



NCCN Guidelines for Patients®

Редакция 1.2016

Просим вас принять участие в онлайн-опросе на странице NCCN.org/patients/survey

Рак желудка



Издано при поддержке



Доступно онлайн на странице NCCN.org/patients





Рак желудка

Известие о том, что у вас рак желудка, может оказаться шокирующим. Мы надеемся, что информация, которая содержится в этой брошюре, поможет вам получить наиболее эффективное лечение. Из нее вы узнаете, какие методы диагностики и лечения рекомендуют эксперты при этом заболевании.

Национальная всеобщая онкологическая сеть (National Comprehensive Cancer Network®, NCCN®) является некоммерческой организацией, которая объединяет 27 ведущих онкологических центров, известных во всем мире. Эксперты NCCN составили клиническое руководство для врачей, занимающихся лечением рака желудка. В клиническом руководстве описаны передовые методы лечения этого вида рака. Информация, приведенная в издании для пациентов, основана на тексте руководства, написанного для врачей.

Предлагаемое вашему вниманию руководство для пациентов посвящено лечению рака желудка. Основные вопросы, обсуждаемые в этом издании, обобщены в кратком руководстве **NCCN Quick Guide™** по раку желудка. На веб-сайте NCCN имеются также брошюры по раку пищевода, кишечника, поджелудочной железы и другим видам рака. На странице **NCCN.org/patients** вы найдете целую подборку публикаций для пациентов: брошюры, обзоры и другие полезные материалы.

Составители и участники

Основная задача NCCN — повышение качества медицинской помощи, оказываемой пациентам с онкологическими заболеваниями. Сотрудники NCCN в тесном сотрудничестве с экспертами работают над созданием просветительских программ и информационных ресурсов для самых разных заинтересованных сторон. В их число входят медицинские работники, пациенты, представители коммерческих организаций и многие другие. Один из таких ресурсов — серия брошюр для пациентов, выпускаемых под названием NCCN Guidelines for Patients® (Руководство NCCN для пациентов). В каждой из этих брошюр представлены сведения о наиболее эффективных методах лечения конкретного типа рака. Информация, приведенная в брошюрах для пациентов, основана на содержании клинических руководств, написанных для врачей. Клинические руководства NCCN называются Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). В них перечислены оптимальные варианты оказания медицинской помощи для разных групп пациентов. Многие врачи используют эти руководства при планировании лечения своих пациентов.

В создании клинических руководств NCCN принимают участие группы экспертов. Большинство из этих экспертов работают в организациях, являющихся членами NCCN. В состав группы экспертов могут входить хирурги, радиотерапевты, онкологи и представители организаций, защищающих права пациентов. Рекомендации, приведенные в руководствах NCCN, основаны на результатах клинических исследований и на практическом опыте, накопленном членами экспертных групп. Клинические руководства NCCN обновляются не реже одного раза в год. При наличии финансирования обновляются и издания для пациентов, чтобы они отражали содержание самых последних версий руководств для врачей. Дополнительную информацию о клинических руководствах NCCN можно найти на странице NCCN.org/clinical.asp.

В составлении этого руководства NCCN для пациентов участвовали указанные ниже сотрудники NCCN.

Дороти А. Шед, магистр наук.
Директор отдела информации для пациентов.

Лаура Дж. Ханиш, доктор
психологических наук.
Медицинский писатель / специалист
отдела информации для пациентов.

Лейси Марлоу.
Младший медицинский писатель.

Рейчел Кларк.
Координатор содержания и оформления
руководства.

Сьюзан Кидни.
Специалист по графическому дизайну.

Частичное финансирование и поддержка

DEBBIE'S DREAM FOUNDATION: CURING STOMACH CANCER



Будучи организацией, избравшей своей миссией просветительскую работу и оказание поддержки пациентам с раком желудка, их семьям и всем, кто им помогает, организация Debbie's Dream Foundation: Curing Stomach Cancer (DDF) занимается распространением знаний о раке желудка и сбором средств на проведение исследований для достижения своей главной цели — сделать выздоровление от этой болезни реальным для каждого. Фонд DDF гордится своим вкладом в создание этого важного и содержательного ресурса для пациентов и их семей.
www.DebbiesDream.org

NO STOMACH FOR CANCER



Наша организация прилагает все усилия для продвижения передовых знаний о раке желудка и повышения информированности медицинской и научной общественности, одновременно стараясь делиться этой информацией с пациентами и теми, кто помогает им в борьбе с болезнью. Действуя в духе своей миссии, наша организация поддерживает научные изыскания в области скрининга, раннего выявления, лечения и профилактики рака желудка. No Stomach For Cancer гордится своим участием в издании этого подробного руководства для пациентов и их семей.
www.nostomachforcancer.org

Издано при поддержке NCCN Foundation®



NCCN Foundation поддерживает миссию National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®), направленную на улучшение помощи пациентам с онкологическими заболеваниями. Одна из задач этого фонда — привлечение финансирования для издания серии брошюр для пациентов. Дополнительные сведения об организации NCCN можно найти на веб-странице NCCN.org/foundation.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN)
275 Commerce Drive • Suite 300
Fort Washington, PA 19034
215.690.0300

© 2016 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Все права защищены.

Запрещается в любой форме и в любых целях воспроизводить настоящее руководство NCCN для пациентов (NCCN Guidelines for Patients®) и содержащиеся в нем иллюстрации без письменного разрешения NCCN.



Рак желудка

- 4 Как пользоваться этой брошюрой**
- 5 Раздел 1**
Общие сведения о раке желудка
В этом разделе рассказано о том, как возникает и как распространяется рак желудка
- 11 Раздел 2**
Стадирование рака
В этом разделе объясняется, как врачи определяют стадию рака желудка
- 19 Раздел 3**
Подготовка к лечению
В этом разделе описаны процедуры, которые необходимо пройти перед началом лечения
- 31 Раздел 4**
Обзор методов лечения рака
В этом разделе описаны методы, применяемые для полного излечения от опухоли и для контроля заболевания
- 47 Раздел 5**
Справочник по методам лечения
В этом разделе описаны варианты лечения в зависимости от стадии рака
- 69 Раздел 6**
Принятие решений о лечении
В этом разделе приведены практические советы, помогающие выбрать оптимальный вариант лечения
- 79 Глоссарий:**
 - 80 Словарь**
 - 83 Сокращения**
- 86 Члены экспертной группы NCCN**
- 87 Организации — члены NCCN**
- 88 Указатель**

Для кого она предназначена?

В этой брошюре собрана информация о раке желудка, который входит в число наиболее распространенных онкологических заболеваний. Эта брошюра может оказаться полезной для пациентов и тех, кто находится рядом с ними, — членов семьи, друзей и ухаживающего персонала. Возможно, с ее помощью вам будет проще обсуждать свою болезнь с врачами и принимать решения о выборе вариантов лечения.

С какого раздела мне лучше начать?

Начинать знакомство с руководством лучше с **раздела 1**. В этом разделе приведены основные сведения о раке желудка. Подробнее узнав об этой форме рака, вы сможете лучше понять подходы к лечению этого заболевания. В **разделе 2** описаны принципы определения стадии заболевания, которую важно знать для составления плана лечения. В **разделе 3** перечислены диагностические исследования и другие процедуры, которые необходимо пройти перед началом лечения.

Разделы с 4 по 6 посвящены методам лечения рака желудка. В **разделе 4** кратко описаны применяемые методы лечения. **Раздел 5** представляет собой справочник по вариантам лечения, которые частично зависят от степени распространения опухолевого процесса. **Раздел 6** содержит полезные советы по принятию решений о лечении.

Относится ли ко мне все содержание этой брошюры?

В эту брошюру включена информация, которая относится к самым разным ситуациям. Вы можете попросить помощи у врачей, которые занимаются вашим лечением. Они объяснят, что из описанного в этой брошюре относится именно к вам.

Кроме того, врачи могут сообщить вам дополнительные сведения. Возможно, будет полезно, если по ходу чтения вы будете записывать вопросы, которые хотели бы задать своим врачам.

Описанные в этой брошюре рекомендации основаны на научных данных и на практическом опыте экспертов NCCN. Однако может оказаться, что в вашем случае эти рекомендации не подойдут. Врачи могут назначить другие обследования и предложить другие методы лечения с учетом вашего состояния здоровья и прочих факторов. Если вам предлагают варианты, которые здесь не рассматриваются, не стесняйтесь задавать вопросы своим врачам.

Как разобраться в специальных терминах

В этой брошюре вам встретится много медицинских терминов. Это те слова, которые, скорее всего, будут использовать врачи, обсуждая с вами вопросы лечения. Возможно, большинство этих терминов вы увидите впервые и вам предстоит узнать много нового.

Не переживайте, если у вас возникнут затруднения при чтении. Продолжайте читать и анализировать полученную информацию. Не стесняйтесь задавать вопросы врачам, которые занимаются вашим лечением, и просите их разъяснять непонятные слова и выражения.

Слова, которые могут оказаться для вас незнакомыми, поясняются в тексте руководства и в разделе *Словарь*. Слова, включенные в *Словарь*, выделены подчеркиванием при первом упоминании на странице.

Аббревиатуры также поясняются в том месте текста, где они встречаются впервые, и в разделе *Глоссарий*. Аббревиатуры — это короткие слова, состоящие из первых букв нескольких слов. Пример аббревиатуры — сокращение ДНК, обозначающее дезоксирибонуклеиновую кислоту.

Общие сведения о раке желудка



1 Общие сведения о раке желудка

- 7 Строение и функции желудка
- 8 Заболевание клеток
- 9 Чем опасен рак
- 10 Краткое содержание



Вы узнали, что у вас рак желудка. В такой ситуации вполне естественно испытывать шок и смятение. В разделе 1 приведены основные сведения, которые помогут вам разобраться в том, что такое рак желудка. Владея этой информацией, вы сможете осознанно подойти к обсуждению плана вашего лечения.

«Вот уж чего я никак не ожидала, так это того, что мне придется пройти по этому пути. Я была испугана и растеряна, порою эти чувства доходили до крайности. Поэтому я очень рада появлению этого руководства — с ним вам будет проще преодолеть все этапы пути, который наверняка для вас тоже оказался полной неожиданностью. Надеюсь, что эта брошюра поможет вам сохранять спокойствие и придаст уверенность, особенно в те минуты, когда одолевают сомнения».

*Хэзер Хуус
защитник прав пациентов,
фонд No Stomach For Cancer*

Строение и функции желудка

В пищеварительной системе происходит расщепление съеденной пищи до такого состояния, в котором организм может ее усвоить. Желудок — один из четырех органов, входящих в состав ЖКТ (желудочно-кишечного тракта). Пища из полости рта проходит в желудок по пищеводу. В желудке пища переваривается и превращается в жидкость. Из желудка она поступает в тонкую кишку, где питательные вещества всасываются в кровь. В толстой кишке из непереваренных остатков пищи формируются каловые массы, которые затем выводятся из организма.

Как видно из **рисунка 1**, желудок представляет собой большой мышечный мешок, формой напоминающий боб или грушу. Стенки желудка состоят из четырех основных слоев. Внутренний слой, контактирующий с пищей, называется слизистой оболочкой. Слизистая оболочка, в свою очередь, состоит из трех слоев — эпителия, собственной пластинки и мышечной пластинки.

Клетки эпителия вырабатывают слизь — клейкую вязкую жидкость, которая защищает стенки желудка. Расположенная под эпителием собственная пластинка представляет собой слой соединительной ткани, в

которой находятся железы и мелкие лимфатические сосуды. Лимфа — это прозрачная жидкость, снабжающая ткани водой и питательными веществами и содержащая особые клетки, защищающие нас от инфекций. Мышечная пластинка представляет собой тонкий слой мышечной ткани.

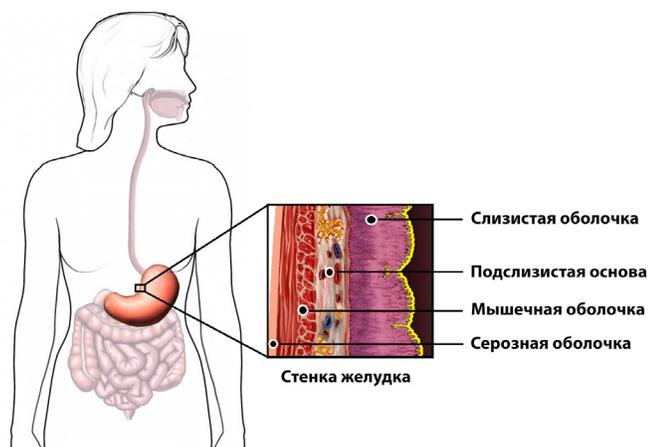
Второй слой стенки желудка называется подслизистой основой. Этот слой состоит из соединительной ткани с расположенными в ней кровеносными сосудами и нервами. Кроме того, в этом слое находятся более крупные лимфатические сосуды.

Третий слой называется мышечной оболочкой. Он состоит в основном из мышечных волокон. За счет сокращения этих мышц пища продвигается через желудок.

Четвертый слой стенки желудка, наиболее удаленный от внутренней поверхности, называется серозной оболочкой. Серозная оболочка, или висцеральная брюшина, как ее иногда называют, покрывает желудок снаружи. В состав этой оболочки входит тонкий слой соединительной ткани (субсерозный слой), покрытый одним рядом клеток, вырабатывающих смазывающую жидкость. Благодаря этой смазке желудок может свободно перемещаться относительно других внутренних органов.

Рисунок 1. Строение и функции желудка

Желудок — часть желудочно-кишечного тракта. В желудке пища расщепляется до жидкого состояния, в котором организм может ее усвоить. Стенки желудка состоят из четырех основных слоев — **слизистой оболочки, подслизистой основы, мышечной оболочки и серозной оболочки.**



Иллюстрации ©2016. Nucleus Medical Media. Все права защищены. www.nucleusinc.com

Заболевание клеток

Рак — это заболевание клеток. Внутри каждой клетки хранятся закодированные инструкции, определяющие порядок строительства новых клеток и регулирующие все происходящие в них процессы. Такие «инструкции» называются **генами**. Гены — это участки молекул ДНК (дезоксирибонуклеиновой кислоты), образующих сложные структуры, называемые хромосомами (**см. рисунок 2**). В результате патологических изменений в генах (мутаций) нормальные клетки могут превращаться в злокачественные. Причины генных мутаций, приводящих к развитию рака, до сих пор остаются предметом многочисленных исследований.

Практически все формы рака желудка представляют собой **аденокарциномы**. Аденокарциномы развиваются из клеток наружного слоя желез. В желудке это клетки слизистой оболочки, вырабатывающие слизь. Основное место в этой брошюре отведено именно аденокарциномам.

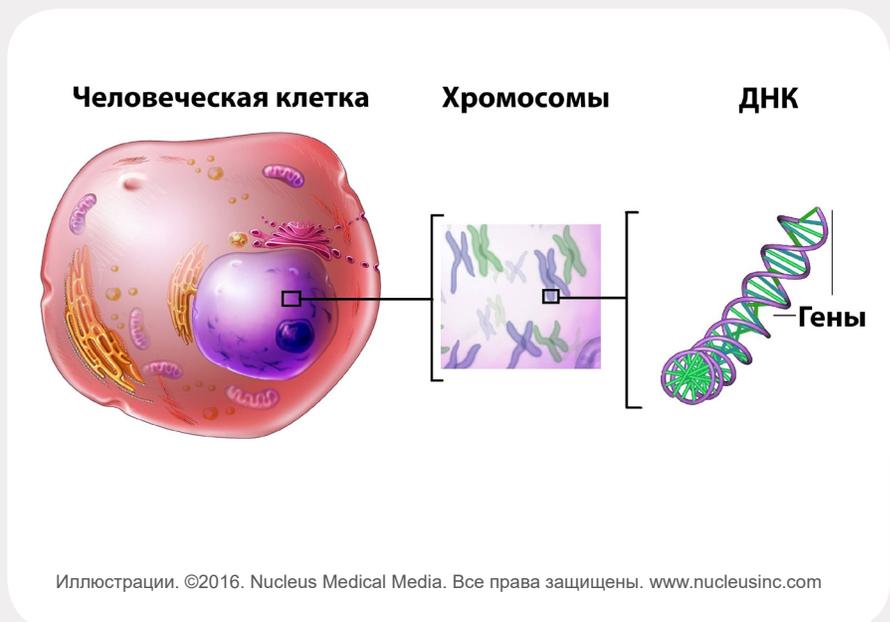
Руководства для пациентов, посвященные лимфомам и саркомам, можно найти на странице NCCN.org/patients.

Существуют два основных типа аденокарцином желудка. Клетки аденокарцином интестинального (кишечного) типа объединяются и образуют структуры, напоминающие каналцы или железы. При аденокарциномах диффузного типа опухолевые клетки не образуют выраженных структур и легко прорастают в соседние ткани.

Многие опухоли, возникшие в желудке, лечат как рак желудка. Однако те опухоли, которые берут свое начало в верхнем отделе желудка и распространяются выше **ПЖП** (пищеводно-желудочного перехода), лечат как рак пищевода. Пищеводно-желудочным переходом называют место соединения **пищевода** с желудком. Чтобы узнать о методах лечения этого вида рака, прочтите *Руководство NCCN для пациентов: рак пищевода*.

Рисунок 2. Генетический материал внутри клеток

Большинство клеток человека содержат своего рода «программу жизни» — план, по которому строится и функционирует наш организм. План этот находится внутри хромосом — длинных нитей ДНК, плотно обернутых вокруг белковых структур. Генами называют небольшие участки ДНК, в которых содержатся инструкции, определяющие порядок строительства новых клеток и регулирующие все происходящие в них процессы.



Иллюстрации. ©2016. Nucleus Medical Media. Все права защищены. www.nucleusinc.com

Чем опасен рак

Существуют три основных признака, отличающие опухолевые клетки от нормальных. Во-первых, из-за мутаций в генах опухолевые клетки быстрее растут и дольше живут. Нормальные клетки растут и делятся с образованием новых клеток, когда это необходимо организму, при этом старые и поврежденные клетки погибают, как показано на **рисунке 3**. В отличие от нормальных клеток, опухолевые клетки делятся и тогда, когда в этом нет необходимости, и не погибают при старении или повреждении. Со временем из постоянно делящихся клеток рака желудка формируется масса, которую называют первичной опухолью.

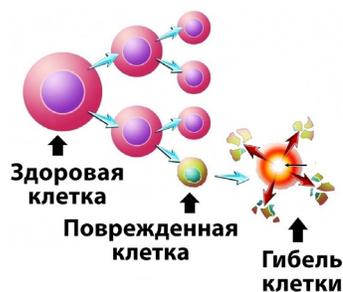
Еще одна особенность, отличающая опухолевые клетки от нормальных, — их способность проникать в окружающие ткани. Если не начать лечение, первичная опухоль может прорасти за пределы стенки желудка и распространиться на соседние структуры. В разделе 2 *Стадирование* рака описаны возможные пути распространения опухолей желудка.

В-третьих, в отличие от нормальных клеток, опухолевые клетки могут перемещаться в другие части тела. Этот процесс называется метастазированием. При метастазировании злокачественные клетки отрываются от первичной опухоли и попадают в кровь или лимфу. По кровеносным или лимфатическим сосудам они переносятся в другие части тела. Попав в другие органы и ткани, эти клетки образуют там вторичные опухоли и могут заместить большое количество нормальных клеток, приводя к тяжелым последствиям для здоровья.

