Рак желудка

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C16.1, C16.2, C16.3, C16.4, C16.5, C16.6, C16.8, C16.9 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии», Российская ассоциация терапевтических радиационных онкологов

Рак желудка — группа злокачественных эпителиальных опухолей слизистой оболочки желудка. Рекомендация охватывает диагностику, лечение и наблюдение пациентов с ранним, местно-распространённым и метастатическим раком, а также ведение полипов желудка. Ключевые решения зависят от стадии, резектабельности, общего состояния и маркеров HER2, PD-L1 и MSI/dMMR.

Главное

- Для подтверждения рака нужна ЭГДС с биопсией из 6–8 участков и морфологическим исследованием. При инфильтративном подслизистом росте отрицательная биопсия не исключает опухоль: нужна повторная ступенчатая биопсия. УУР C, УДД 5.
- Опухолевые клетки в перитонеальных смывах означают M1. Для точной оценки pN исследуют не менее 16 удалённых лимфоузлов.
- Абсолютное показание к эндоскопическому удалению раннего рака: дифференцированная аденокарцинома cT1a без изъязвления, размером < 2 см. Нужны отсутствие клинических метастазов в регионарных узлах и возможность удаления единым блоком; предпочтительный метод в большинстве случаев — ESD. УУР C, УДД 5.
- При cT≥2NлюбоеM0 или cTлюбоеN≥1M0 показана периоперационная химиотерапия; предпочтителен FLOT. УУР A, УДД 2.
- При cT2–T4a или cN+ стандарт хирургического лечения включает лимфаденэктомию D2 независимо от глубины инвазии. УУР C, УДД 5.
- При диссеминированном раке первую линию выбирают по HER2, MSI/dMMR и PD-L1: HER2− с MSI/dMMR или CPS≥10 — химиоиммунотерапия; HER2+ MSS — трастузумаб с химиотерапией; при HER2+ и CPS≥1 — пембролизумаб, трастузумаб и CAPOX. Для HER2− химиоиммунотерапии: УУР A, УДД 2; для последней комбинации: УУР B, УДД 2.
- Эрадикация H. pylori показана всем инфицированным без противопоказаний и после эндоскопического удаления аденомы или раннего рака для профилактики метахронного рака. УУР A, УДД 1.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез, включая факторы, влияющие на выбор лечения. УУР C, УДД 5.
2. Проведите физикальный осмотр, оцените ECOG и нутритивный статус, например по NRS-2002. УУР C, УДД 5.
3. До лечения выполните развёрнутый общий и биохимический анализы крови, коагулограмму и общий анализ мочи. Перед каждым курсом химиотерапии повторяйте общий и биохимический анализы крови, остальные исследования — по показаниям. УУР C, УДД 5.
4. Выполните ЭГДС с биопсией из 6–8 участков и морфологической верификацией — УУР C, УДД 5. Для оценки границ опухоли, T и N дополните её эндосонографией при раннем, локализованном и местно-распространённом раке — УУР A, УДД 1; перед EMR/ESD при раннем раке — УУР B, УДД 1.
5. Определите распространённость: КТ грудной клетки, брюшной полости и таза с пероральным и внутривенным контрастированием — УУР C, УДД 5; УЗИ надключичных лимфоузлов — УУР B, УДД 2. Подозрительные метастатические очаги биопсируйте под УЗИ/КТ, если подтверждение меняет тактику — УУР C, УДД 5.
6. Проведите диагностическую лапароскопию с цитологией смывов; подозрительные участки брюшины биопсируйте. Основные показания: cT3–T4 или cN+, а при cT2N0M0 — дискогезивная аденокарцинома либо подозрение на внутрибрюшинное распространение; УУР B, УДД 1. В комментарии процедура также обозначена обязательной при резектабельном T≥2 или TлюбоеN+, подозрении на канцероматоз и планировании конверсионного лечения.
7. Перед периоперационной или самостоятельной лекарственной терапией определите HER2, PD-L1 CPS и MSI/dMMR. При HER2 ИГХ 2+ дополнительно исследуйте амплификацию методом FISH/CISH. NGS применяют

по показаниям, в частности при рефрактерном диссеминированном раке и доступности препаратов для выявленных мишеней. УУР C, УДД 5.

