

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ И РАННИЙ РАК ЖЕЛУДКА: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ.

Никифоров П. А., Ляпунова В. Н., Грибунов Ю. П., Виноградова Н. Н.

ФГБУ «УНМЦ» УД Президента РФ, Москва.

CHRONIC GASTRITIS AND EARLY STOMACH CANCER: DIAGNOSTIC FEATURES AND DYNAMICS

Nikiforov P. A., Lyapunova V. N., Gribunov Y. P., Vinogradova N. N.

FSBI «Training and Research Medical Center» of Presidential Administration, Moscow, Russia

Никифоров Пётр Андреевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий курсом эндоскопии кафедры хирургии с курсами эндоскопии и урологии ФГБУ «УНМЦ» УД Президента РФ,

Ляпунова Валентина Николаевна, старший лаборант кафедры хирургии с курсами эндоскопии и урологии ФГБУ «УНМЦ» УД Президента РФ,

Грибунов Юрий Павлович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий патологоанатомическим отделением ФГБУ ЦКБ с поликлиникой УД Президента РФ,

Виноградова Наталья Николаевна, заведующая канцер-регистром ФГБУ ЦКБ с поликлиникой УД Президента РФ

Peter A. Nikiforov, MD, Professor, Head of Surgery Endoscopy course at the Department of Surgery with courses of Endoscopy and Urology

Valentina Lyapunova, senior laboratory assistant at the Department of Surgery with courses of Endoscopy and Urology

Yuri P. Gribunov, MD, Professor, Head of the Pathology Department

Natalia Vinogradova, head of Cancer Registries FSBI CH with Polyclinic of Presidential administration, Moscow, Russia

**Ляпунова
Валентина Николаевна**
Lyapunova Valentina N.
E-mail: valjalja@mail.ru

Резюме

В сообщении представлены результаты диагностики раннего рака желудка у 104 пациентов, наблюдаемых в лечебных учреждениях Медицинского центра на протяжении многолетнего периода. Среди них в 76 % случаев в анамнезе было отмечено наличие хронического гастрита, язвенная болезнь имела место у 9 % больных. Клинические признаки, указывающие на заболевание желудка, имелись у 52 % пациентов. Из них у 36 % они носили характер неспецифических диспепсических проявлений, существовавших раньше на протяжении длительного периода. У 16 больных (32 %), отмечена динамика в характере клинических проявлений, заключающаяся в усилении симптомов, существовавших ранее, или их трансформации. Наиболее часто трансформировавшиеся или возникшие впервые клинические признаки имели характер болевого синдрома различной интенсивности. Длительность клинических проявлений, которые можно было отнести к возникшему заболеванию, составляла период от одного месяца до года и имела место у 15 % больных.

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 104 (4):57-59

Summary

In this report presents the results of diagnosis of early stomach cancer in 104 patients observed in hospitals Medical center long-term period. Among them, in 76 % of cases in history found chronic gastritis, peptic ulcer disease occurred in 9 % of patients. Clinical signs of a disease of the stomach were present in 52 % of patients. Of them in 36 they were in the nature of non-specific dyspeptic manifestations that existed before for a long period. In 16 patients (32 %) noted in the dynamics of clinical manifestations nature, consisting in increasing the symptoms of pre-existing, or transformation. The most frequently encountered for the first time transformed or clinical signs were of the nature of pain of varying intensity. Duration of clinical manifestations, which could be attributed to the disease has arisen, was a period of one month to one year and occurred in 15 % of patients.

Ekspierimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2014; 104 (4):57-59

Заболеваемость раком желудка в Азии значительно выше, чем в промышленно развитых западных странах. В соответствии с различными программами скрининга в Японии и Корее, у 50 % пациентов опухоль выявляют на ранних этапах. Напротив, у европейских и американских пациентов рак выявляют на более поздних стадиях [7]. В России заболеваемость раком желудка среди мужчин составляет 32,8, среди женщин — 14,3 на 100 000 населения, количество пациентов с выявленным ранним раком желудка не превышает из них 20 % [2,3]. По данным японской классификации рака желудка, ранний рак желудка определяется как рак желудка, в которой инвазия опухоли ограничивается слизистой или подслизистой (рак T1), независимо от наличия метастазов в лимфатических узлах [8]. Ранний рак желудка несет гораздо более благоприятный прогноз, чем распространенный рак, 5-летняя выживаемость составляет более 90 % [9]. Интерес исследователей к раннему раку желудка в значительной мере обусловлен тем, что он является своеобразной «переходной» формой между предраковыми изменениями и развитым раком желудка и его изучение позволяет точнее понять морфогенез опухоли и обосновать методы своевременной диагностики и профилактики [1,4]. Как известно, именно при этой форме достигнуты наилучшие результаты в терапии, касающиеся как непосредственно операции, так и данных отдаленного наблюдения [5,6].

