



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства для врачей общей практики (семейных врачей)

## **Рак желудка**

Год утверждения (частота пересмотра): **2015 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **ВОПЗЗ**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации**

**Рабочая группа по подготовке рекомендаций:**

**Председатель:** Денисов Игорь Николаевич — д.м.н., академик РАН, профессор, заведующий кафедрой семейной медицины ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова; главный внештатный специалист Минздрава России по общей врачебной практике (семейный врач); Президент общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации; председатель профильной комиссии Экспертного совета Минздрава России по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

**Члены рабочей группы:**

Артемьева Елена Геннадьевна— заведующая кафедрой терапии и семейной медицины АУ Чувашии «Институт усовершенствования врачей», д.м.н., профессор

Маленкова Валерия Юрьевна — доцент кафедры терапии и семейной медицины АУ Чувашии «Институт усовершенствования врачей», главный внештатный специалист общей врачебной практики (семейный врач) Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики, к.м.н.

Бусалаева Елена Исааковна – к.м.н., доцент кафедрой терапии и семейной медицины АУ «Институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики,

**Экспертный совет:**

Д.м.н., проф. Абдуллаев А.А. (Махачкала); к.м.н., проф. Агафонов Б.В. (Москва); Анискова И.В. (Мурманск); д.м.н., проф. Байда А.П. (Ставрополь); д.м.н., проф. Болотнова Т.В. (Тюмень); д.м.н., проф. Будневский А.В. (Воронеж); д.м.н., проф. Григорович М.С. (Киров); к.м.н. Дробинина Н.Ю.(Новокузнецк); д.м.н., проф. Заика Г.Е. (Новокузнецк); д.м.н., проф. Золотарев Ю.В. (Москва); д.м.н., проф. Калев О.Ф.(Челябинск); д.м.н., проф. Карапетян Т.А. (Петрозаводск); д.м.н., проф. Колбасников С.В.(Тверь); д.м.н., проф. Кузнецова О.Ю. (Санкт-Петербург); д.м.н., проф. Купаев В.И. (Самара); д.м.н., проф. Лесняк О.М. (Екатеринбург); д.м.н., проф. Нечаева Г.И. (Омск); д.м.н., проф. Попов В.В.(Архангельск); Реуцкий А.А.(Калининград); д.м.н., проф. Сигитова О.Н.(Казань); д.м.н., проф. Синеглазова А.В.(Челябинск); д.м.н., проф. Ховаева Я.Б. (Пермь); д.м.н., проф. Шавкута Г.В.(Ростов-на-Дону); к.м.н. Шевцова Н.Н. (Москва).

## Содержание

1. Определение
2. Коды по МКБ-10
3. Эпидемиология
4. Факторы риска
5. Скрининг
6. Классификация
7. Клиника
8. Диагностика
9. Профилактика
10. Деонтология и онкологическая настороженность в работе врача общей практики
11. Список литературы и интернет-ресурсы

### Классы рекомендаций

Класс рекомендаций	Уровень доказательности		Тип исследований
<b>A</b>	<b>1</b>	<b>1 a</b>	Систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) хорошего методологического качества и однородности
		<b>1 b</b>	Отдельные РКИ с узким доверительным интервалом
		<b>1 c</b>	Отдельные РКИ с вероятностью системной ошибки
<b>B</b>	<b>2</b>	<b>2 a</b>	Систематический обзор однородных когортных исследований
		<b>2 b</b>	Отдельные когортные исследования (в т.ч. РКИ низкого качества, например с периодом наблюдения менее 80%)
	<b>3</b>	<b>2 c</b>	Неконтролируемые когортные исследования /экологические исследования
		<b>3a</b>	Систематический обзор однородных исследований «случай-контроль»
		<b>3 b</b>	Отдельные исследования «случай-контроль»
<b>C</b>	<b>4</b>		Серии клинических случаев/когортные исследования «случай-контроль» низкого качества
<b>D</b>	<b>5</b>		Мнение экспертов без четкой клинической оценки или основанное на данных физиологии и фундаментальных исследований

