

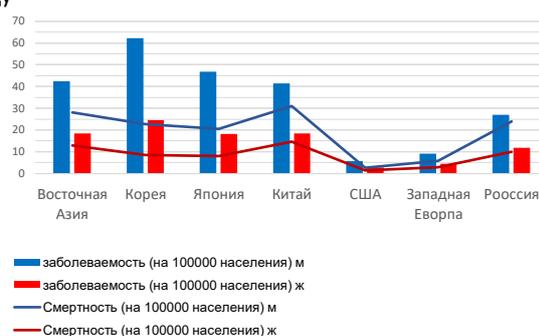


**Боткинская  
Больница**  
Москва 1910

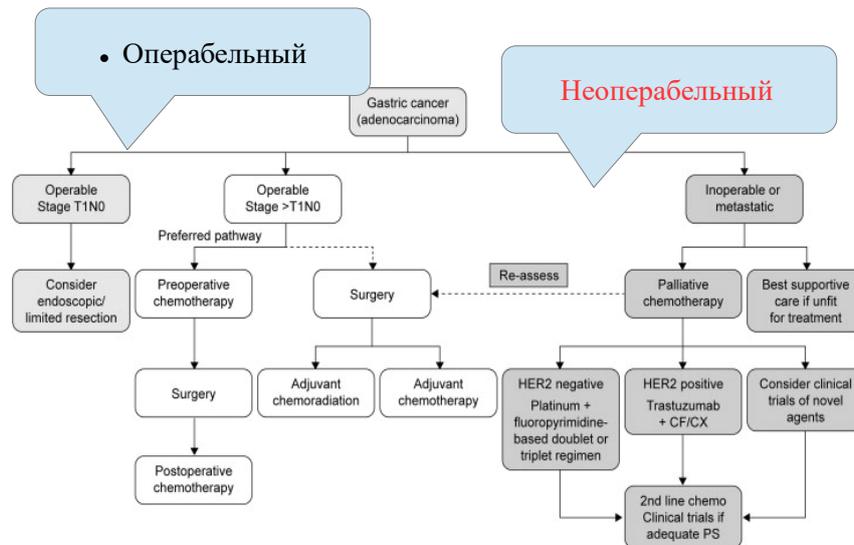
## ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЗИЦИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ НЕАДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ: ОСОБЕННОСТИ И ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ.

### ОБЩИЕ ДАННЫЕ

- Ежегодно диагностируется около **990000** новых случаев рака желудка во всем мире, из которых **738000** умирают от этой болезни;
- Является **второй** причиной от онкологической смертности;
- Показатели заболеваемости сильно различаются между мужчинами и женщинами, и в разных странах;
- 90% - аденокарцинома;



## АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА



## КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОСТАТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

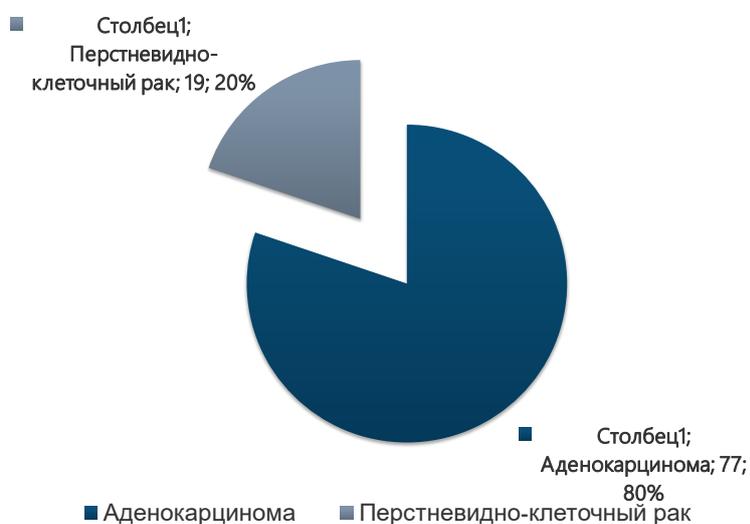
Table 1 Criteria of five tumor regression grading systems

TRG system	Grade	Description	
Mandard-TRG	1	No residual cancer	Нет остаточной опухоли
	2	Rare residual cancer cells	Редкие остаточные опухолевые клетки
	3	Fibrosis outgrowing residual cancer	Фиброзное замещение остаточной опухоли
	4	Residual cancer outgrowing fibrosis	Остаточная опухоль окружена фиброзом
	5	Absence of regressive changes	Отсутствие регрессивных изменений
JGCA-TRG	0	No evidence of effect	Нет эффекта
	1a	Viable tumor cells occupy more than 2/3 of the tumorous area	Жизнеспособные опухолевые клетки занимают 2/3 площади опухоли
	1b	Viable tumor cells remain in more than 1/3 but less than 2/3 of the tumorous area	Жизнеспособные опухолевые клетки остаются в более 1/3 но не более 2/3 площади опухоли
	2	Viable tumor cells remain in less than 1/3 of the tumorous area	Жизнеспособные опухолевые клетки остаются в более 1/3 площади опухоли
CAP-TRG	0	No viable cancer cells (complete response)	Нет жизнеспособных опухолевых клеток (полный ответ)
	1	Single cells or small groups of cancer cells (moderate response)	Единичные клетки или мелкие группы опухолевых клеток (средний)
	2	Residual cancer outgrown by fibrosis (minimal response)	Остаточная опухоль замещена фиброзом (минимальный ответ)
	3	Minimal or no tumor killed or extensive residual cancer (poor response)	Минимальные или нет гибели или обширная остаточная опухоль (низкий)
China-TRG	Severe response	Tumor cells completely disappear or very few highly regressive residue exist with obvious scarring and varying inflammation	Опухолевые клетки полностью исчезли или очень мало
	Moderate response	Most tumor cells degenerate and necrosis with obvious stroma fibrosis and inflammation	Дистрофия и некроз большинства опухолевых клеток с фиброзом стромы и воспалением
	Mild response	Absence of or slight necrosis and degeneration of tumor cells accompanied by mild stroma fibrosis and inflammation	Отсутствие или слабый некроз опухолевых клеток сопровождается умеренным стромальным фиброзом и воспалением
Becker-TRG	1a	No residual tumor/tumor bed	Нет остаточной опухоли
	1b	<10% residual tumor/tumor bed	<10% остаточной опухоли
	2	10-50% residual tumor/tumor bed	10-50% остаточной опухоли
	3	>50% residual tumor/tumor bed	>50% остаточной опухоли

