**Рак желудка: факторы риска, профилактика, диагностика и лечение**

**Рак желудка. Заболеваемость раком желудка в нашей стране в сравнении с другими странами.**

**Рак желудка** – злокачественная эпителиальная опухоль, развивающаяся из слизистой оболочки желудка.

По данным Международного Агентства по Изучению Рака, в мире каждый год выявляется 900 000 новых случаев рака желудка и около 650 000 смертей от данного заболевания.

Рак желудка поражает население различных стран мира с неодинаковой частотой. Рак этой локализации остается самой распространенной формой злокачественных новообразований во многих странах Азии (Япония, Корея, Вьетнам, Коста-Рика и др.), Восточной Европы (Германия, Норвегия, Австрия Исландия Польша, и др.) и Южной Америки (Бразилия, Чили, Колумбия и др.), некоторых республиках бывшего СССР (Российская Федерация, страны Прибалтики). Наиболее низкая заболеваемость раком желудка отмечается в США, Канаде, странах Западной Европы (в белой популяции за исключением испаноговорящих), Индонезии, Нигерии, Парагвае, Таиланде.

В последние же десятилетия практически во всех странах отмечается снижение уровня заболеваемости раком желудка. Тем не менее, это заболевание все еще остается одной из самых актуальных проблем современной онкологии. Анализ статистических сведений по заболеваемости и смертности населения подтверждает тот факт, что на территории Республики Беларусь прослеживаются те же тенденции, что и на территории всего земного шара.  В Республике Беларусь число ежегодно выявляемых случаев рака желудка уменьшилось с 4125 в 1070 г. до 3752 в 2005 г., причем в основном за счет снижения числа заболевших женщин. Среди онкологических заболеваний рак желудка прочно удерживает третье место, уступая лишь раку легкого и кожи у мужчин и раку молочной железы у женщин. Мужчины болеют раком желудка примерно в 1,6 – 2 раза чаще, чем женщины. Сельское население болеет чаще, чем жители городов.

Если говорить о возрасте, то опухоль в желудке может возникнуть практически в любой период жизни. И у мужчин, и у женщин показатели заболеваемости начинают достигать значительных величин в возрасте 50-59 лет, доходя до максимума в возрасте 70 лет и старше, хотя не столь уж редко рак желудка возникает у лиц 30-35-летнего возраста и даже у более молодых.

**Чем опасен рак желудка для больного?**

Опухоль в желудке может нарушать пищеварение, препятствовать прохождению пищи в нижележащие отделы пищеварительного тракта. Раковая опухоль прорастает стенку желудка, может распространяться на другие органы — прорастать в толстую кишку, поджелудочную железу, печень. При расположении опухоли вблизи пищевода, она может распространяться на него и нарушать прохождение пищи в желудок. В результате все этого происходит снижение веса вплоть до истощения. Опухоль может распространяться по лимфатическим и кровеносным сосудам в другие органы (печень, легкие, головной мозг, кости и др.), где дает очаги роста (метастазы). Вследствие нарушения работы организма возникает смерть.

**Каковы факторы риска рака желудка.**

Причины возникновения рака желудка и других опухолей человека до настоящего времени окончательно не выяснены. Установлены лишь некоторые предрасполагающие к возникновению опухоли факторы. Эпидемиологические исследования, посвященные особенностям распространения злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта, высокая заболеваемость у человека и редкость спонтанного рака желудка у животных, указывают на связь между возникновением рака и особенностями быта и питания человека.

В этом отношении имеют значение характер пищи, способ ее приготовления, температура, режим питания. Нерегулярное питание, преобладание в пище животных жиров, соли, большого количества пряностей, пережаренных продуктов, употребление слишком горячей пищи, раздражение слизистой оболочки острыми приправами приводят к развитию хронических воспалительных изменений слизистой оболочки желудка, на фоне которых могут возникать очаговые пролиферативные процессы, а затем и рак желудка.

Негативное влияние оказывает переедание. Плохо пережеванные твердые куски грубой пищи дополнительно вызывают систематическую травматизацию нежной слизистой оболочки желудка.

