

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА

МЕДВЕДЕВ М.Н\*., ЛЮБЕНКОВА В.С\*., МАЛАШЕНКО С.В\*\*., МЕДВЕДЕВА Л.З.\*

УО «Витебский государственный ордена Дружбы медицинский университет»\*,

УЗ «Витебское областное клиническое патологоанатомическое бюро»\*\*

**Резюме.** В статье представлены данные о возрастной и половой структуре больных, а также соотношении гистологических форм рака желудка, выявленного при проведении фиброгастроскопии в Витебской областной клинической больнице в 2006-2007 гг. Установлено, что рак желудка как у мужчин, так и у женщин чаще встречается в возрастных группах старше 50 лет. Среди гистологических форм рака желудка преобладает рак диффузного типа.

**Ключевые слова:** рак желудка, морфологическая характеристика.

**Abstract.** The data about patients' age and sex structure, the histological forms ratio of gastric cancer revealed in 2006-2007 while conducting fibrogastroscopy in Vitebsk regional clinical hospital are presented in this article. It has been determined, that gastric cancer occurs more often in the age groups over 50 years both in men and in women. Diffuse type cancer prevails among the histological forms of cancer of the stomach.

Несмотря на некоторую тенденцию к снижению заболеваемости раком желудка в последние годы в мире и в Беларуси, в частности, он по-прежнему занимает одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований [2, 3, 4, 7, 8, 10]. Заболеваемость раком желудка повышается с возрастом. Исключительно редко он наблюдается в возрасте до 20 лет, наиболее часто встречается после 50 лет. В мире максимальный уровень заболеваемости раком желудка наблюдается у мужчин в Японии, а минимальный – у женщин в США. Кроме того, высокие показатели регистрируются в Китае, Эстонии, Латвии, Украине, Скандинавских странах и Новой Зеландии. Среди стран СНГ рак желуд-

ка занимает первое место у мужчин в Туркмении и Киргизии. В России (у лиц обоего пола), Армении и Азербайджане (у мужчин) в структуре онкозаболеваемости рак желудка устойчиво занимает второе место, а в Республике Беларусь (как в целом, так и в отдельных регионах, в том числе в Витебской области) занимает третье место [1, 2, 3, 4].

При морфоэпидемиологических исследованиях, т.е. эпидемиологических исследованиях, проводимых с учетом гистологических форм, кроме международной гистологической классификации рака желудка, часто используется классификация P.Lauren, согласно которой выделяют диффузный и кишечный тип рака желудка [9]. Развитие рака желудка кишечного типа в основном связывается с воздействием факторов окружающей среды, а диффузного – с генетическими факторами. Общая тенденция к снижению заболеваемости раком желудка обусловлена

**Адрес для корреспонденции:** 210023, г.Витебск, пр-т Фрунзе, 27, Витебский государственный медицинский университет, кафедра патологической анатомии, тел.22-41-82. – Медведев М.Н.

уменьшением числа случаев рака кишечного типа, в то время как заболеваемость раком диффузного типа остается высокой [6]. В этой связи представляет интерес изучение соотношения гистологических форм рака желудка в различных регионах.

Таким образом, рак желудка является важнейшей социально-медицинской проблемой в большинстве стран мира. Решение этой проблемы немыслимо без глубокого анализа особенностей распространения этого заболевания, изучения роли отдельных факторов и их комплексов в возникновении злокачественных опухолей, разработки мер их рациональной профилактики. Надежность и полнота статистической информации является основой для научно обоснованных выводов и делает возможным объективное прогнозирование, особенно долгосрочное.

Цель исследования – изучить соотношение гистологических форм рака желудка, а также возрастную и половую структуру больных с данной патологией, выявленных при проведении фиброгастроскопии в Витебской областной клинической больнице (ВОКБ) в 2006-2007 гг.

### Методы

Были изучены архивы Витебского областного клинического патологоанатомического бюро – биопсийные журналы и гистологические препараты. Изученные гистологические препараты были окрашены гематоксилином и эозином, реактивом Шиффа и азуром. Все больные с учетом пола были разделены на возрастные группы: до 30 лет; 31-40 лет; 51-60 лет; 61-70 лет; 71 год и старше.

Согласно Международной гистологической классификации рака желудка выделяют:

- 1) аденокарциному (высоко-, умеренно- и низкодифференцированную);
- 2) недифференцированный рак;
- 3) плоскоклеточный (высоко-, умеренно- и низкодифференцированный) рак;
- 4) железисто-плоскоклеточный рак;
- 5) неклассифицируемый рак [5].

