

Оглавление

Список сокращений и условных обозначений	7
Глава 1. Анатомическое и гистологическое строение желудка.	
Пути лимфооттока	9
1.1. Анатомическое строение и синтопия желудка	10
1.2. Функциональная морфология желудка	12
1.3. Кровоснабжение и иннервация желудка	14
1.4. Лимфатическая система и регионарные лимфатические узлы желудка	16
Глава 2. Эпидемиология и заболеваемость раком желудка	19
2.1. Эпидемиология рака желудка	19
2.2. Способствующие факторы. Значение экзогенных и эндогенных канцерогенов	23
2.3. Наследственные факторы и молекулярные события при раке желудка	31
Глава 3. Морфогенез рака желудка. Предраковые состояния и предраковые условия	38
3.1. Предраковые состояния при раке желудка	38
3.2. Эволюция хеликобактер-ассоциированного гастрита	39

3.3. Специфические формы хронического гастрита	41
3.4. Полипы желудка	43
3.5. Предраковая роль других заболеваний желудка	46
3.6. Кишечная метаплазия как предраковое состояние	47
3.7. Интраэпителиальная неоплазия (дисплазия).	49
Глава 4. Патоморфологическая характеристика рака желудка и пути его распространения	53
4.1. Патоморфология распространенного рака желудка	53
4.2. Классификация рака желудка по P. Lauren (1965): диффузный и кишечный типы	59
4.3. Ранний рак желудка	64
4.4. Локализация рака желудка	70
4.5. Распространение и пути метастазирования рака желудка	73
Глава 5. Клиника и диагностика рака желудка	74
5.1. Клиника рака желудка	74
5.1.1. Клиническая диагностика рака желудка.	74
5.1.2. Дифференциальная диагностика рака желудка.	85
5.2. Диагностика рака желудка	93
5.2.1. Эндоскопическая, лучевая и лабораторная диагностика рака желудка.	93

Глава 6. Стадирование, классификация и прогноз рака желудка	114
6.1. Стадирование рака желудка по Международному противораковому союзу (2002).	115
6.2. Классификация радикализма хирургических вмешательств.	126
6.3. Прогноз рака желудка.	130
6.3.1. Прогноз рака желудка и отдаленные результаты лечения.	130
6.3.2. Индекс лимфогенного метастазирования при оценке прогноза рака желудка	134
6.3.3. Прогностическое значение «опухоль-зависимых» и «лечение-зависимых» факторов при раке желудка	138
Глава 7. Лечение рака желудка	141
7.1. Лечение рака желудка в условиях эпидемии COVID-19	143
7.2. Лечение раннего рака желудка (I стадия, T1N0M0).	150
7.3. Лечение рака желудка II и III стадий	155
7.3.1. Хирургическое лечение рака желудка.	158
7.4. Лучевая терапия местно-распространенного рака желудка	177
7.4.1. Показания, выбор полей облучения и профилактика осложнений при лучевой терапии местно-распространенного рака желудка	177
7.4.2. Интраоперационная лучевая терапия операбельного рака желудка	183

7.5. Комбинированное лечение местно-распространенного рака желудка II–III стадий	185
7.5.1. Неоадьювантная химиотерапия в комбинированном лечении местно-распространенного рака желудка	187
7.5.2. Периоперационная химиотерапия рака желудка	199
7.5.3. Неоадьювантная и адьювантная химиолучевая терапия в комбинированном лечении местно-распространенного рака желудка	202
7.6. Лечение диссеминированного рака желудка IV стадии (с любым из показателей T и N, M1)	203
7.6.1. Лекарственная терапия диссеминированного рака желудка	204
7.6.2. Паллиативные операции при распространенном раке желудка (стадия IV)	215
Заключение	217
Литература	221

Глава 1

АНАТОМИЧЕСКОЕ И ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ЖЕЛУДКА. ПУТИ ЛИМФООТТОКА

Желудок — один из органов наиболее часто поражаемых злокачественными опухолями. Рак желудка (РЖ) характеризуется высоким метастатическим потенциалом, агрессивным течением, имеет многофакторную этиологию и обычно развивается на фоне длительно протекающего хронического гастрита. В настоящее время единственным способом лечения РЖ, которое может привести к полному излечению пациента, является радикальное хирургическое вмешательство. Но даже при том условии, что операция была выполнена в полном объеме, заболевание у значительной части больных прогрессирует, что определяет неблагоприятные результаты его лечения. Поэтому усилия онкологов по улучшению результатов лечения РЖ в настоящее время сосредоточились на повышении радикализма хирургического вмешательства и применении комбинированных методов лечения.

