

ГЛАВА IX

РАК ЖЕЛУДКА

Академик АМН Украины, профессор Бондарь Г.В.,
профессор Попович А.Ю., профессор Бондарь В.Г.

Рак желудка относится к наиболее распространенным опухолевым заболеваниям человека. Ежегодно в мире этой патологией заболевают 750 – 870 тысяч человек. В экономически развитых странах удельный вес рака желудка достигает 50% от всех опухолей желудочно-кишечного тракта и 15% опухолей вообще.

Заболеваемость

Распространенность рака желудка (РЖ) неодинакова. В слаборазвитых и развивающихся странах заболеваемость и смертность от РЖ выше, чем в развитых. Отмечается достаточно выраженная зависимость уровня заболеваемости от этнических и расовых особенностей: корейцы, вьетнамцы, японцы, гавайцы и аборигены Аляски – наиболее подвержены риску заболеть раком желудка; белые испанцы, китайцы и негроидные расы – составляют промежуточную группу; для остальных белых рас и филиппинцев риск возникновения опухоли значительно ниже.

Заболевание наиболее распространено в странах восточной Европы (Исландия, Финляндия, Германия, Польша), Южной Америки, Юго-Восточной Азии. Наиболее высокая заболеваемость среди населения развитых стран зарегистрирована в Японии (мужчины – 80,0; женщины – 43,0), самая низкая – в США (мужчины – 10,0; женщины – 5,9). Примечательно, что заболеваемость РЖ в США снизилась за последние 40-50 лет в несколько раз и составляет всего 3% от всех злокачественных заболеваний. Американские исследователи считают, что это результат внедрения и пропаганды «здорового образа жизни» и, прежде всего, значительных изменений в питании населения: за эти годы жители США стали лучше питаться (рафинированная, хорошо обработанная пища, овощи, фрукты, соки), перестали употреблять крепкие алкогольные напитки в неразбавленном виде и, что очень важно, стали меньше курить.

Украина входит в десятку стран мира с наиболее высокой заболеваемостью РЖ: мужчины – 39,5, женщины – 22,4 таким образом ежегодно в стране заболевают около 16-17 тысяч человек. Следует отметить, что в последние годы во многих странах мира, в том числе и в Украине, отмечается стабилизация, и, даже, некоторое снижение уровня заболеваемости РЖ. Причина этого пока не совсем ясна, так как не может быть объяснена активной профилактикой или успехами в лечении.

Мужчины болеют РЖ в 2 раза чаще, чем женщины. Уровень заболеваемости в значительной степени зависит от возраста больных и колеблется у

мужчин от 15,0 в возрасте 30-39 лет до 352,1 в возрастной группе старше 70 лет, у женщин, соответственно: 8,2 и 177,4. Не случайно более 55% пациентов – старше 60 лет и 15-20% – старше 70 лет.

Эпидемиология

Причины возникновения злокачественных новообразований желудка, судя по всему, многообразны и до конца не ясны. В настоящее время наиболее распространенными факторами риска РЖ принято считать:

- высокое содержание соли в пище(соленая и вяленая рыба, консервированные продукты);
- большое содержание нерафинированных жиров в пище;
- недостаточное употребление в пищу цельного молока и молочных продуктов;
- курение, особенно в сочетании с приемом алкоголя;
- постоянное употребление горячей пищи и напитков;
- загрязнение пищи афлатоксинами;
- нерегулярное питание.

Уровень заболеваемости зависит от многих экзо- и эндогенных факторов, определенную роль играют природные геохимические условия: недостаток в почве кобальта, магния, никеля, ванадия; избыток кальция, меди, цинка, хрома и повышенная минерализация воды. Слизистая желудка подвергается наиболее интенсивному воздействию различных, в том числе и канцерогенных факторов, поступающих в организм с пищей.

Важное место отводится нарушениям режима питания: перееданию, употреблению жирной пищи и жареных блюд, маринованных овощей, копченой и вяленой рыбы. Употребление соленых продуктов повышает риск возникновения РЖ у мужчин в 4 раза, у женщин – в 7 раз (Maruyama K, 1984). В то же время ежедневное употребление молока, молочных продуктов, фруктов и зеленых овощей существенно снижает заболеваемость (Correa P, 1985). Отмечена несомненная связь РЖ с высоким содержанием нитросоединений в пище, многочисленные исследования показали, что нитраты, содержащиеся в пище, в полости желудка легко превращаются в нитриты, которые, в свою очередь, преобразуются в нитрозамины, обладающие доказанным канцерогенным действием. Следует отметить, что образование нитрозаминов происходит более интенсивно на фоне пониженной кислотности желудочного сока.

Вполне определенную роль в возникновении заболевания играют употребление крепких алкогольных напитков и курение. Риск возникновения РЖ у курящих выше в 1,3 – 1,5 раза. Смертность от РЖ у начавших курить в юношеском возрасте составляет 206,9-381,4, а у некурящих – 144,7.

Еще не в полной мере изучена роль генетических факторов в возникновении заболевания, хотя именно с этим связывают высокую заболеваемость РЖ в Японии. Генетическая предрасположенность в два раза увеличивает заболеваемость РЖ, классическим примером является судьба семьи Наполеона Бонапарта, члены которой в каждом поколении болели РЖ. К генетическим факторам можно отнести связь заболеваемости РЖ с 11(A) группой крови, при которой уровень заболеваемости может быть выше на 15 – 20%.

В последние годы привлекает внимание роль *Helikobacter pylori* (НР) в возникновении опухолей желудка. НР – инфекция достаточно распространена, она поражает до 96% населения некоторых стран. Несмотря на определенную связь между НР – инфекцией и РЖ, уверенности в реальной зависимости нет. Например: заболеваемость мужчин в 1,5 – 4 раза выше, в то время как уровень НР- инфицированности мужского и женского населения примерно одинаков; у пациентов с дуоденальной язвой, среди которых уровень НР – инфицированности достигает 100%, заболеваемость РЖ в два раза ниже чем в популяции; в некоторых развивающихся странах на фоне высокой НР- инфицированности уровень заболеваемости РЖ невысок.. Тем не менее, примечателен тот факт что в наблюдениях финских исследователей эрадикация НР- инфекции, направленная на устранение хронического гастрита у пациентов, привела к прямо пропорциональному снижению заболеваемости РЖ. Исходя из теории многоступенчатого канцерогенеза, можно предположить, что НР-инфекция приводит к развитию хронического атрофического гастрита, который и является первым звеном в длительном процессе возникновения опухоли.

Высказывается предположение о возможной связи РЖ и вируса Эпштейна – Барра, который выявляется в 80% низкодифференцированных опухолей с лимфоидной инфильтрацией и в 6 – 9% низкодифференцированных аденокарцином.

Предраковые заболевания желудка

Совершенно обосновано мнение о том, что РЖ «является последним звеном длинной цепи предшествующих ему изменений, которые можно назвать «предопухолевыми или предраковыми» (Л.М.Шабад, 1967). В настоящее время различают **предраковые состояния** слизистой желудка, которые при определенных условиях могут привести к возникновению злокачественной опухоли (хронические гастриты, хронические язвы и полипы, оперированный желудок и т.д.), и **предраковые изменения** – гистологически подтвержденные изменения слизистой, свидетельствующие о развитии процесса в сторону злокачественного перерождения (**дисплазии** различной степени).