По классификации P.Laugen к диффузному типу рака желудка относили низкодифференцированную аденокарциному, перстневидно-клеточный и недифференцированный рак, а к раку кишечного типа – высоко- и умереннодифференцированные аденокарциномы.

### Результаты и обсуждение

Всего в 2006-2007 гг. при проведении фиброгастроскопии в Витебской областной клинической больнице было выявлено 90 случаев рака желудка. Из них у мужчин – 44 случая (49%), у женщин – 46 случаев (51%). Возрастная структура выявленного рака представлена в таблице.

Как видно из таблицы как у мужчин, так и у женщин рак желудка преобладал в возрастных группах старше 50 лет.

Гистологическая структура выявленного рака желудка представлена на рисунке 1.

Согласно полученным нами данным (рис.1) в гистологической структуре рака желудка у женщин преобладала низкодифференцированная аденокарцинома (45% случаев), а у мужчин – недифференцированный рак (32% случаев).

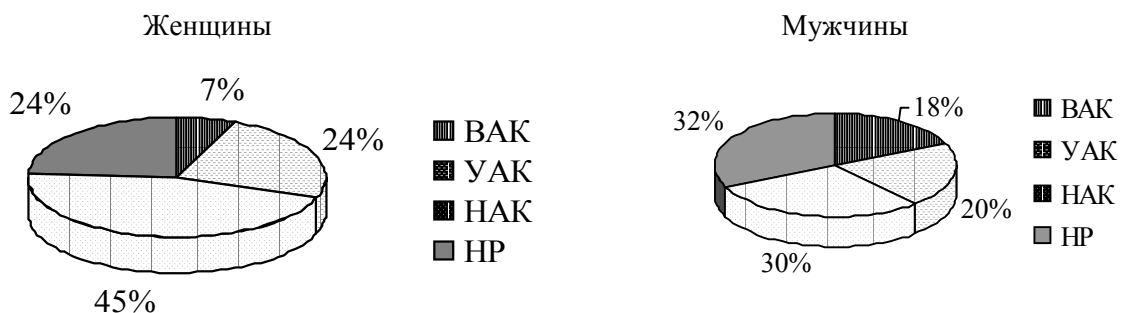
Аденокарциномы сохраняют в той или иной степени дифференцировку – способность к формированию железисто-подобных или сосочковых структур. Эти структуры образуют основную массу высокодифференцированных аденокарцином (рис.2).

Таблица

**Возрастная структура рака желудка, выявленного при проведении фиброгастроскопии в ВОКБ в 2006 - 2007 гг.**

Пол	Возраст					
	до 30	31-40	41-50	51-60	61-70	71 и более
Мужчины,п	1	1	2	8	14	18
Женщины,п	1	1	4	9	12	19

Приложение: п – количество случаев.



ВСК – высокодифференцированная аденокарцинома; УСК – умереннодифференцированная аденокарцинома; НАК – низкодифференцированная аденокарцинома; НР – недифференцированный рак.

Рис. 1. Гистологические формы рака желудка, выявленного при проведении фиброгастроскопии в ВОКБ в 2006-2007 гг. (согласно Международной гистологической классификации).

В низкодифференцированной аденокарциноме железистые структуры имеются в небольшом количестве, иногда они с трудом определяются (рис.3).

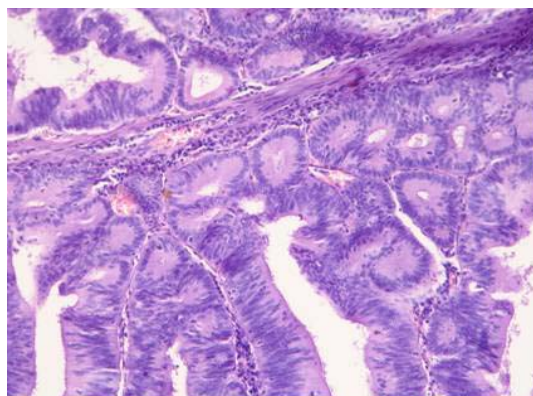


Рис. 2. Высокодифференцированная аденокарцинома. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение 200.

Умереннодифференцированные аденокарциномы занимают промежуточное положение (рис.4).

