



**ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СОЮЗ ОБЩЕСТВЕННЫХ  
ОБЪЕДИНЕНИЙ  
АССОЦИАЦИЯ ОНКОЛОГОВ РОССИИ**

**Клинические рекомендации по диагностике и лечению  
больных раком желудка**

**Утверждено  
на Заседании правления Ассоциации онкологов России**

**Москва 2014**

**Коллектив авторов (в алфавитном порядке):**

**Бесова Н.С., Бяхов М.Ю., Горбунова В.А., Давыдов М.И., Давыдов М.М., Карселадзе А.И., Колобаев И.В., Кувшинов Ю.П., Малихова О.А, Неред С.Н., Стилиди И.С., Туркин И.Н., Трякин А.А.**

### **Определение, классификации, стадирование.**

Рак желудка – злокачественная опухоль, развивающаяся из эпителия слизистой оболочки желудка. Является одной из самых распространенных злокачественных опухолей человека, уступая лишь раку легких у мужчин и раку молочной железы у женщин. Ежегодно в РФ регистрируют около 39 тыс. новых случаев рака желудка и более 34 тыс. больных умирает от этого заболевания. Мужчины заболевают в 1,3 раза чаще женщин, пик заболеваемости приходится на возраст старше 70 лет.

### **Классификация МКБ-О**

C16 Злокачественное новообразование (ЗНО) желудка.

- C16.0 ЗНО кардии.
- C16.1 ЗНО дна желудка.
- C16.2 ЗНО тела желудка.
- C16.3 ЗНО преддверия привратника.
- C16.4 ЗНО привратника.
- C16.5 ЗНО малой кривизны желудка неуточнённой части.
- C16.8 ЗНО большой кривизны желудка неуточнённой части.
- C16.8 Поражение желудка, выходящее за пределы вышеуказанных областей.
- C16.9 ЗНО желудка неуточнённой локализации.

### **Международная гистологическая классификация (ВОЗ 2010)**

- Папиллярная аденокарцинома.
- Тубулярная аденокарцинома:
  - высокодифференцированная;
  - умеренно дифференцированная.
- Низкодифференцированная аденокарцинома.
- Муцинозная аденокарцинома.
- Перстневидноклеточная аденокарцинома.
- Железистоплоскоклеточный рак.
- Плоскоклеточный рак.
- Карциносаркома
- Хориокарцинома.
- Недифференцированный рак.
- Другие формы рака.

### **Гистологическая классификация рака желудка по Lauren (1965)**

- **Кишечный тип:** строение опухоли сходно с раком кишки. Характерны отчетливые железистые структуры, состоящие из высокодифференцированного цилиндрического эпителия с развитой щётчатой каёмкой.
- **Диффузный тип:** опухоль представлена слабо организованными группами или одиночными клетками с большим содержанием муцина (перстневидные клетки). Характерен диффузный инфильтративный рост.
- **Смешанный тип:** в опухоли присутствуют участки и кишечного, и диффузного типа.

### **Макроскопическая классификация рака желудка<sup>1</sup>**

#### **Ранний рак желудка ( $T_1N_{0-3}M_0$ )**

- **Тип 0 – поверхностные плоские опухоли**
  - Тип 0-I — возвышенный (высота опухоли в два и более раза превышает толщину слизистой оболочки).
  - Тип 0-II — поверхностный:

<sup>1</sup>Объединяет эндоскопическую классификацию раннего рака желудка Японского Эндоскопического Общества (Japanese Endoscopic Society) и классификацию рака желудка по Borjmann (1926)

- 0-IIa — приподнятый тип;
- 0-IIb — плоский тип;
- 0-IIc — углублённый.

Группы ЛУ	Локализация опухоли
-----------	---------------------

- Тип 0-III — изъязвлённый (язвенный дефект слизистой оболочки).

#### ***Распространенный рак желудка***

- Тип 1 – грибовидный или полиповидный.
- Тип 2 – язвенный с чётко очерченными краями (блюдообразный).
- Тип 3 – язвенно-инфильтративный.
- Тип 4 – диффузно-инфильтративный (*linitis plastica*).
- Тип 5 – неклассифицируемые опухоли.

#### **Японская классификация регионарных лимфатических узлов желудка. Объёмы лимфодиссекции.**

Стандартную анатомическую номенклатуру лимфатической системы желудка редко используют при лечении больных раком желудка, поскольку она не отражает последовательность лимфооттока и прогностическую роль метастатического поражения той или иной группы лимфатических узлов в зависимости от локализации опухоли в желудке. Кроме того, возникла необходимость систематизации объёмов вмешательства на лимфатической системе. Наиболее удачной с практической точки зрения является классификация Японской ассоциации по изучению рака желудка (Japanese Gastric Cancer Association, 1995). В настоящее время обозначение групп лимфатических узлов по номерам принято большинством хирургов-онкологов и рекомендовано международным сообществом для классификации объёмов лимфодиссекции при раке желудка (таблица 3). Принадлежность той или иной группы лимфатических узлов к 1; 2 или 3 этапу лимфооттока может меняться в зависимости от локализации опухоли в желудке.

	UML	L, LD	LM, M,ML	MU, UM	U	E
№ 1 — правые паракардиальные	1	2	1	1	1	
№ 2 — левые паракардиальные	1	M*	3	1	1	
№ 3 — малой кривизны	1	1	1	1	1	
№ 4sa — коротких желудочных сосудов	1	M	3	1	1	
№ 4sb — левые желудочно-сальниковые	1	3	1	1	1	
№ 4d — правые желудочно-сальниковые	1	1	1	1	2	
№ 5 — надпривратниковые	1	1	1	1	3	
№ 6 — подпривратниковые	1	1	1	1	3	
№ 7 — левой желудочной артерии	2	2	2	2	2	
№ 8a — общей печеночной артерии (передне-верхние)	2	2	2	2	2	
№ 8p — общей печеночной артерии (задние)	3	3	3	3	3	
№ 9 — чревного ствола	2	2	2	2	2	
№ 10 — ворот селезенки	2	M	3	1	1	
№ 11p — проксимального отдела селезеночной артерии	2	2	2	2	2	
№ 11d — дистального отдела селезеночной артерии	2	M	3	2	2	
№ 12a — левые гепатодуоденальные	2	2	2	2	3	
№ 12 b, p — задние гепатодуоденальные	3	3	3	3	3	
№ 13 — ретропанкреатические	3	3	3	M	M	
№ 14v — по ходу верхней брыжеечной вены	2	2	3	3	M	
№ 14a — по ходу верхней брыжеечной артерии	M	M	M	M	M	
№ 15 — средние ободочные	M	M	M	M	M	
№ 16a1 — ЛУ аортального отверстия диафрагмы	M	M	M	M	M	
№ 16a2,b1 — средние парааортальные	3	3	3	3	3	
№ 16b2 — нижние парааортальные	M	M	M	M	M	
№ 17 — передние панкреатические	M	M	M	M	M	
№ 18 — нижние панкреатические	M	M	M	M	M	
№ 19 — поддиафрагмальные	3	M	M	3	3	2
№ 20 — пищевого отверстия диафрагмы	3	M	M	3	3	1
№ 110 — нижние параэзофагеальные	M	M	M	M	M	3
№ 111 — наддиафрагмальные	M	M	M	M	M	3
№ 112 — задние медиастинальные ЛУ	M	M	M	M	M	3