Рисунок 3. Сравнение роста нормальной и опухолевой клетки

Количество нормальных клеток увеличивается по мере необходимости, а старые и поврежденные клетки сразу же погибают. Опухолевые клетки, напротив, быстро делятся и живут дольше нормальных из-за мутаций в генах.

Нормальный рост клеток



Злокачественный рост клеток



Иллюстрации. ©2016. Nucleus Medical Media. Все права защищены. www.nucleusinc.com

Стадирование рака



2 Стадирование рака

12 Система TNM

16 Пять стадий

18 Краткое содержание



Проводя стадирование (так называют определение стадии рака), врачи оценивают, насколько далеко зашел опухолевый процесс. В основе этой оценки лежат результаты диагностических исследований. Врачи назначают дополнительные обследования и выбирают методы лечения в зависимости от распространенности рака в организме. В разделе 2 подробно описана система стадирования рака.

Система TNM

Для стадирования рака желудка применяется система, предложенная Американским объединенным комитетом по изучению рака (AJCC, American Joint Committee on Cancer). Стадирование опухолей, возникших в пищеводно-желудочном переходе, проводят как для рака пищевода. Дополнительные сведения об этом можно найти в брошюре *Руководство NCCN для пациентов: рак пищевода*.

Буквы T, N и M, используемые в системе AJCC для обозначения стадий, относятся к разным характеристикам опухолевого роста. У каждой буквы врачи указывают соответствующее значение. При определении стадии рака учитывают установленные значения для всех трех категорий — T, N и M. Стадирование необходимо для оценки прогноза заболевания и выбора подходящего метода лечения. Прогнозом в медицине называют предсказание вероятного развития и исхода заболевания.

T = опухоль (Tumor)

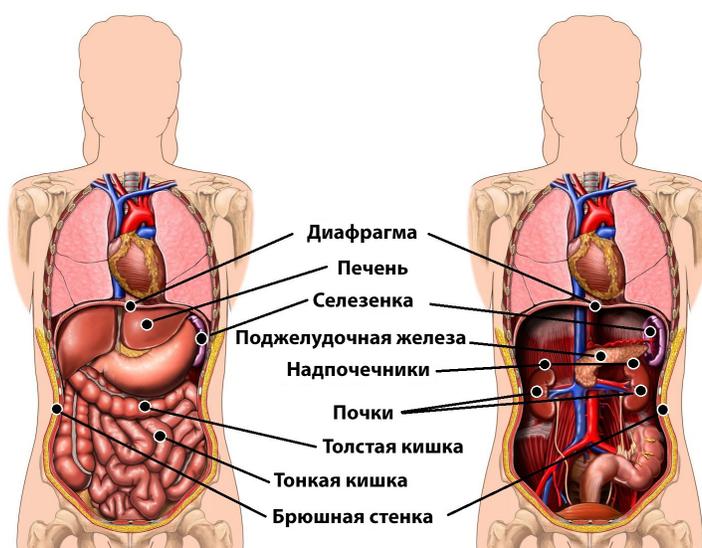
Символы после буквы T показывают, в какие ткани проникла первичная опухоль. При раке желудка опухоль прорастает через стенку желудка, а затем может распространиться на соседние структуры. При стадировании рака желудка используют нижеследующие значения в категории T.

- **Tis** означает, что опухоль не вышла за пределы слоя эпителия.
- **T1** — опухоль захватывает собственную пластинку, мышечную пластинку или подслизистую основу.
 - **T1a** — опухоль захватывает собственную пластинку или мышечную пластинку слизистой оболочки.
 - **T1b** — опухоль захватывает подслизистую основу.

- **T2** — опухоль захватывает мышечную оболочку.
- **T3** — опухоль захватывает субсерозный слой.
- **T4** — опухоль захватывает серозную оболочку или соседние структуры.
 - **T4a** — опухоль проросла в серозную оболочку.
 - **T4b** — опухоль распространилась на соседние структуры. К ним относятся диафрагма, печень, селезенка, поджелудочная железа, надпочечники, почки, толстая кишка, тонкая кишка и брюшная стенка (см. рисунок 4).

Рисунок 4. Области распространения опухолей T4b

Первичная опухоль может прорасти через стенку желудка и распространиться на соседние структуры. Такие опухоли относят к категории T4b. На какие структуры может распространиться опухолевый процесс, отчасти зависит от расположения первичной опухоли.



Иллюстрации. ©2016. Nucleus Medical Media. Все права защищены. www.nucleusinc.com

N = лимфатические узлы (Nodes)

Из тканей желудка лимфа собирается в сосуды, по которым она возвращается в кровяное русло. Перемещаясь внутри организма, лимфа проходит через небольшие органы, называемые лимфатическими узлами. Лимфатические узлы действуют как фильтры, удаляя из лимфы вредные микроорганизмы. Как видно из **рисунка 5**, лимфатические узлы и сосуды расположены по всему телу. Символы после буквы N показывают, сколько лимфатических узлов затронуто опухолевым процессом.

- **NX** — состояние лимфатических узлов оценить невозможно.
- **N0** — опухолевые клетки в регионарных лимфатических узлах не обнаружены.
- **N1** — поражены 1 или 2 регионарных лимфатических узла.

- **N2** поражены от 3 до 6 регионарных лимфатических узлов.
- **N3a** поражены от 7 до 15 регионарных лимфатических узлов.
- **N3b** поражены 16 и более регионарных лимфатических узлов.

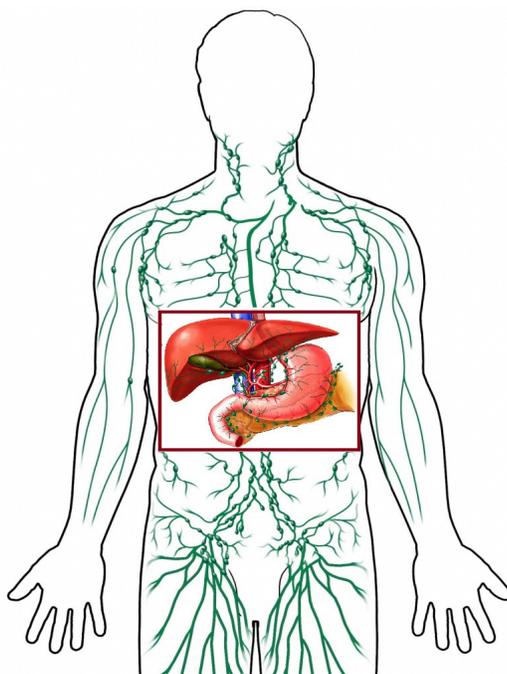
M = метастазы (Metastasis)

Цифра после буквы M показывает, есть ли метастазы в органах, не имеющих непосредственного контакта с желудком, в том числе отдаленных метастазов в лимфатических узлах.

- **M0** — отсутствие отдаленных метастазов.
- **M1** — наличие отдаленных метастазов.

**Рисунок 5.
Лимфатические узлы
в области желудка**

Все наше тело пронизывает сеть сосудов, по которым лимфа переносится в кровяное русло. Лимфа — это прозрачная жидкость, содержащая особые клетки крови, защищающие нас от инфекций. Протекая по лимфатическим сосудам, лимфа проходит через лимфатические узлы, которые очищают ее от вредных микроорганизмов. Сначала рак желудка распространяется на ближайшие лимфатические узлы, а затем на более отдаленные.



Иллюстрации © 2016 Nucleus Medical Media. Все права защищены.
www.nucleusinc.com



В 2010 году, когда мне было 59 лет, мне поставили диагноз «метастатическая аденокарцинома желудка IV стадии (T4bN3bM1)». Прогноз был плохим, и я думал, что мой случай безнадежен. Мне повезло пройти лечение в клинике Национальной всеобщей онкологической сети. С тех пор прошло пять лет, и я, к своему великому удивлению, жив и здоров, и у меня нет никаких признаков болезни.

Мое лечение заключалось в частичной гастрэктомии, пероральной и внутривенной химиотерапии, лучевой и таргетной терапии. Обнаруженная у меня опухоль вырабатывала антиген HER2, поэтому мне назначили таргетный препарат трастузумаб (Герцептин). Трастузумаб был зарегистрирован для лечения HER2-положительного рака молочной железы еще в 1997 году, и всего за несколько недель до того, как мне поставили диагноз, этот препарат был одобрен для лечения HER2-положительного рака желудка. Мне до сих пор каждые три недели вводят трастузумаб в виде капельниц, и я продолжаю наблюдаться в клинике NCCN.

За время лечения мне пришлось испытать чуть ли не все возможные побочные эффекты, особенно меня мучила тошнота. Врачи перебрали практически все известные средства для облегчения этих симптомов, и в конце концов были найдены препараты, которые свели их на нет. Хотя побочные эффекты у меня были довольно серьезными, я не считаю их такой уж высокой платой за свое здоровье.

Ужасно узнать, что у тебя рак желудка, но сейчас это уже не смертный приговор. Я невероятно счастлив, что вам, как и мне в свое время, открыт доступ ко всем известным в настоящее время методам лечения. Еще меня очень радует то, что у вас есть эта замечательная брошюра, которая поможет вам больше узнать о вашем диагнозе и предстоящем лечении.

Рэнди Хиллард,
пациент, перенесший рак желудка IV стадии,
профессор медицинского колледжа Университета штата Мичиган,
основатель отделения фонда Debbie's Dream Foundation в Восточном Мичигане

Таблица 1. Стадии рака желудка

АНАТОМИЧЕСКИЕ СТАДИИ / ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ			
Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия IA	T1	N0	M0
Стадия IB	T2	N0	M0
	T1	N1	M0
Стадия IIA	T3	N0	M0
	T2	N1	M0
	T1	N2	M0
Стадия IIB	T4a	N0	M0
	T3	N1	M0
	T2	N2	M0
	T1	N3	M0
Стадия IIIA	T4a	N1	M0
	T3	N2	M0
	T2	N3	M0
Стадия IIIB	T4b	N0	M0
	T4b	N1	M0
	T4a	N2	M0
	T3	N3	M0
Стадия IIIC	T4b	N2	M0
	T4b	N3	M0
	T4a	N3	M0
Стадия IV	Любая T	Любая N	M1

Использовано с разрешения Американского объединенного комитета по изучению рака (AJCC), Чикаго, штат Иллинойс. Источник приведенной информации — Руководство AJCC по стадированию рака, восьмое издание (2016 г.), опубликованное компанией Springer Science+Business Media, LLC, www.springer.com.

Подготовка к лечению



3 Подготовка к лечению

- 20 Диагностические исследования
- 28 Онкологический консилиум
- 28 Хорошее питание
- 29 Отказ от курения
- 30 Краткое содержание



В разделе 3 описаны важные мероприятия, которые должны состояться до начала лечения. Врачам необходимо провести диагностические исследования, чтобы получить достаточно сведений об опухоли. На основании результатов этих исследований консилиум врачей составит план лечения. Чтобы лечение было максимально эффективным, важно, чтобы вы хорошо питались и бросили курить, если у вас есть такая привычка.

Диагностические исследования

Перед началом лечения будет проведен целый ряд диагностических исследований. Их перечень приведен в **справочной таблице 1**. Эти исследования позволят оценить состояние вашего здоровья, определить клиническую стадию заболевания и узнать другие характеристики опухоли.

Анамнез

Анамнез содержит сведения обо всех событиях в вашей жизни, связанных со здоровьем, и обо всех лекарственных препаратах, которые вы когда-либо принимали. Кроме того, в анамнезе описаны симптомы, которые могут быть связаны с раком желудка. Анамнез помогает врачам определить, возможно ли в вашем случае хирургическое лечение. Кроме того, на основании анамнеза врачи оценивают необходимость проведения химиотерапии с точки зрения ожидаемой пользы и потенциального вреда.

У некоторых людей вероятность развития рака желудка выше, чем у других. Все, что увеличивает эту вероятность, считается факторами риска. Факторами риска могут быть род занятий человека, элементы окружающей среды и индивидуальные особенности. Сведения, содержащиеся в анамнезе, позволяют врачам судить о том, вызван ли рак желудка патологическими изменениями в генах, которые передаются от родителей к детям (наследуются). Это называется оценкой генетического риска.

Справочная таблица 1. Диагностические исследования перед началом лечения

Название исследования	Кому проводят это исследование
• Сбор анамнеза, в том числе семейного	Пациентам с любой стадией рака желудка
• Физикальный осмотр	Пациентам с любой стадией рака желудка
• Общий анализ крови	Пациентам с любой стадией рака желудка
• Полный биохимический анализ крови	Пациентам с любой стадией рака желудка
• Эндоскопия верхних отделов ЖКТ	Пациентам с любой стадией рака желудка
• Эндоскопическая ультрасонография (эндоскопическое УЗИ)	Пациентам с I, II и III стадией рака желудка
• Эндоскопическая резекция	Пациентам с ранними стадиями рака желудка (T1a или T1b)
• Лапароскопия с биопсией	Пациентам с опухолями T1b и более высокими значениями T, но без отдаленных метастазов (M0) при возможности проведения химиолучевой терапии или хирургического лечения
• КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с контрастом	Пациентам с любой стадией рака желудка
• ПЭТ/КТ	Пациентам с любой стадией рака желудка (при необходимости)
• Биопсия	Пациентам с IV стадией рака желудка (при необходимости)
• Определение HER2-статуса	Пациентам с IV стадией рака желудка

Для оценки генетического риска врач спросит вас о заболеваниях, которые были у ваших кровных родственников. Важно знать, чем болели члены вашей семьи и в каком возрасте. Врач может задать вам вопросы о здоровье ваших детей и внуков, братьев и сестер, родителей и их братьев и сестер, а также бабушек и дедушек.

Возможно, ни у кого из членов вашей семьи не было ни рака желудка, ни других связанных с ним видов рака. Однако это не исключает наличия у вас наследственного синдрома, увеличивающего вероятность развития рака желудка. Синдромом называют сочетание одновременно встречающихся признаков или симптомов, указывающих на повышенный риск какого-либо заболевания. К числу наследственных синдромов, связанных с раком желудка, относятся:

- НДРЖ (наследственный диффузный рак желудка);
- синдром Линча (ННРТК, наследственный неполипозный рак толстой кишки);
- ювенильный полипозный синдром;
- синдром Пейтца — Егерса;
- классический или слабовыраженный САП (семейный аденоматозный полипоз);
- атаксия-телеангиэктазия;
- синдром Блума;
- наследственный синдром рака молочной железы и яичников
- синдром Ли — Фраумени;
- пигментная ксеродерма.

При подозрении на наследственный рак желудка врач направит вас на генетическую консультацию. На консультации врач-генетик предложит вам пройти исследование на наличие синдромов, связанных с раком желудка. Для этого исследования вам нужно будет сдать образец крови. Врач-патоморфолог проведет анализ этого образца, чтобы проверить, нет ли у вас генных мутаций, которые могут вызывать такого рода синдромы.

При некоторых синдромах может понадобиться специализированная медицинская помощь, связанная с онкологическими заболеваниями. Врач может посоветовать вам регулярно проходить скрининговые исследования для раннего выявления рака. В частности, это может быть скрининг рака молочной железы и толстой кишки. Кроме того, могут применяться меры профилактики, способные предотвратить развитие некоторых видов рака.

Физикальный осмотр

Врачи часто совмещают физикальный осмотр со сбором анамнеза. Осмотр заключается в физическом обследовании для выявления признаков заболевания. В ходе этого осмотра врач прослушает ваши легкие, сердце и кишечник.

Он также осмотрит и пропальпирует разные части тела, чтобы узнать, не увеличены ли внутренние органы, мягкие они или твердые на ощупь, не болезненны ли при нажатии. При онкологических и некоторых других заболеваниях органы могут увеличиваться в размерах и уплотняться.

ОАК

ОАК (общий анализ крови) позволяет получить важную информацию о ее составе. Прежде всего, он показывает количество лейкоцитов, эритроцитов и тромбоцитов. Количество клеток крови может снижаться из-за распространения опухолевого процесса на костный мозг, из-за вызванных опухолью кровотечений и за счет других причин.

Полный биохимический анализ крови

Присутствующие в крови химические вещества образуются в печени, костях и других органах. Полный биохимический анализ крови позволяет выявить снижение или повышение уровней этих химических веществ. Отклонения от нормы могут быть вызваны распространением рака или другими заболеваниями.



Недавно я наткнулась на старую фотографию, сделанную примерно в 1962 году. На ней моя мама, три моих брата и я — самая обычная семья для того времени. Тогда я и представить себе не могла, что четверым из пяти людей с этой фотографии суждено заболеть раком желудка. В 1982 году в возрасте 52 лет умерла моя мама вскоре после того, как у нее обнаружили IV стадию рака желудка. Затем 25 лет спустя, в 2007 году, моему старшему брату (56 лет) поставили тот же диагноз. Эти события заставили меня задуматься — не может ли этот рак желудка быть наследственным?

Я разузнала все, что смогла, о наследственном диффузном раке желудка (НДРЖ), синдроме, который иногда бывает связан с мутацией в гене CDH1. Мы не подходили по критериям для генетического тестирования, но интуиция подсказывала — нужно продолжать исследования. Да, в этом гене и заключался источник наших бед.

Наши жизни изменились навсегда — в нашей семье рак желудка оказался наследственным. Пока мой брат проходил тяжелое лечение, остальные члены семьи посещали генетические консультации, сдавали дополнительные анализы и им проводили профилактическую полную гастрэктомию.

Меня прооперировали первой из нашей семьи, следом за мной — моего младшего брата. К большому сожалению, старший брат умер в феврале 2009 года, через 17 месяцев после постановки диагноза и всего за несколько недель до профилактической гастрэктомии, которая предстояла его сыну. К 2015 году пятерым членам нашей семьи успешно провели гастрэктомию, чтобы снизить риск развития рака желудка. И у каждого из нас при патоморфологическом исследовании удаленного желудка был обнаружен рак, который просто еще не был выявлен. Как важно нам было это узнать!

Тогда, в 80-е, никто не знал о наследственных формах рака, да и в 2007 информации было мало, причем не только о методах диагностики и лечения, но и о самом риске наследственной предрасположенности к этому заболеванию.

Я очень рада появлению этого руководства, которое поможет вам принимать взвешенные решения о лечении и расскажет о той важной роли, которую играет оценка генетического риска для профилактики и лечения рака желудка.

Карел Челкан Шрайбер,
основатель фонда No Stomach For Cancer

КТ с контрастом

Для более точного стадирования рака обычно используют **КТ** (компьютерную томографию). КТ — это метод лучевой диагностики, позволяющий получать изображения внутренних органов. Такие изображения иногда называют снимками. В ходе сканирования получается много изображений каждой части тела, снятых с помощью рентгеновских лучей под разными углами. Компьютер обрабатывает эти изображения и составляет из них подробную картину исследуемой области.

Рекомендуется выполнять КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза. Чтобы сделать изображения более четкими, используют специальное красящее вещество — контраст. Контраст вводят в вену и смешивают с жидкостью, которую нужно выпить перед процедурой сканирования.