Обобщая различные сведения между диетой и раком желудка, образом жизни людей разных стран, их культурой, многие авторы отмечают, что в популяции с высоким риском возникновения рака желудка пища содержит мало жиров, животных белков, фруктов и овощей, но богата растительностью с избытком крахмала (картофель, хлеб, мучные продукты, рис); также отмечается недостаточное потребление свежей зелени, микроэлементов, витамина С, чрезмерное потребление поваренной соли. Установлено, что лица, преимущественно питающиеся молочными продуктами, реже болеют желудочными заболеваниями. Недостаточное питание и низкий социально-экономический уровень относят к факторам высокого риска возникновения опухолей желудка.

К этиологическим факторам, вызывающим рак желудка, относят многообразную группу веществ, а также физических, химических факторов, объединенных общим термином «канцерогены».

Нитраты и нитриты являются канцерогенными метаболитами, которые при продолжительном воздействии на эпителий желудка могут потенцировать его озлокачествление. Основной источник нитратов и нитритов для организма человека – пищевые продукты. Определенную роль играют консервирование продуктов при помощи нитрата натрия. Около 80% нитратов, поступающих в организм человека извне, – растительного происхождения (89%). Концентрация нитратов и нитритов в овощах очень варьирует в зависимости от способов их выращивания, условий хранения, от вида применяемых удобрений и воды для поливки. В результате повышенного применения минеральных азотистых удобрений в растениях усиленно накапливаются нитраты, больше всего в салате, шпинате, ревене, красной свекле, черной редьке, капусте, в  том числе цветной, моркови салате, сельдерее, шпинате. Дополнительными, но менее значительными источниками нитратов и нитритов являются вяленые и копченые продукты питания. Существенное количество этих веществ также содержится в сырах, грибах, специях, пиве и алкогольных напитках (особенно в его чистом виде – спирт). Алкоголь сам по себе способен увеличить риск возникновения рака желудка. Французские авторы показали, что употребление алкоголя, превышающем 567 г. в неделю, увеличивало возникновение рака в 6 раз.

Непищевым источником поступления нитратов и нитритов в организм человека являются курение. Риск возникновения данного заболевания явно выше у ежедневно курящих по сравнению с некурящими. Наиболее высок он у лиц, начавших курить в юношеском возрасте.

Окружающая среда: повышенный риск развития рака желудка отмечается у лиц контактирующих с асбестом, никелем, у рабочих на производстве резины, минеральных масел.

Приведенные сведения касаются, главным образом, экзогенных факторов, в том числе и канцерогенов окружающей среды.

Нельзя полностью исключить также роль генетических факторов в возникновении рака желудка, хотя этот вопрос еще недостаточно изучен. Среди лиц, близкие родственники которых болели раком желудка, отмечено небольшое увеличение заболеваемости этой опухолью. В литературе описан феномен так называемых "раковых семей", когда несколько поколений родственников страдали раком желудка. Наиболее известным примером является семья Наполеона Бонапарта (сам Наполеон, его отец и дед умерли от рака желудка). По данным ряда проведенных исследований, если у кого-то в семье выявлен рак желудка, то у всех остальных близких родственников вероятность заболеть повышается на 20%. Анализ семейной заболеваемости показал, что близкие родственники больных раком желудка представляют группу риска, но в то же время это не распространяется на супругов.

В настоящее время четко доказано, что в здоровой слизистой оболочке желудка рак не возникает. Предраковыми заболеваниями желудка называют состояния, которые со временем могут переходить в рак или на их фоне чаще развивается рак. Если расположить все предраковые состояния в порядке увеличение опасности возникновения рака, то:

* на первое место следует поставить **аденоматозные полипы** желудка (полипы, представляющие собой доброкачественные железистые опухоли – аденомы). Такие полипы озлокачествляются в 60–70% случаев. Другой вариант полипов желудка, так называемые гиперпластические полипы, напротив переходят в рак крайне редко – вероятность малигнизации этих полипов мала и обнаруживается в  0,5% случаев.
* на второе место следует поставить **хронический атрофический гастрит**. В силу широкой распространенности этого заболевания хронический гастрит занимает одно из лидирующих мест в структуре предраковых состояний. По мнению некоторых клиницистов, 25-75% всех раков возникают на фоне гастрита. Примерно у 10% больных с атрофическим гастритом в течение 15 лет развивается рак желудка.
* **Инфецирование организма Helicobacter pylori.** Проведенные исследования показали, что риск возникновения рака желудка у инфицированных больных H. pylori. в 3,8 раза выше по сравнению с неинфицированными.
* **Пернициозная (В12 — дефицитная) анемия.** Ряд исследований показал, что у 1–10% больных с  пернициозной анемией развивается рак желудка.
* **Рак оперированного желудка.** По данным большинства исследователей, риск развития рака желудка у лиц, ранее перенесших операцию на желудке, повышается в 3 – 4 раза.
* **Болезнь Менетрие** (гипертрофическая гастропатия). В 15% случаев болезнь Менетрие трансформируется в рак желудка.
* **Язвенной болезни желудка.** Согласно современным данным озлокачествление хронических язв наблюдается лишь в 0,6–1% случаев, однако это не должно "расхолаживать" врачей и больного – за такими пациентами необходим систематический контроль. Особо следует обратить внимание на группу больных с «зарубцевавшимися язвами» желудка. В последние годы увеличилось число больных, у которых морфологически выявлен рак в заэпителизировавшихся (заживших) «язвах». Явных эндоскопических признаков малигнизации (озлокачествления) не определяется. На месте такой язвы может образоваться нормальная грануляционная ткань и слизистая оболочка, в которую вновь прорастает опухоль, что создает имитацию обострения язвенной болезни. По сути речь идет о первичном язвенном раке и склонности в ранних стадиях к эпителизации (заживлению).

**Каковы симптомы рака желудка.**

Признаки заболевания очень разнообразны и зависят от многих факторов, главными из которых являются локализация опухоли и характер ее роста, морфологическое строение, вовлечение соседних органов, общие расстройства жизнедеятельности организма, и складываются из следующих групп симптомов:

1) общие симптомы как следствие общего воздействия опухоли на организм больного;

2) местные симптомы, связанные с непосредственным поражением самого желудка;

3) симптомы, обусловленные осложнениями, возникшими при развитии опухолевого процесса.

Рак желудка в течение длительного времени ничем себя не проявляет. По мере дальнейшего развития симптомы рака желудка сходны с рядом предшествующих хронических заболеваний (хронический гастрит, хроническая язва желудка и т. д.), на фоне которых, как правило, он возникает и лишь более в поздних стадиях клиническая картина в большинстве случаев не вызывает сомнений.

Многие пациенты считают, что только сильные боли являются достоверным и надежным признаком злокачественных опухолей, но это не так.

Общие расстройства функционального характера, названными А.И.Савицким (1947) синдромом малых признаков, который включает следующие клинические проявления:

* изменение самочувствия больного, беспричинную общую слабость, снижение трудоспособности;
* немотивированное стойкое снижение аппетита, и иногда полную потерю его вплоть до отвращения к пище или некоторым ее видам (мясу, рыбе и т. д.);
* явления «желудочного дискомфорта» (потеря физиологического чувства удовлетворения от еды), наличие местных желудочных симптомов (ощущение переполнения желудка, чувство его расширения, тяжесть или болезненность в подложечной области, иногда тошнота или рвота);
* беспричинное прогрессирующее похудание (без выраженных желудочных расстройств);
* стойкую анемию с побледнением покровов, их пастозностью или отечностью;
* психическую депрессию (потеря интереса к труду, отчужденность, апатия).

Клиническая картина распространенных форм рака желудка более типична.

Из местных проявлений опухолей желудка в первую очередь следует отметить боли, которые наблюдаются у 60–90% больных раком желудка. Обычно отмечаются ноющие, глухие, различной интенсивности (чаще всего несильные), не связанные с приемом пищи, не имеющие периодичности и сезонности боли в эпигастральной области. Это отличает их от болей при язвенной болезни и хроническом гастрите. Следует подчеркнуть, что если при данных заболеваниях боли теряют остроту и интенсивность, исчезает их связь с приемом и характером пищи, периодичность и сезонность, то следует предполагать рак желудка. При раке верхней трети желудка одним из первых проявлений могут быть боли в левой половине грудной клетки, симулирующие приступы стенокардии, что может служить поводом для ошибочной диагностики. При вовлечении в опухолевый процесс поджелудочной железы боли усиливаются и иррадируют (отдают) в спину.

Вторым по значению среди местных проявлений у больных с опухолями желудка является диспептический синдром. Он характеризуется появлением тошноты, ощущения переполнения и тяжести в эпигастральной области сразу после еды, отрыжки или срыгивания съеденной пищей. Если при полипах желудка он, как правило, сопутствует обострению хронического гастрита, то при раке желудка находится в прямой зависимости от локализации первичной опухоли. Наиболее часто диспептический синдром наблюдается при опухолях нижней трети желудка, когда вследствие стеноза (сужения) привратника в более ранние сроки нарушается эвакуация пищи.