(U – верхняя треть, M – средняя треть, L – нижняя треть желудка, D – переход на ДПК, E - распространение на пищевод)  
\*M — поражение лимфатических узлов классифицируется как отдаленные метастазы

Таблица 1

Принадлежность регионарных лимфатических узлов желудка к 1; 2 или 3 этапу лимфооттока в зависимости от локализации опухоли

В соответствии с вышеописанной классификацией определяют объемы лимфодиссекции при раке желудка:

- D<sub>0</sub> – отсутствие лимфодиссекции либо неполное удаление лимфатических узлов 1 этапа
- D<sub>1</sub> (стандартная лимфодиссекция) – удаление лимфатических узлов 1 этапа (группы 1-6)
- D<sub>2</sub> (расширенная лимфодиссекция) – удаление лимфатических узлов 1 и 2 этапов (перигастральные, лимфатические узлы по ходу ветвей чревного ствола и гепатодуоденальной связки, группы 1-11, 12a, 14v) \*
- D<sub>3</sub> (парааортальная лимфодиссекция) – удаление лимфатических узлов 1; 2 и 3 этапов

*Примечание*

\* - объем D<sub>2</sub> лимфодиссекции варьирует в зависимости от локализации опухоли в желудке и типа хирургического вмешательства (дистальная или проксимальная субтотальная резекция, гастрэктомия);

- при раннем раке желудка допускается неполное удаление лимфатических узлов 2 этапа, так называемая лимфодиссекция D<sub>1+</sub> (см. хирургическое лечение раннего рака желудка).

\*\* - удаление 13; 14a; 15 групп ЛУ не входит в объем D<sub>3</sub>-лимфодиссекции в связи с крайне неблагоприятным прогнозом при их метастатическом поражении

- согласно TNM-классификации UICC поражение лимфатических узлов 3 порядка классифицируется как M<sub>1</sub>.

Стадирование рака желудка по системе TNM (2009)

Опухоли, распространяющиеся на пищевод, центр которых расположен не более 5 см от кардио-эзофагеального перехода, классифицируются и стадируются по системе TNM, используя схему для рака пищевода.

Для опухолей остальных локализаций действует следующая классификация.

**T –первичная опухоль (глубина инвазии стенки желудка)**

T <sub>x</sub>	Первичная опухоль не может быть оценена
T <sub>0</sub>	Данных о наличии первичной опухоли не выявлено
T <sub>is</sub>	Карцинома insitu (опухоль в пределах слизистой без инвазии собственной пластинки)\ Тяжелая дисплазия
T <sub>1</sub>	Собственная пластинка или мышечная пластинка слизистой оболочки, подслизистый слой
T <sub>1a</sub>	Собственная пластинка или мышечная пластинка слизистой оболочки
T <sub>1b</sub>	Подслизистый слой
T <sub>2</sub>	Мышечный слой
T <sub>3</sub>	Субсероза без инвазии в висцеральную брюшину или прилежащие структуры; также к опухолям этой группы относятся опухоли с инвазией желудочно-ободочной и желудочно-печеночной связки, большого и малого сальников без поражения висцеральной брюшины
T <sub>4</sub>	Серозная оболочка (висцеральная брюшина) или соседние структуры
T <sub>4a</sub>	Серозная оболочка (висцеральная брюшина)
T <sub>4b</sub>	Соседние структуры, такие как селезенка, поперечная ободочная кишка, печень, диафрагма, поджелудочная железа, передняя брюшная стенка, надпочечник, почка, тонкая кишка, забрюшинное пространство.

**N –лимфатические узлы, пораженные метастазами**

N <sub>x</sub>	Регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены
N <sub>0</sub>	Нет метастазов в регионарных лимфатических узлах
N <sub>1</sub>	От 1 до 2 пораженных лимфатических узлов
N <sub>2</sub>	От 3 до 6 пораженных лимфатических узлов
N <sub>3</sub>	7 и более пораженных лимфатических узлов

N<sub>3a</sub> Метастазы в 7-15 регионарных ЛУ  
 N<sub>3b</sub> Метастазы в 16 и более регионарных ЛУ

Для определения символа N необходимо исследовать не менее 16 удаленных лимфатических узлов

**М - отдаленные метастазы**

M <sub>0</sub>	Нет отдаленных метастазов
M <sub>1</sub>	Наличие отдаленных метастазов

**Группировка по стадиям**

Стадия 0	T <sub>is</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
Стадия IA	T <sub>1</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
Стадия IB	T <sub>2</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>1</sub>	N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
Стадия IIA	T <sub>3</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>2</sub>	N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
Стадия IIB	T <sub>1</sub>	N <sub>2</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>4a</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>3</sub>	N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
Стадия IIIA	T <sub>2</sub>	N <sub>2</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>1</sub>	N <sub>3</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>4a</sub>	N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
Стадия IIIB	T <sub>3</sub>	N <sub>2</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>2</sub>	N <sub>3</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>4b</sub>	N <sub>0, N<sub>1</sub></sub>	M <sub>0</sub>
Стадия IIIC	T <sub>4a</sub>	N <sub>2</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>3</sub>	N <sub>3</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>4b</sub>	N <sub>2, N<sub>3</sub></sub>	M <sub>0</sub>
Стадия IV	Любое T	Любое N	M <sub>1</sub>

**3. Обследование больных**

Необходимый минимум обследования для постановки диагноза, определения клинической стадии и выработки лечебного плана должен включать в себя следующие процедуры:

- Анамнез и физикальный осмотр.
- Осмотр гинекологом у женщин и пальцевое ректальное исследование у мужчин.
- Эндоскопия верхних отделов ЖКТ с биопсией.
- Гистологическое, цитологическое исследование биопсийного материала.
- Рентгенография желудка.
- УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза либо КТ с пероральным и внутривенным контрастированием\*.
- Рентгенография органов грудной клетки.

- Эндосонография (обязательна при планировании эндоскопического лечения или распространении опухоли на кардию и пищевод для объективной оценки уровня верхней границы поражения).
- УЗИ шейно-надключичных областей.
- Развернутый клинический и биохимический анализы крови.
- ЭКГ.
- Онкомаркеры РЭА, СА 72-4, Са 19.9
- Анализ биоптата опухоли на HER2-пеп, если диагностированы или заподозрены отдаленные метастазы.
- Колоноскопия.

\* На практике данные исследования могут быть отчасти заменены комплексным УЗИ органов брюшной полости и рентгенографией грудной клетки в двух проекциях у пациентов с небольшой местной распространенностью опухолевого процесса (С).