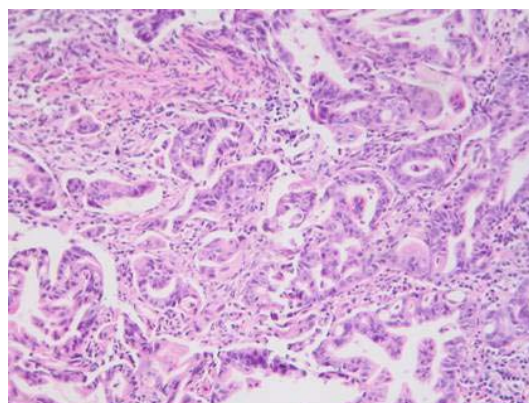


Рис. 4. Умереннодифференцированная аденокарцинома. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение 200.

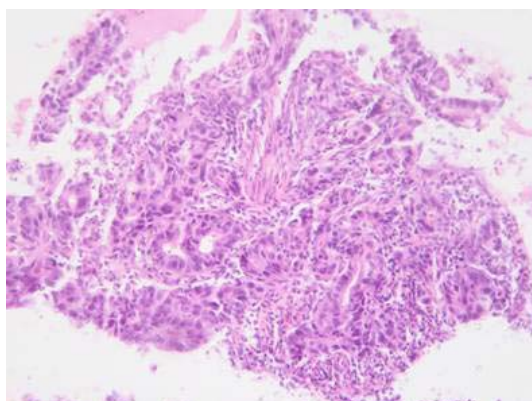


Рис. 3. Низкодифференцированная аденокарцинома. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение 200.

Атипия клеток опухоли обычно нарастает соответственно снижению структурной дифференцировки. Часть аденокарцином не продуцирует слизь либо выявляется очень небольшое ее количество в апикальных отделах клеток или в просвете желез. В других аденокарциномах резко выражена секреция слизи.

В другую группу выявленного рака желудка относили опухоли, не образующие железисто-подобных структур. В классификации ВОЗ они названы недифференцированным раком. Клетки в этих опухолях могут располагаться в виде тяжей, комплексов или изолированных друг от друга диффузно растущих клеток, реже в виде солидных сплошных круп-

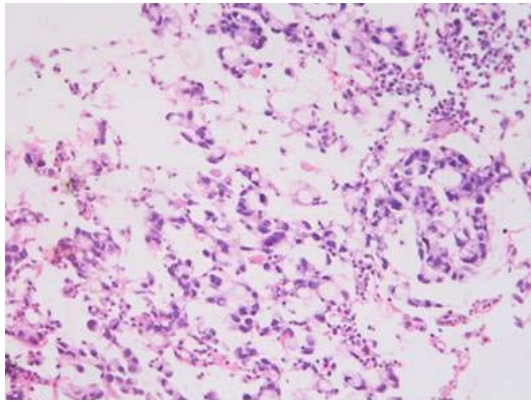


Рис. 5. Перстневидно-клеточный рак. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение 200.

ных полей, четко отграниченных от окружающей ткани и обычно окруженных лимфоидным инфильтратом. Клеточные элементы могут быть полиморфными или относительно мономорфными, с гиперхромными или светлыми пузырьковидными ядрами, цитоплазма едва заметна или хорошо выражена. Возможна продукция слизи, которая скапливается в цитоплазме с образованием перстневидных клеток или располагается вне клеток в строме; часто оба вида секреции сочетаются. Опухоли, состоящие преимущественно из перстневидных клеток, выделяют в отдельную группу – перстневидно-клеточный рак (рис.5).

Эти опухоли представлены изолированными, не связанными между собой клетками, содержащими в цитоплазме большое количе-

ство слизи. Ядро клетки обычно расположено эксцентрично, часто выглядит пикнотичным, но может располагаться и в центре клетки. В одной опухоли нередко выявляются клетки на разных стадиях накопления секрета. Опухолевые клетки располагаются рядом друг с другом, образуя сплошные поля нередко среди внеклеточной слизи, но могут обнаруживаться и в виде изолированных клеток и мелких групп в строме слизистой оболочки или среди прослоек соединительной ткани в более глубоких слоях стенки желудка.

Различные соотношения паренхимы и стромы, разный характер роста по отношению к окружающей ткани наблюдают как в аденокарциноме, так и в недифференцированном раке. Оба типа опухолей могут расти в виде сплошных полей (солидный характер роста), что больше свойственно аденокарциноме, или в виде небольших комплексов среди избыточно развитой, нередко фиброзированной стромы – рост по типу скирра, который чаще наблюдается при недифференцированном и перстневидно-клеточном раке.

При анализе соотношения гистологических форм выявленного рака желудка согласно классификации P.Lauren установлено преобладание как у мужчин (61%), так и у женщин (70% наблюдений) случаев рака желудка диффузного типа (рис.6).