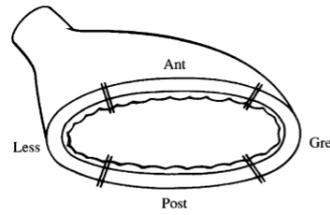
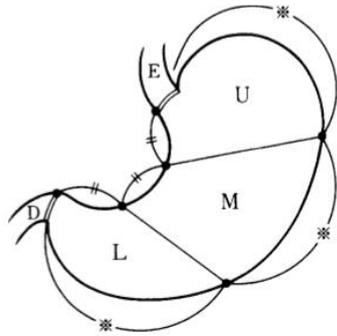
## КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

<b>Всего пациентов</b>	<b>96</b>
Пол	Мужчин – 51 Женщин – 45
Возраст	От 41 до 71 года, средний – 54 года
Локализация	Кардия – 28, тело – 35, антрум – 33
Диаметр опухоли	От 1 до 6 см
Макротип по Vormann	I – 5; II – 50; III – 31; IV – 10
Стадии	ypT1 – 20; ypT2 – 18; ypT3 – 21; ypT4 – 37 ypN0 – 61; ypN1 – 20; ypN2 – 9; ypN3 – 6
Количество ЛУ	От 9 до 67, среднее 23
Типы резекции желудка	Проксимальная – 6; Тотальная – 23; Дистальная – 67

## КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ: ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ТИПЫ



## АНАТОМИЧЕСКИЕ ЧАСТИ ЖЕЛУДКА



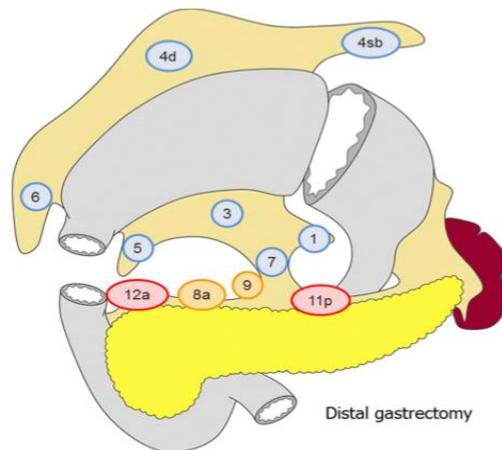
Четыре равные части окружности желудка

## ДИСТАЛЬНАЯ ГАСТРЭКТОМИЯ

Резекция желудка, включающая пилорический отдел.

Кардия сохраняется.

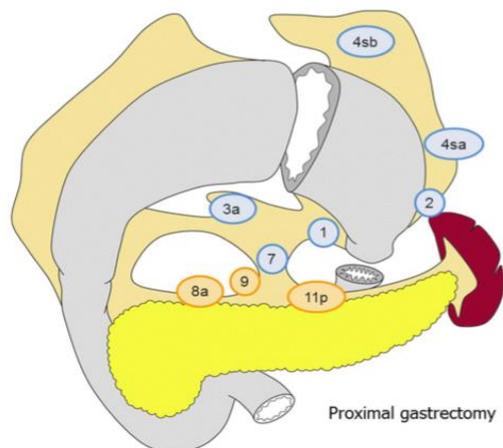
В стандартной гастрэктомии две трети желудка подвергаются резекции



Distal gastrectomy

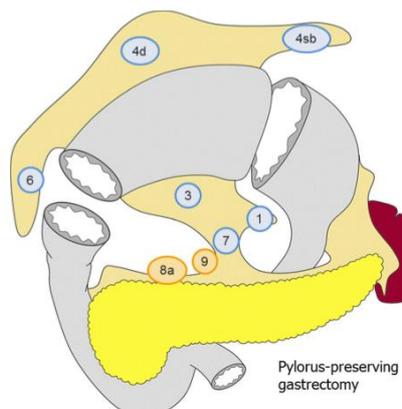
## ПРОКСИМАЛЬНАЯ ГАСТРЭКТОМИЯ

Резекция желудка, включающая кардиальный отдел.  
Пилорус сохраняется.



