

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реферат на тему: Рак желудка

Выполнила:ординатор Гусейнова Замина Эйнулла кызы

Руководитель: д.м.н.,доцент заведующий кафедрой
онкологии и лучевой терапии с курсом ПО Зуков Р.А.

Красноярск 2017

Содержание:

- 1.Эпидемиология
- 2.Этиология
- 3.Факторы риска
- 4.Классификация макроскопическая и гистологическая
- 5.Классификация по TNM
- 6.Клинические проявления
- 7.Диагностика
- 8.Лечение
- 9.Прогноз

Эпидемиология.

Рак желудка по заболеваемости и смертности занимает второе место среди всех злокачественных опухолей. У мужчин карциному желудка выявляют в 2 раза чаще, чем у женщин. Типичный возраст - 50-75 лет.

Этиология.

Причина заболевания неизвестна. Отмечают повышение частоты рака среди членов одной семьи (на 20%), а также среди лиц с группой крови А, что предполагает наличие генетического компонента. Определенное этиологическое значение имеют хронические заболевания слизистой желудка, дефицит витамина С, консерванты, нитрозамины.

Факторы риска.

Диета: считается, что употребление соленой, копченой, острой пищи повышает риск развития рака желудка. Находящиеся в пище нитроамины в желудке могут преобразовываться в канцерогены.

Окружающая среда: повышенный риск развития рака желудка отмечается у лиц контактирующих с асбестом, никелем, у рабочих на производстве резины. Считается, что инфекция *Helicobacter pylori* также повышает риск заболевания.

Употребление алкоголя и табака на развитие рака желудка статически не доказано.

Наличие А группы крови - имеет историческое значение, поскольку эпидемиологическими исследованиями не было подтверждено это утверждение.

Язвенная болезнь. Часто происходит малигнизация длительно существующих каллезных язв.

Полипы и полипоз желудка. Все полипы кроме железистой аденомы не являются предраковыми состояниями. Все полипы желудка должны быть исследованы гистологически, и все полипы размерами более 2 см должны быть удалены.

Риск развития рака желудка в 2.5 раза выше у лиц, перенесших ранее резекцию по поводу язвенной болезни. Рак развивается в пределах 15-40 лет после резекции.

Факторы риска по данным отечественных авторов:

1. Наследственность.
2. Неправильный режим питания, в том числе употребление в пищу соленой, острой и копченой пищи.
3. Предраковые заболевания.

Предраковые состояния.

1. Атрофический гастрит
2. Аденоматозные полипы желудка - частота малигнизации составляет 40% при полипах более 2 см в диаметре. Большинство полипов желудка - гиперпластические, и их не относят к предраковым заболеваниям.
3. Состояние после резекции желудка (особенно через 10-20 лет после резекции по Бильрот 2).
4. Иммунодефициты, особенно вариабельный не классифицируемый иммунодефицит (риск карциномы - 33%)
5. Пернициозная анемия

Предраковые заболевания желудка.

1. Атрофический гастрит
2. Аденоматозные полипы и полипоз желудка

3. Хроническая каллезная язва желудка

Классификация. Макроскопически выделяют:

1. Полиповидный рак (экзофитный) - в виде полипа
2. Блюдцеобразный рак (экзофитный) - так как опухоль разрушается в центре, то образуется форма блюдца - подрытые, большие края с кратером в центре.
3. Язвенно-инфильтративный
4. Диффузно-инфильтративный (linitis plastica, пластический лinitит). При этой форме заболевания наблюдается распространенная опухолевая инфильтрация слизистой и подслизистой оболочек.

Гистологически выделяют следующие типы злокачественных опухолей желудка:

1. Аденокарцинома - наиболее частая форма (95%)
 - * Папиллярная аденокарцинома представлена узкими или широкими эпителиальными выростами на соединительнотканной основе
 - * Тубулярная аденокарцинома - разветвленные трубчатые структуры, заключенные в строму.
 - * Муцинозная аденокарцинома - содержит значительное количество слизи.
 - * Перстневидно-клеточный рак. Клетки опухоли содержат много слизи.
2. Неходжкинские лимфомы, лейомиосаркома, недифференцированная саркома - менее 1%.