## Рак желудка

### Определение

Рак желудка (РЖ) – злокачественное новообразование, развивающееся из клеток слизистой оболочки желудка

### МКБ-10: • С16 Злокачественное новообразование желудка

- |   |   |
|---|---|
| 0 | <b>С16.</b> Злокачественное новообразование кардии желудка                                  |
| 1 | <b>С16.</b> Злокачественное новообразование дна желудка                                     |
| 2 | <b>С16.</b> Злокачественное новообразование тела желудка                                    |
| 3 | <b>С16.</b> Злокачественное новообразование преддверия привратника                          |
| 4 | <b>С16.</b> Злокачественное новообразование привратника                                     |
| 5 | <b>С16.</b> Злокачественное новообразование малой кривизны желудка неуточненной части       |
| 6 | <b>С16.</b> Злокачественное новообразование большой кривизны желудка неуточненной части     |
| 8 | <b>С16.</b> Поражение желудка, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций |
| 9 | <b>С16.</b> Злокачественное новообразование желудка неуточненной локализации                |

### Эпидемиология

Сегодня РЖ остается на втором месте в мире среди онкологических заболеваний, приводящих к летальному исходу. Метастазы возникают у 80—90 % больных раком желудка, шестимесячная выживаемость составляет 65 % в случае ранней диагностики заболевания и менее 15 % — на поздних стадиях процесса. В среднем самая высокая выживаемость при РЖ отмечается в Японии — 53 %, в других странах она не превышает 15—20 %.

2012 г. в России абсолютное число вновь выявленных больных РЖ снизилось на 11% у лиц обоего пола. Среди всех злокачественных новообразований на долю РЖ приходилось 8,8% у мужчин и 5,7% у женщин. В возрастной группе 15-39 лет РЖ занимал у мужчин 5-е ранговое место (5,1%), в возрастной группе 40-54 г. – 2-е (9%), в возрастных группах 55-84 года и 85 лет и старше – 3-е (8,8-9,2%). У женщин рак желудка занимал 4-е место в возрастной группе 55-69 лет (4,9%) и 3-е место – в 70-84 года и 85 лет и старше (8,0% и 8,3% соответственно).

В России в 2012 г. максимальная заболеваемость РЖ у лиц обоего пола была в республиках Тыва (54,4 на 100 000 мужчин и 18,1 на 100 000 женщин), Магаданской (38,5 и 16,5) и Архангельской (35,4 и 16,1) областях, а также у мужчин в Карелии (33,5) и Чукотском автономном округе (39,7), у женщин – в республиках Мордовия (14,5), Алтай

(15,7) и Хакасия (14,0). Минимальные стандартизованные показатели заболеваемости РЖ зарегистрированы в республиках Кабардино-Балкария (8,5 и 6,4) и Адыгея (11,6 и 7,6), у мужчин – в Республике Дагестан (14,8) и у женщин – в Республике Калмыкия (5,8). Соотношение минимальных и максимальных показателей заболеваемости в регионах России достигало 6-кратных значений у мужчин и 3-кратных – у женщин.

### **Основные факторы риска рака желудка**

РЖ многофакторное и многоэтапное заболевание. Факторы риска РЖ можно разделить на неустраняемые, такие как пол (мужчины страдают чаще), возраст (по мере увеличения возраста увеличивается и частота возникновения РЖ) и генетическая предрасположенность и устранимые. К последним относят:

1. Инфекцию *Helicobacter pylori* (*H.pylori*)
2. Характер рациона
3. Курение

**1. Инфекция *H.pylori*.** Является основным фактором риска (уровень доказательности 1a). Мета-анализ 12 исследований показал, что длительное течение хронического гастрита, ассоциированного с *H.pylori*, повышает риск развития РЖ в 6 раз. Риск некардиального РЖ при инфицировании *H.pylori* увеличивается в 20 раз. Показано, что 65-85% некардиального РЖ связано с инфекцией *H.pylori* и принципиально могут быть предотвращены. (*Helicobacter and Cancer Collaborative Group, 2001*). Последовательность изменений в слизистой оболочка желудка при инфицированности *H.pylori* описана P.Cogea, 1988. Она начинается с воспалительной инфильтрации, формирования кишечной метаплазии, приводящей к атрофии, дисплазии/неоплазии эпителия и в исходе формирование РЖ. Гистологические изменения свидетельствуют о том, что между РЖ и распространенностью и тяжестью гастрита, атрофией и кишечной метаплазией имеется положительная ассоциация (Уровень доказательности 2b, класс рекомендаций А). Имеются серьезные доказательства, что инфицирование *H.pylori* оказывает прямое мутагенное действие в клеточных линиях и животных моделях (класс рекомендаций С). На функциональном уровне атрофический гастрит с поражением тела желудка вызывает гипохлоргидрию, которая приводит к избыточному росту других микроорганизмов (кроме *H.pylori*), продуцирующих метаболиты, обладающие канцерогенным потенциалом (Уровень доказательности 2с, класс рекомендаций А).

**2. Характер рациона.** Показано, что правильный режим питания, наличие в рационе достаточного количества овощей и фруктов, продуктов богатых витаминами А, В, Е и антиоксидантами, а так же с достаточным содержанием селена и цинка обладают протективным действием в отношении формирования РЖ.

Такие же факторы, как N-нитрозосоединения, являются способствующим для возникновения РЖ.

**3. Курение.** Мета-анализ 40 исследований показал, что курение повышает развитие РЖ в 1,5-1,6 раза (Tredanil J. Et al., 1997). Существует ярко выраженная связь между курением и аденокарциномой кардиального отдела желудка. Но связь с некардиальным РЖ менее очевидна.

Следует отметить, что влияние факторов внешней среды для возникновения РЖ вторично по отношению к эффектам *H.pylori*. (Уровень доказательности 1a, класс рекомендаций А)

**Генетические факторы риска рака желудка.** Показано, что у близких родственников больных РЖ риск возрастает в 3 раза. Считается, что до 10% случаев РЖ имеет семейный, наследственный характер (Fox J.G., Wang T.C/, 2007). В качестве примера можно привести такую нозологическую единицу как «наследственный диффузный РЖ». При этом аутосомно-доминантном заболевании средний возраст возникновения РЖ 38 лет, некоторые случаи наблюдались и в 14 лет. У данной когорты при высчитанной продолжительности жизни риск формирования РЖ у женщин составит 83% (часто в сочетании с раком молочной железы), у мужчин -63%

### **Скрининг**

**Цель скрининга** – раннее активное выявление и лечение бессимптомного рака. Необходимо четко отличать скрининг от ранней диагностики, т.е. выявления заболевания у больных, которые сами обратились за медицинской помощью и, чаще всего, имеют те или иные жалобы и симптомы.

Доказательств эффективности скрининга рака желудка, основанных на контролируемых рандомизированных исследованиях, нет. Единственная страна, где проводится скрининг рака желудка, – Япония, из-за высокой заболеваемости этой формой рака.

Эффективность использование в качестве скрининга РЖ тестирование на H.pylori+ гастроскопия в настоящее время находится на стадии изучения. Также предлагается скрининг на выявление предраковых состояний. Например, атрофический гастрит является предраковым состоянием и имеет биохимические маркеры атрофии (снижение концентрации пепсиногена в сыворотке крови ниже 50 мкг/л и изменение соотношения пепсиноген I/пепсиноген II). Эти показатели могут быть применены для скрининга некардиального РЖ.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ**

- I. По локализации
  - Антральный отдел желудка (60%)
  - Малая кривизна (15%)
  - Кардиальный отдел (10%)
  - Тело (5-10%)
  - Большая кривизна (2%)
  - Дно желудка (2%)
  
- II. Тип роста
  1. Экзофитный
    - Полиповидный
    - Грибовидный
    - Узловой
  2. Эндофитный
    - Блюдцеобразный
    - Язвенно-инфильтративный
    - Плоский

- Бляшковидный
- Диффузный

### **TNM – КЛАССИФИКАЦИЯ**

В переводе с английского «TNM» (**Tumour, Node, Metastasis**) обозначает «опухоль», «узел», «метастаз».