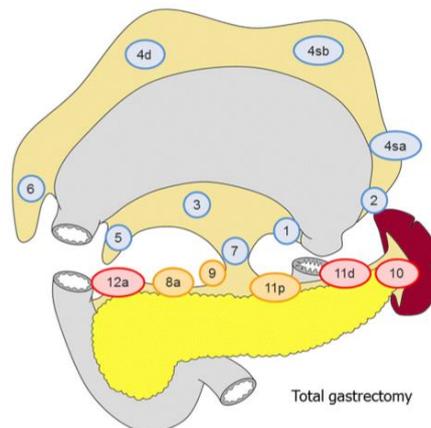
## ПИЛОРУС-СОХРАНЯЮЩАЯ ГАСТРЭКТОМИЯ

Резекция желудка, сохраняющая  
верхнюю треть желудка и привратника  
вместе с частью антрального отдела.



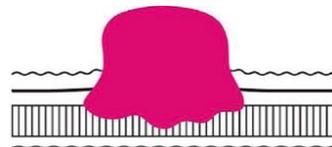
## ТОТАЛЬНАЯ ГАСТРЭКТОМИЯ

Резекция желудка, включающая кардиальный и пилорический отделы



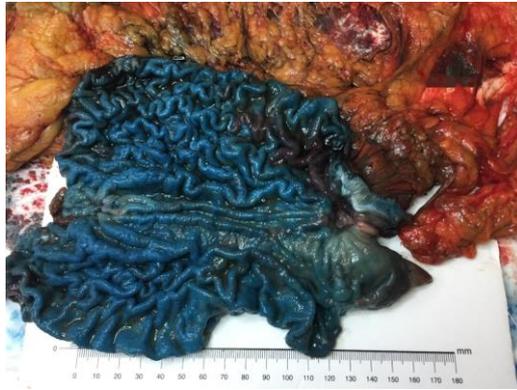
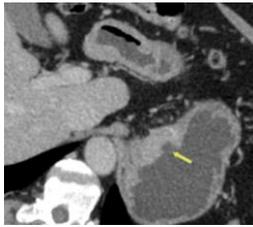
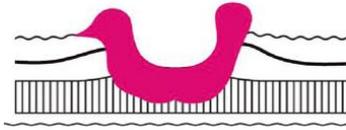
## МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА ЖЕЛУДКА

I тип- ПОЛИПОВИДНАЯ ФОРМА



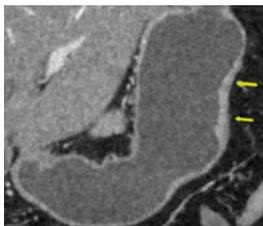
## МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА ЖЕЛУДКА

## II тип- ИЗЪЯЗВЛЕННАЯ ФОРМА



## МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА ЖЕЛУДКА

## III тип\_ ИНФИЛЬТРАТИВНО-ЯЗВЕННАЯ ФОРМА



## МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА ЖЕЛУДКА

### IV тип\_ ДИФFUЗНО-ИНФИЛЬТРАТИВНАЯ ФОРМА

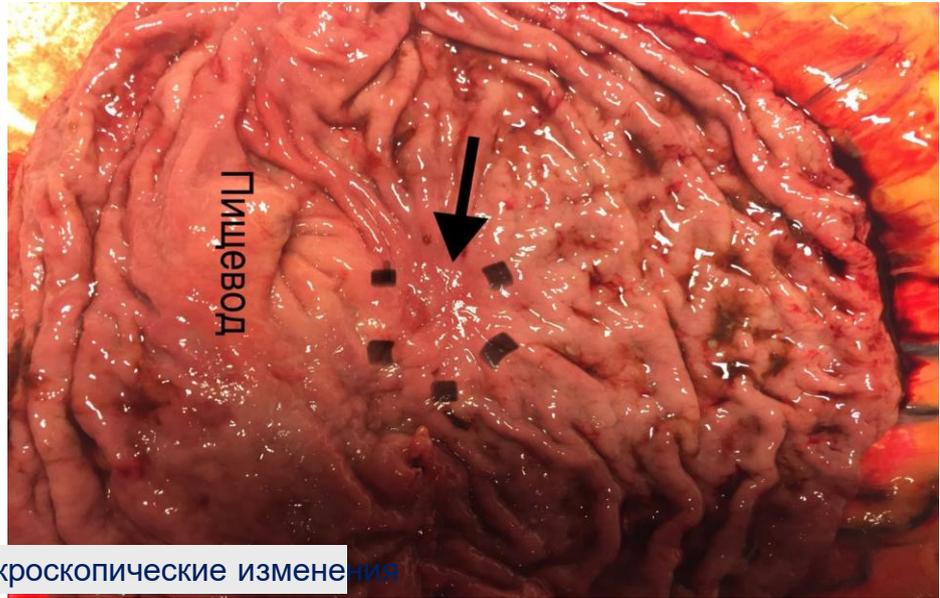


## МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ВИД РАКА ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ FLOT



Минимальные макроскопические изменения

## МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ВИД РАКА ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ FLOT

