

**Московский государственный медико-
стоматологический университет им А.И.Евдокимова
Кафедра факультетской хирургии №2**

Рак желудка

***Диагностика. Современные
подходы к лечению***

проф. Домрачев С.А.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ

- ▶ Рак желудка продолжает прочно удерживать второе место в структуре онкологической заболеваемости, уступая лишь раку легких у мужчин и раку молочной железы у женщин
- ▶ В мире ежегодно диагностируют 900 тыс. случаев рака желудка
- На долю рака желудка приходится 50% опухолей ЖКТ
- ▶ Смертность от рака желудка - 31,3 на 100000 населения
- ▶ Самая высокая заболеваемость в Японии - 114,7 на 100000, самая низкая - среди белых женщин США (3,1 на 100000)
- ▶ Сводная 5-летняя выживаемость для всех зарегистрированных больных 5-10%

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

- В РФ ежегодно регистрируется около **40000** новых случаев рака желудка.
- Частота рака желудка среди мужчин примерно в **2** раза выше, чем среди женщин.
- I–II стадии болезни диагностированы у **18,1%**, III стадия обнаружена у **31,3%** и IV – у **42,6%** пациентов

РЕГИОНЫ ВЫСОКОЙ

ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЖ

W

O

R

L

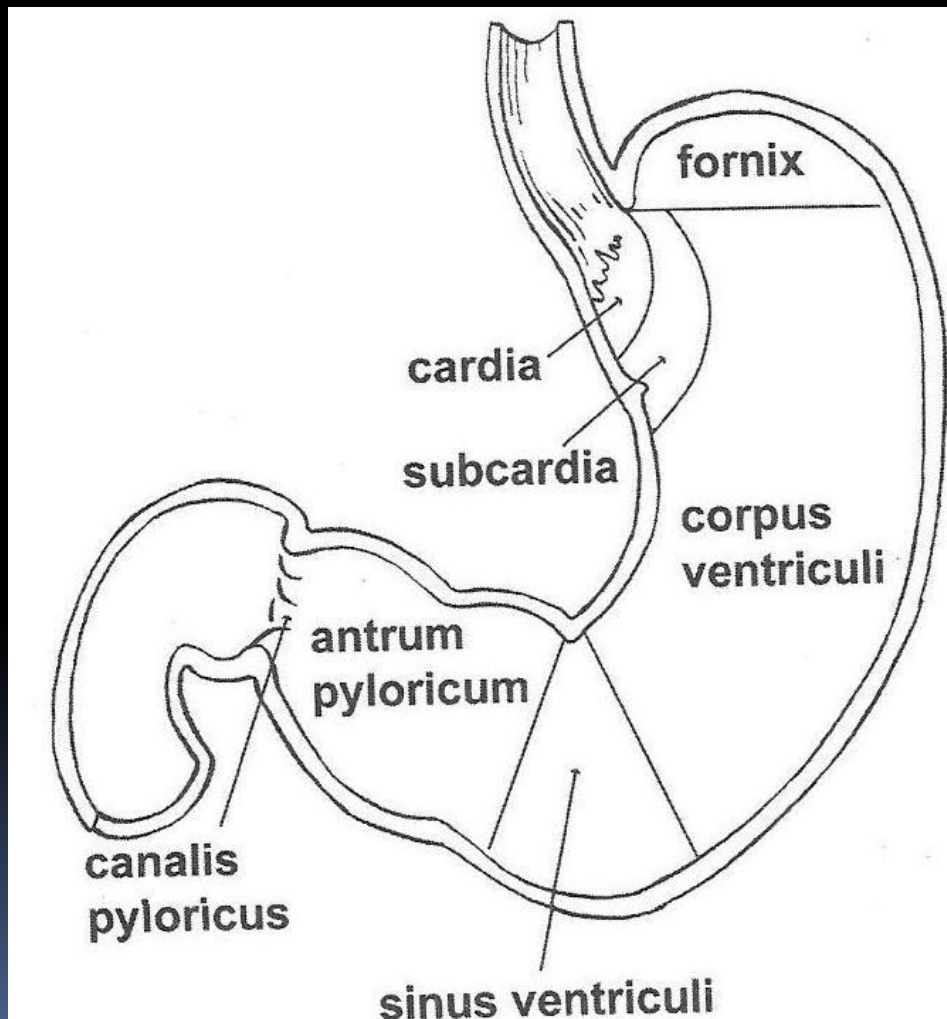
D



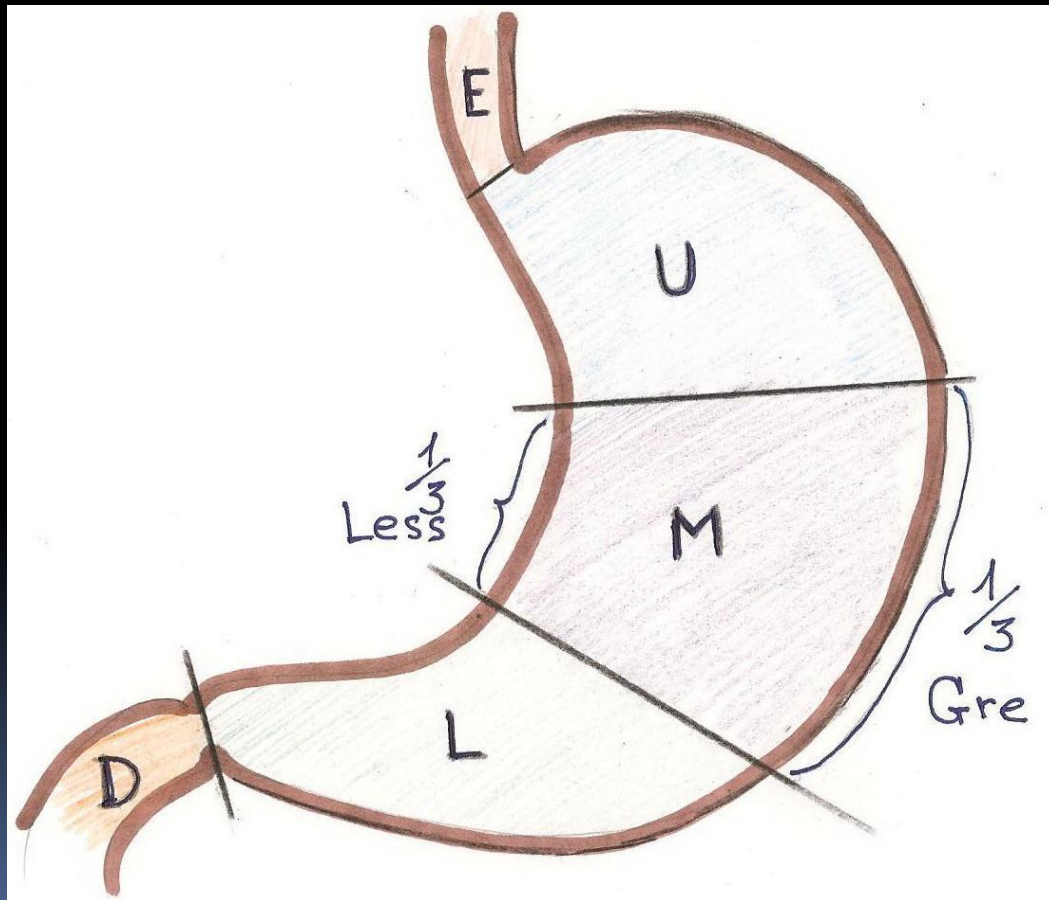
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

- Питание (избыточное употребление поваренной соли и нитратов)
- *Helicobacter pylori*
- Курение
- Производственные вредности (производство резины, асбеста, винилхлорида, хрома и его производных и т. д.)

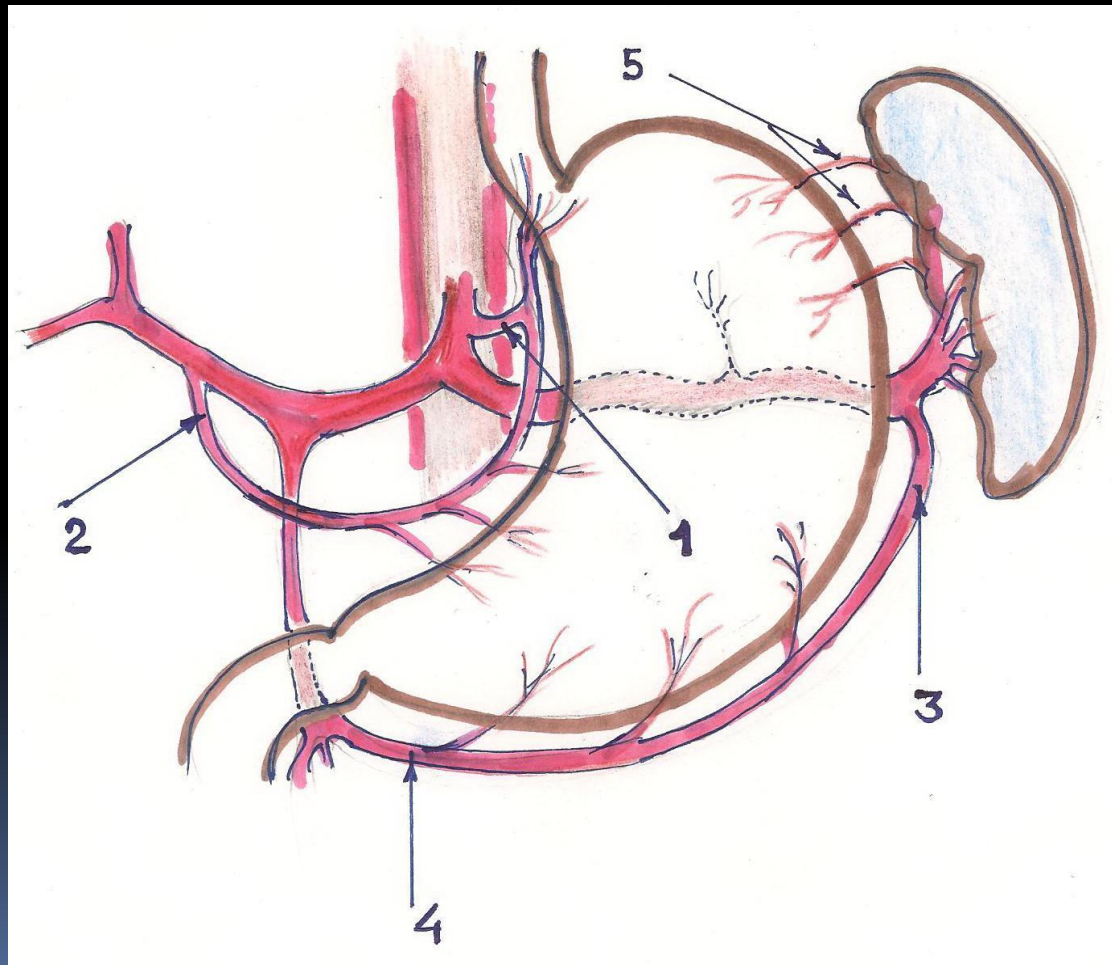
Рентгенологическая классификация отделов желудка



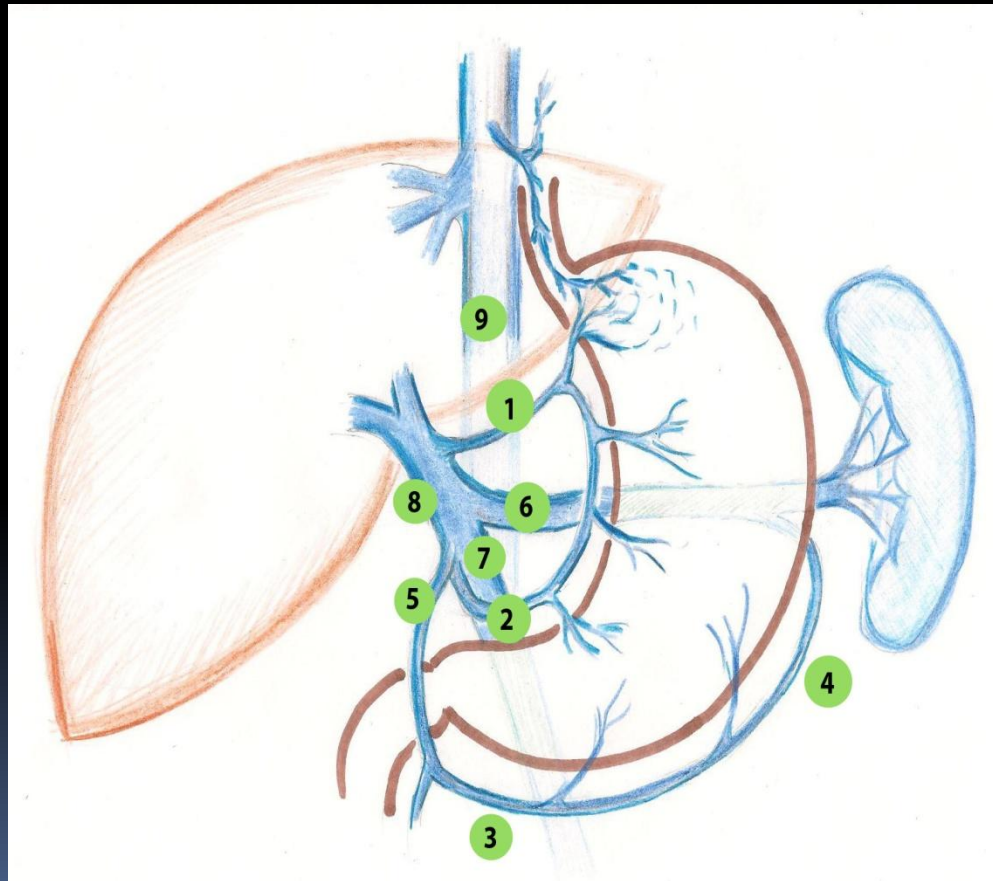
Деление желудка на трети согласно японской классификации



Основные артерии желудка



Венозный отток из желудка



Тотальный рак желудка с переходом на пищевод



ПАТОГЕНЕЗ

- **Предраковое 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. Это понятие включает в себя клеточную атипию, нарушение дифференцировки и структуры слизистой оболочки и имеет несколько степеней развития: слабую, умеренную и тяжелую

ПРЕДРАКОВЫЕ СОСТОЯНИЯ

- Хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией
- Гипертрофическая гастропатия (болезнь Менетрие)
- Язвенная болезнь желудка
- Аденоматозные полипы желудка
- Лица, оперированные на желудке по поводу доброкачественных заболеваний более 10–15 лет назад
- Пищевод Барретта

Классификация дисплазии по Оберману-Дориа (2009).