Дополнительные исследования, выполняемые при наличии клинических показаний:

- Биопсия метастазов под контролем УЗИ/КТ.
- Остеосцинтиграфия.
- Стернальная пункция или трепанобиопсия подвздошной кости (при подозрении на метастатическое поражение костного мозга).
- Лапароскопия (желательна всем пациентам, у которых с учетом размеров опухоли, данных ЭГДС, эндоУЗИ предполагается прорастание опухолью серозной оболочки, и обязательна у больных с тотальным и субтотальным поражением желудка).
- ПЭТ-КТ.

При подготовке к хирургическому лечению с целью оценки функционального статуса по показаниям проводят дополнительные функциональные тесты: эхокардиографию, холтеровское мониторирование, исследование ФВД, УЗДГ сосудов (вен нижних конечностей), исследование свёртывающей системы крови, анализы мочи, консультации врачей-специалистов (кардиолога, эндокринолога, невропатолога и т.п.).

#### **Рекомендации по инструментальному обследованию**

**Эндоскопическое исследование пищевода, желудка и ДПК** (с биопсией различных участков опухоли и подозрительных на злокачественные участков слизистой оболочки желудка – наиболее информативный метод исследования для диагностики рака желудка, позволяющий непосредственно визуализировать опухоль, определить её размеры, локализацию и макроскопический тип, оценить угрозу осложнений (кровотечение, перфорация), а также получить материал для морфологического исследования.

Чувствительность и специфичность ЭГДС при раке желудка превышает 90% (**Пб**). Для получения достаточного количества материала требуется выполнение 6-8 биопсий стандартными эндоскопическими щипцами (**В**). При подслизистом инфильтративном росте опухоли возможен ложноотрицательный результат биопсии, что требует повторной глубокой биопсии. Эффективность метода возрастает при использовании современных технологий эндоскопической визуализации (увеличительной эндоскопии, NBI, хромозендоскопии, флуоресцентной диагностики)

**Эндоскопическое УЗИ (эндосонография)**, выполняемое до начала лечения, позволяет с высокой достоверностью определить глубину инвазии опухоли (Т-стадия) и наличие патологически измененных или увеличенных вовлеченных лимфоузлов (N-стадия), также прорастание опухоли в соседние структуры (**Пб**). Данный метод имеет особое значение при раннем раке желудка (**В**), когда точное определение глубины инвазии и распространенности процесса позволяет планировать органосохранное лечение (эндоскопическая резекция).

**Полипозиционное рентгеноконтрастное исследование** позволяет определить локализацию и протяженность опухолевого поражения, выявить распространение на пищевод и двенадцатиперстную кишку, оценить выраженность стеноза. Рентгенологическое исследование обладает высокой эффективностью при диффузно-инфильтративном раке



желудка, когда из-за подслизистого роста результаты биопсии могут быть отрицательными. Выполнение рентгенографии при раннем раке желудка нецелесообразно ввиду низкой информативности **(В)**.

**Трансабдоминальное УЗИ** позволяет с высокой достоверностью выявлять метастатическое поражение печени, увеличение перигастральных и забрюшинных лимфатических узлов, яичников, асцит, а также прорастание опухоли за пределы стенки органа и вовлечение соседних структур **(С)**. Достоинства метода – неинвазивный характер, простота и доступность исследования, а основные недостатки – влияние субъективных и объективных факторов на точность получаемых сведений (особенности телосложения больного, подготовленность к исследованию, технические характеристики аппаратуры и опыт врача).

**КТ органов и брюшной полости и грудной клетки** – основной метод уточняющей диагностики при злокачественных опухолях желудка, позволяющий с высокой достоверностью выявлять отдаленные метастазы. КТ брюшной полости, в отличие от УЗИ, не требует подготовки и не зависит от особенностей телосложения пациента, а возможность документирования полученных данных позволяет многократно пересматривать и интерпретировать результаты различными специалистами. Недостатки метода: высокая стоимость, лучевая нагрузка, низкая информативность при оценке глубины инвазии и состояния лимфатических узлов. Общая точность метода при установлении стадии заболевания составляет 53% **(Ib)**.

**Выбор метода лечения с учетом стадии заболевания. Прогностические группы**

Основным методом радикального лечения больных раком желудка является хирургическое вмешательство, дополняемое в ряде случаев консервативной противоопухолевой терапией (см. ниже). Выбор лечебной тактики определяется распространенностью опухолевого процесса (стадией). Условно все больные могут быть разделены на три прогностические группы:

1. Ранний рак желудка 0-IA стадии. Особенность данной группы – благоприятный прогноз (5-летняя выживаемость более 90%) и возможность применения органосохранных и функционально-щадящих способов лечения (эндоскопическая резекция слизистой, экономные резекции желудка) **(Ib)**.
2. Резектабельный местнораспространенный рак желудка IB–III стадий. Все больные данной группы подлежат радикальному хирургическому или комбинированному лечению. Прогноз существенно различается в зависимости от стадии заболевания.
3. Нерезектабельный и генерализованный рак желудка:
  - рак желудка IV стадии (M<sub>1</sub>);
  - нерезектабельный местнораспространенный рак желудка;
  - рак желудка на фоне тяжелой сопутствующей патологии (функционально неоперабельный).

Больные данной группы подлежат паллиативному лекарственному лечению либо симптоматической терапии.

Выбор лечебной тактики осуществляется на **мультидисциплинарном консилиуме** с участием хирурга, химиотерапевта, эндоскописта, анестезиолога на основании результатов дооперационного обследования с определением клинической стадии заболевания и функционального состояния больного.

Все больные резектабельным местнораспространенным раком желудка подлежат выполнению диагностической лапароскопии для исключения канцероматоза брюшины **(А)**. При отсутствии видимых метастазов производится забор смывов с брюшины с последующим цитологическим исследованием полученного материала. Лапароскопия не показана при раннем раке желудка, а также при наличии urgentных осложнений, требующих неотложной операции **(В)**.

После выполнения хирургического этапа дальнейшая лечебная тактика определяется результатом операции (радикальность, объем лимфодиссекции) и окончательной стадией

заболевания (pTNM).

## **Рекомендации по лечению больных**

### **1. Эндоскопическое лечение раннего рака желудка**

Важной клинической особенностью раннего рака желудка является низкая частота лимфогенного метастазирования. Общая частота поражения регионарных лимфатических узлов при опухолях категории T<sub>1</sub> не превышает 10–15%. При инвазии в пределах слизистого слоя этот показатель составляет около 3%, а при вовлечении подслизистого достигает 20%. При сочетании таких признаков как инвазия в пределах слизистой оболочки, размеры опухоли до 2 см, I, Pa–b тип (см. выше), высокая или умеренная степень дифференцировки, метастазы в лимфатических узлах практически не встречаются (**IB**). Однако даже при опухолях большей протяженности и инвазии подслизистого слоя поражение лимфатических узлов, как правило, ограничивается одним лимфатическим бассейном, при этом метастазирование в лимфатические узлы второго порядка наблюдается крайне редко, что позволяет выполнять экономные резекции желудка с ограниченным объемом вмешательства на лимфатических путях.