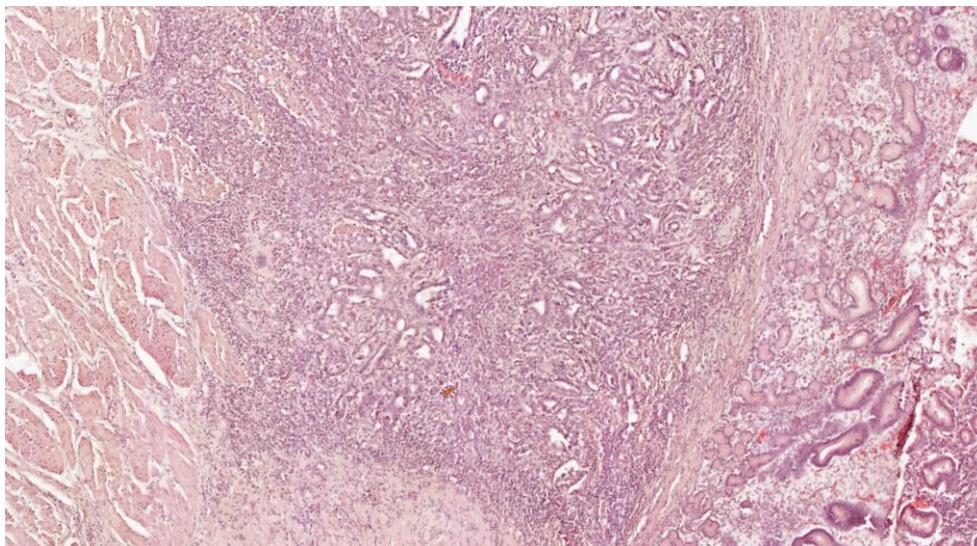


## WHO 2019: РАК ЖЕЛУДКА/ ADENOCARCINOMA NOS

Lauren 1965	Nakamura 1968	JGCA 2017	WHO 5th 2018
intestinal	Differentiated	Papillary Tubular 1, well-differentiated Tubular 2, moderately-differentiated	Papillary Tubular, well-differentiated Tubular, moderately-differentiated
Interminate	Undifferentiated	Poorly 1 (solid type)	Tubular, poorly –differentiated (solid )
Diffuse	Differentiated/ undifferentiated	Signet ring cell carcinoma Poorly 2 (non-solid type)	Poorly cohesive, SRC type Poorly cohesive, NOS
Intestinal/diffuse/ indeterminate		Mucinous	Mucinous
Mixed		Description according to the proportion	Mixed
No defined	No defined	Special type: Adenosquamous carcinoma Squamous carcinoma Undifferentiated Carcinoma c lymphoid stroma Hepatoid adenocarcinoma Adenocarcinoma with enteroblastic differentiation Adenocarcinoma of fundal gland type	Histological type: Adenosquamous carcinoma Squamous carcinoma Undifferentiated Carcinoma c lymphoid stroma Hepatoid adenocarcinoma Adenocarcinoma with enteroblastic differentiation Adenocarcinoma of fundal gland type Micropapillary adenocarcinoma

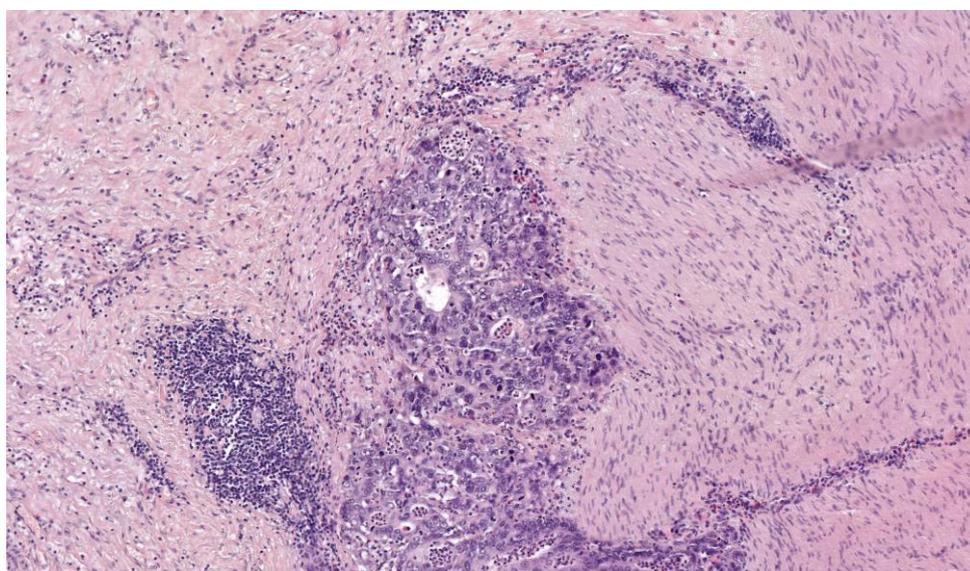
МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ ВИД РЕЗИДУАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ (ПАТОМОРФОЗ)

