

Диспансерное наблюдение пациентов с диагнозом С16 - рак желудка

Врач онколог
отделения абдоминальной онкологии
ОГБУЗ БООД
Орлова Ю.Д.

Рак желудка – гетерогенная группа
злокачественных эпителиальных
опухолей, исходящих из клеток слизистой
оболочки желудка.



Рак желудка, являясь одной из самых распространенных злокачественных опухолей человека, занимает 5-е место в структуре заболеваемости в Российской Федерации (РФ) и 3-е в структуре смертности от злокачественных новообразований. Мужчины заболевают в 1,3 раза чаще женщин, пик заболеваемости приходится на возраст 65 лет.

Основная задача диспансерного наблюдения – раннее выявление прогрессирования заболевания.



Клинические симптомы при раке желудка можно разделить на симптомы общего характера (общая слабость, прогрессирующее похудание, ухудшение аппетита, тошнота, анемия, боли в эпигастральной области) и симптомы, обусловленные локализацией, формой роста опухоли, метастазированием.

При локализации опухоли в кардиоэзофагеальном отделе возникает дисфагия, при раке антрального отдела желудка с пилоростенозом – тошнота и рвота съеденной пищей.

Изъязвленный рак чаще осложняется кровотечением и перфорацией, диффузно-инфильтративный рак, приводящий к уменьшению объема желудка, сопровождается чувством переполнения после приема небольшого объема пищи.

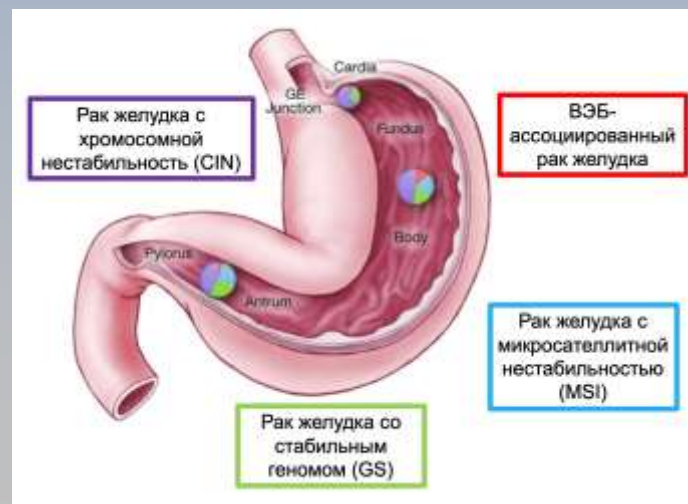


Рекомендуется после завершения лечения по поводу РЖ для раннего выявления прогрессирования заболевания с целью раннего начала лекарственной терапии, повторной операции при рецидиве опухоли, а также выявления метастатических опухолей соблюдать следующую периодичность контрольных обследований:

- после выполнения радикальных операций – в первые 1-2 года физикальное обследование пациентов и сбор жалоб проводятся каждые 3–6 месяца, на сроке 3–5 лет – 1 раз в 6–12 месяцев.

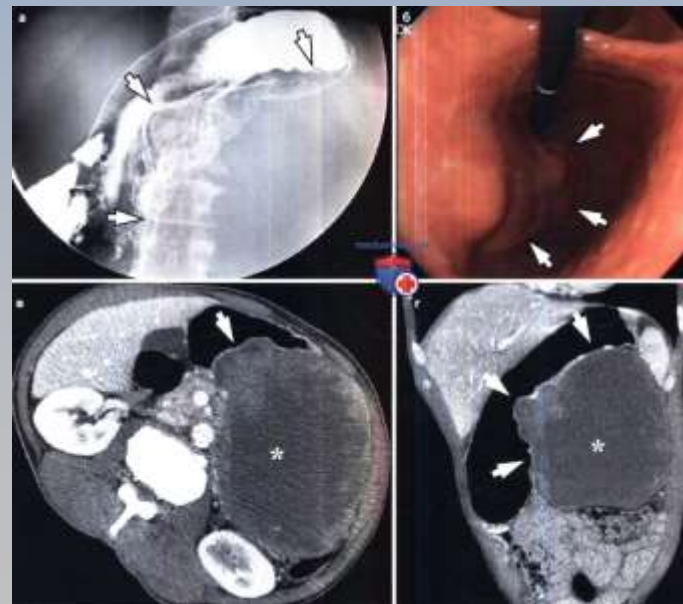
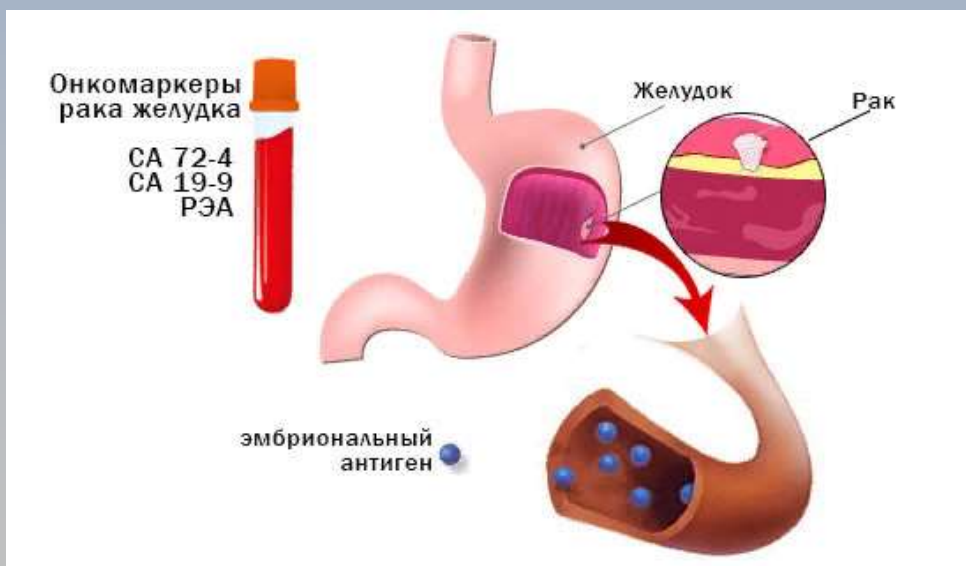
После 5 лет с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб. У пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен.