Степень дисплазии	D I лёгкая	D II умеренная	D III тяжёлая
	Цитотипические изменения		
1. утрата мономорфности клеток	~ 20%	~ 50%	~ 80%
2. увеличение ядерно-цитоплазматического отношения	< 1,2	1,2 -1,4	>1,4
3. полиморфизм и гиперхромия ядер, увеличение числа фигур митоза, «дистопические» митозы – встречаются на любом уровне клеточного пласта, а не только в базальных слоях, как в норме; атипические митозы не встречаются; повышение индекса митотической активности (ИМТ)	Коэффициент оптической плотности ядер F<0,4 ИМТ < 1	Коэффициент оптической плотности ядер F ~ 0,4 – 0,6 ИМТ ~ 1,5 - 2	Коэффициент оптической плотности ядер F>0,6 ИМТ > 2
	Гистотипические изменения		
1. появление «вертикальной» анизоморфности многоклеточного слоя (замещение клетками базального типа вместо прогрессирующей смены уровней «зрелости»)	+	++	++
2. появление «горизонтальной» неоднородности (много)клеточного слоя: дезорганизация структуры слоя или железистой структуры	-	+	++
3. нарушение полярности клеток и ядер, многоядерность, изменение функциональной активности клеточных элементов, включая явления патологического ороговения, слизееобразования, извращенной секреции; изменения химических свойств цитоплазмы	-	+	++

Рак желудка в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных заболеваний в России в 2011

• Заболеваемость

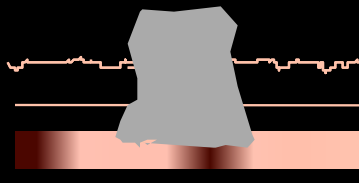
- 38318 человек
- Заболеваемость 26,8 на 100000 населения
- 4 место (7,3%)

• Смертность

- 33213 человек
- Смертность 23,2 на 100000 населения
- 2-е место (11,5%):
 - у мужчин (12,3%),
 - у женщин (10,5%).

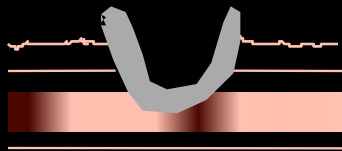
Макроскопическая классификация распространенного рака желудка (по Borrmann)

Туре
1



Полиповидная
карцинома

Туре
2



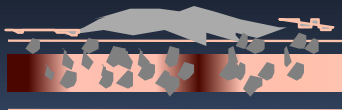
Язвенная карцинома с четко
очерченными
краями

Туре
3



Язвенно-инфильтративная
карцинома

Туре
4

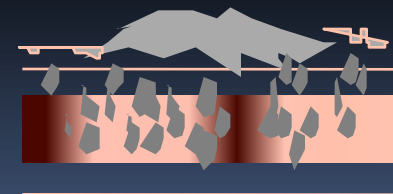
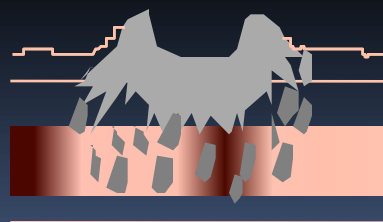
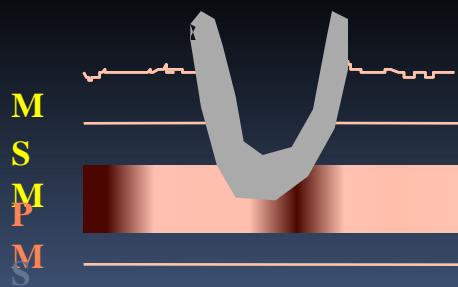
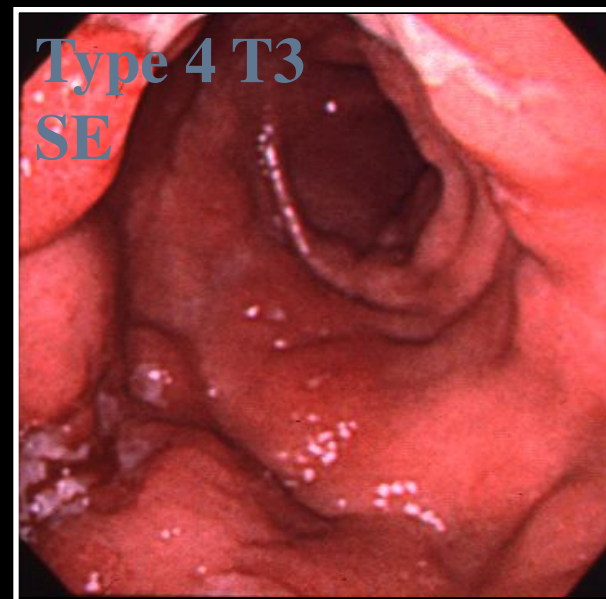
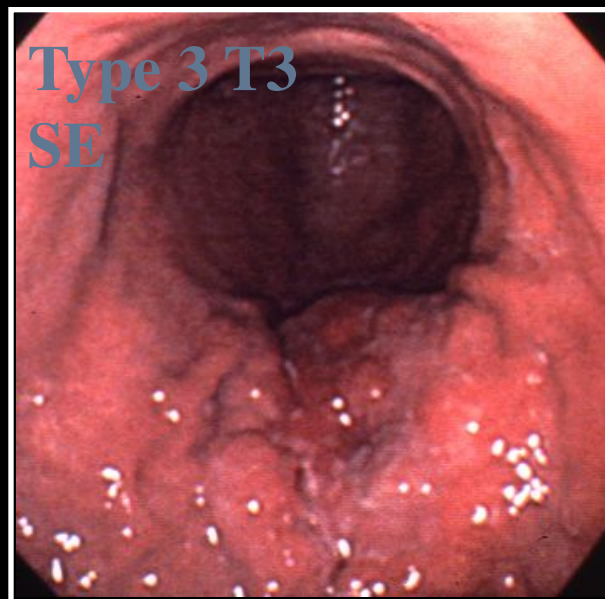
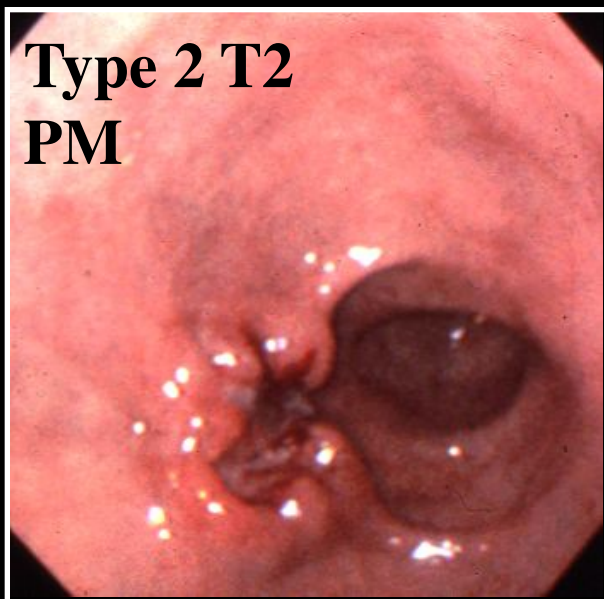


