

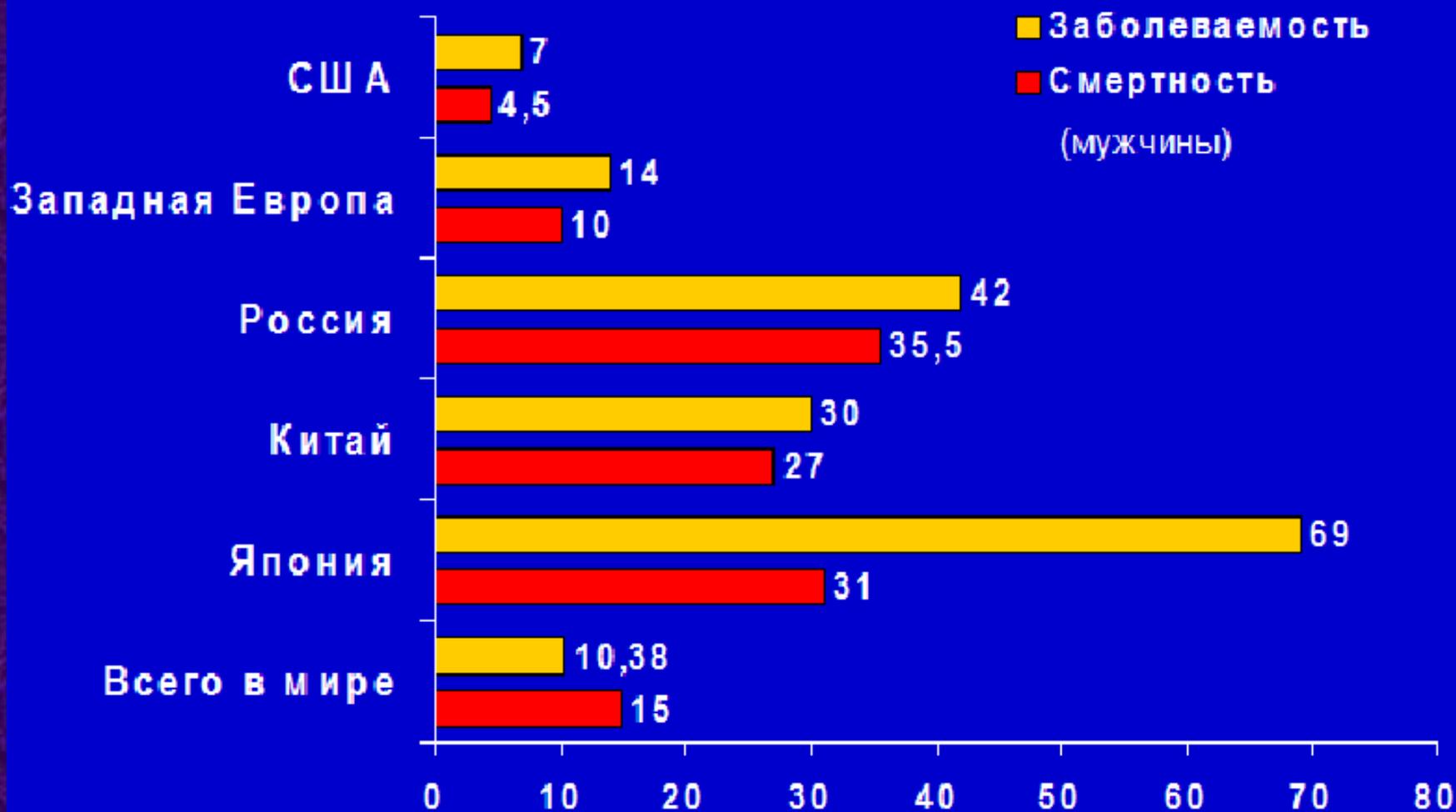
Рак желудка

Лекция для студентов 6 курса лечебного факультета

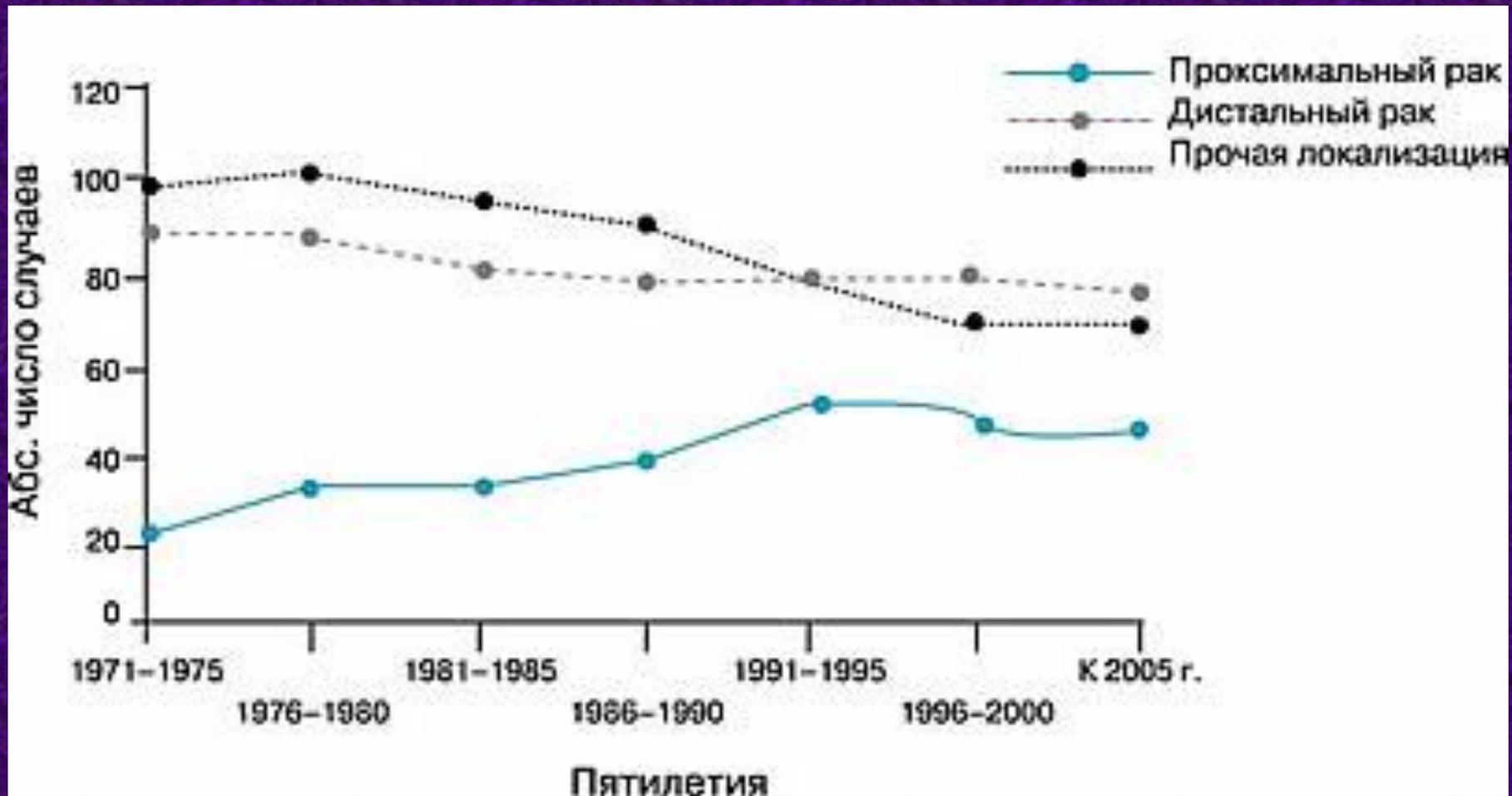
- **Эпидемиология рака желудка характеризуется обратной зависимостью частоты заболевания и уровня социально-экономического развития региона. В развитых странах заболеваемость раком желудка низка. Исключение составляет Япония, где высокая частота данной патологии (более 100 на 100000 населения) связана с традиционным национальным характером питания.**



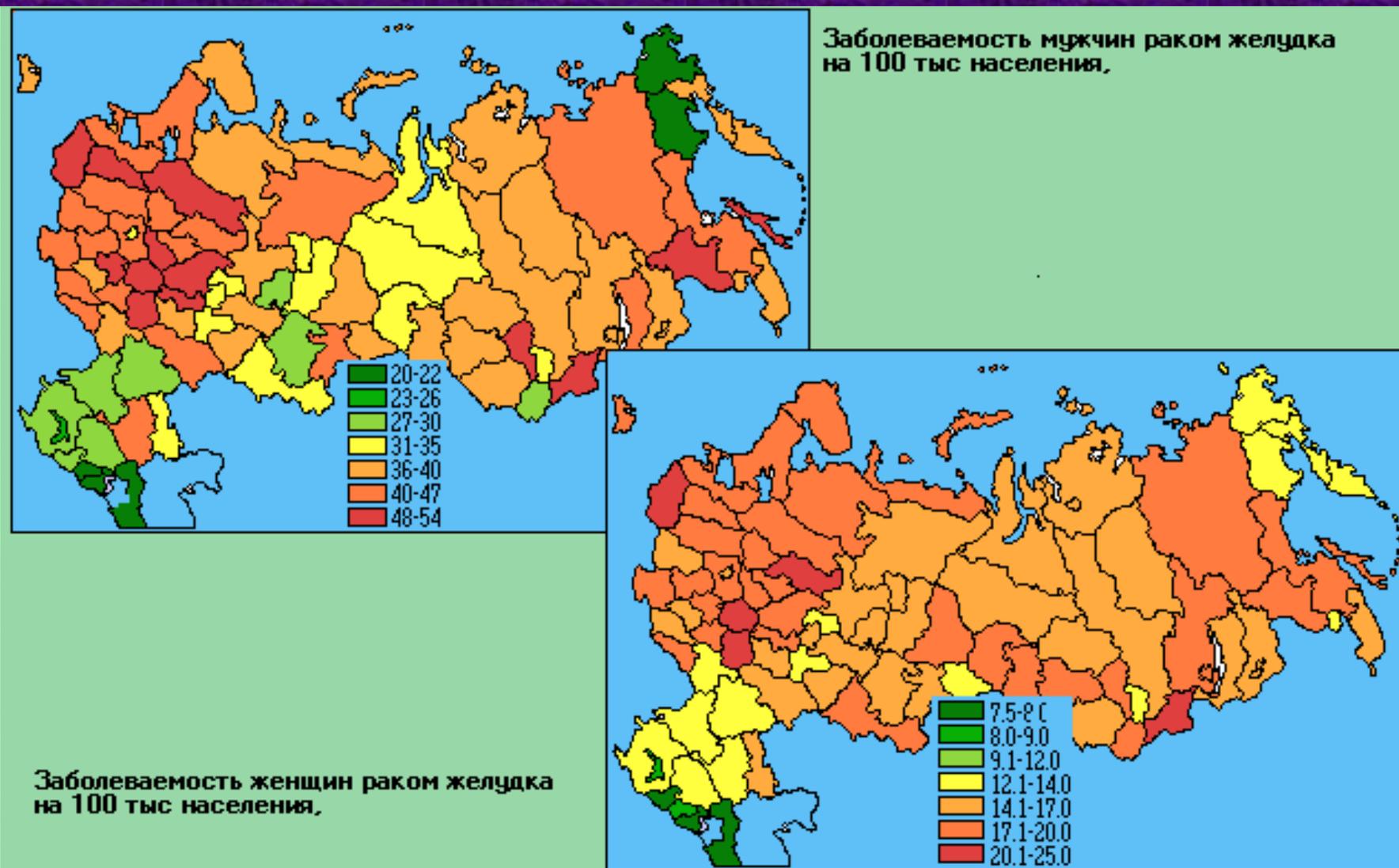
Эпидемиология рака желудка



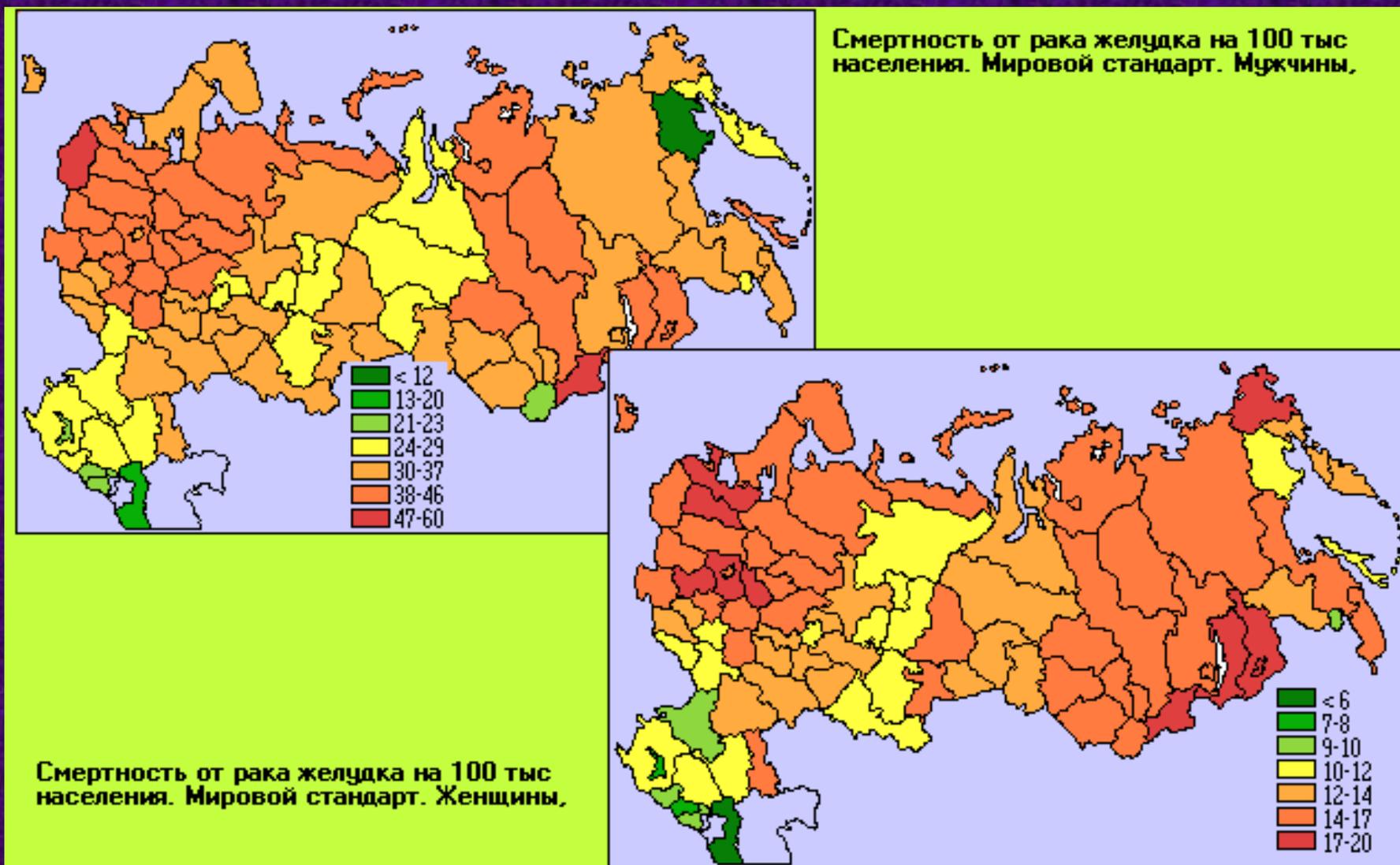
Данные Московского областного научно-исследовательского института им. М.Ф.Владимирского за период с 1971 по 2005 год.



Заболеваемость раком желудка в России



Смертность от рака желудка в России



Эпидемиология рака желудка в Японии

Пятилетняя выживаемость

53%

Доля раннего рака желудка

≈50%

**Преобладает рак антрального
отдела**

Эпидемиология рака желудка в России

**Летальность на первом году
с момента установления диагноза –
56,0%**

**Умерших на 100
вновь выявленных больных –
87**

Этиология рака желудка

генетика

Внешние факторы

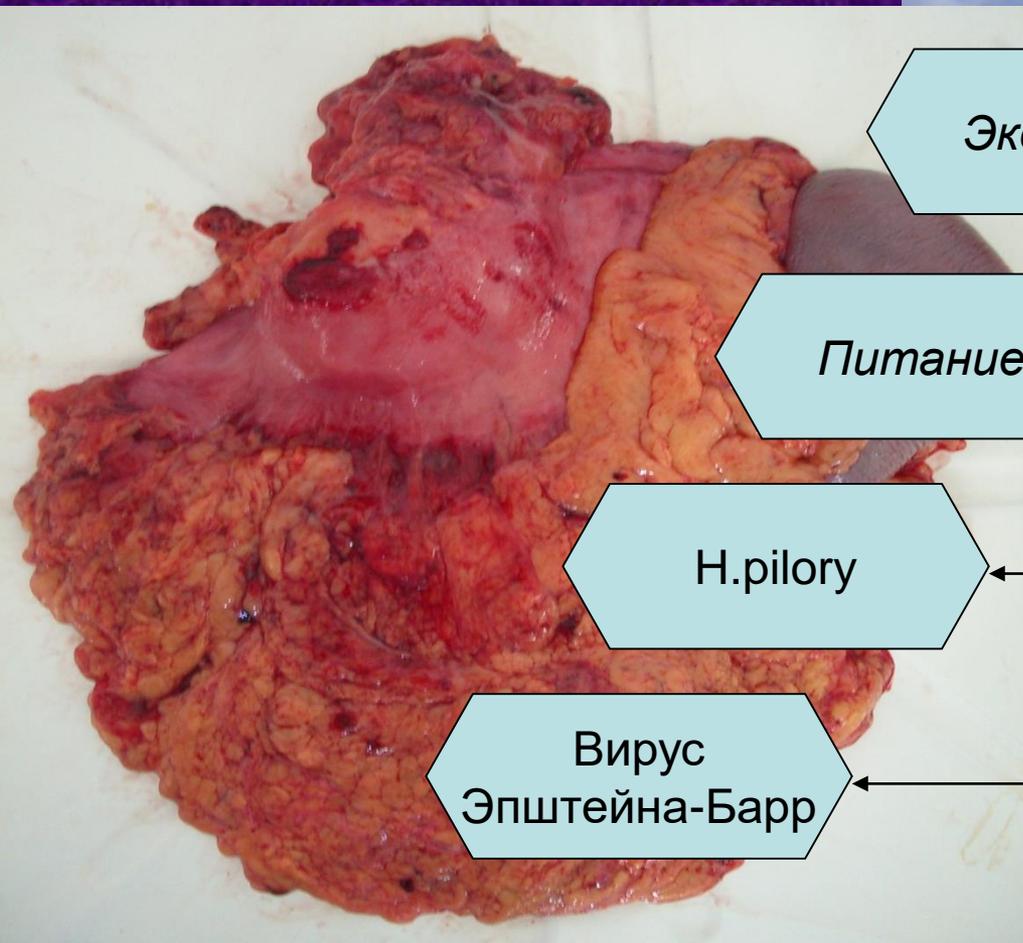
Экология

Питание

H. pylori

Вирус
Эпштейна-Барр

Фоновые заболевания:
хронический атрофический гастрит,
хроническая язва желудка
и культы желудка после
дистальной резекции,
аденоматозные полипы желудка,
кишечная метаплазия
и гиперпластическая
гастропатия.