Критерии отбора больных для эндоскопической резекции слизистой оболочки (**A**):

- инвазия в пределах слизистой оболочки (включая рак *in situ*; T<sub>1a</sub>);
- аденокарцинома высокой или умеренной степени дифференцировки;
- I, Pa–b тип опухоли размером до 2 см без изъязвления;
- отсутствие клинически определяемых (эндоУЗИ, РКТ) метастазов в регионарные лимфоузлы;
- отсутствие лимфоваскулярной инвазии.

Показания к эндоскопическому лечению могут быть расширены у больных с высоким риском хирургического вмешательства.

При планировании эндоскопического лечения всем больным выполняют комплексное эндоскопическое обследование с использованием современных методик (РКТ, увеличительная эндоскопия, NBI, хромоэндоскопия, эндосонография) для оценки глубины инвазии и определения истинных границ поражения, включая очаги тяжелой дисплазии.

#### **Варианты эндоскопического лечения:**

- Эндоскопическая резекция слизистой (EMR);
- Эндоскопическая резекция слизистой с диссекцией подслизистого слоя (ESD) – позволяет выполнять резекцию *en bloc* при опухолях большей протяженности и более радикально иссекать подслизистый слой;

Наиболее частые осложнения эндоскопического лечения – кровотечение и перфорация, поэтому больной должен быть подготовлен к эндоскопической резекции слизистой как к открытой операции. В большинстве случаев кровотечение удается оставить с помощью эндоскопических методов гемостаза. После операции назначают ингибиторы протонной помпы до полного рубцевания образовавшегося дефекта слизистой (**B**).

Удаленный фрагмент слизистой оболочки подвергают плановому гистологическому исследованию. При обнаружении инвазии опухоли в подслизистый слой, опухолевых клеток по краю резекции, выявлении низкодифференцированных форм или наличии лимфовенозной инвазии показано хирургическое лечение (**B**).

#### **Хирургическое лечение**

При отсутствии общих противопоказаний к операции показано хирургическое вмешательство, дополненное по показаниям консервативной противоопухолевой терапией (см. адьювантная терапия).

**Абсолютные онкологические противопоказания** при раке желудка – наличие отдаленных метастазов. Операцию в этих случаях выполняют только по витальным показаниям больным с осложненным течением опухолевого процесса (перфорация, кровотечение, стеноз) в резекционном объеме, лимфодиссекция не показана (**A**).

**Относительные противопоказания:** изолированное метастатическое поражение яичников.

При непосредственном распространении опухоли на соседние органы и анатомические структуры (печень, поджелудочную железу, ободочную кишку, диафрагму) выполняют комбинированные операции.

### **Диагностическая лапароскопия**

При отсутствии противопоказаний операцию начинают с диагностической лапароскопии, в ходе которой оценивают наличие канцероматоза брюшины, метастазов в яичники, печень, распространенность первичной опухоли. Обязательно осуществляют забор смывов с брюшины для цитологического исследования на предмет наличия свободных опухолевых клеток. Эффективность метода повышается при использовании флуоресцентной диагностики и лапароскопического УЗИ. При обнаружении диссеминации, отдаленных метастазов, признаков нерезектабельности, операцию завершают на этапе лапароскопии с пересмотром лечебного плана.

**Планирование и реализация** хирургического лечения при раке желудка включает несколько этапов: выбор оперативного доступа, выбор объёма операции на органе, вмешательство на лимфатических путях (лимфодиссекция), выбор способа реконструкции.

**Выбор оперативного доступа** зависит от уровня распространения опухоли на пищевод и функционального состояния больного (С).

- При раке желудка без вовлечения кардиоэзофагеального перехода и пищевода операцию выполняют из срединного лапаротомного доступа.
- При ограниченных опухолях, вовлекающих розетку кардии и переходящих на дистальный отдел пищевода, может использоваться тораколапаротомный доступ слева либо широкая диафрагмотомия из лапаротомного доступа.
- При раке с тотальным поражением желудка и переходом на пищевод или раке тела, распространившимся на проксимальный отдел желудка и пищевод, комбинированный абдоиноторакальный доступ не улучшает отдаленные результаты в связи с ранним лимфогенным метастазированием в брюшной полости. В этих случаях рекомендуется абдоино-медиастинальный доступ (в ряде случаев, при высоком пересечении пищевода, с целью безопасного формирования пищеводно-кишечного соустья, возможно применение торакотомии слева по VI межреберью).

### **Выбор объёма операции на желудке.**

Основные радикальные операции при раке желудка — гастрэктомия, субтотальная дистальная и субтотальная проксимальная резекции желудка.

Объём радикальной операции по поводу рака желудка должен включать:

- удаление единым блоком поражённого желудка (или соответствующей его части) с обоими сальниками, клетчаткой и лимфатическими узлами регионарных зон;
- пересечение органа на расстоянии не менее 5 см от макроскопически определяемого края опухоли с отграниченным (типы I-II по Borrmann) типом роста и не менее 6-7 см при раке язвенно-инфильтративного и диффузного типов (типы III-IV по Borrmann).

Для подтверждения радикальности операции выполняют срочное морфологическое исследование краёв резекции по линии пересечения органов.

**Дистальная субтотальная резекция желудка (ДСРЖ)** показана при раке антрального отдела желудка при отсутствии очагов тяжёлой дисплазии и рака *in situ* в остающейся части желудка (С). Допустимо выполнение дистальной субтотальной резекции у больных с низкими функциональными резервами при распространении опухоли на нижнюю треть тела желудка, если она имеет экзофитную или смешанную формы роста (I-II типы по Borrmann);

Лимфатические узлы, не удаляемые при данной операции (левые паракардиальные, узлы в воротах селезёнки), при раке нижней трети желудка поражаются крайне редко (IV).

**Проксимальная субтотальная резекция желудка (ПСРЖ)** показана при раке кардиоэзофагеального перехода, а также при небольших опухолях верхней трети желудка экзофитной или смешанной формы роста (С).

**Гастрэктомия (ГЭ)** – полное удаление желудка с регионарными лимфатическими

узлами – показана во всех остальных случаях. При резектабельном раке желудка типа *linitis plastica*, недифференцированных формах рака, синдроме наследственного рака желудка диффузного типа выполняют только гастрэктомию (**B**).

### **Лимфодиссекция**

Поражение регионарных лимфатических узлов при раке желудка – один из ведущих прогностических факторов. Общая частота лимфогенного метастазирования при раке желудка достигает 47,7% и напрямую зависит от глубины инвазии. При опухолях T<sub>1</sub> частота поражения лимфатических узлов не превышает 10–15%, а при опухолях категории T<sub>4b</sub> достигает 90%. Наиболее часто при раке желудка поражаются лимфатические узлы 1 и 2 порядка (№ 1–11) – 15,7 и 20,3% соответственно (**IB**).

Стандартным объемом вмешательства на лимфатической системе при раке желудка в настоящее время считают удаление лимфатических узлов 1 и 2 порядка (расширенная лимфодиссекция D2).

Рутинное выполнение парааортальной лимфаденэктомии (D<sub>3</sub>) нецелесообразно (**A**), поскольку она не улучшает выживаемость больных и сопровождается большей частотой осложнений (**IA**).

