

Карцином на стомаха

На латински език: Carcinoma ventriculi.

На английски език: Stomach cancer.

Епидемиология: Стомашният карцином се среща по-често в Япония и Китай, докато в Западна Европа и САЩ разпространението му е по-ниско. У нас заболяемостта е 24,6/100 000 население. Мъжете боледуват два пъти по-често. Обикновено възниква след 50-годишна възраст, но в 10% от случаите се среща и по-рано – между 30-40-годишна възраст.

Етиология: За възникването на стомашния карцином значение имат следните фактори:

I. Екзогенни фактори:

1. Голямо значение има начина на хранене. Роля играят пушените, пържените, богатите на подправки и холестерол храни, алкохол, тютюнопушене, съхраняването на продуктите в пластмасови опаковки, оцветители в хранителните продукти, храни съдържащи нитрати. Специфични канцерогени са: нитрозамин, бензпирен, нитростилбен и афлатоксин.

2. Ахлорхидрията благоприятства развитието на бактерии в стомаха, които редуцират съдържащите се в храната нитрати до нитрити и оттам до нитрозамини.

3. Значение има и *Helicobacter pylori* – инфектираните с него носят 6 пъти по-висок риск за развитие на стомашен карцином.

4. Повишената минерализация и високото съдържание на цинк, мед, желязо и хром във водата предразполагат развитието на заболяването, докато повишеното консумиране на домати сок, пресни плодове и зеленчуци, мляко и млечни продукти има предпазно влияние.

II. Ендогенни (генетични) фактори: Заболеваемостта е 2-3 пъти по-висока сред родственици но болни от стомашен карцином. Боледуват предимно носителите на кръвна група А и хора с потисната имунна защита.

Заболявания, повишаващи риска от карцином на стомаха:

1. Аденоматозни полипи на стомаха.

2. Болест на Менетрие – гигантски хипертрофичен гастрит.

3. Хроничен атрофичен автоимуен гастрит (тип А) с продължителност 15-20 години.

4. Хроничен гастрит тип В, предизвикан от *H. pylori*.

5. Пернициозна анемия поради наличието на атрофичен гастрит.

6. Малигнизиране на доброкачествена стомашна язва.

7. 15-20 години след стомашна резекция.

Класификация: В зависимост от начина на туморния растеж се различават два типа рак на стомаха:

1. Дифузна форма – тумор с инфилтративен растеж и лошо отграничен. Има склонност към ранно метастазиране и е с по-лоша прогноза.
2. Чревен тип – тумор с экзофитен (полипоиден) растеж и добре отграничен. Има по-благоприятна прогноза.

Стомашният карцином най-често се локализира в антрално-пилорната част, после в корпуса, по малката кривина, в кардията и по голямата кривина.

Макроскопските форми на стомашния рак са:

1. Полипоидна (екзофитна) – лежи на широка основа и расте към лумена на стомаха.
2. Улцерозна (паничковидна).
3. Инфилтративна скирозна
 - а) ограничена - тип пясъчен часовник
 - б) дифузна подформа, обхващаща част или целия стомах (linitis plastica)
4. Смесени форми.

Хистоморфологично карциномите на стомаха биват: аденокарцином (папиларен, тубуларен, муцинозен, тип “пясъчен часовник”), аденосквамозен карцином, недиференциран карцином (медуларен, скирозен), неклассифицируем.

По степен на зрелост на клетките аденокарциномът бива: с висока (G_1), средна (G_2) и слаба (G_3)

степен на диференциране.

Метастазиране:

1. По лимфогенен път – в регионалните лимфни възли: перигастралните възли по продължението на голямата и на малката кривина; възлите по дължината на аа. gastrica sin., hepatica communis, linealis, coeliaca и хепато-дуоденалните лимфни възли. Далечни метастази могат да се получат в интраабдоминалните лимфни възли (ретропанкреасни, мезентериални, парааортални), в параезофагеалните и наддиафрагмални лимфни възли.
2. По хематогенен път – в черния дроб, белите дробове, кости, мозък.
3. Чрез директна инфилтрация в съседните органи – хранопровод, панкреас, дуоденум, дебело черво.
4. По имплантационен път – туморни клетки се откъсват от стомаха и попадат в яйчниците (тумор на Krukenburg) или в Дъгласовото пространство.

TNM класификация:

T: Първичен тумор:

T_x: Първичният тумор не може да се прецени със сигурност.

T_{is}: Carcinoma in situ: тумор, ограничен в lamina epithelialis, без инфилтриране на lamina propria.

T₁: Ранен карцином: туморът инфилтрира мукозата и субмукозата. Може да метастазира.

T₂: Туморът инфилтрира stratum muscularis и субсерозата.