Диффузно-инфильтративная
карцинома

Туре
5

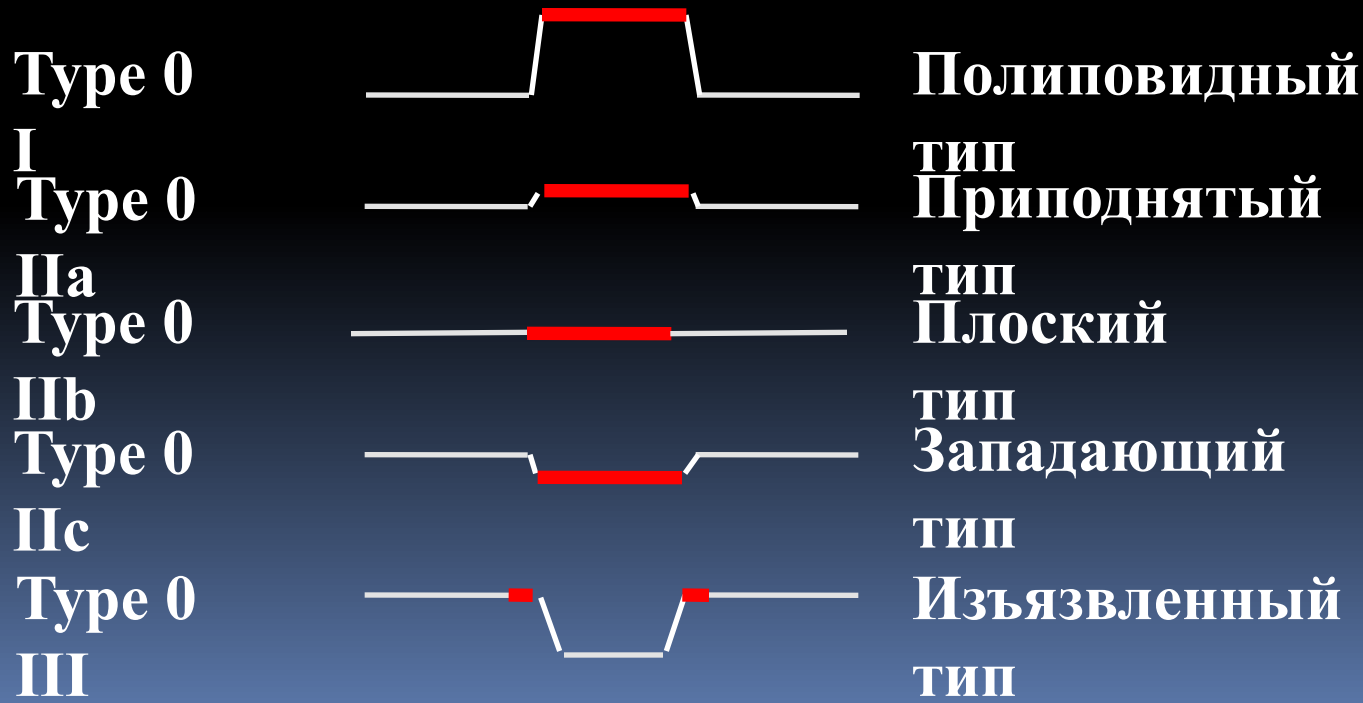
Неклассифицируемая
карцинома

Макроскопический тип AGC

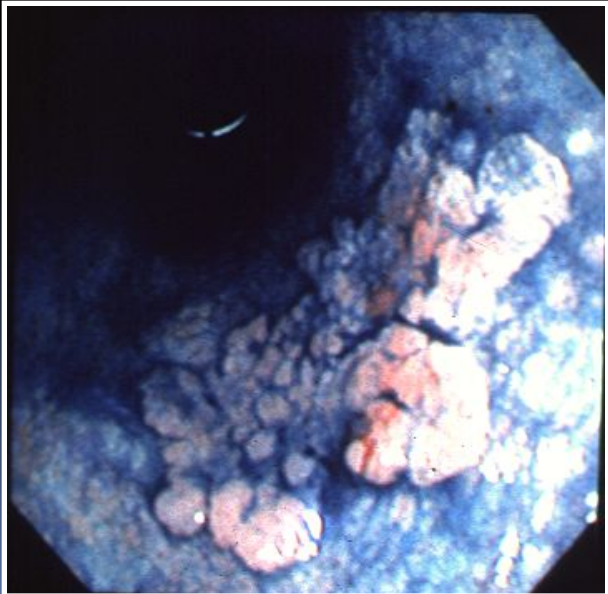
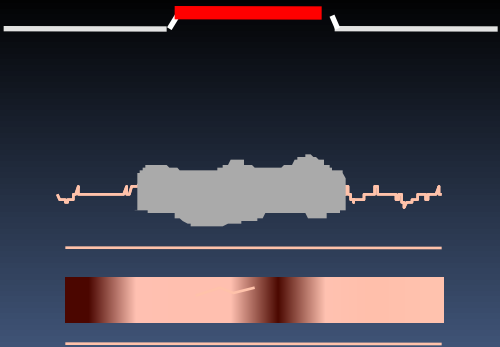
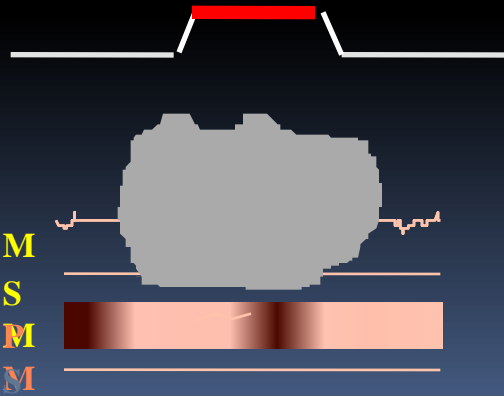
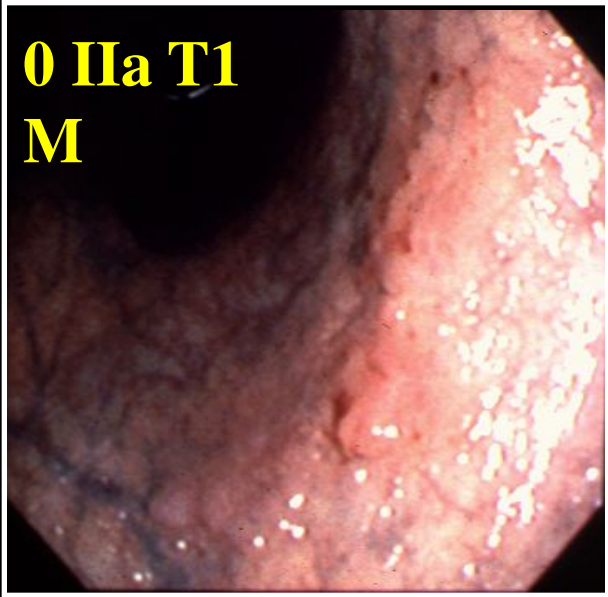
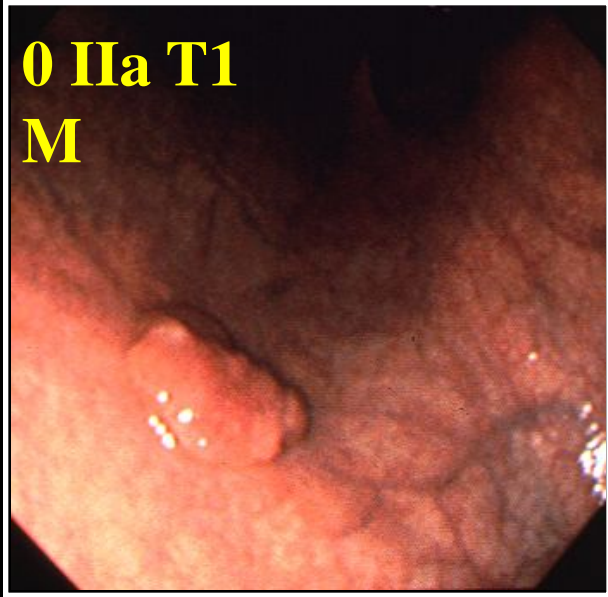
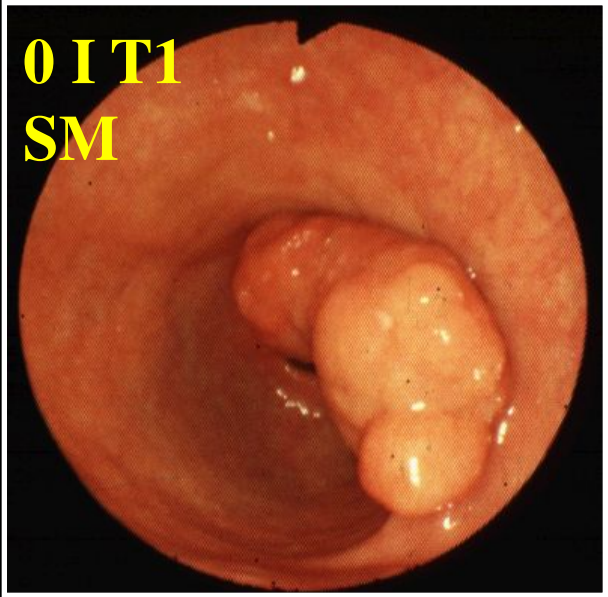


Макроскопическая классификация

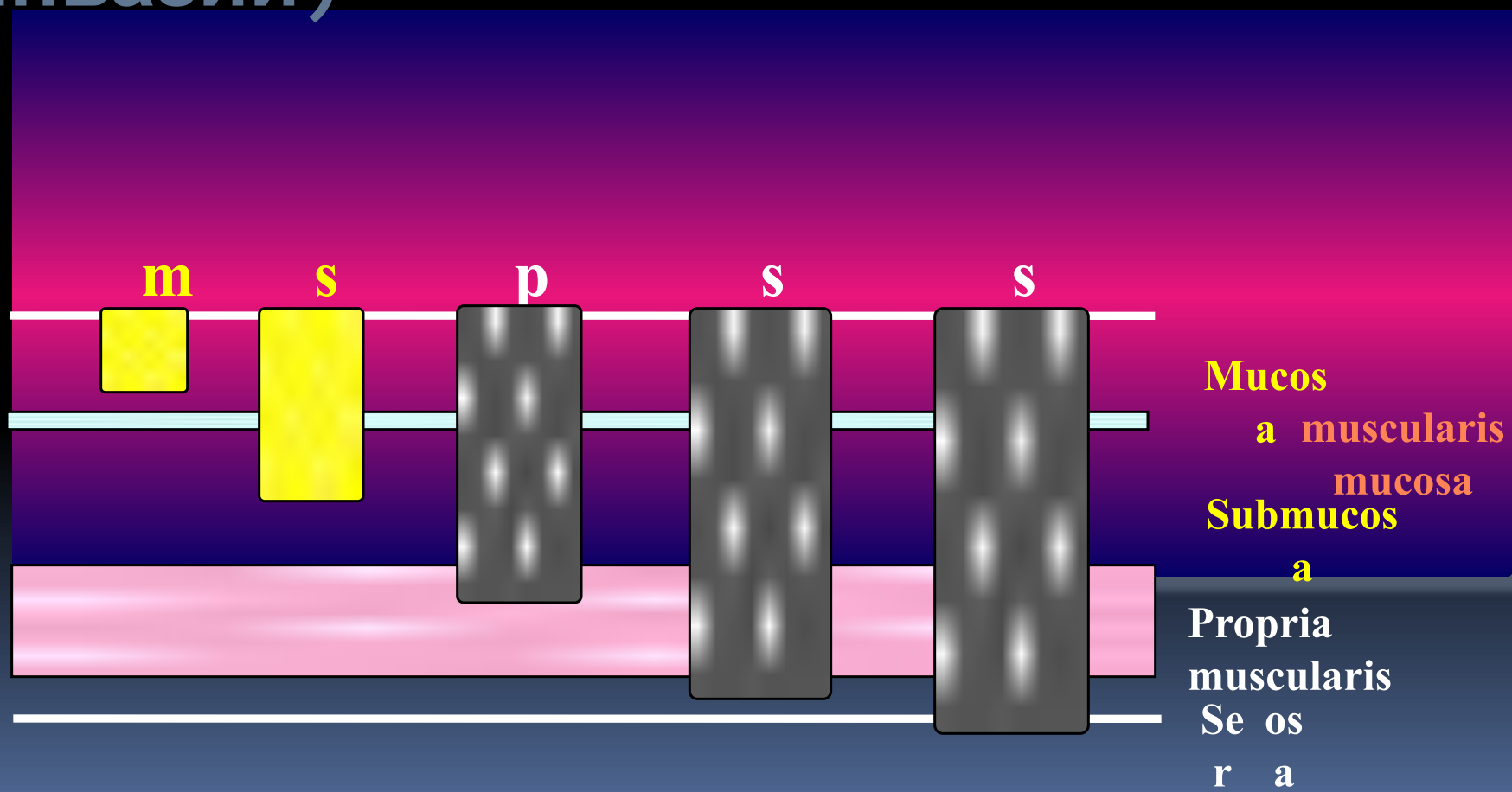
-Ранний рак желудка- опухоль, прорастающая слизистый или подслизистый слой, вне зависимости от состояния региональных лимфатических узлов



Макроскопический тип РРЖ



РАК ЖЕЛУДКА (обозначения глубины инвазии)



Гистологическая классификация

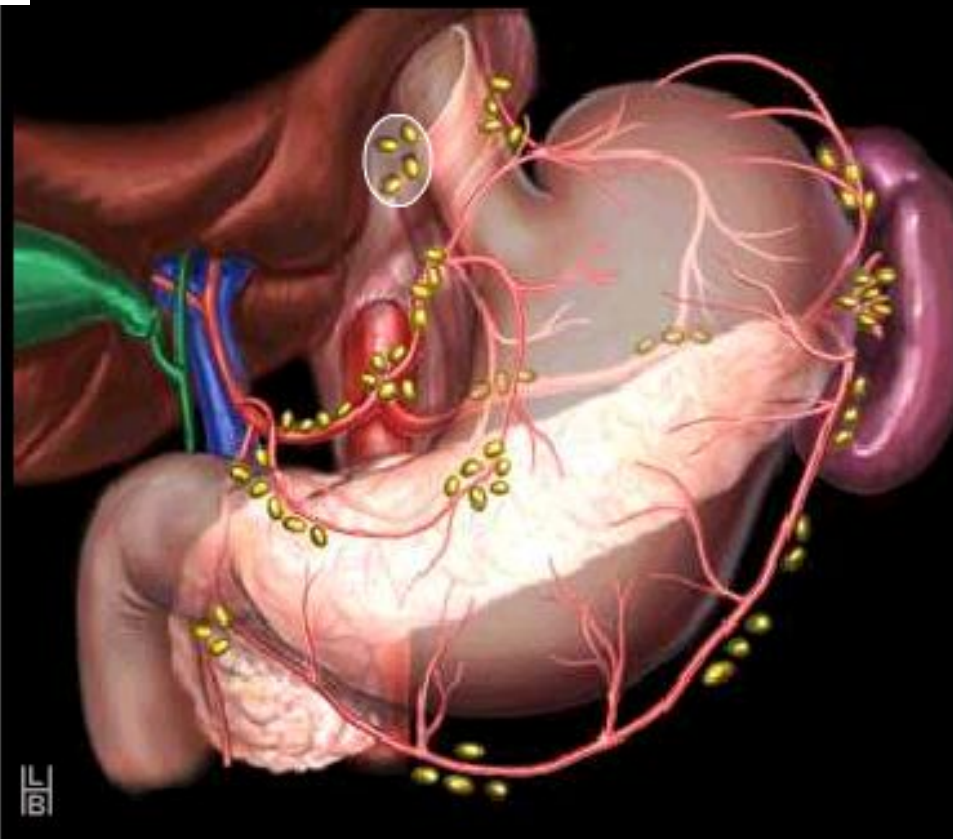
(согласно рекомендациям Японского общества по изучению рака желудка – General Rules)

А. Обычный тип

- 1. Папиллярная аденокарцинома (pap)**
- 2. Тубулярная аденокарцинома (tub)**
 - высокодифференцированная (tub1)**
 - умереннодифференцированная (tub2)**
- 3. Низкодифференцированная аденокарцинома (por)**
- 4. Муцинозная аденокарцинома (muc)**
- 5. Перстневидноклеточная аденокарцинома (sig)**

В. Специфический тип

- 1. Аденосквамозная карцинома (as)**
- 2. Плоскоклеточный рак (sq)**
- 3. Карциноидная опухоль (cd)**
- 4. Недифференцированный рак (ud)**
- 5. Другие формы рака (ms)**