Введение контраста может вызвать ощущение жара или привести к появлению аллергической сыпи. В редких случаях возможны серьезные аллергические реакции. Если в прошлом у вас были нежелательные реакции, сообщите об этом врачу или лаборанту.

Перед сканированием вам, возможно, придется прекратить прием некоторых лекарственных препаратов, не есть и не пить в течение нескольких часов и снять с себя все металлические предметы. Во время процедуры стол, на котором вы будете лежать на спине, будет перемещаться внутри томографа (**см. рисунок 6**).

При сканировании аппарат может издавать гудение, жужжание или пощелкивание. Кроме вас в помещении никого не будет, лаборант будет управлять томографом из соседней комнаты, но все время будет вас видеть и слышать и сможет с вами говорить. Один шаг сканирования занимает примерно 30 секунд.

Если вы не принимали седативные средства, то сразу после процедуры КТ сможете вернуться к своей обычной деятельности. Может получиться так, что результаты вы узнаете только через несколько дней, так как изображения должен оценить рентгенолог. Рентгенолог — это врач, который занимается анализом изображений, полученных методами лучевой диагностики.

Рисунок 6. Аппарат для КТ

Методы лучевой диагностики позволяют получать изображения внутренних органов. Для проведения таких исследований не нужно вводить никакие инструменты в желудок, но иногда для них используют контрастное вещество, которое вводят внутривенно и дают выпить в виде раствора. Во время сканирования стол, на котором лежит пациент, перемещается в туннель томографа. Врач изучает полученные изображения на наличие признаков рака.



ПЭТ/КТ

Иногда **КТ** совмещают с другим методом **лучевой диагностики** — **ПЭТ** (позитронно-эмиссионной томографией). Если два этих метода применяются вместе, исследование называют **ПЭТ/КТ**. Проведение ПЭТ/КТ рекомендуется в тех случаях, когда у пациента могут быть **метастазы**, но методом КТ они не обнаруживаются.

В разных онкологических центрах, в зависимости от их оснащения, исследование методом ПЭТ/КТ может проводиться на одном или на двух аппаратах. Перед ПЭТ необходимо воздерживаться от приема пищи в течение 4 часов или более. Возможны и другие ограничения в рационе. Примерно за час до начала сканирования пациенту вводят внутривенно сахаросодержащую радиоактивную метку.

Радиоактивная метка излучает небольшое количество энергии, которую обнаруживает регистрирующее устройство. На полученных изображениях злокачественные очаги выглядят более светлыми, так как опухолевые клетки перерабатывают сахар намного быстрее, чем нормальные. С помощью ПЭТ можно увидеть даже очень мелкие скопления

злокачественных клеток, так как этот метод основан на клеточном метаболизме (потреблении сахара отдельными клетками).

Эндоскопия верхних отделов ЖКТ

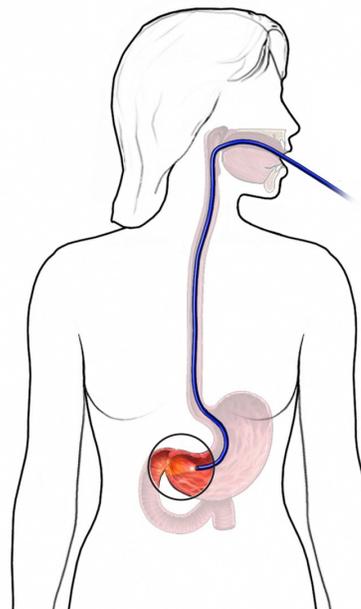
Эндоскопия верхних отделов ЖКТ позволяет врачам заглянуть внутрь **пищевода** и желудка. Такую процедуру иначе называют **ЭГДС** (эзофагогастродуоденоскопия). Для этого исследования используют специальный инструмент — **эндоскоп**.

Гибкую часть эндоскопа вводят в желудок через рот. Эта часть инструмента выглядит как длинная трубка чуть толще карандаша. **(см. рисунок 7)**. Чаще всего эту процедуру проводят в условиях седации, поэтому вы не будете осознавать происходящее.

На конце эндоскопа есть осветительная лампа и видеокамера, с помощью которых можно увидеть состояние исследуемых органов. Врач записывает, в каком месте пищевода или желудка расположена опухоль. Если опухоль находится вблизи от пищевода, обычно указывают также расстояние от **ПЖП**.

**Рисунок 7.
Эндоскопия верхних отделов ЖКТ**

Для того чтобы увидеть, что происходит внутри организма пациента, врачи вводят в полости тела различные инструменты. В названиях этих инструментов обычно есть корень «скоп». Один из таких инструментов, эндоскоп, вводят через рот в желудок. С его помощью врач может рассмотреть изнутри стенки желудка и пищевода. Если эндоскоп оснащен ультразвуковым датчиком, врач сможет увидеть более глубокие слои стенки желудка и близлежащие органы.



Иллюстрации. ©2016. Nucleus Medical Media. Все права защищены. www.nucleusinc.com

Во время процедуры врач может взять кусочек опухоли для исследования. Это называется биопсией. При этом иногда дополнительно отбирают образцы тканей, на которые с наибольшей вероятностью мог распространиться рак, и тех тканей, которые кажутся врачу подозрительными. Наличие метаплазии Баррета или дисплазии увеличивает вероятность рака.

Образцы тканей для биопсии отбирают маленькими щипчиками, вставленными в открытый канал эндоскопа. Во время этой процедуры врач может отобрать от шести до восьми образцов. Биопсийный материал отправляют в патоморфологическую лабораторию для исследования. После эндоскопии может появиться небольшая отечность и охриплость голоса.

ЭУС

Метод ЭУС (эндоскопической ультрасонографии), называемый также эндоскопическим УЗИ, основан на использовании эндоскопа в сочетании с ультразвуковым датчиком и позволяет оценить глубину прорастания опухоли в стенку желудка. Кроме того, с помощью этого метода можно увидеть признаки рака в лимфатических узлах и соседних органах.

Как и ЭГДС, эту процедуру часто проводят в условиях седации. Эндоскоп с ультразвуковым датчиком направляют вниз по пищеводу. Датчик регистрирует отражение ультразвуковых волн от внутренних структур, в результате чего получается изображение.

Если наблюдаемая картина заставляет заподозрить распространение рака на соседние структуры, можно с помощью эндоскопа выполнить тонкоигольную пункцию (FNA, fine needle aspiration). Тонкоигольная пункция или тонкоигольная аспирационная биопсия, как ее иногда называют — один из методов забора биопсийного материала. Иглу вводят через стенку желудка или пищевода в близлежащие ткани, чтобы получить образцы для проведения анализа. Таким способом можно отбирать материал из лимфатических узлов или из других органов, расположенных рядом с желудком, например из печени. При проведении FNA игла не должна проходить через первичную опухоль и крупные кровеносные сосуды.

После этой процедуры врач-эндоскопист выдает заключение с информацией, используемой для клинического стадирования. В заключении обычно указывают глубину прорастания опухоли (T) и отмечают наличие признаков рака в лимфатических узлах (N). На основании этих сведений врачи составляют оптимальный план лечения.

Эндоскопическая резекция

В отличие от методов, используемых только для диагностики, эндоскопическую резекцию чаще применяют в лечебных целях для удаления опухолей, которые не успели глубоко прорасти в стенку желудка. Более подробно об этом можно прочитать в разделе 4. Используя инструменты, вставленные в эндоскоп, врачи могут удалять опухоли и ткани, в которых высока вероятность развития рака.

Лапароскопия с биопсией

Это исследование представляет собой хирургическую процедуру, которая позволяет врачам увидеть признаки заболевания в брюшной полости. При раке желудка лапароскопия рекомендуется в следующих случаях: 1) если рак распространился за пределы первого слоя стенки желудка (стадия T1b и выше); 2) если отдаленные метастазы другими методами не обнаружены (M0) и 3) если пациенту можно проводить химиолучевую терапию или хирургическое лечение. Лапароскопическим методом можно обнаруживать отдаленные метастазы в брюшине (оболочке, выстилающей брюшную полость) и в печени.

Лапароскопию проводят под общим наркозом. Для этой процедуры используют лапароскоп, инструмент, очень похожий на эндоскоп. Трубку лапароскопа вводят в брюшную полость через маленький разрез на животе. Во время лапароскопии врач может осмотреть брюшную полость на наличие признаков рака и взять на анализ промывную жидкость, чтобы проверить, есть ли в ней опухолевые клетки.

Лапароскопию проводят в операционной и занимает эта процедура около 30 минут. После операции вы можете почувствовать усталость и боль. После того как разрез заживет, на его месте может остаться небольшой шрам. Примерно через час после завершения процедуры вас отправят домой, а на следующий день вы сможете вернуться к работе.

Биопсия отдаленных участков

Показатель M1 означает, что рак распространился далеко за пределы желудка. Если по результатам лучевой диагностики предполагается наличие метастазов, может потребоваться биопсия отдаленного участка для подтверждения наличия рака. Техника биопсии зависит от расположения этого участка и от других факторов.

Определение HER2-статуса

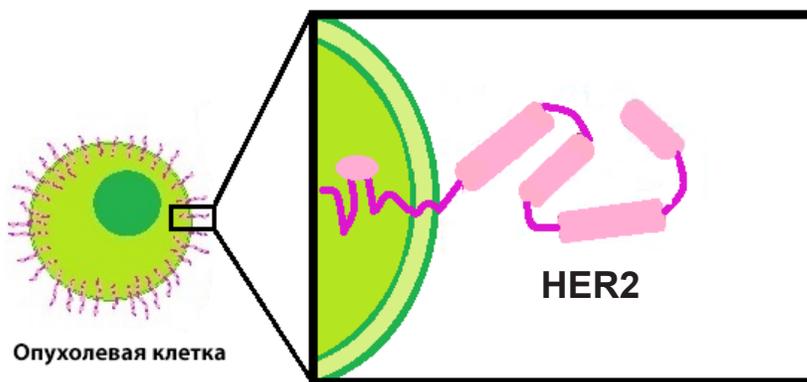
В нормальных клетках желудка содержится по две копии гена, отвечающего за выработку белка HER2. Белок HER2 — это поверхностный рецептор, расположенный на клеточной мембране (см. рисунок 8). Будучи активированным, этот рецептор начинает посылать внутрь клетки сигналы, заставляющие ее расти и делиться.

В клетках некоторых опухолей желудка содержится больше двух копий гена *HER2*, поэтому они вырабатывают избыточное количество рецепторов HER2. Есть и такие опухоли желудка, которые вырабатывают слишком много рецепторов HER2, хотя их клетки содержат всего две копии гена. Опухолевые клетки с избыточным количеством рецепторов HER2 очень быстро растут и делятся. Однако есть лекарственный препарат, который может блокировать эти рецепторы.

На основании имеющихся сейчас научных данных оценку статуса HER2 рекомендуется проводить при метастатическом раке. Принимая во внимание высокую стоимость и возможные побочные эффекты лечения, очень важно иметь надежные методы, позволяющие достоверно определять HER2-статус опухоли. Для определения количества рецепторов HER2 используют метод ИГХ (иммуногистохимического анализа). Второй способ оценки HER2-статуса — это метод гибридизации *in situ* (ISH, *in situ hybridization*). Методом ISH можно определить количество копий гена *HER2* в клетках опухоли.

Рисунок 8. HER2

Клетки некоторых опухолей желудка вырабатывают избыточное количество рецепторов HER2. HER2 — поверхностный рецептор, способный запускать процесс роста и деления клеток. Важно определить HER2-статус опухоли, если рак распространился на отдаленные органы (M1). Результаты этого анализа позволят врачам выбрать оптимальные методы лечения.



©2016. National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®). www.nccn.org www.nccn.org

Онкологический консилиум

Лечением пациентов с раком желудка занимается целая группа специалистов. Важно, чтобы все эти специалисты периодически собирались, чтобы совместно принимать решения о дальнейшей тактике лечения. Эксперты NCCN рекомендуют проводить такие консилиумы раз в неделю или раз в две недели. В группу специалистов, которые будут заниматься вашим лечением, могут входить:

- врач-патоморфолог — специалист, который исследует биологические ткани, чтобы установить наличие заболевания;
- рентгенолог — специалист по расшифровке изображений, полученных методами лучевой диагностики;
- хирург-онколог — специалист по хирургическому лечению рака;
- онколог — специалист по противоопухолевым лекарственным препаратам;
- гастроэнтеролог — специалист по заболеваниям органов пищеварения;
- радиотерапевт — специалист по лучевой терапии;
- специалист по симптоматической терапии — медицинский работник, задачей которого является улучшение качества жизни пациентов;
- диетолог — специалист по лечебному питанию;
- медицинская сестра — специалист по уходу за больными;
- специалист по интегративной медицине (по комплексным методам воздействия на физическое и душевное состояние пациентов);
- социальный работник — специалист, ответственный за удовлетворение социальных и эмоциональных потребностей пациентов.

Собравшись на консилиум, врачи составляют план лечения на основании клинической стадии рака. Те же специалисты будут собираться и в период вашего лечения, и после его завершения, чтобы обсуждать достигнутые результаты и дальнейшие этапы медицинской помощи.

Хорошее питание

Перед началом лечения вы встретитесь с врачом-диетологом. Он может определить, насколько пострадало ваше пищеварение из-за опухоли. Например, из-за нее вам может быть трудно или больно глотать. Это состояние называется дисфагией, и оно может помешать вам хорошо питаться. Кроме того, у вас из-за рака может быть значительная потеря веса.

Важно, чтобы перед началом лечения вы получали подходящее и полноценное питание. Для пациентов, ослабленных из-за недостаточного питания, хирургическая операция и другие виды лечения рака могут оказаться слишком опасными. Диетолог может дать полезные советы по налаживанию питания и потреблению жидкости.

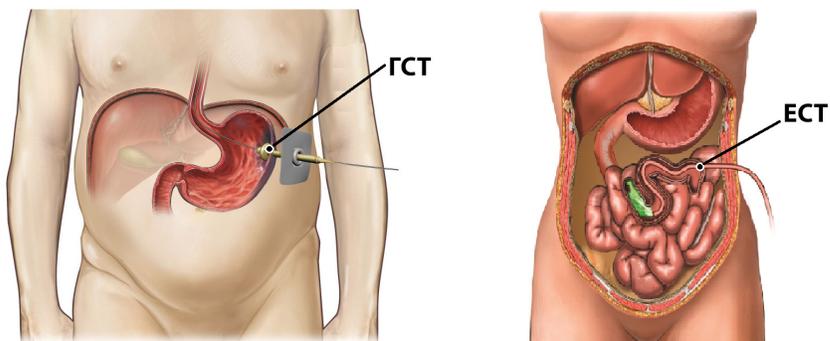
Он может порекомендовать вам перейти на питание через питательную трубку. Существуют два варианта установки трубки для питания — ЧЭГ (чрескожная эндоскопическая гастростомия) и еюностомия (см. рисунок 9). Гастростомическую трубку вводят через брюшную стенку в желудок. Еюностомическую трубку вводят не в желудок, а в тонкую кишку.

Отказ от курения

Если вы курили до того момента, когда узнали о своем диагнозе, постарайтесь бросить эту привычку. Пристрастие к никотину — одна из самых трудно преодолеваемых зависимостей. Стресс, который переживают люди, узнав о том, что у них рак, иногда помогает бросить курить, а иногда, наоборот, усугубляет эту зависимость. Очень важно избавиться от этой привычки, так как курение может отрицательно повлиять на эффективность лечения. Кроме того, курение существенно увеличивает вероятность развития побочных эффектов после операции. Если вы курите, попросите у своего врача порекомендовать вам методы и лекарственные препараты, которые помогут вам отказаться от этой привычки.

Рисунок 9. Питательные трубки

Иногда приходится устанавливать питательную трубку, чтобы пациент мог набраться сил перед началом лечения. Гастростомическую трубку (ГСТ) вводят через брюшную стенку в желудок. Еюностомическую трубку (ЕСТ) вводят не в желудок, а в тонкую кишку.



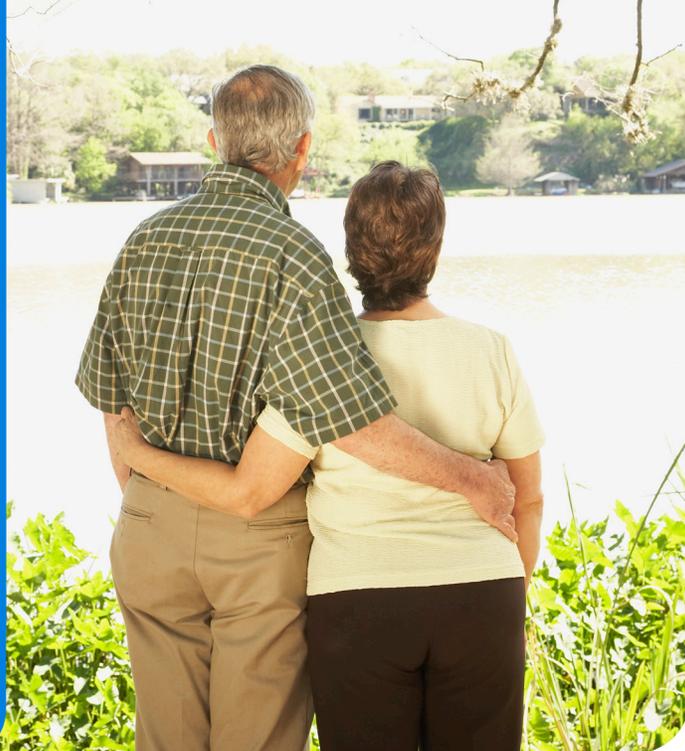
Иллюстрации. ©2016. Nucleus Medical Media. Все права защищены. www.nucleusinc.com

Обзор методов лечения рака



4 Обзор методов лечения рака

- 32 Эндоскопическое лечение
- 35 Хирургическое лечение
- 37 Лучевая терапия
- 40 Химиотерапия
- 43 Таргетная терапия
- 45 Клинические исследования
- 46 Краткое содержание



Раздел 4 содержит краткое описание основных методов лечения рака желудка. Знание этих методов поможет разобраться в подходящих вам вариантах лечения из перечисленных в разделе 5. Существуют несколько разных методов лечения рака желудка. Однако это не означает, что каждого пациента будут лечить всеми методами, описанными в этом разделе.

Эндоскопическое лечение

В некоторых случаях при опухолях желудка или наличии в желудке тканей с высоким риском развития рака применяют метод лечения, называемый эндоскопической резекцией. Этот метод заключается в удалении опухолей на ранних стадиях с помощью инструментов, вставленных в эндоскоп (см. рисунок 10). Ранними стадиями считаются те, при которых опухоль не выходит за пределы первого слоя стенки желудка (Tis и T1a). Врачи, выполняющие эндоскопические резекции, называются эндоскопистами.

Существуют два основных варианта эндоскопического лечения. На первом этапе в обоих случаях делают инъекцию жидкости под опухоль, чтобы отодвинуть ее от прилегающих тканей. Различие между этими вариантами заключается в инструментах, используемых для удаления опухоли. Ниже об этих различиях рассказано более подробно.

ЭРС

Процедура ЭРС (эндоскопической резекции слизистой) заключается в удалении опухоли с помощью эндоскопа, оснащенного специальной проволочной петлей. Существуют несколько способов проведения ЭРС. В основном они различаются устройствами, которые применяются вместе с петлей для удаления опухоли.