**T** - характеристика первичной опухоли

- Tx - недостаточно информации для оценки первичной опухоли.
- Tis - carcinoma in situ. Опухоль распространена только в пределах эпителиального слоя желудка.
- T0 - первичная опухоль не определяется.
- T1 - первичная опухоль распространяется до подслизистого слоя.
- T2 - первичная опухоль распространяется до субсерозной оболочки.
- T3 - опухоль прорастает все слои желудка, включая серозную оболочку, но не распространяется на соседние органы и ткани.
- T4 - первичная опухоль распространяется на соседние органы и/или ткани.

**N** - распространение опухоли на регионарные лимфатические узлы

- Nx - недостаточно информации для оценки регионарных лимфатических узлов.
- N0 - регионарные метастазы отсутствуют
- N1 - имеются метастазы в 1-6 регионарных лимфатических узлах.
- N2 - имеются метастазы в 7-15 регионарных лимфатических узлах.
- N3 - имеются метастазы в 16 и более регионарных лимфатических узлах.

**M** - отдаленные метастазы рака желудка

- Mx - недостаточно информации для выявления отдаленных метастазов.
- M0 - отдаленные метастазы отсутствуют
- M1 - имеются отдаленные метастазы

**G** - гистопатологическая дифференцировка

- Gx - степень дифференцировки невозможно определить.
- G1 - высокая степень дифференцировки.
- G2 - средняя степень дифференцировки.
- G3 - низкая степень дифференцировки.
- G4 - недифференцированная опухоль.

### **ЧИСЛОВАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ**

Согласно данной классификации, выделяют 5 стадий рака желудка: от 0 до 4.

#### **Стадия 0**

Означает карциному in situ (КИС).

Если врач сообщает пациенту, что у него КИС или рак желудка стадии 0, это означает очень раннюю стадию рака. Стенка желудка содержит раковые клетки. Однако они обнаруживаются только во внутреннем слое этой оболочки. А поэтому риск распространения раковых клеток крайне мал. Обычно рак желудка на такой ранней стадии не выявляется.

#### **Стадия 1**

Одна из самых ранних стадий рака желудка, которая делится на 1a и 1b.

#### **Стадия 1a**

Раковая опухоль не выходит за пределы стенки желудка; в лимфоузлах признаков рака нет (T1, N0, M0).

**Стадия 1b** означает:

Раковая опухоль все еще не выходит за пределы стенки желудка, однако расположенные рядом лимфоузлы содержат раковые клетки (T1, N1, M0) ИЛИ

В лимфатических узлах раковых клеток нет, но опухоль проросла в мышечный слой стенки желудка (T2, N0, M0)

**Стадия 2**

Стадия 2 делится на 2a and 2b

**Стадия 2a** означает:

Раковая опухоль находится в пределах стенки желудка, однако раковые клетки обнаруживаются в 3-6 лимфатических узлах (T1, N2, M0) ИЛИ

Раковая опухоль проросла в мышечный слой стенки желудка, а также обнаруживается в 1-2 рядом расположенных лимфоузлах (T2, N1, M0) ИЛИ

Опухоль проросла через стенку желудка, однако в лимфатических узлах раковых клеток нет (T3, N0, M0)

**Стадия 2b** означает:

Раковая опухоль находится в пределах стенки желудка, однако раковые клетки обнаруживаются в 7 и более лимфатических узлах (T1, N3, M0) ИЛИ

Раковая опухоль проросла в мышечный слой стенки желудка, кроме этого раковые клетки обнаруживаются в 3-6 лимфатических узлах (T2, N2, M0) ИЛИ

Раковая опухоль проросла через стенку желудка, а также обнаруживается в 1-2 рядом расположенных лимфоузлах (T3, N1, M0) ИЛИ

В лимфатических узлах раковых клеток нет, но опухоль проросла через стенку желудка (T4a, N0, M0)

**Стадия 3**

Стадия 3 делится на 3a, 3b и 3c.