N1

№1 правые паракардиальные

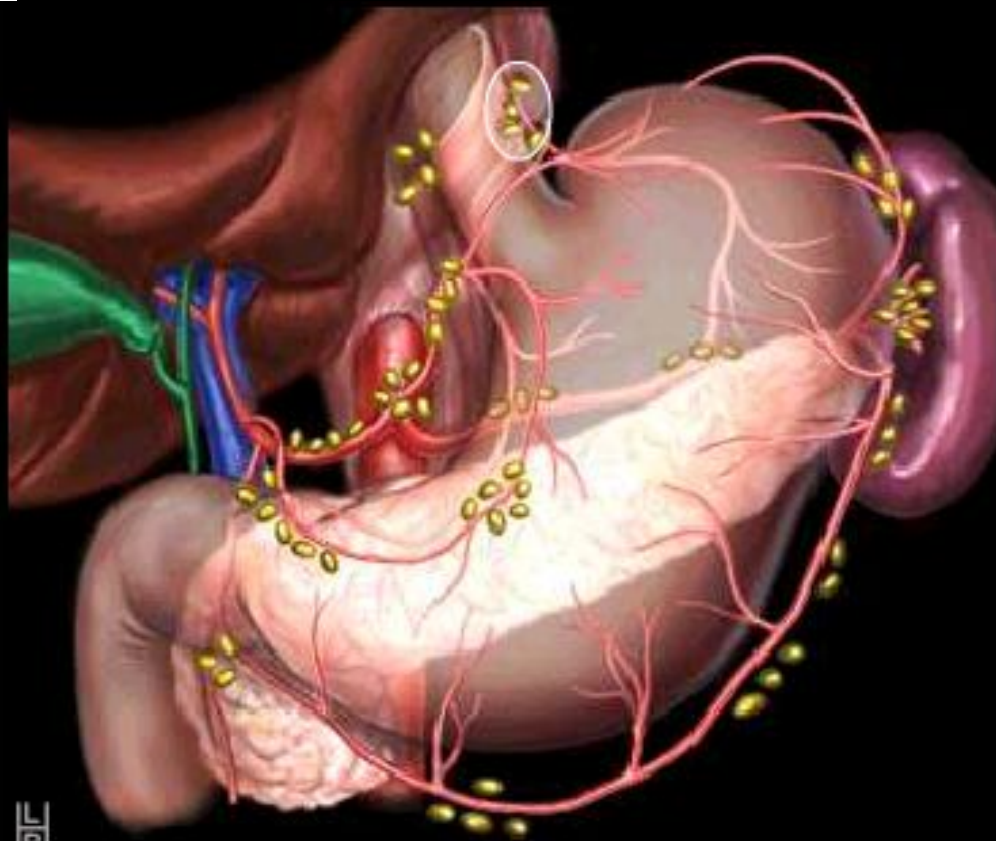
№2 левые паракардиальные

№3 вдоль малой кривизны

№4 вдоль большой кривизны

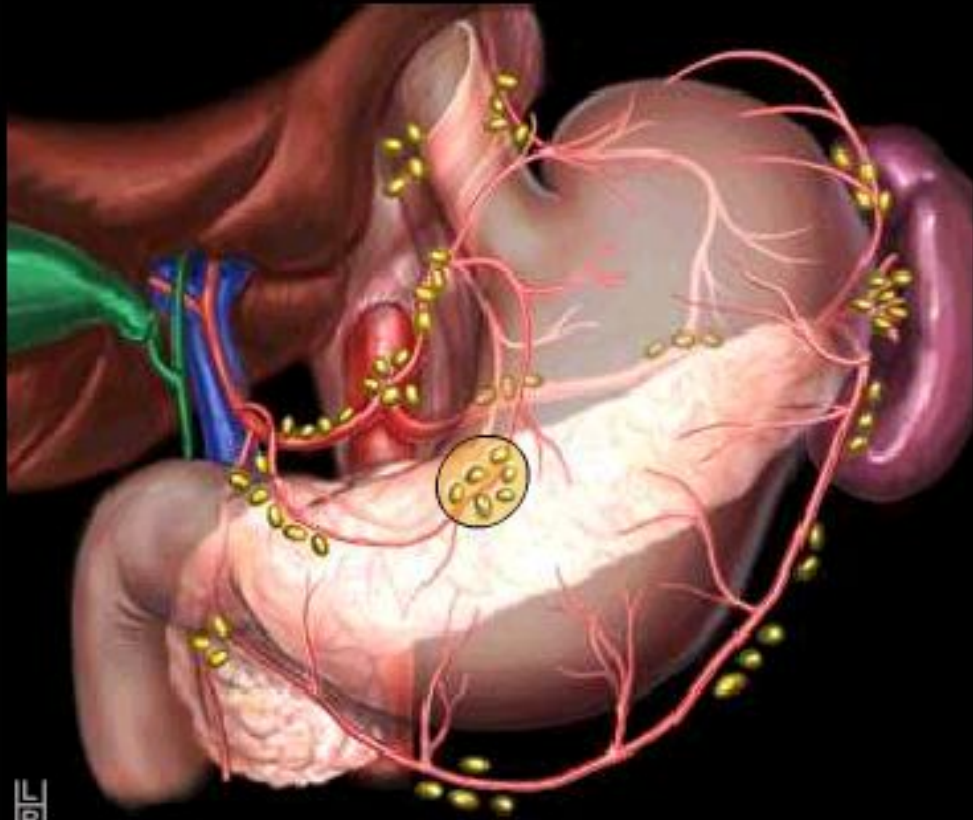
№5 надпривратниковые

№6 подпривратниковые



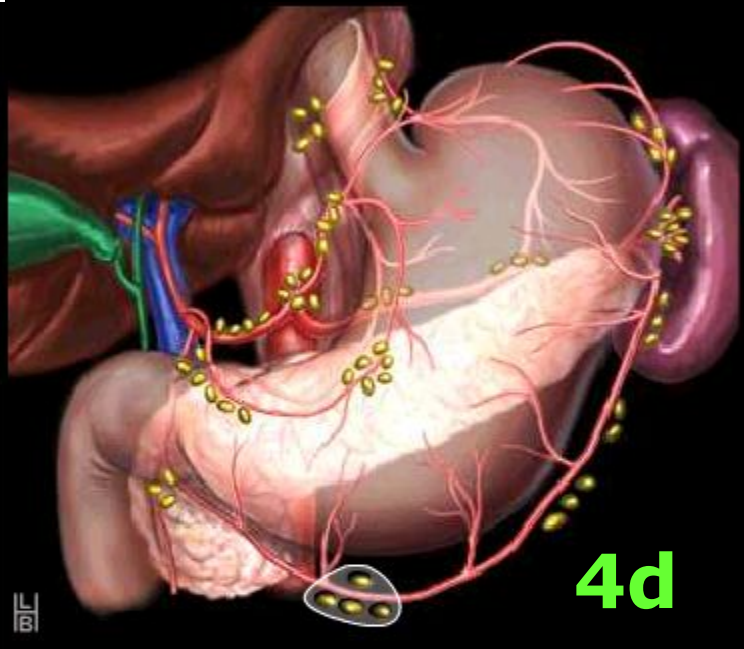
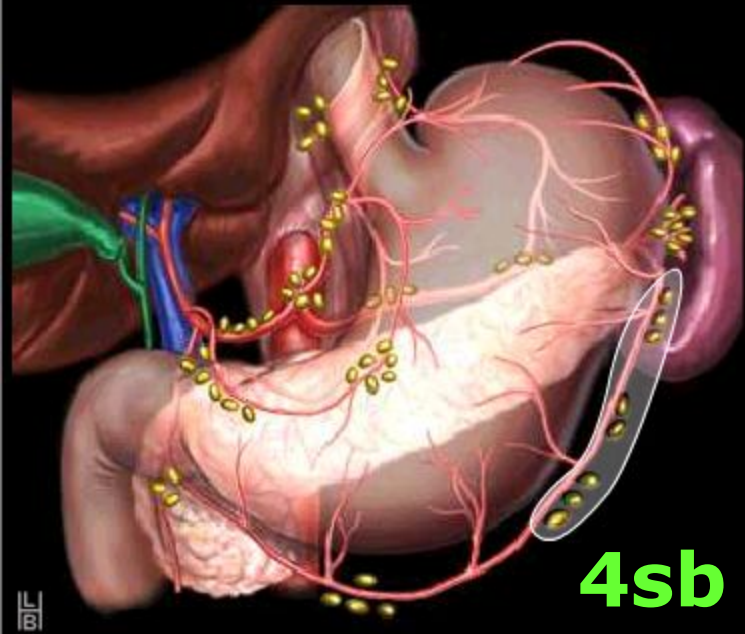
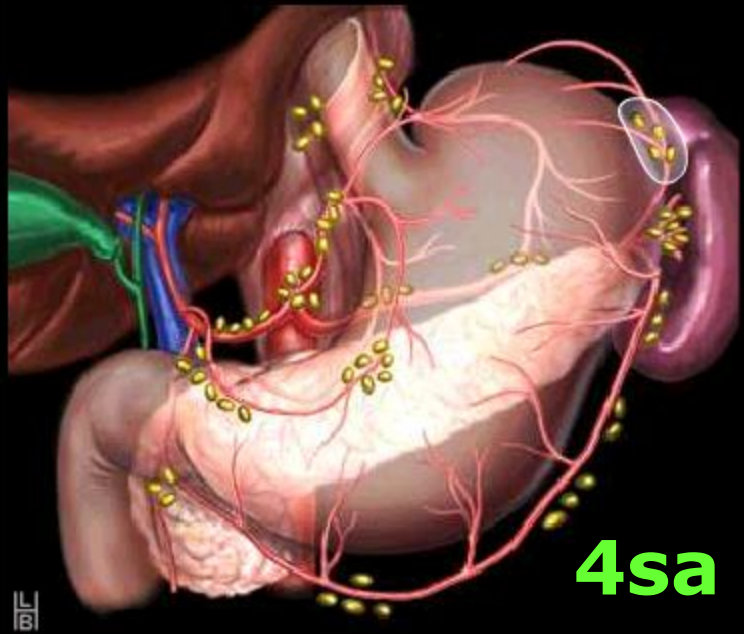
N1

- №1 правые паракардиальные
- №2 левые паракардиальные**
- №3 вдоль малой кривизны
- №4 вдоль большой кривизны
- №5 надпривратниковые
- №6 подпривратниковые



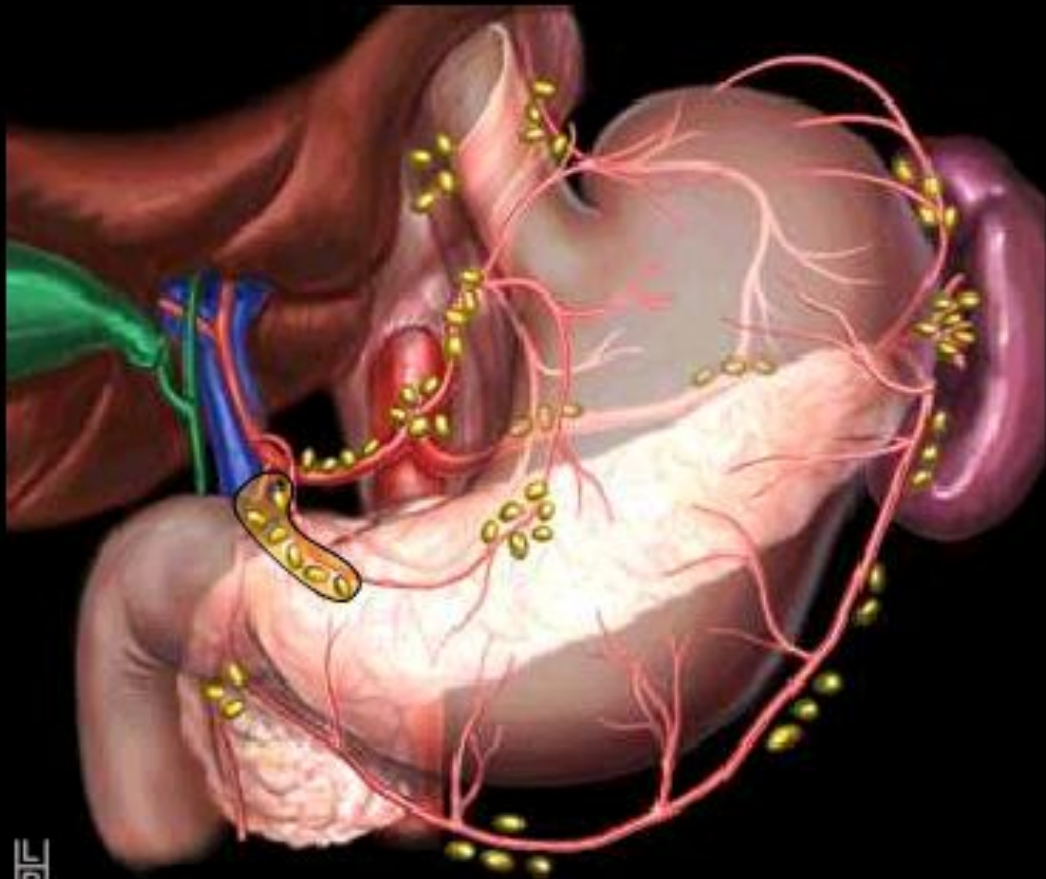
N1

- №1 правые паракардиальные
- №2 левые паракардиальные
- №3 вдоль малой кривизны**
- №4 вдоль большой кривизны
- №5 надплевратниковые
- №6 подплевратниковые



N1

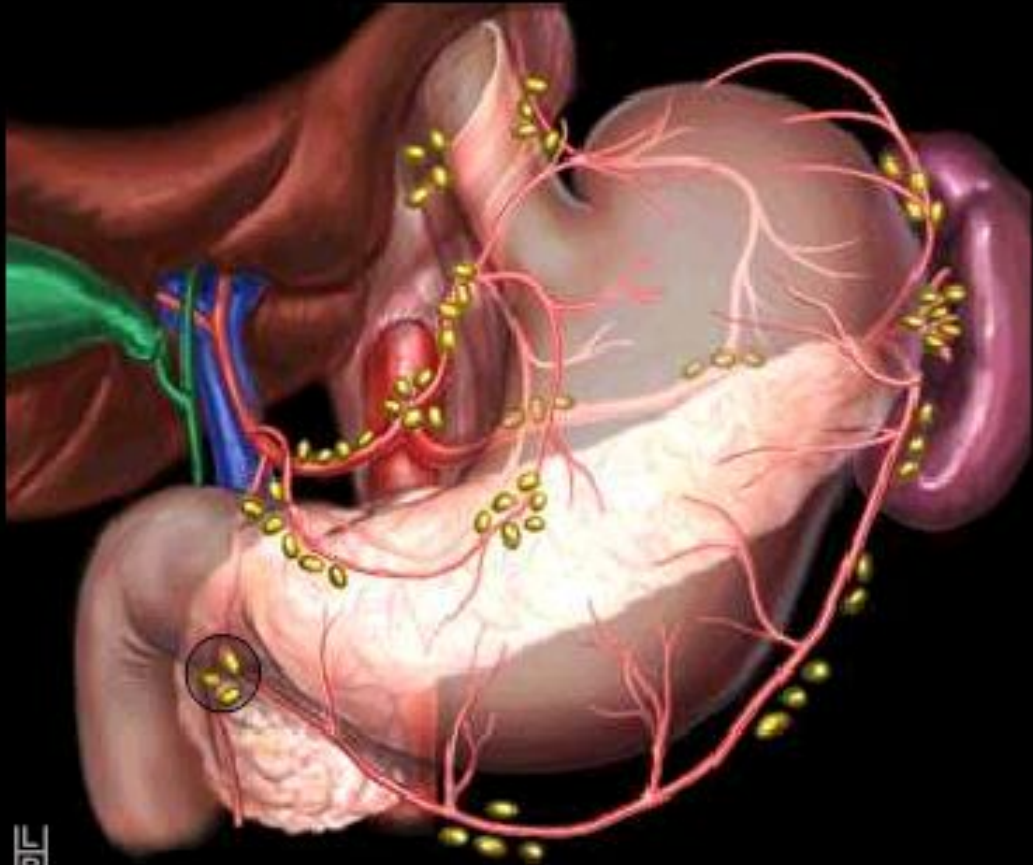
- №1 правые паракардиальные
- №2 левые паракардиальные
- №3 вдоль малой кривизны
- №4 вдоль большой кривизны**
- №5 надплевратниковые
- №6 подплевратниковые



N1

- №1 правые паракардиальные
- №2 левые паракардиальные
- №3 вдоль малой кривизны
- №4 вдоль большой кривизны
- №5 надпривратниковые**
- №6 подпривратниковые