В некоторых случаях процедуры ЭРС бывает достаточно для полного удаления опухоли. В других случаях ткани, удаленные в ходе ЭРС, позволяют уточнить диагноз, но лечение на этом не заканчивается. Некоторые опухоли можно удалять методом ЭРС по частям. Однако чем больше опухоль и чем глубже она проросла в стенку желудка, тем выше риск ее повторного возникновения (рецидива). В связи с этим квалифицированный эндоскопист будет

выполнять ЭРС только тем пациентам, которым это с наибольшей вероятностью принесет пользу.

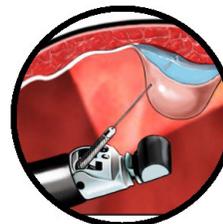
Обычно ЭРС проводят в условиях седации, но некоторым пациентам требуется общий наркоз. Процедура ЭРС может занимать около 1 часа. Как правило, ее проводят амбулаторно, но иногда пациенты проводят 1–2 дня в стационаре.

Рисунок 10. Эндоскопическая резекция

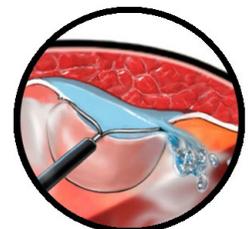
Опухоли, не проросшие глубоко в стенку желудка, можно удалять методом эндоскопической резекции. Для удаления опухолей применяются инструменты, установленные в канале эндоскопа.



Эндоскоп опускают в желудок



Вводят жидкость под опухоль



Удаляют опухоль режущим инструментом

Иллюстрации. ©2016. Nucleus Medical Media. Все права защищены. www.nucleusinc.com

ЭПД

ЭПД (эндоскопическая подслизистая диссекция) — новый метод эндоскопического лечения с увеличенным объемом удаления тканей по сравнению с ЭРС. Этот метод считается предпочтительным для эндоскопического удаления глубже расположенных опухолей на ранних стадиях.

Процедура ЭПД заключается в удалении опухоли единым блоком с помощью специальных ножей. Удаление опухоли единым блоком (не по частям) снижает вероятность рецидива. Выполнить такую процедуру непросто. Обычно ЭПД проводят в центрах, которые специализируются на применении этого метода лечения. Такое лечение подходит лишь небольшому числу пациентов с раком желудка.

ЭПД чаще всего проводят под общим наркозом. Процедура может занимать от 2 до 4 часов. Иногда пациенты остаются в больнице на несколько дней, а в случае серьезных осложнений, например при перфорации стенки желудка, пребывание в стационаре может продлиться до 5 дней. Поскольку операция захватывает только первый слой стенки желудка, после заживления раны желудок, скорее всего, будет работать практически как раньше.

Побочные эффекты эндоскопического лечения

Побочными эффектами называют вредные для здоровья или нежелательные физические или психоэмоциональные реакции на лечение. Последствиями эндоскопического лечения могут быть боль в горле, боль в груди и вздутие из-за скопления газов. К более серьезным, но реже встречающимся нарушениям относятся кровотечение, перфорация стенки желудка и сужение желудка. При проведении ЭПД вероятность кровотечения и перфорации выше, чем при проведении ЭРС.

Здесь перечислены не все побочные эффекты эндоскопического лечения. Попросите врачей, занимающихся вашим лечением, рассказать обо всех возможных частых и редких побочных эффектах. Если вас будет беспокоить какой-либо побочный эффект, сообщите об этом врачам. Возможно, есть способы улучшить ваше самочувствие.

Симптоматическая терапия

Симптоматическая терапия направлена не на излечение от опухоли, а на улучшение качества жизни пациента. Такую терапию называют также паллиативной.

Симптоматическая терапия позволяет решать разные задачи.

Одна из них — устранение нежелательных физических и психоэмоциональных симптомов. Кроме того, в рамках симптоматической терапии пациенту помогают принимать решения по вопросам лечения, если нужно выбрать один вариант из нескольких. Она также позволяет координировать действия медицинских работников.

Поговорите со своими врачами, чтобы составить план наиболее подходящей вам симптоматической терапии.

Хирургическое лечение

Хирургическая операция применяется в качестве радикального метода лечения при ранних и некоторых местно-распространенных формах рака желудка. Цель операции — полностью удалить всю опухоль и некоторое количество здоровой с виду ткани вокруг нее. Удаленная вместе с опухолью внешне здоровая ткань называется краем резекции. Рекомендуемая ширина края резекции — 4 см и более.

Врач расскажет вам, как подготовиться к операции. За неделю до операции вам, вероятно, придется прекратить прием некоторых препаратов. В день операции вам нельзя будет есть и пить. Операция проводится под общим наркозом. У некоторых пациентов после общего наркоза может появиться тошнота и рвота, спутанность сознания, боль в мышцах и зуд.

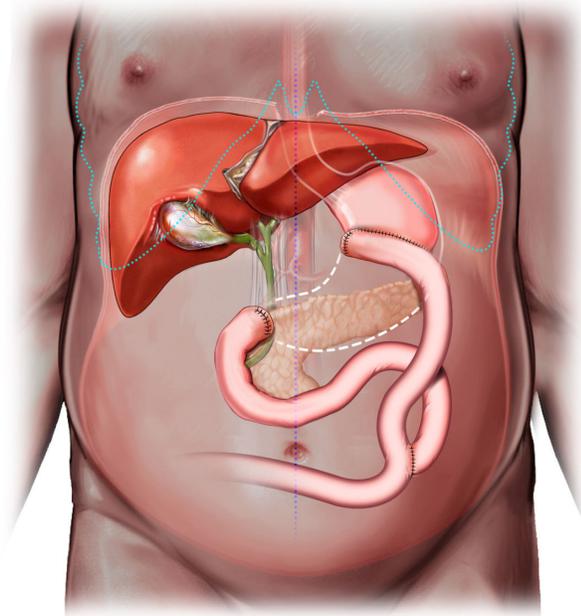
Гастрэктомия

Гастрэктомией называют операцию по удалению всего желудка или его части (**см. рисунок 11**). Может оказаться, что опухоль желудка проросла в близлежащие структуры. В этом случае желудок удаляют единым блоком с пораженными тканями. Удаление селезенки не требуется, если она не затронута раком.

Какая часть желудка будет удалена во время операции, зависит от степени распространения рака. При полной (тотальной) гастрэктомии удаляют весь желудок. При частичной (субтотальной) гастрэктомии удаляют только часть желудка. Дистальной называют частичную гастрэктомию, при которой удаляют нижнюю половину желудка. Проксимальной называют частичную гастрэктомию, при которой удаляют верхнюю половину желудка.

Рисунок 11. Гастрэктомия

Гастрэктомия заключается в удалении всего желудка или его части. При этом удаляют также все близлежащие структуры, на которые распространилась опухоль. Во время операции удаляют некоторые лимфатические узлы и проверяют их на наличие рака.



Иллюстрации. ©2016. Nucleus Medical Media. Все права защищены. www.nucleusinc.com

Лимфодиссекция

Во время гастрэктомии удаляют также некоторые лимфатические узлы, расположенные рядом с желудком. Такую процедуру называют лимфодиссекцией или лимфаденэктомией. Рекомендуется удалять не менее 15 лимфатических узлов.

При лимфодиссекции D1 удаляют лимфоузлы, расположенные в непосредственной близости от желудка. При лимфодиссекции D2 в дополнение к лимфоузлам уровня D1 удаляют лимфоузлы, расположенные вдоль прилегающих артерий и около селезенки. Врач-патоморфолог проверит лимфоузлы на наличие рака, поэтому хирург будет знать, нужно ли удалить дополнительный объем тканей.

Методы хирургического лечения

Во время операции хирург удаляет ткани через разрезы, сделанные с помощью хирургического ножа. Известны три метода выполнения гастрэктомии. Один из этих методов — открытая гастрэктомия. Для ее проведения в области живота делают большой разрез и через него удаляют пораженные ткани.

Лапароскопическая и робот-ассистированная гастрэктомия отличаются тем, что ткани удаляют с помощью небольших инструментов, которые вводят в брюшную полость через маленькие разрезы. Из-за того, что эти операции проводятся через небольшие разрезы, врачи называют их «малоинвазивными». Проведение лапароскопической и робот-ассистированной гастрэктомии при раке желудка возможно не во всех случаях, а только при некоторых формах заболевания. Хирург расскажет вам, возможно ли применение этих методов в вашем случае.

После удаления пораженных раком тканей оставшиеся органы соединяют друг с другом. При полной гастрэктомии тонкую кишку подшивают к пищеводу. При частичной или дистальной гастрэктомии оставшуюся часть желудка соединяют с кишечником или пищеводом.

Вся операция может занимать от 2 до 3 часов. Большинство пациентов проводят в больнице после операции около недели. В период восстановления после операции вы будете получать парентеральное питание через иглу, установленную в вене или вам будут вводить пищу через питательную трубку.

Побочные эффекты хирургического лечения

Обычные последствия хирургической операции — боль, отечность и образование шрама на месте разреза. Через несколько недель после операции боль и отечность обычно проходят. Как и при любом хирургическом вмешательстве, существует вероятность инфекции, инфаркта миокарда и тромбоза.

Побочные эффекты гастрэктомии у всех проявляются по-разному. У одних пациентов развивается мало побочных эффектов, а у других их бывает много. К числу побочных эффектов гастрэктомии относятся тошнота, рвота и диарея. Иногда наблюдается потеря веса, а у некоторых людей нарушается процесс всасывания витаминов. Последствием гастрэктомии может быть изжога. Постоянный заброс кислоты из желудка может привести к рубцовым изменениям в пищеводе и его сужению. В более редких случаях возможно попадание содержимого желудка в грудную полость, что может вызывать боль.

Здесь перечислены не все побочные эффекты хирургического лечения. Попросите врачей, занимающихся вашим лечением, рассказать обо всех возможных частых и редких побочных эффектах. Если вас беспокоит какой-либо побочный эффект, сообщите об этом врачам. Возможно, есть способы улучшить ваше самочувствие.

Лучевая терапия

Для лучевой терапии злокачественных опухолей используют высокоэнергетическое излучение, которое повреждает ДНК опухолевых клеток. В результате клетки опухоли погибают или теряют способность давать начало новым клеткам. При раке желудка лучевую терапию часто совмещают с химиотерапией. Химиотерапия может повысить эффективность облучения. Такой комбинированный метод лечения называют химиолучевой терапией.

Для лечения рака желудка применяют метод дистанционного облучения, иногда обозначаемый сокращением ДЛТ (дистанционная лучевая терапия). При дистанционном облучении поток излучения, который генерирует мощная установка, направляют извне внутрь тела пациента (см. рисунок 12). Излучение проходит через кожу и другие ткани и достигает опухоли.

Симуляция

Перед началом лучевой терапии обязательно проводят симуляцию — специальный сеанс для планирования облучения. В течение 3 часов перед началом этого сеанса следует воздерживаться от тяжелой пищи. Сначала с помощью КТ получают трехмерное изображение опухоли. Иногда для повышения четкости изображения во время сканирования вводят контраст.

Перед началом сканирования вас разместят на процедурном столе в том положении, в котором вы будете находиться во время сеансов лучевой терапии. Обычно пациент лежит на спине, при этом иногда используют специальные фиксирующие устройства, чтобы не допустить смещения относительно заданного положения. В некоторых случаях для планирования облучения применяют метод четырехмерной компьютерной томографии (4D-КТ), позволяющий вносить поправку на движение тела.

Рисунок 12. Дистанционная лучевая терапия

Для лучевой терапии используют установки больших размеров. Лучи проходят через кожу и достигают опухоли. Современные методы лучевой терапии позволяют избежать повреждения здоровых тканей.



По результатам сканирования врачи определяют оптимальную дозу, количество и форму пучков излучения, а также необходимое количество лечебных сеансов. Генератор излучения соединен с компьютером, который с помощью специальной программы придает пучку излучения требуемую форму. Для точного нацеливания пучков излучения на опухоль используют нанесенную на кожу разметку или маркерные частицы, внедренные в опухоль.

Прохождение лучевой терапии

В течение 3 часов перед началом лечения следует воздерживаться от тяжелой пищи. В процессе лечения вы будете лежать на процедурном столе в таком же положении, как и во время симуляции. Иногда используют фиксирующие устройства, чтобы положение тела не изменилось и пучок излучения оставался нацеленным на опухоль.

Во время сеанса кроме вас в помещении никого не будет. Лаборант будет управлять аппаратом из соседней комнаты, но все время будет вас видеть и слышать и сможет с вами говорить. Во время облучения работающий аппарат может издавать разные звуки. Один сеанс обычно продолжается меньше 10 минут.

Существует несколько типов ДЛТ. Для лечения рака желудка настоятельно рекомендуется 3D-КЛТ (трехмерная конформная лучевая терапия). Метод 3D-КЛТ отличается тем, что пучок излучения точно воспроизводит форму опухоли, поэтому здоровые ткани практически не повреждаются.

Иногда при использовании метода 3D-КЛТ в поле облучения попадают жизненно важные органы — сердце, легкие, печень и почки. В этом случае можно использовать метод ЛТМИ (лучевой терапии с модулированной интенсивностью). Метод ЛТМИ представляет собой разновидность 3D-КЛТ, но обеспечивает более высокую точность наведения на цель, поэтому жизненно важные органы не

облучаются. Пучок радиации делится на несколько более мелких, при этом интенсивность каждого отдельного пучка можно менять.

Побочные эффекты облучения

Последствием лучевой терапии могут быть изменения кожи. Изменения кожи на облучаемом участке по внешнему виду и ощущениям напоминают эффект солнечного ожога. Может наблюдаться покраснение, сухость и повышенная чувствительность кожи, возможна болезненность при прикосновении.

Облучение опухолей желудка иногда приводит к появлению неприятных симптомов со стороны ЖКТ. Могут наблюдаться тошнота, рвота и диарея. Возможна боль в области облучения. К числу других возможных нежелательных реакций относятся сильная усталость при нормальной продолжительности сна (повышенная утомляемость) и потеря аппетита.

Здесь перечислены не все побочные эффекты лучевой терапии. Попросите врачей, занимающихся вашим лечением, рассказать обо всех возможных частых и редких побочных эффектах. Если вас беспокоит какой-либо побочный эффект, сообщите об этом врачам. Возможно, есть способы улучшить ваше самочувствие.



В апреле 2008 года мне было 40 лет, я была матерью троих детей, практикующим адвокатом и женой врача. Моя жизнь круто изменилась, когда я узнала, что у меня неоперабельный и неизлечимый рак желудка IV стадии. Мне сказали, что до конца жизни мне придется проходить химиотерапию, а мои шансы прожить еще 5 лет не превышали четырех процентов. Вариантов лечения распространенного рака желудка было очень мало, так как это довольно редкий вид рака у жителей Соединенных Штатов.

Я начала изучать все, что смогла найти по этому заболеванию, и искать врачей, которые могли бы мне помочь. Мне сказали, что жить мне осталось всего несколько недель, поэтому первой моей мыслью было, что моя трехлетняя дочь меня не запомнит, а 10-летним близнецам придется пройти через все сложности подросткового возраста без матери. Я не могла представить, что меня не будет в жизни моих детей. Мне необходимо было жить, чтобы встретить вместе с ними все важные события, которых так ждет любая мать. Я просто не могла допустить, что не увижу, как растут мои дети.

У меня было восемь рецидивов, и мое лечение продолжается и по сей день. За это время я прошла лечение с использованием разных режимов химиотерапии и три курса лучевой терапии.

Сейчас я живу во Флориде с мужем и детьми. Моя семья помогла мне пережить очень сложный период в моей жизни. Сейчас моя главная цель — как можно больше времени проводить с мужем и детьми, и каждый день рождения, каждое шоу талантов, все их футбольные матчи, соревнования по карате и репетиции, на которых я могу присутствовать, для меня бесценны. Когда мне поставили диагноз, у меня не было возможности получить важную для меня информацию, поэтому я очень рада, что теперь есть руководство, которое поможет вам идти по этому непростому пути.

Дебби Зелман,
пациентка, перенесшая рак желудка IV стадии,
основатель фонда Debbie's Dream
Foundation: Curing Stomach Cancer

Химиотерапия

Химиотерапия или «химия», как ее часто называют, — это лечение препаратами, нарушающими жизненный цикл опухолевых клеток. Некоторые из этих препаратов убивают опухолевые клетки, повреждая их ДНК или нарушая процесс синтеза ДНК. Другие препараты воздействуют на элементы клетки, участвующие в процессе деления. В результате новые клетки взамен отмирающих не появляются. Химиотерапия воздействует как на опухолевые, так и на нормальные клетки.

Некоторые препараты для химиотерапии действуют на клетки только в фазе их активного роста, как показано на **рисунке 13**. Во время фазы роста клетки увеличиваются в размерах и делятся с образованием новых клеток. Химиотерапевтические препараты, вмешивающиеся в фазу роста клеток, эффективно воздействуют на опухолевые клетки, поскольку те быстро растут и делятся. Другие препараты действуют на клетки не только во всех фазах роста, но и в фазе покоя.

Химиотерапевтические и другие лекарственные препараты, применяемые для лечения рака желудка, перечислены в **справочной таблице 2**. Иногда

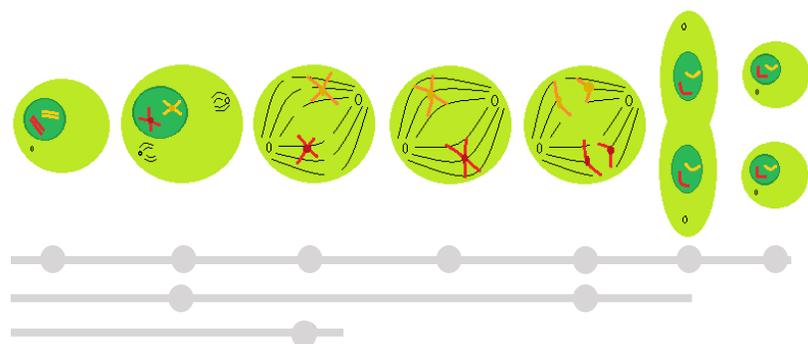
для лечения используют только один препарат. В других случаях используют комбинацию из нескольких препаратов, потому что они могут действовать по-разному. Применение двух и более химиотерапевтических препаратов называют комбинированной химиотерапией.

Большинство препаратов для лечения рака желудка представляют собой жидкости, предназначенные для медленного введения в вену. Только капецитабин выпускается в виде таблеток. Каким бы ни был способ применения препарата, лекарственное вещество распространяется по кровеносной системе и воздействует на опухолевые клетки независимо от того, где они находятся. Применение противоопухолевых препаратов, воздействующих на весь организм, врачи называют системной терапией.

Химиотерапевтические препараты применяют циклами, в которых за днями введения или приема препарата следуют дни отдыха. Благодаря этому организм успевает восстановиться перед началом нового цикла. Продолжительность цикла зависит от типа препарата и, как правило, составляет 14, 21 или 28 дней.