---

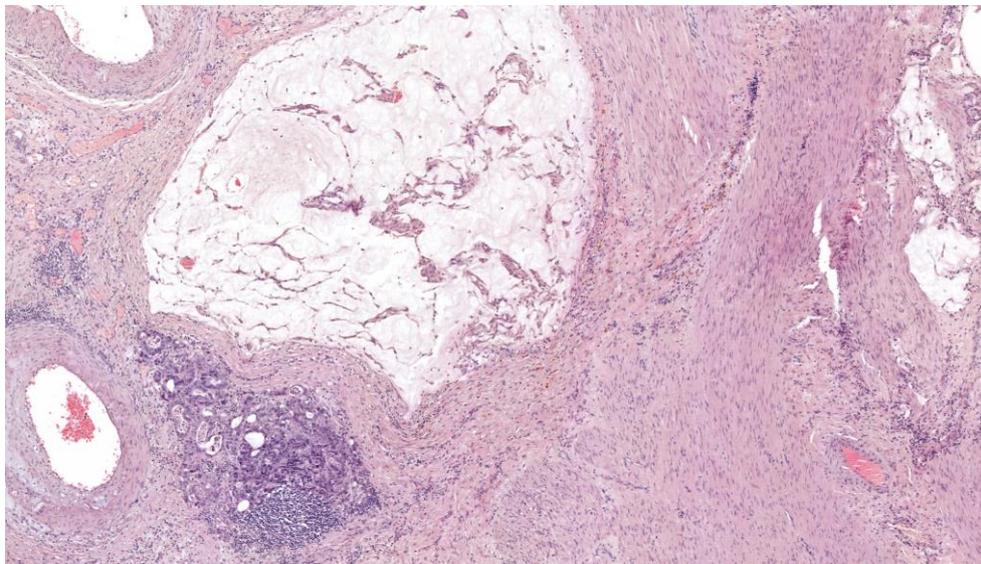


МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ ВИД РЕЗИДУАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ (ПАТОМОРФОЗ)

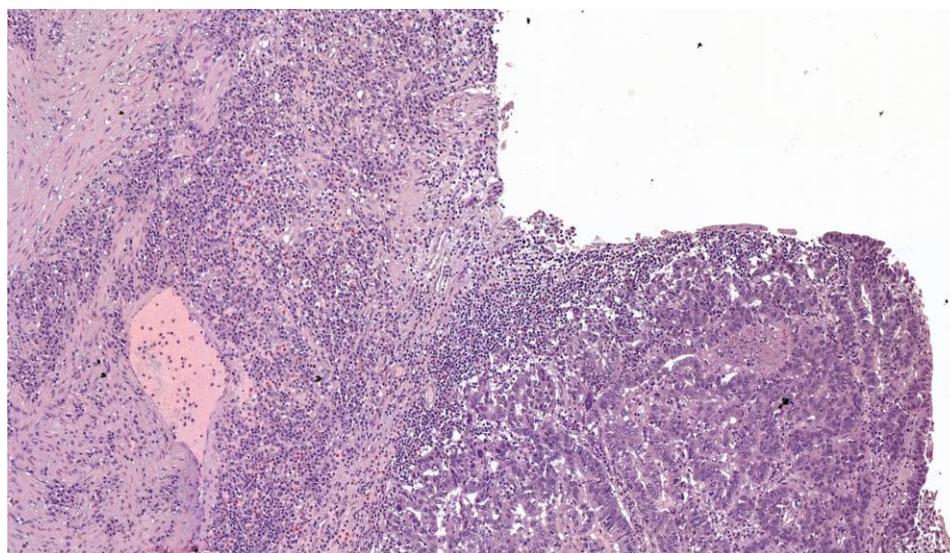
---



МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ ВИД РЕЗИДУАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ (ПАТОМОРФОЗ)

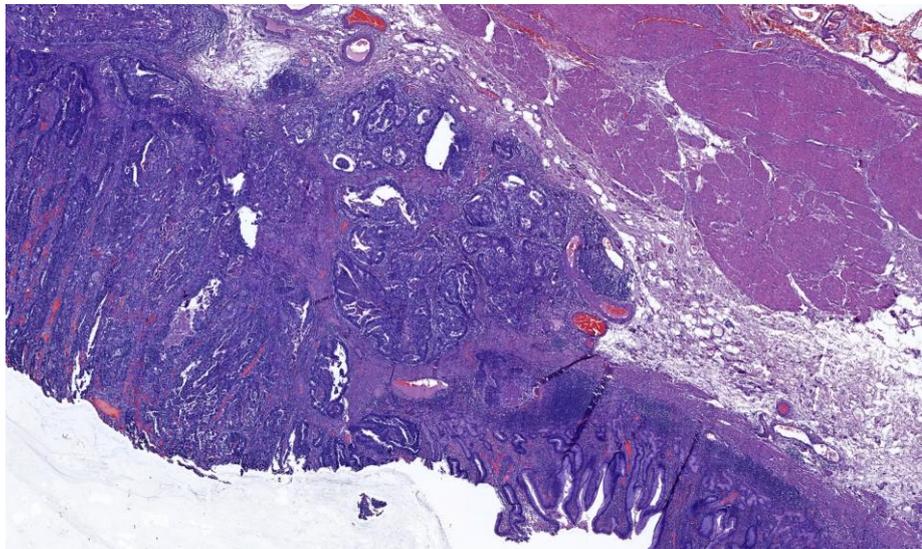


МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ ВИД РЕЗИДУАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ (ПАТОМОРФОЗ)