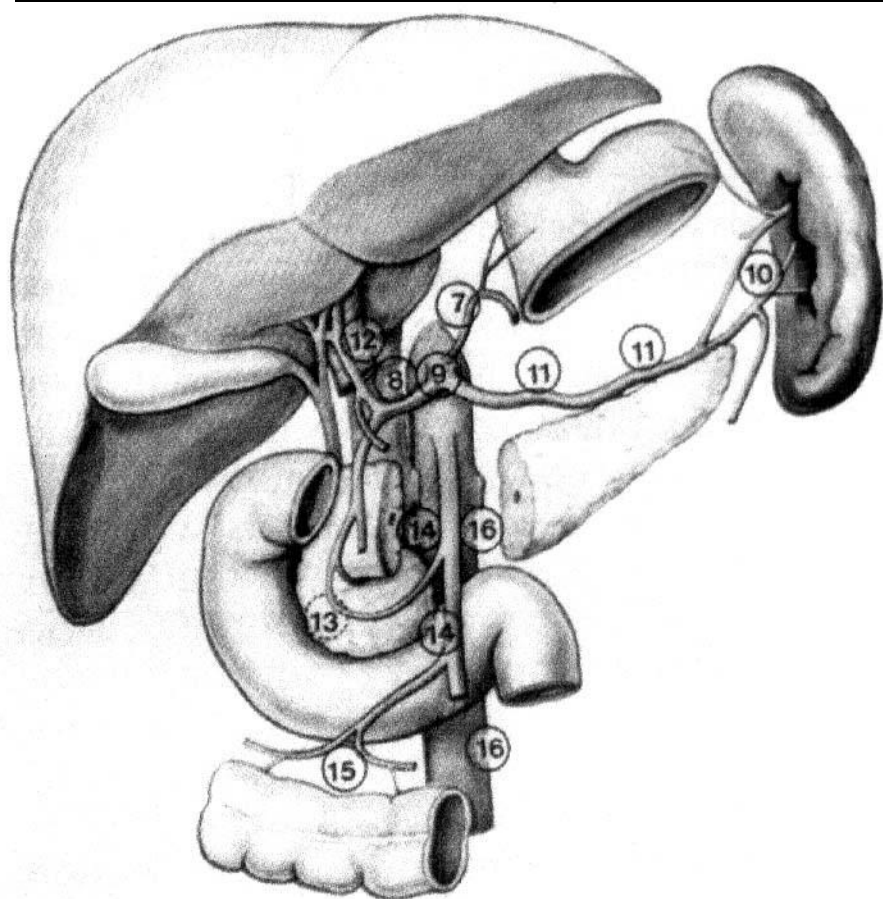




N1

- №1 правые паракардиальные
- №2 левые паракардиальные
- №3 вдоль малой кривизны
- №4 вдоль большой кривизны
- №5 надпривратниковые
- №6 подпривратниковые**

Регионарные лимфатические узлы желудка (N2, N3)



№7 л/у по ходу a.gastrica sinistra

№8 л/у по ходу a.hepatica communis

№9 л/у по ходу truncus coeliacus

№10 л/у ворот селезенки

№11 л/у по ходу a.lienalis

№110 нижние параэзофагеальные л/у

№111 диафрагмальные л/у

№12 л/у гепатодуоденальной связки

№13 ретропанкреатодуоденальные л/у

№14 л/у корня брыжейки

№15 л/у по ходу a.colica media

№16 парааортальные л/у

Отдаленные метастазы (символ M)

- - метастаз Вирхова – в лимфатические узлы левой надключичной области,
- - метастаз Шницлера - в параректальную клетчатку,
- - метастаз сестры Жозеф – ретроградные метастазы, распространяющиеся по лимфатическим сосудам круглой связки печени в пупок
- - метастаз Крукенберга – метастазы в яичники

Индексное обозначение метастатического поражения печени и карциноматоза

- **Н – метастазы в печень**
- Н1-метастаз локализован в одной из долей,
- Н2-единичные метастазы в обеих долях,
- Н3-множественные метастазы в обеих долях
- **Р – метастазы по брюшине:**
- Р1-имеются диссеминаты по брюшине выше поперечно-ободочной кишки включая большой сальник,
- Р2-единичные разрозненные диссеминаты в отдаленных областях брюшной полости,
- Р3-обширная диссеминация по брюшине.

Стадирование по системе TNM

8 редакция UICC 2017

- • T_x — первичную опухоль невозможно оценить.
- • T₀ — первичная опухоль не определяется.
- • T_{is} — карцинома *in situ* (интраэпителиальная, неинвазивная карцинома).
- • T₁ — опухоль инфильтрирует собственную пластинку слизистой оболочки, либо мышечную пластинку или врастает в подслизистый слой.
- • T_{1a} — опухоль инфильтрирует собственную пластинку слизистой или мышечную слизистую оболочки.
- – T_{1b} — опухоль прорастает в подслизистый слой.
- – T₂ — опухоль прорастает в мышечный слой.
- • T₃ — инфильтрация субсерозного слоя.
- • T_{4a} — инфильтрация серозной оболочки.
- T_{4b} — прорастание опухоли в соседние органы

Стадирование по системе TNM

- • N_x — регионарные ЛУ невозможно оценить.
- • N₀ — нет регионарных метастазов*.
- • N₁ — метастазы в 1–2 регионарных ЛУ.
- • N₂ — метастазы в 3--6 регионарных ЛУ.
- • N_{3a} — метастазы более чем в 7 - 15 регионарных ЛУ.
- N_{3b}--- метастазы в 16 и более ЛУ

Стадирование по системе TNM

- M_X — отдалённые метастазы невозможно оценить.
- M₀ — нет отдалённых метастазов.
- M₁ — отдалённые метастазы есть.

Группировка по стадиям

o	Tis	No	Mo
1a	T1	No	Mo
1b	T2	No	Mo
	T1	N1	Mo
11a	T3	No	Mo
	T2	N1	Mo
	T1	N2	Mo
11b	T4a	No	Mo
	T3	N1	Mo
	T2	N2	Mo
	T1	N3a	Mo

Группировка по стадиям

111a	T _{4a}	N _{1,N2}	Mo
	T ₃	N ₂	Mo
	T ₂	N _{3a}	Mo
	T _{4b}	No	Mo
111b	T _{4b}	N _{1,N2}	Mo
	T _{3,T4a}	N _{3a}	Mo
	T _{1,T2}	N _{3b}	Mo
111c	T _{3,T4a}	N _{3b}	Mo
	T _{4b}	N _{3a,N3b}	Mo
IV	Любая T	Любая N	M ₁

Клинические симптомы

- **Дискомфорт или боль в верхней половине живота**
- **Тошнота, рвота**
- **Поносы или запоры**
- **Чувство тяжести после еды**
- **Снижение аппетита.**
- **Общая слабость, утомляемость.**
- **Кровотечение.**

Клинические симптомы

- Для опухолей верхней трети желудка характерна нарастающая дисфагия (ощущение затрудненного прохождения пищи в желудок).
- Для опухолей нижней трети характерны симптомы, обусловленные стенозом выходного отдела (тяжесть после еды, отрыжка с неприятным запахом, тошнота, рвота накануне съеденной пищей, приносящая облегчение).

Первичная диагностика рака желудка

- **Клиническое обследование (сбор анамнеза, осмотр, пальпация живота, периферических лимфоузлов и т.п.)**
- **Эзофагогастродуоденоскопия с множественной биопсией.**
- **Гистологическое исследование биоптатов**

Эзофагогастродуоденоскопия

- **современные модели фиброгастроскопов позволяют осмотреть все отделы желудка**
- **эффективность метода при раннем раке желудка превышает 90%**
- **целью исследования является обнаружение опухолевых изменений, определение локализации, размеров, формы роста опухоли, а главное, взятие материала для морфологического исследования.**

Уточняющая диагностика

А. Базовый комплекс

- Полипозиционное рентгенологическое исследование в условиях двойного контрастирования (бариевой взвесью и воздухом)
- Рентгенография грудной клетки в 2 проекциях.
- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза и надключичных зон.

Уточняющая диагностика

В. Дополнительные методы

- Компьютерная или магнитно-резонансная томография
- Диагностическая лапароскопия, лапароскопическое ультразвуковое исследование
- Эндосонография
- Флуоресцентная диагностика

Эндосонография

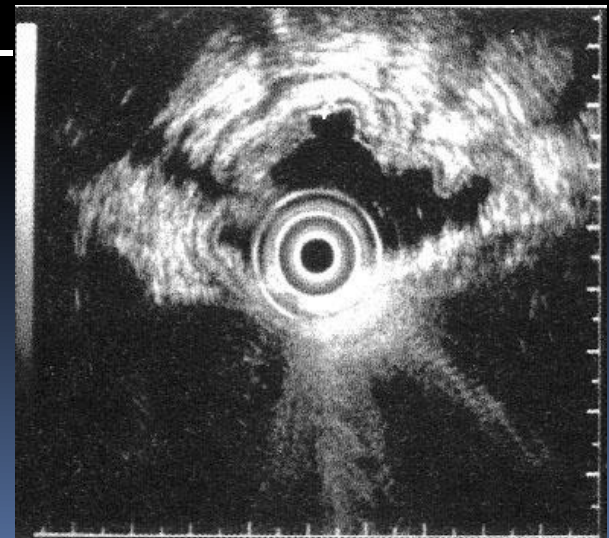
Интраполостное ультразвуковое
следование позволяет:

- визуализировать 5 слоев неизменной стенки желудка;
- определить протяженность поражения, инфильтрацию отдельных слоев;
- разграничить подслизистую опухоль желудка или пищевода и давление извне;
- оценить состояние регионарных лимфоузлов;
- выявить прорастание в соседние органы, крупные сосуды, печеночно-двенадцатиперстную связку, а также метастазы в печень и поджелудочную железу.
- при раннем раке желудка позволяет в 80% случаев установить поражение в пределах только слизисто-подслизистого слоя.

Рис.1 Вид желудка в норме



Рис.2 Подслизистый рост рака



Уточняющая диагностика

Показания к диагностической лапароскопии:

совокупность клинико-морфологических признаков (субтотальное или тотальное поражение, наличие множественных увеличенных регионарных лимфоузлов по данным УЗИ, начальные проявления асцита) свидетельствует о возможной генерализации опухолевого процесса;

Показания к КТ/МРТ:

значительное несоответствие результатов рентгенологического, эндоскопического и ультразвукового исследований в оценке распространенности опухолевого процесса;

планирование комбинированного лечения.

Уточняющая диагностика

Интраоперационная ревизия является заключительным этапом уточняющей диагностики

Принятие решения лишь на основании визуальных и пальпаторных данных является порочным и недопустимым.

С целью максимальной объективизации интраоперационных находок проводят срочное морфологическое исследование любых подозрительных участков, если обнаружение опухолевого роста в них может повлиять на дальнейшую операционную тактику.

Наиболее часто в клинической практике используется срочное морфологическое исследование, обладающее высокой достоверностью (см таблицу), низкой стоимостью, позволяющее быстро получить ответ

Процент совпадения результатов цитологического и гистологического исследований

Метастазы в лимфоузлы	Метастазы в печень	Линия резекции	Диссеминация по брюшине
98,4%	94,4%	99,3%	79,3

Интраоперационное УЗИ

Группы больных	Число больных с дополнительно выявленными при интраоперационном УЗИ метастазами в печень
Солитарные метастазы в печень (по данным трансабдоминального УЗИ)	5 из 12 (41,7%)
Без метастазов в печень (по данным трансабдоминального УЗИ и интраоперационной ревизии)	9 из 63 (14,3%)

Проведение интраоперационной ультрасонографии позволяет изменить стадию заболевания с предполагаемой II или III на IV у 15% больных за счет обнаружения метастазов в печени.

При местнораспространенных раках желудка или множественных метастазах в регионарные лимфоузлы велика вероятность нахождения в брюшной полости микрометастазов в виде клеток раковой опухоли. Для выявления этих клеток при лапароскопии в брюшную полость вводят 200 мл физ.р-ра. Аспирируют его, центрифугируют и делают цитологическое исследование осадка. Наличие в нем раковых клеток говорит и диссеминации раковых клеток в брюшной полости. Это состояние расценивается как 4 ст. рака, лечение начинают с неоадьювантной химиотерапии. После химиотерапии примерно в 25% случаев клетки рака при повторном смыве брюшной полости не определяются. Это позволяет выполнить больному радикальную операцию

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ *РАННЕМ* РАКЕ ЖЕЛУДКА

МЕТОДЫ ХИРУРГИИ И ТЕРАПИИ

- ☒ ЭЛЕКТРОРЕЗЕКЦИЯ (ЭР)
- ☒ Nd:YAG ЛАЗЕР (Лз)
- ☒ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (ФДТ)