Рисунок 13. Химиотерапия и клеточный цикл

Прежде чем клетка разделится на две новые клетки, в ней происходит целый ряд изменений. Ученые подразделили эти изменения на 7 основных фаз. Есть еще одна фаза, называемая фазой покоя. Некоторые препараты атакуют клетки независимо от фазы, в которой те находятся. Другие препараты действуют только в одной или двух фазах роста.



Химиотерапевтические препараты могут воздействовать на клетку во всех фазах клеточного цикла или только в некоторых

Иллюстрации. ©2016. Nucleus Medical Media. Все права защищены. www.nucleusinc.com

Справочная таблица 2. Препараты для лечения рака желудка

Международное непатентованное название	Торговое название	Вид лечения
Капецитабин	Кселода®	Химиотерапия
Карбоплатин	–	Химиотерапия
Цисплатин	Платинол®	Химиотерапия
Доцетаксел	Таксотер®	Химиотерапия
Эпирубицин	Элленс®	Химиотерапия
Фторурацил (5-ФУ)	–	Химиотерапия
Иринотекан	Камптосар®	Химиотерапия
Оксалиплатин	Элоксатин®	Химиотерапия
Паклитаксел	Таксол®	Химиотерапия
Рамуцирумаб	Цирамза®	Таргетная терапия
Трастузумаб	Герцептин®	Таргетная терапия

Побочные эффекты химиотерапии

Какими будут побочные эффекты при проведении химиотерапии, зависит от многих факторов. В частности, это зависит от типа препарата, от его дозы, от длительности лечения и от индивидуальных особенностей организма. У некоторых людей возникает много побочных эффектов, а у других их может быть совсем мало. Некоторые побочные эффекты могут быть очень серьезными. Другие могут быть неприятными, но опасности не представляют. Большинство побочных эффектов появляются сразу после начала химиотерапии и исчезают после ее завершения. Однако есть и такие, которые не проходят очень долго или проявляются через несколько лет.

В целом большинство побочных эффектов химиотерапии связаны с гибелью быстро растущих клеток. Такие клетки есть в крови, в желудочно-кишечном тракте, в волосяных луковицах и во рту. Поэтому закономерно, что в перечень побочных эффектов химиотерапии входят снижение числа клеток крови, отсутствие аппетита, тошнота, рвота, диарея, выпадение волос и появление язв во рту. Может измениться цвет ногтей, они могут стать ломкими, сухими и шероховатыми.

Еще один частый побочный эффект некоторых химиотерапевтических препаратов — сенсорная невропатия. Сенсорная невропатия развивается из-за повреждения чувствительных нервных волокон. Причиной может быть применение оксалиплатина, паклитаксела, доцетаксела и 5-фторурацила.

К числу симптомов сенсорной невропатии относятся онемение, покалывание и боль в пальцах рук и ног. Кроме того, может появиться чувствительность к холоду и болезненность при легком прикосновении. Такие симптомы могут сохраняться в течение нескольких месяцев и даже лет. У некоторых людей сенсорная невропатия остается на всю жизнь. Обсудите со своим врачом возможные способы профилактики развития сенсорной невропатии или ослабления ее симптомов.

Здесь перечислены не все побочные эффекты химиотерапии. Попросите врачей, занимающихся вашим лечением, рассказать обо всех возможных частых и редких побочных эффектах. Если вас будет беспокоить какой-либо побочный эффект, сообщите об этом врачам. Возможно, есть способы улучшить ваше самочувствие.

Комплементарная и альтернативная медицина

Методы так называемой нетрадиционной или комплементарной и альтернативной медицины (КАМ) врачи применяют редко. В настоящее время применение методов КАМ при раке вызывает определенный интерес. Ученые проводят исследования ряда нетрадиционных методов, чтобы проверить, действительно ли они способны помочь.

Комплементарными называют методы, применяемые в дополнение к традиционным методам лечения. Насколько известно, комплементарные методы не способны уничтожить опухолевые клетки, но могут улучшить общее состояние и самочувствие. В качестве примеров таких методов можно привести иглоукалывание для снятия боли и йогу как успокаивающее и расслабляющее средство.

Альтернативные методы применяют вместо традиционных. Некоторые препараты, относящиеся к альтернативной медицине, продаются как лекарственные средства, хотя никаких доказательств их эффективности нет. Данные об эффективности обычно получают в ходе клинических исследований. Если бы имелись доказательства того, что методы нетрадиционной медицины или какие-нибудь другие средства способны лечить рак, они были бы внесены в это руководство.

Если вы применяете какие-либо методы нетрадиционной медицины, непременно сообщите об этом своим врачам. Они скажут вам, какие из этих методов могут принести пользу, а какие могут снизить эффективность применяемых традиционных методов.

Таргетная терапия

Для таргетной терапии применяют особый класс лекарственных препаратов, действие которых направлено на молекулы, способствующие росту опухолевых клеток. При такой терапии повреждение нормальных клеток менее вероятно, чем при химиотерапии. Молекулами-мишенями для таргетной терапии при раке желудка служат фактор роста эндотелия сосудов VEGF (vascular endothelial growth factor) и HER2.

Ниже приведено краткое описание этих препаратов и перечислены некоторые побочные эффекты. Попросите врачей, занимающихся вашим лечением, рассказать обо всех возможных побочных эффектах, в том числе редких. Из раздела 5 можно узнать, в каких случаях пациентам назначают эти препараты.

Сигнальный путь VEGF

Для роста клеткам опухоли необходимы поступающие с кровью питательные вещества и кислород. Кровь попадает к ним по кровеносным сосудам, пронизывающим опухоль. Одна из молекул, стимулирующих рост таких кровеносных сосудов — это VEGF.

Клетки опухоли вырабатывают большое количество молекул VEGF, которые переносятся к эндотелиальным

клеткам, формирующим кровеносные сосуды. Молекулы VEGF присоединяются к поверхностным рецепторам на наружной мембране эндотелиальных клеток. Поверхностные рецепторы — это белки внутри клеточной мембраны, у которых часть молекулы выходит за пределы клетки. Присоединение VEGF к этим рецепторам запускает процесс передачи сигнала, заставляющего клетки расти и делиться. Действие рамуцирумаба направлено на рецепторы VEGF.

Рамуцирумаб

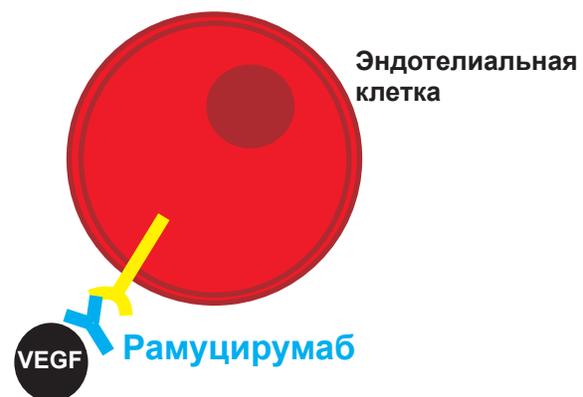
Рамуцирумаб присоединяется к рецепторам VEGF на наружной поверхности эндотелиальных клеток. **(см. рисунок 14)**. В результате молекулы VEGF присоединиться к ним уже не могут и сигналы к началу роста в клетки не поступают.

Рамуцирумаб вводят в виде инфузии. Введение полной дозы продолжается 60 минут. Рамуцирумаб всегда применяют в сочетании с химиотерапией. Препарат вводят один раз в две недели в первый день цикла химиотерапии.

К частым побочным эффектам рамуцирумаба относятся высокое артериальное давление и диарея. Возможны такие серьезные побочные эффекты как кровотечение, образование тромбов, перфорация стенок кишечника, формирование свищей и медленное заживление ран.

Рисунок 14. Таргетная терапия: мишень — VEGF

Для роста клеткам опухоли необходим приток крови. Они посылают эндотелиальным клеткам сигнальные молекулы VEGF, заставляющие их образовывать новые кровеносные сосуды. Рамуцирумаб блокирует рецепторы, и молекулы VEGF не могут к ним присоединиться.



Иллюстрации. ©2016. Nucleus Medical Media. Все права защищены. www.nucleusinc.com

Сигнальный путь HER2

Рост клетки начинается после того, как в нее поступают особые сигналы. **HER2** — один из поверхностных рецепторов клеток рака желудка, способных посылать внутрь клетки сигналы к началу роста и деления. В результате образования пар (димеризации) рецепторов HER2 с такими же и другими рецепторами начинаются химические реакции, запускающие процесс роста и деления клетки.

У некоторых пациентов с раком желудка клетки опухоли содержат очень много рецепторов HER2. Клетки с избыточным количеством HER2 быстро делятся, образуя новые опухолевые клетки. Лекарственный препарат трастузумаб способен блокировать передачу сигналов к росту от рецепторов HER2. Исследования показали, что трастузумаб замедляет прогрессирование метастатического рака в тех случаях, когда опухоль содержит повышенное количество HER2.

Трастузумаб

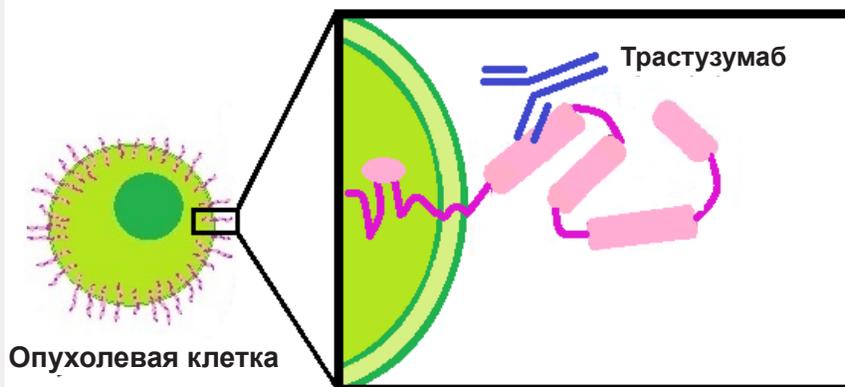
Трастузумаб присоединяется к той части рецептора HER2, которая находится вне клетки. В результате он теряет способность образовывать пары с другими поверхностными рецепторами (**см. рисунок 15**). Передача сигналов к началу роста прекращается.

Трастузумаб применяют в сочетании с химиотерапией. Препарат вводят внутривенно. При этом действующее вещество распространяется по кровеносной системе по всему телу.

После первого введения трастузумаба возможна легкая реакция с гриппоподобными симптомами, такими как лихорадка, озноб, головная боль, боль в мышцах и тошнота. При введении препарата во второй и третий раз такая реакция встречается реже. К числу редких побочных эффектов относятся поражения сердца и легких.

Рисунок 15. Таргетная терапия: мишень — HER2

Клетки некоторых опухолей желудка содержат избыточное количество рецепторов HER2. Эти рецепторы запускают передачу сигналов, вызывающих рост опухолевых клеток. Трастузумаб не дает рецепторам HER2 образовывать пары с другими поверхностными рецепторами и посылать внутрь клетки сигналы к началу роста.



© 2016 National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®). www.nccn.org www.nccn.org

Клинические исследования

Новые методы диагностики и лечения начинают широко применять далеко не сразу. Сначала их тщательно изучают. Для этого проводят клинические исследования — так называют научные исследования с участием людей, направленные на изучение новых методов диагностики и лечения.

В ходе клинических исследований оценивают, насколько эти методы безопасны и полезны для пациентов. После подтверждения безопасности и эффективности они могут войти в повседневную медицинскую практику. Именно благодаря клиническим исследованиям врачи получили возможность широко применять описанные в этой брошюре методы диагностики и лечения рака желудка.

Клинические исследования проводятся в несколько этапов. Такой порядок проведения позволяет врачам убедиться в том, что новые методы не представляют опасности для пациентов и дают хорошие результаты. Без клинических исследований узнать это было бы невозможно. Клинические исследования подразделяются на четыре фазы. При изучении новых методов лечения клинические исследования обычно состоят из четырех фаз.

- Цель исследований **фазы I** — выбор оптимальной дозы с минимальными побочными эффектами.
- В ходе исследований **фазы II** определяют, действует ли препарат при конкретном виде заболевания.
- В исследованиях **фазы III** сравнивают новый препарат со стандартным лекарственным препаратом.
- В ходе исследований **фазы IV** изучают применение лекарственных препаратов, уже одобренных Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA, Food and Drug Administration), у пациентов с разными видами рака.

Участие в клиническом исследовании дает ряд преимуществ. Во-первых, вы получите доступ к

самым передовым методам лечения рака. Во-вторых, вы будете получать медицинскую помощь самого высокого уровня. В-третьих, врачи будут тщательно контролировать результаты лечения независимо от того, какими они будут. В-четвертых, ваше участие в исследовании поможет другим пациентам с таким же заболеванием.

В то же время следует отметить, что клинические исследования сопряжены с некоторым риском. Применяемые методы диагностики и лечения могут, как и в любом другом случае, вызывать побочные эффекты. Кроме того, новые методы диагностики и лечения могут не принести вам никакой пользы. Среди не самых приятных сторон участия в клинических исследованиях можно назвать дополнительные посещения клиники и необходимость оформления различных документов.

Чтобы стать участником клинического исследования, вы должны соответствовать определенным требованиям. Обычно участников исследования подбирают так, чтобы показатели заболевания и общее состояние здоровья у них были примерно одинаковыми. При этом условии можно будет утверждать, что улучшение состояния пациентов объясняется проведенным лечением, а не исходными различиями между участниками.

Для участия в исследовании вам нужно будет прочесть и подписать документ, называемый формой информированного согласия. В этом документе описаны все детали клинического исследования, в том числе возможные риски и потенциальная польза.

Узнайте у врачей, которые занимаются вашим лечением, открыт ли в настоящее время набор в какое-нибудь клиническое исследование, в котором вы могли бы принять участие. Клинические исследования могут проводиться в том учреждении, где вы получаете лечение, или в других лечебных учреждениях. Вы можете сами найти клинические исследования на веб-сайтах, перечисленных в разделе 6.

Справочник по методам лечения



5 Справочник по методам лечения

50 Ранние стадии рака

В этом разделе приведена справочная информация по методам лечения рака желудка, применяемым в тех случаях, когда опухоль не проросла дальше первого слоя стенки желудка. При этом нет доказательств наличия рака в регионарных лимфатических узлах и в других частях тела. К этой категории относятся опухоли со стадиями 0 и IA (T1A).

54 Местно-распространенный рак

В этом разделе приведена справочная информация по методам лечения рака желудка, применяемым в тех случаях, когда опухоль вышла за пределы первого слоя стенки желудка. При этом может быть подтверждено поражение регионарных лимфатических узлов, но доказательств наличия метастазов в других частях тела быть не должно. К этой категории относятся опухоли со стадиями IA (T1b), IB, II и III.

62 Метастатический рак

В этом разделе приведена справочная информация по методам лечения рака желудка, распространившегося на другие части тела. Лечение в этом случае заключается в проведении симптоматической терапии. Симптоматическая терапия подходит также тем пациентам с неметастатическим раком, которых нельзя оперировать или они не согласны на операцию.

68 Краткое содержание



Ранние стадии рака

Справочная таблица 3. Первый этап лечения

Возможность проведения операции	Варианты лечения
Операция возможна и вы на нее согласны	<ul style="list-style-type: none"> • ЭРС • ЭПД • Операция
Операция невозможна или вы на нее не согласны	<ul style="list-style-type: none"> • ЭРС • ЭПД

Справочная таблица 4. Следующий этап лечения после операции

Результаты операции	Возможные варианты
Чистые края резекции и лимфатические узлы	<ul style="list-style-type: none"> • Выполнение программы последующего наблюдения
В краях резекции обнаружены опухолевые клетки	<ul style="list-style-type: none"> • Химиолучевая терапия • Операция
Часть опухоли осталась в желудке или рядом с ним	<ul style="list-style-type: none"> • Химиолучевая терапия • Симптоматическая терапия
Обнаружены отдаленные метастазы	<ul style="list-style-type: none"> • Симптоматическая терапия

В **справочной таблице 3** перечислены варианты первого этапа лечения рака на ранних стадиях. К этой категории относятся опухоли, которые не проросли дальше первого слоя стенки желудка (слизистой оболочки), при этом нет доказательств наличия рака в регионарных лимфатических узлах и в других частях тела. В системе TNM эти стадии обозначаются символами Tis, N0, M0 (стадия 0) и T1a, N0, M0 (стадия IA).

Выбор вариантов лечения зависит от того, позволяет ли ваше состояние здоровья вас оперировать. Имеет значение также ваше согласие на операцию. Чтобы определить, возможно ли в вашем случае хирургическое лечение, врачи оценят состояние легких, сердца и ваш нутритивный статус.

При всех ранних стадиях рака в число рассматриваемых вариантов лечения входят ЭРС и ЭПД. Если операция возможна, еще одним из доступных вариантов будет гастрэктомия с диссекцией лимфатических узлов. Если в онкологическом центре есть специалисты по ЭПД, этот метод предпочтителен в качестве первого этапа лечения при ранних стадиях рака.

Результаты анализа тканей, удаленных при проведении ЭРС или ЭПД, могут показать, что опухоль более агрессивна, чем предполагалось. Если опухоль агрессивна, она с большей вероятностью может распространиться в лимфатические узлы. На повышенную агрессивность опухоли может указывать то, что ее клетки очень сильно отличаются от нормальных (низкая степень дифференциации), а также то, что она проросла во второй слой стенки желудка (в подслизистую основу). В этом случае вам могут провести гастрэктомию с диссекцией лимфатических узлов.

В **справочной таблице 4** перечислены варианты лечения после операции. Решение о необходимости дальнейшего лечения принимают по результатам операции. Результаты могут быть следующими: 1) в краях резекции и в лимфатических узлах нет опухолевых клеток (чистые края резекции и лимфатические узлы); 2) в краях резекции обнаружены опухолевые клетки; 3) удалена не вся опухоль, которую хирург увидел в желудке или рядом с ним; и 4) обнаружены отдаленные метастазы (M1).

Возможно, в вашем случае хирургу удастся полностью удалить опухоль и получить чистые края резекции. Если в лимфатических узлах опухолевых клеток нет, никакое дополнительное лечение не понадобится. Следующим этапом в этом случае будет выполнение программы наблюдения.

Если в краях резекции обнаружены опухолевые клетки, рекомендуется химиолучевая терапия или повторная операция. Химиолучевая терапия направлена на уничтожение всех опухолевых клеток, которые могли остаться в организме. Также химиолучевая терапия может быть одним из вариантов дальнейшего лечения в тех случаях, когда хирургу не удается полностью удалить опухоль, расположенную в желудке или рядом с ним. В таких ситуациях рекомендуется химиотерапия с внутривенным введением 5-ФУ или приемом капецитабина до и после химиолучевой терапии на основе фторпиримидиновых препаратов.

Вам может быть назначена симптоматическая терапия. Это второй из возможных вариантов в тех случаях, когда после операции часть опухоли остается в желудке или в близлежащих тканях. Также этот вариант рекомендуется, если во время операции обнаруживаются отдаленные метастазы (M1). Симптоматическая терапия описана в разделе *Метастатический рак*.

