

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14 и 43/14), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
КАРЦИНОМ НА ЖЕЛУДНИКОТ

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинско згрижување преку практикување на медицината, заснована на докази кај пациент со желудочен карцином.

Член 2

Начинот на третман на пациент со желудочен карцином е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на пациент со желудочен карцином, по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот, може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на неговото донесување.

Бр. 07-2932/1
12 март 2014 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

КАРЦИНОМ НА ЖЕЛУДНИКОТ

МЗД Упатства
27.06.2012

- Основни правила
- Фреквенција
- Етиологија
- Анамнеза
- Симптоми
- Наоди
- Дијагноза и стејџинг
- Лекување
- Прогноза
- Следење
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Најчести симптоми се горноабдоминални тегоби, анемија и губиток на тежина, но во најголем број на случаи карциномот на желудникот е асимптоматски во раните фази.
- Гастроскопијата е дијагностичка метода на избор.
- Хируршката ресекција со адјувантна хемотерапија ја подобрува прогнозата.

ФРЕКВЕНЦИЈА

- Карциномот на желудникот е четврти најчест карцином во светски рамки, а е на второ место како причина за смрт поради карцином.
- Инциденцијата на карциномот на желудникот се намалува во последните децении. Од друга страна, се зголемува процентот на карциномите на кардијата.
- Постои географска варијација на инциденцијата на карциномот на желудникот, највисока е инциденцијата во Азија и во делови од Јужна Америка, а најниска во Северна Америка. Во светски рамки, се проценува дека во 2007 година се дијагностицирани околу милион нови случаи, скоро 70% во земјите во развој, со 80000 смртни случаи.

ЕТИОЛОГИЈА

- Се смета дека факторите на средината имаат централна улога во развојот на карциномот на желудникот.
- Инфекцијата со Хеликобацтер предизвикува инфламација на слузницата на желудникот која, кај некои пациенти, резултира со хроничен атрофичен гастрит. Поголема е веројатноста атрофичната мукоза да претрпи промени кои ќе доведат до развој на карцином.
- Гастроезофагеалната рефлуксна болест и Barrett-овиот езофагус се често присутни при карциноми на желудникот, локализирани на кардијата.
- Пушењето и прекумерното внесување на сол го зголемуваат ризикот од појава на карцином на желудникот.

ХИСТОЛОГИЈА

- Во 90% од случаите се работи за аденокарцином.
 - Интестинален карцином.
 - Овој тип на карцином е крајниот резултат на карциногенската каскада, т.е. карциномот се развива бавно преку прекурзорни фази.
 - Почест е кај постарата популација.
 - Се шири преку формирање на јасно ограничени тумори.
 - Типично се шири во лимфните јазли и хематогено во црниот дроб.
 - Експресијата и амплификацијата на HER2 карциномскиот ген се јавува кај 20% од пациентите (влијае на изборот на лекувањето при напредната болест).
 - Дифузен карцином
 - Нема јасно дефинирани прекурзорни фази.
 - Почест кај помлади пациенти.
 - Се шири со инфилтрација.
 - Типично се шири во лимфните јазли и перитонеалниот простор.
- Ретки типови на тумори кои вклучуваат невроендокрини карциноми, лимфоми и ГИСТ.

СИМПТОМИ

- Горноабдоминална болка.
- Губиток на тежина.
- Чувство на заситеност рано во текот на оброкот.
- Дисфагија.
- Гадење и повраќање.
- Хематемеза.
- Мелена.
- Голем процент од карциномите се асимптоматски во раните фази.

НАОДИ

- Клиничките наоди се обично присутни при напредната болест.
 - Анемија
 - Оваријален тумор (метастатски).
 - Горноабдоминална маса.
 - Асцит.
 - Палпабилен лимфен јазол во клавикуларна јама.

ДИЈАГНОЗА И СТЕЈЦИНГ

- Гастроскопија и биопсии
 - Треба да се направи ако пациентот има симптоми и кај пациенти постари од 55 години кои се јавуваат на преглед со нова горноабдоминална тегоба.
- Стејцингот се базира на КТ скен на целото тело (и ендоскопски ултразвук).
- Наодите на горноабдоминален ултразвук, направен поради симптоми, може да вклучат асцит и метастази во црниот дроб.
- Не постојат специфични лабораториски тестови. Се препорачува да се направи крвна слика и тестови за хепаталната функција.