У всех 104 больных ранний рак желудка был выявлен эндоскопически, при использовании «традиционных» средств осмотра на фоне хронического гастрита различной распространенности и выраженности. Подозрение на наличие рака желудка было высказано эндоскопистом в 36 % случаев, у остальных больных изменения расценивались визуально, как доброкачественные. Исходя из этого, мы в представленной формализованной характеристике эндоскопической картины раннего рака опирались на конкретные данные, имеющиеся в эндоскопических протоколах и содержащие, как правило, описание внешне доброкачественных изменений.

1. Инфильтрация и воспаление (25 %) -наличие локальных участков воспаления в виде инфильтрированной и отечной слизистой, иногда с поверхностными эрозиями и геморрагиями.
2. Изъязвление (18 %) — язвенный дефект, как правило, небольших размеров, с признаками периабсцессного воспаления и инфильтрации, а также неглубоким дном. У части больных (10 %) с язвенной болезнью в анамнезе, ранний рак выявлен в крае язвы, возникшей при очередном обострении. В этих случаях язва по визуальной характеристике ничем не отличалась от доброкачественной.
3. Гиперплазия слизистой (16 %) — участок утолщенной слизистой размером 0,3–1,0 см, иногда с измененной поверхностью, внешне имеющий доброкачественный характер.
4. Полип (11 %) — образование на широком основании или на ножке, часто с измененной поверхностью размером 0,5–3,0 см в диаметре. При гистологическом исследовании в ткани, наряду

с опухолью, определяются ткани доброкачественного полипа.

5. Деформация (10 %) — локальная деформация стенки желудка, иногда с видимым рубцом и наличием воспалительных изменений в этой зоне.
6. Экзофитная опухоль (10 %) — типичное образование грибовидной формы и небольшого размера, расцененное врачом, как злокачественное.

При гистологическом исследовании в 79 % случаев была выявлена аденокарцинома, в 82 % высоко и умеренно дифференцированная, у остальных больных — другие формы рака. Инвазивный рост до подслизистого слоя отмечен в 64 % случаев. Размер пораженного участка в 61 % случаев не превышал 1,0 см. У всех больных рак возник на фоне хронического атрофического гастрита, сопровождавшегося в 88 % кишечной метаплазией. У 34 больных в зоне опухоли была выявлена тяжелая дисплазия эпителия. У 64 пациентов имелись данные предшествующих ежегодных эндоскопических исследований на протяжении в среднем 5,2 лет до выявления у них рака. Гастроскопия проводилась ежегодно по поводу хронического гастрита или других заболеваний органов пищеварения. В 64 % случаев выявленные при очередном исследовании изменения возникли впервые с интервалом максимум в один год. У остальных пациентов измененные участки, при биопсии которых обнаружен рак, существовали и раньше, наблюдались в среднем на протяжении 3,2 года, а результаты их морфологического исследования указывали на различные признаки хронического атрофического гастрита. Среди случаев, где эндоскопическая картина не претерпела изменений, большая часть представлена наблюдениями за участками воспаления или очаговой гиперплазии слизистой. Все случаи раннего рака, при которых макроскопические изменения возникли впервые, относились к изъязвлениям и опухолям. При динамическом наблюдении у 22 (34 %) выявлена дисплазия эпителия тяжелой степени в зоне локального воспаления и рубцовой деформации, участке гиперплазии и в ткани железистого полипа. У 15 больных длительность наблюдения не превышала 1 года, у остальных составляла период от двух до пяти лет. Следует отметить, что во всех наблюдениях, дисплазия исходно носила характер тяжелой.

Таким образом, специфика диагностики раннего рака желудка и возможные трудности в его выявлении, прежде всего, могут быть объяснены его генетической связью с хроническим гастритом, который предшествует развитию рака и несет в себе возможные предраковые изменения и продолжает существовать в период, когда опухоль уже возникла. В определенной части случаев ранний рак возникает на фоне имеющейся у пациента язвенной болезни или имеет форму изъязвления, которое может расцениваться, как доброкачественное. Именно поэтому, более чем у 60 % пациентов макроскопические изменения при рассматриваемой форме заболевания расцениваются врачом-эндоскопистом как доброкачественные.