Выполнение во всех случаях спленэктомии при раке желудка в настоящее время признано нецелесообразным (**A**), поскольку не оказывает влияния на прогноз и повышает частоту осложнений и летальность (**IA**).

Показания к спленэктомии (**C**):

- непосредственное распространение опухоли на селезёнку;
- локализация T<sub>3-4</sub> опухоли на задней стенке и большой кривизне верхней трети тела желудка;
- интраоперационная травма;
- наличие определяемых метастазов в лимфатических узлах ворот селезёнки
- инвазия опухоли хвоста поджелудочной железы и селезеночных сосудов.

### **Выбор способа реконструкции**

Оптимальный вариант реконструкции после гастрэктомии и дистальной субтотальной резекции желудка – Y-образная реконструкция по Ру (**A**). Тощую кишку пересекают на расстоянии 25–30 см от связки Трейтца, а межкишечный анастомоз формируют на расстоянии не менее 40 см от пищеводно-кишечного. Отводящую кишку располагают впередиободочно. Формирование тонкокишечного резервуара (*J-pouch*) снижает частоту демпинг-синдрома, улучшает качество жизни (большой объем принимаемой пищи) и может использоваться у больных с благоприятным прогнозом. При операциях у пациентов с III-IV стадиями заболевания и паллиативных вмешательствах показан наиболее простой и надежный способ реконструкции – пищеводно-кишечный анастомоз на непересеченной петле тощей кишки.

### **Хирургическое лечение при раннем раке желудка**

При раннем раке желудка, не соответствующим критериям отбора для эндоскопического лечения (подслизистая инвазия, большая протяженность, низкодифференцированные формы, изъязвленные опухоли), показано хирургическое вмешательство (**A**). Стандартный объем операции при лечении раннего рака аналогичен более распространенным формам и включает субтотальную резекцию желудка или гастрэктомию с лимфаденэктомией. Учитывая низкую частоту поражения лимфатических узлов второго порядка, согласно рекомендациям Японской ассоциации по раку желудка (**A**) адекватным и достаточным объемом лимфаденэктомии при опухолях T<sub>1</sub> является удаление перигастральных лимфатических узлов, а также лимфатических узлов №7; 8a; 9 (лимфаденэктомия D1<sup>+</sup>).

Лапароскопическая дистальная субтотальная резекция при раннем раке желудка обеспечивает лучшие непосредственные результаты и не ухудшает прогноз (**IA**).

Аналогичные результаты получены и в отношении лапароскопической гастрэктомии (**IB**). Лапароскопические операции при раннем раке желудка могут быть рекомендованы как

стандартный вариант хирургического лечения наряду с обычными открытыми вмешательствами (А).

### **Комбинированное лечение**

На протяжении длительного времени у больных резектабельным раком желудка, перенесших радикальное хирургическое вмешательство в объеме R<sub>0</sub> с лимфаденэктомией D<sub>2</sub>, была принята тактика строгого динамического наблюдения. В последние годы появились данные, свидетельствующие о возможном улучшении результатов лечения при дополнении чисто хирургического компонента консервативной противоопухолевой терапией.

### **Адьювантная химиотерапия**

При раке желудка pT<sub>2-4</sub>N<sub>1-3</sub>M<sub>0</sub> (1b, А) может быть назначена адьювантная химиотерапия, являющаяся стандартом в странах Азиатского региона.

В рандомизированных исследованиях показано, что назначение после хирургического лечения с D<sub>2</sub>-лимфодиссекцией перорального фторпиримидина S1 в течение 12 мес. при II-III стадиях рака желудка привело к достоверному улучшению 3-летней ОВ с 70,1 до 80,1%, а назначение после операции режима XELOX на протяжении 6 мес – (1b) к увеличению 3-летней БРВ с 59 до 74% (p<0,0001) при всех стадиях распространенности: II, IIIA, IIIB (1b).

Адьювантную химиотерапию по схемам XELOX (CAPOX) (А) начинают через 4-6 недель после операции при отсутствии тяжелых осложнений и после нормализации клинико-лабораторных показателей. Продолжительность адьювантной химиотерапии составляет 6 месяцев.

Роль трастузумаба в адьювантной терапии HER2<sup>+</sup> рака желудка изучается.

### **Периоперационная химиотерапия**

Возможна при опухоли pT<sub>2-4</sub>N<sub>1-3</sub> (1b, А).

Проводят 3 курса полихимиотерапии режимами CF, ECF, ECX или EOX, далее, при отсутствии признаков нерезектабельности, выполняют операцию, после которой назначают еще 3 цикла аналогичной химиотерапии (суммарно 6 циклов).

Эффективность периоперационной химиотерапии у больных раком желудка была впервые показана в исследовании MAGIC (n=503), которое включало также больных с резектабельным кардиоэзофагеальным раком и аденокарциномой пищевода. Проведение комбинированного лечения позволило улучшить не только 5-летнюю БРВ, но и ОВ (1b).

В схожем французском исследовании периоперационная химиотерапия по программе CF привела к достоверному увеличению 5-летней выживаемости: безрецидивной – с 19% до 34%, общей - с 24 до 38% (p=0,02) (1b).

Результаты этих исследований позволяют говорить о том, что периоперационная химиотерапия может являться альтернативной послеоперационной химиолучевой терапии при операбельном раке желудка при лимфодиссекции D<sub>0-1</sub>. Целесообразность дополнительного к хирургическому лечению при лимфодиссекции D<sub>2</sub> остается спорной.

В настоящее время периоперационная химиотерапия включена в стандарты лечения больных операбельным раком желудка во многих европейских странах (А), при этом назначение адьювантной химиотерапии больным, не получавшим химиотерапию на предоперационном этапе, стандартом не является.

### **Послеоперационная химиолучевая терапия**

В США в качестве стандарта адьювантного лечения принята химиолучевая терапия (1b, А).

Лечение сопровождалось высокой токсичностью 3 и 4 степени. Результаты 10-летнего наблюдения выявили улучшение безрецидивной (HR=1,51; p<0,001) и общей (HR=1,32; p=0,004) выживаемости при дополнении хирургического лечения химиолучевым вне зависимости от пола, расы, значения T и N, локализации опухоли (проксимальная или другие), индекса Маруямы, исключение составил диффузный подтип рака желудка (p=0,08).