**Стадия 3a** означает, что опухоль проросла:

В мышечный слой стенки желудка; кроме этого раковые клетки обнаруживаются в 7 и более лимфатических узлах (T2, N3, M0) ИЛИ

Через стенку желудка; раковые клетки обнаруживаются также в 3-6 лимфатических узлах (T3, N2, M0) ИЛИ

Через стенку желудка; раковые клетки обнаруживаются также в 1-2 близлежащих лимфатических узлах (T4a, N1, M0)

**Стадия 3b** означает, что опухоль проросла:

В соединительную ткань, которая окружает желудок снаружи; кроме этого раковые клетки обнаруживаются в 7 и более лимфатических узлах (T3, N3, M0) или

Непосредственно через стенку желудка; раковые клетки обнаруживаются также в 3-6 лимфатических узлах (T4a, N2, M0) или

Непосредственно через стенку желудка и рядом расположенные органы; лимфатические узлы содержат раковые клетки (T4b, N0 или 1, M0)

**Стадия 3c** означает, что опухоль проросла:

Непосредственно через стенку желудка; раковые клетки обнаруживаются также в 7 и более лимфатических узлах (T4a, N3, M0) или

Непосредственно через стенку желудка и рядом расположенные ткани и органы; лимфатические узлы содержат раковые клетки (T4b, N1 или 2, M0)



#### **Стадия 4**

Обозначает распространенный рак, который метастазировал в отдаленные органы и ткани через лимфатическую систему (любая T, любая N, M1).

#### **Клиника**

РЖ на ранних стадиях может не иметь видимых признаков. Заболевание начинается исподволь, незаметно, с появлением так называемых «малых признаков». К ним относят: повышенную утомляемость, вялость, понижение интереса к окружающему, нарушение сна, снижение аппетита, отвращение к мясу или другим продуктам питания, чувство раннего насыщения, боли и неприятные ощущения в области желудка. Боли в области желудка могут иметь различный характер — давящие, распирающие, ноющие. Иногда они бывают очень сильные, нетерпимые, что объясняется спазмом привратника или кардиального отдела желудка. Нередко появляется отрыжка вначале съеденной пищей, а затем с неприятным запахом. Могут быть изжога и слюнотечение, не связанные с гиперсекрецией желудка, а объясняемые рефлекторными влияниями, тошнота. Без всяких причин, а иногда после приема первых порций пищи, появляется рвота.

«Малые признаки» обязывают врача провести исследование больного и в первую очередь подумать о РЖ.

Последующая клиническая картина во многом зависит от быстроты роста опухоли, от ее локализации, глубины изменений слизистой желудка, склонности опухоли к распаду, интенсивности и характера изменений в других органах, времени и особенностей метастазирования. В большинстве случаев к синдрому «малых признаков» РЖ присоединяется снижение массы тела вплоть до кахексии. Боли становятся интенсивнее, приобретают постоянный характер, отрыжка становится «тухлой», зловонной, учащается рвота, в рвотных массах могут быть примеси крови.

Часто РЖ сопровождается повышением температуры, и иногда до высоких цифр и развитием анемии с присущими ей клиническими проявлениями

#### **Диагностика рака желудка**

Эндоскопическое исследование (фиброгастродуоденоскопия) позволяет визуально выявить опухоль. При этом можно оценить ее размеры, характер роста, наличие кровоточивости, изъязвлений, ригидности слизистой оболочки желудка. Немаловажно и то, что во время фиброгастроскопии можно взять участок опухоли для морфологического исследования (биопсия). Поскольку информативность однократной биопсии чаще всего не превышает 50% и для установления точного морфологического диагноза необходимо выполнение нескольких биопсий.

