**Реферат: “Рак желудка”.**

# Санкт - Петербург 1997

**План:**

1. Вступление
2. Патологическая анатомия рака желудка
3. Клиника и диагностика.
4. Лечение.

5. Список используемой литературы.

Вступление.

 Рак желудка – злокачественная опухоль из клеток эпителия слизистой оболочки желудка. Наибольшее число больных относится к возрастной группе старше 50 лет. Мужчины болеют раком желудка чаще, чем женщины.

 Эффективность хирургического лечения рака желудка остается пока еще низкой из-за поздней выявляемости заболевания. К стойкому излечению может вести только радикальная операция, выполненная на ранней стадии развития рака. Основной путь улучшения результатов хирургического лечения рака желудка лежит через диагностику доклинических или ранних форм рака.

Патологическая анатомия рака желудка.

 Локализация рака в желудке: антральный отдел – 60-70%, малая кривизна тела желудка – 10-15%, кардиальный отдел – 8-10%, передняя и задняя стенки – 2-5%, большая кривизна – 1%, свод желудка – 1%, тотальное поражение желудка – 3-5%.

 Внутриорганное распространение рака желудка происходит по типу инфильтрации, преимущественно по направлению к кардии, распространение за пределы привратника на двенадцатиперстную кишку происходит реже по лимфатическим сосудам подслизистого и мышечного слоев. Проникая через все слои стенки желудка, опухоль прорастает в соседние ткани и органы.

 По макроскопической картине роста выделяют три основные группы: опухоли с преимущественно экзофитным ростом (бляшковидный, полипообразны, блюдцеобразный рак, рак из язвы и др.), опухоли с преимущественно эндофитным ростом (инфильтративно-язвенный, дифузный или фиброзный рак), смешанные опухоли, имеющие черты экзо- и эндофитного роста. Последние две группы более злокачественны и чаще дают метастазы.

 По микроскопической картине все виды рака желудка разделяют на две основные группы: диференцированные и недиференцированные. Недеференцированные виды рака характеризуются большей злокачественностью, чем дифференцированные.

 Рак желудка метастазирует преимущественно лимфогенно. Возможно гематогенное метастазирование, а также путем имплантации раковых клеток по брюшине.

 При радикальной операции операции по поводу рака желудка обязательно надо удалять не только ближайшие лимфатические узлы ближайшего лимфатического бассейна, но и регионарные лимфатические узлы третьего бассейна, содержащего наиболее мощные лимфатические узлы и магистральные лимфатические сосуды.

 Во внутренние органы метастазы рака попадают гематогенным путем (при прорастании опухоли в сосуды системы воротной вены) или лимфогенным путем через грудной проток, впадающий в венозное русло. Гематогенные метастазы чаще определяются в печени, значительно реже в легких, плевре, надпочечниках, костях, почках.

 Имплантационные метастазы возникают при контактном переносе опухолевых клеток, а также при свободном их перемещении по брюшной полости. Раковые клетки оседают на поверхности большого сальника, образуют на брюшине мелкобугристые высыпания (карциноматоз брюшины), опускаясь в малый таз, образуют метастазы в прямокишечной-пузырной (у мужчин) и в прямокишечной влагалищной ( у женщин) складках (метастазы Шницлера), в яичниках (метастаз Крукенберга).

 Комитетом международного противоракового союза предложена классификация рака желудка по системе TNM.

Т – опухоль

TIS – внутриэпителиальный рак.

Т1 – опухоль поражает только слизистую оболочку и подслизистый слой.

Т2 – опухоль проникает глубоко, занимает не более половины одного анатомическо-

 го отдела.

Т3 – опухоль с глубокой инвазией захватывает более половины одного анатомиче-

 ского отдела, но не поражает соседние анатомические отделы.

Т4 – опухоль поражает более одного анатомического отдела и распространяется на

 соседние органы.

N – регионарные лимфатические узлы.

N0 – метастазы в регионарные лимфатические узлы не определяются.

Nа – поражены только перигастральные лимфатические узлы.

Nb – поражены лимфатические узлы по ходу левой желудочной, чревной, общей

 печеночной, селезеночной артерий, по ходу печеночно-дуоденальной связки.

NXc – поражены лимфатические узлы по ходу аорты, брыжеечных и повздошных

 артерий.

М – отдаленные метастазы.