Пациенты перенесшие ранее операции на желудке, особенно по Бильрот-II, имеют повышенный риск через много лет заболеть РЖ вследствие изменения состава желудочной флоры, повышенного образования нитратов и нитритов, щелочного дуоденального рефлюкса и ахлоргидрии – способствующих канцерогенезу. Частота возникновения опухоли в этой группе достигает 20%, а пик заболеваемости отмечается через 15 – 20 лет после резекции желудка.

Хронический гастрит составляет 50-60% желудочной патологии. По мнению большинства исследователей частота возникновения РЖ у больных гипо-, нормо- и гиперацидными гастритами практически такая же, как и среди всего населения. Только длительно существующий **анацидный гастрит** представляет реальную опасность с частотой малигнизации до 13%.

Довольно большой риск малигнизации при **болезни Менетрие** (складчатый гастрит) – от 8 до 40% и **пернициозной анемии**, которая всегда сопровождается атрофическим гастритом и приводит к малигнизации в 10 – 20% случаев.

Дискутабельным остается вопрос о злокачественной трансформации **язв желудка**. Многие исследователи считают, что только **хроническая каллезная язва** желудка, особенно у лиц пожилого возраста, должна рассматриваться как потенциальный предрак, а пациенты этой группы должны находиться под динамическим эндоскопическим контролем с обязательными повторными морфологическими исследованиями. При этом необходимо учитывать следующие обстоятельства:

- возможно изъязвление инфильтративных форм рака и, наоборот, эпителизация малигнизированных язв;
- сроки заживления язв индивидуальны и не могут быть критерием дифференциальной диагностики;
- зарубцевавшуюся язву с образованием прерывистости складок следует считать малигнизированной.

Полипы составляют 5 – 10%, среди доброкачественных новообразований желудка, при этом мужчины болеют в 2 – 4 раза чаще. Различают одиночные, множественные полипы и тотальный полипоз желудка. Частота озлокачествления полипов колеблется в широких пределах, от 3% до 60% и, в определенной степени, коррелирует с их количеством. Общепринятым является мнение, что больные с **полипами желудка** должны быть отнесены к группе повышенного риска, особенно это касается **множественных** и **аденоматозных** полипов, вероятность малигнизации которых достигает 27-38%.

Все больные с **предраковыми** заболеваниями желудка должны находиться на диспансерном учете и получать плановую противорецидивную и патогенетическую терапию. Плановые обследования, включающие обязательную фиброгастроскопию с биопсией, проводятся в этой группе пациентов не реже, чем 1 – 2 раза в год.

Риск возникновения опухоли желудка увеличивают **некоторые врожденные особенности и генетическая предрасположенность**: мужской пол, группа крови II(A), наличие злокачественных новообразований (особенно рака желудка) у родственников, семейные раковые синдромы (наследственный неполипозный рак ободочной кишки (синдром Линча), семейный аденоматозный полипоз).

Таким образом, в группы повышенного риска возникновения злокачественной опухоли желудка должны быть включены:

- лица мужского пола старше 50 лет, нерегулярно питающиеся, курящие и употребляющие алкоголь,
- лица, родственники которых страдали злокачественными заболеваниями,
- больные, перенесшие операции на желудке или страдающие хроническими, в том числе предраковыми, заболеваниями желудка (полипоз, анацидный гастрит, язвенная язва и тд.).

Эти пациенты должны находиться под диспансерным наблюдением и регулярно (1 – 2 раза в год) подвергаться фиброгастроскопии с морфологическим исследованием биопсийного материала.

Профилактика рака желудка

Возможность успешной **профилактика рака желудка** в настоящее время стала реальностью. Имеющийся опыт показывает, что в ряде случаев РЖ можно достаточно успешно предупредить. Так в США активное внедрение «здорового образа жизни» привело к тому, что РЖ стал редким заболеванием. Придерживаясь определенного режима питания можно значительно снизить неблагоприятное, в онкологическом смысле, влияние употребляемой пищи: необходимо питаться регулярно, следует избегать консервированных, маринованных и копченых продуктов, горячей, жареной на жире, острой и соленой пищи, употреблять в пищу больше свежих овощей и фруктов, в том числе лука и чеснока, молочные и кисломолочные продукты, витамины А и С, крупы грубого помола, хлеб из отрубей. Необходимо отказаться от курения, чрезмерного употребления алкоголя и употребления крепких и суррогатных алкогольных напитков (особенно в сочетании с жирной, жареной, копченой и соленой пищей), контролировать массу тела и активно заниматься физическим трудом и спортом. Несмотря на то, что выше-

упомянутые профилактические меры носят достаточно общий характер, их эффективность убедительно подтверждается многочисленными примерами.

Что касается борьбы с НР-инфекцией, то в этом направлении наиболее реальным и обоснованным следует считать медикаментозное лечение и разработку активной вакцины, доступной широким слоям населения. В то же время имеются сообщения о эффективности при НР-инфекции чеснока, который как известно, обладает бактерицидным действием.

Классификация и патологическая анатомия рака желудка

Для удобства определения местного распространения опухолевого процесса желудок принято делить на 3 анатомических отдела, условным делением большой и малой кривизны на три равные части: верхняя треть (кардия и фундальный отдел), средняя треть (тело желудка), нижняя треть (выходной отдел). Опухоль относят к тому отделу, где она предположительно возникла или где находится ее большая часть.

Наиболее часто, в 22,4 – 70% случаев, опухоль локализуется в нижней трети желудка, несколько реже – 19,5 – 34,3% в средней и еще реже – 15 – 25% в верхней трети. Почти в половине случаев рак возникает на малой кривизне желудка. В сторону кардии и пищевода опухоль растет практически беспрепятственно, в то же время, распространение на двенадцатиперстную кишку со стороны слизистой бывает редко.

По гистологическому строению различают несколько наиболее распространенных типов РЖ (классификация ВОЗ, 1982):

1. Аденокарцинома (папиллярная, тубулярная, муцинозная, перстневидно-клеточный рак).
2. Железисто-плоскоклеточный рак.
3. Плоскоклеточный рак
4. Недифференцируемый рак.
5. Мелкоклеточный рак.
6. Прочие опухоли (лейомиосаркома, лимфогрануломатоз, лимфосаркома, ретикулосаркома и т.д.).

Многие авторы, особенно европейские, считают целесообразным использование классификации Lauren, которая рассматривает интерстициальный, солидный и смешанный рак желудка:

А. Интерстициальный (кишечный) тип – рак, образовавшийся на фоне длительно протекавшего хронического гастрита (НР-инфекция), железистый, более дифференцированный и прогностически более благоприятный.

В. Солидный (диффузный) тип – высокоагрессивная, менее дифференцированная, инфильтративно растущая опухоль, склонная к метастазированию и прогностически менее благоприятная.

С. Смешанный тип – сочетает признаки дифференцированной и низкодифференцированной опухоли, больше соответствуя солидному типу.

Кроме того, гистологическое заключение включает оценку степени злокачественности опухоли, определение глубины прорастания и наличия раковых клеток в просвете сосудов, лимфоидной и плазматической инфильтрации, состояния регионарного лимфатического аппарата.

Классификация по системе TNM

Применение международной классификации по системе TNM позволяет в достаточно полной мере обозначить распространенность опухолевого процесса, избрать необходимый метод лечения, дать оценку прогноза заболевания и корректно сравнивать результаты лечения. В настоящее время в Украине на практике применяется версия TNM (6 – издание, 2002 год).

Классификация по системе TNM

T – первичная опухоль

T_x – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

T₀ – первичная опухоль не определяется.

T_{is} – преинвазивная карцинома, внутриэпителиальная опухоль без поражения собственной пластинки слизистой оболочки.

