

Харитонов М.Ю.

АШКАЗАНДЫН ДИСТАЛДЫК БӨЛҮГҮНҮН ЖЕРГИЛИКТҮҮ ТАРАЛГАН
ЗАЛАЛДУУ ШИШИГИНИН МОРФОЛОГИЯЛЫК ТҮРЛӨРҮ

Харитонов М.Ю.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА
ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

M. Y. Kharitonov

MORPHOLOGICAL FEATURES OF LOCALLY ADVANCED CANCER OF THE
DISTAL STOMACH

УДК:616.33-006.6-089:616.37-090

Жазылган макалада ашказандын дисталдуу бөлүгүнүн жергиликтүү таралган залалдуу шишигинин макрокопиялык жана гистологиялык түрлөрү 208 ооруларда изилденген.

Негизги сөздөр: жергиликтүү ашказандын залалдуу шишиги, макрокопиялык жана гистологиялык шишиктин түрү, аденокарцинома.

Изучена макрокопическая и гистологическая характеристика местнораспространенного рака дистального отдела желудка у 208 больных.

Ключевые слова: местнораспространенный рак желудка, макрокопический тип опухоли, гистологический тип опухоли, аденокарцинома.

The macroscopic and histological characteristics of locally advanced cancer of the distal stomach were investigated in 208 patients.

Key words: stomach cancer, locally advanced, macroscopic tumor type, histological type of tumor, adenocarcinoma.

В настоящее время во всем мире самой распространенной онкохирургической патологией является рак желудка, от которой ежегодно в мире погибают более 500000 человек [1].

Рак желудка в Кыргызской республике занимает 3 место в структуре онкологической заболеваемости и составляет 11,8%000. Среди мужского населения 1 место занимает рак желудка – 16,1%000, среди женского населения рак желудка на 3 месте – 7,4%000. Первое место в структуре смертности по Кыргызской Республике занимает рак желудка (10,0%000). Остаются низкими показатели ранней

диагностики (16,2%) и высокие показатели запущенности (35,6%), одногодичной летальности (72,1%). Неудовлетворительными остаются показатели 5-летней выживаемости – 25,2%.

Объективная оценка результатов радикальных операций при местнораспространенном раке дистального отдела желудка с учётом степени и направления опухолевой инвазии, установленных морфологически, позволила бы определить показания к их выполнению, дифференцировать прогноз и могла бы способствовать улучшению результатов лечения рака желудка [2].

Отсутствует в литературе и единое мнение относительно морфологических характеристик опухоли при местнораспространенном раке желудка, потенциально влияющих на прогноз заболевания [3, 4, 5].

Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 208 пациентов, страдающих местнораспространенным раком дистального отдела желудка. Все больные были оперированы в хирургических отделениях Национального Центра Онкологии Кыргызской Республики с 2010 по 2014 год. Критерием включения в исследование считали установленный диагноз рака дистального отдела желудка T2-4N0-2M0.

С целью решения поставленных перед исследованием задач все больные местнораспространенным раком дистального отдела желудка были разделены на три группы в зависимости от вида выполненного вмешательства (рис. №1).