Рентгенологическое исследование. Этот метод диагностики РЖ выполняется при заполнении просвета желудка бариевой взвесью, которая обладает рентгеноконтрастными свойствами. На рентгенологических снимках можно увидеть дефект наполнения, утолщение стенки желудка, нарушение эвакуаторной функции желудка, деформацию слизистой желудка. Все эти рентгенологические признаки позволяют заподозрить наличие у больного РЖ и провести дополнительное обследование для уточнения диагноза.

Рентгенологическое и эндоскопическое исследования взаимодополняют друг друга, позволяя провести более полную диагностику.

Ультразвуковое исследование (УЗИ). Методика эхографии желудка с заполнением его полости обычной водой по З.А. Лемешко (1987) является удобной и доступной. Оценка сохранности слоистой эхо-структуры и толщины стенки желудка в ряде случаев позволяет выявить инфильтративный РЖ на его ранних стадиях. Это относится и к эндофитным формам роста РЖ. Определенную ценность представляет информация о состоянии кровотока желудочной стенки, которую предоставляет ультразвуковая ангиография. Она позволяет дать качественную и количественную характеристику показателей кровотока при опухоли желудка и определить стадию опухолевого процесса по характеристике кровотока в новообразованиях, проводить контроль за эффективностью лечебных мероприятий [Тухбатуллин М.Г., 2002; Марданова С.Б., 2004]. УЗИ брюшной полости позволяет выявить метастазы в печени, что может указывать на наличие рака желудка. Кроме метастазов возможно выявление жидкости в брюшной полости (асцита).

Компьютерная томография. Компьютерная томография представляет собой серию снимков-срезов, на которых можно оценить размеры опухоли желудка, прорастание в соседние органы, наличие увеличенных лимфатических узлов, метастазов в печени и легких. Основной целью данного исследования при РЖ является оценка его распространенности и наличие метастазов

В ряде случаев прибегают и к другим методам визуализации: магнитно-резонансной и позитронно-эмиссионной томографии, лапароскопической диагностике.

### **Лабораторная диагностика при раке желудка.**

Онкомаркеры. Это вещества, выделяемые в кровь больного опухолью, которые, прежде всего, являются продуктами метаболизма (процессов жизнедеятельности) опухолевых клеток. Сами по себе онкомаркеры метастазируют, но рост новых очагов опухоли не дают. Определяются, как правило, в венозной или пальцевой крови человека при помощи специальных тест-систем. При опухолях желудка определяют карбогидратный антиген, раковый эмбриональный антиген –РЭА, СА 19-19, СА 72-4.

Изменения в анализах крови появляются на поздних стадиях РЖ. Самым частым проявлением РЖ в лабораторных анализах является анемия. Она развивается в основном вследствие кровотечения из тканей опухоли, но кроме того определенное влияние на развитие анемии оказывает нарушение всасывания, поэтому она может быть смешанного характера. По мере прогрессирования анемии будет увеличиваться и СОЭ. Возможно развитие лейкомоидной реакции. При этом количество лейкоцитов в крови будет превышать 30 000 в 1 мл, появятся миелоциты и миелобласты. Одним из частых проявлений в анализе крове при РЖ и других формах рака является гипопротейнемия и диспротеинемия, а также признаки гиперкоагуляции по коагулограмме.

### **Основные методы лечения**

Для выбора объема терапии необходимо определить стадию заболевания. Стадирование производится на основании TNM классификации (7-ое издание, 2010). Для ее осуществления необходимо проанализировать следующие параметры: данные анамнеза, и объективного осмотра, клинический анализ крови, биохимический анализ крови с показателями функции печени, почек, эндоскопическое исследование, КТ, МРТ или УЗИ органов брюшной полости и малого таза, КТ или рентгенографию органов грудной клетки.