**Лекарственная терапия местно-распространенного нерезектабельного и диссеминированной аденокарциномы желудка и пищеводно-желудочного соустья (ПЖС)**

### **Принципы системной химиотерапии**

- режимы химиотерапии, рекомендуемые для лечения аденокарциномы желудка и ПЖС, являются равноэффективными и взаимозаменяемыми;
- при выборе режима лекарственной терапии необходимо учитывать общее состояние больного, количество и тяжесть сопутствующих заболеваний, токсический профиль режимов, а также HER2-статус опухоли;
- трехкомпонентные режимы химиотерапии могут быть назначены сохранным больным в удовлетворительном общем состоянии (ECOG=0-1), не обремененным сопутствующими заболеваниями, без нарушения функции внутренних органов, обязательным условием является возможность еженедельного мониторинга побочных эффектов и своевременное назначение сопроводительной терапии;
- при наличии индивидуальных противопоказаний для назначения режимов 1 уровня достоверности предпочтительно использование равноэффективных комбинаций, обладающих более благоприятным токсическим профилем из разряда модификаций режимов 1 категории или комбинаций 2А - 2В категории;
- необходимо соблюдение рекомендованных доз, режимов и продолжительности введения препаратов, составляющих комбинацию, с необходимой коррекцией их в процессе лечения;
- допускается назначение альтернативных комбинаций и режимов противоопухолевых препаратов с учетом доступности лекарств, практических предпочтений и противопоказаний;
- предпочтительно инфузионное, а не струйное назначение 5-ФУ;
- эквивалентом инфузионному введению 5-ФУ является капецитабин;
- цисплатин и оксалиплатин являются взаимозаменяемыми препаратами, выбор препарата осуществляется на основе токсического профиля;
- для операбельных форм рака желудка и ПЖС предпочтителен мультидисциплинарный подход

### **Режимы комбинированной химиотерапии первой линии**

#### **Трехкомпонентные**

##### **ECF (1a, A)**

*Эпирубицин 50 мг/м<sup>2</sup> (или доксорубицин 40 мг/м<sup>2</sup>) в/в струйно в день 1 +*

*Цисплатин 60 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно в день 1 на фоне гипергидратации и антиэметиков + 5-ФУ по 200 мг/м<sup>2</sup>/сут x 24 часа в/в инфузия с 1 по 21 дни*

*Повтор каждые 3 недели*

##### **Модификации ECF(1b, A)**

##### **EOF**

*Эпирубицин 50 мг/м<sup>2</sup> (или доксорубицин 40 мг/м<sup>2</sup>) в/в струйно в день 1 +*

*Оксалиплатин 130 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно в день 1 +*

*5-ФУ ежедневно по 200 мг/м<sup>2</sup>/сут 24-часовая в/в инфузия с 1 по 21 дни*

*Повтор каждые 3 недели*

##### **ЕСХ**

*эпирубицин 50 мг/м<sup>2</sup> (или доксорубицин 40 мг/м<sup>2</sup>) в/в струйно в день 1 +*

*Цисплатин 60 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно в день 1 на фоне гипергидратации и антиэметиков + капецитабин по 625 мг/м<sup>2</sup> x 2 р/сут внутрь с 1 по 21 дни*

*Повтор каждые 3 недели*

##### **ЕОХ**

*эпирубицин 50 мг/м<sup>2</sup> (или доксорубицин 40 мг/м<sup>2</sup>) в/в струйно в день 1 +*

*оксалиплатин 130 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно в день 1 +*

*капецитабин по 625 мг/м<sup>2</sup> x 2 р/сут внутрь с 1 по 21 дни*

*Повтор каждые 3 недели*

##### **DCF (1b, A)**

*Доцетаксел 75 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно в день 1 +*

*Цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно на фоне гипергидратации и антиэметиков в день 1 +*

5-фторурацил по 750 мг/м<sup>2</sup> в сутки x24-часовая инфузия в дни 1–5

Повтор каждые 3 недели.

### **DCF (модификация)**

Доцетаксел 50 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно в день 1 +

Оксаплатин 85мг/м<sup>2</sup> в день 1 +

Лейковорин 200мг/м<sup>2</sup> 2-часа в/в инфузия в день 1 +

5-ФУ 400 мг/м<sup>2</sup> в/в струйно +5-ФУ 2400мг/м<sup>2</sup> x в/в инфузия 46 часов в день 1-2

Повтор каждые 2 недели

## **Двухкомпонентные режимы**

### **CF, PF (1b, A)**

Цисплатин 100 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно в день 1 на фоне гипергидратации и антиэметиков +  
5-ФУ по 1000 мг/м<sup>2</sup>/сут 24-часовая в/в инфузия в 1–5-й день.

Повтор каждые 4 недели.

### **IF (1b, A)**

Иринотекан 80 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно в день 1 x1 раз в неделю в течение 6 недель +

Лейковорин по 500 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно 2 часа в 1 день 1 раз в неделю в течение 6 недель +

5-фторурацил 2000 мг/м<sup>2</sup> в/в инфузия 22 часа в 1 день 1 раз в неделю в течение 6 недель

Повтор каждые 8 недель.

### **FOLFIRI (2B)**

Иринотекан 180мг/м<sup>2</sup> в 1 день +

Лейковорин 400мг/м<sup>2</sup> 2-часа в/в инфузия в 1 день +

5-ФУ 400мг/м<sup>2</sup> в/в струйно +5-ФУ 2000-2600мг/м<sup>2</sup> x 48 час в/в инфузия 1день

Повтор каждые 2 недели

### **XP (1b, A)**

Капецитабин по 1000мг/м<sup>2</sup> x 2 раза в день внутрь с 1 по 14 дни цикла или с вечера первого дня по утро 15 дня цикла +

Цисплатин 80 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно на фоне гипергидратации и антиэметиков в 1 день.

Повтор каждые 3 недели.

### **XELOX (CAPOX)(1b, A)**

Капецитабин по 1000мг/м<sup>2</sup> x 2 раза в день внутрь с 1 по 14 дни цикла или с вечера первого дня по утро 15 дня цикла +

Оксаплатин 100-130 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно в 1 день.

Повтор каждые 3 недели.

### **FOLFOX4 (2B)**

Оксаплатин 85 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно в 1 день +

Лейковорин 200мг/м<sup>2</sup> в/в капельно x 2 часа в 1 и 2 дни +

5-ФУ 400мг/м<sup>2</sup> в/в струйно +5-ФУ 600мг/м<sup>2</sup> x 22 часа в/в инфузия в 1 и 2 дни

Повтор каждые 2 недели

### **FOLFOX6 (2B)**

Оксаплатин 85-100 мг/м<sup>2</sup> в день 1 +

Лейковорин 200 мг/м<sup>2</sup> 2-часа в/в инфузия в день 1 +

5-ФУ 400 мг/м<sup>2</sup> в/в струйно +5-ФУ 2400мг/м<sup>2</sup> x в/в инфузия 46 часов в день 1-2

Повтор каждые 2 недели

### **T-XP (1b, A)** (только при наличии гиперэкспрессии/амплификации HER-2 в опухоли)

Трастузумаб (Герцептин) 8 мг/кг в 1 день первого курса, затем по 6 мг/кг в 1 день +

Капецитабин по 1000мг/м<sup>2</sup> x 2 раза в день внутрь с 1го по 14 дни цикла или с вечера первого дня по утро 15 дня цикла +

Цисплатин 80 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно в 1 день на фоне гипергидратации и антиэметиков.