ЛЕКУВАЊЕ

Куративна хирургија

- Дистални тумори: > 2/3 ресекција (ннд-В); други тумори: тотална гастректомија.

- Лимфните јазли од прва група треба секогаш да се отстранат заедно со гастректомијата (Д1 гастректомија).
- Ако лимфаденектомија на втора група на лимфни јазли е возможна без да се зголемат компликациите, се препорачува нивното отстранување за време на гастректомијата (Д2 гастректомија).
- Најмалку 15 лимфни јазли од хируршкиот препарат треба да се анализираат.
- Рани тумори можат да се лекуваат со помали процедури, како ендоскопска мукозна ресекција.
- По гастректомија, пациентот има доживотна потреба од надоместување на витамин В12.
- По спленектомија, индицирана е пнеумококна, менингококна и хемофилус вакцинација.

Онколошко лекување во комбинација со куративна хирургија

- Периоперативна цитотоксична хемотерапија
 - Периоперативна цитотоксична хемотерапија (пре- и постоперативно) може да се ординира за да се подобри прогнозата на карциномот на желудникот.
 - Целта на периоперативната хемотерапија е да се намали туморската маса, да се зголеми степенот на радикалитет и да се подобри прогнозата.
 - Исто така, хемотерапијата подобро се поднесува преоперативно.
- Адјувантна хемотерапија
 - Ползата од адјувантна хемотерапија не е докажана во индивидуалните западни студии.
 - Метаанализите покажуваат дека адјувантната хемотерапија благо го намалува морталитетот (ннд-В).
- Адјувантна хеморадиотерапија
 - Постоперативната хеморадиотерапија, главно, е резервирана за пациенти кај кои болеста е проширена преку хируршките маргини.

Палијативно лекување

- Хемотерапијата го продолжува преживувањето во споредба со најдоброто симптоматско лекување (ннд-А).
- При метастатска болест, средното преживување на пациент, лекуван со хемотерапија е 12 месеци.
- При HER2 позитивна болест, додавањето на анти-HER2 антитело trastuzumab кон хемотерапискиот протокол сигнификантно го подобрува преживувањето.
- Опструкција.
 - Ако е возможна палијативна ресекција (подобро отколку бајпас или стентирање).
 - Гастројејуностомија.
 - Ендоскопско стентирање.
- Крвавење
 - Ако е возможна, ресекција.
 - Улогата на ресекцијата при метастаска болест, а без мајорни симптоми е нејасна.

ПРОГНОЗА

- 75% од карциномите на желудникот се дијагностицираат во напредната фаза и прогнозата е лоша.
- 5-годишно преживување е 25%, при куративно лекување 50%.

СЛЕДЕЊЕ

- Интензивните протоколи за следење не ја подобруваат прогнозата.
- Цел на протоколот за следење е:
 - Да открие потенцијални нутритивни дефицити кои се резултат на хируршкото лекување.

1. Тежина, цревна функција, крвна слика, електролити, креатинин, витамин В12.
 2. Ако е потребно, пациентот да се упати на нутриционист.
- Да се идентификува рецидив кој може да се лекува куративно (ретко).
 1. Еднаш годишно ендоскопија по суптотална гастректомија.
 2. Имицинг или консултација со специјалист во согласност со симптомите.

РЕФЕРЕНЦИ

1. McCulloch P, Nita ME, Kazi H et al. Extended versus limited lymph nodes dissection technique for adenocarcinoma of the stomach. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (4): CD001964. [PubMed](#)
2. Van Cutsem E, Van de Velde C, Roth A et al. Expert opinion on management of gastric and gastro-oesophageal junction adenocarcinoma on behalf of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC)-gastrointestinal cancer group. *Eur J Cancer* 2008; 44(2): 182-94. [PubMed](#)
3. Bozzetti F, Marubini E, Bonfanti G et al. Subtotal versus total gastrectomy for gastric cancer: five-year survival rates in a multicenter randomized Italian trial. *Italian Gastrointestinal Tumor Study Group. Ann Surg* 1999; 230(2): 170-8. [PubMed](#)
4. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2010 (ver. 3) Japanese Gastric Cancer Association Gastric Cancer doi:10.1007/s10120-011-0040-6.
5. Cunningham D, Allum WH, Stenning SP et al. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *N Engl J Med* 2006; 355(1): 11-20. [PubMed](#)

Автор: Pauli Puolakkainen

Претходен автор: Tom Schröder

Article ID: ebm00208 (009.030) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines 26.11.2010 www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до ноември 2014 година.**