Сложность хирургического лечения также связана с различными вариантами клинического течения рака, поражающего разные топографо-анатомические отделы желудка, что определяется особенностями анатомического строения, синтопией и

своеобразием лимфодренажа в верхнем отделе брюшной полости. Фактор локализации рака в различных топографо-анатомических отделах желудка имеет важное значение при выборе объема оперативного вмешательства, что определяет необходимость знания хирургической анатомии и путей лимфодренажа из желудка.

1.1. Анатомическое строение и синтопия желудка

Желудок представляет собой мешковидное расширение пищеварительной трубки, расположенное в верхнем этаже брюшной полости. Верхней границей желудка является пищеводно-желудочное соединение, а дистальной границей — привратник. Привратник (*pylorus*) образован мышечным кольцом и контролирует пассаж химуса в двенадцатиперстную кишку. У места перехода пищевода в желудок выделяется небольшой участок, называемый кардией или кардиальным отделом, переходящий в нижележащий проксимальный отдел. Широкая часть желудка, лежащая влево от кардии и расположенная под диафрагмой, называется дном желудка.

Косой линией, проходящей через вырезку (*insisura angularis*), или угол желудка, на малой кривизне, орган делится на два основных отдела (рис. 1.1), отличных структурно и функционально. Влево от этой линии лежит основная часть, занимающая более 2/3 органа, — тело желудка. Вправо от угловой вырезки находится меньших размеров — пилороантральный отдел, занимающий дистальную треть желудка.

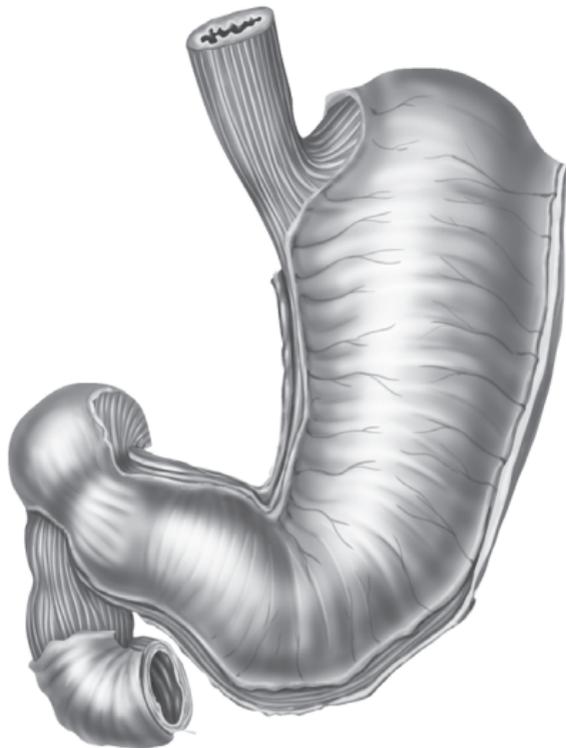


Рис. 1.1. Анатомическое строение желудка (по Синельникову)

Верхняя часть желудка граничит с диафрагмой и левой долей печени. Впереди от органа расположена брюшная стенка. Ниже желудка расположена поперечно-ободочная кишка с брыжейкой и большой сальник, слева от органа находится селезенка и селезеночный изгиб ободочной кишки, сзади расположена поджелудочная железа, а слева-сзади — левый надпочечник и почка. Такое «окружение» определяет возможность поражения соседних органов при местном распространении рака за пределы желудка. Так, раковые опухоли проксимального отдела желудка могут переходить на диафрагму, в ворота селезенки и хвост поджелудочной железы или левую долю печени. Опухоли средней и нижней трети, распространяющиеся из большой кривизны, могут прорасти в желудочно-ободочную связку и поперечно-ободочную кишку. Близость перечисленных органов также ограничивает поля облучения при лучевом лечении РЖ.

1.2. Функциональная морфология желудка

Изнутри желудок выстлан слизистой оболочкой, под которой лежат подслизистая основа, мышечный и серозный слои. Кроме того, дополнительно в мышечной оболочке выделяется субсерозный слой, в котором находится большое количество лимфатических сосудов. Злокачественные новообразования могут возникнуть в любом из перечисленных слоев желудка, чаще всего — в слизистой оболочке.