T₁ – опухоль ограничена слизистой оболочкой желудка или слизистой и подслизистым слоем независимо от величины и локализации

T₂ – опухоль инфильтрирует мышечный или субсерозный слой.

T_{2a} – опухоль инфильтрирует мышечную оболочку. или субсерозный слой.

T_{2b} – опухоль инфильтрирует субсерозную оболочку.

T₃ – опухоль прорастает серозную оболочку без инвазии в соседние структуры.

T₄ – опухоль распространяющаяся на соседние структуры.

N – регионарные лимфатические узлы

N₀ – нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов.

N_x – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.

N₁ – наличие метастазов в 1-6 регионарных лимфоузлах,

N₂ – наличие метастазов в 7-15 регионарных лимфоузлах,

N₃ – наличие метастазов более чем в 16 регионарных лимфоузлах.

Регионарными являются лимфатические узлы расположенные вдоль большой и малой кривизны, чревного ствола, левой желудочной, общей печеночной и селезеночной артерий, гепатодуоденальные лимфоузлы.

M – отдаленные метастазы

M_x – недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

M_0 – нет признаков отдаленных метастазов.

M_1 – имеются отдаленные метастазы.

Патогистологическая (послеоперационная) классификация рака желудка – pTNM

Категории pT, pN, pM соответствуют категория TNM: pN – согласно классификации 2002г., материал для гистологического исследования после регионарной лимфаденэктомии должен включать не менее 15 лимфоузлов.

G – степень дифференцировки опухоли.

G_x – степень дифференцировки не определена.

G_1 – высокая степень дифференцировки.

G_2 – средняя степень дифференцировки.

G_3 – низкая степень дифференцировки.

G_4 – недифференцированный рак.

На основании особенностей анатомического роста рака желудка принято различать следующие его макроскопические формы:

1. Экзофитная форма (50-60%), когда опухоль растет в просвет желудка:

1.1. Бляшковидный;

1.2. Полиповидный;

1.3. Блюдцевидный;

1.4. Неопределенной формы.

2. Инфильтративная форма (40-50%), эндофитная – опухоль инфильтрирует стенку органа:

2.1. Язвенно-инфильтративная;

2.2. Диффузно-инфильтративная:

а) скир;

б) субмукозный;

в) плоскоинфильтративный.

г) неустановленной формы.

3. Смешанная(мезофитная) форма.

Распространена также классификация по Borrmann (1926), согласно которой различают:

1. Грибовидный или полиповидный тип опухоли с экзофитным ростом в просвет желудка.

2. Экзофитно – изъязвленный тип, блюдцеобразный рак с четкими границами..

3. Язвенно – инфильтративный тип, опухоль без четких границ с интрамуральной инфильтрацией стенки желудка.

4. Диффузно-инфильтративный тип – диффузное поражение стенки желудка по типу linitis plastica.

Установлено, что распространение раковых клеток за пределы опухоли, главным образом по подслизистому слою, составляет при экзофитных опухолях – 6-8 см от края опухоли, а при эндофитных – 8-10 см, наиболее выражено это в проксимальном направлении. При опухолях верхней трети желудка у 14-35%, а при раке кардии – у 80% больных отмечается поражение пищевода. Значительно реже бывает распространение на двенадцатиперстную кишку при опухолях выходного отдела желудка (35%).

Метастазирование рака желудка

Рак желудка относится к опухолям с высоким метастатическим потенциалом, при этом лимфогенный путь метастазирования является основным. Морфологической основой лимфогенного метастазирования являются лимфатические сплетения в глубоких слоях субмукозы и в субсерозном слое (слизистая желудка не содержит лимфатических сосудов). Опухолевые эмболы проникают в просвет интрамуральных лимфатических сосудов и током лимфы заносятся в лимфоузлы. По мере роста опухоли вначале появляются лимфогенные метастазы, затем – гематогенные, а при выходе опухоли на серозу ($T_3 - T_4$) – имплантационные.

Интенсивность лимфогенного метастазирования прямо связана с распространенностью опухолевого процесса, метастазы в лимфоузлы обнаруживаются примерно в 70% всех лапаротомий по поводу рака. При опухолях T_1 лимфогенные метастазы выявляются в 9-11% случаев, при T_2 – в 35-40%, при $T_3 - T_4$ – в 62-70%.

В зависимости от локализации опухоли существуют различные пути лимфогенного метастазирования. Это хорошо иллюстрирует схема А.В. Мельникова, достаточно простая и удобная. Согласно ей в желудке различают четыре основных бассейна лимфооттока, каждый из которых включает 4 этапа.

Первый бассейн собирает лимфу от нижней трети желудка, прилежащей к большой кривизне: первый этап метастазирования – лимфоузлы желудочно – ободочной связки, второй – лимфоузлы по нижнему краю поджелудочной железы и за привратником, третий – лимфоузлы брыжейки тонкой кишки, четвертый – парааортальные лимфоузлы.

Во второй бассейн оттекает лимфа от нижней трети малой кривизны: первый этап метастазирования – ретропилорические узлы, второй – лимфоузлы малого сальника, третий – лимфоузлы печеночно-двенадцатиперстной связки, четвертый – лимфоузлы ворот печени.

Третий бассейн собирает лимфу от средней трети желудка, передней и задней стенок, кардии: первый этап метастазирования – лимфоузлы малого

сальника, второй – лимфоузлы по ходу левых желудочных сосудов, третий – лимфоузлы по верхнему краю поджелудочной железы, четвертый – пара-эзофагеальные лимфоузлы.

Четвертый бассейн собирает лимфу от верхней трети желудка: первый этап метастазирования – лимфоузлы желудочно – ободочной связи, второй – лимфоузлы по ходу коротких артерий, третий – лимфоузлы ворот селезенки, четвертый – лимфоузлы самой селезенки.

Следует отметить, что в клинике эта схема мало применима, так как вышеуказанное разделение бассейнов лимфооттока в достаточной степени условно, ибо, по мнению большинства исследователей, при метастатическом поражении лимфоузлов направление оттока лимфы меняется, а при множественном поражении становится хаотичным. Кроме того, в 10-15% случаев выявляются так называемые «прыгающие метастазы» – поражение лимфатических узлов следующего анатомического этапа метастазирования, минуя предыдущий. Именно эти обстоятельства и являются аргументами в пользу расширенной лимфаденэктомии при РЖ, которая предусматривает удаление всех групп регионарных лимфоузлов вне зависимости от стадии опухолевого процесса.

С целью стандартизации терминологии обозначения регионарных лимфатических узлов желудка Японское общество по изучению РЖ(JRSGC) предложило в 1963 году их классификацию, которая в настоящее время получила всеобщее признание. Согласно классификации (JRSGC) выделяют следующие группы регионарных лимфоузлов желудка:

- 1-правые паракардиальные,
- 2-левые паракардиальные,
- 3-малой кривизны,
- 4-большой кривизны:
 - 4s-левая группа (лимфоузлы вдоль левой желудочно-сальниковой артерии и коротких артерий),
 - 4d-правая группа (лимфоузлы вдоль правой желудочно-сальниковой артерии),
- 5-надпривратниковые,
- 6-подпривратниковые,
- 7-вдоль левой желудочной артерии,
- 8-вдоль общей печеночной артерии,
- 9-вокруг чревного ствола,
- 10-ворот селезенки,
- 11-вдоль селезеночной артерии,
- 12-печеночно-двенадцатиперстной связи,

13-задней поверхности поджелудочной железы,
14-корня брыжейки,
15-вокруг средней ободочной артерии,
16-парааортальные,
110-нижние параэзофагеальные,
111-диафрагмальные.