Предположить наличие раннего рака позволяет, прежде всего, комплексная оценка выявленных изменений, в т.ч.: впервые возникшее изъязвление,

особенно у лиц с отсутствием в анамнезе язвенной болезни, или, наоборот, длительное существование локальных очаговых изменений слизистой оболочки. Именно в этих обстоятельствах, при осуществлении динамического наблюдения, был выявлен ранний рак у значительной части, представленных больных. Подозрение на наличие злокачественного перерождения всегда возникает при выявлении полипов желудка. Сомнения подтверждаются при наличии в результатах гистологического исследования диспластических изменений. Необходимо сказать, что вероятность выявления раннего рака желудка во внешне доброкачественных измененных участках слизистой оболочки желудка по нашим данным невелика. Так, среди 2250 биоптатов из очаговых изменений слизистой у больных хроническим гастритом, ранний рак желудка выявлен в 0,86% случаев. Частота выявления малигнизированных полипов в выборке из 339 полипов составила 0,65%. Анализ полученных результатов позволяет предположить, что образование раннего рака желудка происходит в короткий отрезок времени и процесс практически может иметь характер дискретного. Вместе с тем, в последующем, скорость роста по сравнению с начальной, существенно замедляется, что дает возможность выявить эту форму при динамическом наблюдении в интервале одного года между исследованиями. Также ранний рак может быть выявлен при первичном обследовании больных, у которых судить о времени образования опухоли не представляется возможным, и, следовательно, оно может оказаться и большим.

Связь раннего рака желудка с предшествующими изменениями, существующими при хроническом атрофическом гастрите или других видах поражения слизистой желудка, может внешне иметь несколько вариантов. Прежде всего, хронический атрофический гастрит с присущими ему гистологическими изменениями всегда является фоном и основой, на которой возникает поражение. Ранний рак, как следует из наших наблюдений, может быть выявлен при биопсии существующих ранее изменённых участков или аналогичных внешне, но возникших впервые.

Таким образом, макроскопические изменения могут быть обусловлены как предшествующим гастритом, так и возникшим параллельно с ними раком желудка. Морфологические изменения, на фоне которых возникает ранний рак желудка, характеризуются атрофическим гастритом, как правило, с наличием метаплазии эпителия. Очевидна роль дисплазии, как облигатного предрака, причём степень её тяжести исходно является тяжёлой, а длительность существования может быть короткой, или превышать один год. С практической точки зрения, очевидно, что для успешной диагностики раннего рака желудка необходимо широко использовать эндоскопические методы наблюдения за больными хроническим гастритом и другими заболеваниями желудка с обязательной морфологической верификацией существующих ранее и впервые возникших изменений.

Литература

1. Ивашкин В. Т. Современная гастроэнтерология и предопухолевые заболевания пищеварительной системы // Росс. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — Том 12. — 2002. — № 3.
2. Пасечников В. Д., Чуков С. З. Ранний рак верхних отделов пищеварительного тракта.
3. Мерабишвили В. М. Рак желудка: эпидемиология, профилактика, оценка эффективности лечения на популяционном уровне. Практическая онкология 2001; 3 (7): 3–8.
4. Мяукина Л. М., Филин А. З., Криволапов Ю. А. Диагностика и лечение раннего рака желудка (эндоскопическая резекция, слизистой оболочки). Альманах эндоскопии 2002; 1: 83–8.
5. Сельчук В. Ю., Никулин М. П. Рак желудка. Российский Медицинский Журнал 2003;11 (26): 1441–1448.
6. Поддубный Б. К., Кувшинов Ю. П., Ефимов О. Н., Малихова О. А., Ганненко И. П., Чистякова О. В., Шабанов М. А. Современное состояние эндоскопической диагностики и лечения ранних форм рака пищевода и желудка. Современная онкология 2000; 2 (3): 5–12.
7. Elfriede Bollschweiler, Felix Berlth, Christoph Baltin, Stefan Mönig. Treatment of early gastric cancer in the Western. World J Gastroenterol. May 21, 2014; 20 (19): 5672–5678.
8. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Classification of Gastric Carcinoma — 2nd English Edition. Gastric Cancer. 1998;1:10–24.
9. Sano T, Katai H, Sasako M, Maruyama K. The management of early gastric cancer. Surg Oncol. 2000;9:17–22.