Дисфагия (расстройство глотания, затрудненное продвижение пищевого комка и жидкости по пищеводу) — симптом, наиболее характерный для опухолей, локализующихся в верхней трети желудка, но он не может считаться ранним проявлением заболевания. Вначале дисфагия носит невыраженный характер, и больные не придают ей существенного значения. Когда же дисфагия становится постоянной, то, как правило, присоединяются и другие проявления заболевания, что заставляет больного обратиться к врачу.

Наиболее часто рак желудка проявляется похуданием (до 100%). В нарушении питания немаловажную роль играют диспептические расстройства, связанные со снижением или отсутствием кислотности желудочного сока, дисбактериозом, застоем пищи. Они вызывают чувство неудовлетворенности от приема пищи, нередко отвращение к пище или полную потерю аппетита, а вследствие этого ограничение в количественном и качественном отношении приема пищи или полный отказ от еды.

Важным симптомом рака желудка является желудочное кровотечение, которое может развиться уже на ранней стадии опухолевого процесса. Частота кровотечений колеблется от 4,6 до 23,4% от всех заболевших раком желудка. При озлокачествленных полипах кровотечение наблюдается в 3 раза чаще, чем при доброкачественных.

В зависимости от интенсивности кровотечение может проявляться рвотой, имеющей вид «кофейной гущи», либо появлением черного, дегтеобразного стула. Эти проявления возникают при массивной кровопотере, гораздо чаще кровотечение из опухоли носит характер хронической потери небольших количеств крови и проявляется нарастающей слабостью, одышкой, бледностью кожных покровов вследствие развивающейся анемии. Диагностировать его можно лишь при исследовании кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена).

У ряда больных со злокачественными новообразованиями желудка вследствие всасывания продуктов распада опухоли наблюдается повышение температуры тела. Наиболее типична субфебрильная температура (до 38°) при больших, склонных к распаду и изъязвлению опухолей.

Несомненный практический интерес представляет клиническое течение новообразований желудка в зависимости от локализации опухоли, ее формы роста и гистологического строения.

Рак нижней трети желудка наиболее ярко проявляется диспептическими расстройствами, болью. По мере роста опухоли и стенозирования (перекрытие просвета) выходного отдела желудка отрыжка воздухом с неприятным запахом и пищей сменяется рвотой съеденной пищей, застойным желудочным содержимым. В связи с нарастанием нарушения эвакуации (проходимости) пищи из желудка присоединяются симптомы общего порядка.

Рак средней трети желудка долгое время может протекать без явно выраженных местных признаков. На первый план выступают расстройства общего характера. При изъязвленных опухолях этой локализации может наблюдаться субфебрильная температура. Одним из первых выраженных проявлений нередко служит желудочное кровотечение. При распространении опухоли на поджелудочную железу присоединяется болевой синдром (под маской радикулита).

Клиническая картина опухолей верхней трети желудка чрезвычайно разнообразна. Ранее уже говорилось о дисфагии как одном из основных проявлений рака верхней трети желудка. Она приводит к голоданию, следствием которых является нарастание общих симптомов заболевания. Дисфагия часто сопровождается обильным слюнотечением. Об особенностях болевого синдрома при этой локализации рака ранее уже сообщалось. Нередко опухоль, достигая больших размеров, долгое время остается «немой». Боль появляется лишь при распространении опухоли на соседние анатомические образования. Иногда боль при данной локализации носит характер сердечных приступов.

**Современная диагностика рака желудка.**

Обследование больного раком желудка должно быть комплексным. Применение разнообразных методов исследования – рентгенологического эндоскопического, ультразвуковой и компьютерной томографии и др. – имеет цель не только постановку первичного диагноза опухоли желудка и выяснение ее гистологической структуры, но и уточнение распространенности опухолевого процесса. Только при этих условия создается возможность для выбора адекватного лечения и прогнозирования течения болезни.

Рентгенологическое исследование желудка является одним из основных методов диагностики и является важным методом объективной информации, необходимой для своевременного установления правильного диагноза, точной локализации и  протяженности патологических изменений, выяснения характера и степени нарушения функции органа. Рентгенологическое исследование желудка производят натощак. При нормальной функции кишечника специальной подготовки к исследованию не требуется. Только при резко выраженном метеоризме и склонности к запорам требуется выполнение очистительной клизмы накануне утром за 1 — 2 часа до исследования. При наличии в желудке большого количества слизи и остатков пищи необходимо за 1 — 2 часа до исследования выполнить его промывание.