В зависимости от локализации опухоли все упомянутые лимфоузлы **условно** разделены на группы (N_1, N_2, N_3, N_4), соответствующие символам N в системе TNM.

N_1 – первый этап, перигастральные лимфоузлы, расположенные в связочном аппарате желудка №1 – 6;

N_2 – второй этап, забрюшинные лимфоузлы вдоль ветвей чревного ствола, №7 – 11;

N_3 – третий этап, лимфоузлы гепатодуоденальной связки, ретропанкреатодуоденальные, брыжейки ободочной кишки, парааортальные №12 – 16.

Следует подчеркнуть, что и в Международной и в Японской системах классификации лимфоузлов желудка **символ N ни в коей мере не отражает этапность лимфооттока и последовательность метастазирования, обозначая лишь их анатомическую локализацию.**

В настоящее время принято считать, что поражение лимфатических узлов $N_1 - N_2$ расценивается как метастазы в регионарные лимфоузлы, в то время как поражение лимфатических узлов $N_3 - N_4$ классифицируется как отдаленные метастазы – M_1 .

Доказано, что у 60-90% больных РЖ, особенно в распространенных стадиях, в кровеносном русле циркулируют опухолевые клетки. Поэтому гематогенные метастазы (в печень, легкие, надпочечники, кости) выявляются у 25,0-60,0% первичных больных.

При РЖ $T_3 - T_4$, когда опухоль выходит за пределы стенки органа, создаются условия для распространения раковых клеток имплантационным путем, как следствие – у 32-39% больных развивается канцероматоз брюшины. Доказана корреляция между площадью поражения серозы и частотой выявления свободных раковых клеток в смывах из брюшной полости. К имплантационным метастазам относят метастазы в брюшину дугласова пространства (Шнитцлера – Блюммера) и метастазы в пупок (сестры Джозеф), метастазы в яичник (Крукенберга) в настоящее время рассматриваются как лимфогенные. Среди других отдаленных метастазов, свидетельствующих о неоперабельности РЖ, можно назвать метастаз Вирхова (в надключичные узлы слева), метастаз Айриша (в подмышечные лимфоузлы) и, реже встречающиеся, легочные лимфангоиты.

Ранний рак желудка

Успехи в развитии методов диагностики РЖ и в лечении ранних форм заболевания обусловили необходимость выделения «раннего рака желудка», как **практически излечимого заболевания**. Под «ранним раком» желудка, согласно классификации JGCA, понимают опухоли локализирующиеся в пределах слизистой оболочки и не имеющие метастазов – $T_1N_0M_0$ (sm1 – глубина инвазии менее 0,5 мм от мышечного слоя слизистой, sm2 – глубина инвазии более 0,5 мм.). Радикальное хирургическое лечение в этой стадии обеспечивает 10-летнюю выживаемость до 90-100%. В Украине ранний РЖ диагностируется редко и, чаще, случайно. В то же время, доля подобных пациентов в Японии составляет 54-56% от общего числа больных (Maruyama K, 1996).

Частота раннего РЖ наиболее высока в возрасте 50-69 лет. В связи с отсутствием каких-либо специфических клинических проявлений **диагностика раннего рака желудка основана исключительно на применении фиброгастроскопии с биопсией** в качестве метода скрининга.

Клиника рака желудка

Рассматривая клиническую картину РЖ необходимо отметить ряд важных моментов, определяющих тактику своевременного выявления заболевания.

Во-первых – специфических симптомов рака желудка нет и в ранних стадиях заболевание длительное время протекает бессимптомно, а имеющиеся клинические проявления в большинстве случаев обусловлены сопутствующей патологией.

Во-вторых – клиническая картина заболевания зависит от локализации опухоли, степени ее распространенности и формы роста, а появление клинических проявлений свидетельствует, как правило, о распространенном опухолевом процессе.

Последнее в полной мере относится и к, так называемому, «**синдрому малых признаков**» (А.И. Савицкий, 1947), который в большей степени характерен для обширного опухолевого процесса и включает следующие симптомы:

- изменение самочувствия, общую слабость, снижение трудоспособности;
- стойкое ухудшение аппетита, отвращение к некоторым видам пищи;
- «желудочный дискомфорт», чувство переполнения желудка, отрыжку, тошноту, рвоту;
- беспричинное похудание;
- стойкую анемию, бледность кожных покровов, их пастозность;
- депрессию, апатию.

Среди синдромов местнораспространенного рака желудка можно отметить следующие, в порядке их частоты и значимости:

Желудочное кровотечение и его проявления: рвота кровью и «кофейной гущей», мелена, бледность кожных покровов, слабость, анемия, головные боли, одышка, тахикардия. При массивном кровотечении на первый план выступают симптомы острой кровопотери и кровотечения в просвет желудочно – кишечного тракта, при хроническом – симптомы анемии. Причиной кровотечения является распад опухоли и опухолевая деструкция стенок сосудов.

Боли в эпигастрии, чаще ноющие, глухие, не сильные, не имеющие периодичности и сезонности, не связанные с приемом пищи, иногда иррадирующие в область сердца – при раке кардии, или в спину – при прорастании поджелудочной железы и забрюшинного пространства.

Диспептический синдром, который в большинстве случаев обусловлен нарушением функции желудка при опухолях нижней и верхней трети, сопровождающихся развитием стеноза выходного или проксимального отдела с соответствующими клиническими проявлениями.

Анемия – сопровождающаяся слабостью, бледностью кожных покровов, отсутствием аппетита, снижением работоспособности, зачастую является не только следствием продолжающейся скрытой кровопотери, но и следствием интоксикации, нарушений питания и усвоения железа.

В зависимости от локализации опухоли можно отметить характерные особенности клинической картины заболевания.

Для опухолей **выходного отдела** желудка, вследствие развития **стеноза** и нарушения эвакуаторной функции, более характерны: тошнота, отрыжка, чувство переполнения желудка, рвота съеденной накануне непереваренной пищей. В подобных случаях можно выявить признаки перерастяжения желудка – большая кривизна пальпируется в мезогастрии, определяется «шум плеска» и т.д.

При опухолях **проксимального отдела желудка и кардиоэзофагеальной зоны** особое место среди диспептических симптомов занимает **дисфагия**, – под которой подразумевается ощущение затрудненного прохождения пищи в за грудиной области. Вначале дисфагия бывает непостоянной и обусловлена в большей степени спазмом кардии. В далеко зашедших случаях, при выраженном стенозе, больные не могут даже пить воду. Обязательными при наличии дисфагии являются рентгеновское и эндоскопическое исследование, позволяющие дифференцировать рак и сходные по клинике заболевания. Грубой тактической ошибкой следует считать неврологичес-

кое лечение больных с дисфагией, так как симптоматическая терапия вначале дает временный эффект, затушевывая истинную причину заболевания. Боли при опухолях проксимального отдела желудка часто иррадиируют в область сердца и левое плечо, симулируя стенокардию.

При опухолях тела желудка преобладают **общие симптомы**: снижение аппетита, немотивированная общая слабость, боли в эпигастрии, недомогание, похудание, субфебрилитет – которые встречаются также и у 75% всех больных раком желудка, преимущественно в распространенных стадиях заболевания.

Важную информацию можно получить при правильно проведенном осмотре больного. При внешнем осмотре необходимо обратить внимание на состояние кожных покровов: бледность, пастозность, сухость, желтушность. Пальпаторно определяют наличие или отсутствие опухоли в эпигастриальной области, увеличение печени, признаки переполнения желудка и наличия свободной жидкости в брюшной полости. С целью выявления отдаленных метастазов исследуют надключичные и подмышечные зоны, пупок и обязательно выполняют пальцевое ректальное или бимануальное (у женщин) исследование.