- после эндоскопической резекции слизистой оболочки или подслизистой диссекции – выполняют ЭГДС каждые 3 месяца в первый год, каждые 6 месяцев на второй и третий годы, далее – ежегодно.



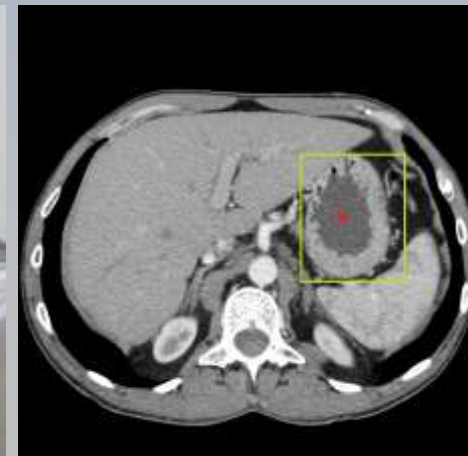
Объем обследования:

1. Сбор анамнеза и физикальное обследование.
2. Общий (клинический) анализ крови развернутый и анализ крови биохимический общетерапевтический (по клиническим показаниям), коагулограмма, общий анализ мочи, ЭКГ, онкомаркеры — РЭА, СА 19-9, СА 72-4 — каждые 3 месяца первые 1-2 года, затем 1 раз в 6 месяцев 3-5 год, затем 1 раз в год.
3. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, надключичных лимфоузлов слева — каждые 3 месяца первые 1-2 года, затем 1 раз в 6 месяцев 3-5 год, затем 1 раз в год.



Объем обследования:

4. ЭГДС через 6 месяцев после оперативного лечения, по показаниям допустимо проведение исследования в более ранние сроки; затем 1 раз в год 3-5 год наблюдения, затем — по клиническим показаниям.
4. СКТ органов грудной клетки и брюшной полости, в том числе с в/в контрастированием при подозрении на рецидив заболевания (при наличии высокого риска прогрессирования) — через 6-12 месяцев, либо ранее (по клиническим показаниям), затем 1 раз в год 3-5 года наблюдения.
5. Возможно проведение рентгенографии органов грудной клетки, верхних отделов ЖКТ с контрастом 1 раз в год (при невозможности выполнения СКТ).
6. Контроль нутритивного статуса, рекомендации по лечению нутритивной недостаточности.



Для предупреждения развития РЖ применяют два основных направления профилактических мер.

Первичная профилактика включает мероприятия, имеющие отношение к неопределённому кругу лиц, то есть затрагивающие интересы не только включённых в группу повышенного риска.

- правильное питание;
- отказ от вредных привычек;
- проведение осмотров у врача с целью раннего диагностирования и лечения онкологического процесса.

Для первичных профилактических мероприятий требуется активное участие самого человека.

К вторичной профилактике относятся мероприятия врачей в отношении пациентов, включённых в группу риска.

Общие правила профилактики

1. Эрадикация (устранение) хеликобактерной-инфекции

Лечение Нр-инфекции проводится по стандартным схемам, эффективность которых доказана в ходе исследований. Схему и продолжительность лечения определяет врач (предпочтительно 14 дней, иначе шансы на успех меньше). Спустя 4–8 недель после окончания лечения следует провести оценку его результата. Для этого может быть использован 13С-дыхательный тест либо ЭГДС с гистологической оценкой наличия Нр-инфекции.

2. Изменение образа жизни

– отказ от курения, нормализация массы тела, смена характера питания (с учетом пищевых факторов риска).