ВАРИАНТЫ СОЧЕТАННОЙ ТЕРАПИИ

1-й ЭТАП

ЭР или Лз

2-й ЭТАП

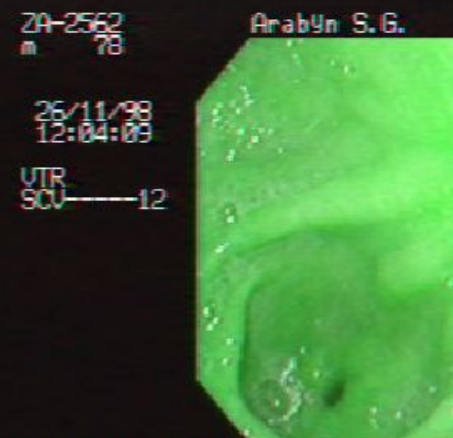
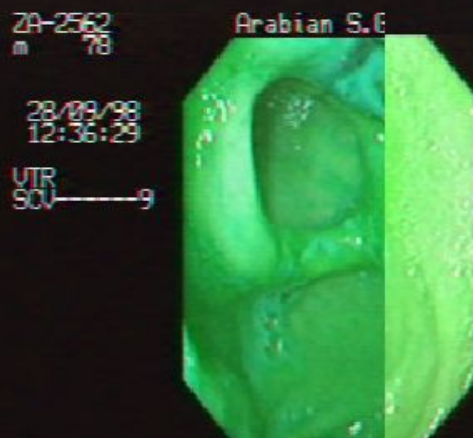
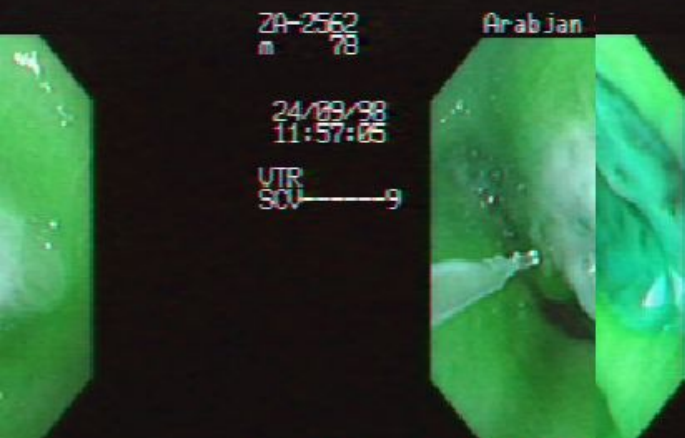
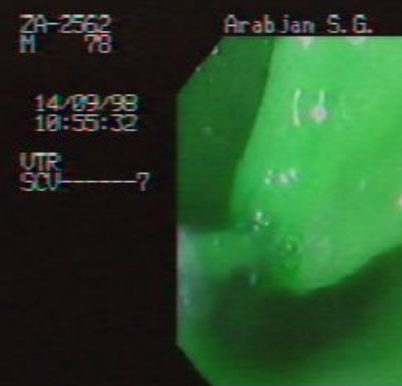
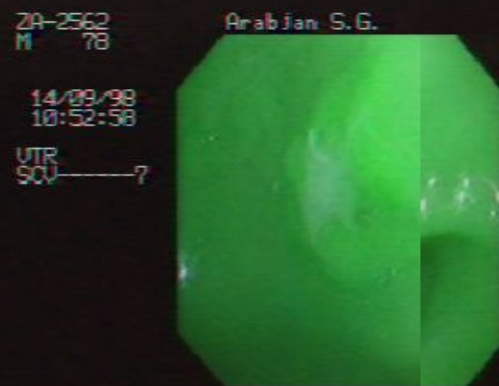
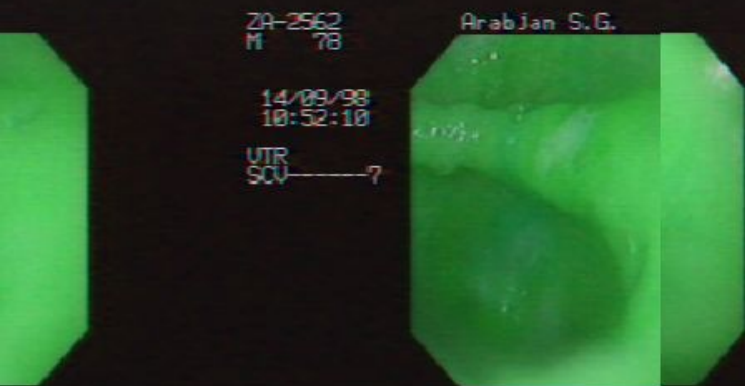
ФДТ

МНОГОКУРСОВАЯ ФДТ+Лз



РАК ЖЕЛУДКА Тип IIc

Nd:YAG ЛАЗЕР



C-r stomach 1 st.2c-E/R

C-r stomach -YAG-ND 24.09.

C-r stomach YAG-Nd 24.09.98

Результаты лечения больных ранним раком желудка

Полная регрессия

18 из 27 (67%)

До 1 см - 6 из 7 (86%)

От 1 до 3 см - 12 из 20 (60%)

Оперировано - 3 (остаточной опухоли нет)

Сроки наблюдения (15 б-х)

От 0,5 до 2 лет - 3

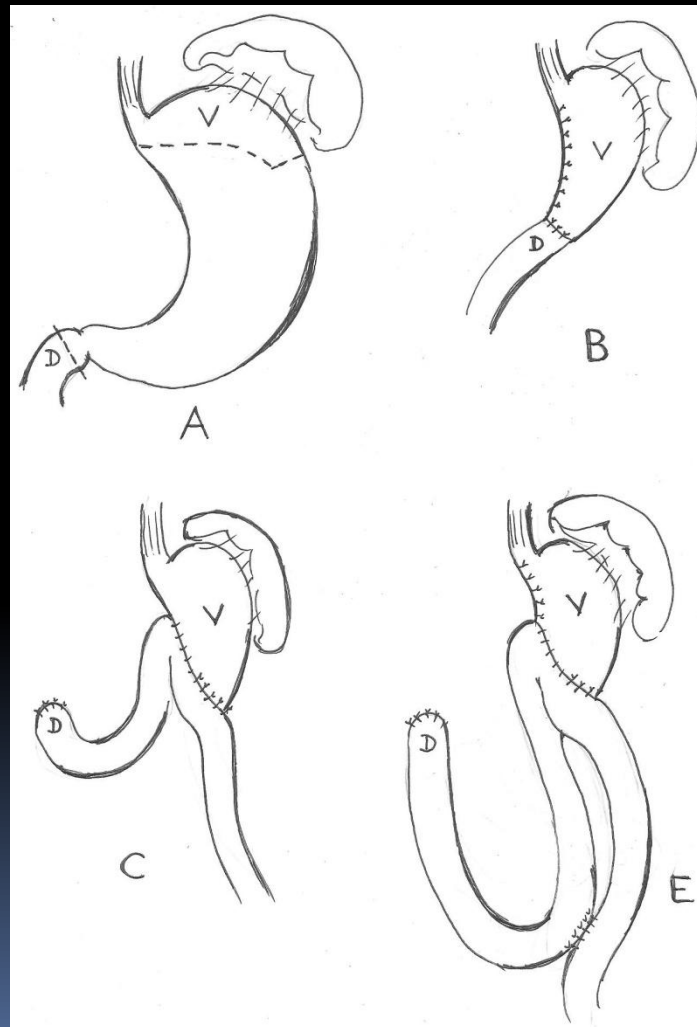
От 2 до 7 лет - 12

Рецидив- 3 из 15 (20%)

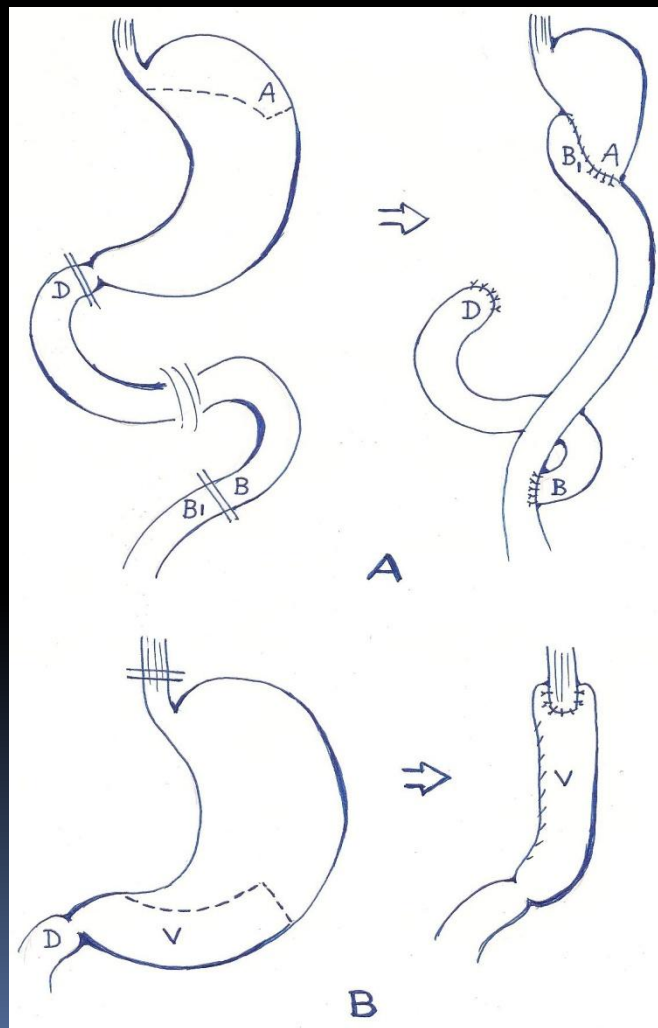
Выбор объема операции

- при опухолях нижней трети желудка экзофитной или смешанной формы роста, имеющих строение высоко- или умереннодифференцированной аденокарциномы выполняют дистальную субтотальную резекцию желудка
- при опухолях верхней трети желудка экзофитной или смешанной формы роста, имеющих строение высоко- или умереннодифференцированной аденокарциномы выполняют проксимальную субтотальную резекцию желудка.
- выполнение резекции возможно только при отсутствии тяжелой дисплазии и очагов рака *in situ* в оставляемой части желудка и по линии предполагаемой резекции (исследуется на дооперационном этапе).

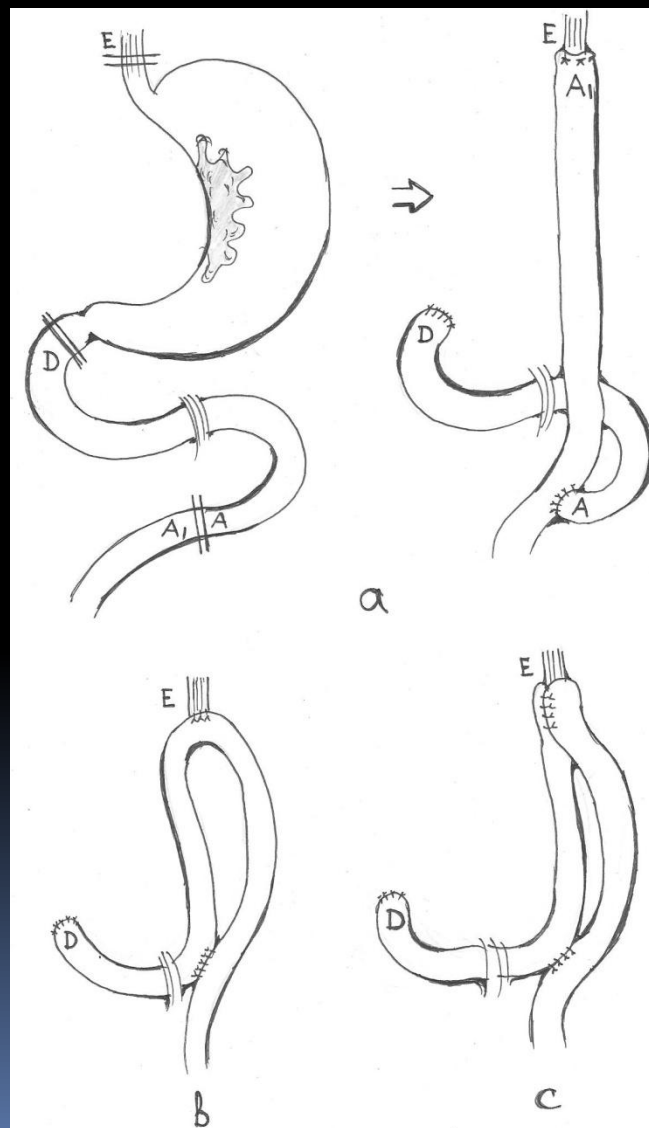
Виды дистальной субтотальной резекции желудка



Дистальная субтотальная резекция желудка по Ру (А)
Проксимальная резекция желудка (В)



Гастрэктомия по Ру(а) и с анастомозом с петлей тонкой кишки



Выбор объема операции

- при опухолях, поражающих более **1/3** желудка, опухолях средней трети, а также опухолях с инфильтративным ростом, неблагоприятной гистологической структуры (низкодифференцированная аденокарцинома, перстневидноклеточный рак, недифференцированный рак) выполняется гастрэктомия.
- При раннем раке желудка (**T1N0M0**), а также у пожилых, соматически ослабленных больных в ряде случаев может быть выполнена субтотальная резекция независимо от формы роста и гистологической структуры опухоли.

Выбор оперативного доступа

При раке средней и нижней трети желудка, а также при опухолях верхней трети без вовлечения розетки кардии выполняют верхнесрединную лапаротомию с обходом мечевидного отростка слева до тела грудины и широкую диафрагмотомию по Савиных.

При опухолях, поражающих розетку кардии или переходящих на пищевод до диафрагмального сегмента операцию производят из тораколапаротомного доступа в VI-VII межреберье слева.