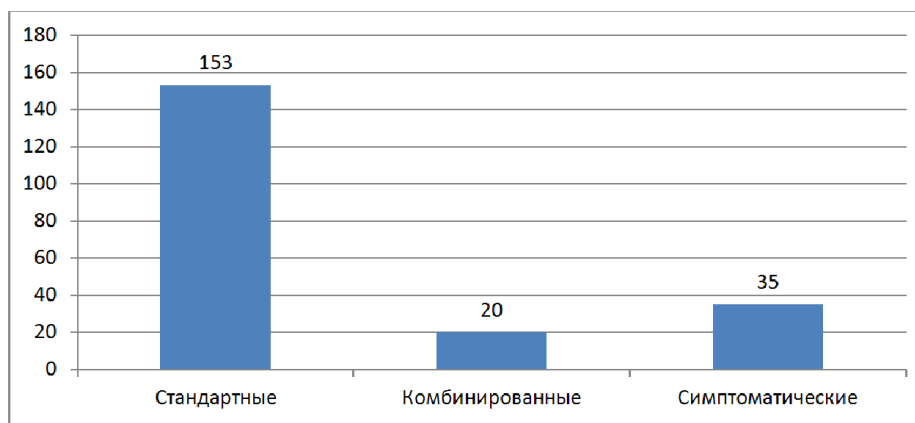
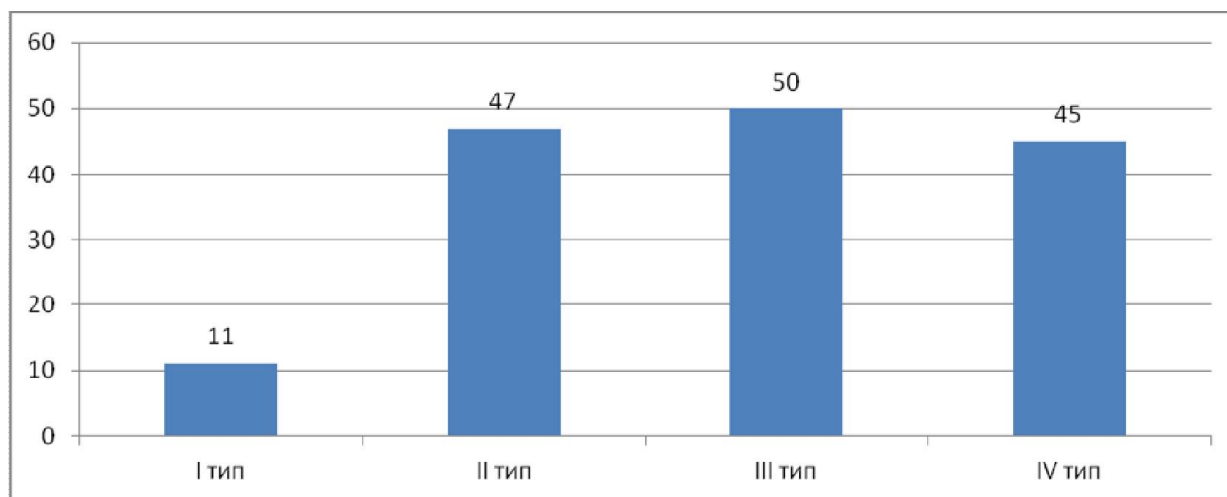


Рис. 1 Распределение больных на группы в зависимости от вида выполненного оперативного вмешательства

В первую группу вошли 153 (73,6%) больных, которым были выполнены стандартные операции (гастрэктомия и субтотальная дистальная резекция желудка). Вторую группу составили 20 (9,6%) больных, которым были выполнены комбинированные и расширенно-комбинированные оперативные вмешательства. Третья группа представлена 35 (16,8%) больными, оперативное лечение в отношении которых было ограничено паллиативными – 7 (20%) и симптоматическими (нерезекционными) – 28 (80%) вмешательствами.

Первая группа представлена наибольшим количеством пациентов (153), оперативное лечение в отношении которых было расценено как радикальное.

Для характеристики макроскопического типа роста опухоли желудка использовалась классификация Vogtmann 1926 года, в соответствии с которой оперированные пациенты разделены на следующие подгруппы: I тип роста (полиповидный рак), II тип роста (блюдцеобразный рак), III тип роста (инфильтративно-язвенный рак), IV тип роста (диффузно-инфильтративный рак).



Распределение больных первой группы по макроскопическому типу роста опухоли (согласно классификации Vogtmann, 1926) Рис. №2

У 50 (32,7%) оперированных больных первой группы местнораспространенным раком дистального отдела желудка встречалась макроскопическая форма опухоли, соответствующая III типу по Vogtmann. II тип – у 47 (30,7%) больных, IV тип роста отмечен в 45 (29,4%) случаях. I тип роста встречался относительно редко – в 11 (7,2%) случаях (рис. №2).