Клинические проявления РЖ многообразны, неспецифичны и сложны для трактовки. Поэтому в конкретном случае, при оценке каждого симптома, для установления верного диагноза необходим индивидуальный подход. Абсолютным правилом должно быть положение, согласно которому малейшие отклонения в течении хронического заболевания желудка, а тем более появление новых, даже незначительных жалоб, должны служить поводом для обязательного специального исследования, включающего эндоскопию с биопсией.

Необходимо упомянуть клинические проявления осложненного рака желудка. Наиболее часто встречающееся (до 13,5%) осложнение – **желудочное кровотечение**, при остром кровотечении на первый план выступают: рвота кровью или «кофейной гущей», мелена – и проявления острой кровопотери: слабость, бледность, холодный пот, тахикардия, в случаях массивного кровотечения – коллапс. При продолжающемся хроническом кровотечении преобладают общие симптомы анемии.

Перфорация желудка также относится к числу довольно частых осложнений и встречается у 8 – 9% больных. В большинстве случаев клиническая картина начинается с появления сильной (кинжальной) боли в эпигастрии, характерной и для перфорации (прободения) стенки желудка при язвенной болезни. Затем начинает развиваться клиника перитонита, выраженность которой, в определенной степени, зависит от интенсивности поступления желудочного содержимого в свободную брюшную полость. Следует иметь

в виду, что у больных с распространенным опухолевым процессом, при выраженной анергии, перитонит может развиваться как бы исподволь, без характерных клинических проявлений, на фоне прогрессирующего ухудшения состояния больного.

Клиническая картина **стеноза** выходного или проксимального отделов желудка достаточно характерна: при стенозе антрального отдела – тошнота, рвота, отрыжка с неприятным запахом, признаки переполнения желудка. При раке кардиального отдела на первый план выступает дисфагия различной степени выраженности, вплоть до полной непроходимости пищевода гиперсаливация, регургитация.

Методы диагностики рака желудка

На сегодня методы диагностики рака желудка разработаны настолько, что позволяют диагностировать его в самых ранних стадиях, когда опухоль имеет размеры в несколько миллиметров. Основным методом диагностики является фиброгастроскопия с обязательной биопсией (имеется в виду полибиопсия – взятие материала из нескольких мест (не менее пяти) подозрительного участка слизистой оболочки с морфологическим изучением биоптата. Это исследование в обязательном порядке должно проводиться всем больным с подозрением на рак желудка, за исключением тех очень редких случаев, когда есть противопоказания к нему. Как метод скрининга фиброгастроскопия должна применяться не реже, чем один раз в два года, а при наличии «желудочных» жалоб – и в группах риска, ежегодно.

Лучевые методы диагностики – рентгенография и компьютерная томография – позволяют изучить изменение формы и размеров органа, рельеф слизистой желудка, состояние его стенки, функциональную активность, обнаружить распространение процесса на соседние структуры и признаки увеличения регионарных и забрюшинных лимфоузлов. При рентгенологическом исследовании применяют такие методики: контрастирование барием, двойное контрастирование, метод тугого заполнения и искусственную гипотонию желудка. При опухолевом поражении желудка можно отметить такие виды его деформации: укорочение малой кривизны, провисание антрального отдела, локальное втягивание большой кривизны, улиткообразная деформация, сужение выходного отдела или тела, уменьшение желудка, каскадный перегиб, деформация свода. Рентгенисследование позволяет в ряде случаев диагностировать даже ранний рак желудка. Однако, рентгеновские методы нельзя считать основными в диагностике опухолей желудка, завершающим методом обязательно должна быть фиброгастроскопия с биопсией.

Компьютерная томография применяется, главным образом, для уточнения распространенности опухолевого процесса и позволяет более четко и детально на поперечных срезах оценить форму роста, уровень инфильтрации стенки желудка, прорастания в смежные органы и ткани, увеличение забрюшинных лимфоузлов, наличие гематогенных метастазов в паренхиматозных органах. Следует иметь в виду, что метод не является специфическим в отношении опухолевого роста, позволяя визуализировать только явно увеличены и изменены структуры и потому не может быть основным методом диагностики.

Как дополнительные методы применяются ультразвуковое исследование и эндосонография, которые позволяют до операции более точно определить распространенность опухолевого процесса и обнаружить отдаленные метастазы.

При необходимости используют инвазивные методы диагностики: пункционную биопсию, лапароцентез, лапароскопию. Их назначение - уточняющая диагностика с целью оценки распространенности опухолевого процесса.

В последние годы в мировой практике получили распространение специальные компьютерные программы (Maruyama K. Siewert J.R), с помощью которых, на основании анализа данных инструментальных методов исследования, клинической картины, морфологии опухоли определяется распространенность опухолевого процесса, возможность выполнения радикальной или паллиативной операции и прогноз выживания после хирургического лечения.

Ранняя диагностика рака желудка

Залогом успешного лечения рака желудка является его ранняя диагностика. Учитывая то, что в ранних стадиях заболевание протекает бессимптомно, его диагностика должна быть активной. Ориентация в диагностике на клинические проявления рака желудка (по принципу обращения) неминуемо приводит к тому, что выявляются лишь распространенные формы заболевания. Так, в Украине 82 - 84% больных раком желудка обнаруживают в стадиях $T_3 - T_4$.

В то же время, в Японии в результате применения скрининга около 64% больных раком желудка оказываются в стадиях $T_1 - T_2$, в том числе около 55% с ранним раком. Япония – единственная страна мира, где реализованы повномасштабные скрининговые программы относительно выявления рака желудка, которые охватывают миллионы жителей ежегодно. Программа скрининга включает такие основные моменты:

- анкетирование населения с помощью специальных тестов, которое позволяет обнаружить «желудочные» жалобы, эти анкеты анализируют с помощью ЭВМ и формируют контингенты для такого обследования;

- полипозиционная флюорография, которая позволяет выполнить контрастное исследование желудка в 10 стандартных положениях, последующее изучение рельефа слизистой желудка дает возможность обнаружить лиц с подозрением на патологию желудка, которые подлежат дообследованию;

- фиброгастроскопия с биопсией, как завершающий метод диагностики.

Скрининговые программы позволяют обнаружить заболевание в ранних стадиях, однако их стоимость достаточно высока, потому что из общей массы обследованных лишь в 0,15-0,2% удастся обнаружить рак желудка. В связи с этим, скрининг рака желудка реализован лишь в Японии, где заболевание признано национальной проблемой.

В условиях Украины также нужна целеустремленная политика создания общественного мнения, ориентированного на необходимость раннего, активного выявления рака желудка. Необходимо исходить из того, что в ранних стадиях рака желудка – излечимое заболевание. Невзирая на определенные сложности, на сегодня полностью реальна организация диспансерного наблюдения за пациентами группы риска и людьми, имеющими «желудочные» жалобы, – с плановой фиброгастроскопией 1-2 раза в год.

Обязательным должно быть правило эндоскопического исследования у пациентов, которым более 45 лет, с появлением даже незначительных жалоб, которые указывают на патологию желудка. Для практически здоровых людей, которым более 45-50 лет, можно рекомендовать выполнение фиброгастроскопии один раз в два года – это позволит, в случае появления опухоли, диагностировать заболевание в ранней стадии и гарантировать лечение.