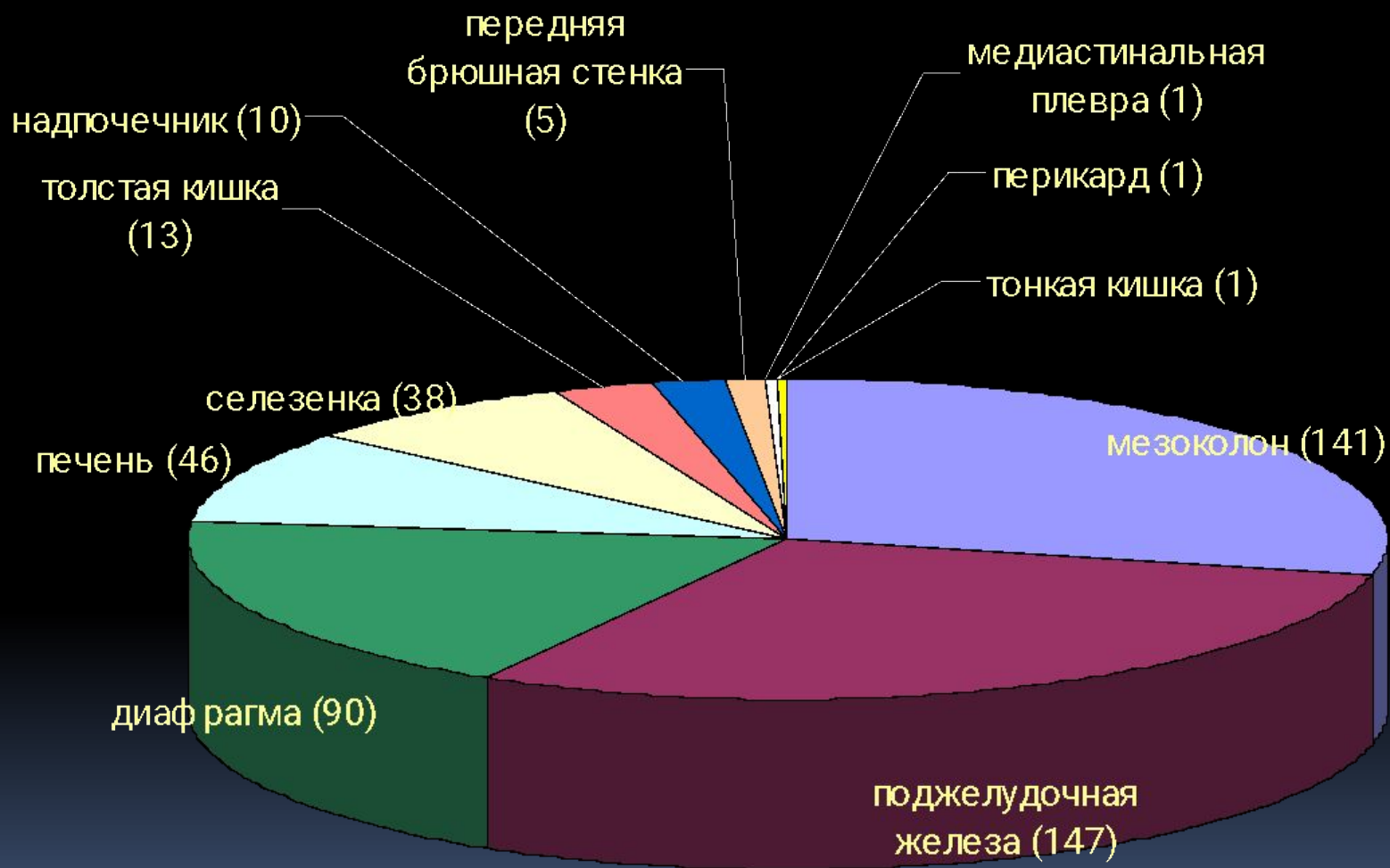
При распространении опухоли выше диафрагмы необходимо выполнение отдельной лапаротомии и торакотомии в IV-V межреберье справа.

Правильный выбор оперативного доступа позволяет осуществить резекцию пищевода в пределах здоровых тканей, выполнить медиастинальную лимфодиссекцию, а также обеспечивает оптимальные условия для наложения пищеводного анастомоза.



По данным литературы, именно распространение рака желудка на соседние органы является причиной отказа от выполнения операции в **60%** случаев!

Комбинированные вмешательства



Комбинированные вмешательства

- истинное прорастание опухоли в соседние органы по данным планового гистологического исследования отмечено в **42,2%** наблюдений.
- таким образом, более чем в **50%** случаев интраоперационно не представляется возможным установить истинность прорастания рака желудка в соседние органы.

Комбинированные вмешательства

- в **20,1%** наблюдений, больным после **комбинированных вмешательств** по данным **планового гистологического исследования** устанавливается **I-II** стадии заболевания.
- **отказ от выполнения комбинированного вмешательства** в таких случаях является **неоправданной ошибкой**, лишаящей больного шанса на **стойкое выздоровление**.

КЛАССИФИКАЦИИ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЙ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

- **Полная и частичная (Казанская хирургическая школа М. З.Сигала, 1989)**
- **Чревно-мезентериальная (S.Tagliacosso, 1971)**
- **Удаление узлов 5 клетчаточных-фасциальных пространств:1)печеночно-крючковидного 2) парааортального 3) селезеночно-крючковидного 4) селезеночного 5) левого почечно-аортального (В.Г. Лалетин, 1983)**
- **Расширенная лимфаденэктомия (Японское общество по изучению рака желудка, JRSGC, 1981)**

Объемы лимфаденэктомии

№1 правые паракардиальные л/у

№2 левые паракардиальные л/у

№3 л/у вдоль малой кривизны

№4 л/у вдоль большой кривизны

№5 надпривратниковые л/у

№6 подпривратниковые л/у

D1

№7 л/у по ходу a.gastrica sinistra

№8 л/у по ходу a.hepatica communis

№9 л/у по ходу truncus coeliacus

№10 л/у ворот селезенки

№11 л/у по ходу a.lienalis

№110 нижние параэзофагеальные л/у

№111 диафрагмальные л/у

D2

D3

№12 л/у гепатодуоденальной связки

№13 ретропанкреатодуоденальные л/у

№14 л/у корня брыжейки

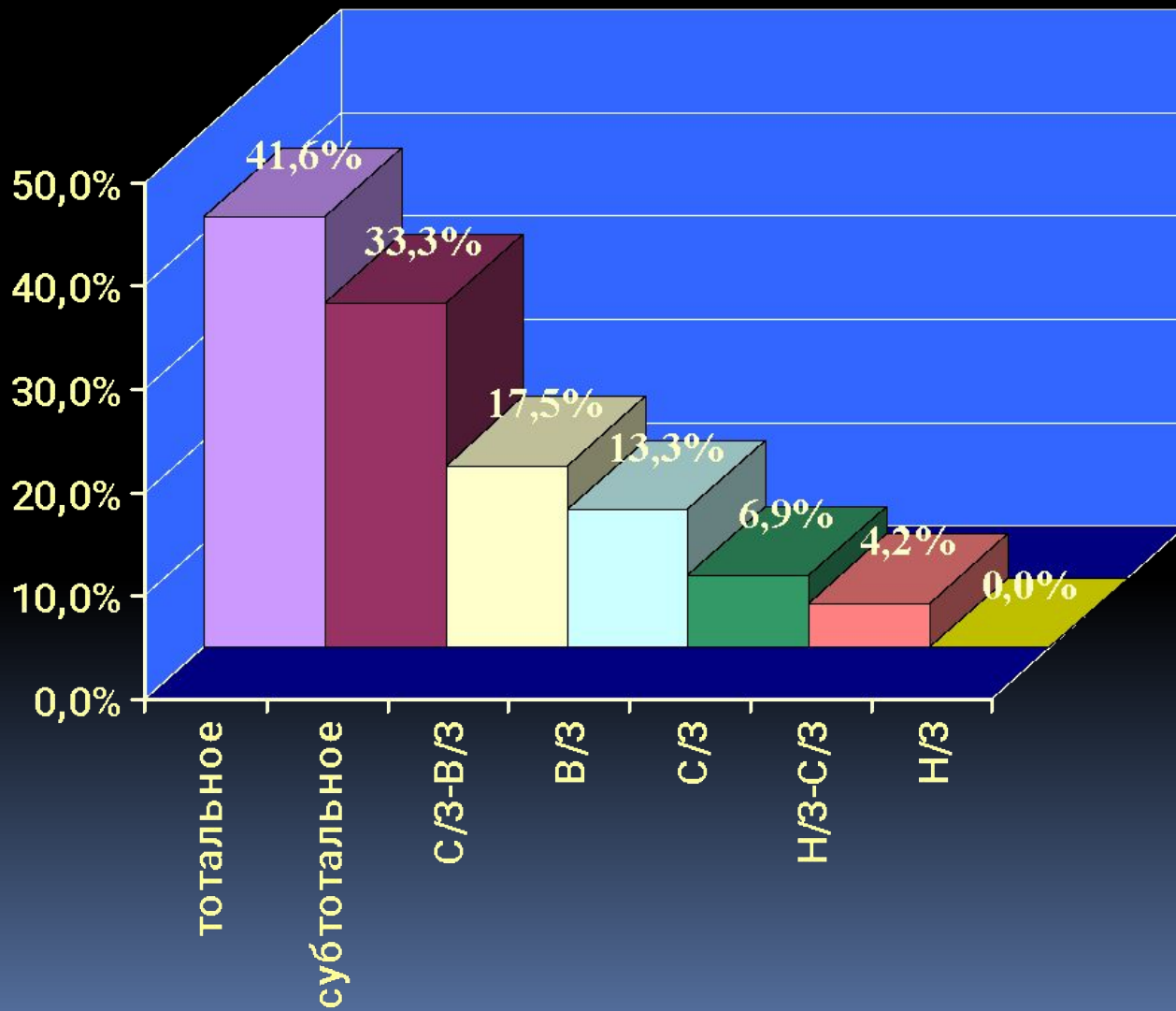
№15 л/у по ходу a.colica media

№16 парааортальные л/у

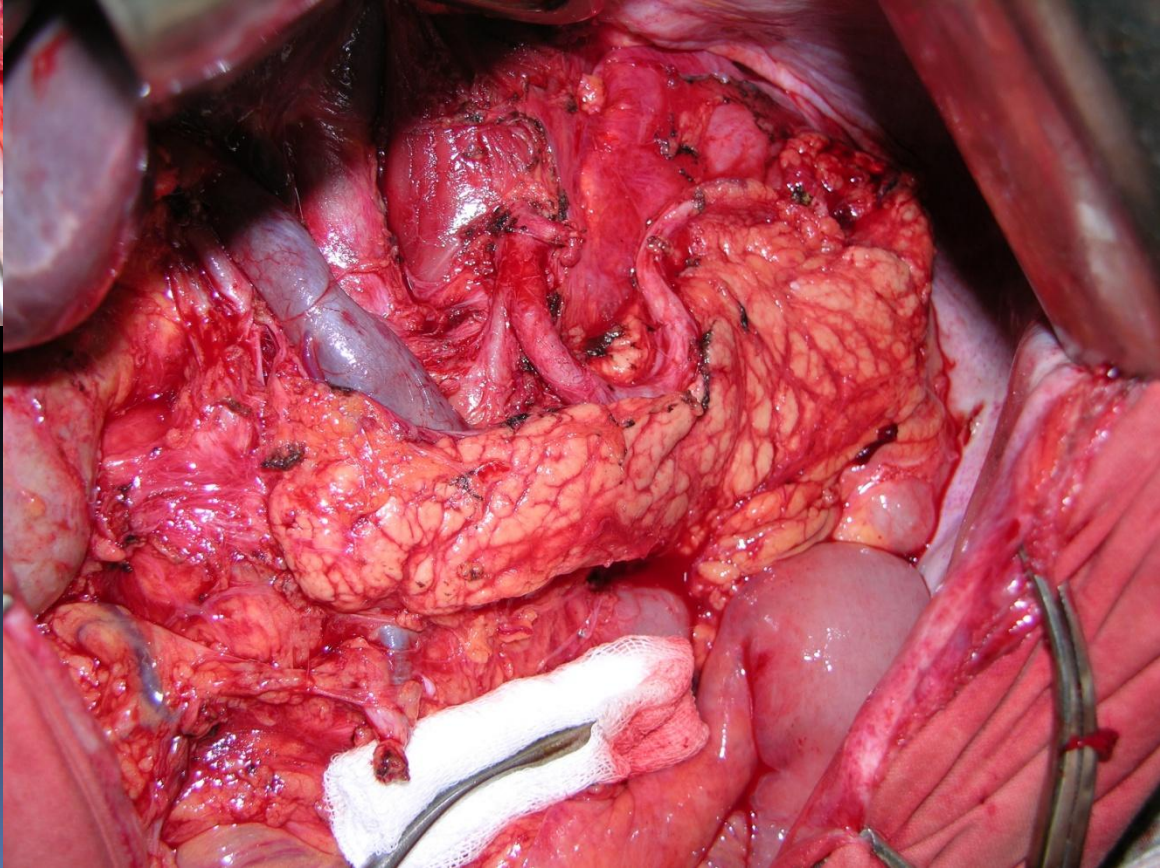
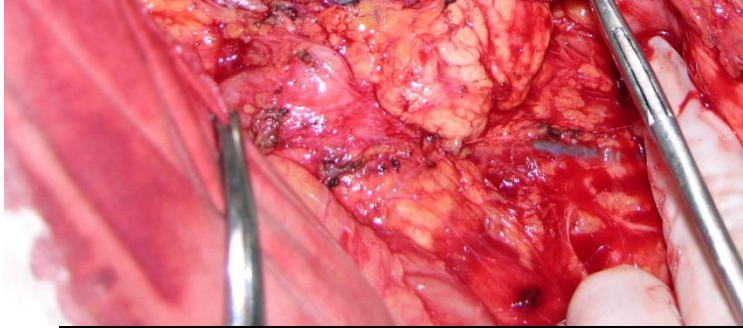
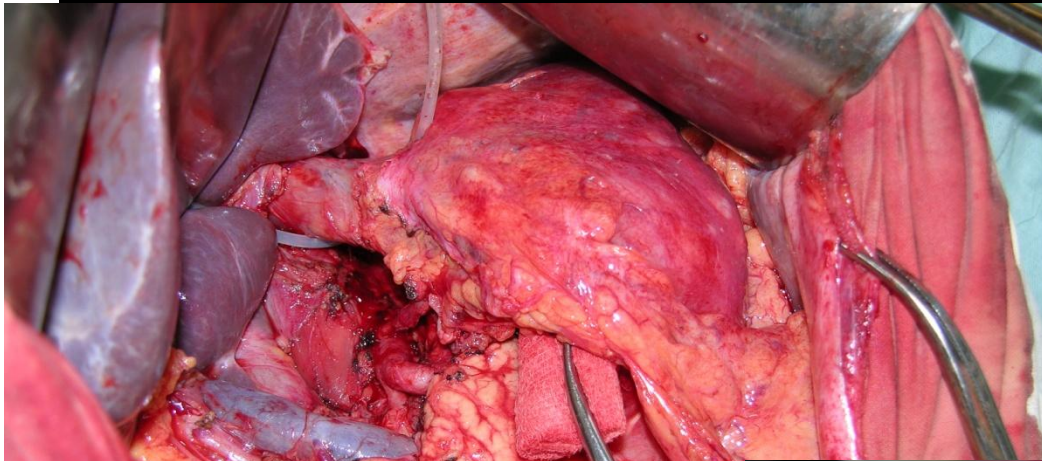
Расширенные лимфаденэктомии

- в группе больных с «интактными» лимфатическими узлами плановое гистологическое исследование дало заключение о наличии метастазов в **48%** наблюдений.
- метастазы в лимфоузлах **N2** группы, не удаляемых при стандартных вмешательствах, были выявлены у каждого третьего пациента
- среднее количество удаленных в ходе расширенных операций лимфоузлов почти в **3** раза превышало число лимфоузлов, иссеченных при стандартных операциях

Зависимость метастатического поражения л/у ворот селезенки от локализации опухоли



Лимфаденэктомия D2



Выполнение расширенных операций при раке желудка позволяет

- максимально объективизировать распространенность опухолевого процесса;
- снизить частоту местных рецидивов почти **в 4 раза**;
- улучшить отдаленные результаты лечения на **12-30%**;
- указанные преимущества достигаются без значительного увеличения числа послеоперационных осложнений и летальности.