В зависимости от гистологической дифференцировки опухолей желудка (в соответствии с классификацией UICC 2002г.) пациенты первой группы после оперативного лечения были разделены на 3 подгруппы. Как видно на рисунке №3, у 109 (71,3%) пациентов имела место низкая степень дифференцировки опухоли (G3). Средняя степень гистопатологической дифференцировки (G2) отмечена у 23 (15%) радикально оперированных больных, недифференцированная степень рака (G4) выявлена в 21 (13,7%) случае. Высокая степень дифференцировки опухоли (G1) среди пациентов первой группы не встречалась.

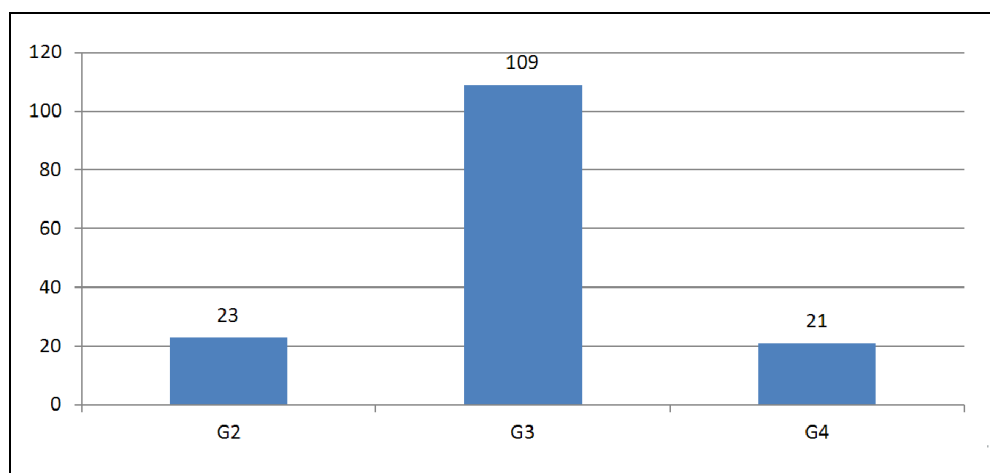
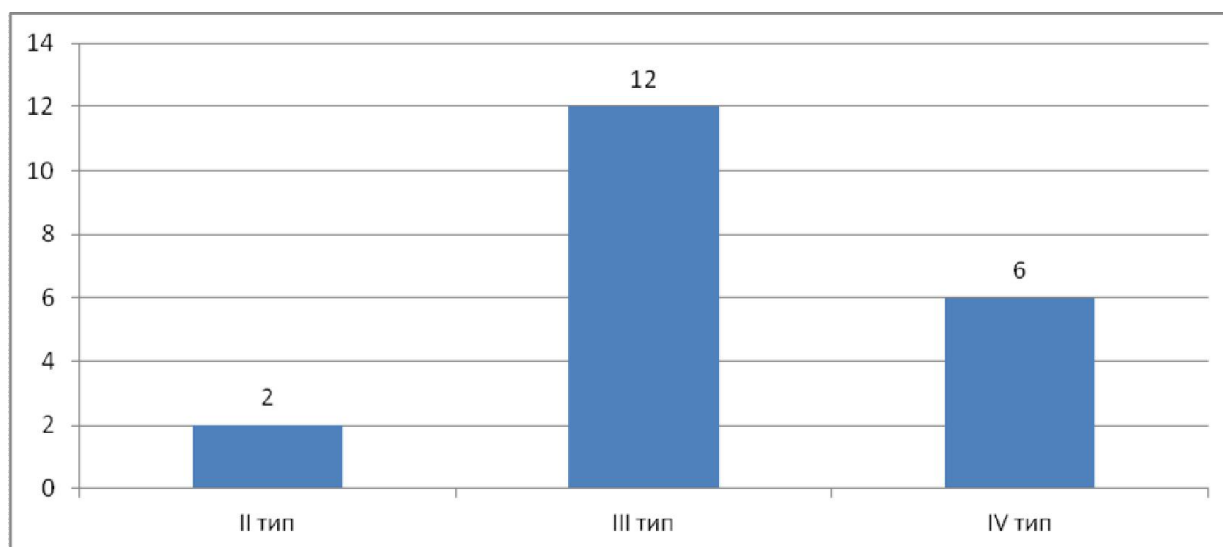