Диетические факторы риска и предупреждения рака желудка



Факторы риска

1. Злоупотребление солью

- соленья и маринады
- жареная пища
- копчености
- вяленая пища
- соевый соус

2. Чрезмерное потребление нитрат содержащих продуктов

3. Жирная пища



Факторы защиты

1. Свежие фрукты и сырые овощи
2. Аскорбиновая кислота
3. Зеленый чай
3. Свежая рыба

Рекомендации по профилактике рака желудка (ASC 1991)

1. Поддержание нормального веса, занятие спортом
 2. Употребление разнообразных продуктов питания
 3. Ежедневное употребление не менее 5 видов фруктов и овощей
 4. Употребление продуктов с высоким содержанием растительных волокон
 5. Уменьшение потребления жира
 6. Ограничение употребления алкоголя
 7. Ограничение употребления вяленых соленых, копченых и консервированных при помощи нитратов продуктов питания
- *Растительная пища должна составлять 45 – 60% рациона*
 - *Употребление «красного» мяса ограничено; жиры и мясо должны обеспечивать не более 30% энергозатрат*
 - *Мясо и рыбу нужно готовить при невысокой температуре, ограничение жаренных продуктов*



Johannes A.G. Fibiger

Нобелевская премия (1926) за открытие этиологии рака желудка. Spiroptera carcinoma признана причиной развития рака желудка у лабораторных мышей

Теория была опровергнута через четверть века

Инфекция *H.pylori*

- В 1994 г инфекция *H.pylori* признана IARC карциногеном I группы
- В странах с низким социально экономическим уровнем жизни высокая распространенность инфекции *H.pylori* и высокие показатели смертности от рака желудка
- Инфекция *H.pylori* тесно связана с атрофическим гастритом и кишечной метаплазией
- У лиц с инфекцией *H.pylori* - 4-6 кратное превышение риска рака желудка по сравнению с неинфицированными

HELICOBACTER PYLORI

ПРОДУЦИРОВАНИЕ ПРЯМЫХ КАНЦЕРОГЕНОВ

**ПОДДЕРЖАНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО
ПРОЦЕССА**

УВЕЛИЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ КЛЕТОЧНЫХ ДЕЛЕНИЙ

РИСК РАЗВИТИЯ МУТАЦИЙ

**ВЕРОЯТНОСТЬ ЗАБОЛЕТЬ РАКОМ ЖЕЛУДКА
В 2-2,5 РАЗА ВЫШЕ**

Helicobacter pylori

Острый гастрит

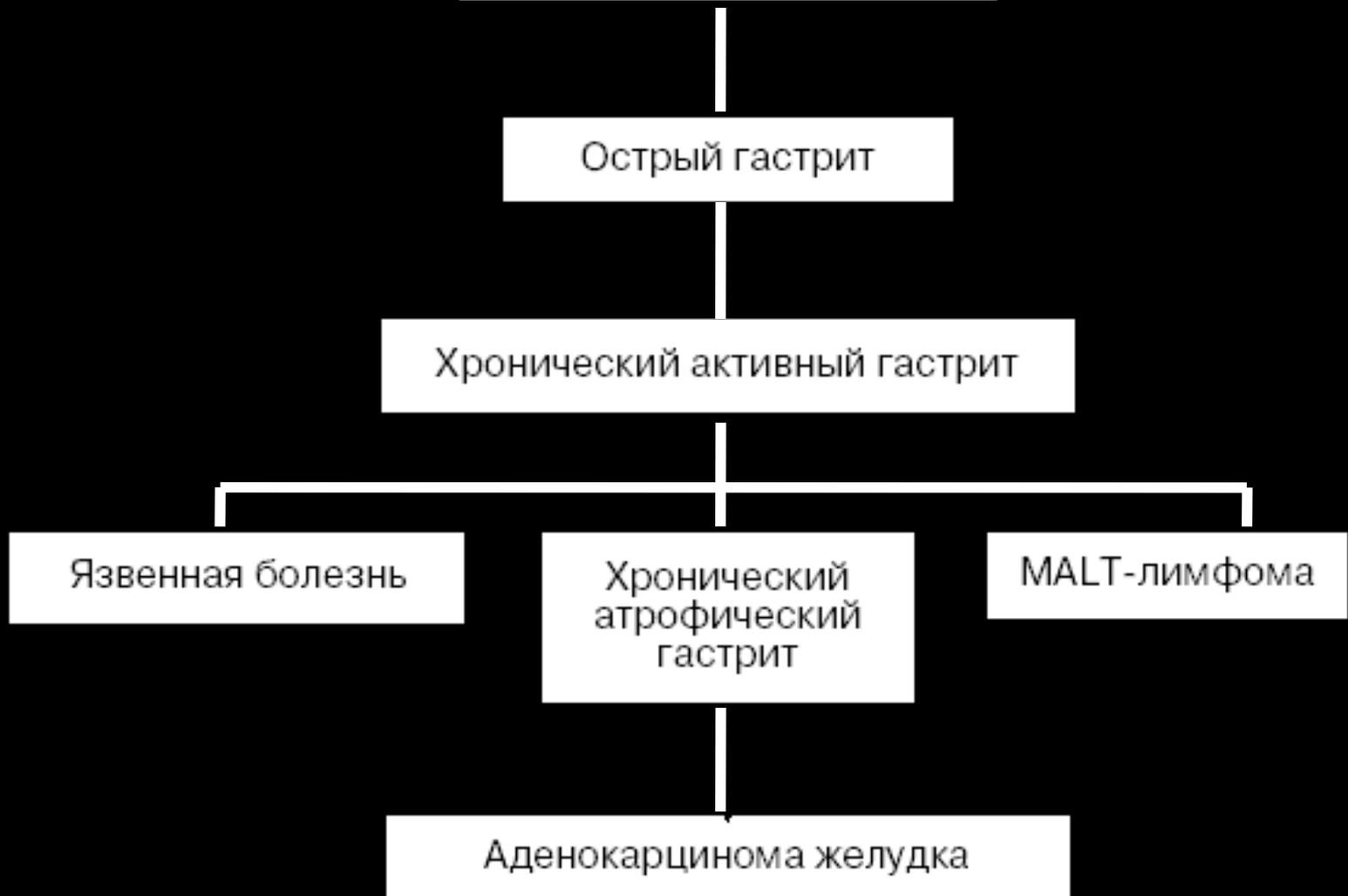
Хронический активный гастрит

Язвенная болезнь

Хронический
атрофический
гастрит

MALT-лимфома

Аденокарцинома желудка



Н.Р. – ЭРАДИКАЦИЯ I ЛИНИИ

ОМЕЗ – 40 МГ В СУТКИ

КЛАРИТРОМИЦИН – 1000 МГ В СУТКИ

АМОКСИЦИЛЛИН – 1000 МГ В СУТКИ

7 – 10 ДНЕЙ

Н.Р. – ЭРАДИКАЦИЯ II ЛИНИИ

ОМЕЗ – 40 МГ В СУТКИ

ВИСМУТА СУБСАЛИЦИЛАТ\СУБЦИТРАТ

120 МГ 4 РАЗА В ДЕНЬ

МЕТРОНИДАЗОЛ – 500 МГ В СУТКИ

ТЕТРАЦИКЛИН – 500 МГ 4 РАЗА В ДЕНЬ

7 – 10 ДНЕЙ

Вирус Эпштейн-Бара (EBV)

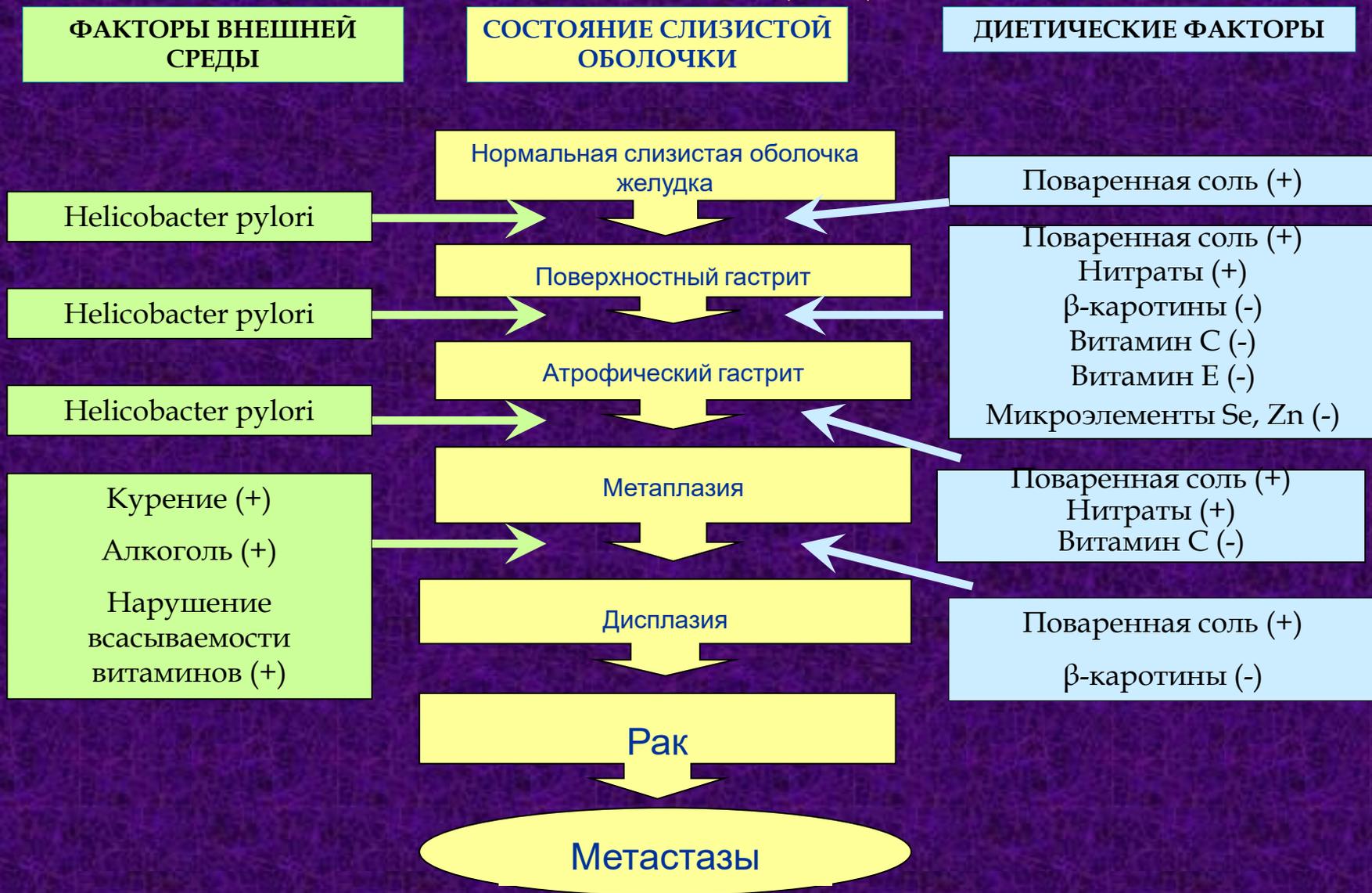
Ассоциированный с EBV рак желудка

Япония – 7%

США – 16%

Россия – 9%

Влияние факторов окружающей среды на формирование рака желудка Т. Wadstrom (1995)



Генетические факторы
группа крови – А (II)

EGFR (HER1)

ERBB2 (HER2)

VEGF

k-sam

p-53

CDH1 (мутация е-кадхерина)

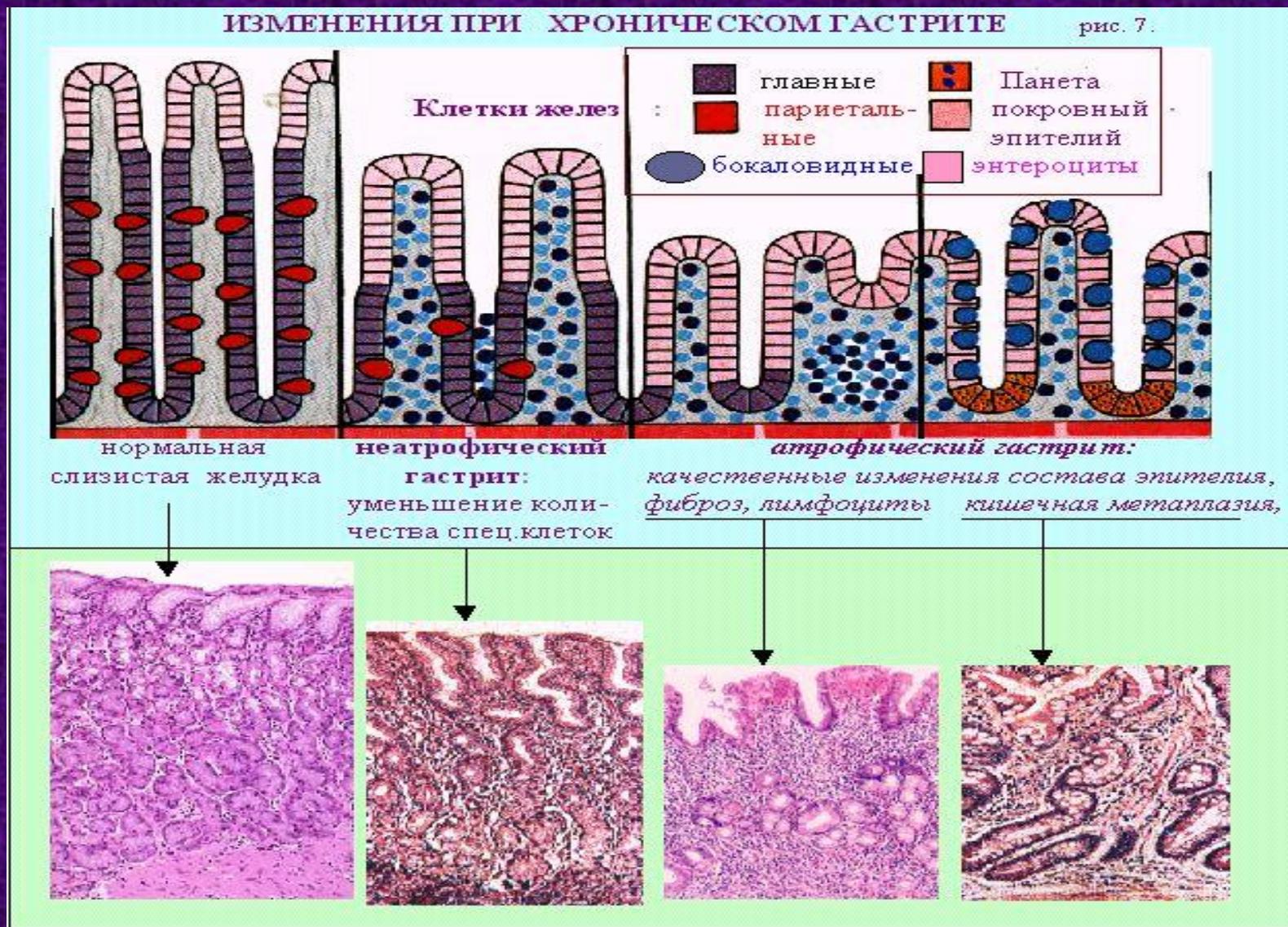
Предрак

Предраковые (фоновые) состояния

- **Хронический гастрит**
- **Полипы**
- **Пернициозная анемия**
- **Болезнь Менетрие**
- **Язвенная болезнь** (исключена ВОЗ)
- **Оперированный желудок**

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА.

В настоящее время получила признание концепция, различающая предраковые (или фоновые) состояния и предраковые изменения.



ФОНОВЫЕ СОСТОЯНИЯ

- Хронический атрофический гастрит (ХАГ). Наиболее частым заболеванием желудка является хронический гастрит. Он же у большинства (60 %) больных является предшественником РЖ. Рак развивается на фоне ХАГ.

- Полипы желудка.
Предраковым заболеванием являются аденоматозные полипы, или аденомы (факультативный предрак).



Хроническая язва желудка

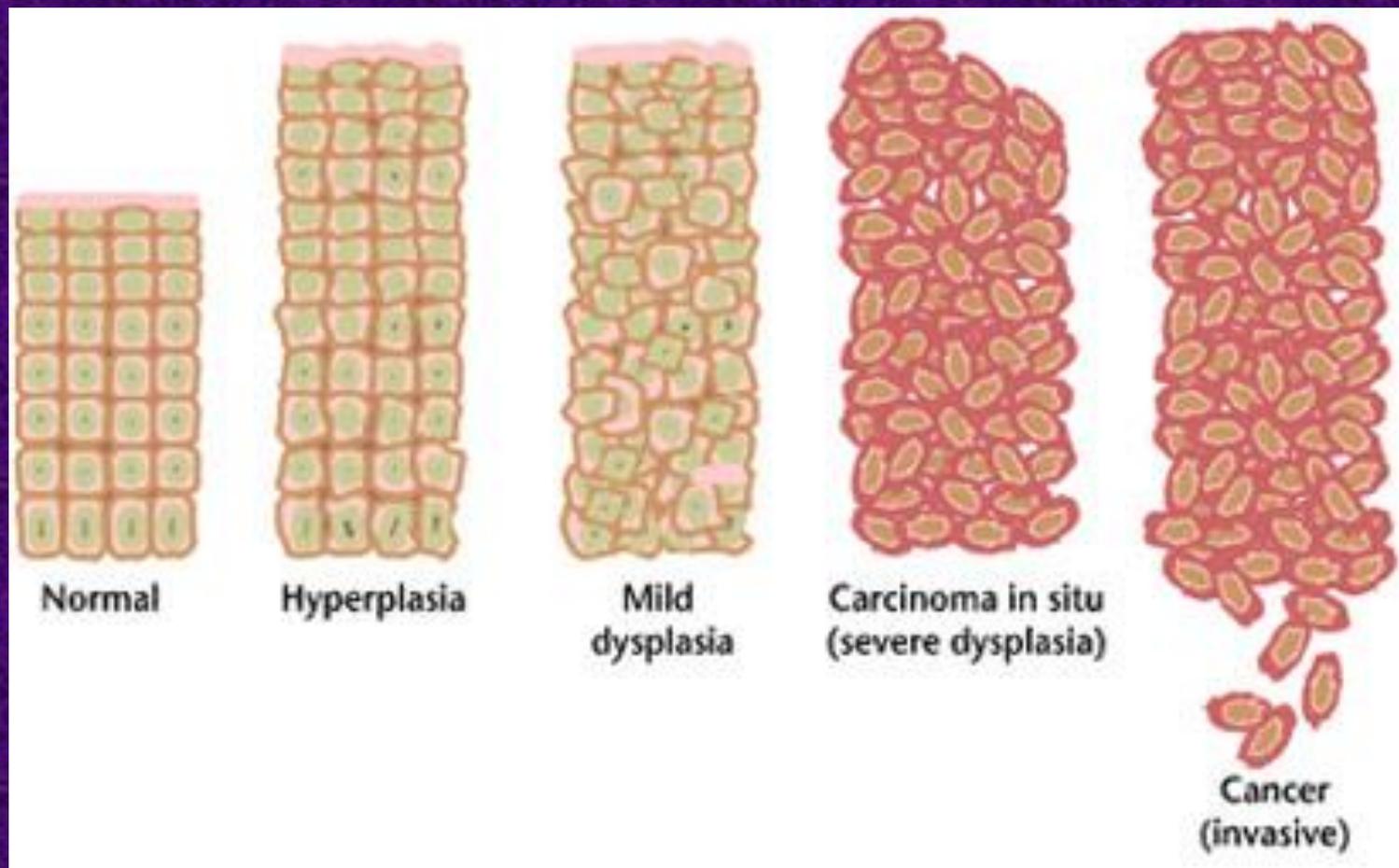
Традиционно одним из важнейших предраковых заболеваний желудка считается его хроническая язва. Однако в настоящее время роль хронической язвы в развитии РЖ подвергается пересмотру. В результате проведенных в последние годы исследований стало очевидно, что большинство т.н. «малигнизированных» язв желудка изначально являются изъязвленными раковыми опухолями, или первично-язвенными раками.

Считается, что истинная частота малинизации язвы желудка не превышает 1%, что позволило ВОЗ исключить это заболевание из разряда предраковых



- **Предраковые изменения** – это морфологическое понятие, означающие гистологически доказанные изменения слизистой, достоверно свидетельствующие о развитии процесса в сторону злокачественного роста.

Общепризнанным предраковым изменением является тяжелая дисплазия



- выделяют следующие ступени формирования опухоли: нормальный эпителий → пролиферирующий эпителий → атипическая пролиферация (дисплазия) → рак in situ → малигнизация.

- Дисплазия – нарушение структуры ткани, выражающееся в патологической пролиферации, клеточной и тканевой атипии. Суть дисплазии - нарушение созревания и дифференцировки клеток. Различают дисплазию легкой, средней и тяжелой степени. Легкая и средняя степени дисплазии обратимы и существенно риск развития рака не повышают. Тяжелая дисплазия переходит в рак в 20–40 % случаев, микроскопически ее не всегда удастся отличить от carcinoma in situ.