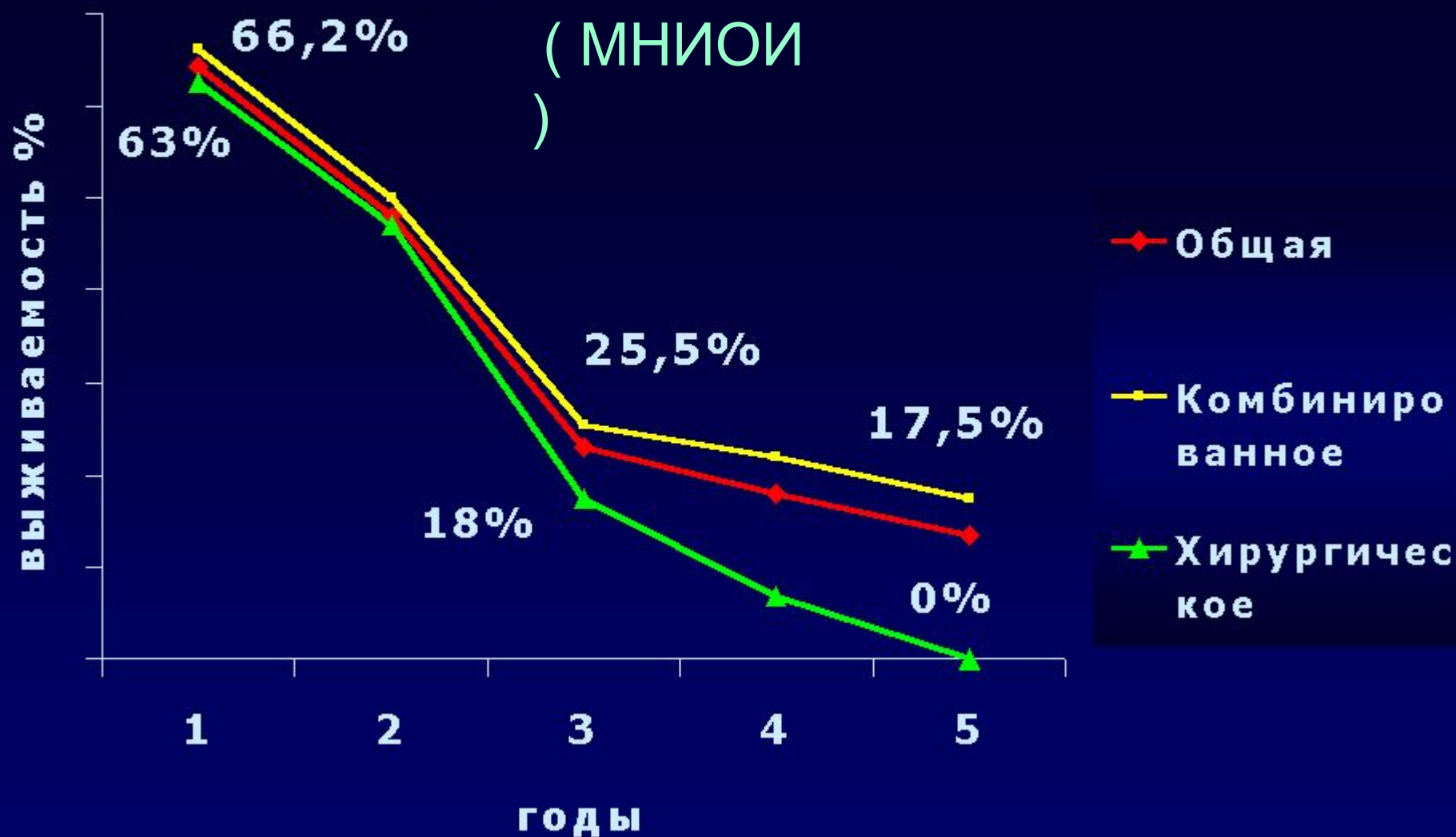
Паллиативные операции при раке желудка

Средняя продолжительность и качество жизни после паллиативных операций при раке желудка IV стадии выше по сравнению с симптоматическими операциями

257 vs 158 дней (Enders K.W.Ng, Hong Kong, 2001)

13,6 vs 8,4 месяцев (J.S.Park, Korea, 2001)

Показатели выживаемости при IV стадии заболевания



Адьювантная терапия

- **Результаты хирургического лечения остаются малоудовлетворительными**
- **Адьювантная лучевая терапия, снижая частоту местных рецидивов, не улучшает выживаемость**
- **Адьювантная химиотерапия после радикальных операций лишь незначительно улучшает отдаленные результаты, что подтверждено многочисленными исследованиями**
 - Hermans et al, 1993, 11 исследований, n=2096
 - Earle and Maroun, 1999, 13 исследований, n=1990

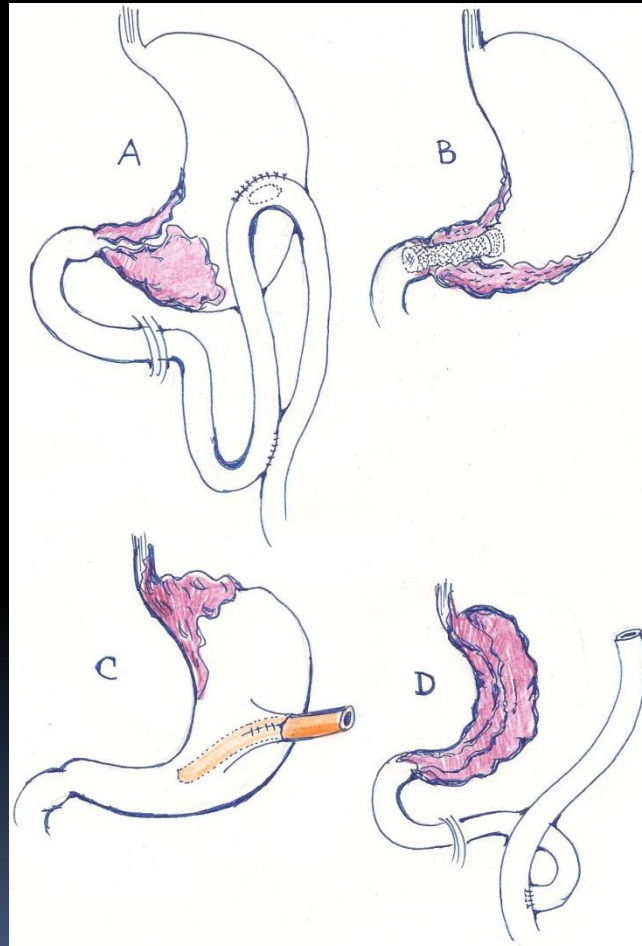
Нерезектабельный местно-распространенный рак желудка

□ В случае нерезектабельного рака желудка или наличии явной остаточной опухоли (нерадикальная резекция) наибольшую эффективность имеет химиолучевое лечение

- Mayo Clinic Study: ЛТ/5-ФУ либо только ЛТ
 - медиана выживаемости **12** против **5,9** месяцев
- GITSG, 1982: ЛТ/5-ФУ+5ФУ/Митомицин С либо только 5ФУ/Митомицин С
 - 4-летняя выживаемость **18%** против **7%**

Режим: 45Гр (1,8Гр×25 дней) + 5-FU/LCV 400/20мг/м² 1,4,23 и 25 день.

Паллиативные операции при нерезектабельном раке желудка. В- стент в антральном отделе



ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЖЕЛУДКА

◆ 5 - ФТОРУРАЦИЛ

◆ МИТОМИЦИН С

◆ ЭТОПОЗИД

◆ ДОКСОРУБИЦИН

◆ ЦИСПЛАТИН

НОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ

◆ КАМПТО

◆ УФТ

◆ ТАКСАНЫ (ТАКСОЛ, ТАКСОТЕР)

Рак желудка IV стадии либо генерализация после хирургического лечения

схема	препараты	объективный ответ	медiana выживаемости	источник
FAM	5-ФУ/доксорубицин/митомицин С	42%	12,5 мес.	McDonald 1980
FAB	5-ФУ/доксорубицин/кармустин	40%	8,25 мес.	Levi 1986
FAMTX*	5-ФУ/доксорубицин/метотрексат (высокие дозы)	58%	9 мес.	Klein 1989
EAP	этопозид/доксорубицин/цисплатин	64%	9 мес.	Preusser 1989
ELF*	этопозид/лейковорин/5-ФУ	41%	10,5 мес.	Wilke 1990
ESF*	эпирубицин/цисплатин/5-ФУ	71%	8,2 мес.	Findlay 1994

* - наиболее широко применяемые схемы

СХЕМЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА ЖЕЛУДКА

I	<ul style="list-style-type: none"> • 5-фторурацил 400 мг/м^2 1-5 дней • Цисплатин 50 мг/м^2 1-5 дней <p>Эффект 30-40% дней, циклы повторяются каждые 28 дней</p>
II PF	<ul style="list-style-type: none"> • Цисплатин 100 мг/м^2 внутривенно 1 день • Фторурацил 1000 мг/м^2 внутривенно 1-5 дни, циклы повторяются каждые 28 дней <p>Эффект 35-42%</p>
III EAP	<ul style="list-style-type: none"> • Этопозид 120 мг/м^2 внутривенно 4, 5, 6 дни • Доксорубицин 20 мг/м^2 внутривенно 1 и 7 дни • Цисплатин 40 мг/м^2 внутривенно 2 и 8 дни <p>Эффект 30-40%</p>
IV MEP	<ul style="list-style-type: none"> • Митомицин 5 мг/м^2 внутривенно 1 и 7 дни • Этопозид 60 мг/м^2 внутривенно 4,5,6 дни • Цисплатин 40 мг/м^2 внутривенно 2 и 8 дни <p>Эффект 30-40%</p>
V PUFT	<ul style="list-style-type: none"> • Цисплатин 50 мг/м^2 внутривенно 1, 8 дни каждые 28 дней • Фторурацил 1000 мг/м^2 через день внутрь длительно
VI DLF	<ul style="list-style-type: none"> • Доцетаксел 100 мг/м^2 внутривенно 1 раз в 3 недели • Лейковорин 500 мг/м^2 внутривенная инфузия 24 часа 1 раз в неделю 1,8, 15 дни • Фторурацил 1800 мг/м^2 инфузия 24 часа 1 раз в неделю 1, 8, 15 дни <p>Эффект 30-40%</p>

Адьювантная химиолучевая терапия

Межгрупповое рандомизированное исследование (0116). **603** пациента с резектабельным раком желудка

хирургия + адьювантная терапия

либо

только хирургия

Режим адьювантной терапии:

- 1 курс 5-ФУ 425 мг/м² + лейковорин 20 мг/м² x 5 дней из 28 дней
- лучевая терапия 45 Гр (1,8 Гр x 25 дней) + 5ФУ/лейковорин 400/20 мг/м² в 1, 4, 23 и 25 дни облучения
- 2 курса химиотерапии 5-ФУ 425 мг/м² + лейковорин 20 мг/м² x 5 дней каждые 28 дней

Адьювантная химиолучевая терапия

Эффективность:

- безрецидивная 3-летняя выживаемость **49%** против **32%**
- 3-летняя выживаемость **52%** против **41%**
- медиана выживаемости **35** против **28** месяцев

□ Таким образом, адьювантная химиолучевая терапия после R0 резекций улучшает 3-летние результаты лечения рака желудка и, по мнению некоторых авторов, является методом выбора после радикальных вмешательств по поводу рака желудка.

□ По мнению других исследователей, показанием к адьювантной терапии служит наличие остаточной опухоли, роста по краю резекции и/или обширное лимфогенное метастазирование.

Рекомендуемая тактика (по данным мировой литературы)

Операбельный, резектабельный рак желудка (I- стадии) (А)
Операбельный резектабельный рак (II-III стадии) (В)

А)хирургическое лечение

В)Хирургическое лечение+адьювантная ХТ, либо неoadьювантная ХТ + ХЛ

Нерезектабельный местнораспространенный рак желудка (M0) либо противопоказания к хирургическому лечению

химиолучевая терапия
либо паллиативная химиотерапия

Отдаленные метастазы

паллиативная химиотерапия

Паллиативное вмешательство

Рекомендуемая тактика (по данным мировой литературы)



Регламент наблюдения за больным после радикальной операции по поводу рака желудка в течение 1 года

- .
 1. УЗИ брюшной полости каждые 3 мес в течение 1 года
 2. КТ брюшной полости через 6-8 мес
 3. ПЭТ- КТ при подозрении на рецидив
 4. Определение уровня онкомаркеров (СА72-4, СА19-9, РЭА) при подозрении на рецидив
 5. Эзоагогастроскопия через 6-8 мес.
 6. При клинических проявлениях рецидива заболевания уточняющую диагностику проводить немедленно