Проводятся полихимиотерапия, лучевая терапия, применяются хирургические методы (резекция, гастрэктомия)

### Профилактика

Имеются веские доказательства того, что эрадикация *H.pylori* уменьшает риск развития РЖ (уровень доказательности 1с, класс рекомендаций А). Причем проведение эрадикационной терапии до развития предраковых состояний позволяет более эффективно снизить риск РЖ (уровень доказательности 1а, класс рекомендаций А).

Эрадикация *H.pylori* для профилактики РЖ должна проводиться в следующих случаях:

- Диагноз РЖ у родственников первой степени родства.
- Пациенты с новообразованиями желудка в анамнезе, которым проводились эндоскопическое лечение или субтотальная резекция желудка.
- Страдающие гастритом высокого риска: тяжелый пангастрит, гастрит с преимущественным поражением тела желудка, тяжелая атрофия.
- Пациенты с хроническим подавлением кислотопродукции желудка (более 1 года).
- Пациенты, имеющие серьезные факторы риска РЖ со стороны внешней среды (курение, воздействие пыли, угля, кварца, цемента и/или работа в карьерах/шахтах).
- *H.pylori*-положительные пациенты, опасющиеся развития РЖ. (Уровень доказательности от 1а до 4, класс рекомендаций А).

## ДЕОНТОЛОГИЯ И ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Взаимоотношения врача с онкологическим больным должны строиться на основе внимания и сочувствия в зависимости от категории больных.

**Больные с подозрением на рак.** В большинстве случаев предположение о раке и необходимость обследования в онкологическом диспансере возникает, если у больного в течение некоторого времени наблюдаются симптомы, вызывающие тревогу. Этим больным следует ориентировать на необходимость консультации онколога с целью исключения злокачественного новообразования. Если подозрение на рак возникает случайно (при обследовании пациента, не предъявлявшего серьезных жалоб или при проведении профилактического осмотра), то для таких людей направление к онкологу является неожиданным. Им следует объяснить, что выявленные изменения могут оказаться предопухолевыми и нужно проконсультироваться с онкологом.

**Больные с установленным диагнозом - рак.** Перед врачом общей практики стоит задача подготовить больного к мысли о возможности операции или другого специального лечения. Система убеждений может строиться по принципу, что и при подозрении на рак может понадобиться оперативное, химиотерапевтическое или лучевое лечение. Сообщить больному, что у него рак, не всегда целесообразно, так как из-за распространенности процесса или сопутствующей патологии лечение в онкологическом диспансере может быть невозможным. Лучше ориентировать больного на то, что окончательное решение о выборе метода лечения будет принято после дополнительного обследования больного в онкологическом учреждении. Информация о факте обращения за медицинской помощью,

состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Пациенту должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикаций в научной литературе, использования этих сведений и в иных целях.

### **Психологическая подготовка пациента к предстоящему лечению**

Больной понимает необходимость тщательного обследования и лечения, но боязнь операции и других видов специального лечения (лучевого, химиотерапевтического) настораживает пациента и может быть причиной отказа от предлагаемого лечения.

Причины отказа от лечения могут быть следующие:

- необоснованное, но очень стойкое представление о возможности излечиться травами или другими (нередко ядовитыми) средствами. Сложность для врача состоит в том, что больной нередко ориентирован на наличие у него доброкачественного процесса, при котором те или иные народные средства могут быть использованы. В таких случаях внимание больного следует заострить на возможности возникновения у него опасных осложнений или развития злокачественной опухоли при задержке с лечением;

- реакция отрицания, при которой больной в связи с хорошим самочувствием не верит в необходимость лечения. Таким больным необходимо разъяснить серьезность положения, указать на то, что заболевание будет прогрессировать, и что риск при операции меньше, чем опасность самой болезни. Если врач вынужден сказать больному об опухоли, то желательно говорить это не в виде достоверности, а только как серьезное предположение. Если больного все-таки не удастся побудить к лечению, то врач может оказаться вынужденным сказать правду. В этой ситуации нужно привести доказательства, что опухоль вполне поддается лечению;

- больного пугает неполноценное существование после операции. Такие переживания вполне обоснованы, но поскольку иной возможности излечения нет, то врач обязан убедить больного в необходимости оперативного вмешательства.