М0 – отдаленные метастазы не определяются.

М1- имеются отдаленные метастазы.

Р – гистопатологические критерии

Р1 – опухоль инфильтрирует только слизистую оболочку.

Р2 – опухоль инфильтрирует подслизистый слой до мышечного.

Р3 – опухоль инфильтрирует мышечный слой до серозной оболочки.

Р4 – опухоль прорастает серозную оболочку или выходит за пределы органа.

Клиника и диагностика.

 Клинических признаков, характерных для начальной формы рака желудка, не существует. Он может протекать бессимптомно или проявляться признаками заболевания, на фоне которого он развивается.

 Ранняя диагностика рака возможна при массовом эндоскопическом обследовании населения. Гастроскопия позволяет обнаружить изменения на слизистой оболочке желудка диаметром менее 0,5 см. и взять биопсию для верификации диагноза.

 Заболевание раком желудка более вероятна в группе людей повышенного онкологического риска. К факторам повышенного онкологического риска относятся: предраковые заболевания желудка (хронический гастрит, хроническая язва желудка, полипы желудка), хронический гастрит культи желудка у оперированных по поводу неонкологических заболеваний желудка через 5 лет и более после резекции желудка, действие професиональных вредностей (химическое производнство).

 Клинические проявления рака желудка многообразны, они зависят от патологического фона, на котором развивается опухоль, т.е. от предраковых заболеваний, локализации опухоли, формы ее роста, гистологической структуры, стадии распространения и развития осложнений.

 Симптомы, которые могут быть выявлены при распросе больного, можно условно разделить на местные и общие проявления заболевания. К местным проявлениям относят симптомы “желудочного дискомфорта”: отсутствие физического удовлетворения от насыщения, тупая давящая характерная боль, чуство переполнения и распирания в эпигатральной области, снижение или отсуствие аппетита, отвращение к мясу, рыбе.

 Общие проявления рака желудка: слабость, похудание, вялость, адинамия, быстрая утомляемость от привычной работы, депрессия. Все это связано с опухолевой интоксикацией. Часто наблюдается анемия. Иногда анемия является первым признаком заболевания. Развитие железодефицитной анемии связано с ахилией, ведущей к нарушению всасывания железа, и с хроническими кровопотерями из опухоли.

Лечение.

 Лечение – хирургическое. Рак желудка – абсолютное показание к операции. Радикальным вмешательством является резекция желудка или гастрэктомия.

 Радикальность операции предусматривает: 1) пересечение желудка, двенадцатиперстной кишки и пищевода в пределах здоровых тканей; 2) удаление в едином блоке с желудком трех групп лимфатических узлов, которые могут быть поражены метастазами при данной локализации рака; 3) абластическое опрерирование т.е. использование комплекса приемов, направленных на уменьшение возможности так называемой манипуляционной диссеминации.

 Противопоказания к операции могут быть онкологического и общего характера. Операция противопоказана при наличии отдаленных метастазов в печень, легкие, в надключичные лимфатические узлы, при наличии большого асцита. Противопоказаниями общего характера является резкая кахексия, тяжелые сопутствующие заболевания.

 Основные типы радикальных операций: 1) дистальная субтотальная резекция желудка (выполняемая черезбрюшанно), 2) гастрэктомия (выполняемая черезбрюшинным и черезплевральным доступом), 3) проксимальная субтотальная резекция желудка (выполняемая черезбрюшинным и черезплевральным доступом).

 Паллятивные операции выполняют тогда, когда риск их небольшой. Паллятивные резекции 2/3 или ¾ направлены на удаление стенозирующей опухоли выходного отдела желудка, расподающейся или кровоточащей опухоли как источника кровотечения угрожающего жизни больного.

 Наиболее благоприятные результаты хирургического лечения рака желудка могут быть получены при лечении ранних форм рака. При поражении только слизистой оболочки 5-летняя выживаемость достигает 96-100%, при поражении слизистой оболочки и подслизистого слоя – 75%.

Список использованной литературы.

1. Хирургические болезни, Н.П. Напалков, Изд. Медицина, Ленинград

 1976 г.

1. Внутренние болезни, Ф.И. Комаров, Изд. Медицина, Москва 1990 г.

 4. Хирургические болезни, М.И.Кузин, Изд. Медицина, Москва 1986 г.