TNM классификация

T первичная опухоль

TX недостаточно данных для оценки первичной опухоли

T0 первичная опухоль не определяется

Tis преинвазивная карцинома: интраэпителиальная опухоль без инвазии собственной оболочки слизистой

T1 опухоль инфильтрирует стенку желудка до подслизистого слоя

T2 опухоль прорастает серозную оболочку до субсерозной оболочки

T3 опухоль прорастает серозную оболочку (висцеральную брюшину) без инвазии в соседние структуры

T4 опухоль распространяется на соседние структуры

N регионарные лимфатические узлы

NX недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов

N0 нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов

N1 имеются метастазы в перигастральных лимфатических узлах не далее 3-х см от края первичной опухоли

N2 имеются метастазы в перигастральных лимфатических узлах на расстоянии более 3-х см от края первичной опухоли или в лимфатических узлах, располагающихся вдоль левой желудочной, общей печеночной, селезеночной или чревной артерий.

M отдаленные метастазы

Группировка по стадиям.

СТАДИЯ 0 Tis N0 M0

СТАДИЯ 1A T1 N0 M0

СТАДИЯ 1B T1 N0 M0

СТАДИЯ 2 T1 N1 M0

T2 N2 M0

T3 N0 M0

СТАДИЯ 3 А Т2 N2 M0

Т3 N1 M0

Т4 N0 M0

СТАДИЯ 3Б Т3 N2 M0

Т4 N1 M0

СТАДИЯ 4 Т4 N2 M0

Любая Т Любая N M1

Клинические проявления

Жалобы.

1. Боль в эпигастральной области наблюдается у 70% больных.
2. Анорексия и похудание характерны для 70-80% больных.
3. Тошнота и рвота при поражении дистальных отделов желудка. Рвота - результат обструкции привратника опухолью, но может быть следствием нарушенной перистальтики желудка.
4. Дисфагия при поражении кардиального отдела
5. Чувство раннего насыщения. Диффузный рак желудка часто протекает с чувством быстрого насыщения, так как стенка желудка не может нормально растягиваться.
6. Желудочно-кишечное кровотечение при карциномах желудка происходит редко (менее 10% больных).
7. Пальпируемый в левой надключичной области лимфатический узел указывает на метастаз.
8. Слабость и утомляемость возникают вторично (в том числе при хронической кровопотере и анемии).

Диагностика.

Жалобы.

Данные осмотра.

Лабораторные данные.

Данные инструментального исследования.

Жалобы

Данные осмотра.

Как правило, данные, полученные во время физикального исследования, свидетельствуют о поздних стадиях заболевания:

1. При пальпации живота определяется образование в эпигастральной области.
2. Пальпация в надключичной области Вирховского узла (Virchow's node).
3. Пальпация узла в левой подмышечной области - узла Айриша (Irish's node).
4. Шум плеска при пальпации желудка (при раке пилороантрального отдела).
5. При ректальном исследовании можно определить наличие выступа Блюмера (Blumer's shelf) или метастаза Шницлера. Также можно обнаружить опухоль яичника - метастаз Крукенберга.

Данные лабораторного исследования.

В крови нередко определяют карциноэмбриональный антиген, а также увеличение активности бета-глюкуронидазы в секрете желудка. Ахлоргидрия в ответ на максимальную стимуляцию при язве желудка указывает на злокачественное изъязвление.

Данные инструментального исследования.

Рентгенологическое исследование.

Серийные снимки верхнего отдела ЖКТ позволяют выявить новообразование, язву или

утолщенный нерастяжимый желудок в виде "кожаного мешка" (диффузный рак желудка). Одновременное контрастирование воздухом увеличивает информативность рентгенологического исследования.

Эндоскопия (фиброгастродуоденоскопия).

Эндоскопия и с биопсией и цитологическим исследованием обеспечивает 95-99% диагностику рака желудка.

Лапаротомия.

Является первичной процедурой для установления стадии заболевания и возможности радикальной операции.

УЗИ и КТ

УЗИ и КТ брюшной полости необходимы для выявления метастазов в печень, брюшину и т.д.

Лечение.