Классификация рака

P. Lauren (1965)

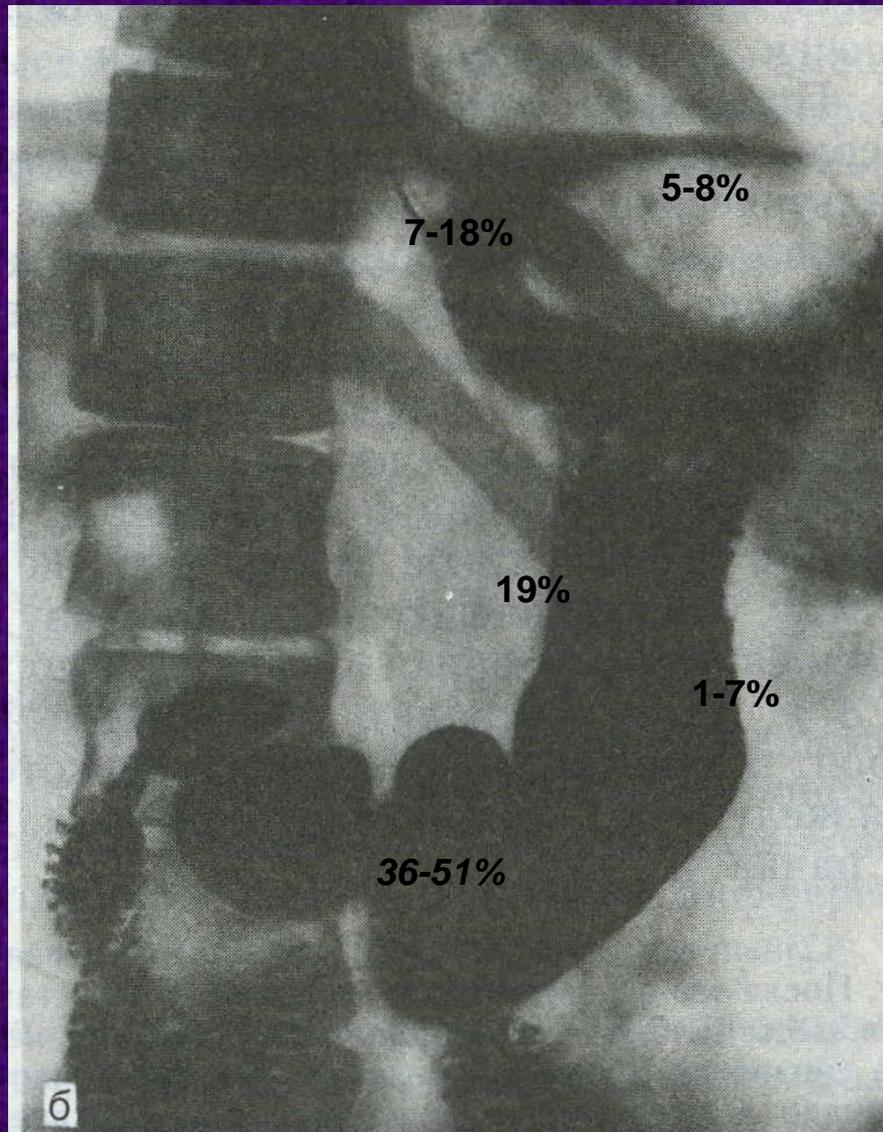
ИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ ТИП

- Характерна эндемическая распространенность
- Встречается преимущественно у пожилых
- Большое значение имеют экзогенные факторы
- В основе лежит исход хронического воспаления в метаплазию

ДИФФУЗНЫЙ ТИП

- Характерна генетическая обусловленность
- Развивается без предшествующего гастрита
- Преимущественно у молодых
- Часто носит наследственный характер

Локализация рака желудка



МОРФОЛОГИЯ РАКА ЖЕЛУДКА.

Макроскопические формы.

Vorrmann (1926):

Тип I – полиповидная или грибовидная опухоль,

тип II – блюдцеобразная форма,

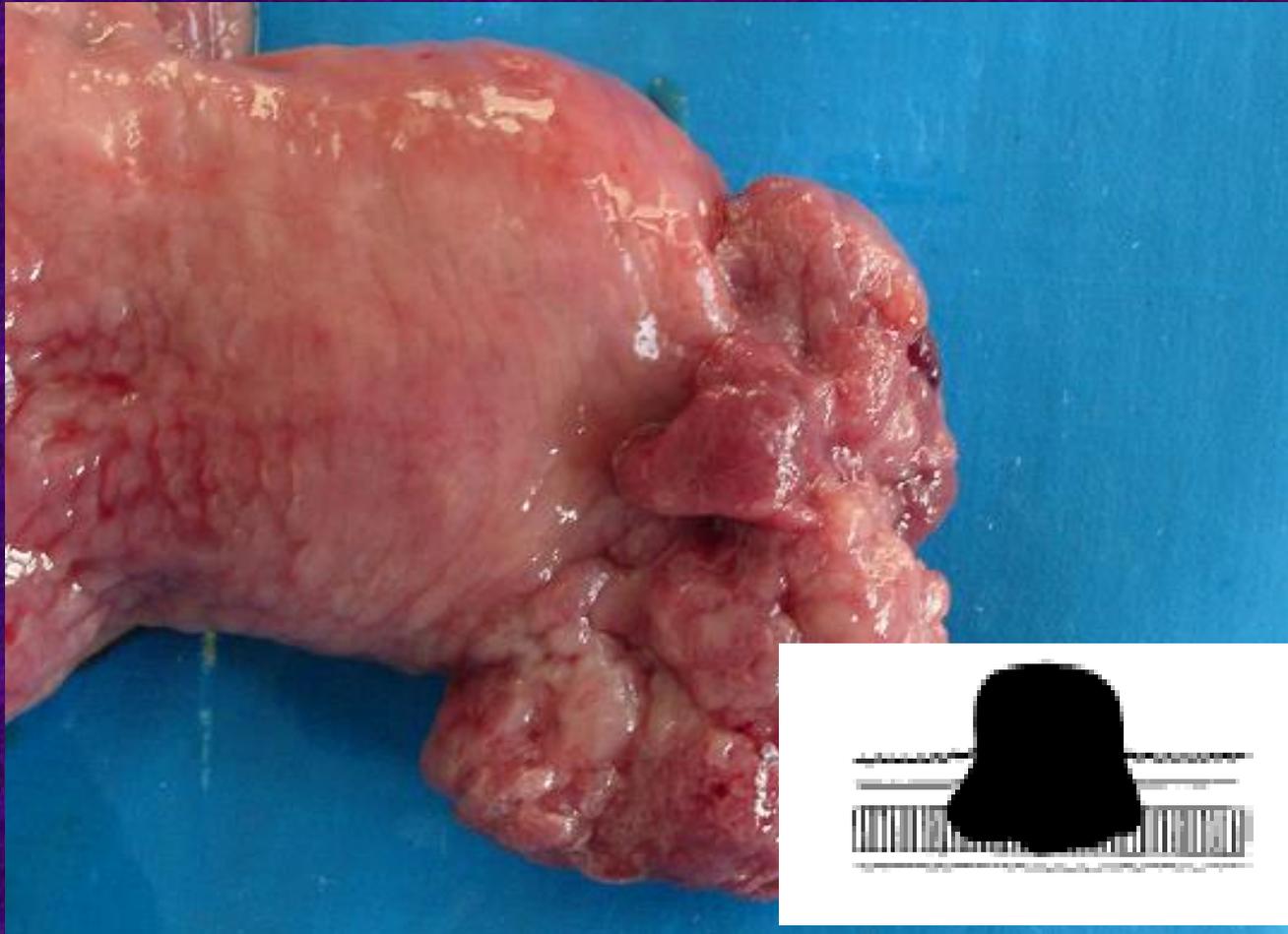
тип III – инфильтративно-язвенная опухоль,

тип IV – диффузная инфильтративная опухоль,

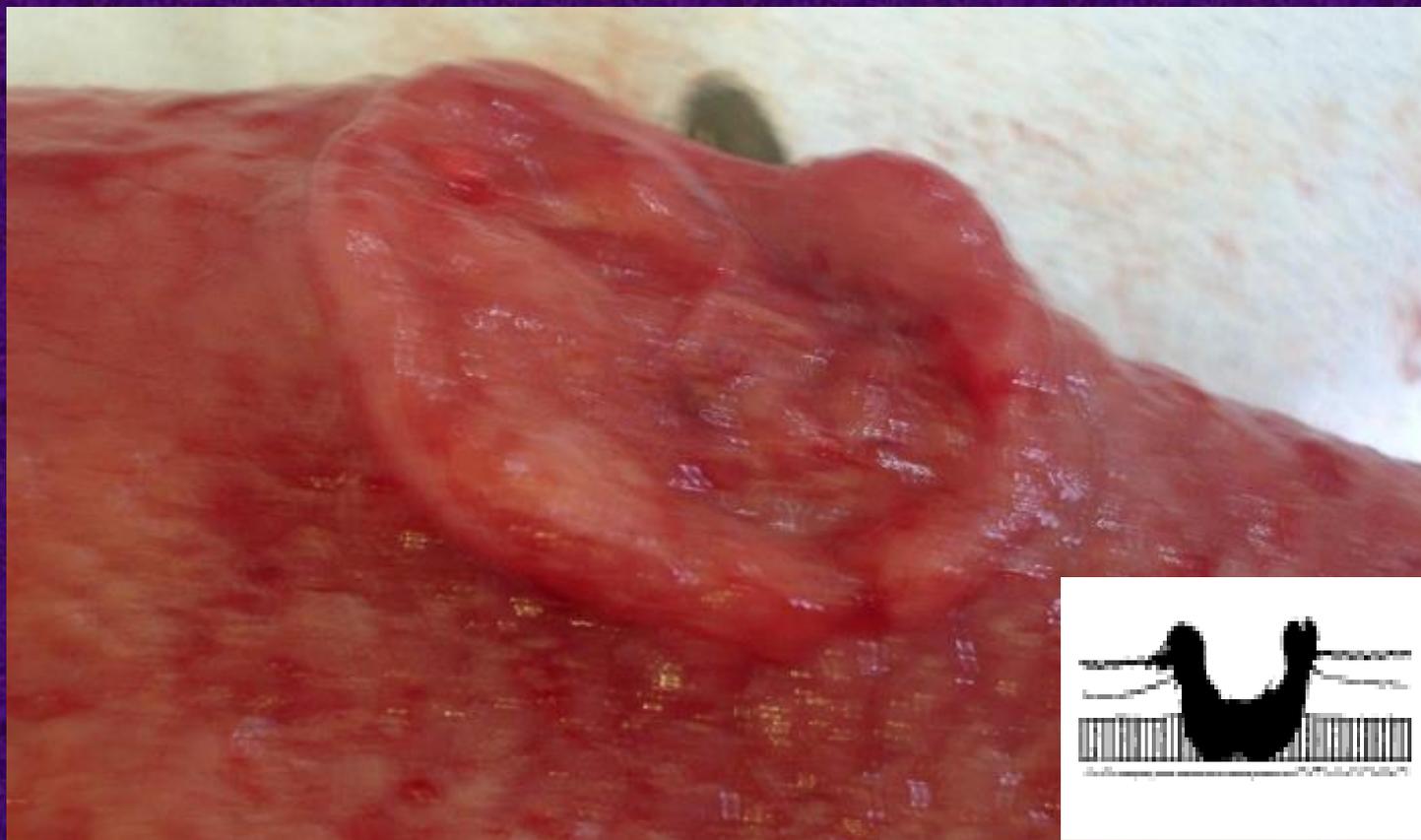
тип V – неклассифицируемая опухоль.

Первый и второй типы представляют собой экзофитные формы, причем полиповидная опухоль при возникновении некроза и изъязвлении превращается в блюдцеобразную. Третий и четвертый типы – эндофитные образования, отличающиеся лишь наличием язвенного дефекта.

ПОЛИПОВИДНАЯ ИЛИ ГРИБОВИДНАЯ ОПУХОЛЬ



изъязвленная опухоль с приподнятыми краями (блюдцеобразная форма)



инфильтративно-язвенная опухоль



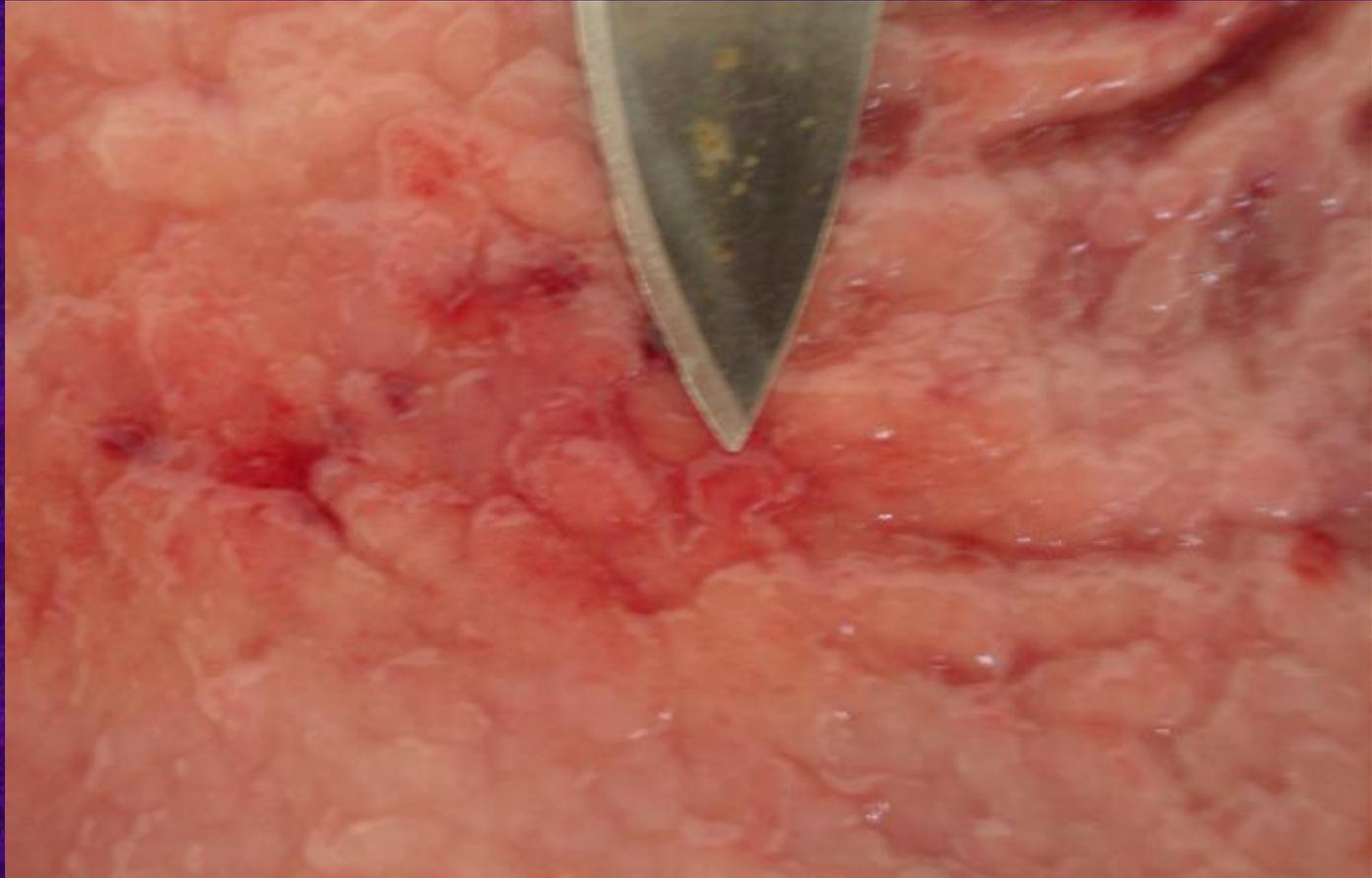
диффузная инфильтративная опухоль



Данная система не относится к ранним ракам, для описания которых общепринятой является классификация Японского общества эндоскопистов (1962 г.). Ранним раком желудка называется опухоль с инвазией не глубже подслизистого слоя, до 3 см. в диаметре и без метастазов в лимфоузлы.

- I – выступающий,
- II – поверхностный,
- IIa – поверхностно-приподнятый,
- IIb – поверхностно-плоский,
- IIc – поверхностно-вдавленный,
- III – углубленный.

Ранний рак желудка



Первично-множественное поражение



Гистологическая классификация.

- К злокачественным эпителиальным опухолям желудка относятся:
- аденокарцинома (95 %),
- железисто-плоскоклеточный рак,
- плоскоклеточный рак,
- недифференцированный рак и
- неклассифицируемый рак.

Аденокарцинома:



а) папиллярная (сосочковая) – всегда высокодифференцированная;

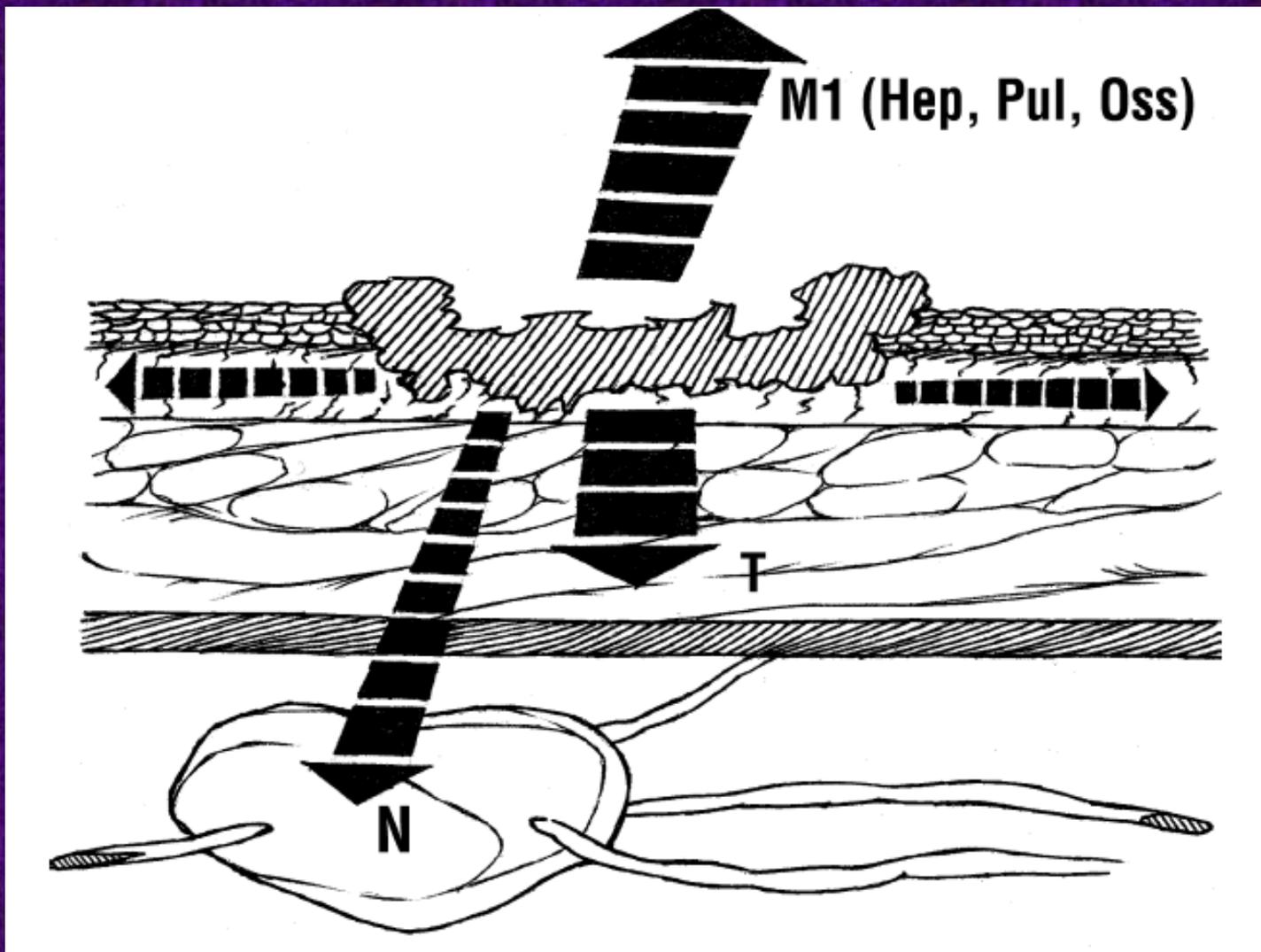
б) тубулярная – высоко- и умеренно дифференцированная,

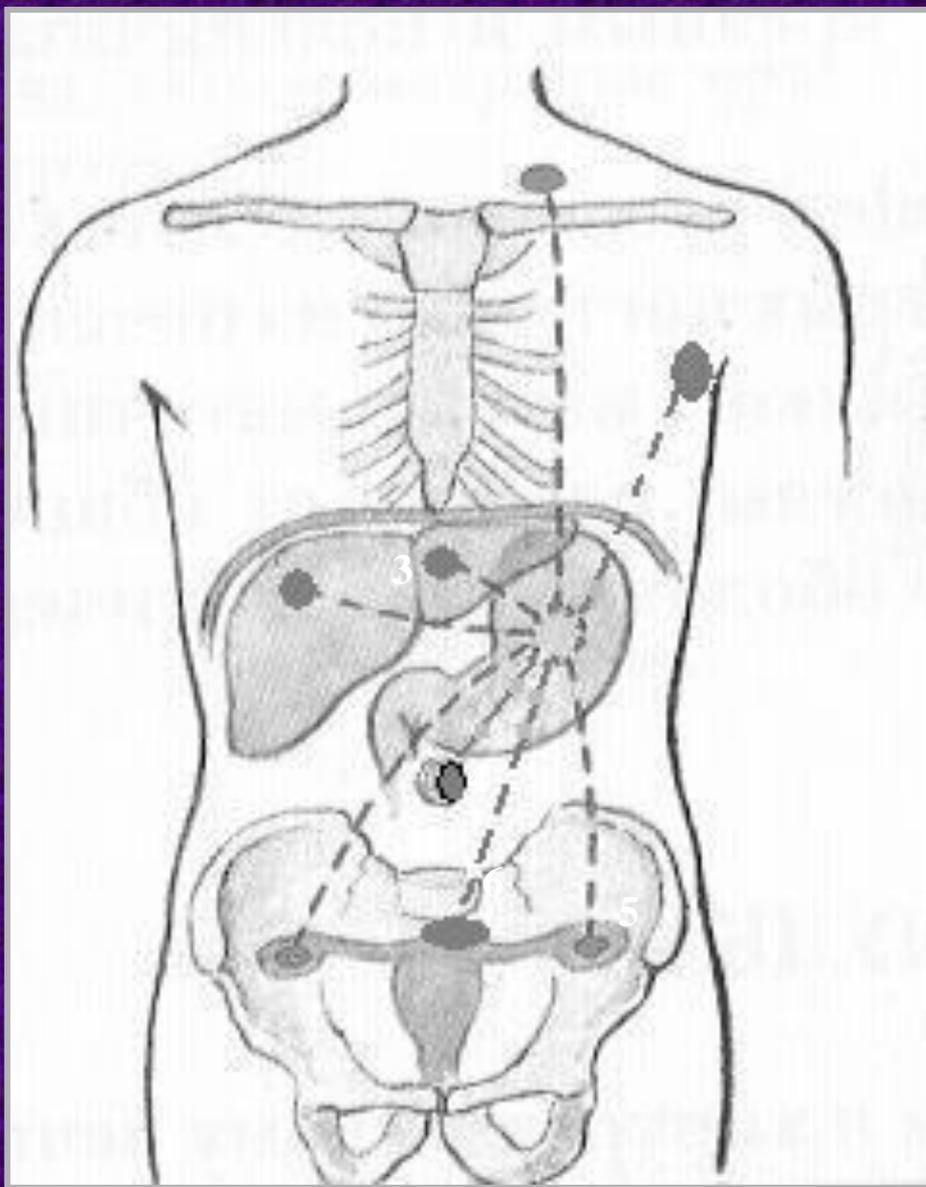
в) низкодифференцированная – ее еще называют солидной, что означает отсутствие в ней железистых просветов,

г) перстневидно-клеточная – всегда низкодифференцированная,

б) слизистая (муцинозная) – характеризуется внеклеточным накоплением слизи.