Хирургическая анатомия желудка

Желудок располагается в верхнем этаже брюшной полости, на 4/5 влево от средней линии, его наиболее широкая часть – дно, целиком лежит в левом подреберье, под куполом диафрагмы. Наиболее фиксированными являются кардия и привратник, остальные отделы желудка более подвижны благодаря его связочному аппарату.

Малый сальник состоит из трех связок: желудочно-диафрагмальной, желудочно-печеночной и печеночно-дуоденальной. В последней, между двумя листками брюшины проходят, окруженные нервным сплетением, лимфатическими сосудами и клетчаткой, справа – общий желчный проток, слева – печеночная артерия, между ними и сзади – воротная вена.

От большой кривизны отходят желудочно-селезеночная связка и большой сальник, включающий желудочно-ободочную связку.

В малом и большом сальнике вдоль большой и малой кривизны желудка расположены сосуды желудка и перигастральные лимфатические узлы.

Артерии желудка образуют две дуги, соответственно обоим кривизнам. Верхнюю дугу составляют левая (отходит от чревного ствола) и правая (отходит от печеночной артерии) желудочные артерии, которые сливаются на уровне угла желудка.

Нижняя дуга образована двумя желудочно-сальниковыми артериями, правая является ветвью желудочно-двенадцатиперстной артерии, левая отходит от селезеночной артерии вблизи ворот селезенки. В толще желудочно-селезеночной связки проходят короткие артерии желудка – ветви селезеночной артерии к дну желудка. Одноименные с артериями вены желудка идут вместе с ними и впадают в воротную вену.

Лимфатическая система желудка играет важную роль в интрамуральном распространении опухолевых клеток. Первая лимфатическая сеть расположена в подслизистом слое, в слизистой желудка лимфатических сосудов нет. Трансмуральные лимфатические сосуды, прободающие мышечный слой, соединяют подслизистую сеть с лимфатическими сплетениями межмышечного и субсерозного слоев. В связи с большим количеством анастомозов между лимфатическими сосудами и наличием лимфовенозных анастомозов, автономность лимфооттока от различных отделов желудка практически отсутствует. Лимфатические системы желудка и пищевода связаны большим количеством лимфатических сосудов, в то же время связь между лимфатическими системами желудка и двенадцатиперстной кишки в большинстве случаев не существует.

Иннервация желудка осуществляется блуждающими и симпатическими нервами. Блуждающие нервы входят в брюшную полость по передней и задней поверхностям пищевода.

Лечение рака желудка

Основным методом лечения РЖ остается **хирургический**. Первое успешное удаление части желудка при раке выполнил в январе 1885 года Т. Бильрот. Опирируя женщину с стенозирующей опухолью выходного отдела он наложил передний гастроэнтероанастомоз и, поскольку больная хорошо переносила вмешательство, завершил операцию дистальной резекцией желудка, заглушив культю двенадцатиперстной кишки. Эта методика операции навсегда вошла в историю хирургии как «резекция желудка по Бильрот – II». В 1897 году – швейцарский хирург К. Шлаттер полностью удалил желудок по поводу опухоли. Первое

подобное вмешательство в России было выполнено В.М.Зыковым в 1911 году, примечательно, что больная после операции прожила более 10 лет.

Дальнейшее развитие хирургии желудка началось после разработки методов общей анестезии. В 60 – 70 годах 20 века были разработаны или усовершенствованы основные методики хирургических вмешательств, предложены надежные методы формирования пищеводных анастомозов. В результате этого к 80 – 90гг. были решены основные проблемы касающиеся надежности операций и улучшения непосредственных результатов хирургического лечения. Такие операции как гастрэктомия и субтотальная резекция желудка стали рутинными в практике работы ведущих онкологических центров. Следующий этап связав с поиском решения проблемы профилактики послеоперационных функциональных нарушений пищеварения и обеспечения качества жизни больных.

Огромный вклад украинских хирургов в разработку методов лечения рака желудка несомненен: в 1931г. львовский хирург Hilarowitz предложил оригинальную методику пищевого анастомоза, которая с успехом в многочисленных модификациях применяется до сих пор; «золотым фондом» хирургии являются работы патриарха нашей хирургии Шалимова А.А., известных хирургов – онкологов Бондаря Г.В., Ефетова В.А., Ганула В.Л., Коссэ В.А., Мясоедова Д.В., и т.д.

В Украине накоплен один из самых больших в Европе опыт хирургического лечения РЖ и гастроэзофагеальной зоны.

В настоящее время в хирургии РЖ применяют три основных вида оперативных вмешательств: радикальные, паллиативные и симптоматические.

Радикальная операция предполагает удаление опухоли в пределах здоровых тканей, удаление регионарного лимфатического аппарата (связок с лимфоузлами, внесвязочных лимфоузлов и забрюшинной клетчатки), соблюдение принципов абластики и антиабластики.

Согласно японской классификации радикальная операция (типа А) – предполагает отсутствие резидуальной опухоли с максимально благоприятным прогнозом выживаемости. Условно – радикальная операция (типа В) допускает высокую вероятность наличия очагов субклинического метастазирования с ухудшением прогноза.

Показаниями к радикальной операции являются:

- возможность полного удаления опухоли в пределах здоровых тканей;
- отсутствие отдаленных лимфо – и гематогенных метастазов, а также диссеминации опухоли по брюшине;
- функциональная переносимость хирургического вмешательства.

Цель **паллиативной** операции(тип С – наличие резидуальной опухоли) – удаление возможно большей массы опухоли для приостановления про-

грессирования процесса, устранение и профилактика развития сопутствующих опухоли осложнений.

Симптоматические операции направлены на устранение развившихся осложнений (наложение обходного анастомоза, остановка кровотечения, ушивание перфорации).

По современным представлениям методика хирургической операции должна соответствовать трем основным требованиям: обеспечивать необходимый радикализм, гарантировать надежность и способствовать максимально возможному восстановлению функции пищеварительного тракта.

При раннем раке с глубиной инвазии менее 0,5 мм. ($T_1N_0M_0$ sm1) – возможна эндоскопическая муэктомия, удаление участка слизистой оболочки желудка через гастроскоп с помощью коагулирующей петли (по типу расширенной биопсии), с тщательным микроскопическим изучением вертикальных и горизонтальных границ удаленного препарата и последующим многолетним эндоскопическим контролем. Подобная методика предпочтительнее, чем различные методы лазерной или термической деструкции опухоли, так как позволяет выполнить детальное послеоперационное гистологическое исследование удаленных тканей.

При опухолях T_1 sm2 – T_2 – показаны стандартные открытые операции, но в специализированных центрах возможны и видеоэндоскопические оперативные вмешательства с обязательным выполнением стандартной лимфаденэктомии.

Основными радикальными операциями в современной хирургии РЖ являются: **субтотальная дистальная или проксимальная резекции и гастрэктомия**. При субтотальной дистальной резекции желудок следует резецировать по малой кривизне до уровня пищевода, по большой – до уровня нижнего полюса селезенки. Проксимальная субтотальная резекция предполагает удаление средней и верхней трети желудка.

Большинство онкологов полагают, что резекция желудка должна выполняться только при небольших (T_1 - T_2) экзофитных опухолях выходного или проксимального отделов, во всех остальных случаях необходима **гастрэктомия**.

В соответствии с принципами онкологического радикализма операция должна включать широкое удаление связочного аппарата, полное удаление большого сальника и регионарных лимфоузлов 1-2 этапов метастазирования (перигастральных и паравазальных). В последние годы широко обсуждается вопрос о применении при раке желудка **расширенной лимфаденэктомии (ЛАЭ)**, включающей удаление забрюшинных и парааортальных лимфоузлов. Многолетний опыт японских хирургов свидетельствует о том, что применение принципиальной расширенной ЛАЭ при раке желудка позволяет на 15 – 25% улучшить выживаемость больных.

