

Кувшинов Ю.П., Малихова О.А., Беляева Т.В.,
Рамазанова Д.М., Заборовская А.Д.

УДК 616.33.-006.6-089
DOI 10.25694/URMJ.2019.11.05

К вопросу об особенностях диагностики перстневидноклеточного рака желудка

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина, Москва

Kuvshinov U.P., Malikhova O.A., Belyaeva T.V., Ravazanova D.M., Zaborovskaya A.D.

On the features of the diagnosis of cricoid cancer of the stomach

Резюме

Перстневидноклеточный рак желудка является одним из наиболее сложных для диагностики морфологических вариантов. Такие опухоли обладают максимальными инфильтрирующими свойствами, клетки опухоли равномерно распределяются в глубоких слоях слизистой оболочки желудка. Визуально отсутствуют грубые нарушения архитектоники, свойственные раку, а изменения маскируются под проявления различных форм гастрита. Развитие эндоскопической техники, разработка вопросов семиотики рака желудка и возможности его морфологической верификации позволили достигнуть значительных успехов.

Ключевые слова: рак желудка

Summary

Signet ring cell carcinoma of the stomach is one of the most difficult for the diagnosis of morphological verification. These tumors have the most infiltrating properties, tumor cells are homogeneously distributed in the deep layers of the gastric mucosa. No pronounced changes of the mucosal architectonics appropriate to the cancer, but visual endoscopic picture looks like a different types of gastritis. Development of endoscopic technology, study of the semiotics of stomach cancer and morphological verification facilities made it possible to achieve significant success.

Key words: gastric cancer

Введение

В настоящее время проблема диагностики распространенного рака желудка казалась бы решенной. Развитие эндоскопической техники, разработка вопросов семиотики рака желудка и возможности его морфологической верификации позволили достигнуть значительных успехов. Чувствительность и специфичность ЭГДС при раке желудка превышает 90% [1]. Однако, несмотря на это, в настоящее время показатели несвоевременной диагностики рака желудка (IV стадия) являются одними из лидирующих, составляя в России 39,9% [2,3]. Не в последнюю очередь это касается недифференцированных форм рака, в частности его перстневидноклеточного варианта, который по данным различных авторов, составляет 10—20% всех форм рака желудка [6,7] и нередко представляет значительные трудности как для правильной его визуальной интерпретации, так и для гистологического и цитологического подтверждения.

Представлены результаты эндоскопической и морфологической диагностики у 132 больных верифицированным перстневидноклеточным раком желудка в период 2015 - 2019 годов. Мужчин было 60, женщин – 72 человека. Распределение по возрасту представлено в таблице № 1.

Всем пациентам по месту жительства проводилось первичное эндоскопическое исследование желудка.

По визуальным данным диагноз злокачественной эпителиальной опухоли выставлен 96 больным (72,6%), у 14 пациентов (10,6%) высказано подозрение о наличии рака желудка. У 16 больных (12,1%) изменения были расценены как язва желудка, у 6-ти (4,5%) как гастрит. Биопсия проведена только у 75 больных ((57%), при этом заключение о наличии перстневидноклеточного рака дано у 42 пациентов (56,0%). У 18 больных (24,0%) установлен диагноз аденокарциномы различной степени дифференцировки. В 15 случаях (20,0%) элементов опухоли не выявлено. При более детальном анализе выявлено, что из 96 больных, которым был визуально установлен рак желудка, биопсия не произведена или данные о ней отсутствуют у 39 человек. Из 57 пациентов, которым была произведена биопсия, у 33 установлен перстневидноклеточный рак, у 16 – аденокарцинома, у 1 – аденокарцинома с перстневидноклеточным компонентом и у 1 больного – нейроэндокринная опухоль. У 6 человек элементов опухоли в биопсийном материале обнаружено не было.

Таблица 1.

Всего больных	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80
132	4	15	22	42	33	16

Таблица 2.

Макроскопическая форма рака	Количество больных
диффузно – инфильтративная	47 (35,6%)
Инфильтративно-язвенная	42 (31,8%)
Язвенно-инфильтративная	33 (25%)
Язвенная	5 (3,8)
Смешанная	4 (3%)
Экзофитная	1 (0,75%)
ВСЕГО	132 (100%)

Из 14 пациентов с визуальным заключением о подозрении на наличие рака у 3 человек биопсия не производилась, у 1-го подтвержден перстневидноклеточный рак. У остальных 10 больных элементов опухоли не выявлено.

Ни у одного больного, которым по визуальным данным был выставлен диагноз гастрита, биопсия не была произведена.