Распространение опухоли происходит в результате ее инвазивного роста и метастазирования.





1. Метастаз Вирхова
2. Метастаз Айриша
3. Метастаз в печень
4. Метастаз сестры Жозеф
5. Метастаз Крукенберга
6. Метастаз Шницлера

Ранний рак желудка не обладает какими-либо патогномоничными симптомами. Жалобы могут соответствовать различным желудочным заболеваниям.

Болевой синдром при опухолях до 3 см. в диаметре наблюдается в среднем у 30–40 % больных, чаще – при наличии изъязвления опухоли (сопровождается инфицированием, перифокальным воспалением). Условно его делят на язвенноподобный и гастритоподобный.

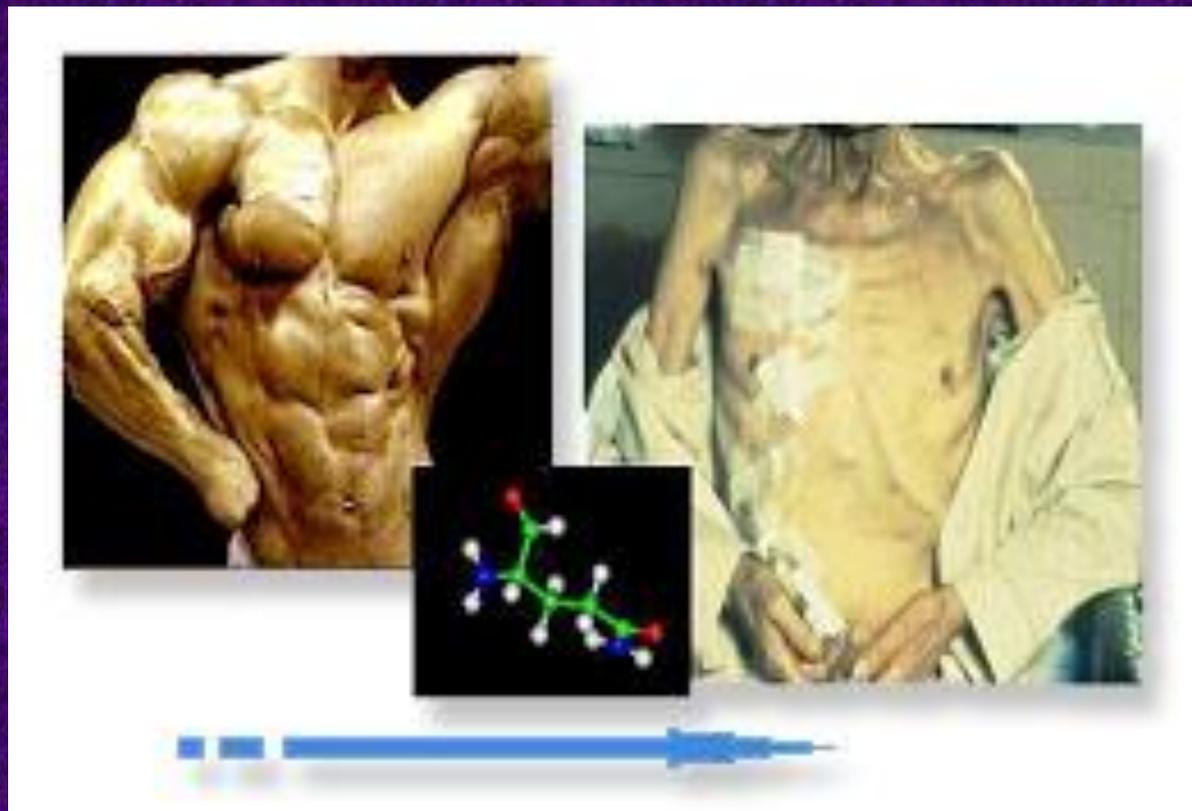
Примерно с той же частотой встречаются симптомы "желудочного дискомфорта" – чувство тяжести в эпигастрии, тошнота, изжога, отрыжка.

Общие симптомы (похудание, общая слабость) при раннем раке желудка встречаются редко и являются преходящими

Синдром малых признаков по А.И. Савицкому (1947г.)

1. Немотивированная слабость, утомляемость, снижение работоспособности
2. Стойкое снижение аппетита, вплоть до отвращения к пище или ее отдельным видам
3. Желудочный дискомфорт
4. Немотивированное прогрессирующее похудание
5. Нарастающая анемия
6. Психическая депрессия

Название синдрома в настоящее время чаще употребляется в кавычках — он не наблюдается при раннем раке, а свидетельствует о распространенности опухолевого процесса и неблагоприятном для жизни прогнозе.



Рак нижней трети желудка.

- Характерны боль в эпигастрии после еды, чувство переполнения, тошнота и рвота съеденной накануне пищей. Иногда во время операции у таких больных извлекают из желудка продукты, которые он съел 2–3 недели назад (например, грибы, и т. п.) Больные ограничивают себя в пище, иногда специально вызывают у себя рвоту, приносящую облегчение, быстро истощаются. Как казуистический симптом при раке желудка описывается повышенный аппетит (инфильтративная опухоль привратника превращает его в ригидную, несмыкающуюся трубку; пища сразу покидает желудок, поэтому отсутствует чувство насыщения).

Рак верхней трети желудка.

- Проявляется болями в эпигастрии, области мечевидного отростка и нижней части грудины, которые могут быть связаны или не связаны с едой. Возникает дисфагия и боли при прохождении пищи через кардию (одинофагия).

Рак средней трети желудка.

- Опухоли средней трети желудка, как правило, длительное время ничем себя не проявляют. Постепенно возникают боли в эпигастрии после еды, быстрая насыщаемость, чаще связанная с уменьшением объема желудка при инфильтративных опухолях. Может быть рвота (в отличие от стенозирующих раков – небольшое количество рвотных масс, примесь желчи). Реже клиника бывает обусловлена сужением желудка по типу "песочных часов" или трубки.

TNM классификация рака желудка

T x – недостаточно сведений для оценки первичной опухоли

T0 – первичная опухоль не определяется

Tis – преинвазивная опухоль без поражения собственной пластики слизистой

T1 – опухоль инфильтрирует собственную пластинку слизистой или подслизистую основу

T2 – опухоль инфильтрирует мышечную или серозную оболочку

T3 – опухоль прорастает серозную оболочку без распространения на соседние органы

T4 – опухоль распространяется на соседние анатомические структуры

Nx – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов

N0 – нет признаков регионарного метастазирования

N1 – метастазы в 1 – 6 лимфатических узлах

N2 – метастазы в 7 – 15 лимфатических узлах

N3 – метастазы в более чем 15 лимфатических узлах

Mx – недостаточно данных для определения отдаленных метастазов

M0 – отдаленные метастазы отсутствуют

M1 – имеются отдаленные метастазы

Диагностический алгоритм

Адекватная премедикация и седация

Подготовка исследуемого органа к осмотру
с использованием Эспумизана

Тщательная визуальная оценка минимальных
изменений слизистой оболочки

Прижизненная окраска слизистой оболочки

Обязательная биопсия патологических
изменений слизистой оболочки

Диагностика типа гастрита и *H. pylori*

Ультразвуковая эндоскопия и
эндоскопическая резекция слизистой оболочки



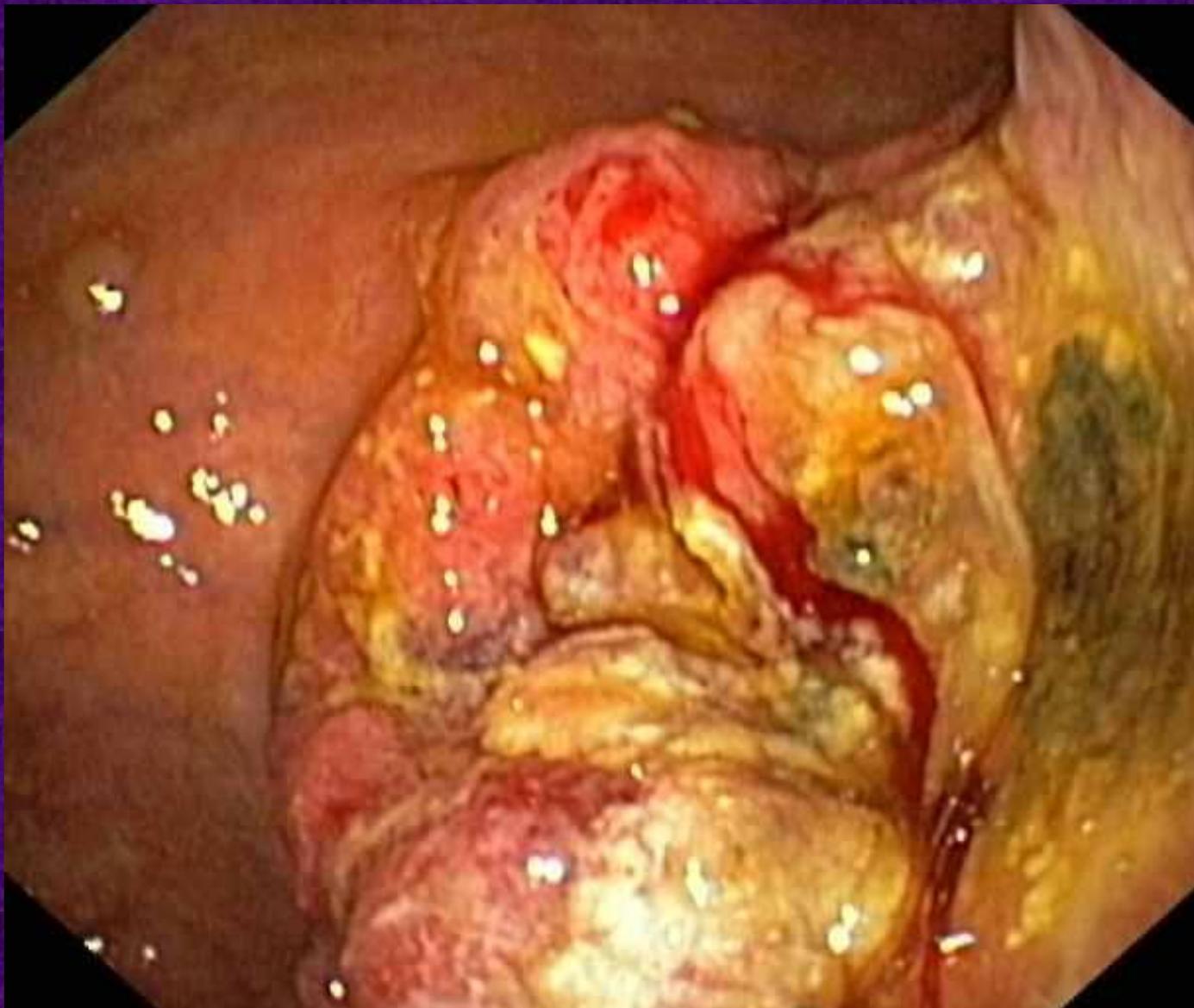
Гастродуоденоскоп



Рекомендуемые точки взятия биопсии при эндоскопическом исследовании (Yokohama 1996)

- **Середина антрального отдела желудка**
- **Угол желудка**
- **Середина тела желудка по малой кривизне**
- **Середина антрального отдела по большой кривизне**
- **Точка напротив угла желудка**
- **Середина тела по большой кривизне**

Рак желудка (эндофото)



Рак желудка (эндофото)



ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ СОСТОЯНИЙ ЖЕЛУДКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИТАЛЬНЫХ КРАСИТЕЛЕЙ

- КОНТРАСТНЫЕ

- АДСОРБИРУЮЩИЕ

- РЕАКТИВНЫЕ

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ СОСТОЯНИЙ ЖЕЛУДКА
С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИТАЛЬНЫХ КРАСИТЕЛЕЙ**

КОНТРАСТНЫЕ

ИНДИГОКАРМИН

**(окрашивает только
патологические участки ЖКТ)**

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ СОСТОЯНИЙ ЖЕЛУДКА
С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИТАЛЬНЫХ КРАСИТЕЛЕЙ**

АБСОРБИРУЮЩИЕСЯ

ЛЮГОЛЬ

*(окрашивает нормальные структуры
плоского эпителия пищевода.*

*Диспластические участки пищевода Баррета,
ранний рак – не окрашиваются)*

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ СОСТОЯНИЙ ЖЕЛУДКА
С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИТАЛЬНЫХ КРАСИТЕЛЕЙ**

АБСОРБИРУЮЩИЕСЯ

**ТУЛОИДИНОВЫЙ СИНИЙ
МЕТЕЛЕНОВЫЙ СИНИЙ**

**(абсорбируются
метаплазированными клетками)**

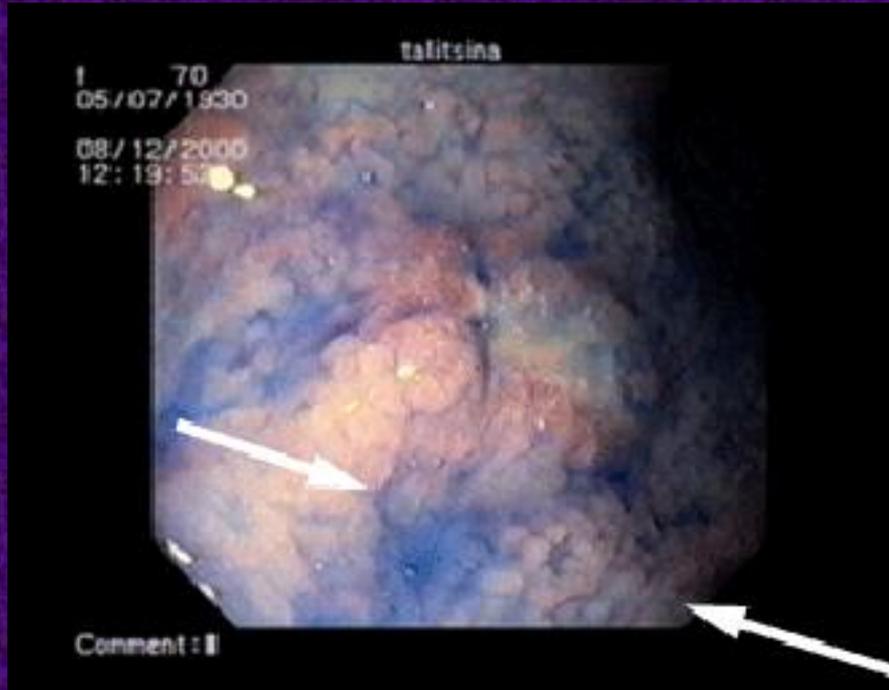
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ СОСТОЯНИЙ ЖЕЛУДКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИТАЛЬНЫХ КРАСИТЕЛЕЙ

РЕАКТИВНЫЕ

**КОНГО КРАСНЫЙ,
ФЕНОЛ КРАСНЫЙ**

(реагируют на кислотпродуцирующие зоны
и участки инфицирования
Helicobacter pylori)

Ранний рак желудка

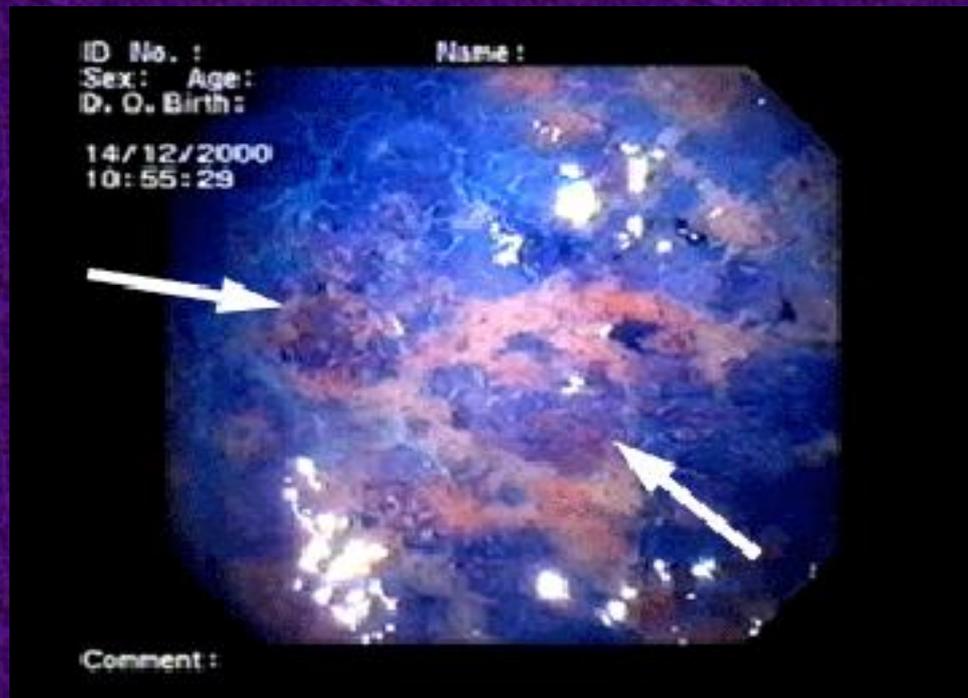


Ранний рак антрального отдела желудка
(окраска индигокармином 0,2%)

- Опухоль, расположенная в пределах слизистого и подслизистого слоя стенки желудка
- Вне зависимости от наличия метастазов
- Имеющая характерную эндоскопическую картину раннего рака

I A стадия (T_1N_0), I B стадия (T_1N_1) и II стадия (T_1N_2)

Диагностика предраковых состояний и изменений слизистой оболочки желудка



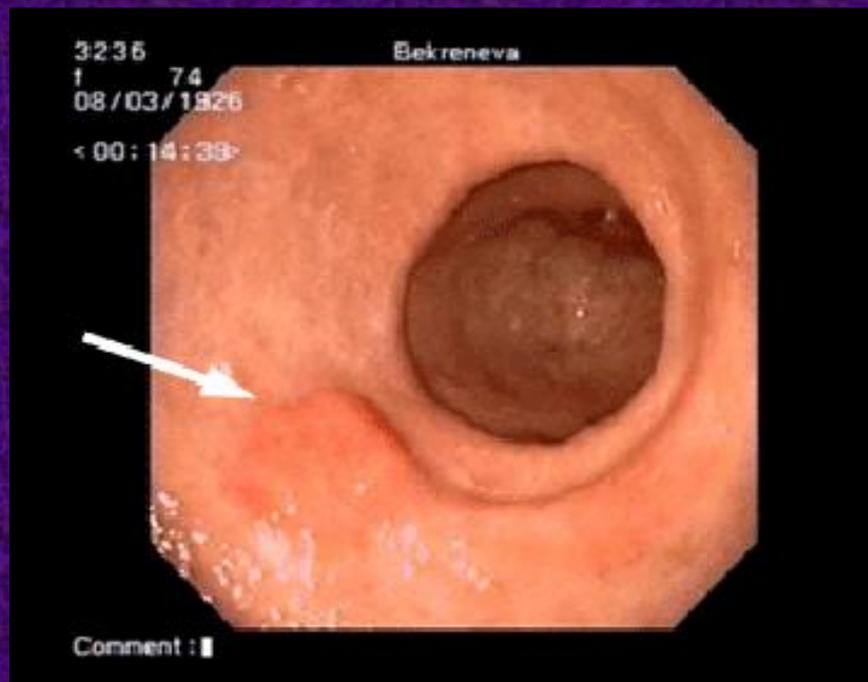
Очаги тяжелой дисплазии эпителия на фоне КМ

Предраковые состояния – заболевания, которые могут привести к развитию рака (хр. гастрит, аденомы и язвы желудка)

Предраковые изменения – гистологически доказанные изменения слизистой оболочки, свидетельствующие о развитии процесса в сторону злокачественного роста, но недостаточные для установления рака в настоящий момент.