Первым шагом будет, вероятно, исследование с бариевой взвесью, представляющее собой одну из форм рентгенологического обследования. Для этого пациенту предлагают выпить жидкость, содержащую барий, который становится видимым под рентгеновскими лучами. Заполняя желудок, барий очерчивает его контуры и в результате желудок легко просматривается на экране рентгеновской установки. Исследование проводят в положении больного стоя и лежа в различных позициях при разной степени контрастирования бариевой взвесью и воздухом.

Исследование желудка в условиях заполнения его контрастной бариевой взвесью позволяет выявить характерные для рака симптомы – дефект наполнения с депо бария при наличии изъязвления, а главное более ранние симптомы – неправильный, злокачественный рельеф слизистой или зону отсутствия перистальтики. и практически всегда определить, какие образования выглядят доброкачественно, а какие вызывают подозрения.

Согласно данным некоторых авторов, в начальных стадиях рака желудка рентгенологический метод по информативности уступает эндоскопическому, но в настоящее время при использовании современной аппаратуры и метода одномоментного двойного контрастирования возможности рентгенологического исследования значительно расширились и диагноз рака желудка при комплексном рентгенологичеком исследовании устанавливается у 83% больных.

В настоящее время с развитием эндоскопической техники и ее доступности главным методом исследования в распознавании рака желудка является гастроскопия с применением гибкого гастроскопа (гастрофиброскопа). Эта процедура предусматривает введение длинной гибкой трубки через глотку и пищевод в желудок. Специальной подготовки больного к исследованию не требуется. Перед выполнением этой процедуры заднюю стенку глотки обрабатывают аэрозольным анестетиком во избежание дискомфорта и рвоты во время введения трубки. Больного в эндоскопическом кабинете укладывают на столе с слегка приподнятым головным концом на левый бок. Дистальный конец аппарата по задней стенке глотки вводится в пищевод. После введения головки аппарата в желудок производят раздувание его воздухом через специальный канал. Осмотр желудка производят от нижней  к верхней трети органа. При необходимости можно сделать фотоснимки и взять пробы клеток (биопсия) для гистологического исследования. Эндоскопы на основе волоконной оптики позволяют повысить качество диагностики первичного рака желудка до 98%. Фиброгастроскопия дает возможность диагностировать злокачественные опухоли желудка на самых ранних стадиях развития, небольшие по размерам, которые обычно не определяются при рентгенологическом исследовании. Важную роль этот метод исследования играет при постановке дифференциального диагноза между каллезной хронической язвой желудка и небольшим блюдцеобразным раком. Этот метод дает возможность обнаружить опухоли в зонах трудно доступных для рентгенологического исследования, в частности некоторых новообразований, расположенных в своде и субкардиальном отделе желудка (вблизи пищевода).

Эндоскопический метод исследования желудка имеет мало противопоказаний и в настоящее время получил самое широкое распространение. Для диагностики рака желудка (в некоторых случаях) возможно использование одного эндоскопического метода, но для получения наилучших результатов необходимо проводить комплексную диагностику. В этом случае важна определенная последовательность исследования: рентгенологическое, эндоскопическое с направленной биопсией и морфологическое. Только при этих условиях возможно правильное заключение о характере изменений в желудке.

**Специальные и дополнительные методы диагностики опухолей желудка**

Эти методы позволяют оценить состояние тех органов, в которые может происходить распространение рака желудка (печень, легкие, поджелудочная железа, лимфатические узлы и др.).

Очень широкое применение получило в настоящее время ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ). Оно стало рутинным методом выявления метастазов в печени, по брюшине и в забрюшинных лимфатических узлах. Простота применения и относительно небольшая стоимость аппаратов позволяют производить УЗИ практически в каждом поликлиническом и стационарном лечебном учреждении.

К современным методам диагностики относят эндоскопическое ультразвуковое исследование. Суть метода состоит в том, что ультразвуковой датчик совмещен с фиброгастроскопом и исследование проводится непосредственно со стороны слизистой желудка. Это позволяет достаточно точно определить глубину опухолевого поражения, наличие или отсутствие прорастания в прилегающие ткани, оценить состояние лимфатических узлов.