T₃: Туморът инфилтрира серозата без да засяга съседни структури.

T₄: Туморът инвазира съседните структури.

N: Засягане на регионалните лимфни възли:

N₀: Липсват метастази в регионалните лимфни възли.

N_x: Регионалните лимфни възли не могат да бъдат преценени.

N₁: Метастази в регионалните лимфни възли до 3 cm от края на тумора.

N₂: Метастази в регионалните лимфни възли над 3 cm от края на тумора.

M: Далечни метастази:

M₀: Няма далечни метастази.

M_x: Съмнение за далечни метастази или такива не са търсени.

M₁: Наличие на далечни метастази: в други органи или в интраабдоминалните, параезофагеалните наддиафрагмалните лимфни възли.

Стадии:

Стадий 0: T_{is} N₀ M₀

Стадий IA: T₁ N₀ M₀

Стадий IB: T₁ N₁ M₀; T₂ N₀ M₀

Стадий II: T₁ N₂ M₀; T₂ N₁ M₀; T₃ N₀ M₀

Стадий IIIA: T₂ N₂ M₀; T₃ N₁ M₀; T₄ N₀ M₀

Стадий IIIB: T₃ N₂ M₀

Стадий IV: T₁₋₃ N₂ M₀; T₄ N₁₋₂ M₁

Клиника: Ранната симптоматика е дискретна и нехарактерна, като могат и да липсват оплаквания. Появяват се симптоми на стомашен дискомфорт: гадене, оригване, чувство за тежест и пълнота в горната част на корема, слаби епигастрални болки. Истинската болка възниква 3-8 месеца след проявите на стомашен дискомфорт. Наблюдават се и общи симптоми като отпадналост, слабост, лесна умора, намалена работоспособност, намаляване на теллото. Може да има апатия, депресия, раздразнителност, безсъние.

Колкото по-напреднал е процесът, толкова по-изразени са симптомите. Появяват се: безапетитие, отвращение към месо, гадене, повръщане, тежест след нахранване, постоянни болки, редуция на телло, субфебрилна температура, желязодефицитна анемия (поради окултни кръвоизливи), по-рядко хематемеза и мелена.

При рак на кардията характерен късен симптом е дисфагията.

При ендофитен рак на антрално-пилорната зона е характерно бързо изпразване на стомаха, а при екзофитен - стенозни явления – лош дъх в устата, оригване с дъх на гнило, тежест, повръщане на остатъци от храна, приета преди няколко дни.

Карциномът на фундуса и на тялото на стомаха дълго време протича безсимптомно.

Лабораторни изследвания: Евентуално може да се установи желязодефицитна анемия, да се докаже кръв в изпражненията. Изследването на стомашната секреция показва хипо- или ахлорхидрия, но може и нормохидрия.

Туморните маркери имат значение за следоперативен контрол. Най-специфични за стомашния карцином са СА -19-9, СА-72-4.

Диагноза: Ранната диагноза на стомашния карцином е от съществено значение за лечението.

Основни диагностични методи са:

1. Гастроскопия с биопсия. От всички съмнителни участъци се вземат 6-8 целенасочени биопсии.
2. Контрасно рентгеново изследване. Може да се установи дефект в изпълването, ракова ниша, пилорна стеноза, промени във формата на стомаха, липса на перисталтика в зоната на туморния процес, кардиална и пилорна инсуфициенция и др.
3. Цитологична диагностика – изследване на материал, получен чрез четковидна биопсия.
4. Изследвания за изключване на метастази – ехографско изследване и КАТ на корема, рентгеново изследване на гръдния кош.

Диференциална диагноза: Прави се с другите доброкачествени и злокачествени тумори на стомаха (лимфом, сарком, лейомиосарком), с [хроничен гастрит](#), язвена болест.

Лечение: Лечението на стомашния карцином е оперативно.

Провеждат се радикални операции: субтотална (проксимална, дистална) или тотална гастректомия. Отстранява се малкото и голямото було и перигастралните лимфни възли. При карцином на кардията се извършва и дистална резекция на хранопровода със спленектомия.

Възстановяването на пасажа след гастректомия се постига чрез гастроеюностомия или чрез създаване на различни типове джобове (изкуствен стомах) от йеюнума.

При иноперабилни пациенти се провежда палиативно лечение:

- ендоскопско поставяне на тубус от изкуствен материал или на стенд при карцином на кардията.
- отстраняване на пилорна стеноза чрез лазерно лечение, а при неуспех палиативна гастректомия.
- Палиативна полихимиотерапия.

Профилактика: Периодични профилактични гастроскопии се налагат при рискови пациенти: с преканцерози, с хипо- и ахлорхидрия, наследствено обременени.