Диагностика раннего рака желудка

До окраски

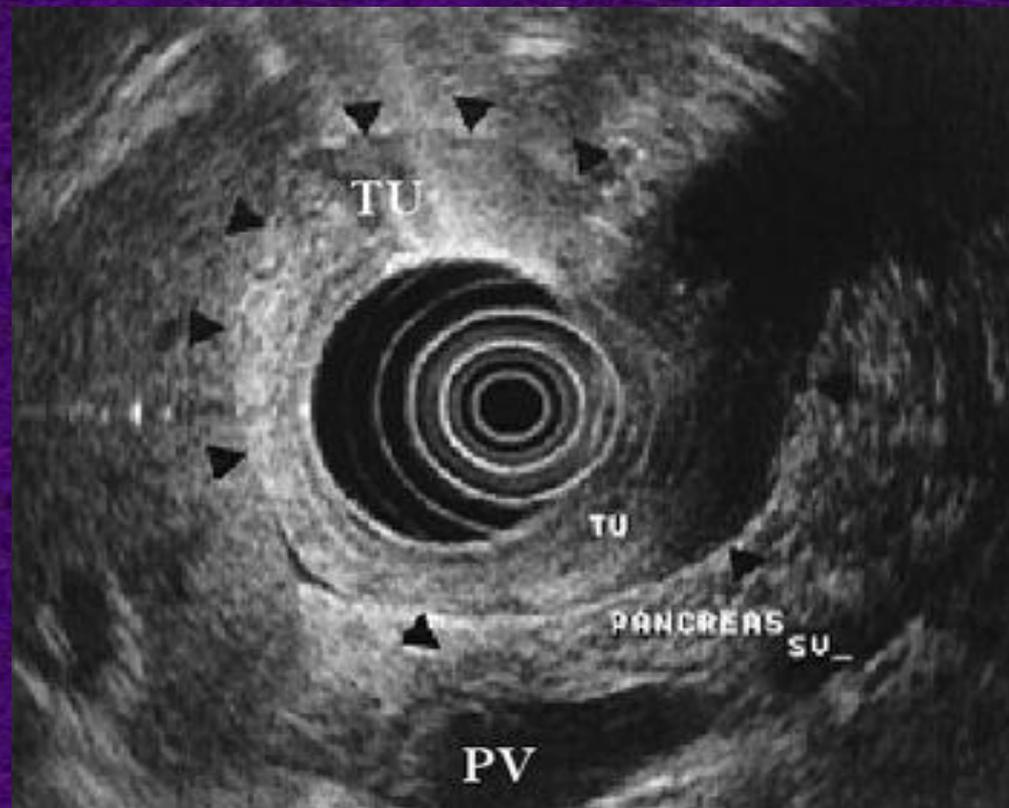
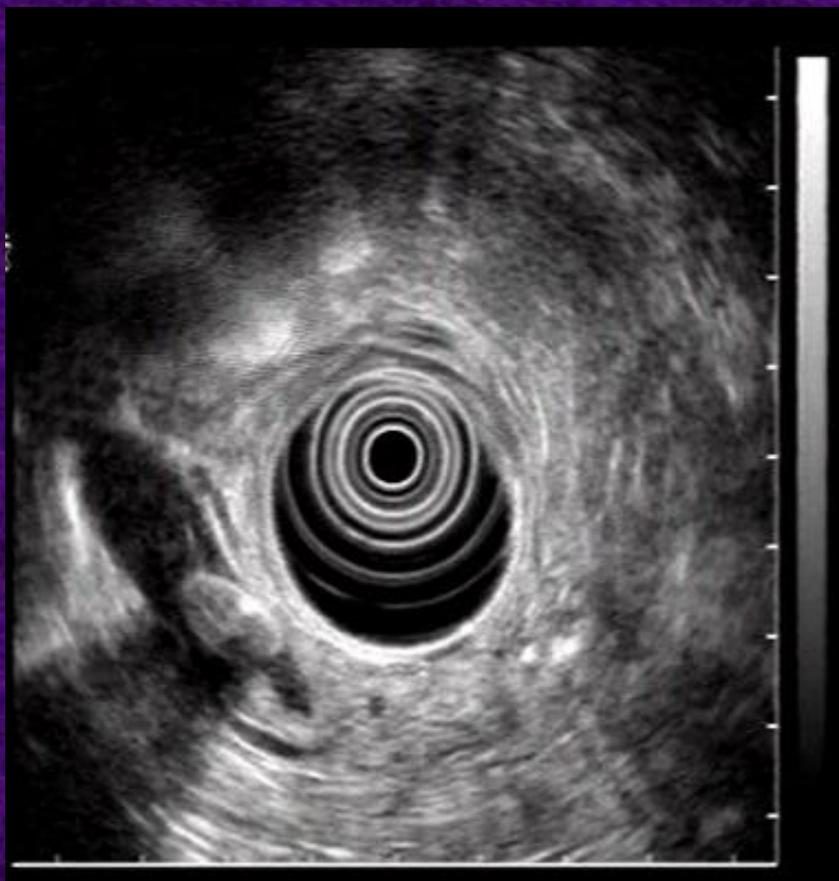


После окраски



Ранний рак желудка, тип II a + c
Методика окраски индигокармином 0,2%

Эндоскопическая ультрасонография



Рентгенодиагностика рака желудка



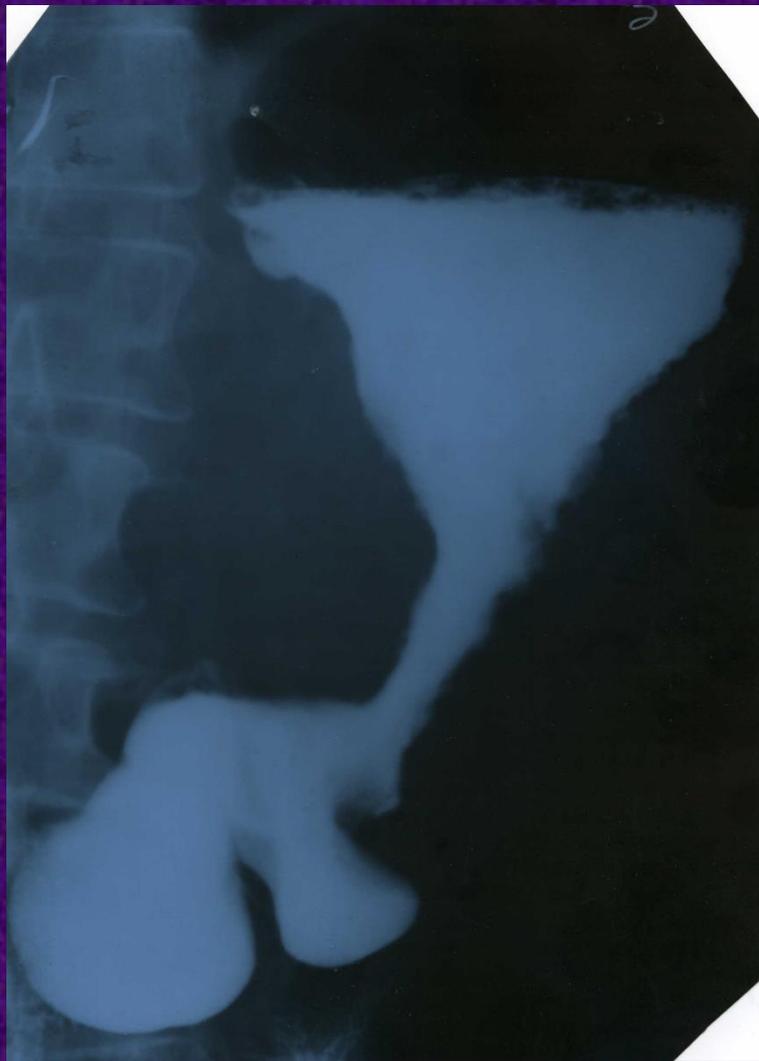
Рентгенограмма желудка в норме

Рентгенодиагностика рака желудка



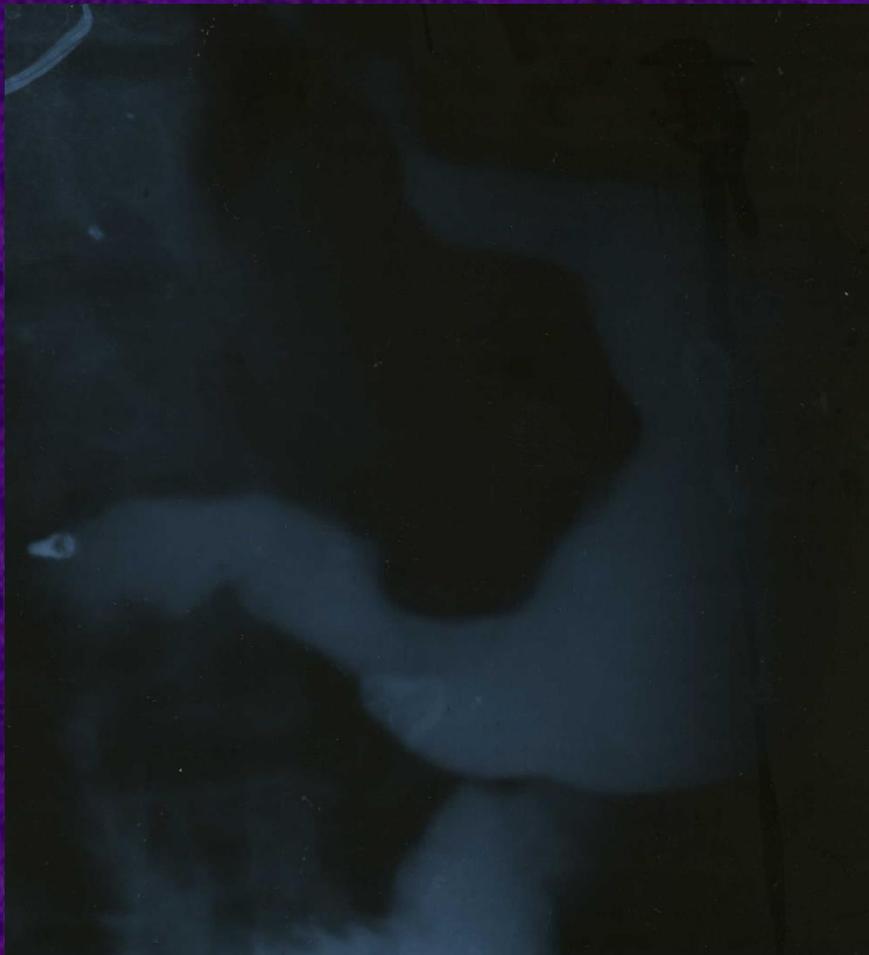
Кардиоэзофагеальный рак

Рентгенодиагностика рака желудка



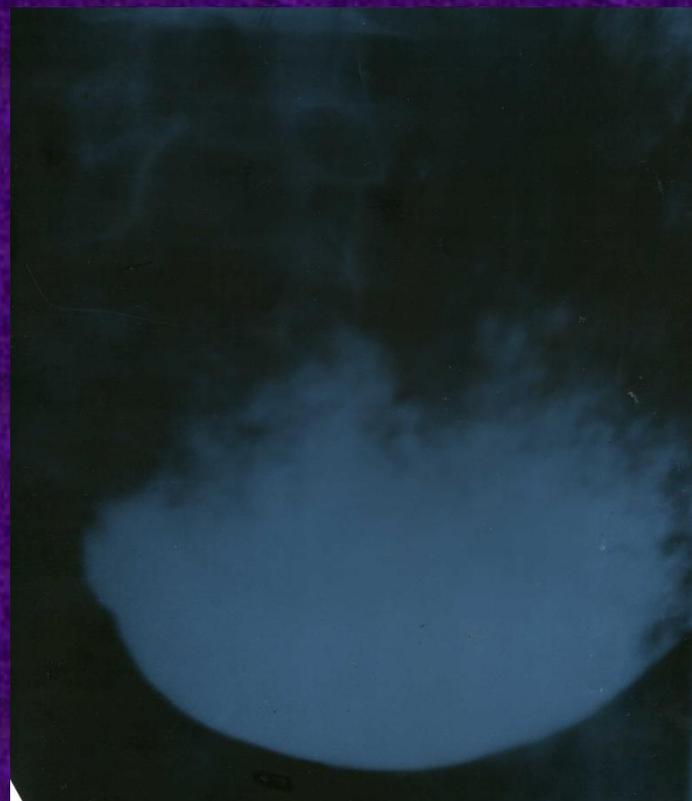
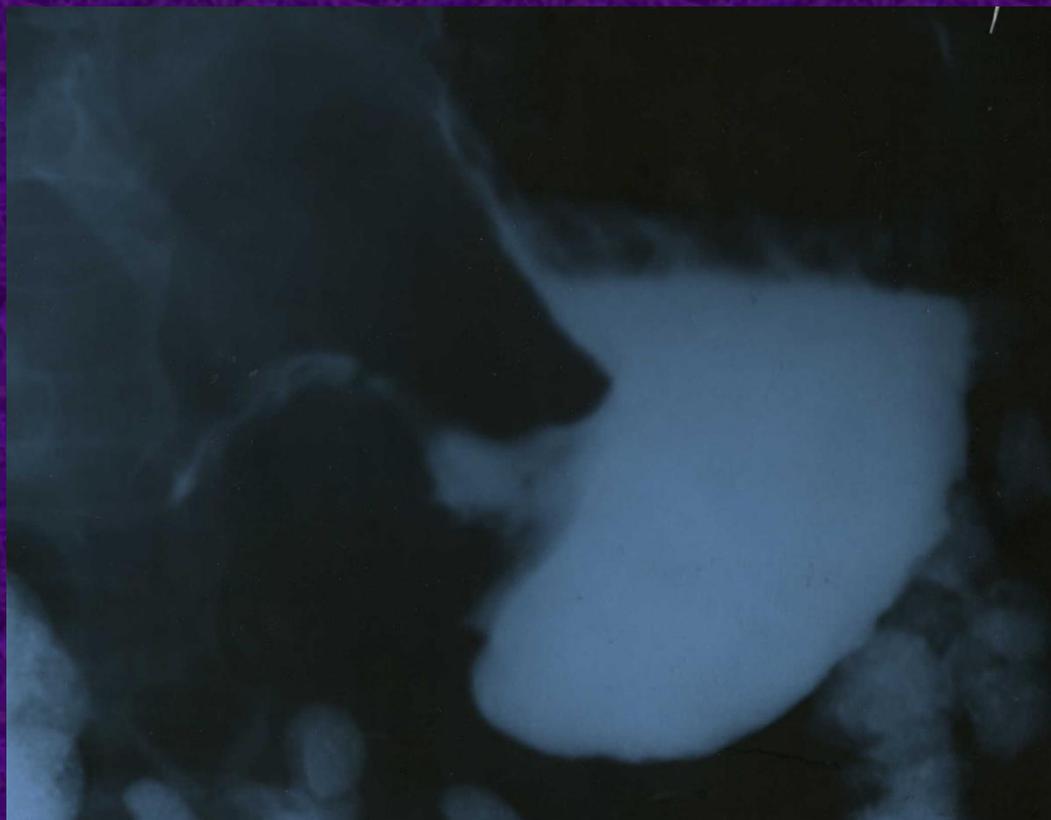
Рак тела желудка. Симптом песочных часов