Справочная таблица 5. Программа наблюдения после завершения лечения

Метод лечения	Вид процедуры / мероприятия	Как часто проводится
ЭРС или ЭПД	ЭУС с эндоскопией верхних отделов ЖКТ	<ul style="list-style-type: none"> • Обычно каждые 6–12 месяцев
Операция	Сбор анамнеза и физикальный осмотр	<ul style="list-style-type: none"> • Каждые 3–6 месяцев в течение 1–2 лет <ul style="list-style-type: none"> ◦ Если результаты нормальные, в дальнейшем повторяют каждые 6–12 месяцев в течение 3–5 лет ◦ Если результаты нормальные, в дальнейшем повторяют один раз в год
	ОАК и биохимический анализ крови	<ul style="list-style-type: none"> • По мере необходимости
	КТ с контрастом органов грудной клетки и брюшной полости или эндоскопия верхних отделов ЖКТ	<ul style="list-style-type: none"> • По мере необходимости
	Оценка состояния питания	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярно

В **справочной таблице 5** представлена программа наблюдения после лечения рака. Выполнение этой программы начинается после исчезновения всех признаков рака в результате лечения. Содержание этой программы зависит от проведенного лечения.

После ЭРС или ЭПД

Необходимо проходить ЭУС с эндоскопией верхних отделов ЖКТ. Применение этих методов позволяет эффективно обнаруживать рак в случае рецидива заболевания. При этом врачи могут отбирать от четырех до шести образцов ткани из подозрительных мест.

После операции

Рекомендуется регулярно проходить физикальный осмотр со сбором анамнеза. Анализы крови, КТ и эндоскопию верхних отделов ЖКТ назначают только при необходимости.

Проведенная операция может стать причиной недостаточного поступления в организм питательных веществ. Поэтому у вас будут проверять содержание витамина В12, железа и других веществ в крови. При необходимости будет проводиться лечение.

Рецидив

В период последующего наблюдения заболевание может вернуться. Это называется рецидивом. Варианты лечения будут зависеть от того места, где обнаружится рецидив.

Если повторно появившаяся опухоль находится рядом с желудком или с тем местом, где он находился до операции, рак называют местно-распространенным. Если ваше состояние здоровья позволяет, может быть проведена операция.

В других случаях при местно-распространенном и метастатическом раке рекомендуется симптоматическая терапия. Симптоматическая терапия описана в разделе *Метастатический рак*.

Местно-распространенный рак

Справочная таблица 6. Первый этап лечения

Возможность проведения операции	Клиническая стадия	Варианты лечения
Операция возможна и вы на нее согласны	T1a, N1–N3, M0 T1b, любая N, M0	• Операция
	T2, любая N, M0 T3, любая N, M0 T4, любая N, M0	• Операция • Химиотерапия до и после операции • Химиолучевая терапия до операции
Операция потенциально возможна	Любая	• Химиолучевая терапия ± операция • Химиотерапия ± операция
Операция невозможна или вы на нее не согласны	Любая	• Химиолучевая терапия • Симптоматическая терапия

В справочной таблице 6 перечислены варианты первого этапа лечения местно-распространенного рака. К этой категории относятся опухоли, распространившиеся за пределы первого слоя стенки желудка (слизистой оболочки). При этом могут быть поражены регионарные лимфатические узлы, но метастазов в других частях тела быть не должно. Перечень клинических стадий, при которых рак считается местно-распространенным, приведен в справочной таблице 6.

Одним из вариантов для этих стадий может быть хирургическое лечение. Чтобы определить, возможна ли операция в вашем случае, врачи оценят состояние легких, сердца и ваш нутритивный статус. Они также рассмотрят варианты химиотерапии и химиолучевой терапии с точки зрения пользы и потенциального вреда.

Операция возможна и вы на нее согласны

Если операция возможна и вы на нее согласны, она может оказаться единственным и достаточным методом лечения. Однако в большинстве случаев одной операции бывает недостаточно. В частности, если опухоль проросла за пределы второго слоя стенки желудка, рассматривают еще два дополнительных варианта лечения. Опухоли такого типа могут относиться к стадиям T2, T3 или T4.

Второй вариант помимо только хирургического лечения — химиотерапия до и после операции. Химиотерапия, которая проводится в такой последовательности, называется периоперационной. Третий вариант — химиолучевая терапия до операции (предоперационная), но для подтверждения эффективности применения этого метода в такой ситуации необходимы дополнительные научные исследования.

Рекомендованы следующие режимы периоперационной химиотерапии:

- 5-ФУ и цисплатин;
- ЭЦФ (эпирубицин, цисплатин и фторурацил);
- эпирубицин, оксалиплатин и фторурацил;
- эпирубицин, цисплатин и капецитабин;
- эпирубицин, оксалиплатин и капецитабин.

Для предоперационной химиолучевой терапии рекомендованы следующие варианты химиотерапии.

Предпочтительные режимы:

- паклитаксел и карбоплатин;
- цисплатин и 5-ФУ (или капецитабин);
- оксалиплатин и 5-ФУ (или капецитабин).

Другие режимы:

- паклитаксел и 5-ФУ (или капецитабин).

Операция потенциально возможна

Если опухоль значительно распространилась в области желудка, операция все-таки может стать возможной. Под действием других методов лечения опухоль иногда сокращается настолько, что ее можно удалить хирургическим путем. С этой целью применяют химиолучевую терапию на основе фторпиримидинов или таксанов. Еще один вариант — уменьшить размеры опухоли только за счет химиотерапии.

Чтобы определить, сократилась ли опухоль, врачи проводят повторное стадирование. Для стадирования используют результаты КТ, ОАК и полного биохимического анализа крови. С этой целью необходимо выполнить КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза. Сканирование проводят с контрастом, который вводят внутривенно и дают выпить в виде раствора. При необходимости назначают ПЭТ/КТ.

Если опухоль сильно уменьшится в размерах, вам могут провести операцию. Еще одним вариантом в этом случае может быть переход к программе наблюдения.

Если опухоль не уменьшится настолько, что операция станет возможной, вариантом может быть симптоматическая терапия. Симптоматическая терапия описана ниже в разделе *Метастатический рак*.

Операция невозможна или вы на нее не согласны

Если операция невозможна или вы на нее не согласны, подходящим вариантом может быть химиолучевая терапия, направленная на полное уничтожение опухоли. Врачи называют этот метод радикальной химиолучевой терапией. Такая химиолучевая терапия проводится на основе фторпиримидинов или таксанов.

Второй вариант — симптоматическая терапия. Симптоматическая терапия описана ниже в разделе *Метастатический рак*.

Справочная таблица 7. Лечение после операции как единственного метода лечения

Результаты операции	Патоморфологическая стадия	Возможные варианты
Чистые края резекции	T1b, N0, M0	<ul style="list-style-type: none"> • Выполнение программы наблюдения
	T2, N0, M0	<ul style="list-style-type: none"> • Выполнение программы наблюдения или • Химиолучевая терапия, если есть вероятность рецидива
	T1, N1–N3, M0 T2, N1–N3, M0 T3, любая N, M0 T4, любая N, M0	<ul style="list-style-type: none"> • Химиолучевая терапия или • Химиотерапия, если удалены лимфоузлы уровня D2
В краях резекции обнаружены опухолевые клетки	Любая	<ul style="list-style-type: none"> • Химиолучевая терапия
Часть опухоли осталась в желудке или рядом с ним	Любая	<ul style="list-style-type: none"> • Химиолучевая терапия или • Симптоматическая терапия
Обнаружены отдаленные метастазы	Любая	<ul style="list-style-type: none"> • Симптоматическая терапия

В справочной таблице 7 перечислены варианты дальнейшего лечения после операции как единственного метода лечения на первом этапе. Решение о том, нужно ли дальнейшее лечение, принимают по результатам операции. Результаты операции могут быть следующими: 1) в краях резекции нет опухолевых клеток (чистые края резекции); 2) в краях резекции обнаружены опухолевые клетки; 3) удалена не вся опухоль, которую хирург увидел в желудке или рядом с ним; и 4) обнаружены отдаленные метастазы (M1).

Если края резекции чистые, варианты дальнейшего лечения выбирают в зависимости от патоморфологической стадии. Так называется стадия, устанавливаемая после операции. Если это стадия T1b N0 M0 или T2 N0 M0, больше никакого лечения не требуется. Следующим этапом будет выполнение программы наблюдения. Химиолучевая терапия рекомендуется только для опухолей T2 при высокой вероятности рецидива. Вероятность рецидива повышается в следующих случаях:

- если опухолевые клетки сильно отличаются от нормальных,
- если опухолевый процесс распространился на лимфатические сосуды или нервы,
- если пациенту меньше 50 лет,
- если не удалены лимфатические узлы в объеме D2.

Даже если в краях резекции нет опухолевых клеток, в ряде случаев бывает необходимо дальнейшее лечение, в частности: 1) если это опухоль T1 или T2 с поражением лимфатических узлов; или 2) если это опухоль T3 или T4 независимо от поражения лимфатических узлов. Один из вариантов дальнейшего лечения таких опухолей — химиолучевая терапия. Рекомендуется химиотерапия с внутривенным введением 5-ФУ или приемом капецитабина до и после химиолучевой терапии на основе фторпиримидиновых препаратов.

Второй вариант для пациентов с удаленными лимфоузлами уровня D2 — это только химиотерапия без облучения. К уровню D2 относятся лимфатические узлы, расположенные вдоль ближайших артерий и около селезенки. В этом случае рекомендуется лечение капецитабином в сочетании с оксалиплатином или цисплатином.

Если в краях резекции обнаружены признаки рака, рекомендуется химиолучевая терапия. Химиолучевая терапия направлена на уничтожение всех опухолевых клеток, которые могли остаться в организме. Также химиолучевая терапия может быть одним из вариантов дальнейшего лечения, если хирургу не удалось полностью удалить опухоль, расположенную в желудке или рядом с ним. В таких ситуациях рекомендуется химиотерапия с внутривенным введением 5-ФУ или приемом капецитабина до и после химиолучевой терапии на основе фторпиримидиновых препаратов.

Вам может быть назначена симптоматическая терапия. Это второй из возможных вариантов в тех случаях, когда после операции часть опухоли остается в желудке или в близлежащих тканях. Также этот вариант рекомендуется, если во время операции обнаруживаются отдаленные метастазы (M1). Симптоматическая терапия описана ниже в разделе *Метастатический рак*.

Справочная таблица 8. Дальнейшее лечение после операции с пред- и периоперационной терапией

Результаты операции	Патоморфологическая стадия	Возможные варианты
Чистые края резекции	Любая T, N0, M0	<ul style="list-style-type: none"> • Выполнение программы наблюдения или • Химиотерапия, если она была до операции
	Любая T, N1–N3, M0	<ul style="list-style-type: none"> • Химиотерапия, если она была до операции
В краях резекции обнаружены опухолевые клетки	Любая	<ul style="list-style-type: none"> • Химиолучевая терапия, если ее не было до операции
Часть опухоли осталась в желудке или рядом с ним	Любая	<ul style="list-style-type: none"> • Химиолучевая терапия, если ее не было до операции или • Симптоматическая терапия
Обнаружены отдаленные метастазы	Любая	<ul style="list-style-type: none"> • Симптоматическая терапия

В справочной таблице 8 перечислены варианты дальнейшего лечения после операции, которой предшествовала химиолучевая терапия или химиотерапия. Решение о том, нужно ли дальнейшее лечение, принимают по результатам операции. Результаты операции могут быть следующими:

- 1) в краях резекции нет опухолевых клеток (чистые края резекции);
- 2) в краях резекции обнаружены опухолевые клетки;
- 3) удалена не вся опухоль, которую хирург увидел в желудке или рядом с ним;
- и 4) обнаружены отдаленные метастазы (M1).

Если края резекции чистые, варианты дальнейшего лечения выбирают в зависимости от патоморфологической стадии. Так называется стадия, устанавливаемая после операции. Если опухоль отнесена к категории N0, дальнейшее лечение не требуется, за исключением тех случаев, когда до операции проводилась химиотерапия. Если перед операцией вы получали химиотерапию в сочетании с лучевой терапией или без нее, после операции рекомендуются дополнительные циклы химиотерапии при любом значении N (N0, N1, N2 или N3). Рекомендованы следующие режимы химиотерапии после операции:

- ЭЦФ (эпирубицин, цисплатин и фторурацил);
- эпирубицин, оксалиплатин и фторурацил;
- эпирубицин, цисплатин и капецитабин;
- эпирубицин, оксалиплатин и капецитабин.

Если в краях резекции обнаружены опухолевые клетки, рекомендуется химиолучевая терапия, если ее не проводили до операции. Химиолучевая терапия направлена на уничтожение всех опухолевых клеток, которые могли остаться в организме. Также химиолучевая терапия может быть одним из вариантов дальнейшего лечения в тех случаях, когда хирургу не удастся полностью удалить опухоль, расположенную в желудке или рядом с ним. В таких ситуациях рекомендуется химиотерапия с внутривенным введением 5-ФУ или приемом капецитабина до и после химиолучевой терапии на основе фторпиримидиновых препаратов.

Вам может быть назначена симптоматическая терапия. Это второй из возможных вариантов в тех случаях, когда после операции часть опухоли остается в желудке или в близлежащих тканях. Также этот вариант рекомендуется, если во время операции обнаруживаются отдаленные метастазы (M1). Симптоматическая терапия описана ниже в разделе *Метастатический рак*.

Справочная таблица 9. Программа наблюдения после завершения лечения

Вид процедуры / мероприятия	Как часто проводится
Сбор анамнеза и физикальный осмотр	<ul style="list-style-type: none"> • Каждые 3–6 месяцев в течение 1–2 лет <ul style="list-style-type: none"> ◦ Если результаты нормальные, в дальнейшем повторяют каждые 6–12 месяцев в течение 3–5 лет ◦ Если результаты нормальные, в дальнейшем повторяют один раз в год
ОАК и биохимический анализ крови	<ul style="list-style-type: none"> • По мере необходимости
КТ с контрастом органов грудной клетки и брюшной полости или эндоскопия верхних отделов ЖКТ	<ul style="list-style-type: none"> • По мере необходимости
Оценка состояния питания	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярно

Метастатический рак

Справочная таблица 10. Симптоматическая терапия

Показатель общего состояния	Возможные варианты лечения
ECOG \leq 2 или индекс Карновского \geq 60 %	<ul style="list-style-type: none">• Симптоматическая терапия в сочетании с системной терапией (см. страницу 64)• Клинические исследования или• Симптоматическая терапия без системной терапии (см. страницу 66)
ECOG \geq 3 или индекс Карновского $<$ 60 %	<ul style="list-style-type: none">• Симптоматическая терапия без системной терапии (см. страницу 64)

Симптоматическая терапия

Метастатический рак с обозначением М1 не поддается лечению методами локального воздействия. К категории метастатических относятся заболевания IV стадии. В таких случаях применяется симптоматическая терапия, направленная на замедление роста опухоли. Если речь идет о распространенном опухолевом процессе, симптоматическую терапию называют паллиативной помощью.

Цель симптоматической терапии — предотвратить или свести к минимуму неприятные ощущения, вызываемые опухолью, которую нельзя удалить. Кроме того, симптоматическая терапия может продлить жизнь, улучшить питание и общее самочувствие.

Пациенты с неметастатическим раком тоже получают симптоматическую терапию. Если операция невозможна, подходящим вариантом может быть системная терапия для сдерживания роста опухоли. Системная терапия воздействует на опухолевые клетки, в какой бы части тела они ни находились. Другие направления симптоматической терапии, такие как облегчение нежелательных симптомов, находят применение у многих людей с разными стадиями рака желудка.

В **справочной таблице 10** перечислены варианты лечения, применяемые при метастатическом раке и других далеко зашедших формах заболевания. При выборе варианта учитывают общее состояние пациента, то есть его способность к повседневной деятельности. Общее состояние обычно оценивают по одной из двух шкал.

Шкала ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group — Восточная объединенная онкологическая группа)

- **0 баллов** означает, что пациент полностью активен.
- **1 балл** означает, что пациент полностью справляется с самообслуживанием, но ему трудно выполнять тяжелую физическую работу.
- **2 балла** означает, что пациент способен к самообслуживанию и большую часть времени бодрствования проводит не в постели, но никакую работу выполнять не может.
- **3 балла** означает, что пациент не способен полностью справиться с самообслуживанием, не может выполнять никакую работу и

большую часть времени бодрствования проводит в постели.

- **4 балла** означает, что пациент полностью зависит от посторонней помощи.

Шкала Карновского

- **Индекс от 0 до 49 %** означает, что пациент не способен себя обслуживать.
- **Индекс от 50 до 79 %** означает, что пациент не может выполнять активную работу и частично нуждается в помощи.
- **Индекс от 80 до 100 %** означает, что у пациента сохранена нормальная активность.

Химиотерапия может вызывать тяжелые побочные эффекты. Поэтому ее применяют только в тех случаях, когда состояние здоровья пациента не ограничивает его активность в значительной степени.

Если ваше состояние соответствует 2 баллам (или меньше) по шкале ECOG или 60 % и более по шкале Карновского, у вас есть три варианта. Первый вариант — симптоматическая терапия в сочетании с системной терапией. Второй вариант — участие в клинических исследованиях, посвященных новым методам системной терапии. Третий вариант — симптоматическая терапия без системной терапии.

Режимы системной терапии, рекомендованные экспертами NCCN, перечислены на странице 64. Методы устранения симптомов описаны на странице 66.

Если ваше состояние соответствует 3 или больше баллам по шкале ECOG или ваш индекс Карновского меньше 60 %, возможным вариантом будет симптоматическая терапия без системной терапии. Вы можете получить и другие виды помощи, направленной на улучшение качества жизни.

Справочная таблица 11. Варианты системной терапии первой линии*

Предпочтительные режимы	Другие режимы
Фторпиримидин [¥] + цисплатин	Паклитаксел + цисплатин или карбоплатин
Фторпиримидин [¥] + оксалиплатин	Доцетаксел + цисплатин
[¥] 5-ФУ или капецитабин	Доцетаксел
	5-ФУ + иринотекан
	Доцетаксел + цисплатин + фторурацил
	Доцетаксел + оксалиплатин + фторурацил
	Доцетаксел + карбоплатин + фторурацил
	ЭЦФ (эпирубицин + цисплатин и фторурацил)
	Эпирубицин + оксалиплатин + фторурацил
	Эпирубицин + цисплатин + капецитабин
	Эпирубицин + оксалиплатин + капецитабин

*Если клетки опухоли содержат избыточное количество рецепторов HER2, к применяемой химиотерапии добавляют трастузумаб.

Справочная таблица 12. Варианты системной терапии второй линии

Предпочтительные режимы	Другие режимы
Рамуцирумаб + паклитаксел	Иринотекан + цисплатин
Доцетаксел	Иринотекан + фторпиримидин (5-ФУ или капецитабин)
Паклитаксел	Доцетаксел + иринотекан
Иринотекан	Доцетаксел + иринотекан
Рамуцирумаб	

Устранение симптомов

Само онкологическое заболевание и применяемые для его лечения методы могут вызывать неприятные, а иногда и опасные симптомы. Один из наиболее частых симптомов у пациентов с раком желудка — это кровотечение. Причиной кровотечения может быть как сама опухоль, так и методы лечения.

Для остановки кровотечения могут применяться эндоскопические методы. К числу таких эндоскопических методов относятся инъекции, наложение клипс и термическое воздействие на ткани. Часто бывает, что сначала эти методы помогают, но через некоторое время кровотечение возобновляется. Для оценки эффективности эндоскопических методов лечения необходимы дополнительные исследования.