В зависимости от того, какие лимфатические узлы подлежат удалению установлены 4 варианта(уровня) лимфодиссекции:

D₁ – удаление перигастральных лимфоколлекторов, расположенных в связках желудка и вдоль левой желудочной артерии;

D₂ – удаление лимфатических узлов по ходу общей печеночной и селезеночной артерий, чревного ствола, ворот селезенки;

D₃ – удаление лимфатических узлов гепатодуоденальной связки, ретропанкреатических, брыжейки поперечно-ободочной кишки;

D₄ – удаление парааортальных лимфоузлов и лимфоузлов вдоль верхней брыжеечной артерии.

Несмотря на неоднозначное отношение к применению расширенной лимфодиссекции при раке желудка, во многих странах мира (в том числе и европейских) в настоящее время стандартной для радикальной операции считается системная лимфодиссекция в объеме D₂, на это же ориентированы последние (1997-2002) редакции классификации TNM.

При распространении опухоли проксимального отдела желудка на пищевод, выполняется гастрэктомия или проксимальная резекция с удалением части абдоминального или наддиафрагмального отделов пищевода. В случаях выхода опухоли за пределы желудка и на соседние органы необходимы расширенные, **комбинированные** операции с удалением 2-3 органов: селезенки, толстой кишки, части печени и т.д. При выявлении единичных отдаленных метастазов (в печень, поджелудочную железу, парааортальные лимфоузлы) и технической возможности удаления желудка в последние годы во всем мире выполняются **паллиативные гастрэктомии и резекции желудка**. Подобные вмешательства позволяют предупредить развитие тяжелых осложнений связанных с прогрессированием опухоли, улучшают качество жизни больных, создают более благоприятные условия для проведения химиотерапии. Пионерами выполнения подобных операций 30 лет назад были отечественные онкологи (Г.В. Бондарь).

При неудалимой опухоли с развитием стеноза выходного отдела желудка или выраженной дисфагии возникает необходимость выполнения **симптоматических** операций: обходной гастроэнтероанастомоз, гастро- или энтеростомия. Операции такого типа направлены на устранение тягостных осложнений распространенного опухолевого процесса.

Сложная ситуация возникает при развитии желудочного кровотечения, угрожающего жизни больного. В таких случаях выполняют паллиативные операции или перевязку сосудов желудка. При возможности выполнения гастрэктомии на высоте желудочного кровотечения экстренная операция часто спасает жизнь больного. Опыт выполнения сотен подобных опера-

ций в Донецком противоопухолевом центре свидетельствует о том, что тяжелое кровотечение не всегда является признаком неоперабельности и удаление пораженного опухолью желудка с одновременным возмещением кровопотери дает реальную возможность спасти больного.

В наше время основные вопросы хирургического лечения РЖ практически решены. Послеоперационная летальность в ведущих онкологических клиниках не превышает после резекции желудка 2-4% и после гастрэктомии – 2 – 5% , а несостоятельность анастомозов является редким осложнением.

Кафедра онкологии и Донецкий противоопухолевый центр уже в течение 30 лет занимаются разработкой методов лечения рака желудка. В 1972 году профессором Бондарем Г.В. была предложена уникальная методика формирования пищеводно-тонкокишечного анастомоза, послужившая основой для разработки серии надежных и эффективных операций. По разработанным в клинике методикам оперированы около 4000 больных, из которых более 30% перенесли комбинированные и паллиативно-комбинированные операции. Послеоперационная летальность с учетом того, что у 80% больных был распространенный опухолевый процесс ($T_3 - T_4$) и 55% из них старше 60 лет, составляет после радикальных гастрэктомий – 2,5%. При этом несостоятельность анастомоза, благодаря надежности методики, стала казуистически редким осложнением с частотой не превышающей 0,7-0,8%. Полученные результаты находятся в ряду лучших мировых достижений сегодняшнего дня. Разработанные в клинике методики внедрены во многих лечебных учреждениях Украины, России и стран СНГ, в том числе в Российском онкологическом центре (г. Москва).

Главная особенность разработанных методик заключается в том, что они не только гарантируют надежность оперативного вмешательства, но и обеспечивают высокий уровень медицинской и социальной реабилитации больных.

Обеспечение качества жизни и восстановление трудоспособности больных, которые перенесли радикальное лечение – одна из наиболее актуальных проблем сегодняшнего дня. Это связано с тем, что при опухолях T_1 - T_2 более 60-70% больных живут более 5 лет после операции и даже при опухолях T_3 - T_4 пятилетняя выживаемость составляет 30-40%.

Применение устаревших, функционально несовершенных методик приводит к тому, что большинство пациентов страдают от различных постгастрэктомических осложнений, главным образом от рефлюкс-эзофагита и демпинг-синдрома, и теряют трудоспособность. Медикаментозная коррекция этих осложнений сложна и малоэффективна. Залогом успеха является разработка и внедрение функционально-замещающих методов послеоперационной реконструкции пищеварительного тракта. Эти методики должны повышать надежность оперативного вмешательства и предотвращать развитие наиболее

частых постгастрэктомических осложнений. Примером может служить методика формирования муфтообразного пищеводно-тонкокишечного анастомоза, разработанного Г.В.Бондарем в 1972 году, позволяющая практически исключить возможность пищевода рефлюкса после гастрэктомии.

Химиотерапия рака желудка

Полихимиотерапия в последние годы все шире применяется в лечении РЖ как компонент комбинированного лечения в плане адъювантной (послеоперационной) или неoadъювантной(предоперационной) терапии. В ряде случаев удается получить хорошие ближайшие результаты(частичный эффект в 15 – 35% случаев), однако периоды ремиссии чаще бывают непродолжительными. Стандартных схем химиотерапии не существует. Наиболее распространены сочетания: этопозид – фторурацил – кальция фолиат, этопозид – доксорубицин – цисплатин, в качестве монотерапии:фторурацил, фторафур, доцетаксел, паклитаксел, кампто, кселода.

Результаты исследований отечественных ученых (Черный В.А., Щепотин И.Б.) подтвердили эффективность внутриартериальной регионарной полихимиотерапии при раке желудка. В клинике ДППЦ также продолжается рандомизированное исследование, посвященное изучению эндолимфатической химиотерапии в комбинированном лечении рака желудка.

Современная химиотерапия РЖ – весьма сложный метод лечения и, безусловно, должна проводиться исключительно в специализированных отделениях. Существуют методики системной(внутривенной или пероральной) химиотерапии, регионарной(внутриартериальной) и эндолимфатической(введение препаратов в лимфатическое русло) химиотерапии. Продолжаются исследования по изучению эффективности внутрибрюшной химио- и гипертермохимиотерапии, сочетающих внутрибрюшное введение химиопрепаратов на фоне локальной гипертермии брюшной полости (до 42 – 43 градусов по Цельсию). При неоперабельном процессе после применения полихимиотерапии в 20% – 30% случаев удается получить частичный эффект, однако периоды ремиссии чаще бывают непродолжительными. Эффективность адъювантной химиотерапии РЖ пока не высока.

Существует множество различных схем химиотерапии, отличающихся набором препаратов, способами и последовательностью их введения, применением модификаторов и т.д. Наиболее эффективны при раке желудка: 5 – фторурацил, фторафур, кселода, цисплатин, этопозид, доксорубицин, CCNU, эпирубицин, митомицин – С, доцетаксел, кампто, паклитаксел. Применение этих препаратов в режиме моно- или полихимиотерапии позволяет в 15% – 35% случаев добиться частичного эффекта и, в ряде случаев, временного улучшения состояния больного.