Рентгенодиагностика рака желудка



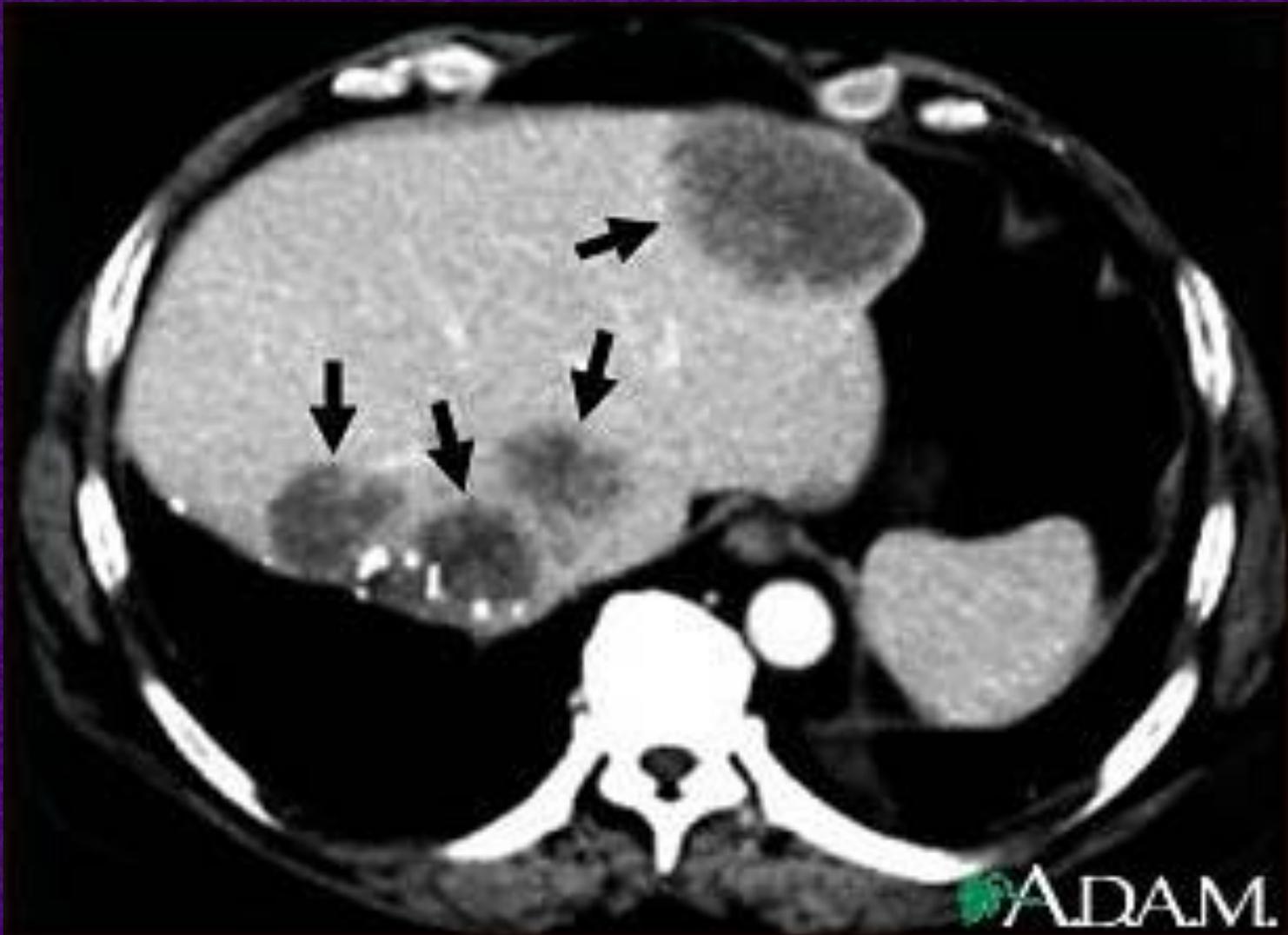
Рак тела желудка

Рентгенодиагностика рака желудка

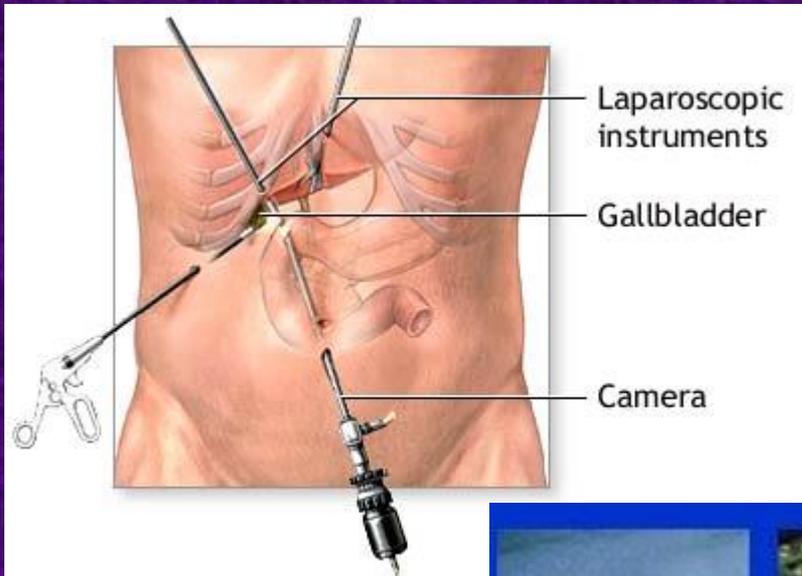


Рак антрального отдела желудка

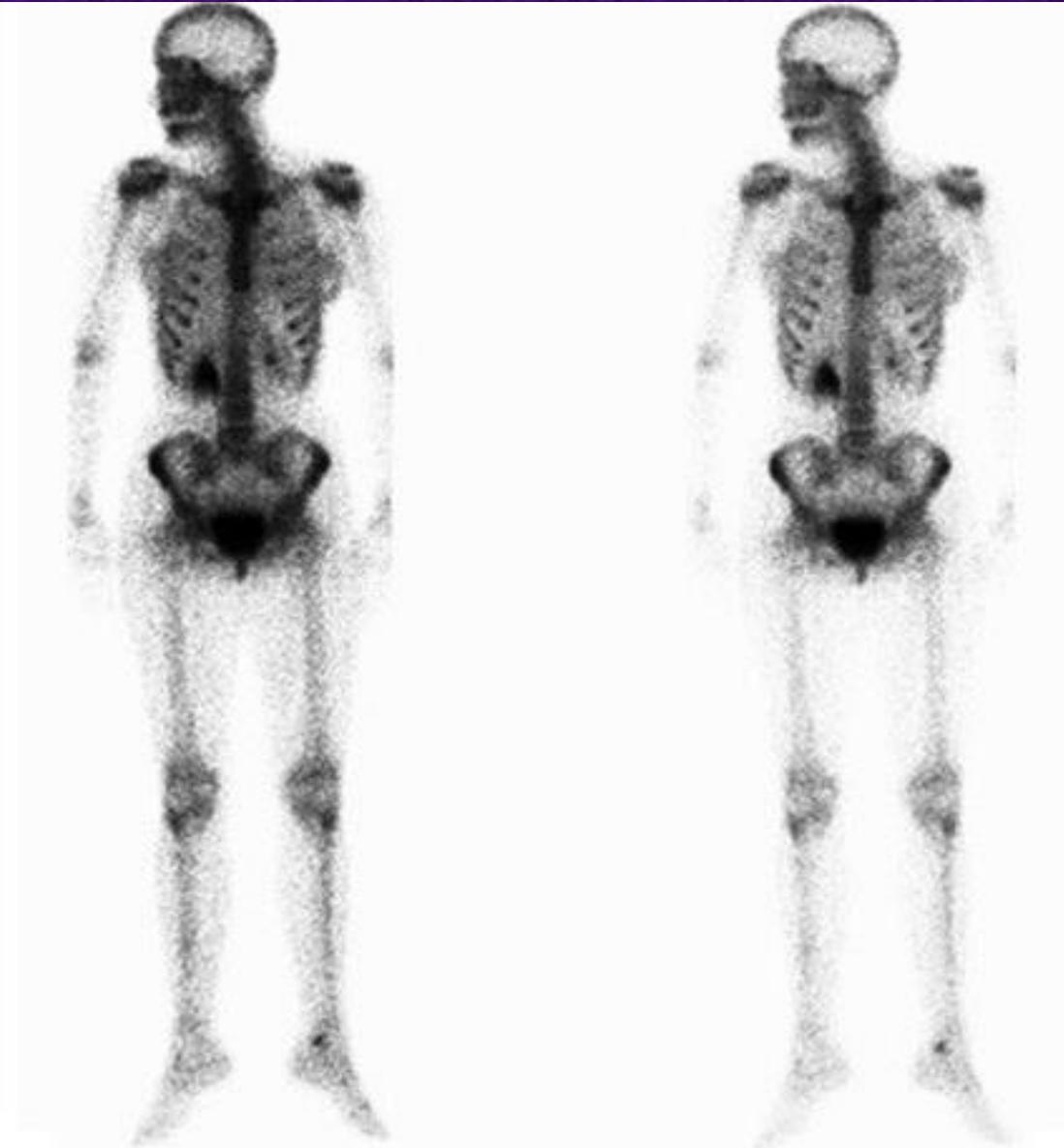
КТ исследование (метастазы рака в печень)



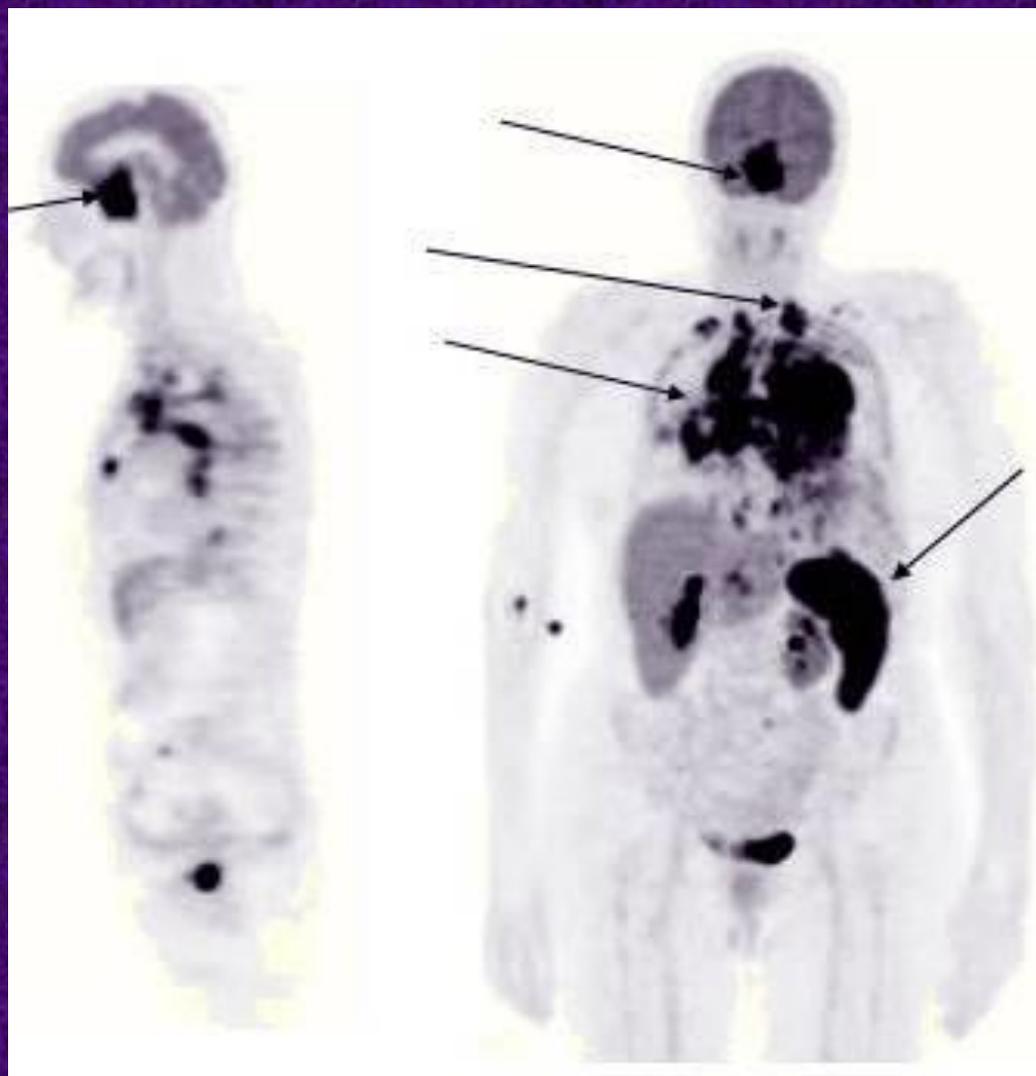
Лапароскопия



Bone scan diagnosis metastases in bones



ПЭТ диагностика метастазов

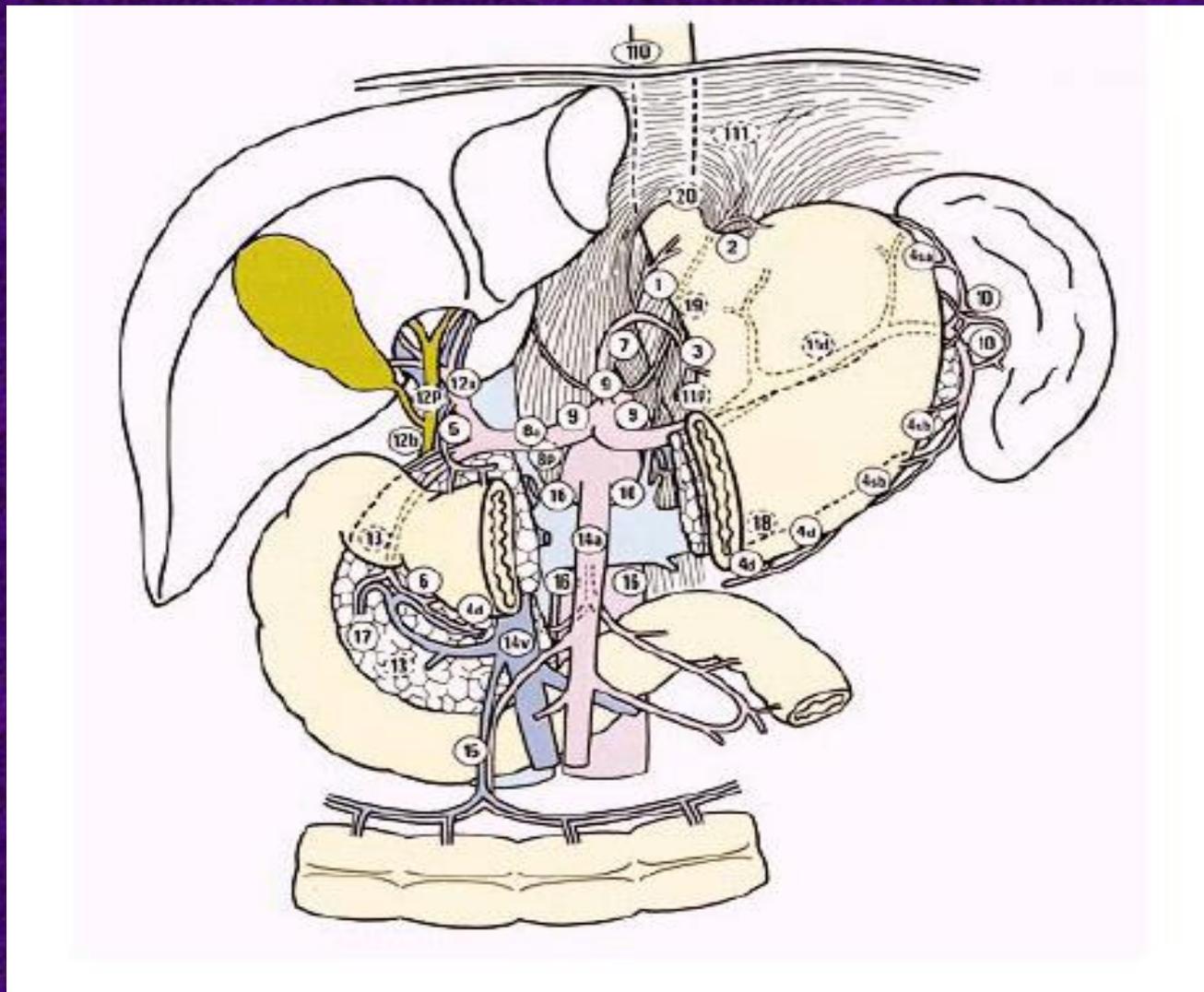


Хирургическое лечение

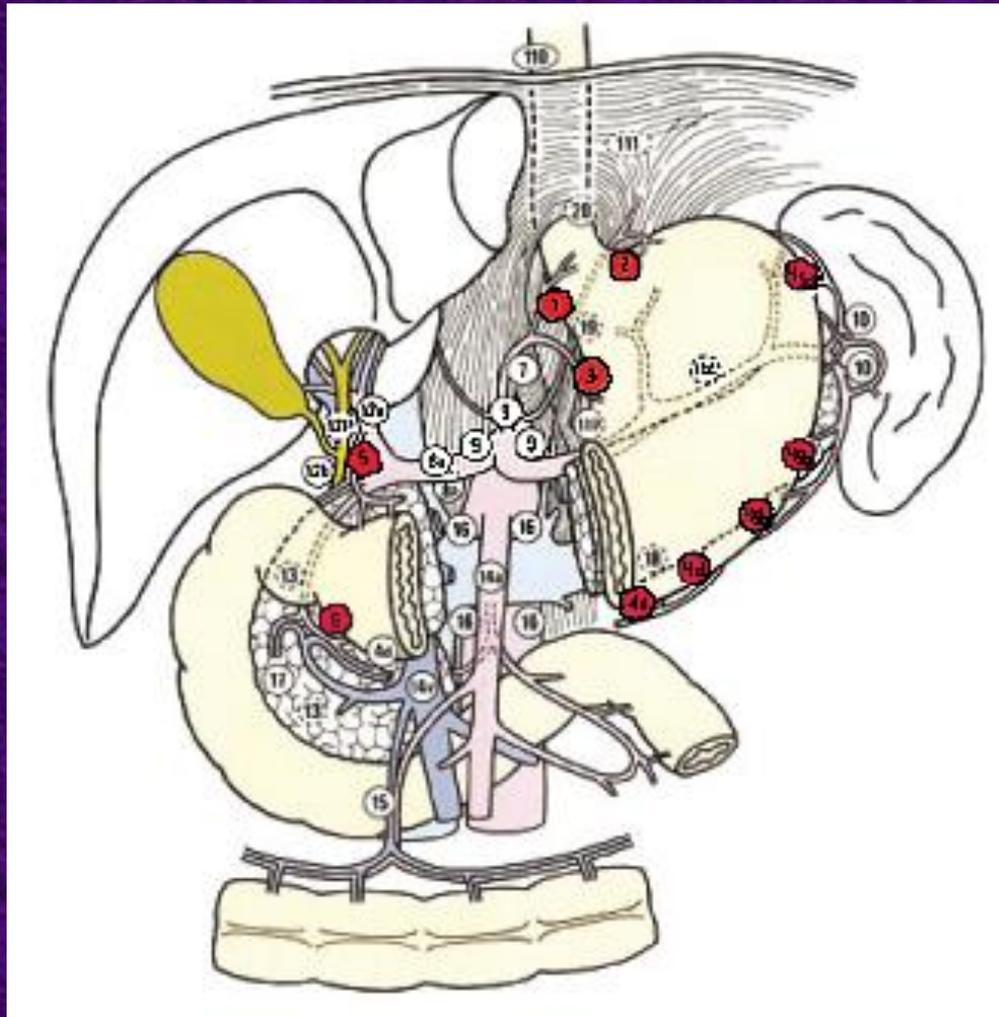
местно-распространенного рака желудка

- **Стандарт лечения:** резекция желудка или гастрэктомия с лимфаденэктомией
- Позволяет детально исследовать опухоль и определить наличие Mts
- **Рецидивы** – 1,5 – 5%
- **Послеоперационная летальность** – 1 – 6,5%

Группы лимфатических узлов желудка



№1-лимфоколлектор 1-го порядка



№1 - правые паракардиальные л/у

№2 - левые паракардиальные л/у

№3 - верхнежелудочные л/у

(вокруг малой кривизны)

№4 - нижежелудочные л/у

(4 sa- вокруг коротких сосудов,

4 sb- вокруг левой жел.-сал.

артерии,

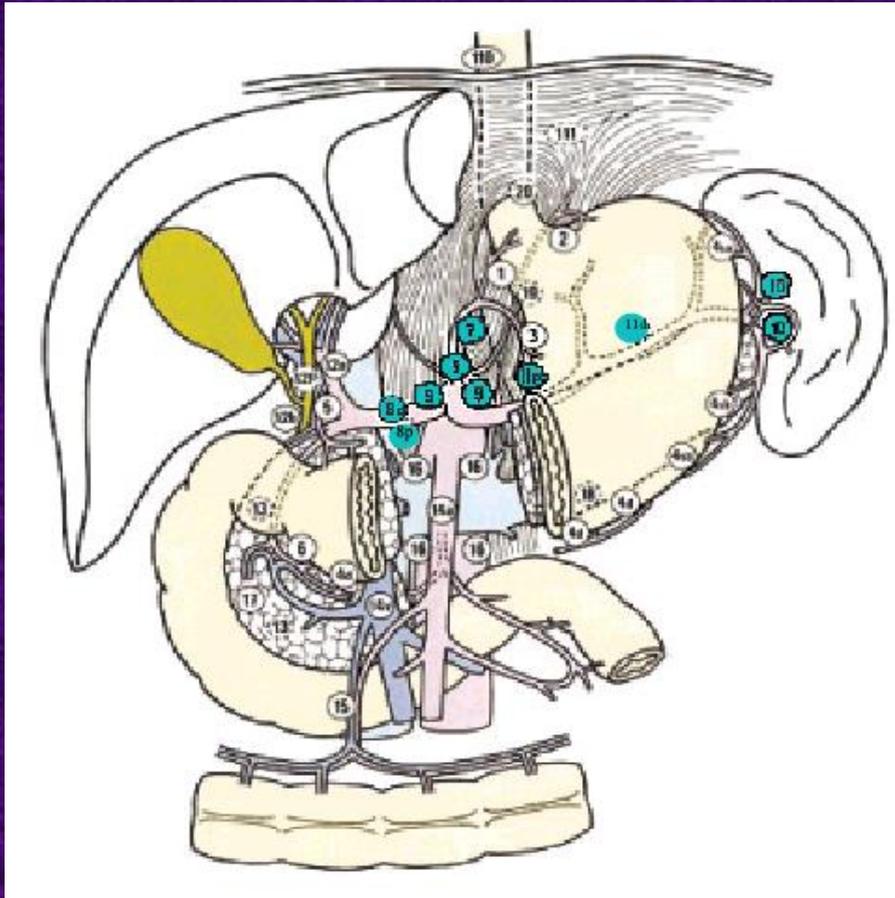
4 sd- вокруг правой жел.-сал.