При эндоскопической картине, которая трактовалась как язва желудка (16 больных), у 5 больных биопсия не производилась. Из оставшихся 11-ти пациентов у 7 при биопсии выявлен перстневидноклеточный рак, у 2-х – аденокарцинома и у 2-х обнаружены атипичные клетки и высказано подозрение на наличие рака.

Таким образом, из 132 пациентов, прошедших первичную эндоскопию по месту жительства, диагноз рака был морфологически подтвержден в 60 (45,4%) случаях, при этом диагноз перстневидноклеточного рака установлен у 42 больных (31,8%). Почти у половины пациентов (40%) не удалось установить правильный диагноз.

При обследовании в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина у всех пациентов на основании визуальных данных было дано заключение об опухолевом поражении желудка. При этом у 128 больных (96,9%) однозначно поставлен диагноз рака, в 1 случае (0,75%) высказано подозрение на наличие рака. У 3 пациентов (2,3%) проводилась дифференциальная диагностика между лимфомой и раком.

Распределение по макроскопическому варианту представлено в таблице № 2

Результаты морфологического исследования оказались информативными при однократной биопсии у 110 больных (83,3%). У 19 пациентов (14,4%) потребовалась двукратная биопсия, у 2-х (1,5%) - трехкратная и у 1-го больного (0,75%) пятикратная биопсия. При повторных биопсиях применялись расширенные методики забора материала у 21 больного. При этом у 3 пациентов производилась петлевая биопсия, у 18 больных – множественная глубокая ступенчатая биопсия.

Перстневидноклеточный рак желудка является одним из наиболее сложных для диагностики морфологических вариантов. В частности, это относится в первую

очередь к гастритоподобной форме перстневидноклеточного рака.

Период диагностики, особенно у больных молодого возраста, часто затягивается вследствие затруднительной интерпретации данных эндоскопии, когда по результатам обследования выставляется диагноз различных форм гастрита, застойной гастропатии, болезни Крона или язвы желудка [4]

Особые сложности вызывает визуальная диагностика перстневидного рака желудка на начальных стадиях процесса, т.к. эта форма опухоли часто не образует солидного единого компонента. Обладая максимальными инфильтрирующими свойствами, клетки опухоли равномерно распределяются среди нормальных структур глубоких слоев слизистой оболочки желудка. Такой рост опухоли приводит к тому, что отсутствуют грубые нарушения архитектоники, свойственные раку, а изменения маскируются под проявления различных форм гастрита.

Narrow Band Imaging (NBI) – «виртуальная хромография». Классическая хромокопия известна уже давно и представляет собой исследование после обработки слизистой оболочки различными красителями с целью более четкой визуализации ее рельефа и контрастного выявления мелких патологических образований. [8]

В этой ситуации признаками, указывающими на опухолевую инфильтрацию, является резкое расширение полей в сочетании со снижением подвижности слизистой оболочки и фиксации складок. Весьма информативной уточняющей методикой является эндоскопическая ультрасонография, при которой выявляются характерные для опухоли признаки – нарушение слоев стенки желудка и ее утолщение, в то время как при гиперпластическом гастрите отмечается утолщение слизистой оболочки с сохранением нормальной архитектоники стенки желудка.

Эти же закономерности распространения перстневидноклеточного рака в глубоких слоях стенки желудка часто приводят к отрицательным результатам биопсии, даже при ее неоднократном повторении. [5] сообщают о трех больных перстневидноклеточным раком желудка, у которых рентгенологически выявлено утолщение стенки желудка, однако биопсия не показала наличие опухоли. Диагноз был верифицирован с помощью чрескожной аспирационной биопсии под УЗ-контролем.

Важна дифференциальная диагностика диффузной формы лимфомы и скirroзного рака желудка. Сохранение сократительной способности стенок желудка на фоне их выраженного и обширного поражения – важный дифференциальный эндоскопический признак, отличающий лимфому и рак желудка. В отличие от лимфомы рак желудка уже на ранних этапах своего развития имеет склонность к инвазивному росту, довольно быстро поражает мышечный слой, что ведет к прекращению перистальтики и ригидности стенок в зоне опухолевого поражения. [10]

Эндоскопическое УЗИ желудка позволяет своевременно установить диагноз лимфомы, провести дифференциальную диагностику между воспалительными и опухолевыми изменениями, оценить глубину инвазии, произвести точную оценку протяженности и определить границы опухолевого поражения и, что очень важно, состояние парагастральных лимфатических узлов. [9]

Как показывает наш опыт, в данной ситуации более информативной является глубокая ступенчатая биопсия или петлевая биопсия. Однако при петлевой биопсии часто иссеченные утолщенные полиповидные участки слизистой оболочки оказываются интактными, так как выдавливаются более глубоко расположенным инфильтратом. В этом случае необходимо иссекать достаточно большой объем ткани, проникая до уровня инфильтрата, либо после иссечения слизистой оболочки дополнительно осуществлять ступенчатую биопсию в дне дефекта.