Рис. №3 Распределение пациентов первой группы в зависимости от степени гистологической дифференцировки опухоли желудка

Вторая группа представлена 20 пациентами, что от общего количества оперированных больных с местнораспространенным раком дистального отдела желудка составило 9,6%. Всем пациентам этой группы были выполнены комбинированные и расширенно-комбинированные оперативные вмешательства. Все операции были выполнены в радикальном объеме.

Распределение больных второй группы по макроскопическому типу роста опухоли (согласно классификации Vogtmann, 1926) Рис. №4



Во второй группе преобладали пациенты с инфильтративно-язвенной формой рака (III тип по Vogtmann) – 12 (60%). Диффузно-инфильтративный рак (IV тип по Vogtmann) отмечен в 6 (30%) случаях, блюдцеобразный рак (II тип) - в 2 (10%). Во второй группе не зафиксировано больных с экзофитным (I тип) ростом опухоли желудка (рис. №4).

Из рисунка №5 можно увидеть, что во второй группе пациентов с местнораспространенным раком дистального отдела желудка преобладают больные с низкой гистологической дифференцировкой – 18 (90%). Недифференцированный рак по результатам гистологического исследования установлен у 2 больных (10%). Высокая и средняя степени гистологической дифференцировки во второй группе не встречались.

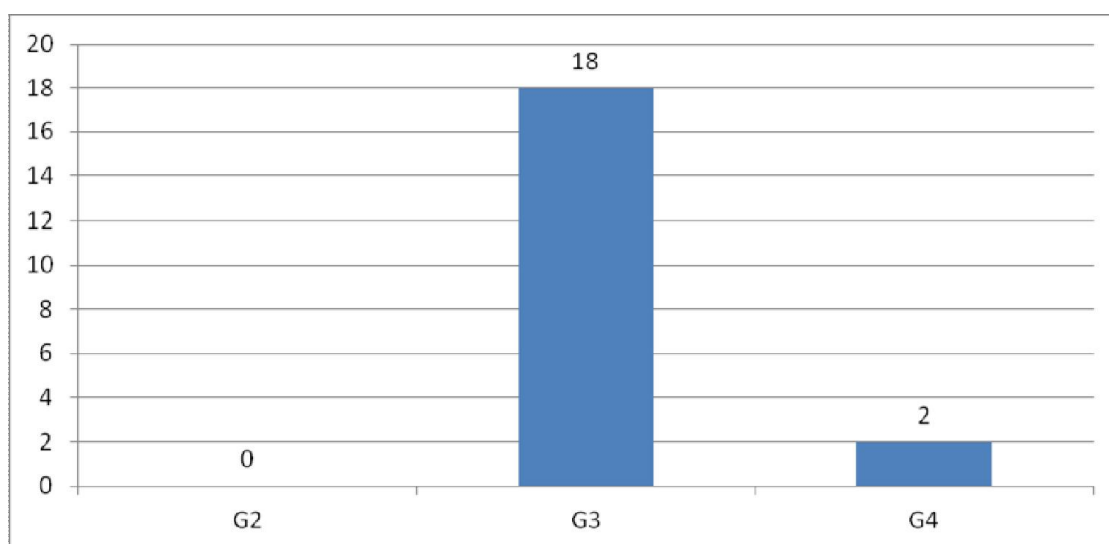


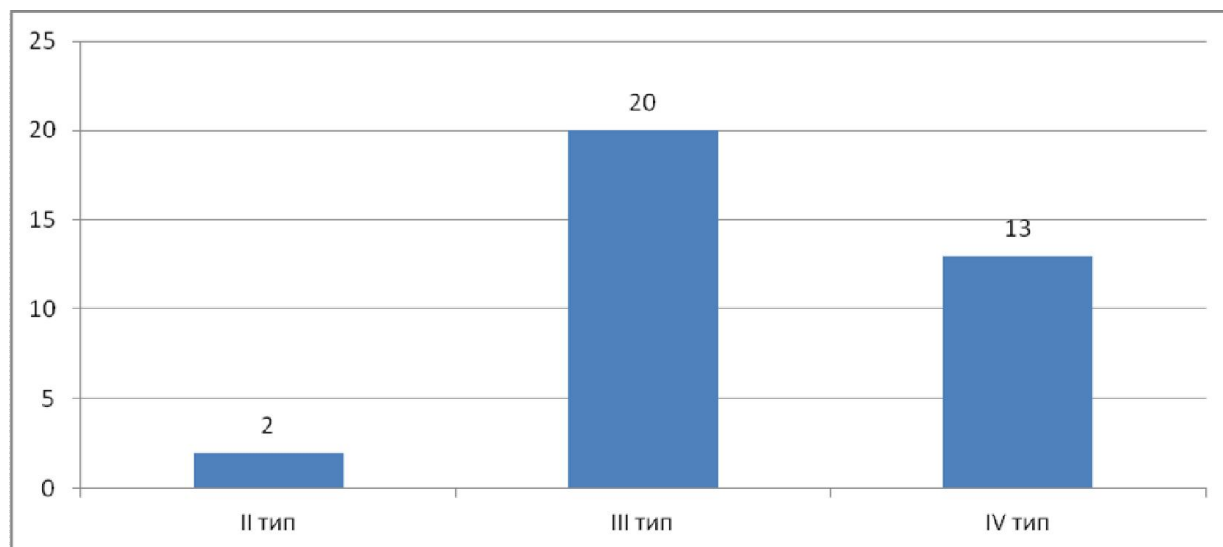