артерии)

№5 - надпривратниковые л/у

№6 - подпривратниковые л/у

№2-лимфоколлектор 2-го порядка



№7 – л/у левой жел. артерии

№8 – л/у общей печен. артерии

(8a – передне-верхняя группа,

8p – задняя группа)

№9 – л/у чревного ствола

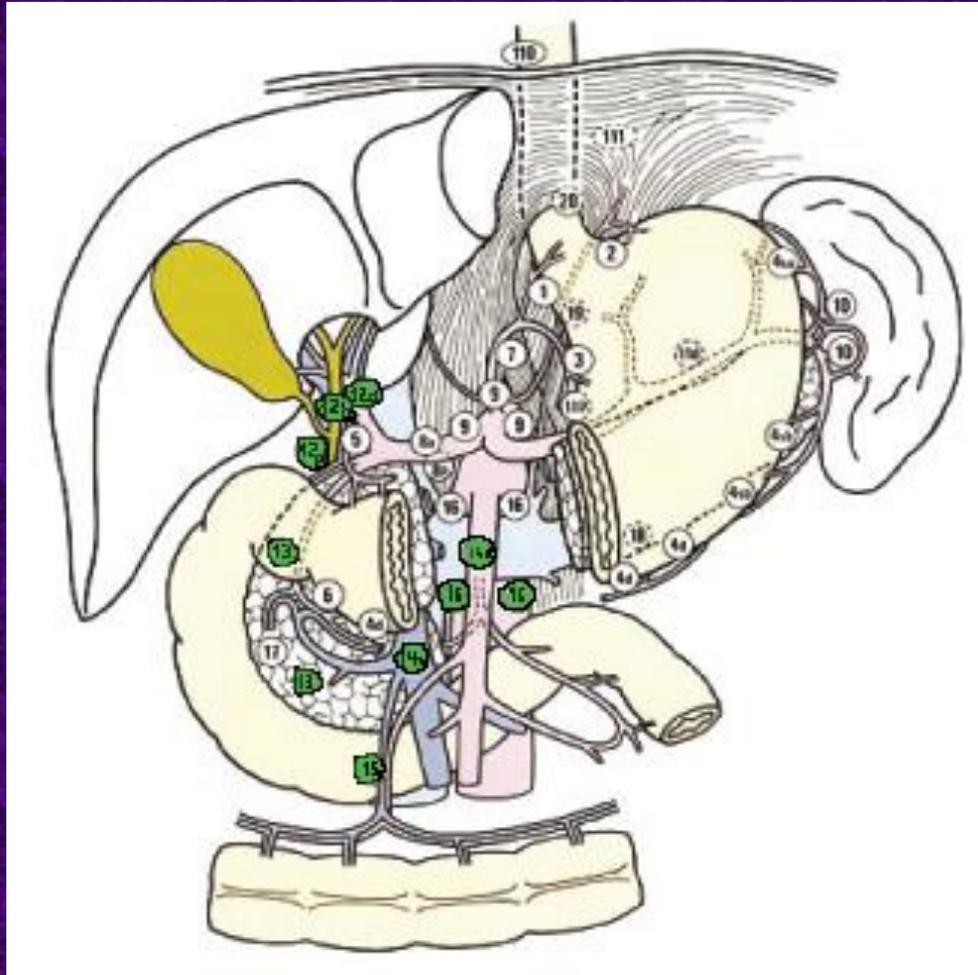
№10 – л/у ворот селезенки

№11 – л/у селезеночной артерии

(11p – проксимального отд.,

11d – дистального отд.)

№3-лимфоколлектор 3-го порядка



№12 – л/у гепато-дуоденальн.
связки

(12а- вокруг печеночной арт.,
12b – вокруг желчного прот.,
12р – вокруг воротной вены)

№13 – л/у ретропанкреатодуоден.

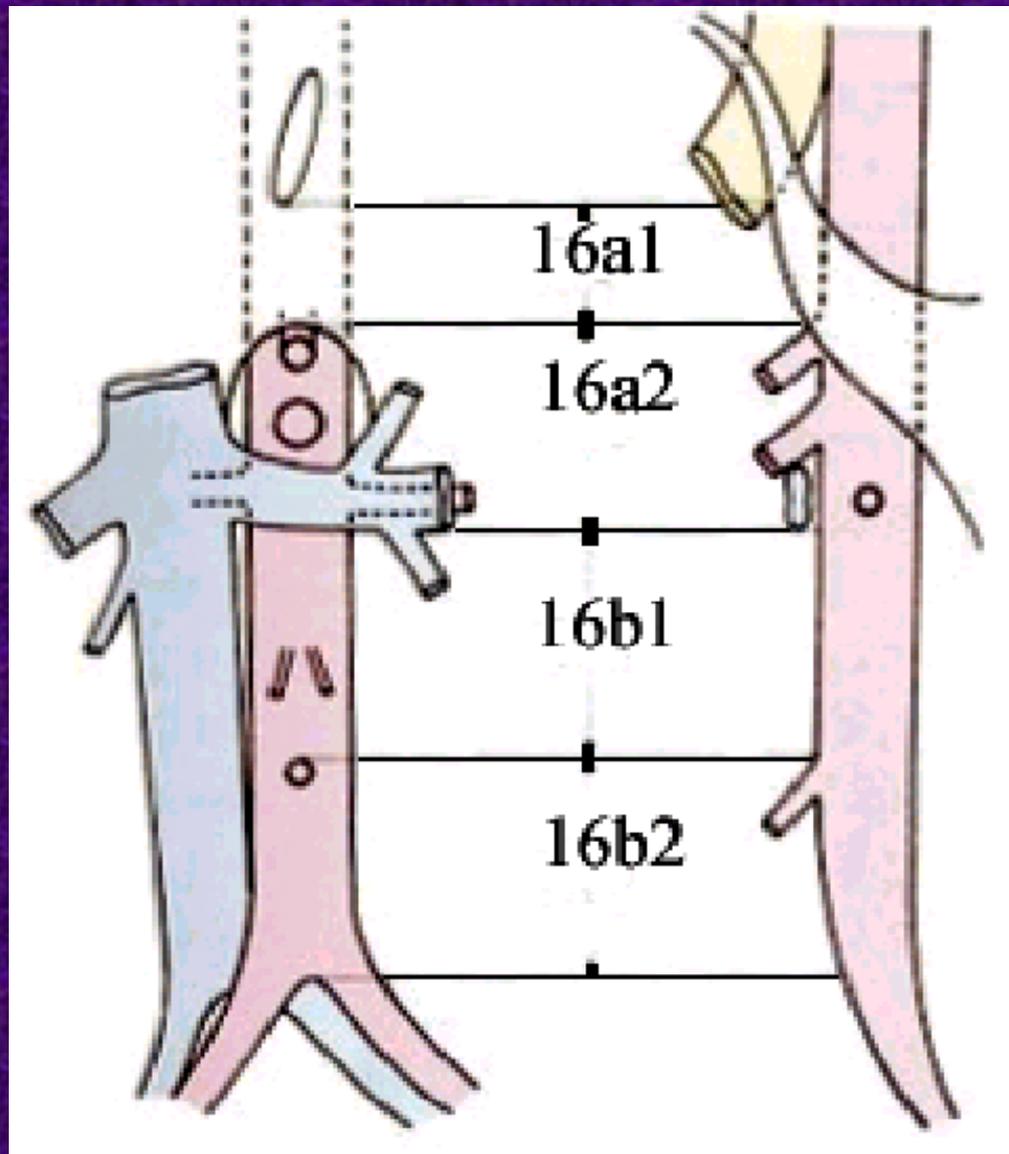
№14 – л/у верхних брыжеечн.
сосуд.

(14а- вокруг артерии,
14v- вокруг вены)

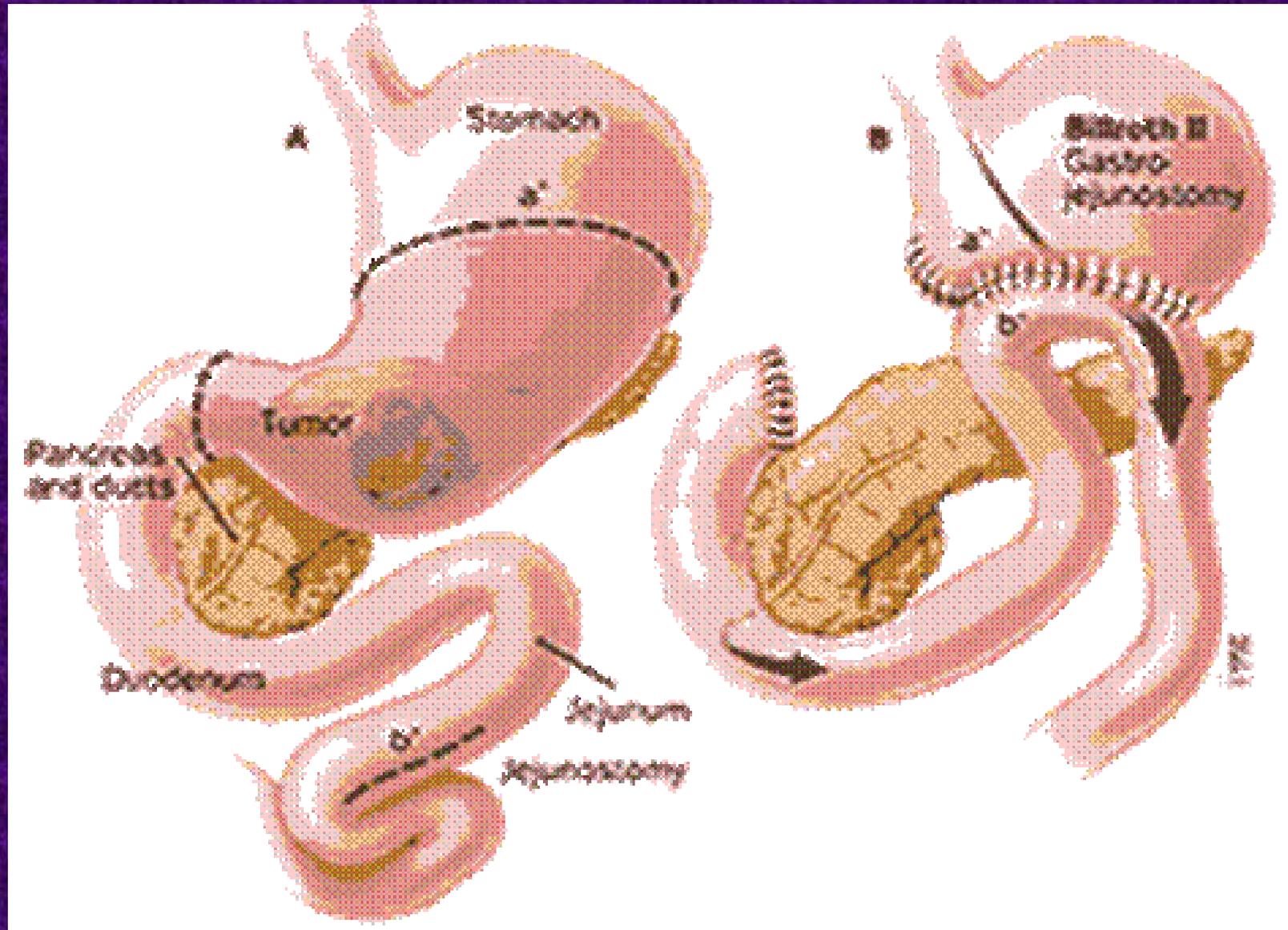
№15 – л/у вокруг средних ободочн.
сосудов

