

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, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ КАРЦИНОМ НА ЖЕЛУДНИКОТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при карцином на желудникот.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при карцином на желудникот е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при карцином на желудникот 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 згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при карцином на желудникот („Службен весник на Република Македонија“ бр.39/15).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-5490/1
04 мај 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

КАРЦИНОМ НА ЖЕЛУДНИКОТ

МЗД Упатства
30.5.2013 • Последни промени 30.5.2013

Raija Ristamäki and Arto Kokkola

- [Најважно](#)
- [Фреквенција](#)
- [Етиологија](#)
- [Хистологија](#)
- [Симптоми](#)
- [Наоди](#)
- [Дијагноза и стејџинг](#)
- [Третман](#)
- [Прогноза](#)
- [Следење](#)
- [Референци](#)

НАЈВАЖНО

- 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 *Helicobacter* 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.
- Одредување на стадиумот 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.

ТРЕТМАН

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.

- Треба да се изврши спленектомија доколу постои висока веројатност за метастази на лимфни јазли во хилусот на слезенката или пак кога туморот директно ја инфилтрира слезенката.
- 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.

Онколошки третман 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.

Палијативен третман

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

РЕФЕРЕНЦИ

- 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](#)
- 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](#)
- 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](#)
- Japanese gastric cancer treatment guidelines 2010 (ver. 3) Japanese Gastric Cancer Association Gastric Cancer doi:10.1007/s10120-011-0040-6.
- 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](#)

Последен преглед одобрен како ажуриран 30.5.2013 • Последни промени 30.5.2013

Article ID: ebm01079 (008.034)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines 30.5.2013 www.ebm-guidelines.com**
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
- **Предвидено е следно ажурирање до мај 2017 година.**

Упатството го ажурирал: **И. Стојковски**

Координатор: Проф. Др. **К. Зафировска**