Рис. №5 Распределение пациентов второй группы в зависимости от степени гистологической дифференцировки опухоли желудка

Третья группа больных представлена 35 больными, которым были выполнены паллиативные – 7 (20%) и симптоматические оперативные вмешательства (обходные гастроэнтероанастомозы) – 28 (80%).

Изучая макроскопический тип роста опухоли у больных третьей группы, выяснилось, что в более чем половине случаев – 20 (57,1%) была обнаружена инфильтративно-язвенная форма рака (III тип по Vogtmann).

Диффузно-инфильтративная форма (IV тип по Vogtmann) отмечена у 13 (37,1%) больных, а блюдцеобразная форма (II тип по Vogtmann) - только в 1 (2,8%) случае (рис. №6).

Распределение больных третьей группы по макроскопическому типу роста опухоли (согласно классификации Vogtmann, 1926) Рис. №6



Сопоставив результаты данных гистологического исследования пациентов третьей группы до операции и после операции, получаем следующую картину. В третьей группе преобладали больные с низкой степенью гистологической дифференцировки опухоли, которая отмечена в 20 (57,1%) случаях. Средняя степень дифференцировки отмечена у 4 (11,4%) больных, а недифференцированный рак в указанной группе встретился - в 2 (5,7%) случаях, также как и высокодифференцированные опухоли желудка отмечены лишь в 2 (5,7%) случаях. Гистологическая верификация отсутствует в 7 (20%) случаях (рис. №7).