- неверие больного в возможность излечения. Обычно это аргументируется на случайных собственных наблюдениях или на негативной информации, полученной от людей мало сведущих в онкологии. Эти больные находятся в подавленном состоянии. В таких случаях врач должен убедить больного, что окончательный диагноз станет, ясен только после микроскопического исследования препарата и, если будет обнаружен рак, то опухоль может быть излечена. В то же время отказ от лечения и потеря времени приведут к распространению опухоли, и прогноз может быть неблагоприятным;

- боязнь за исход операции может быть обусловлена сопутствующими или перенесенными заболеваниями сердца или других органов. В таких случаях нужно, не затягивая времени, провести обследование и начать в амбулаторных условиях коррекцию имеющихся нарушений, если это возможно. Больному нужно разъяснить, что в стационаре перед решением вопроса об операции ему проведут соответствующее лечение, которое обеспечит безопасность оперативного вмешательства.

Ниже приведена таблица основных симптомов, методов первичной диагностики, и возможные варианты лечения рака желудка.

## СИМПТОМАТИКА И ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
<p>Ухудшение общего самочувствия, беспричинная слабость, снижение трудоспособности, быстрая утомляемость, отвращения к пище, стойкое снижение аппетита, потеря веса.</p> <p>Беспричинное прогрессирующее похудание, ощущение переполнения и тяжести в желудке после еды.</p> <p>Боли после приема пищи.</p> <p>Отрыжка, рвота, приносящая облегчение, желудочные кровотечения.</p> <p>Анемия.</p>	<p>Клинический осмотр*</p> <p>ФГДС</p> <p>Рентгенологическое исследование желудка</p> <p>УЗИ брюшной полости, лимфатических узлов шейно-надключичных зон</p> <p>Гистологическое и цитологическое исследование</p> <p>Определение опухолевых маркеров: РЭА, СА19-9, СА72-4 в сыворотке крови</p> <p>Консультация онколога (уточняющая диагностика)</p>	<p>Хирургическое</p> <p>Комбинированное комплексное лечение</p> <p>Малоинвазивные видеоэндоскопические операции</p> <p>Реконструктивно - пластические операции</p> <p>Лечение в специализированном онкологическом стационаре</p>

### Список литературы и интернет-ресурсы

1. Алгоритмы выявления онкологических заболеваний в работе врача общей практики. Методические рекомендации для организаторов здравоохранения, врачей общей праткики, профильных специалистов, врачей-онкологов. М., 2009. –27 с.
2. Диагностика и лечение инфекции *Helicobacter pylori*– отчет согласительной конференции Маастрихт IV/Флоренция // Вестник практического врача. спецвыпуск 1,2012. – С. 6-23.
3. Диомидова В.Н. Трансабдоминальная сонография в диагностике предраковой и опухолевой патологии желудка. Автореф. дис... д-ра. мед. наук. Казань., 2009. – 21 с.
4. Клинические рекомендации ESMO по диагностике, лечению и наблюдению при раке желудка.// <http://www.rosoncoweb.ru>
5. Рекомендации лекарственного лечения больных раком желудка. Практические рекомендации RUSSCO, версия 2013 г. // <http://www.rosoncoweb.ru>

6. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 году. Под ред. Давыдова М.И, Аксель Е.М. М.: Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина, 2014.– 226 с.
7. <http://www.nazdor.ru/topics/improvement/diseases/current/44146>
8. [http://www.oncology.ru/specialist/diagnostic/screening/cancer\\_of\\_stomach](http://www.oncology.ru/specialist/diagnostic/screening/cancer_of_stomach)
9. <http://www.stomachcancer.ru>
10. <http://лечение-рака.рф>