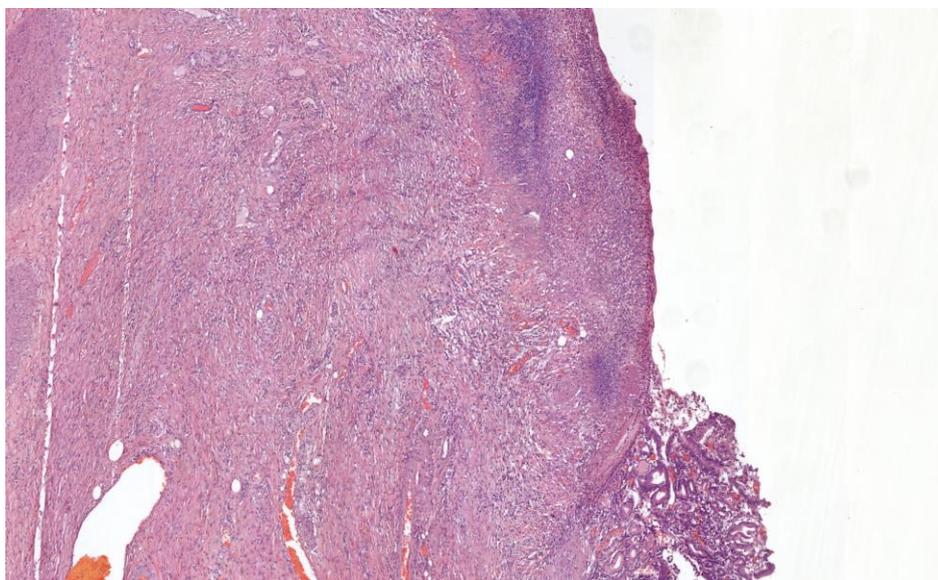
МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ ВИД РЕЗИДУАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ (ПАТОМОРФОЗ)

---

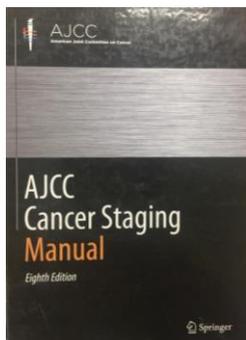


МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ ВИД РЕЗИДУАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ (ПАТОМОРФОЗ)

---



## РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РЖ



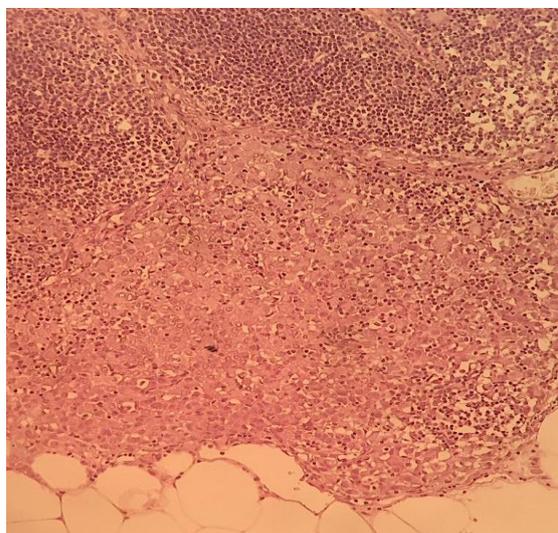
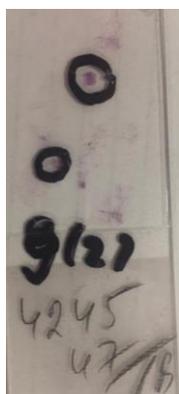
$D = 8$  мм (6 мм — ДЛЯ ПАРАГАСТРАЛЬНЫХ);

**НО** При раке размер, может быть уменьшен, а при реактивной гиперплазии - увеличен;

**ВТОРИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ:**

- Форма – округлая/овальной (продольно-поперечное отношение диаметра 1.5);
- Край – правильный (ровный)/неправильный контур;
- Плотность – гомогенный/гетерогенный (повышенное или неравномерное накопление контрастного препарата);
- Расположение - ассиметричное наличие небольших, но кластерно-расположенных ЛУ;

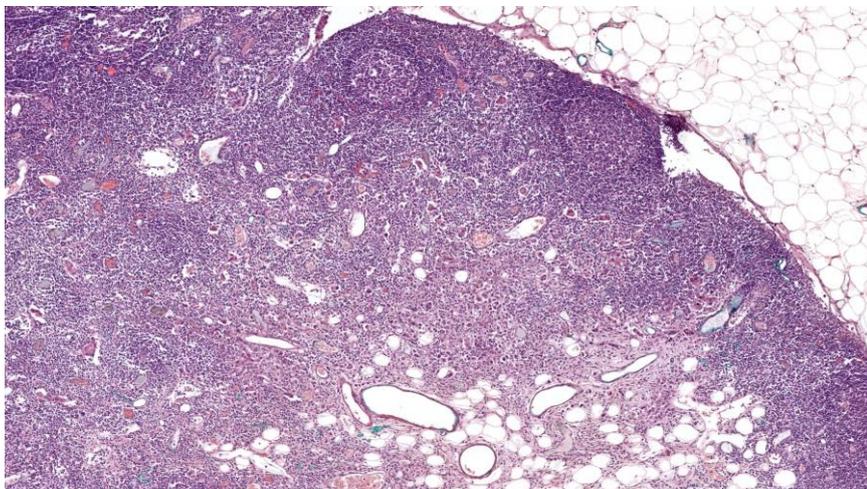
## РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РЖ