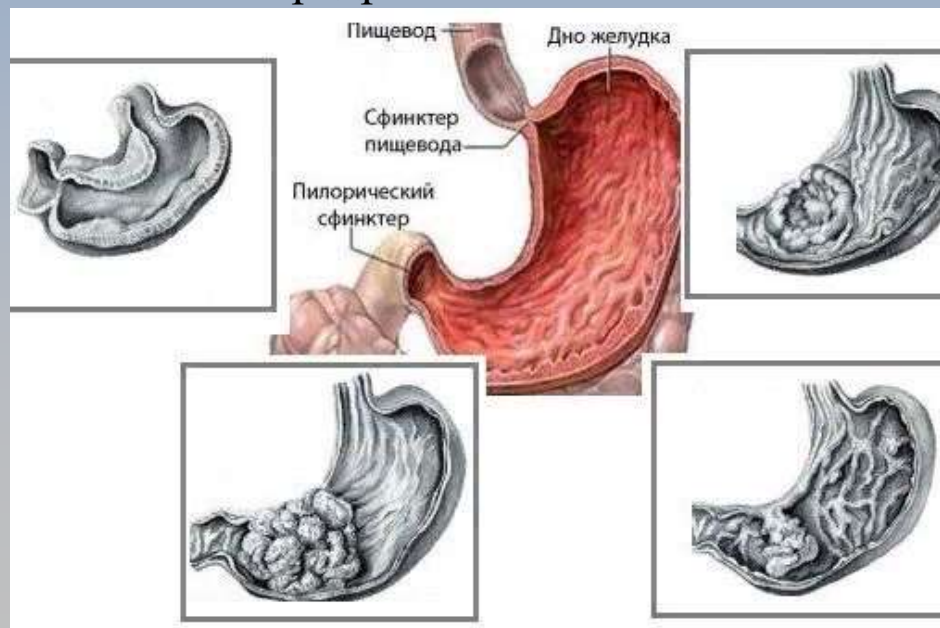


3. Раннее выявление рака с помощью скрининга

Как правило, для скрининга широких масс населения используют неинвазивные тесты: в случае хеликобактерной-инфекции – 13С-дыхательный тест или анализ крови на антитела к хеликобактеру.

4. Наблюдение предраковых изменений

Атрофический гастрит, кишечная метаплазия и дисплазия слизистой оболочки желудка рассматриваются как предраковые изменения.



Наблюдение означает регулярное проведение ЭГДС с биопсией, которая должна выполняться по определенным правилам. Частота наблюдения может составлять от 1 раза в 6 месяцев до 1 раза в 3–5 лет и зависит от степени изменений в желудке. Так, например, более часто должны обследоваться пациенты, у которых выявлялась дисплазия, а также распространенная кишечная метаплазия в фундальном отделе (теле) желудка.



Прогнозы выживаемости при раке желудка зависят от гистологического строения новообразования, стадии патологического процесса, возраста пациента. Большое влияние оказывает проведенное лечение: резекция органа с лимфодиссекцией, эндоскопическое удаление опухоли или паллиативная полихимиотерапия при неоперабельном раке.

Аденокарцинома представляет практически 80% всех злокачественных опухолей желудка. При своевременно подтвержденном диагнозе, после проведения операции пятилетняя выживаемость при таком виде рака составляет около 70%.

При недифференцированных и неоперабельных аденокарциномах продолжительность жизни больного обычно не превышает 2-2,5 лет.

Если плоскоклеточный (эпителиальный) рак был выявлен на ранней стадии, то прогноз на выживаемость и сохранение трудоспособности благоприятный. Комбинированное лечение в виде операции и полихимиотерапии в 70-85% случаев приводит к ремиссии.

При низкодифференцированных опухолях средняя выживаемость составляет 20-25 месяцев. Выживаемость при перстневидноклеточном раке желудка в первые пять лет достигает 60-75%, в случае рецидива больные, как правило, живут 18-20 месяцев.

Заключение:

На длительность и качество жизни после установления диагноза влияет не только строение опухоли, но и стадия патологического процесса, наличие и количество метастазов.

Прогноз выживаемости при раке желудка в зависимости от стадии болезни: 1.

Первая стадия. В данном случае шанс на полное выздоровление достаточно высок. Пятилетняя выживаемость достигает 80%. Такая стадия выявляется редко, чаще всего в качестве диагностической «находки».

2. Вторая стадия. При этой стадии пятилетняя выживаемость составляет 55%.

Однако из всех диагностированных злокачественных опухолей только 5-7% выявляются на 2-й стадии.

3. Третья стадия. В течение первых пяти лет выживает только 35-39% больных.

При рецидиве болезни первые 1-2 года выживает не более 15% людей. 4.

Четвертая стадия. Это чаще всего неоперабельный рак, при котором после установления диагноза выживает не более 5-8% в течение первых 1-3 лет.

Спасибо за внимание!

