).

При наличии указанных противопоказаний операцию в резекционном объеме выполняют только по витальным показаниям у больных с осложненным течением опухолевого процесса (перфорация, кровотечение, стеноз).

К относительным противопоказаниям можно отнести изолированное метастатическое поражение яичников, поражение парааортальных лимфатических узлов ниже уровня почечных сосудов .

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

Дистальная субтотальная резекция желудка (ДСРЖ) показана при раке антрального отдела желудка при отсутствии очагов тяжёлой дисплазии и рака *insitu* в остающейся части желудка . Допустимо выполнение дистальной субтотальной резекции, если опухоль имеет экзофитную или смешанную формы роста (I-II типы по Borrmann), представлена кишечным типом с распространением на нижнюю треть тела желудка ;

Лимфатические узлы, не удаляемые при данной операции (левые паракардиальные, узлы в воротах селезёнки), при раке нижней трети желудка поражаются крайне редко .

Проксимальная субтотальная резекция желудка (ПСРЖ) показана при раке кардиоэзофагеального перехода, а также при небольших опухолях раке 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 .

Вмешательство на лимфатических путях – лимфаденэктомия.

Поражение регионарных лимфатических узлов при раке желудка — один из ведущих прогностических факторов. Общая частота лимфогенного метастазирования при раке желудка достигает 47,7% и напрямую зависит от глубины инвазии. При опухолях T1 частота поражения лимфатических узлов не превышает 10–15%, а при опухолях категории T4b достигает 90%. Наиболее часто при раке желудка поражаются лимфатические узлы 1-го и 2-го порядка (№ 1–11) — 15,7 и 20,3% соответственно .

Болезни оперированного желудка (БОЖ) - следствие хирургического вмешательства, при котором меняются анатомо-физиологические соотношения и взаимосвязи органов пищеварения, а также нарушаются нейрогуморальные взаимодействия пищеварительного тракта с другими внутренними органами и системами.

Общие предпосылки к возникновению болезней оперированного желудка:

- сопутствующие болезни желудочно-кишечного тракта, которые могут снижать - компенсаторные возможности организма и создавать благоприятные условия для развития БОЖ;
- характер проведенной операции (объем и способ резекции желудка, селективность и полнота ваготомии);
- предшествующее состояние диффузной нейроэндокринной системы, в первую очередь уровень гастроинтестинальных гормонов, регулирующих деятельность желудочно-кишечного тракта (холецистокинина, энкефалинов, вазоактивного интестинального полипептида, мотилина и др.);
- генетические факторы;
- факторы окружающей среды (вредные привычки, особенности питания и образа жизни), которые могут сказаться на возможности адаптации в новых условиях.

Постгастрорезекционные расстройства (функциональные):

- 1) демпинг-синдром;
- 2) гипогликемический синдром;
- 3) синдром приводящей петли;
- 4) пептические язвы анастомоза;
- 5) постгастрорезекционная дистрофия;
- 6) постгастрорезекционная анемия.

Постгастрорезекционные расстройства (органические):

связанные с механическими факторами (дефект операции), - механический синдром приводящей петли, анастомозит, нарушение функций межкишечного соустья и т. д.; расстройства, в основе которых лежит воспалительный процесс - язва культи желудка и анастомоза, холецистит, гепатит, панкреатит, энтероколит.

Постваготомический синдром:

- 1) дисфагия;
- 2) гастростаз;
- 3) рецидив язвы;
- 4) диарея;
- 5) демпинг-синдром.

К91.1

Синдромы оперированного желудка