Лечение рака желудка зависит от распространенности опухоли в желудке, степени поражения регионарных лимфатических узлов и наличия отдаленных метастазов.

Основным методом лечения является хирургическое лечение, однако, также применяют сочетание химиотерапии и хирургического лечения, химиотерапии и лучевого лечения.

Хирургическое лечение.

Операция является средством выбора. 5-летняя выживаемость наблюдается в 12% случаев. При поверхностной локализации опухоли может достигать 70%. При раке в язве желудка прогноз несколько лучше (5-летняя выживаемость составляет 30-50%).

Субтотальная дистальная резекция желудка.

Выполняется при локализации опухоли в дистальных отделах желудка, вместе с желудком удаляют большой и малый сальник, регионарные лимфоузлы.

Субтотальная проксимальная резекция желудка с большим и малым сальниками, регионарными лимфоузлами при поражении кардиального отдела желудка.

Гастрэктомия выполняется при поражении тела желудка или при инфильтративных опухолях, расположенных в любом из его отделов.

Комбинированная гастрэктомия при контактном прорастании опухоли в смежные органы (например, в поджелудочную железу). Выполняют удаление их в едином блоке.

Удаление регионарных лимфатических узлов при операциях по поводу рака желудка ведет к увеличению продолжительности жизни больных, поэтому лимфаденэктомия показана всем больным.

Паллиативная резекция желудка показаны при развитии стеноза желудка или кровотечения из распадающейся опухоли.

Химиотерапия.

Химиотерапия подавляет злокачественный рост в 25-40% случаев, но мало влияет на продолжительности жизни. Вопрос о целесообразности адъювантной терапии после оперативного

лечения потенциально курабельных опухолей достаточно спорен; однако, при применении схема ФАМ (5-фторурацил, адриамицин, митомицин) достигнут определенный положительный эффект.

Лучевая терапия.

Используется только интраоперационная лучевая терапия, которая повышает 5-летнюю выживаемость у пациентов с раком желудка 2-3 стадии (по данным японских авторов).

Рандомизированное исследование американского национального института рака (www.nih.gov/icd) не показало увеличения 5-летней выживаемости при использовании интраоперационного облучения.

Стандартным подходом в лечении рака желудка в США является следующая схема (Philip Rubin, Clinical Oncology, 1993).

Стадия Хирургическое лечение Лучевая терапия Химиотерапия

1 стадия T1 N2 M0 T1N1M0 T2 N0M0 Радикальная резекция желудка и удаление регионарных лимфатических узлов Не рекомендована Не рекомендована

2 стадия T1N2M0, T2 N1 T3 N0 Радикальная резекция желудка и удаление регионарных лимфатических узлов Не рекомендована Не рекомендована

3 стадия T2 N2 T3 N1 T4 N0 T3 N2 T4 N1 Радикальная резекция желудка и удаление регионарных лимфатических узлов Адьювантная лучевая терапия 45-50 гр МАС - multiagent chemotherapy

4 стадия T4 N2 M1 Радикальная резекция желудка и удаление регионарных лимфатических узлов Адьювантная лучевая терапия 45-50 гр Паллиативная лучевая терапия по выбранным точкам 45-50 гр МАС

Прогноз.

Прогноз после оперативного лечения в значительной степени зависит от глубины прорастания опухоли стенки желудка, степени поражения регионарных лимфатических узлов и наличия отдаленных метастазов, но прогноз в целом остается достаточно плохим. Если опухоль не прорастает серозную оболочку желудка при невовлеченности регионарных лимфатических узлов, то 5-летняя выживаемость у таких пациентов составляет приблизительно 70%. Это значение катастрофически снижается, если опухоль прорастает серозную оболочку или поражает регионарные лимфатические узлы. Ко времени постановки диагноза лишь только у 40% пациентов имеется потенциально курабельная опухоль.

Использованная литература.

1. Классификация злокачественных опухолей. Издание четвертое, дополненное, исправленное.
2. Атлас онкологических операций под редакцией В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса, 2008 г
3. Атлас онкологических операций под редакцией Петерсона Б.Е. М., 1987.
4. Хирургия, руководство для врачей и студентов, под редакцией В.С. Савельева. Геоэтар медицина, 1997 год.