

## АДЕНОКАРЦИНОМА ЖЕЛУДКА У 17-ЛЕТНЕГО ПОДРОСТКА

Апенченко Ю.С.<sup>1</sup>, Басалаева Н.В.<sup>1</sup>, Щербаков П.Л.<sup>2</sup>, Субботина А.С.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России

<sup>2</sup> ГУ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ г. Москвы

<sup>3</sup> Детская городская клиническая больница № 3, г.Тверь

Апенченко Юлия Сергеевна

E-mail: apen@mail.ru

### РЕЗЮМЕ

В статье представлен случай аденокарциномы желудка у подростка 17 лет. Злокачественные опухоли пищеварительного тракта у детей встречаются редко, характеризуются отсутствием специфической симптоматики и стремительным течением, вследствие чего диагностируются поздно. В описанном случае в начале заболевания клиника соответствовала хроническому гастродуодениту, однако уже через 6 месяцев был выявлен опухолевый процесс IV стадии с метастазированием. Данной публикацией авторы хотели бы привлечь внимание специалистов к проблеме детской онкологии.

**Ключевые слова:** аденокарцинома; дети; желудок

### SUMMARY

The case of stomach adenocarcinoma is presented in the article. Malignant tumors of digestive system are rare, it has no specific symptoms but has fast growth, therefore its diagnostics is too late. In this case the first symptoms were associated with gastroduodenitis, but since 6 months IV stage of cancer with metastasis was revealed. This article is author's attempt to raise attention to the problem of children's cancer.

**Keywords:** adenocarcinoma; children; stomach.

В педиатрии злокачественные эпителиальные опухоли ЖКТ составляют, по данным разных авторов, 0,8–6% всех солидных опухолей. В свою очередь до 95% из них являются аденокарциномами. Рак желудка встречается крайне редко и составляет 0,05% всех опухолей детского возраста. Около 50% новообразований желудка локализируются в его дистальных отделах, 5% — на передней и задней стенках, 10–18% — в кардиальной части, 1% — в области большой кривизны и дна, диффузного поражения желудка у детей практически не встречается [1].

Рак желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей имеет неблагоприятный прогноз. До настоящего времени диагностика злокачественных солидных опухолей у детей запаздывает, что связано с редкостью данной патологии, отсутствием должного внимания со стороны родителей на расстройство функций ЖКТ у ребенка, недостаточной онкологической настороженностью врачей. Кроме того, на ранних стадиях опухолевого процесса заболевание

характеризуется бессимптомным течением или проявляется клиникой обычных заболеваний ЖКТ. Средняя продолжительность времени для установления рака желудка составляет 11 месяцев, что значительно превышает соответствующий срок у взрослых больных. Худшие результаты лечения могут быть в том числе обусловлены высоким процентом малодифференцированных форм опухолей, с которыми связаны высокая частота метастазирования и невозможность радикального оперативного вмешательства [2].

За почти 30-летний период в НИИ детской онкологии и гематологии наблюдалось 15 детей с раком ЖКТ, из них всего 3 — с низкодифференцированным раком желудка. От первых симптомов до госпитализации в специализированный стационар проходило от 1 до 8 месяцев. Основные жалобы были неспецифичны — боли в животе, снижение аппетита, потеря веса, диспепсия. У 2 из 3 определялся асцит, у всех 3 процесс был генерализованным,

4 стадия заболевания. Продолжительность жизни составила 2–3 месяца [1].

В связи с тем, что рак желудка встречается у детей крайне редко, приводим собственное клиническое наблюдение.

Мальчик С., 17 лет. Впервые обратился к участковому педиатру по поводу болей в животе в возрасте 16 лет. Боли беспокоили около недели, были неинтенсивными, носили ноющий характер, возникали натощак, тошнотой и рвотой не сопровождалась. Ранее подобных жалоб не отмечалось, поэтому ребенок связал симптомы с погрешностями в диете. При физикальном обследовании определялась болезненность при пальпации в эпигастральной области, других изменений объективного статуса не отмечено.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от третьей беременности, первых родов (первые две беременности закончились медицинскими абортами). Беременность у возрастной первородящей (37 лет) протекала с гестозом, синдромом хронической гипоксии плода, отмечалось раннее излитие околоплодных вод. При рождении масса тела 3100 г, длина 50 см. Двукратное обвитие пуповины, оценка по Апгар 4/7 баллов. Нарушение гемодинамики 1–2-й степени.

Естественное вскармливание 10 месяцев. Прививки по календарю.

Наследственность не отягощена.

Перенесенные заболевания — перинатальная энцефалопатия, гипертензионно-гидроцефальный синдром, синдром мышечной гипотонии, острые респираторные заболевания, в том числе в 5- и в 9-месячном возрасте, острый алиментарный гастрит в 11 месяцев, краснуха, ветряная оспа, ангина, лямблиоз. С 12 до 16 лет состоял на диспансерном учете по поводу вегетативной дистонии.