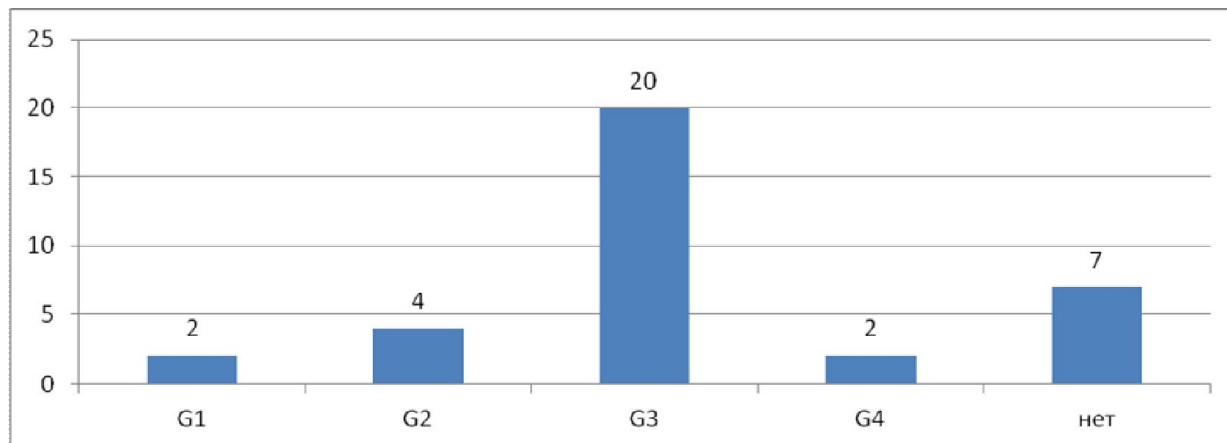


Рис. №7 Распределение пациентов третьей группы в зависимости от степени гистологической дифференцировки опухоли желудка

Таким образом, как видно из рисунка №8, у 82 (39%) оперированных больных местнораспространенным раком дистального отдела желудка встречалась макроскопическая форма опухоли, соответствующая III типу роста по Vogtmann. IV тип роста отмечен в 64 (31%) случаях. II тип отмечен в 51 (25%) случае, I тип роста встречался относительно редко - в 11 (5%) случаях. В зависимости от макроскопического типа роста у больных с местнораспространенным раком дистального отдела желудка чаще всего встречаются инфильтративно-язвенная и диффузная инфильтративная формы роста опухоли (соответственно III и IV тип роста по Vogtmann).

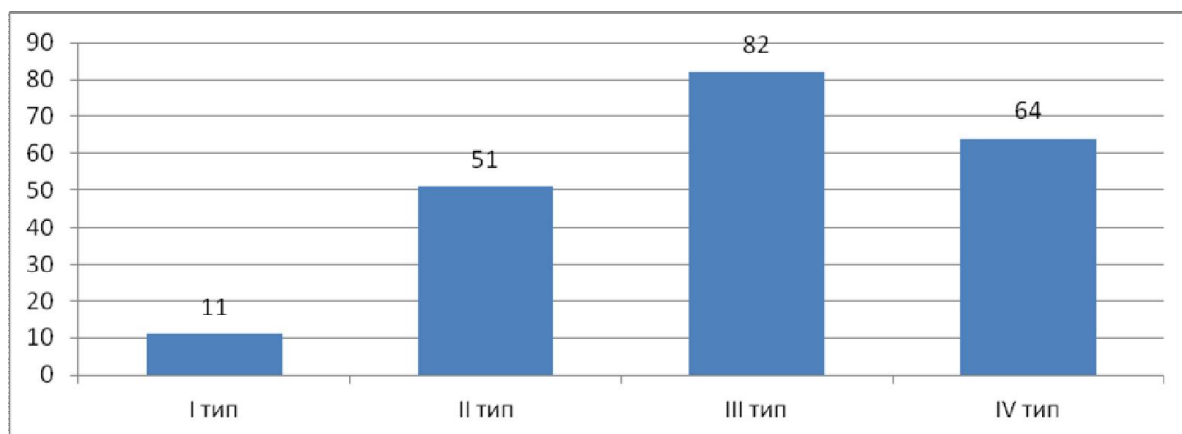
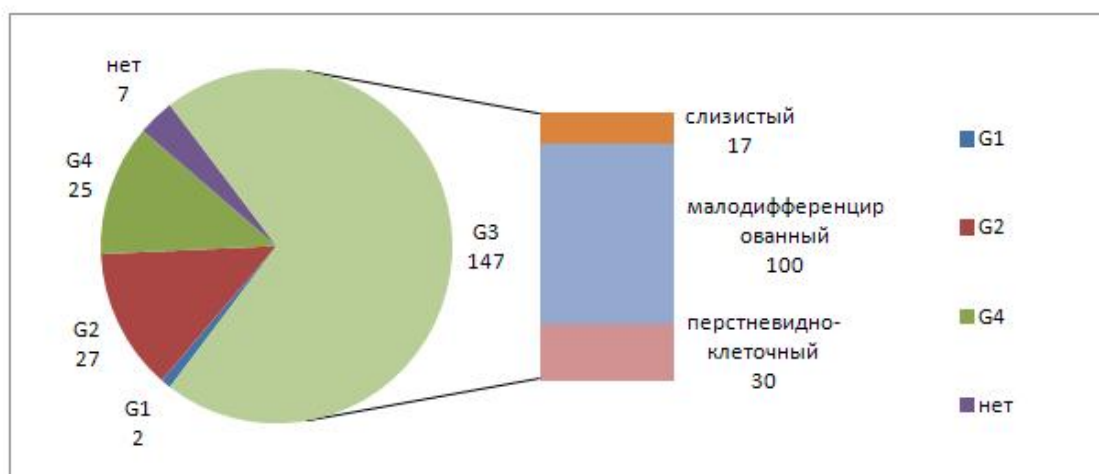