Компьютерная томография также имеет широкие возможности в плане диагностики метастатических опухолей, но применение этого метода несколько ограничено из-за высокой стоимости аппаратуры и достаточно сложного обслуживания аппарата. В нашей стране данное исследование используется в основном в специализированных клиниках и лечебно-диагностических центрах.

При необходимости выполняют лапароскопию – это небольшая операция, при которой в брюшную полость через прокол вводится эндоскоп, что позволяет непосредственно осмотреть органы брюшной полости. Этот метод позволяет оценить глубину прорастания опухолью стенки желудка (выход на серозную оболочку), выявить метастазы в печени, отсевы опухоли по брюшине, вовлечение соседних органов, поражение лимфоузлов и т.д.. Метод также позволяет провести прицельную биопсию опухолевых узлов с последующим морфологическим исследованием. Благодаря использованию лапароскопии удается избежать не нужной операции у 60-90% больных.

Заключительным этапом уточняющей диагностики является оперативное вмешательство. В ходе операции хирург не только оценивает характер поражения, но и при необходимости осуществляет взятие материала для срочного морфологического исследования. Кроме того, в настоящее время имеется возможность выполнения интраоперационного ультразвукового исследования, когда стерильный датчик помещается непосредственно на поверхность органа (чаще всего печени), что позволяет с большой точностью определять наличие или отсутствие метастазов.

**Как лечат рак желудка?**

Лечебная тактика при злокачественных опухолях желудка разрабатывается совместно хирургом, химиотерапевтом и специалистом по лучевой терапии. Основной метод лечения рака желудка — хирургический. Эффективность хирургического метода особенно высока при ранних стадиях опухолевого процесса. Однако даже при распространенном опухолевом поражении операция позволяет продлить жизнь больным.

Во время радикальной операции удаляют желудок полностью (гастрэктомия) или его 4/5 части (субтотальная резекция желудка), при распространении опухоли на соседние органы может удаляться селезенка, часть толстой кишки, поджелудочной железы, печени, пищевода. Кроме самого желудка хирург удаляет и все зоны, где расположены лимфатические узлы, в которых могут быть метастазы опухоли.

Следует особо отметить, что техника операций, производимых при раке желудка, принципиально отличается от операций на желудке, выполняемых по поводу *доброкачественных процессов*, хотя и те и другие могут носить одинаковое название (резекция и т.п.). Вот почему, ***лечение рака желудка должно осуществляться только в специализированных онкологических учреждениях или хирургических научных центрах*** и ни в коем случае не должно проводиться в общехирургических отделениях городских клинических больниц. Последнее связано не только с чисто хирургическими аспектами, но и с отсутствием условий для проведения всего комплекса уточняющей диагностики и лечения, что необходимо для правильного выбора тактики в каждом конкретном случае.

Кроме хирургического метода в лечении больных раком желудка применяется химиотерапевтический и различные режимы лучевой терапии, а также комбинированные методики (сочетание химиотерапии и/или лучевой терапии с хирургическим лечением). Ведется непрерывное изучение их эффективности с целью улучшения результатов отдаленной выживаемости больных раком этой локализации.

Целью проведения химиотерапии является замедление прогрессирования опухолевого процесса, уменьшение тяжести симптомов болезни. Кроме того, химиотерапия может применяться в качестве дополнительного метода воздействия на опухоль до или после операции. Целью ее в таком случае служит воздействие на мельчайшие очаги опухоли, не выявляемые традиционными методами диагностики.

**Как лечат запущенный рак желудка?**

При запущенных опухолях могут быть проведены паллиативные операции, направленные на устранение осложнений. Например, при раке выходного отдела желудка, в тех случаях, когда нарушается проходимость пищи ниже опухоли в двенадцатиперстную кишку, может быть выполнен обходной гастроэнтероанастомоз. Во время этой операции кишку подшивают к средней трети желудка и создают обходной путь для пищи, при этом опухоль остается. При опухолях, располагающихся рядом с пищеводом, может быть выполнена гастростомия, во время которой в желудок помещается резиновая трубка, один конец которой выводится на переднюю брюшную стенку. Через эту трубку проводят кормление больного.