Полученные нами результаты соответствуют тенденциям, наблюдаемым в эконо-

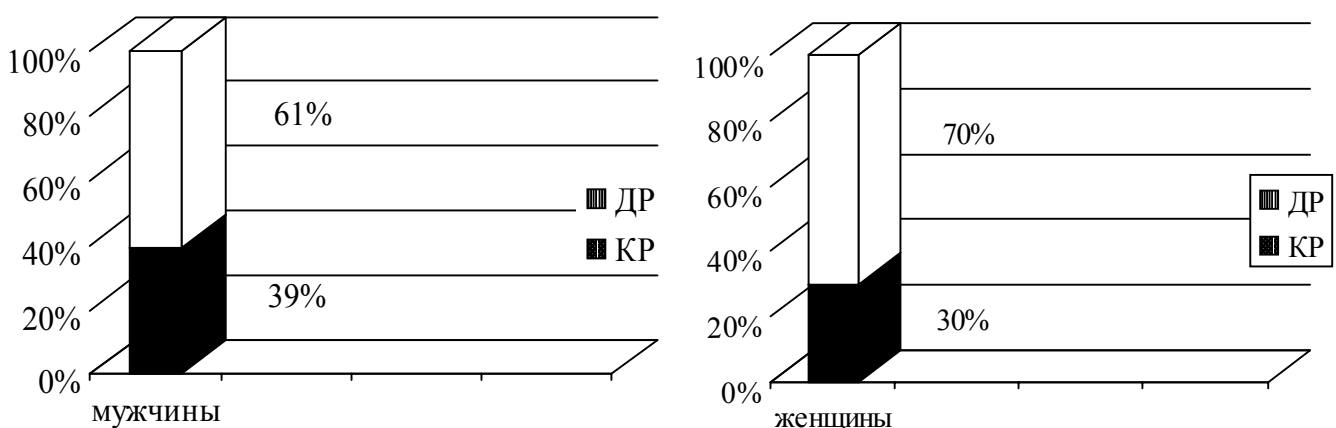


Рис.6. Гистологические формы рака желудка, выявленного при проведении фиброгастроскопии в ВОКБ в 2006-2007 гг. (согласно классификации P.Lauren).

Примечание: ДР – рак диффузного типа; КР – рак кишечного типа.

мически развитых странах, где заболеваемость раком желудка диффузного типа остается высокой, а тенденция к снижению заболеваемости обусловлена в основном за счет уменьшения количества случаев рака желудка кишечного типа.

### Заключение

1. Согласно полученным нами данным рак желудка как у мужчин, так и у женщин чаще встречается в возрастных группах старше 50 лет.

2. Среди гистологических форм рака желудка преобладает рак диффузного типа.

### Литература

1. Аверкин, Ю. И. Эпидемиологические аспекты заболеваемости раком желудка в Витебской области / Ю. И. Аверкин, А. Н. Луд, Г. Ю. Бычкова // Вестн. ВГМУ. – 2008. – Т.7, №3. – С.52-61.
2. Аксель, Е. М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2002 году / Е. М. Аксель, М. И. Давыдов. – М., 2004. – 110 с.
3. Залуцкий, И. В. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И. В. Залуцкий. – Минск: Зорны верасень, 2006. – 207 с.
4. Мерабишвили, В. М. Рак желудка: эпидемиология, профилактика, оценка эффективности лечения на популяционном уровне / В. М. Мерабишвили // Практическая онкология: избранные лекции. – СПб.: Центр ТОММ, 2004. – С. 433-442.
5. Оота, К. Гистологическая классификация опухолей пищевода и желудка / К. Оота // Междунар. гистологическая классификация опухолей. – М.: Медицина, 1982. – 52 с.
6. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: руководство в 2-х т. / Н. А. Краевский [и др.]; под общ. ред. Н. А. Краевского. – М.: Медицина, 1993. – Т.2. – 688 с.
7. Сельчук, В. Ю. Рак желудка / В. Ю. Сельчук, М. П. Никулин // Рос. мед. журн. – 2003. – Т. 11, № 26. – С. 14-21.
8. Gastric cancer in the European Union / N. Aragonés [et al.] // Ann. Epidemiol. – 1997. – Vol.7, N4. – P. 294-303.
9. Lauren, P. A. The two histological main types of gastric carcinoma diffuse and so-called intestinal type carcinoma: An attempt at a histo-clinical classification / P. A. Lauren // Pathol. Microbiol. Scand. – 1965. – Vol. 64. – P. 31-46.
10. Global cancer statistics / M. Parkin [et al.]. – 2002. – 128 p.

Поступила 27.04.2010 г.  
Принята в печать 06.12.2010 г.