Рис. №8 Распределение больных в зависимости от макроскопического типа роста опухоли (согласно классификации Borrmann, 1926)

Изучив результаты гистологического исследования до- и послеоперационного материала у 208 пациентов, получаем следующие результаты: высокой дифференцировки опухоли G1 - 2 (0,96%) больных, умеренной дифференцировки опухоли G2 - 27 (13%), из которых 1 случай - злокачественный карциноид G2. Низкой дифференцировки опухоли G3 - 147 (70,7%) больных, из которых слизистый рак G3 встретился у 17 (8,2%) пациентов, малодифференцированная аденокарцинома G3 - в 100 (48,1%) случаях, а перстневидно-клеточный рак - у 30 (14,4%) пациентов. В 25 (12%) случаях - недифференцированный рак G4, из которых 1 - слизистый рак G4, а 1 - злокачественная опухоль неясного генеза G4 (крупноклеточная лимфосаркома?). В 7 (3,4%) случаях гистологического подтверждения нет.

Рис. № 9 Распределение пациентов в зависимости от степени гистологической дифференцировки опухоли желудка



Среди гистологических типов опухолей преобладает низкодифференцированный рак, в основном малодифференцированная аденокарцинома и перстневидно-клеточный рак (рис. №9).

Литература:

1. Бондарев Г.В. Проблемы в диагностике и хирургическом лечении рака желудка / Г.В. Бондарев, Ю.В. Думанский, А.Ю. Попович // Журнал АМН Украины. - 2010. - №16 - С. 262-270.
2. Самсонов Д.В. Прогностические факторы и результаты хирургического лечения местнораспространенного рака желудка: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Санкт-Петербург: ФГОУ ВПО «Военно-Медицинская Академия им. С.М. КИРОВА» МО РФ, 2010. - 33с.
3. Вареников А.И. Многокомпонентное лечение больных с распространенными формами рака желудка: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Уфа: УГМАДО, 2003.-31 с.
4. Громов М.С., Александров Д.А., Кулаков А.А. и др. Диагностика и лечение распространенного рака желудка // Хирургия. - 2003. - № 4. - С. 20-23.
5. Ложкин М.В. Возможности хирургического лечения больных раком желудка IV стадии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М.: МНИОИ им. П.А.Герцена, 2007. - 33 с.

Рецензент: к.м.н., доцент Осомбаев М.Ш.