Лечение

- Все аденомы желудка удаляйте эндоскопически: УУР B, УДД 3. Ранний рак cTis–T1aN0M0 лечите EMR/ESD при соблюдении критериев отбора; при опухоли в вертикальном крае или лимфоваскулярной инвазии нужна операция с D1+. УУР C, УДД 5.
- При T1b–T4NлюбоеM0 показано хирургическое лечение. Дистальная субтотальная резекция подходит для опухолей нижней/средней трети при достаточном отступе; гастрэктомия — при поражении верхней трети или невозможности обеспечить проксимальный отступ. Отступ: T1b — 2 см, T2–T4 с экспансивным ростом — 3 см, с инфильтративным — 5 см. УУР C, УДД 5.
- Периоперационный FLOT при cT≥2 или cN+, M0: в день 1 доцетаксел 50 мг/м² в/в за 1 час, оксалиплатин 85 мг/м² в/в за 2 часа, кальция фолинат 200 мг/м² в/в за 2 часа и фторурацил 2600 мг/м² в/в за 24 часа; повтор каждые 2 недели, 4 курса до и 4 после операции. УУР A, УДД 2. При противопоказаниях к FLOT используют mFOLFOX6 или CAPOX — УУР C, УДД 4.
- Если лечение начато с R0-операции, при pTлюбоеN1–3M0, pT4N0M0 или pT3N0M0 проводите адъювантную CAPOX: капецитабин 1000 мг/м² внутрь 2 раза в сутки в дни 1–14 и оксалиплатин 130 мг/м² в/в за 2 часа в день 1; цикл 3 недели. УУР B, УДД 2.
- Адъювантную CAPOX начинайте в течение 4 недель, предельно — 6 недель после операции, если нет тяжёлых осложнений и нормализовались клинико-лабораторные показатели; длительность — 6 месяцев, 8 курсов. УУР A, УДД 2. У пациентов с MSI, перенесших радикальное хирургическое лечение без неоадъювантной химиотерапии, адъювантная химиотерапия не целесообразна — УУР B, УДД 1.
- Первая линия диссеминированного HER2− MSS рака при CPS<10: платина с фторпиримидином, например CAPOX — капецитабин 1000 мг/м² внутрь 2 раза в сутки в дни 1–14 и оксалиплатин 130 мг/м² в/в за 2 часа в день 1, каждые 3 недели; УУР B, УДД 3. При HER2− и MSI/dMMR или CPS≥10 к CAPOX добавляют ниволумаб 360 мг в/в за 1 час либо пембролизумаб 200 мг в/в за 30 минут в день 1 каждые 3 недели; УУР A, УДД 2.
- При диссеминированном HER2+ MSS раке используйте трастузумаб с химиотерапией. При HER2+ и CPS≥1: пембролизумаб 200 мг в/в за 30 минут, трастузумаб сначала 8 мг/кг в/в за 90 минут, затем 6 мг/кг за 30 минут, плюс CAPOX; повтор каждые 3 недели. УУР B, УДД 2. При ECOG 3–4 или тяжёлых сопутствующих заболеваниях — симптоматическая терапия; УУР C, УДД 5.
- Предпочтительная комбинация второй линии при удовлетворительном состоянии: рамуцирумаб 8 мг/кг в дни 1 и 15 плюс паклитаксел 80 мг/м² в дни 1, 8 и 15, цикл 28 дней. Продолжайте до прогрессирования или непереносимой токсичности. УУР B, УДД 2. Продолжать трастузумаб во второй линии не следует — УУР B, УДД 2.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении на рак направляйте в центр амбулаторной онкологической помощи, при его отсутствии — в первичный онкологический кабинет или онкодиспансер. Тактику определяет онкологический консилиум.
- Экстренная или неотложная госпитализация нужна при осложнениях опухоли либо лечения, требующих срочной специализированной помощи. Плановая — для сложной диагностики или противоопухолевого лечения, если необходимо стационарное наблюдение.
- При остром кровотечении нужны срочная ЭГДС, системная гемостатическая терапия и эндоскопический гемостаз. Если он невозможен или неэффективен — экстренная операция либо трансартериальная эмболизация. УУР C, УДД 5.
- Для ранней консультации диетолога, анестезиолога-реаниматолога или специалиста по лечебному питанию выделяйте пациентов с ИМТ<18,5, потерей массы >5% за месяц или >15% за 3 месяца, потреблением <25% необходимого питания либо дисфагией III степени и выше.
- После радикального лечения наблюдайте не менее 5 лет. При pII/III или ypI–III: осмотр каждые 3 месяца в первый год, затем каждые 6 месяцев в течение 2 лет, далее ежегодно; КТ каждые 6 месяцев первые 2 года, затем ежегодно до 5 лет; ЭГДС каждые 6 месяцев первые 2 года, затем ежегодно на 3–5-м годах. УУР C, УДД 5.

Частые вопросы

Когда полип желудка нужно удалять?

Аденомы удаляют всем пациентам, единым блоком в здоровых тканях; УУР B, УДД 3. Полипы фундальных желёз удаляют при размере >1 см; УУР C, УДД 5.

Что означает HER2 ИГХ 2+ при раке желудка?

Это пограничный результат: нужно исследовать амплификацию HER2 методом ISH. ИГХ 3+ считается положительным результатом, ИГХ 0 или 1+ — отрицательным.

Можно ли добавить дурвалумаб к периоперационному FLOT?

Такая опция предусмотрена при ECOG 0–1, cТлюбоеN+M0, HER2− и PD-L1 CPS≥10; УУР B, УДД 2. Решение принимает мультидисциплинарный консилиум с учётом переносимости FLOT, риска иммунных осложнений и возможности завершить лечение.

Нужно ли удалять первичную опухоль при метастатическом раке желудка?

Рутинное удаление неосложнённой первичной опухоли или метастазов не увеличивает продолжительность жизни; УУР C, УДД 2. Операция возможна при некупируемых жизнеугрожающих осложнениях, конверсии в резектабельное состояние или отобранной олигометастатической болезни с возможностью R0; УУР C, УДД 5.

Когда проверять эффективность лекарственной терапии и как часто сдавать анализы?

Эффективность лекарственного лечения обычно оценивают каждые 6–8 недель с допустимым отклонением на одну неделю. Для трёхкомпонентных режимов обязательны еженедельный контроль побочных эффектов и своевременная сопроводительная терапия.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/574-rak-zheludka. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/574_3