#### РЕГРЕССИЯ МЕТАСТАЗА В ЛИМФАТИЧЕСКОМ УЗЛЕ

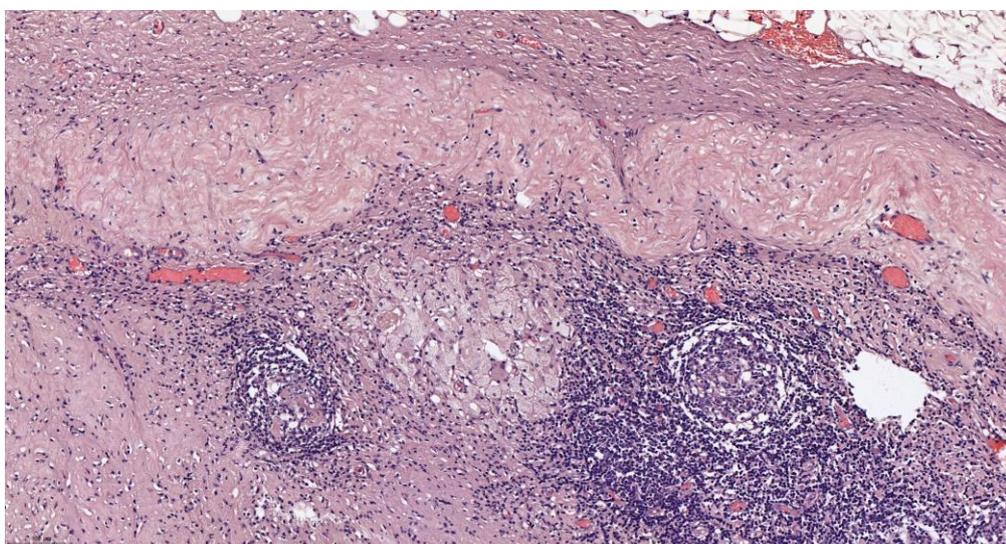
---

- Появление пенистых гистиоцитов в лимфатическом узле.