№16 – л/у парааортальные

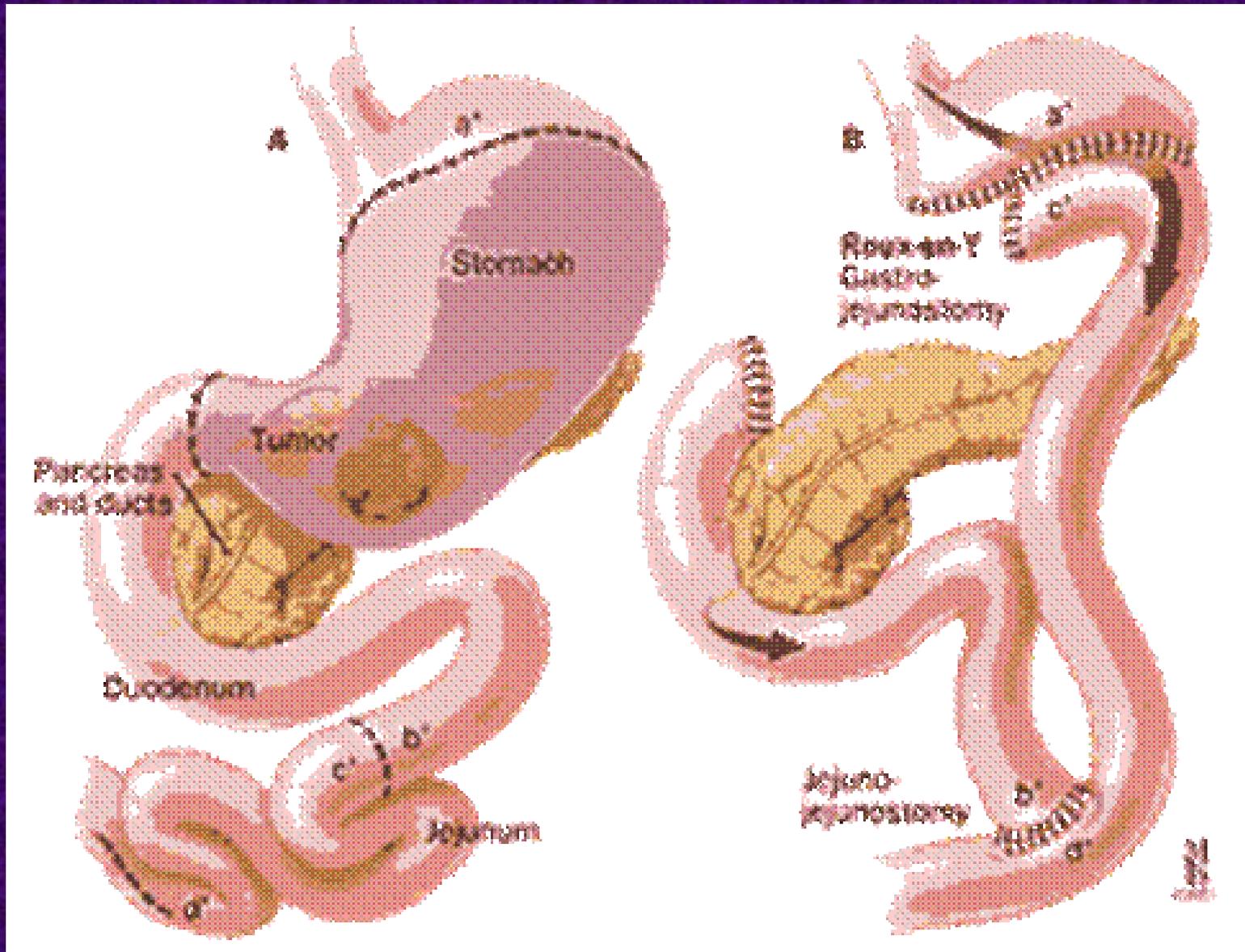
Группы парааортальных лимфоузлов



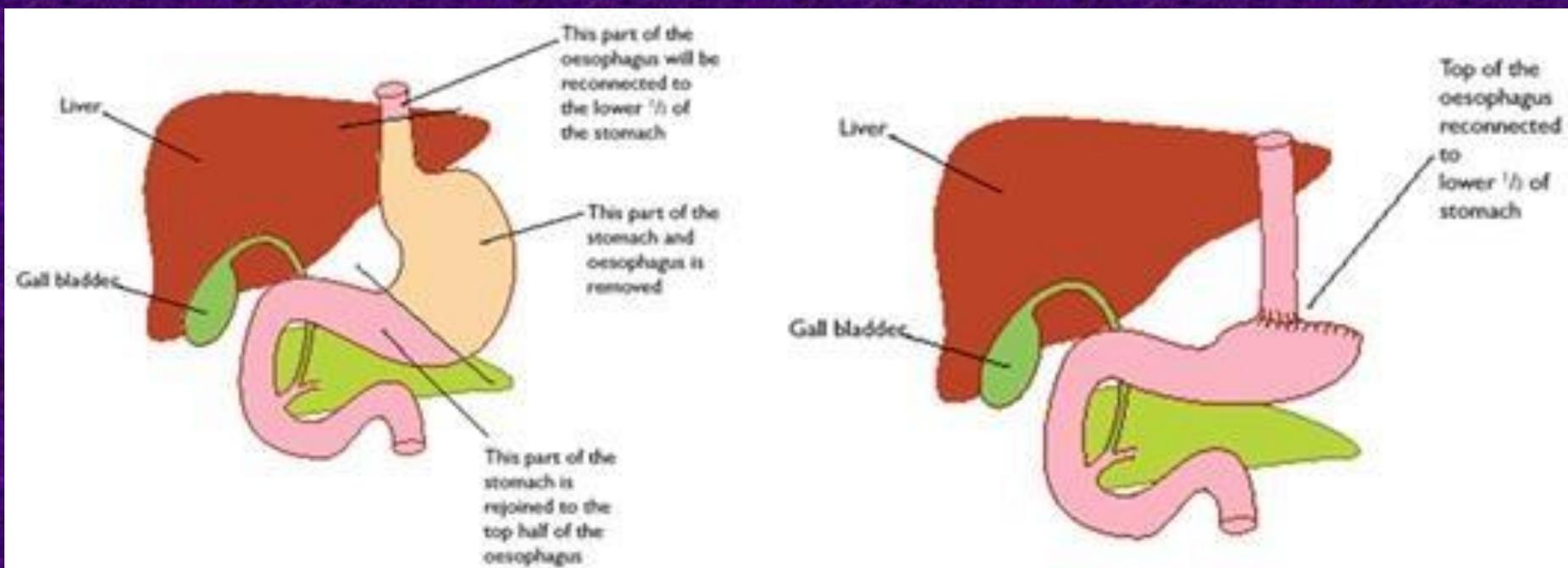
Субтотальная (4/5) дистальная резекция



Субтотальная резекция с Roux-en-Y

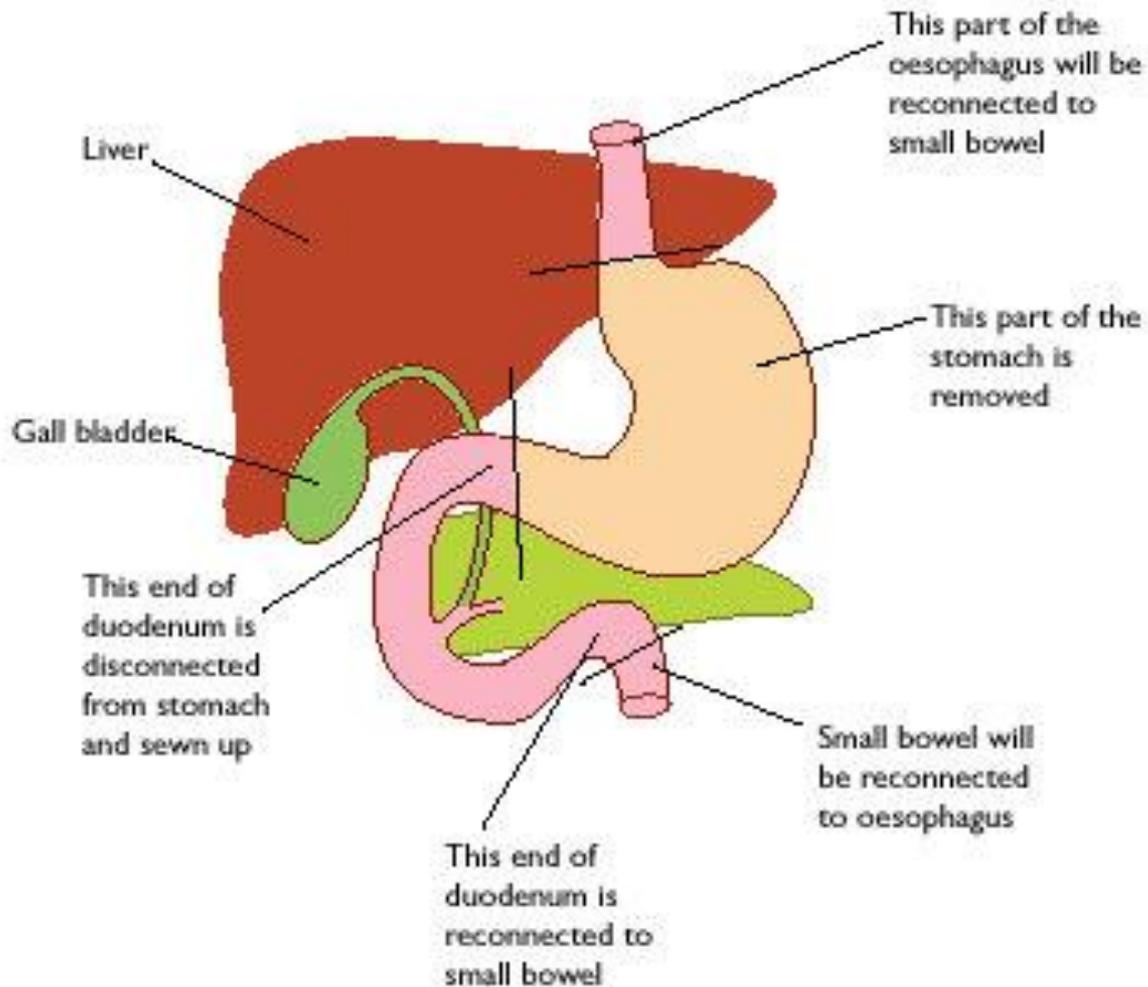


Субтотальная проксимальная резекция желудка

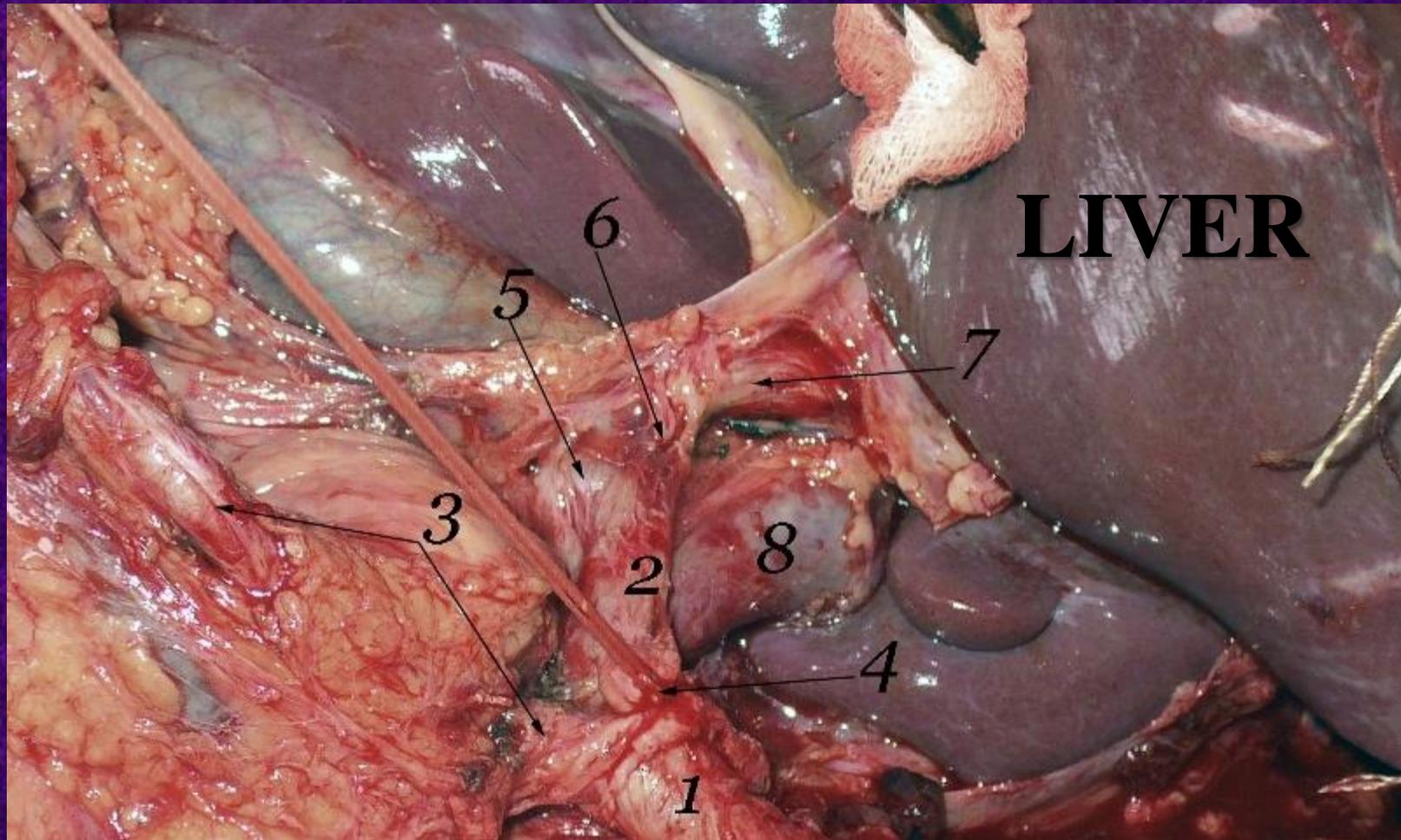


Гастрэктомия

Roux-en-y (before)



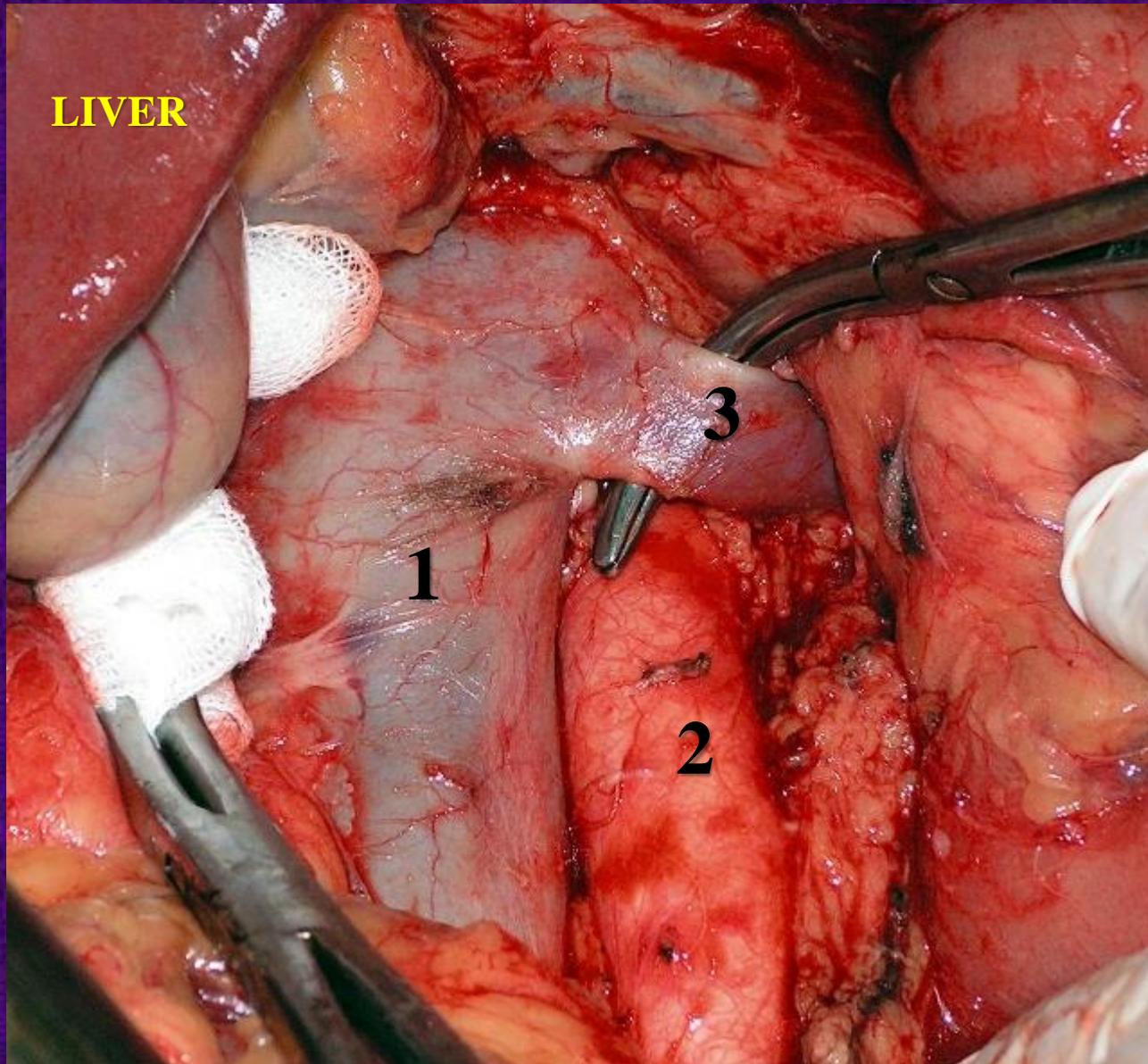
Лимфодиссекция по D2



- | | | |
|-------------------------|-------------------------|----------------------------|
| 1. Truncus celiacus | 4. A. gastrica sinistra | 7. The left hepatic artery |
| 2. A. hepatica communis | 5. A. gastroduodenalis | 8. Vena portae |
| 3. Pancreas | 6. A. hepatica propria | |

Лимфодиссекция по D3

LIVER



1. Lower vena cava
2. Abdominal aorta
3. The left renal vein

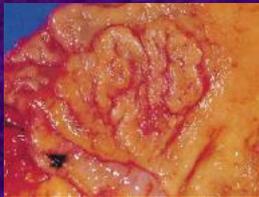
Показания для эндоскопической резекции раннего рака желудка

- Высоко или умеренно дифференцированная аденокарцинома
- Выступающий и поверхностный тип опухоли (макроскопические критерии: тип I, IIa, IIb, IIc)
- Опухоль не имеет изъязвлений
- Диаметр опухоли < 30 мм
- Нет признаков инвазивного роста

При РРЖ, отвечающем этим критериям и расположенном в пределах слизистого слоя, метастазы диагностированы в 0,36% случаев



ТИП 0 – I полиповидный



ТИП 0 – II A поверхностный приподнятый



ТИП 0 – II B поверхностный плоский

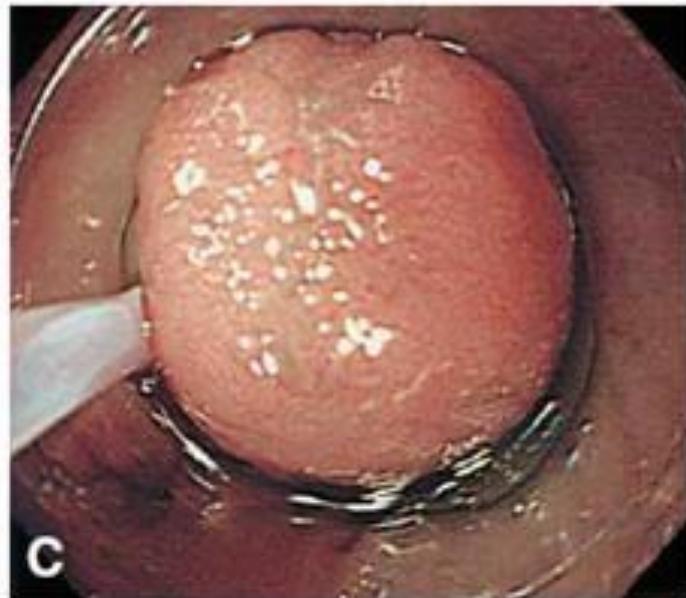
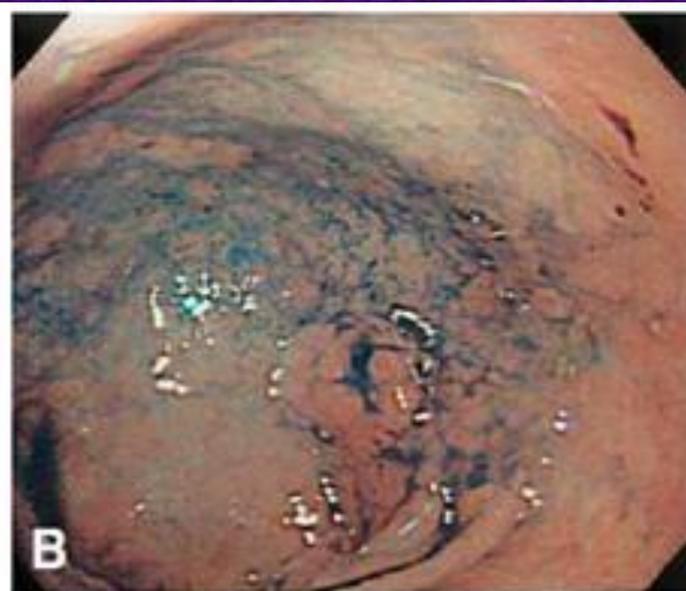


ТИП 0 – II C поверхностный углубленный



ТИП 0 – III изъязвленный

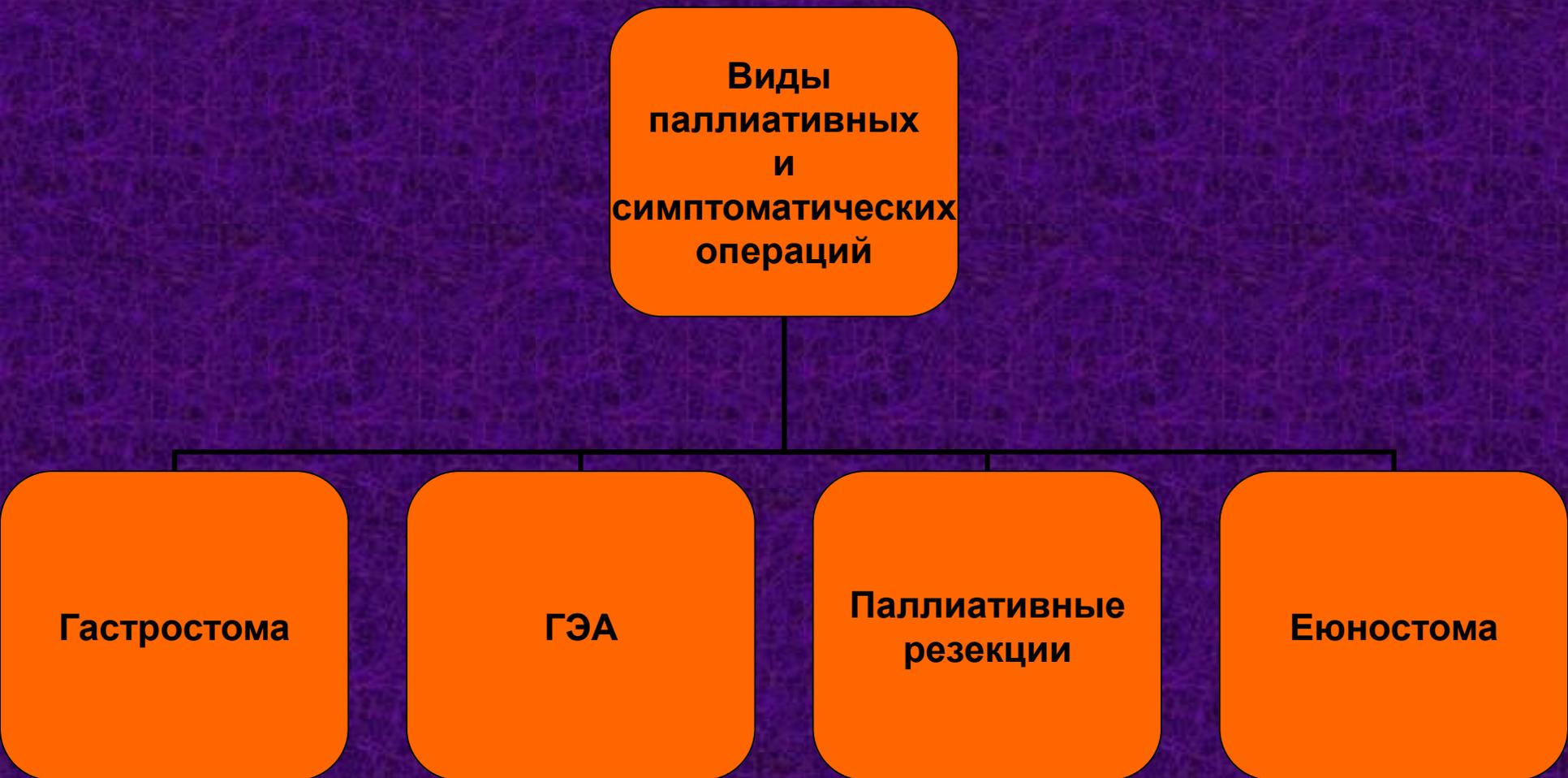
Эндоскопическая мукозэктомия



Результаты хирургического и эндоскопического лечения раннего рака желудка в Европе и в Японии

Авторы	n	слизистый/ подслизистый	поражение л/у (%)	п/о летальность (%)	5-летняя выживаемость
Хирургическое лечение					
German gastric carcinoma study	279	51 / 49	16,5	1,6	83%
Pinto et al	142	53 / 47	9,8	2,1	84%
Ohta et al	1412	49 / 51	13	1	94%
Nishi et al	2152	53 / 47	11,4	1	94,5%
Эндоскопическое лечение					
H. Ono (NCCH)	475	401 / 74	-	0	97%
Tada et al	87	80 / 7	-	0	94%

Паллиативное и симптоматическое лечение применяют для ликвидации тяжёлых осложнений опухоли (дисфагия, стеноз, кровотечение).



Режимы химиотерапии при раке желудка

Название схемы	Режим введения
ЕАР	ЭТОПОЗИД – 100 МГ/М2 В/В В 4, 5, 6 ДЕНЬ ДОКСОКУБИЦИН – 20 МГ/М2 В/В В 1 И 7 ДЕНЬ ЦИСПЛАТИН – 40 МГ/М2 В/В ВО 2 И 8 ДНИ. КАЖДЫЕ 4 НЕДЕЛИ
ELF	ЭТОПОЗИД – 120 МГ/М2 В/В ЗА 50 МИИНУТ В 1, 2, 3 ДНИ ЛЕЙКОВОРИН – 150 МГ/М2 В/В ПОСЛЕ ЭТОПОЗИДА ФТОРУРАЦИЛ – 500 МГ/М2 В/В ЧЕРЕЗ 30 МИН ПОСЛЕ ЛЕЙКОВОРИН
МЕР	МИТОМИЦИН – 5 МГ/М2 В/В В 1 И 7 ДЕНЬ ЭТОПОЗИД – 100 МГ/М2 В/В В 4 И 5 ДЕНЬ ЦИСПЛАТИН – 40 МГ/М2 В/В В 1 И 8 ДЕНЬ. КАЖДЫЕ 4 НЕДЕЛИ
IP	ИРИНОТЕКАН – 60 МГ/М2 В/В ЦИСПЛАТИН – 30 МГ/М2 В/В. КАЖДЫЕ 2 НЕДЕЛИ
DP	ДОЦЕТАКСЕЛ – 60-75 МГ/М2 В/В ЦИСПЛАТИН – 60-80 МГ/М2 В/В. КАЖДЫЕ 4 НЕДЕЛИ
КАПЕЦИТАБИН (XELODA)	2500 МГ/М2 ВНУТРЬ 1-14 ДЕНЬ ЗА ДВА ПРИЕМА. КАЖДЫЕ 10-14 ДНЕЙ

Ранний рак желудка – уникальная форма РЖ, без специфических симптомов, с хорошим прогнозом после своевременного лечения

Скрининг бессимптомного населения и обследование групп риска – эффективные подходы к диагностике РРЖ

Высококвалифицированное **эндоскопическое исследование** является наиболее эффективным этапом диагностики

Стандарт лечения раннего рака желудка – **хирургическая операция** с лимфаденэктомией

У пациентов пожилого возраста, имеющих противопоказания к хирургическому лечению (или отказавшихся от него), методом выбора является **эндоскопическая операция**, являющаяся органосохраняющей

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ.

- Наблюдение за радикально пролеченными больными (III клинической группы) проводится по общим правилам. В установленные сроки выполняют физикальное исследование, анализы крови, ФГДС или рентгеноскопия желудка, УЗИ печени и забрюшинного пространства, рентгенография легких. Больные, перенесшие гастрэктомию, нуждаются в регулярном проведении 1 раз в год компенсаторной терапии в связи с закономерно развивающейся у них в отдаленные сроки агастральной астенией и анемией.

ПРОФИЛАКТИКА.

- Важнейшими мерами профилактики РЖ являются:
- сбалансированное питание, с достаточным и регулярным употреблением свежих фруктов и зеленых овощей, использование для хранения продуктов их замораживания вместо соления;
- отказ от курения и регулярного употребления крепких алкогольных напитков;
- своевременное выявление и санация предопухолевых заболеваний.

ПРОГНОЗ.



Критерием излеченности
в онкологии принято
считать 5-летнюю выживаемость.



Прогноз при РЖ определяется стадией и формой опухоли, а также характером проведенного лечения. При I стадии свыше 90 % больных радикально излечивается, при II стадии 5-летняя выживаемость снижается до 70 %, при III стадии до 15–35 %. При IV стадии (без отдаленных метастазов) 5-летний рубеж переживают единицы.

**Быть всем для всех, чтобы спасти хотя бы
некоторых.**

Апостол Павел