Выводы

1. Для правильной уточняющей диагностики перстневидноклеточного рака необходимо знание особенностей его роста.

2. Наиболее информативным является следующий алгоритм при подозрении на наличие перстневидноклеточного рака: осмотр в белом свете с оценкой не только архитектоники слизистой оболочки, но и ее подвижности. Осмотр в узкоспектральном режиме с увеличением для выявления минимальных очагов инфильтрации слизистой оболочки.

3. Проведение ЭУС для оценки состояния стенки желудка.

4. Осуществление расширенной ступенчатой, петлевой или комбинированной биопсии. ■

Кувшинов Юрий Павлович, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения эндоскопическим ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава РФ. **Малихова Ольга Александровна**, доктор медицинских наук, заведующая отделением эндоскопическим ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава РФ. Профессор кафедры онкологии и паллиативной медицины РМАНПО Минздрава РФ. **Беляева Татьяна Валерьевна**, врач-эндоскопист отделения эндоскопическим ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава РФ. **Рамазанова Джамилы Магомедовна**, клинический ординатор отделения эндоскопическим ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава РФ. **Заборовская Алеветина Дмитриевна**, клинический ординатор отделения эндоскопическим ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава РФ. Автор, ответственный за переписку — Кувшинов Юрий Павлович, 8 (903)199-18-83, kuv_50@mail.ru

Литература:

1. Абдуллаев А.Г., Аллахвердиев А.К., Бесова Н.С., Бяхов М.Ю., Горбунова В.А., Давыдов М.И., Давыдов М.М., Ибраев М.А., Карселадзе А.И., Кувшинов Ю.П., Малихова О.А., Неред С.Н., Стилиди И.С., Трякин А.А. Клинические рекомендации по диагностике и лечению больных раком желудка. Ассоциация онкологов России, 2017. 40 с.
2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. 236 с.
3. Бойцов С.А., Чучалин А.Г., Арутюнов В.Г. Биличенко Т.Н., Бубнова М.Г., Ипатов П.В., Калинина А.М., Карпин А.Д., Марцевич С.Ю., Оганов Р.Г., Погосова Н.В., Старинский В.В., Стаховская Л.В., Ткачева О.Н., Чиссов В.И., Шальнова С.А., Шестакова М.В. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Клинические рекомендации. Москва. 2013. 136 с.
4. ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТА 28 ЛЕТ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ) Третьякова Ю.И.1, Патрикеева М.С.1, Меньшикова Н.С.1 УДК 616.33-006-053.82 <https://www.science-education.ru/pdf/2018/6/28401.pdf>
5. Green, John; Katz, Seymour; Phillips, Gail; Bank, Simmy; Ilardi, Carl; Hadju, Eva; Siegel, Frederick. Percutaneous Sonographic Needle Aspiration Biopsy of Endoscopically Negative Gastric Carcinoma. *American Journal of Gastroenterology*. Oct1988, Vol. 83 Issue 10, p1150-1153.
6. Kim J. P., Kim S. C., Yang H. K. Prognostic significance of signet ring cell carcinoma of the stomach // *Surg. Oncol.* — 1994. — Vol. 3, N 4. — P. 221—227.
7. Kunisaki C., Shimada H., Takahashi M. et al. Therapeutic strategy for gastric cancer with signet ring cell carcinoma // 5th International gastric cancer congress, Rome, May 4—7, 2003. — P. 74.
8. Поддубный Б.К., Кувшинов Ю.П., Малихова О.А., Фролова И.П. Значимость хромографии, эндосонографии и увели-

- тельной эндоскопии в решении диагностических проблем предопухолевой патологии и раннего рака желудочно-кишечного тракта // Современная онкология. 2005. Т. 7, № 3.
9. О. А. Малихова, Б. К. Поддубный, И. В. Поддубная
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ЛИМФОМ ЖЕЛУДКА, Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, т. 18, №3, 2007 56-60 стр
10. Mishima T., Chonan A. et al. Endoscopic ultrasonography for diagnosis of malignant lymphoma of the stomach // Proc. of 3th Int. Gastric Cancer Congress, 2004. — P. 457—461.