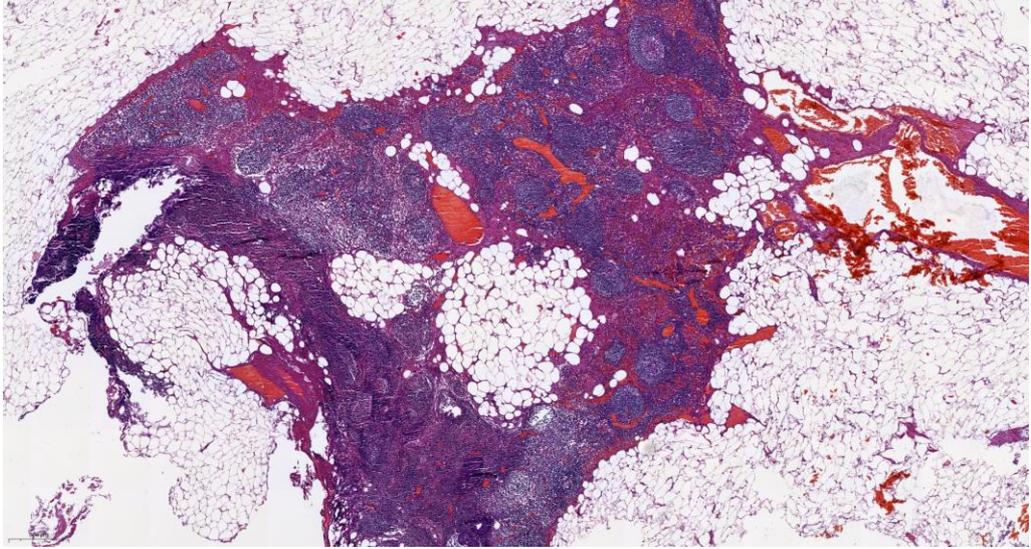


#### РЕГРЕССИЯ МЕТАСТАЗА В ЛИМФАТИЧЕСКОМ УЗЛЕ (пенистые гистиоциты)

---

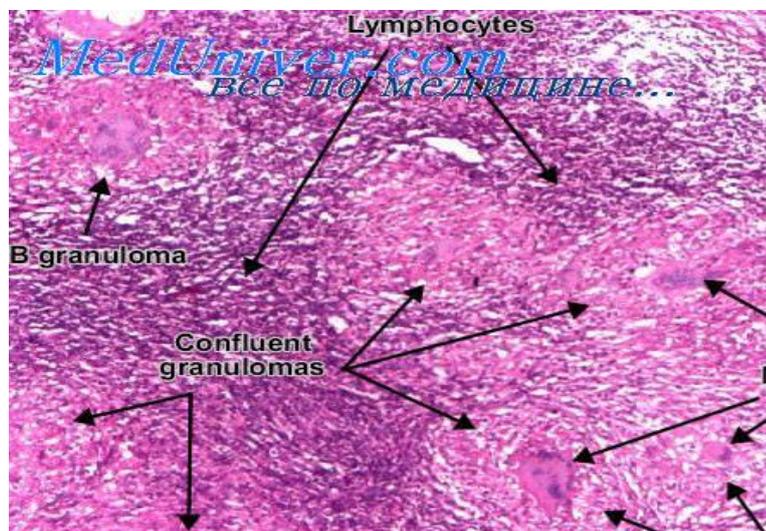


## РЕГРЕССИЯ МЕТАСТАЗА В ЛИМФАТИЧЕСКОМ УЗЛЕ (липоматоз)

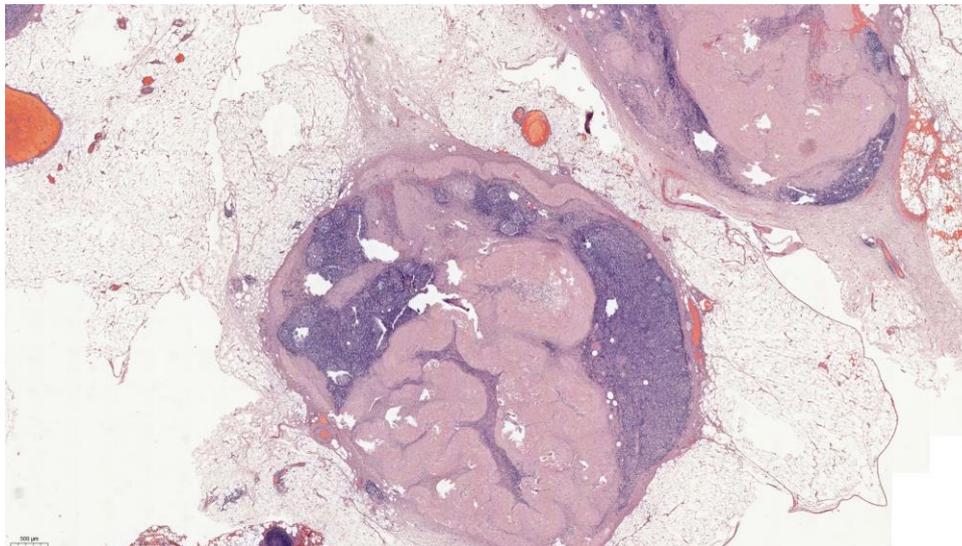


## РЕГРЕССИЯ МЕТАСТАЗА В ЛИМФАТИЧЕСКОМ УЗЛЕ

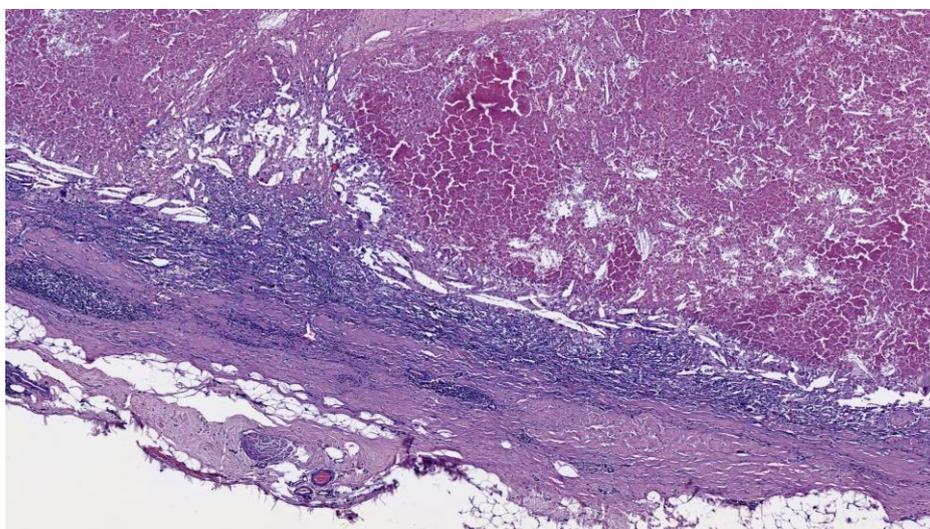
- Анигофолликулярная гиперплазия в лимфатическом узле по типу Каstellмана.



РЕГРЕССИЯ МЕТАСТАЗА В ЛИМФАТИЧЕСКОМ УЗЛЕ (фиброз)



РЕГРЕССИЯ МЕТАСТАЗА В ЛИМФАТИЧЕСКОМ УЗЛЕ



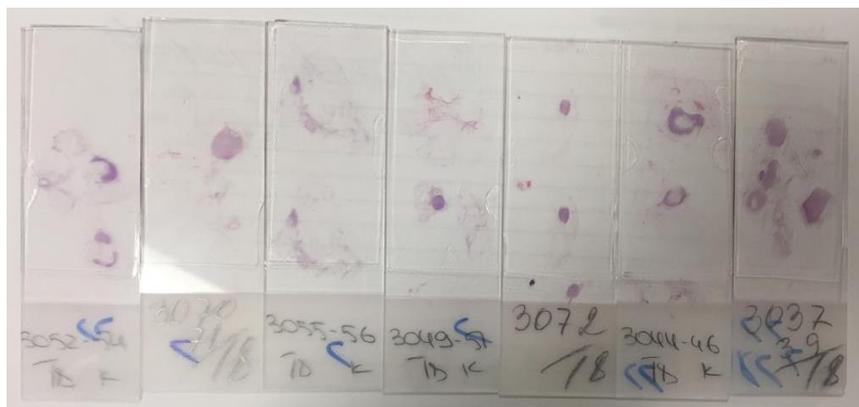
### ОСОБЕННОСТИ ДИСЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Время диссекции – 2 этапа по 1,5-2 часа;  
 Использование специального раствора для уплотнения ЛУ;  
 Использование современного оборудования



### ОСОБЕННОСТИ ДИСЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

N-96  
 Размер ЛУ – от 2мм – 30мм;  
 Количество ЛУ – от 9 – 67 (mean 23);



---

ОЦЕНКА РЕГРЕССИИ ОПУХОЛИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ НЕ ТОЛЬКО  
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ  
НО И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЧТО  
НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕДУЮЩИХ  
ЭТАПОВ ЛЕЧЕНИЯ