Помимо перечисленных эндоскопических методов есть два других варианта лечения. Для закупоривания или перекрытия кровеносных сосудов может применяться эмболизация. Кроме того, результаты ряда исследований свидетельствуют в пользу применения ДЛТ для предотвращения кровопотери. Этим методом можно остановить как начавшееся ранее, так и только что возникшее кровотечение.

При кровотечениях врачи иногда назначают препараты, которые относятся к группе ингибиторов протонной помпы. Однако до конца не известно, насколько эффективно они останавливают кровотечения. Для этого необходимы дополнительные исследования.

Другими симптомами, связанными с раком желудка, могут быть боль и тошнота с рвотой или без нее. Для устранения боли используют лучевую терапию, химиотерапию, обезболивающие препараты и другие средства. Также имеются лекарственные и другие методы для избавления от тошноты и рвоты. Чтобы выбрать способ устранения этих симптомов, нужно знать, связаны ли они с тем, что опухоль перекрывает ЖКТ. Более подробно об этом рассказано в разделе *Непроходимость ЖКТ*.

У вас могут появиться и другие симптомы, которые здесь не описаны. Сообщайте своим врачам о появлении новых симптомов или усугублении тех, которые у вас уже есть. Возможно, врачи найдут способ улучшить ваше самочувствие.

Непроходимость ЖКТ

Опухоль может мешать прохождению пищи через желудок и кишечник. Если врач заподозрит у вас непроходимость, необходимо будет пройти обследование. Иногда для этого вводят через рот эндоскоп, чтобы врач мог увидеть состояние желудка. Другой вариант — рентгенография, которую выполняют после приема контраста. Рентгеновские лучи позволяют увидеть в реальном времени, как пища проходит по пищеводу и желудку. Это называется флюороскопическим исследованием.

Для устранения непроходимости может применяться эндоскопический метод лечения. Этот метод заключается в установке тонкого металлического стента в условиях седации. Такие стенты устанавливают в месте соединения полостей пищевода и желудка или желудка и тонкой кишки. Стент расширяет просвет между органами и остается в теле пациента, чтобы обеспечивать нормальное прохождение пищи через пищеварительный тракт. Стентирование иногда проводят в амбулаторных условиях.

Еще один способ восстановления проходимости — хирургический. Такие операции проводят под общим наркозом. Хирургическим методом можно создать обходной путь вокруг места сужения или удалить часть желудка.

Уменьшение размеров опухоли также помогает восстановить просвет в ЖКТ. Для воздействия на опухоль применяют ДЛТ или химиотерапию.

Принятие решений о лечении



6 Принятие решений о лечении

- 71 Выбор за вами
- 72 Какие вопросы задать врачу
- 77 Взвешивая все «за» и «против»
- 78 Веб-сайты / Краткое содержание



Большинство людей, узнав о своем диагнозе, испытывают сильнейший стресс. Пока вы привыкаете к мысли о том, что у вас рак, вам придется многое узнать о методах диагностики и лечения. К тому же на составление плана лечения отводится не так уж много времени. В разделах с 1 по 5 рассказано об этом виде рака, о необходимых диагностических исследованиях и вариантах лечения, рекомендованных экспертами NCCN. Приведенные здесь варианты основаны на достоверных научных данных и единодушно одобрены экспертами. Цель раздела 6 — помочь вам в принятии решений, соответствующих вашим убеждениям, предпочтениям и личным ценностям.

«Меня прооперировали 16 августа 2016 года. Теперь я пытаюсь привыкнуть к своей новой жизни без желудка. Не сказать, чтобы это было легко, но иначе у меня просто не было бы никаких шансов. А сейчас я могу представлять, как встречу старость вместе с мужем, и знаю, что моя дочка, которой всего четыре года, не останется без матери. С какой радостью я буду наблюдать, как она растет и учится, как превращается в прекрасную девушку. Возможность все это время быть рядом с ней, безусловно, стоит утраты желудка».

*Хэзер Хуус,
защитник прав пациентов, фонд No
Stomach For Cancer*

Какие варианты лечения мне подходят?

Не существует единого принципа лечения, который идеально подходил бы всем пациентам. Часто у пациента бывает выбор между несколькими вариантами лечения, кроме того, возможно участие в клинических исследованиях. Ваш врач проанализирует результаты диагностических исследований и порекомендует подходящие варианты лечения.

1. Что будет, если ничего не предпринимать?
2. Можно ли мне просто наблюдаться для контроля за состоянием опухоли?
3. Сверяетесь ли вы с рекомендациями NCCN, когда рассматриваете подходящие варианты лечения?
4. Отличаются ли варианты, которые вы предлагаете, от рекомендаций NCCN? Если да, то почему? На чем основаны эти варианты?
5. Как влияют на выбор вариантов лечения мой возраст, состояние здоровья и другие факторы?
6. У какого из вариантов самая высокая доказанная эффективность?
7. Какие варианты пока недостаточно подтверждены научными данными?
8. Какие преимущества у каждого из вариантов? Есть ли варианты, которые позволяют рассчитывать на полное излечение? Есть ли среди этих вариантов такой, который дает мне больше шансов, хотя бы ненамного? Какой из этих вариантов позволяет максимально сохранить здоровые ткани? Есть ли среди этих вариантов более щадящие? Есть ли такие, которые потребуют меньше времени на лечение или меньше расходов?
9. Какие риски связаны с каждым из вариантов? Какие могут возникнуть осложнения? Какие возможны редкие и частые побочные эффекты? Быстро проходящие и долго сохраняющиеся? Серьезные и легкие? Каковы другие возможные риски?
10. Как можно предотвратить или облегчить побочные эффекты лечения?
11. Какова вероятность, что болезнь вернется?

Что потребуется от меня в случае выбора этих вариантов?

Многие пациенты думают о том, как выбор того или иного варианта лечения повлияет на их жизнь в практическом смысле. Знать об этом важно, ведь у каждого может быть семья, работа и другие обязанности, требующие времени и усилий. Вас может также беспокоить то, что вам, вероятно, потребуется посторонняя помощь во время лечения. Если доступных вариантов больше одного, для вас может быть важно выбрать из них наименее обременительный.

1. Нужно ли мне будет приходить в больницу или еще куда-нибудь? Как часто? Сколько будет продолжаться каждое посещение?
2. Могу ли я выбирать, когда начать лечение? Смогу ли я выбирать дату и время, когда будет проходить лечение?
3. Как мне подготовиться к лечению? Нужно ли мне прекратить прием какого-нибудь из моих обычных лекарств? Есть ли какие-нибудь ограничения в отношении пищи?
4. Нужно ли мне брать кого-нибудь с собой, когда я буду приходить на лечение?
5. Будет ли лечение болезненным?
6. Сколько будет стоить мое лечение? Какие расходы покрывает моя страховка?
7. Придется ли мне пропускать работу или учебу? Смогу ли я водить машину?
8. Понадобится ли мне специальный домашний уход после лечения? Если да, то какой именно?
9. Как скоро я буду чувствовать себя нормально?
10. Когда я смогу вернуться к обычному образу жизни?

Взвешивая все «за» и «против»

Иногда очень трудно решить, какой вариант лечения лучше. У врачей разных специальностей могут быть разные мнения относительно того, что будет лучше для вас. Это может привести в замешательство. Ваш супруг или партнер может не согласиться с тем вариантом, который предпочитаете вы. Это может вызвать стресс. В некоторых случаях нет убедительных доказательств, что один вариант лечения более эффективен, чем другой, поэтому научные данные тут не помогут. Ниже описаны несколько способов облегчить этот выбор.

Второе мнение

Период времени, когда решается вопрос о дальнейшем лечении, бывает очень тяжелым. Люди, заболевшие раком, обычно стремятся начать лечение как можно скорее. Им хочется избавиться от опухоли, пока болезнь не зашла далеко. Безусловно, рак нельзя игнорировать, но, как правило, есть достаточно времени, чтобы хорошо подумать и выбрать тот вариант, который будет для вас оптимальным.

Вы можете захотеть показать результаты своих обследований другому врачу, чтобы он предложил вам свой план лечения. Такая процедура называется получением второго мнения. При этом вы можете полностью доверять своему врачу, но второе мнение о наилучшем варианте лечения может оказаться очень полезным.

Для этого вам нужно будет отправить копии патоморфологического заключения, диски с данными лучевой диагностики и другие результаты обследований тому врачу, который должен будет высказать второе мнение. Некоторым людям бывает неудобно просить копии медицинских документов у своего врача. Однако второе мнение — это обычная практика в онкологии.

Когда сами врачи заболевают раком, большинство из них обращается к нескольким специалистам, чтобы выбрать вариант лечения. Более того, некоторые программы медицинского страхования предусматривают получение второго мнения. Если в вашу программу страхования не включена стоимость получения второго мнения, вы можете оплатить его самостоятельно.

Если оба мнения совпадут, вы будете меньше волноваться по поводу сделанного выбора. Если специалисты разойдутся во мнениях, стоит подумать о третьем мнении. Третье мнение может помочь вам сделать выбор между двумя вариантами. Когда речь идет о раке, правильный выбор метода лечения особенно важен. От этого выбора может зависеть продолжительность и качество жизни.

Группы поддержки

Помимо разговора со специалистами, вам может помочь обсуждение этих вопросов с другими людьми, которые были в такой же ситуации. В группах поддержки обычно можно найти пациентов, находящихся на разных этапах лечения. Некоторые из них только решают, какой вариант им выбрать, а у других лечение уже закончилось. В группах поддержки вы можете задать интересующие вас вопросы и узнать об опыте других пациентов с раком желудка.

Сравните все преимущества и недостатки

У каждого варианта есть свои положительные и отрицательные стороны. Помните об этом, решая, какой вариант будет для вас наилучшим. Обсуждение с другими людьми иногда помогает выявить те преимущества и недостатки, о которых вы даже не подозревали. Можно использовать систему баллов от 0 до 10, чтобы оценить каждый фактор, ведь некоторые факторы могут значить для вас больше, чем для других людей.

Веб-сайты | Краткое содержание

American Cancer Society (Американское онкологическое общество)

www.cancer.org/cancer/stomachcancer/index

Debbie's Dream Foundation: Curing Stomach Cancer

www.DebbiesDream.org

National Cancer Institute (Национальный институт рака)

www.cancer.gov/types/stomach

National Coalition for Cancer Survivorship (Объединение пациентов, перенесших рак)

www.canceradvocacy.org/toolbox

NCCN

www.nccn.org/patients

No Stomach For Cancer

www.nostomachforcancer.org

Краткое содержание

- Совместное принятие решения — это процесс составления плана лечения, в котором вы участвуете вместе с врачами.
- Чрезвычайно важно, чтобы вы задавали врачам вопросы. Так вы сможете получить необходимую информацию для принятия обоснованного решения.
- Второе мнение, обсуждение в группах поддержки, сопоставление преимуществ и недостатков — все это может помочь вам в выборе наилучшего варианта лечения.

Глоссарий

Словарь
Сокращения

Словарь

Аденокарцинома

Злокачественная опухоль, развившаяся из клеток, вырабатывающих жидкий секрет или гормоны.

Анамнез

Описание всех произошедших событий, связанных со здоровьем, и всех применявшихся лекарственных препаратов.

Биопсия

Извлечение небольшого количества ткани или жидкости для проведения анализа на наличие заболевания.

Брюшная полость

Область живота между грудной клеткой и тазом.

Врач-патоморфолог

Специалист, который занимается исследованием клеток, чтобы установить наличие заболевания.

Гастроэнтеролог

Врач, который специализируется на заболеваниях органов пищеварения.

Гастрэктомия

Операция по удалению всего желудка или его части.

Гены

Заложенные в клетках инструкции по построению новых клеток и регулированию происходящих в них процессов.

Гибридизация in situ (ISH)

Лабораторное исследование для определения числа копий конкретного гена.

Диафрагма

Мышечный пласт, расположенный ниже ребер и участвующий в акте дыхания.

Диетолог

Специалист по лечебному питанию.

Дистанционная лучевая терапия (ДЛТ)

Вид лучевой терапии, при которой источник излучения находится вне тела пациента.

Еюностомическая трубка (ЕСТ)

Питательная трубка, которую вводят в тонкую кишку через разрез в стенке живота.

Иммуногистохимия (ИГХ)

Лабораторное исследование опухолевых клеток на наличие специфических признаков, ответственных за аномальный рост клеток.

Клиническая стадия

Показатель, характеризующий размеры и распространенность опухоли на основании результатов обследований до начала лечения.

Клиническое исследование

Исследование метода диагностики или лечения для оценки его безопасности и эффективности.

Компьютерная томография (КТ)

Метод диагностики, позволяющий получать изображения частей тела с помощью рентгеновского излучения.

Контраст

Красящее вещество, которое вводят пациенту во время диагностического исследования, чтобы получить более четкие изображения.

Край резекции

Часть здоровой с виду ткани вокруг опухоли, удаленная во время операции.

Лапароскопия

Манипуляции с использованием тонкого инструмента, введенного через разрез в области живота.

Лимфа

Прозрачная жидкость, содержащая белые кровяные клетки (лимфоциты).

Лимфатические узлы (лимфоузлы)

Небольшие органы, образованные клетками иммунной системы и расположенные по всему телу.

Лимфодиссекция (лимфаденэктомия)

Хирургическое удаление некоторых лимфатических узлов.

Лучевая диагностика

Методы, используемые для получения изображений внутренних органов.

Лучевая терапия

Применение излучения для лечения рака.

Лучевая терапия с модулированной интенсивностью (ЛТМИ)

Способ проведения лучевой терапии с использованием множества отдельных пучков излучения, интенсивность которых зависит от расстояния до опухоли.

Малый таз

Область живота между тазовым костями.

Метастазирование

Распространение опухолевых клеток из первичной опухоли в другие части тела.

Мышечная пластинка

Тонкий слой мышечной ткани в составе слизистой оболочки стенки желудка.

Мышечная оболочка

Третий слой стенки желудка, состоящий преимущественно из мышечной ткани.

Общий анализ крови (ОАК)

Определение количества различных клеток крови.

Общий наркоз

Контролируемый процесс введения пациента в бесчувственное состояние с помощью лекарств.

Онколог

Специалист по противоопухолевым лекарственным препаратам.

Патоморфологическая стадия

Показатель, характеризующий размеры и распространенность опухоли на основании результатов обследований после лечения.

Первичная опухоль

Первое сформировавшееся в организме скопление злокачественных клеток.

Пищеварительная система

Комплекс органов, в которых происходит расщепление съеденной пищи для усваивания организмом.

Пищевод

Трубчатый орган, соединяющий полость рта с желудком.

Пищеводно-желудочный переход (ПЖП)

Место соединения пищевода с желудком.

Побочный эффект

Нежелательная или опасная для здоровья физическая или психоэмоциональная реакция на лечение.

Поверхностный рецептор

Белок на поверхности клетки, посылающий сигналы к началу ее роста и деления.

Подслизистая основа

Второй слой стенки желудка, состоящий преимущественно из соединительной ткани.

Позитронно-эмиссионная томография с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ)

Метод диагностики, позволяющий увидеть форму и функционирование внутренних органов с помощью введенного радиоактивного вещества и рентгеновских лучей.

Полный биохимический анализ крови

Определение содержания химических веществ в крови.

Радикальный метод лечения

Метод лечения, направленный на полное излечение от опухоли.

Радиотерапевт

Врач, который занимается лечением рака с помощью облучения.

Рентгенолог

Врач, занимающийся лучевой диагностикой.

Рецептор эпидермального фактора роста человека 2-го типа (HER2)

Белок на поверхности клетки, посылающий сигналы к началу роста и деления.

Рецидив

Возвращение заболевания после лечения.

Седативное средство

Лекарство, помогающее успокоиться или заснуть.

Селезенка

Орган слева от желудка, помогающий организму бороться с инфекциями.

Серозная оболочка

Наружный слой стенки желудка, выделяющий смазывающую жидкость, благодаря которой желудок может свободно перемещаться относительно других внутренних органов. Другое название этой оболочки — висцеральная брюшина.

Симптоматическая терапия

Лечение, направленное на устранение симптомов заболевания.

Слизистая оболочка

Первый внутренний слой стенки желудка.

Собственная пластинка

Слой соединительной ткани в составе слизистой оболочки стенки желудка.

Стадия рака

Показатель, характеризующий размеры и распространенность опухоли.

Субсерозный слой

Тонкий слой соединительной ткани в составе стенки желудка.

Таргетная терапия

Применение лекарств, останавливающих процессы роста, характерные для опухолевых клеток.

Тонкая кишка

Пищеварительный орган, в котором происходит всасывание питательных веществ из съеденной пищи.

Тонкоигольная пункция (FNA)

Извлечение образца для анализа с помощью тонкой иглы. Другое название — тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ).

Фактор роста эндотелия сосудов (VEGF)

Белок, который присоединяется к клеткам, образующим кровеносные сосуды.

Физикальный осмотр

Физическое обследование пациента медицинским работником для обнаружения признаков заболевания.

Химиолучевая терапия

Метод лечения, сочетающий химиотерапию и лучевую терапию.

Химиотерапевтические препараты

Лекарства, прерывающие жизненный цикл клеток, в результате чего те перестают делиться.

Хирург-онколог

Специалист по хирургическому лечению онкологических заболеваний.

Чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ)

Введение питательной трубки в желудок через небольшой разрез в стенке живота.

Шкала ECOG

Шкала для оценки способности к повседневной деятельности.

Шкала Карновского для оценки общего состояния

Шкала для оценки способности к повседневной деятельности.

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

Метод диагностики, основанный на использовании тонкого инструмента, направляемого в пищевод и желудок через рот. Другое название — эндоскопия верхних отделов ЖКТ.

Эндоскоп

Длинная тонкая трубка со специальными инструментами, которую вводят внутрь через рот пациента.

Эндоскопия верхних отделов ЖКТ

Метод диагностики, основанный на использовании тонкого инструмента, направляемого в пищевод и желудок через рот. Другое название — эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС).

Эндоскопическая подслизистая диссекция (ЭПД)

Удаление опухолей на ранних стадиях с помощью специального инструмента с ножом, направляемого внутрь через рот.

Эндоскопическая резекция

Метод лечения, основанный на удалении опухолей на ранних стадиях с помощью инструмента, направляемого внутрь через рот.

Эндоскопическая резекция слизистой

Удаление опухолей на ранних стадиях с помощью специального инструмента с петлей, направляемого внутрь через рот.

Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС)

Метод диагностики, основанный на получении изображений с помощью ультразвукового датчика, направляемого в желудок через рот.

Эпителий

Ткань, выстилающая стенку желудка изнутри.