*Повтор каждые 3 недели.*

### **Другие комбинированные режимы (неоптимальные) (2В)**

#### **ELF**

*Этопозид по 120 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно в дни 1—3 +*

*Лейковорин по 50 мг в/в струйно в 1—3 дни +*

*5-ФУ по 500 мг/м<sup>2</sup> в/в струйно в 1—3 дни.*

*Повтор каждые 3-4 нед.*

#### **ЕАР**

*Этопозид по 120 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно 1 р/сут в дни 4—6 +*

*Доксорубицин по 20 мг/м<sup>2</sup> в/в струйно в дни 1 и 7 +*

*Цисплатин по 40 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно во 2 и 8 день на фоне гипергидратации и антиэметиков.*

*Повтор каждые 3-4 нед.*

#### **Монохимиотерапия (1а) первой линии**

- *5-фторурацил: по 800 мг/м<sup>2</sup>/сут x 24 часа в 1—5 дни каждые 3—4 недели*
- *Лейковорин 200 мг/м<sup>2</sup> 2-часа в/в инфузия в день 1 + 5-ФУ 400 мг/м<sup>2</sup> в/в струйно + 5-ФУ 2400 мг/м<sup>2</sup> x в/в инфузия 46 часов в день 1-2*  
*Повтор каждые 2 недели*
- *Капецитабин: по 2500 мг/м<sup>2</sup>/сут, р.о. (в 2 приема) с 1 по 14 дни, каждые 3 недели*
- *Иринотекан по 150-180 мг/м<sup>2</sup> 1 раз в 2 недели*
- *Иринотекан по 250-350 мг/м<sup>2</sup> 1 раз в 3 недели*
- *Доцетаксел по 60-75-100 мг/м<sup>2</sup> 1 раз в 3 недели*
- *Паклитаксел по 80 мг/м<sup>2</sup> в 1; 8; 15 дни каждые 4 недели*
- *Паклитаксел по 135-175 мг/м<sup>2</sup> 1 раз в 3 недели*

#### **Химиотерапия второй линии (2В)**

##### **Монотерапия**

*Иринотекан по 150-180 мг/м<sup>2</sup> 1 раз в 2 недели*

*Иринотекан по 250-300 мг/м<sup>2</sup> 1 раз в 3 недели*

*Доцетаксел по 60-75 мг/м<sup>2</sup> 1 раз в 3 недели*

*Паклитаксел по 80 мг/м<sup>2</sup> в 1; 8; 15 дни каждые 4 недели*

*Паклитаксел по 135-175 мг/м<sup>2</sup> 1 раз в 3 недели*

##### **Комбинированные режимы**

#### **ELF**

*Этопозид по 120 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно в дни 1—3 +*

*Лейковорин по 50 мг в/в струйно в дни 1—3 +*

*5-ФУ по 500 мг/м<sup>2</sup> в/в струйно в дни 1—3*

*Каждые 3-4 недели*

#### **XELIRI**

*Иринотекан 200-250 мг/м<sup>2</sup> в день 1 +*

*Капецитабин по 1000 мг/м<sup>2</sup> x 2 раза в день внутрь с 1 по 14 дни цикла или с вечера первого дня по утрам 15 дня цикла*

*Повтор каждые 3 недели*

##### **Митомицин + иринотекан**

*Митомицин 6 мг/м<sup>2</sup> в/в в день 1 +*

*Иринотекан 125 мг/м<sup>2</sup> в 1 и 8 дни*

*Повтор каждые 3 недели*

##### **Комментарии**

Основным методом лечения диссеминированного рака желудка является лекарственный.

##### **Лекарственная терапия первой линии**



В первой линии лечения диссеминированного РЖ предпочтительно использование комбинированной ХТ, которая по сравнению с монотерапией достоверно улучшает показатели выживаемости больных (**1a, A**). Стандартом ХТ первой линии при диссеминированном РЖ является комбинация производных платины с фторпиримидинами (**A**), т.е. режимы CF, CX, XELOX, альтернативной комбинацией являются IF (**1a**), FOLFOX. Данные режимы являются равноэффективными, различаясь лишь по профилю токсичности.

Сравнение иринотекана в комбинации с 5-ФУ и Лв (IF) с режимом цисплатин + 5-ФУ (CF) показало их равную эффективность. Сравнительный анализ эффективности стандартной комбинации CF и режима ECF продемонстрировал статистически достоверное улучшение выживаемости больных при использовании трехкомпонентного режима.

При наличии метастазов рака желудка в кости помимо химиотерапии могут быть назначены бисфосфонаты (золедроновая кислота), по показаниям – лучевая терапия с анальгезирующей целью.

Таким образом, в качестве стандарта химиотерапии распространенного РЖ в первой линии рекомендован широкий спектр комбинированных режимов. Выбор конкретной комбинации зависит от состояния пациента, характера и тяжести сопутствующих заболеваний. Для больных пожилого возраста или ослабленных сопутствующими заболеваниями наиболее приемлемой является комбинация XELOX. При отсутствии сопутствующих заболеваний, нарушения функции внутренних органов и молодом возрасте больным могут быть предложены трехкомпонентные режимы. Больным с ECOG=2 и/или ослабленным сопутствующими заболеваниями средней тяжести возможно начало лечения с монокимиотерапии с последующим использованием комбинированных режимов при улучшении состояния или с режима XELOX.

При ECOG 3, наличии тяжелых сопутствующих заболеваний больным показана симптоматическая терапия.

#### **Продолжительность химиотерапии.**

Рекомендуется проведение 6-8 курсов химиотерапии первой линии с последующим динамическим наблюдением до прогрессирования болезни.

При длительности интервала наблюдения (т.е. от момента окончания последнего цикла химиотерапии до регистрации прогрессирования болезни) более 3 месяцев возможна реиндукция режима 1 линии.

При прогрессировании болезни на фоне или в течение 3 месяцев после окончания химиотерапии 1 линии и удовлетворительном общем состоянии пациента рекомендуется химиотерапия 2 линии препаратами, не вошедшими в 1 линию лечения.

#### **Лечение диссеминированного HER2<sup>+</sup> рака желудка**

Стандартом является комбинация трастузумаба с химиотерапией (**1a**).

#### *Продолжительность лечения.*

Трастузумаб + 6– 8 курсов химиотерапии с последующей поддерживающей терапией трастузумабом до прогрессирования болезни. В дальнейшем в зависимости от сроков развития прогрессирования болезни (до или после 3 мес поддерживающей терапии) может быть рекомендована либо химиотерапия 2 линии, либо реиндукция режима 1 линии.

Добавление бевацизумаба, цетуксимаба и панитумумаба к химиотерапии первой линии не улучшило отдаленных результатов лечения. Роль остальных таргетных препаратов является предметом дальнейшего исследования.

#### **Лекарственная терапия второй линии**

Пациентам с ECOG PS=0-2, не ослабленным тяжелыми сопутствующими заболеваниями показано назначение химиотерапии второй линии.

Сравнение таксанов и иринотекана во второй линии ХТ показало их равную эффективность.

Согласно результатам исследований II фазы эффективность лечения может повысить комбинация химиотерапии с бевацизумабом.

Симптоматическая терапия

Целью ОСТ (от англ. Best supportive care) является профилактика и облегчение симптомов заболевания, поддержание качества жизни пациентов и их близких, независимо от стадии заболевания и потребности в других видах терапии. В случае рака желудка, меры, направленные на облегчение основных симптомов, способствуют увеличению продолжительности жизни

**Кровотечение** является частым осложнением рака желудка. Пациентам с острым кровотечением (рвота кровью или мелена) необходимо выполнить срочное эндоскопическое исследование. В зависимости от результатов исследования производят эндоскопическую остановку кровотечения.