После осмотра ребенок направлен участковым педиатром на ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и ЭГДС. При УЗИ патологии не выявлено. Заключение при эндоскопическом исследовании: эрозивный гастрит (геморрагические эрозии 0,4–0,5 см в верхней трети желудка и в фундальном отделе), состоявшееся кровотечение (Forrest IIC). При проведении ЭГДС было отмечено некоторое затруднение расправления складок при инфляции. Цитологическое исследование на *Helicobacter pylori* (*Hp*) — отрицательный результат. Ребенок осмотрен гастроэнтерологом, при этом выявлена болезненность при пальпации в эпигастральной области, отмечено, что вес не терял, питание достаточное, печень не увеличена. Назначено лечение: ультотп, де-нол, дюспаталин. При контрольной гастроскопии через 3 недели: нарушена архитектура складок в верхней трети тела желудка по большой кривизне — они отечные, извитые, с множественными эрозиями 0,1–0,3 см в острой стадии и в стадии эпителизации. Через 2 недели ребенок вновь на консультации у гастроэнтеролога в связи с отсутствием положительной динамики — проведена

замена препаратов на санпраз, вентер. Через 3 недели еще одна консультация, получен положительный результат анализа крови на антитела к *Hp* — лечение дополнено. Таким образом, на протяжении 2 месяцев не было получено положительного эффекта от лечения, что у детей с эрозивными гастритами отмечается крайне редко. Следует отметить, что ребенок принимал препараты нерегулярно и одновременно консультировался в разных поликлиниках — детской и взрослой, что, несомненно, затруднило процесс диагностики и лечения.

Через полгода после первичного обращения ребенок вновь на приеме у педиатра. Ухудшение около 10 дней. К болевому синдрому, который усилился, присоединились жалобы на чувство тяжести и переполнения в животе, снижение аппетита. При объективном обследовании определяется увеличение живота в объеме. Ребенок направлен на ЭГДС, при проведении которой вновь выявлен эрозивный гастрит: складки желудка отечны, воздухом расправляются плохо, слизистая ярко гиперемирована, по большой кривизне в фундальном отделе, в верхней трети и средней трети складки ригидные отечные, при инфляции не уплощаются, на складках множественные эрозии 0,3–0,6 см с фибрином (взята биопсия). Ребенок незамедлительно отправлен в стационар с подозрением на онкологический процесс.

При осмотре: кожа сухая, серого оттенка, блефарит, ангулярный стоматит, язык без налета, со множественными поперечными бороздами. Питание достаточное — при росте 171 см масса тела 61 кг (оба показателя в 4-м коридоре центильных таблиц). Частота сердечных сокращений 86, частота дыхания 20 в минуту, артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах и напряжен за счет асцита, выражена венозная сеть на животе, нижний край печени перкуторно определяется на 2 см ниже реберной дуги. Живот при пальпации болезненный в эпигастральной области.

Клинический анализ крови и биохимический анализ крови (билирубин, аминотрансферазы, тимоловая проба, амилаза, сахар) — без отклонений. С-реактивный белок +. Анализ крови на HBs-антиген, HCV-антиген, анти-HAV, на антитела к ВИЧ — отрицательный.

УЗИ — гепатомегалия, диффузные изменения паренхимы печени, асцит.

Рентгенография органов грудной клетки — без особенностей.

Гистологическое исследование — низкодифференцированная аденокарцинома с развитой стромой, некрозом.

Лечение симптоматическое — антисекреторные препараты, ферменты, мочегонные.



Через неделю после госпитализации присоединились жалобы на рвоту, отрыжку, усиление болей и напряжения живота. В условиях хирургического отделения выполнен лапароцентез, из брюшной полости удалено 5,5 л серозно-геморрагического выпота.

Ребенок переведен в областной онкологический диспансер, где выставлен диагноз: рак желудка IV стадии, метастазы Шницлера, канцероматоз, асцит. Начат первый курс полихимиотерапии. Получал митомицин, випецид, цисплатин, осетрон.

Проведена рентгенография верхних отделов пищеварительного тракта: пищевод свободно проходим, кардия смыкается, желудок смещен вверх за счет асцита, деформирован за счет изъязвлений по большой кривизне в средней и нижней трети, стенки ригидны, эвакуация свободная, двенадцатиперстная кишка — без особенностей.

Биоптаты, взятые при проведении ЭГДС: макроскопическое исследование — рак желудка диффузного типа. Микроскопическое исследование — клетки,

принадлежащие мало дифференцированному аденогенному раку, наличие перстневидных клеток, кишечной метаплазии.

ЭГДС при выписке из онкологического диспансера через неделю — абдоминальный отдел пищевода ригиден, желудок в виде ригидной трубки, слизистая оболочка инфильтрирована в виде булыжной мостовой.

Таким образом, за 6 месяцев эндоскопическая картина претерпела значительные изменения с быстрой динамикой. Клиника заболевания начиналась подобно гастриту, однако уже через полгода к симптоматике присоединился своеобразный *habitus*, асцит. Болевой синдром значительно усилился, в связи с чем ребенок получал трамадол. *Exitus letalis* — через 1,5 месяца после выписки из онкологического диспансера, от момента появления первых жалоб прошло 7 месяцев. Стремительное развитие процесса не оставило шанса на положительный исход.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Рубанский М.А., Кошечкина Н.А., Лебедев В.И. Рак желудочно-кишечного тракта у детей // Детская онкология. — 2004. — № 1. — С. 9–11.

2. Рубанский М.А., Кошечкина Н.А., Лебедев В.И. Злокачественные солидные опухоли желудочно-кишечного тракта у детей (клиника, диагностика, лечение). Обзор литературы // Детская онкология. — 2005. — № 1. — С. 33–38.