**Профилактика.**

У нас в организме всё должно быть в порядке, а если что-то не в порядке, то мы должны стремиться к тому, чтобы исправить это! Именно об этом говорил ещё: выдающийся учёный, основатель отечественной онкологии, профессор, академик АМН СССР Н. Н. Петров. Он считал, что одним из основных элементов в профилактике рака является "гигиена всех органов нашего тела". Вот что он писал в "Руководстве по общей онкологии", изданной еще в 1958 году: "Рациональная физическая культура, не останавливающаяся в юности, а продолжающаяся до преклонного возраста; рациональное, т.е. полноценное (особенно в витаминном отношении), но отнюдь не избыточное питание, отказ от привычных возбудителей - алкоголя и табака, уход за всеми органами – от кожи и зубов до прямой кишки, устранение всяких загрязнений, застоев и воспалений, содействующих накоплению внешних вредностей и внутренних продуктов обмена, предрасполагающих к малигнизации (перерождению) - такова схема культурных мероприятий, направленных на "омоложение старости" и тем самым - на понижение предрасположения к злокачественному росту".

Профилактика рака желудка должна включать в себя комплекс мер, направленных на предотвращение или уменьшение воздействия потенциальных этиологических факторов. Проведенные в мире эпидемиологические исследования позволили сформулировать рекомендации, следование которым снижает риск (вероятность заболеть) рака желудка. Итак, что делать, чтоб не заболеть раком?!

**1. Правильно питаться.**

Как считают многие ученые, с особенностями питания связано возникновение до 35 процентов всех опухолей человека.  Эти цифры складываются из воздействия вредных примесей, содержащихся в воде и пище, а также из несбалансированности питания. За последние десятилетия, пожалуй, ни одному из компонентов пищи не было посвящено столько исследований, сколько пищевым волокнам. Их главным источником является растительная пища: злаковые, бобовые, овощи и фрукты. Доказано, что между содержанием волокон (клетчатки, лигнина, пектина) и частотой развития ряда опухолей наблюдается прямая связь. Наиболее четко она прослеживается при раке органов пищеварения. Взрослому человеку требуется в сутки 25–30 граммов пищевых волокон. Пищевые волокна, удерживая влагу, увеличивают объем стула, уменьшают концентрацию канцерогенов; воздействуя на кишечную стенку, они ускоряют продвижение кишечного содержимого и, тем самым, уменьшают время контакта вредных веществ со слизистой оболочкой желудочно-кишечного тракта. Пищевые волокна нормализуют характер микрофлоры в кишечнике, уменьшают всасывание жира и, следовательно, снижают риск развития атеросклероза, других злокачественных опухолей.

Да здравствуют овощи и фрукты. Всемирный фонд изучения рака совместно с Американским институтом по изучению рака подготовил и издал на 670 страницах обзор "Продукты питания и предупреждение рака: глобальная перспектива". Авторы этого фундаментального труда приходят к выводу, что существуют убедительные доказательства влияния систематического употребления овощей и фруктов на уменьшение риска возникновения опухолей ротовой полости, глотки, пищевода, желудка, легких, а также толстой и прямой кишки.

Одной из рекомендаций, содержащихся в этой работе, является ежедневное использование 5 или более порций различных овощей и фруктов. Исследования показывают, что диета, богатая овощами и фруктами сама по себе снижает риск возникновения рака более чем на 20 процентов. Растительная пища должна на 45-60% покрывать потребности человеческого организма в энергии. Употребление красного мяса должно быть ограниченным. Жиры и масла в целом должны обеспечивать не более чем 30% необходимой человеку энергии. Мясо и рыбу нужно готовить при невысокой температуре, а употребление жаренных продуктов должно быть ограниченным.

Следует соблюдать регулярность питания, не допускать переедания, пища должна быть не горячей, без высокой концентрации солей, полезно избегать большого количества пряностей с ограничением копченостей, перегретой и пережаренной пищи, с преобладанием молочно-овощных блюд. Необходимо воздерживаться от избытка пережаренных животных жиров, ограничить прием продуктов с богатым содержанием холестерина.

Необходима регулярная санация полости рта, изготовление удобных в ношении протезов, пища должна быть хорошо пережевана.

Повсеместное снижение заболеваемости раком желудка во многих странах мира частично связывают с улучшением качества хранения пищевых продуктов, в частности с широким применением холодильников. Это привело к снижению способности бактерий и грибов вырабатывать в хранимой пище нитрозамина и других канцерогенных метаболитов. Замораживание продукции вместо консервирования существенно снижает заболеваемость раком желудка из-за отсутствия консервантов. Кроме того, благодаря использованию холодильников значительно увеличилась возможность употребления свежих фруктов и овощей и уменьшилась необходимость в копчении и вялении продуктов питания.