Тем не менее, исследования направленные на повышение эффективности химиотерапии в лечении рака желудка приобретают все больший размах.

Лучевая терапия рака желудка

Эффективность предоперационной лучевой терапии при опухолях желудка показали украинские ученые (Коссе В.А., Хворостенко М.И., 1990).

В настоящее время исследования в этом направлении продолжают, имеющиеся на сегодняшний день данные позволяют сделать вывод о том, что применение лучевой терапии в комбинированном лечении местнораспространенного, низкодифференцированного, и прогностически неблагоприятного рака желудка позволяет существенно улучшить показатели выживаемости больных. Применяются дистанционная, внутриволостная и интраоперационная лучевая терапия в различных режимах фракционирования дозы, с применением различных радиомодификаторов, до и после хирургического лечения. Многие авторы полагают, что современное интенсивное предоперационное облучение показано во всех случаях операбельного рака желудка, так как существенно улучшая отдаленные результаты, практически не увеличивает частоту послеоперационных осложнений.

Дальнейшие исследования эффективности различных методов лучевой терапии в комбинированном лечении рака желудка продолжают.

Непосредственные результаты хирургического лечения рака желудка

На сегодняшний день основные вопросы хирургии РЖ решены. В ведущих онкологических клиниках летальность после радикальных операций не превышает 2-5%, а после комбинированных операций – 5-7%.

В структуре послеоперационных осложнений на первом месте сердечно-сосудистые и легочные осложнения. Это связано с тем, что более половины больных старше 60 лет и 60-65% имеют различные сопутствующие заболевания. На втором месте гнойно-септические осложнения (30-40%). Их частота существенно ниже в клиниках, имеющих опыт лечения РЖ, где применяются современные, надежные хирургические методики. Одно из самых грозных осложнений – несостоятельность анастомоза, в ведущих клиниках встречается редко – 2-3%. К сожалению в учреждениях неонкологического профиля частота несостоятельности анастомоза и других послеоперационных осложнений значительно выше. Это, главным образом, следствие применения устаревших и неэффективных методик. Поэтому большинство отечественных онкологов полагают, что больные раком желудка должны лечиться только в специализированных онкоучреждениях, располагающих квалифицированными кадрами и опытом работы.

Отдаленные результаты лечения рака желудка

Отдаленные результаты лечения РЖ зависят, прежде всего, от стадии заболевания. При раннем раке ($T_1 N_0 M_0$) после радикального хирургического лечения 5 и даже 10-летняя выживаемость достигают 70-90%. Уже при опухолях распространяющихся на мышечный слой (T_2) 5-летняя выживаемость снижается до 50-60%, а при наличии лимфогенных метастазов – до 30-40%. Расширенная лимфаденэктомия при радикальных операциях по поводу РЖ $T_{1-2} N+$ позволяет значительно (на 15 – 25%) улучшить отдаленные результаты.

У больных с опухолями T_3 - T_4 в 60-80% случаев имеются не только лимфогенные, но и имплантационные и гематогенные метастазы, поэтому уровень 5-летней выживаемости в этих стадиях не превышает 30-37% даже после комбинированного лечения с применением лучевой и химиотерапии.

Лечение больных с местнораспространенным раком желудка – $T_{3-4} N+$ является одной из актуальных проблем современной онкологии, так как доля этих пациентов достигает в Европе 50-60% а в Украине – 80-85%.

Продолжительность жизни больных после симптоматических операций или не оперированных вообще редко превышает несколько месяцев.

Приведенные результаты еще раз демонстрируют необходимость организации системы раннего выявления заболевания, так как ***в ранних стадиях рак желудка можно успешно излечить хирургическим путем.***

Медицинская реабилитация больных раком желудка.

Улучшение выживаемости больных РЖ выдвинуло на повестку дня в последние годы проблему «качества жизни» оперированных больных, перенесших обширные хирургические вмешательства.

Это связано с тем, что большинство пациентов перенесших субтотальные резекции и, особенно, гастрэктомии страдают впоследствии от различных функциональных нарушений пищеварения. Наиболее частые из них: рефлюкс-эзофагит, демпинг-синдром, рубцовый стеноз анастомоза. Так, например, многие авторы считают, что рефлюкс-эзофагит должен быть у всех больных которые перенесли гастрэктомию.

Медикаментозная коррекция упомянутых осложнений малоэффективна и единственным методом их предотвращения является применение специальных хирургических методик, обладающих функционально замещающим действием.

В настоящее время на практике наиболее широко применяются 3 основные методики постгастрэктомической реконструкции:

- пластические методы формирования пищеводно-тонкокишечного анастомоза, частично замещающего функцию кардиального жома;
- формирование межкишечного анастомоза, замедляющего поступление пищи в тонкую кишку;
- восстановление пассажа пищи через двенадцатиперстную кишку.

Примером являются разработанные в ДПЦ методики антирефлюксного пищеводадно-тонкокишечного анастомоза, резекции желудка с тонкокишечным антральным «жомом», замещающим функцию привратника, поперечно – продольный межкишечный анастомоз.

Муфтообразный пищеводадно-тонкокишечный анастомоз настолько эффективно замещает функцию кардии, что при специальном контрастном исследовании рефлюкс контраста из тонкой кишки в пищевод отсутствует практически у всех больных. Это объясняется сложным механизмом функционально замещающего действия с формированием аналога газового пузыря желудка. Наши исследования показали, что функция анастомоза сохраняется на протяжении всей последующей жизни больных, в отличие от более «простых» методик, которые зачастую эффективны лишь в руках авторов.

Применение хирургических методов профилактики функциональных нарушений позволяет значительно повысить эффективность медицинской реабилитации больных и, что особенно важно, вернуть многих из них к активной трудовой деятельности.

Для оценки «качества жизни» больных применяются специальные тестовые методики, которые дают возможность оценить с помощью математических методов сугубо клинические понятия.

На сегодняшний день применение функционально замещающих методов реконструкции пищеварительного тракта является обязательным компонентом лечения больных раком желудка.

Диспансеризация больных раком желудка

Больные после окончания специального лечения находятся на диспансерном учете у онколога по месту жительства. В течение первого года они должны обследоваться ежеквартально, затем – два раза в год. Обследование включает изучение жалоб, общий осмотр и обследование, рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости. После резекции желудка необходимо выполнять обязательную фиброгастроскопию не реже одного раза в год, на протяжении всей последующей жизни. При выявлении метастазов или рецидива заболевания больные направляются в специализированную клинику.

Заключение

Одной из нерешенных проблем РЖ на сегодняшний день остается проблема ранней диагностики. Эта проблема лучше всего решена в Японии, где 54% больных выявляются в стадии раннего рака. Но у 36% больных все равно диагностируется распространенный опухолевый процесс – T_3 - T_4 , требующий комбинированного лечения. В Украине ситуация значительно сложнее –

50-60% больных выявляются в III-IV стадиях заболевания, а выявление раннего рака – редкая случайность. Поэтому всего треть больных после радикального лечения живут 5 лет и более. Кардинальное изменение ситуации возложено только при улучшении выявляемости больных в ранних стадиях и требует, прежде всего, организационных решений и технической оснащенности. В этой связи мы вновь обращаемся к понятию онконастороженности – включающему алгоритм действий, направленных на скорейшее исключение онкопатологии желудка при малейшем, даже косвенном, подозрении на нее – с применением самых эффективных методов объективного исследования.