Сокращения

AJCC

Американский объединенный комитет по изучению рака

ECOG

Восточная объединенная онкологическая группа

ECT

Еюностомическая трубка

FDA

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США

FNA

Тонкоигольная пункция

HER2

Рецептор эпидермального фактора роста человека 2-го типа

ISH

Гибридизация in situ

VEGF

Фактор роста эндотелия сосудов

ГСТ

Гастростомическая трубка

ДЛТ

Дистанционная лучевая терапия

ДНК

Дезоксирибонуклеиновая кислота

ЖКТ

Желудочно-кишечный тракт

ИГХ

Иммуногистохимия

КАМ

Комплементарная и альтернативная медицина

КТ

Компьютерная томография

ЛТМИ

Лучевая терапия с модулированной интенсивностью

НДРЖ

Наследственный диффузный рак желудка

ННРТК

Наследственный неполипозный рак толстой кишки

ОАК

Общий анализ крови

ПЖП

Пищеводно-желудочный переход

ПЭТ

Позитронно-эмиссионная томография

ПЭТ/КТ

Позитронно-эмиссионная томография с компьютерной томографией

САП

Семейный аденоматозный полипоз

ЧЭГ

Чрескожная эндоскопическая гастростомия

ЭГДС

Эзофагогастродуоденоскопия

ЭПД

Эндоскопическая подслизистая диссекция

ЭРС

Эндоскопическая резекция слизистой

ЭУС

Эндоскопическая ультрасонография (эндоскопическое ультразвуковое исследование)

3D-КЛТ

Трехмерная конформная лучевая терапия

Сокращения NCCN

NCCN®

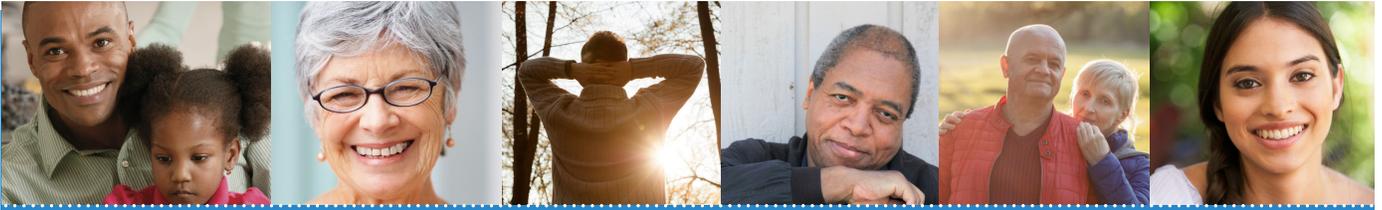
Национальная всеобщая онкологическая сеть

NCCN Guidelines®

Клинические руководств NCCN в области онкологии (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology®)

NCCN Patient Guidelines

Руководство NCCN для пациентов



NCCN NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

TRUE INSIGHT

FOR PEOPLE LIVING WITH CANCER

NCCN Guidelines for Patients® provide treatment guidance from leading cancer experts.

Now Available For:

Acute Lymphoblastic Leukemia
Adolescents and Young Adults (AYAs) with Cancer
Brain Cancer – Gliomas
Breast Cancer
 Carcinoma in Situ (Stage 0)
 Early-Stage (Stages I and II)
 Locally Advanced (Stage III)
 Metastatic (Stage IV)
Chronic Lymphocytic Leukemia
Chronic Myeloid Leukemia
Colon Cancer
Distress (Supportive Care Series)
Esophageal Cancer
Hodgkin Lymphoma
Kidney Cancer

Lung Cancer (Non-Small Cell Lung Cancer)
Lung Cancer Screening
Malignant Pleural Mesothelioma
Melanoma
Multiple Myeloma
Myelodysplastic Syndromes
Myeloproliferative Neoplasms
Nausea and Vomiting (Supportive Care Series)
Non-Hodgkin's Lymphomas
 Diffuse Large B-cell Lymphoma
 Follicular Lymphoma
 Mantle Cell Lymphoma
 Mycosis Fungoides
 Peripheral T-cell Lymphoma

Ovarian Cancer
Pancreatic Cancer
Prostate Cancer
Rectal Cancer
Soft Tissue Sarcoma
Stomach Cancer
Thyroid Cancer
Waldenström's Macroglobulinemia/
Lymphoplasmacytic Lymphoma

Translations:

Kidney Cancer
Chinese
Czech
German
Spanish

New!
NCCN
Patient Guides
for Cancer

MOBILE APP



FREE! NCCN.org/patients

FREE! [NCCN Patient Guides for Cancer Mobile App](http://NCCN.org/patients)

PRINT Amazon.com

Help us make a **TRUE IMPACT** in the lives of people living with cancer >

DONATE NOW
NCCNFoundation.org/Donate

NCCN NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK
FOUNDATION®
Guiding Treatment, Changing Lives

Информация по сбору средств в разных штатах

ФЛОРИДА. КОПИИ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ОФИЦИАЛЬНУЮ РЕГИСТРАЦИЮ NCCN FOUNDATION И СОДЕРЖАЩИХ СВЕДЕНИЯ О ФИНАНСОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФОНДА, МОЖНО ПОЛУЧИТЬ В ОТДЕЛЕ ПО РАБОТЕ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ, ПОЗВОНИВ ПО ТЕЛЕФОНУ 1-800-HELP-FLA (БЕСПЛАТНО В ПРЕДЕЛАХ ШТАТА). РЕГИСТРАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ НЕ ОЗНАЧАЕТ, ЧТО АДМИНИСТРАЦИЯ ШТАТА ЕЕ ПОДДЕРЖИВАЕТ, ОДОБРЯЕТ ИЛИ РЕКОМЕНДУЕТ. РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР ВО ФЛОРИДЕ: CN33263. **ДЖОРДЖИЯ.** РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР ВО ФЛОРИДЕ: CN33263. **ДЖОРДЖИЯ.** По запросу предоставляется следующая информация: (А) Полное и объективное описание программ и деятельности NCCN Foundation; и (В) финансовый отчет или сводка, которые должны совпадать с финансовым отчетом, представляемым секретарю штата в соответствии с параграфом 43-17-5 Свода законов. **КАНЗАС.** Ежегодно NCCN Foundation (адрес: 275 Commerce Drive, Suite 300, Fort Washington, PA 19034, 215-690-0300, регистрационный номер в Канзасе 445-497-1) представляет финансовый отчет секретарю штата. **МЭРИЛЕНД.** Копию финансового отчета NCCN Foundation можно получить в NCCN Foundation, сделав запрос по телефону 215-690-0300 или в письменном виде по адресу 275 Commerce Drive, Suite 300, Fort Washington, PA 19034. Документы и информацию, представленную согласно закону штата Мэриленд о благотворительных организациях, можно получить у государственного секретаря штата (Charitable Division, State House, Annapolis, MD 21401, 1-410-974-5534) при условии возмещения стоимости копирования и отправки по почте. **МИЧИГАН.** Регистрационный номер: MICS 45298. **МИССИСИПИ.** Документы об официальной регистрации и финансовой деятельности NCCN Foundation можно получить в администрации секретаря штата Миссисипи, обратившись по телефону 888-236-6167. Факт регистрации организации секретарем штата не означает ее официального одобрения этим должностным лицом. **НЬЮ ДЖЕРСИ.** ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ ГЕНЕРАЛЬНОМУ ПРОКУРОРУ ШТАТА СВЕДЕНИЯ О ДАННОЙ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И О ДОЛЕ ПОЖЕРТВОВАНИЙ, СОБРАННЫХ ФОНДОМ ЗА ПОСЛЕДНИЙ ОТЧЕТНЫЙ ПЕРИОД И НАПРАВЛЕННЫХ ИМ НА ЦЕЛИ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ, МОЖНО ПОЛУЧИТЬ В АДМИНИСТРАЦИИ ГЕНЕРАЛЬНОГО ПРОКУРОРА ШТАТА НЬЮ-ДЖЕРСИ, ОБРАТИВШИСЬ ПО ТЕЛЕФОНУ (973) 504-6215. КРОМЕ ТОГО, УКАЗАННАЯ ВЫШЕ ИНФОРМАЦИЯ РАЗМЕЩЕНА В СЕТИ ИНТЕРНЕТ ПО АДРЕСУ www.njconsumeraffairs.gov/ocp.htm#charity.

ФАКТ РЕГИСТРАЦИИ ОРГАНИЗАЦИИ ГЕНЕРАЛЬНЫМ ПРОКУРОРОМ ШТАТА НЕ ОЗНАЧАЕТ ЕЕ ОДОБРЕНИЯ ЭТИМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ. **НЬЮ-ЙОРК.** Копию последнего ежегодного отчета можно получить в NCCN Foundation (адрес: 275 Commerce Drive, Suite 300, Fort Washington, PA 19034) или в Бюро по делам благотворительности Департамента юстиции (Charities Bureau, Department of Law) по адресу 120 Broadway, New York, NY 10271. **СЕВЕРНАЯ КАРОЛИНА.** СВЕДЕНИЯ О ФИНАНСОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДАННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И КОПИЮ ВЫДАННОЙ ЕЙ ЛИЦЕНЗИИ МОЖНО ЗАПРОСИТЬ В ОТДЕЛЕ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ШТАТА ПО ТЕЛЕФОНУ 888-830-4989 (звонки из Северной Каролины) или (919) 807-2214 (из других штатов). **НАЛИЧИЕ ЛИЦЕНЗИИ НЕ ОЗНАЧАЕТ ОДОБРЕНИЯ СО СТОРОНЫ АДМИНИСТРАЦИИ ШТАТА.** **ПЕНСИЛЬВАНИЯ.** Документы об официальной регистрации и финансовой деятельности NCCN Foundation можно получить в Департаменте штата Пенсильвания, обратившись по телефону 800-732-0999 (бесплатные звонки внутри штата). Факт регистрации не означает одобрения. **ВИРГИНИЯ.** Финансовый отчет за последний отчетный год можно получить, направив запрос в Отдел по делам потребителей в администрации штата по адресу PO Box 1163, Richmond, VA 23218; 1-804-786-1343. **ВАШИНГТОН.** Наша благотворительная организация зарегистрирована секретарем штата, и информацию по ее финансовой деятельности можно получить в администрации секретаря штата по телефону 800-332-4483 (бесплатные звонки для жителей штата Вашингтон). **ЗАПАДНАЯ ВИРГИНИЯ.** Жители Западной Виргинии могут получить справку о регистрационных и финансовых документах в администрации секретаря штата (State Capitol, Charleston, WV 25305). Факт регистрации не означает одобрения.

Узнайте в налоговом управлении или у своего налогового консультанта о возможности применения налогового вычета. РЕГИСТРАЦИЯ ИЛИ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОРГАНАМИ ШТАТА НЕ ОЗНАЧАЕТ, ЧТО АДМИНИСТРАЦИЯ ШТАТА ЕЕ ПОДДЕРЖИВАЕТ, ОДОБРЯЕТ ИЛИ РЕКОМЕНДУЕТ. Мы заботимся о конфиденциальности ваших данных и принимаем необходимые меры предосторожности при общении с вами и при использовании и передаче вашей информации. Чтобы ознакомиться с Политикой конфиденциальности NCCN Foundation, свяжитесь с нами по телефону 215.690.0300 или посетите наш веб-сайт www.nccn.org.

Члены экспертной группы NCCN по раку желудка

Jaffer A. Ajani, MD
*The University of Texas
MD Anderson Cancer Center*

Thomas A. D'Amico, MD/Vice Chair
Duke Cancer Institute

Khalidoun Almhanna, MD, MPH
Moffitt Cancer Center

David J. Bentrem, MD, MS
*Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University*

Joseph Chao, MD,
City of Hope Comprehensive Cancer Center

Prajnan Das, MD, MS, MPH
*The University of Texas
MD Anderson Cancer Center*

Crystal S. Denlinger, MD
Fox Chase Cancer Center

Paul Fanta, MD
UC San Diego Moores Cancer Center

Farhood Farjah, MD
*Fred Hutchinson Cancer Research
Center/Seattle Cancer Care Alliance*

Charles S. Fuchs, MD, MPH
*Dana-Farber/Brigham and Women's
Cancer Center*

Hans Gerdes, MD
Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

Michael Gibson, MD, PhD
*Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer Center
and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute*

Robert E. Glasgow, MD
*Huntsman Cancer Institute at the University
of Utah*

James A. Hayman, MD, MBA
*University of Michigan
Comprehensive Cancer Center*

Steven Hochwald, MD
Roswell Park Cancer Institute

Wayne L. Hofstetter, MD
*The University of Texas
MD Anderson Cancer Center*

David H. Ilson, MD, PhD
Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

Dawn Jaroszewski, MD
Mayo Clinic Cancer Center

Kimberly Johung, MD, PhD
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

Rajesh N. Keswani, MD
*Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University*

Lawrence R. Kleinberg, MD
*The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center at Johns Hopkins*

W. Michael Korn, MD
*UCSF Helen Diller Family Comprehensive
Cancer Center*

Stephen Leong, MD
University of Colorado Cancer Center

Catherine Linn, MD
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

A. Craig Lockhart, MD, MHS
*Siteman Cancer Center at Barnes Jewish
Hospital and Washington University
School of Medicine*

Quan P. Ly
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Mary F. Mulcahy, MD
*Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University*

Mark B. Orringer, MD
*University of Michigan Comprehensive
Cancer Center*

Kyle Perry, MD
*The Ohio State University Comprehensive
Cancer Center - James Cancer Hospital and
Solove Research Institute*

George A. Poultsides, MD, MS
Stanford Cancer Institute

Walter J. Scott, MD
Fox Chase Cancer Center

Vivian E. M. Strong, MD
Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

Mary Kay Washington, MD, PhD
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Benny Weksler, MD, MBA
*The University of Tennessee
Health Science Center*

Christopher G. Willett, MD
Duke Cancer Institute

Cameron D. Wright, MD
Massachusetts General Hospital

Debra Zelman, Esq
*Patient Advocate
Debbie's Dream Foundation:
Curing Stomach Cancer*

NCCN Staff

Nicole McMillian, MS
Guidelines Coordinator

Hema Sundar, PhD
*Oncology Scientist/
Senior Medical Writer*

Порядок раскрытия информации описан на странице www.nccn.org/about/disclosure.aspx.

Организации — члены NCCN

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska
800.999.5465
nebraskamed.com/cancer

Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman
Cancer Center and Cleveland Clinic
Taussig Cancer Institute
Cleveland, Ohio
800.641.2422 • UH Seidman Cancer Center
uhhospitals.org/seidman
866.223.8100 • CC Taussig Cancer Institute
my.clevelandclinic.org/services/cancer
216.844.8797 • Case CCC
case.edu/cancer

City of Hope Comprehensive
Cancer Center
Los Angeles, California
800.826.4673
cityofhope.org

Dana-Farber/Brigham and
Women's Cancer Center
Massachusetts General Hospital
Cancer Center
Boston, Massachusetts
877.332.4294
dfbwcc.org
massgeneral.org/cancer

Duke Cancer Institute
Durham, North Carolina
888.275.3853
dukecancerinstitute.org

Fox Chase Cancer Center
Philadelphia, Pennsylvania
888.369.2427
foxchase.org

Huntsman Cancer Institute
at the University of Utah
Salt Lake City, Utah
877.585.0303
huntsmancancer.org

Fred Hutchinson Cancer
Research Center/
Seattle Cancer Care Alliance
Seattle, Washington
206.288.7222 • seattlecca.org
206.667.5000 • fredhutch.org

The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center at Johns Hopkins
Baltimore, Maryland
410.955.8964
hopkinskimmelcancercenter.org

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University
Chicago, Illinois
866.587.4322
cancer.northwestern.edu

Mayo Clinic Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota
800.446.2279 • Arizona
904.953.0853 • Florida
507.538.3270 • Minnesota
mayoclinic.org/departments-centers/mayo-clinic-cancer-center

Memorial Sloan Kettering
Cancer Center
New York, New York
800.525.2225
mskcc.org

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida
800.456.3434
moffitt.org

The Ohio State University
Comprehensive Cancer Center -
James Cancer Hospital and
Solove Research Institute
Columbus, Ohio
800.293.5066
cancer.osu.edu

Roswell Park Cancer Institute
Buffalo, New York
877.275.7724
roswellpark.org

Siteman Cancer Center at Barnes-
Jewish Hospital and Washington
University School of Medicine
St. Louis, Missouri
800.600.3606
siteman.wustl.edu

St. Jude Children's Research Hospital/
The University of Tennessee
Health Science Center
Memphis, Tennessee
888.226.4343 • stjude.org
901.683.0055 • westclinic.com

Stanford Cancer Institute
Stanford, California
877.668.7535
cancer.stanford.edu

University of Alabama at Birmingham
Comprehensive Cancer Center
Birmingham, Alabama
800.822.0933
www3.ccc.uab.edu

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California
858.657.7000
cancer.ucsd.edu

UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California
800.689.8273
cancer.ucsf.edu

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado
720.848.0300
coloradocancercenter.org

University of Michigan
Comprehensive Cancer Center
Ann Arbor, Michigan
800.865.1125
mcancer.org

The University of Texas
MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas
800.392.1611
mdanderson.org

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee
800.811.8480
vicc.org

University of Wisconsin
Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin
608.265.1700
uwhealth.org/cancer

Yale Cancer Center/
Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut
855.4.SMILOW
yalecancercenter.org

Указатель

Анамнез 20–22, 52–53, 60–61

Биопсия 21, 23–24, 26

Второе мнение 77

Гастрэктомия 35–36, 46, 51

Клинические исследования 45, 62–63, 74

Комплементарная и альтернативная медицина 42

Компьютерная томография 21, 24, 37, 52–53, 55, 60–61

Лимфодиссекция 36, 51

Лучевая терапия 37–38, 46, 66

Наследственный диффузный рак желудка 22

Общий анализ крови 21–22

Организации — члены NCCN 87

Патоморфологическое заключение 73, 77

Питание 20, 28, 30, 36

Позитронно-эмиссионная томография 21, 25, 55

Показатели общего состояния 62–63, 65

Полный биохимический анализ крови 21–22, 55

Симптоматическая терапия 28, 34, 50–51, 53–59, 61–63, 68

Совместное принятие решения 71, 78

Стадирование рака 12–18

Таргетная терапия 41, 43–44, 46, 65

Физикальный осмотр 21–22, 52, 60

Химиолучевая терапия 21, 24, 26, 37, 50–51, 54–59, 68

Химиотерапия 20, 37, 40–44, 46, 51, 54–59, 63, 65–68

Члены экспертной группы NCCN 86

Эндоскопическое лечение 32–34, 66–68

Эндоскопия верхних отделов ЖКТ 21, 25, 52–53, 60–61

HER2 21, 27, 43–44, 65

VEGF 43



NCCN Guidelines for Patients®

Рак желудка

Редакция 1.2016

NCCN Foundation® выражает глубокую благодарность организациям, оказавшим нам помощь: представителю промышленности, компании Pfizer Inc., а также благотворительным организациям — фондам Debbie's Dream Foundation: Curing Stomach Cancer и No Stomach For Cancer, за ту поддержку, которая позволила нам издать это руководство для пациентов. NCCN осуществляет разработку и распределение руководства для пациентов в условиях независимости. Поддержавшая нас фармацевтическая компания не участвует в разработке этого руководства для пациентов и не несет ответственности за содержание брошюры и приведенные в ней рекомендации. Перевод выполнен при поддержке благотворительного фонда помощи взрослым "Живой" и Бюро переводов "Медконсалт".



National
Comprehensive
Cancer
Network®

275 Commerce Drive
Suite 300
Fort Washington, PA 19034
215.690.0300

NCCN.org/patients – For Patients | NCCN.org – For Clinicians