**2. Бросить курить.**

Употребление табака является единственной значительной предотвратимой причиной развития рака во всем мире.

Для тех, кто прекратил курить, риск развития рака со временем снижается, причем показатель смертности составляет 1,6; 1,2; 1 для лиц, прекративших курить 4 года, 5 лет и более и некурящих.

**3. Ограничение употребления алкогольных напитков**

**4. Лечение хронических инфекций.**

Поскольку среди предраковых состояний основное место занимает хронический гастрит, наиболее частой причиной которого в настоящее время считается Helicobacter pylori, профилактика рака желудка должна включать в себя лечение хронического гастрита с применением схем антибактериальной терапии для устранения этого микроорганизма.

**6. Лечение предопухолевых заболеваний. Онкологическая настороженность**. Главная задача профилактики злокачественных опухолей сводится к активному выявлению и лечению больных предопухолевыми заболеваниями. В настоящее время четко определен контингент лиц, нуждающихся в диспансерном наблюдении (смотри выше) и углубленном обследовании. Что же касается поведения пациентов с предопухолевыми заболеваниями, то главным является систематический врачебный контроль (не ленитесь обращаться к врачу!), так как необходимо тщательное динамическое наблюдение, регулярное эндоскопическое, рентгенологическое и морфологическое исследования. Абсолютным правилом должно быть положение, согласно которому малейшие отклонения в течении хронического заболевания желудка, появление новых, даже незначительных жалоб должны служить поводом для специального обследования. Любые сомнения в своем самочувствии также должны приводить пациента к врачу, который определит план обследования.

Несмотря на то, что пик заболеваемости раком желудка  приходится на возраст 60 лет и старше, мировой опыт показывает, что повышенная онкологическая настороженность должна проявляться уже в отношении лиц, достигших 40 лет.

**7. Поддерживать достаточную физическую активность.** То, что грамотно организованные занятия спортом способствуют снижению заболеваемости раком доказано давно. Hа больших группах людей с высокой и низкой физической активностью показано, что уровень заболеваемости злокачественными опухолями на 60 - 70% ниже в первой группе. Пребывание на свежем воздухе, рациональные занятия физкультурой и спортом укрепляют организм, предотвращают временное старение, тем самым косвенно являются профилактикой рака.

По данным рекомендаций Американского института по исследованию рака, в которых обобщены более чем 5000 научных исследований о взаимосвязи возникновения рака с особенностями питания и поведения человека, указывается, что необходимы регулярные ежедневные одночасовые прогулки или еженедельные одночасовые интенсивные занятия спортом.

Нельзя допускать как превышения, так и понижения массы тела. В среднем возрасте она не должна превышать таковую в молодые годы более чем на 5-6 кг.

Установлено, что чаще всего рак желудка возникает у людей пожилого возраста. Стало быть, общей профилактикой рака желудка должна быть борьба с преждевременным постарением организма. Следует создать правильный режим дня, чередование физического и умственного труда с полноценным отдыхом, исключить деятельность, связанную с перенапряжением организма, избегать разных нервных потрясений и психических травм.

Пребывание на свежем воздухе, рациональные занятия физкультурой и спортом укрепляют организм, предотвращают временное старение, тем самым косвенно являются профилактикой рака.

**8. Необходимо избегать длительного влияния на организм любых вредных, неестественных воздействий.**

В связи с этим необходимо проводить строгий контроль профессиональных вредных факторов и ограничение контакта с ними (асбестом, никелем, химическими веществами, которые применяются в производстве резины, минеральных масел).

В целом, подводя итог этому разделу, можно дать такие советы по профилактике рака:

1. **Что делать?** Проходить профилактические осмотры. Своевременно обращаться к врачу по поводу любых заболеваний и нарушений здоровья. Строго выполнять все рекомендации врачей по обследованию и лечению заболеваний, в первую очередь тех, которые могут быть предопухолевыми. Жить здоровой и полноценной жизнью.

2. **Чего не делать?** Всего остального. В первую очередь избавиться от вредных привычек, не курить. И, во вторую – не забивать себе голову излишним беспокойством по поводу возможного заболевания раком, если Вы ведете здоровый образ жизни.

Источник: <https://omr.by/news/stati/rak-zheludka>