#### **Опухолевый стеноз**

- Эндоскопическое устранение обструкции (реканализация, бужирование).
- Баллонная дилатация.
- Установка саморасправляющегося стента в зону опухолевого стеноза.
- Оперативное лечение (гастроеюностомия, паллиативная резекция/гастрэктомия у отдельных пациентов).
- Чрезкожная эндоскопическая или интервенционная гастростомия для питания больных с дисфагией.\*
- Эндоскопическая или хирургическая еюностомия у больных со стенозом на уровне средней или нижней трети желудка.

#### **Лечение болевого синдрома**

- Дистанционная лучевая терапия.
- Медикаментозная терапия.
- Локорегионарная анестезия.

#### **Лечение асцита**

- Диуретики.
- Лапароцентез.
- Внутривенное введение химиотерапии. Обычно применяется цисплатин в дозе 50-80 мг.

#### **Динамическое наблюдение, рецидивы**

Периодичность наблюдения

Не показано, что интенсивность наблюдения с целью раннего выявления рецидива/прогрессирования заболевания влияет на отдаленные результаты.

В первые 1-2 года физикальный осмотр и сбор жалоб рекомендуется проводить 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 больных с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен.

Объем обследования:

- Анамнез и физикальное обследование.
- Развернутый клинический и биохимический анализ крови (по клиническим показаниям).
- ЭГДС.
- УЗИ или КТ органов брюшной полости (по клиническим показаниям)
- Рентгенография органов грудной клетки (по клиническим показаниям)
- Онкомаркеры (если были повышены исходно) (по клиническим показаниям)
- Контроль нутритивного статуса, рекомендации по лечению нутритивной недостаточности.

#### **Рецидив заболевания**

Локорегионарный

- Реоперация.
- Химиолучевая терапия.
- Химиотерапия.

#### Отдаленные метастазы

- Химиотерапия.
- Симптоматическая терапия.

## ОБСЛЕДОВАНИЕ

- Анамнез и физический осмотр
- Эндоскопия верхних отделов ЖКТ с биопсией
- Эндосонография
- Рентгенография желудка
- УЗИ брюшной полости либо КТ брюшной полости с пероральным/внутривенным контрастированием
- УЗИ шейно-надключичных областей
- Развернутый клинический и биохимический анализ крови
- ЭКГ
- Онкомаркеры РЭА, СА 72-4
- Лапароскопия
- Анализ биоптата опухоли на HER2-пеп, если диагностированы или заподозрены отдаленные метастазы

## ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ

1. Ранний рак желудка 0-IA стадии ( $T_{is-1}N_xM_0$ )

2. Резектабельный местнораспространенный рак желудка IB-III стадий ( $T_{2-4}N_xM_0$ )

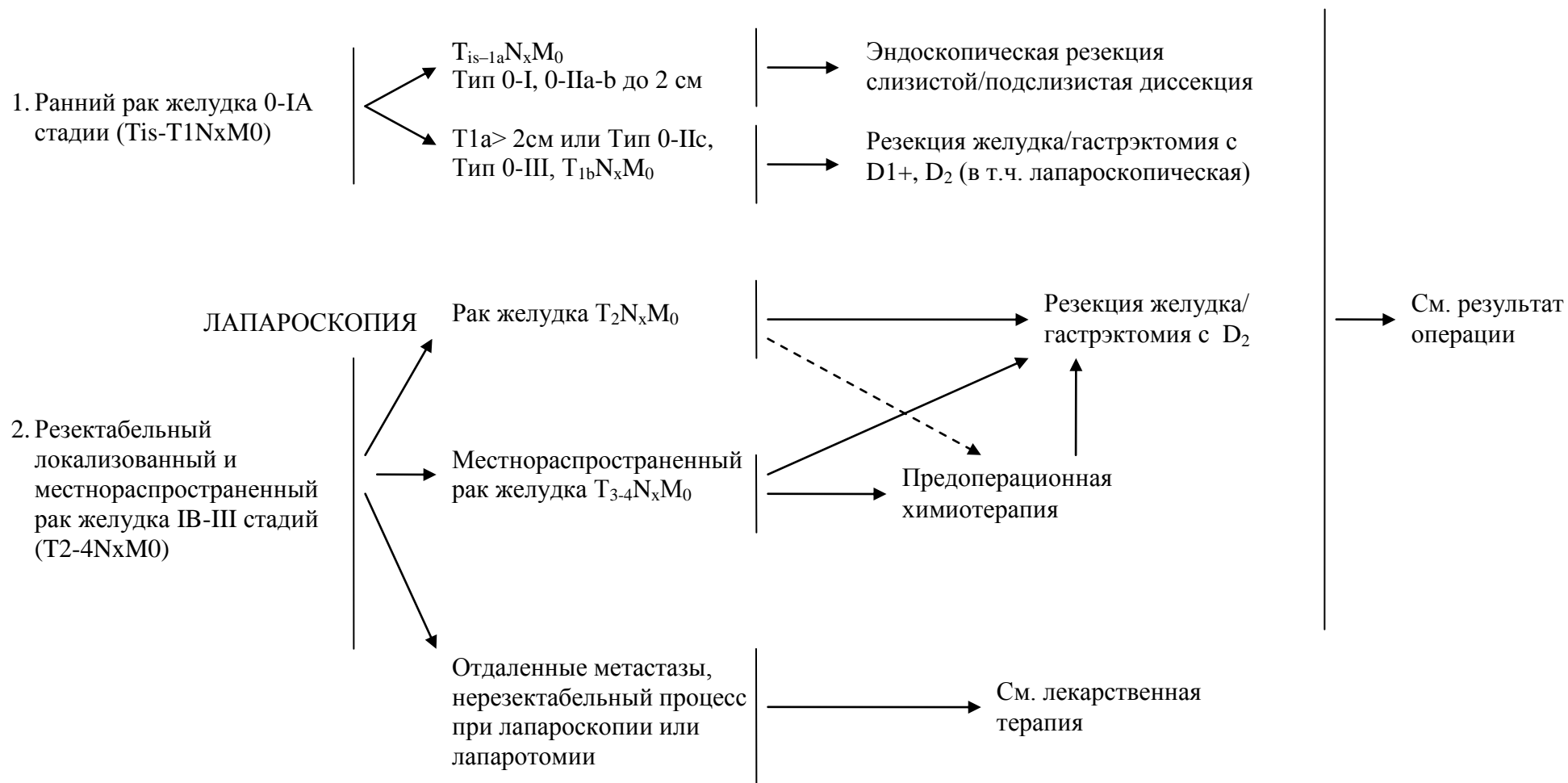
3. Нерезектабельный и генерализованный рак желудка:

- рак желудка IV стадии (M1)
- нерезектабельный местнораспространенный рак желудка
- функционально неоперабельный рак желудка

См. мультидисциплинарный консилиум

См. лекарственная терапия

## ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ



## РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ

