

**Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»**



«Утверждено»
на заседании №1 кафедры онкологии
Заведующий кафедры
д.мед.н., профессор Баштан В.П.
« ____ » _____ 2018р.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ**

<i>Учебная дисциплина</i>	<i>Онкология</i>
<i>Модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Смысловой модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Тема занятия</i>	Рак желудка
<i>Курс</i>	<i>V</i>
<i>Факультет</i>	<i>Медицинский №1, №2</i>

Полтава - 2018

Тема: Рак желудка

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Рак желудка остается одним из самых частых заболеваний в мире. Ежегодно регистрируется до 800 тыс. новых случаев и 630 тыс. смертей от этого заболевания. Страны „лидеры” - Япония, Россия, Чили, Китай (40% всех случаев). В США ежегодно регистрируется 24 тыс. новых больных. В Японии заболеваемость у мужчин составляет 78 и у женщин 33 случая на 100 тыс. населения. На Украине заболеваемость на рак желудка в последние годы уменьшилась, но остается наивысшей среди опухолей органов пищеварения и составляет сейчас 24 на 100 тыс. населения. По общему числу больных эта патология занимает 3 ранговое место среди всех злокачественных новообразований. Мужчины болеют чаще, соотношение составляет 3:1. При этом в 40-60 % больных оказываются в III-IV стадии болезни. (Для сравнения в Японии у 50% пациентов обнаруживают ранний рак). Среди первичных больных, радикальное лечение возможно выполнить не более чем в 17-25% заболевших. Остальным больным проводится паллиативное или симптоматическое лечение.

2. КОНКРЕТНЫЕ УЧЕБНЫЕ ЦЕЛИ

Знать

1. Этиологию, патогенез рака желудка
2. Клиническую классификацию
3. Обязательные методы обследования больных
4. Сопутствующую патологию
5. Основные методы лечения больных раком желудка
6. Знать группы риска

Уметь

1. Провести общее объективное и специальное обследование больных
2. Определить значение дополнительных методов обследования у больных
3. Назначить индивидуальное лечение больных раком желудка в зависимости от стадии
4. Назначить профилактические мероприятия по борьбе с этой патологией

Практические навыки по теме:

- осмотр и пальпация больных
- пальпация аксиллярных и шейных лимфоузлов
- прямокишечное исследование
- знать как проводится фиброгастроскопия
- уметь читать рентгенограммы при рентгеноскопии и рентгенографии

- ультразвуковое исследование
- составить план лечения больного раком желудка

3.1. Базовые знания, умения, навыки необходимые для изучения темы (междисциплинарная интеграция)

Дисциплина	Знать	Уметь
Анатомия	Строение желудка, кровоснабжение, лимфоотток	
Пат. анатомия	Морфологические изменения при предраковых заболеваниях и состояниях в слизистом слое желудка, гистологические варианты злокачественного процесса	Оценивать результаты цитологического и гистологического исследования
Общая хирургия и терапия	Методы физикального, лабораторного и инструментального обследований желудка. Объем и принципы хирургического лечения заболеваний желудка.	Проводить физикальное и клиническое обследование больных раком желудка. Уметь читать рентгенограммы при рентген обследовании желудка

4. Задание для самостоятельной работы во время подготовки к занятию

4.1. Перечень основных сроков, параметров, характеристик которые должен знать студент.

Терминология

Русский язык	Латинский язык
Рак желудка	Cancer ventriculi
Язва желудка	Ulcus ventriculi
Метапластический гастрит	Gastritis metaplasticus
Аденоматозный полип	Polypus adenomatosis
Множественный полипоз желудка	Polyposis ventriculi multus
Культя желудка	Cucsa ventriculi
Железисто-плоскоклеточный рак	Planae epithelialae
Поджелудочная железа	Pancreas

4.2. Теоритические вопросы к занятию

1. Какое место занимает заболевание раком желудка среди всей онкопатологии (и отдельно у женщин и мужчин)
2. Кровоснабжение желудка.
3. Лимфоотток.
4. Какая гистологическая структура опухолей желудка встречается чаще всего.
5. В какие органы чаще всего метастазирует рак желудка.
6. На основании каких обследований возможно поставить диагноз “рак желудка”
7. Что такое „браш” биопсия
8. Назовите симптомы характерные для понятия „ранний рак желудка”
9. От чего зависит прогноз у больных раком желудка
10. Какие виды лечения применяются при опухолях желудка

4.3. Перечень учебных практических заданий которые необходимо усвоить на практическом занятии

- осмотр и пальпация больных
- пальпация аксиллярных и шейных лимфоузлов
- прямокишечное исследование
- знать как проводится фиброгастроскопия
- уметь читать рентгенограммы при рентгеноскопии и рентгенографии
- ультразвуковое исследование
- составить план лечения больного раком желудка

Профессиональные алгоритмы относительно овладения навыками и умениями.

Задание:

1. Провести осмотр больного с подозрением на рак желудка

Примечание: обратить внимание на общее состояние больного, особенности при пальпации живота, наличие увеличенных лимфоузлов.

2. Принять участие в эндоскопическом обследовании больного (гастроскопии)

Примечание: Обратить внимание на состояние слизистой желудка

3. Прочитать рентгенограмму желудка.

Примечание: обратить внимание на форму органа, наличие и количество складок, эвакуацию контраста .

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ.

Этиология

Причины возникновения рака желудка окончательно не выясненная. В эксперименте доказана возможность искусственного воссоздания некоторых опухолей желудка (папиломы, рак) с помощью химических канцерогенов. Важной является роль питания: больше способствует раку желудка углеводная пища, недостаток витаминов в еде, особенно витамина А, аскорбиновой кислоты. Высокая заболеваемость наблюдается в районах с высоким содержанием нитратов в грунте, воде, еде. Нитраты во время взаимодействия с аминами в желудке образуют нитрозамины, канцерогенное влияние, которых доказано. Нитрозамины образуются при сниженной кислотности желудочного сока. Высокий риск заболеть на рак желудка у лиц, которые начали курить в молодом возрасте. Заболеваемость раком желудка среди курильщиков вчетверо выше, чем в тех, которые не курят. Употребление соленых продуктов увеличивает риск заболевания в несколько раз, а употребление молока и свежих овощей уменьшает риск на 30%.

Большую роль играет генетический фактор. Установлено, что у кровных родственников и среди лиц с группой крови А (II) рак желудка встречается значительно чаще (на 20%), чем у больных контрольной группы. Определенное этиологическое значение имеют хронические заболевания слизистой оболочки желудка, дефицит витамина С, консерванты, нитрозамины.

Предраковые состояния:

- Пернициозна анемия
- Атрофический гастрит
- Состояние после резекции желудка (особенно через 10-20 лет после резекции по Бильрот-II)
- Аденоматозные полипы желудка (частота малигнизации составляет 40% при полипах >2 см в диаметре). Большинство же полипов желудка гиперпластические, их не относят к предраковым состояниям
- Иммунодефициты, (риск карциномы - 33%)
- Инфицирование *Helicobacter pylori* (фоновая инфекция).

Регенерация клеток слизистой происходит на протяжении 2-х дней, замена эпителиального слоя – 4-8 дней. Возникновению рака предшествует повышенная регенерация клеток, развитие кишечной метаплазии эпителия. Пролиферация увеличивается с нарастанием процессов атрофии. Частота перерождения полипов в рак желудка зависит от размеров, гистологического строения. Гранулематозные полипы возникают как реакция на раздражение слизистой оболочки и не имеют отношения к опухолевому процессу.

Морфологически предраковые состояния характеризуются пролиферативными изменениями в эпителии с нарушением созревания клеток, которое называется дисплазией. Различают **три степени дисплазии**.

При **I степени** эпителий отличается от нормального только тенденцией к пролиферации. Дисплазия **II степени** характеризуется явной атипией

клеток в глубоких слоях эпителия. Нарушение структуры всего эпителиального слоя с атипией клеток свидетельствует о наличии дисплазии **III степени.**

Дисплазию эпителия можно обнаружить во время морфологического исследования разных предраковых (фоновых) состояний (гастритов, полипов, язв, слизистой оболочки культи желудка и тому подобное). Эти морфологические изменения реально повышают риск развития рака желудка, а лица с обнаруженными изменениями типа дисплазии нуждаются в пристальном диспансерном наблюдении и, если это необходимо, лечении.

Группы риска:

1. Лица, которым исполнилось 50 лет и старше
2. Лица, которые злоупотребляют курением и алкоголем
3. Работники определенных профессий (водители, работники промышленных предприятий)
4. Лица, родственники которых болели раком
5. Больные хроническими желудочными заболеваниями

Частота поражения разных отделов желудка разная. В нижней трети желудка (антральный отдел) локализация опухоли в 50% случаев, в средней – 15%, верхней – 25%, в том числе 10% случаев кардиоэзофагального отдела желудка.

Патологическая анатомия

Локализация и морфологическое строение опухоли определяет адекватность лечения и прогноз заболевания.

Макроскопические формы роста рака желудка:

I. Первичный рак.

А. Экзофитная форма:

- Блюдцевидный рак - наиболее характерный для желудка.
- Полипообразный рак - в желудке встречается редко и имеет лучший прогноз.

Б. Эндофитная (инфильтративная) форма:

- Язвенно-инфильтративный рак
- Диффузно инфильтративный рак - (*linitis plastica*, пластичный лinit).
При этой форме заболевания наблюдается распространенная опухолевая инфильтрация слизистой и подслизистой оболочек (скир, субмукозная и плоскоинфильтративная формы).

В. Мезофитная (смешанная) форма

II. Рак из полипа.

III. Рак из язвы.

Гистологическая классификация рака желудка

По данным ВОЗ (2003г.) чаще встречается гистологическая форма рака желудка - **аденокарцинома** (разной степени дифференцированности).

• **I. Аденокарцинома:**

• **Персневидно-клеточный рак** — клетки опухоли содержит много слизи.

II. Железисто-плоскоклеточный рак.

III. Плоскоклеточный рак.

IV. Недифференцированный рак.

V. Неклассифицированный рак.

Классификация раков желудка

(код **МКХ-10 C16**) по системе **TNM** (6-ое издание, 2002 год).

TNM Клиническая классификация

T — Первичная опухоль

Tx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли

T0 — первичная опухоль не определяется

Tis — carcinoma in situ: внутриэпителиальная опухоль без инвазии базальной мембраны

T1 — опухоль инфильтрирует базальную мембрану или подслизистый слой

T2 — опухоль инфильтрирует мускульный или субсерозный слой

T3 — опухоль прорастает серозную оболочку (висцеральную брюшину) без инвазии в соседние структуры^{1,2,3}

T4 — опухоль распространяется на соседние структуры^{1,2,3}

N — Регионарные лимфатические узлы

Nx — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов

N0 — нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов

N1 — обнаружены метастазы в 1-6 регионарных лимфатических узлах

N2 — обнаружены метастазы в 7-15 регионарных лимфатических узлах

N3 — обнаружены метастазы в больше, чем в 15 регионарных лимфатических узлах

M — Отдалены метастазы

Mx — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов

M0 — отдаленные метастазы не определяются

M1 — имеются отдалены метастазы

G — Гистопатологическая градация

Gx — Степень дифференциации не может быть определена

G1 — Высокая степень дифференциации

- G2** — Средняя степень дифференциации
G3 — Низкая степень дифференциации
G4 — Недифференцирована опухоль

Группирование за стадиями

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия IA	T1	N0	M0
Стадия IB	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Стадия II	T1	N2	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Стадия IIIA	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T4	N0	M0
Стадия IIIB	T3	N2	M0
Стадия IV	T4	N1, N2, N3	M0
	T1, T2, T3	N3	M0
	любое T	любое N	M1

Клиника

В ранней стадии развития рака желудка, клиническая картина его сложная, разнообразная и не имеет типичных признаков. Характерные симптомы рака желудка оказываются, как правило, на поздних стадиях заболевания. **А.И. Савицкий** предложил в клинической картине рака, выделять не отдельные “**подозрительные симптомы**”, а определил клинический “**синдром малых признаков**”, характеризующий местнораспространённый рак желудка, который противопоставленный общеизвестной “**большой**” клинике рака желудка, которая отображает, как правило, нередко завершающую фазу заболевания.

Синдром малых признаков” включает следующие группы симптомов:

- **изменение самочувствия больного**, которое выражается в появлении на протяжении последних недель или месяцев немотивированной общей слабости, снижения работоспособности, быстрой утомляемости.
- **психическая депрессия** - потеря радости жизни, интереса к окружающему, труду, апатия, отчужденность.
- **немотивованное стойкое снижение аппетита**, иногда полная потеря его, вплоть до отвращения к еде.
- **явления “желудочного дискомфорта”** - потеря физиологического чувства удовольствия от принятия еды, с одновременными неприятными местными

желудочными симптомами - ощущение переполнения желудка, распираания газами, чувства тяжести, иногда боль под грудью.

- **беспричинное прогрессирующее исхудание**, которое сопровождается бледностью кожных покровов и других явлений анемизации.

Симптоматика запущенного рака желудка

- **боль в эпигастрию** наблюдается в 70% больных.
- **анорексия** (отсутствие аппетита) и **исхудание** характерны для 70-80% больных.
- **тошнота и рвота** при поражении дистальных отделов желудка; рвота — результат обструкции привратника опухолью, но может быть следствием нарушенной перистальтики желудка.
- **дисфагия** при поражении кардиального отдела.
- **чувство раннего насыщения едой**; диффузный рак желудка часто протекает с чувством быстрого насыщения, потому что стенка желудка не может нормально растягиваться.
- **желудочно-кишечное кровотечение** при карциномах желудка происходит редко (менее 10% больных).
- **слабость и утомляемость** возникают вторично (в т.ч. при хронической кровопотере и анемии).

Диагностика

Для ранней диагностики рака желудка в той стадии заболевания, когда опухоль не выходит за пределы пораженного органа, врач должен умело и обязательно комплексно использовать все методы клинического обследования и знать ценность каждого из них.

Пальпация живота в положении больного на спине, на правой стороне и стоя (при локализации опухоли высоко на малой кривизне). В поздних стадиях рака желудка опухоль, которая оказывается при пальпации, может оказаться не основной первичной опухолью, а ее метастазами. Объективный осмотр нельзя считать законченным, если не будут обследованы места наиболее частого метастазирования: в левой надключичной ямке — метастаз **Вирхова**, в параректальном пространстве (при пальцевом прямокишечном исследовании) — метастаз **Шницлера**, у женщин в яичниках — метастаз **Крукенберга** и, наконец, метастаз в пупок (**сестры Джозеф**).

Метастазирование осуществляется лимфогенным, гематогенным, имплантационным и смешанными путями.

Имплантационный: карциноматоз брюшины. Гематогенные - метастаз Шницлера, метастаз в пупок, в яичники (Крукенберга), печень, легкие. Лимфогенный метастаз Вирхова (в левом надключичном участке). К регионарным принадлежат лимфоузлы вдоль малой и большой кривизны желудка, вдоль левой желудочной, общей печеночной и селезеночной артерий.

Анамнез рака желудка короткий, длится, как правило, несколько месяцев (3-6 мес.) редко может быть больше года. Из специальных методов диагностики основными есть эндоскопический и рентгенологический. Малые опухоли (до 2 см) рентгенологически не могут быть обнаружены.

Большое значение имеет исследование пневморельефа желудка при двойном и тройном контрастировании (пневмоперитонеум). Наиболее информативным для диагноза является эндоскопическое исследование. Во время эндоскопии всегда следует делать биопсию. С помощью этих двух исследований можно поставить правильный диагноз в 98% больных.

Ранний диагноз рака желудка можно определить путем профилактических осмотров (особенно групп риска).

Для уточнения диагноза используют вспомогательные методы обследования:

- фиброгастодуоденоскопия с обязательной биопсией
- рентгеноскопия с рентгенографией желудка
- УЗИ желудка
- компьютерная томография
- лапароскопия
- пункционная биопсия увеличенных лимфоузлов
- при необходимости диагностическая лапаротомия

Заключительный диагноз рака желудка возможно установить только применяя комплексную диагностику.

Дифференциальный диагноз следует проводить с такими заболеваниями:

- хронический гастрит
- язва желудка
- полипоз желудка

Принципы лечения

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

- **Операция** — метод выбора; При инфильтративной форме 5-летнее выживание наблюдается в 12% случаев. При поверхностной локализации опухоли 5-летнее выживание может достигать 70%. При раке - язве желудка прогноз немного лучший - 5-летнее выживание составляет 30-50%.
 - ✓ **Субтотальная дистальная резекция желудка** с большим и малым сальниками при локализации опухоли в дистальных отделах желудка.
 - ✓ **Субтотальная проксимальная резекция желудка** с большим и малым сальниками при поражении кардиального отдела желудка.

- ✓ **Гастрэктомия** при поражении тела желудка или при инфильтративных опухолях, расположенных в каждом из его отделов.
 - ✓ **Комбинированная гастрэктомия** при контактном прорастании опухоли в смежные органы (например, в поджелудочную железу). Выполняют удаление их в едином блоке.
 - ✓ **Паллиативные резекции желудка** показаны при развитии стеноза желудка или кровотечения из опухоли, которая распадается.
 - ✓ **Симптоматические операции** – наложение гастроэюноанастомоза
- Удаление регионарных лимфатических узлов при операциях по поводу рака желудка ведет к увеличению длительности жизни больных, потому **лимфаденэктомия показана всем больным.**

- **Химиотерапия** подавляет злокачественный рост в 25-40% случаев, но мало влияет на продолжительность жизни.
- ***Вопрос о целесообразности адъювантной терапии*** после оперативного лечения потенциально курабельных опухолей достаточно спорный; однако, при применении 5-ФУ, доксорубицина и митомидина достигнут определенный позитивный эффект. При неоперабельных опухолях некоторый временный позитивный эффект может быть достигнут при применении комбинированной химио- и лучевой терапии.

Прогноз

Прогноз после оперативного лечения злокачественных опухолей желудка 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 отсутствии привлечения регионарных лимфатических узлов, то 5-летнее выживание у таких пациентов составляет приблизительно 70%. Это значение катастрофически снижается, если опухоль прорастает серозную оболочку или будет поражать регионарные лимфатические узлы.

Рекомендованная литература:

а). Основная

1. Онкология под ред. В.П. Баштана, А.Л. Одабашьяна, П.В. Шелешко, Тернополь, “Укрмедкнига” 2003р.
2. Б.Т. Белинский, А.І. Гнатишак “Онкология”, 1992р.
3. Онкология / Под ред. Б.Т. Билинского, Ю.М. Стернюка, Я.В. Шпарика. – Львов: Медицина мира, 1998. - 272с.
4. Онкология. Под ред. Б.Т. Билинского, Ю.М. Стернюка, Я. В. Шпарика. – Киев: Здоровье, 2004. – 527с.

б). Дополнительная

1. В.Х. Василенко, С.И. Рапопорт, Г.В. Цодиков /Опухоли желудка, клиника и диагностика. – Москва, Медицина. – 1989. – 287с.
2. А.А.Клименков. Ю.И.Патютко “Опухоли желудка.” Г. 1988г.
3. Справочник по онкологии под редакцией ак. Трапезникова Н.Н. - Г. Медиа. - 1996г. 624с.
4. Хендерсон Д.М. “Патофизиология органов пищеварения”. - L-R New – York. - 1997. – 284с.
5. Справочник по онкологии. Под ред. проф. Шалимова С.А., проф. Гриневича Ю.А., проф. Мясоедова Д.В. Киев, Здоровье – 2000р. – 558с.
6. И.Б. Щепотин, Р.Т. Эванс «Рак желудка». Практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению. Киев, «Книга Плюс», 2000г. – 227с.