

УДК 616.33-006.6-072.1:614.253 (575.2) (04)

**РАННИЙ РАК ЖЕЛУДКА. СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ
КЛАССИФИКАЦИИ И ИХ МЕСТО В ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

С.А. Анкудинова, А.К. Тойгонбеков, В.А. Романихин

Рассматриваются классификации раннего рака желудка и тактика ведения пациента на основании имеющейся у него формы эпителиальной неоплазии.

Ключевые слова: ранний рак желудка; классификация; curaция пациента.

Рак желудка на протяжении длительного времени продолжает будоражить умы мировой научной и медицинской общественности. Это связано с тем, что и сегодня он остается одной из лидирующих причин онкологической заболеваемости и смертности. При этом с целью повышения безрецидивной выживаемости, максимального щажения больных и соображений экономического характера особое внимание в последние 10 лет уделяется типизации новообразований с последующей curaцией в соответствии со строго оформившимися рекомендациями.

Ранний рак желудка – это эпителиальная опухоль, распространенная в пределах слизистой оболочки и подслизистого слоя, в том числе и при наличии метастазов в регионарные лимфатические узлы [1, 2].

Впервые данный термин предложен Несс в 1956 г. Аналогичная трактовка была утверждена в 1962 г. Японским обществом гастроинтестинальной эндоскопии, а в 1963 г. была принята Японской ассоциацией по изучению рака желудка [1, 3].

При классификации по TNM данные новообразования обычно находятся в диапазоне от Tis до T1N2M0 [1].

В настоящее время типизация раннего рака желудка осуществляется согласно международной (Венской) классификации эпителиальных неоплазий пищеварительного тракта (по R. L. Schlemplere et al., 2000). Она выделяет следующие типы, нумерация которых означает номер категории [3].

1. *Отсутствие неоплазии и дисплазии* – negative for neoplasia/dysplasia. Нормальная сли-

зистая оболочка, гастриты, кишечная метаплазия.

2. *Неопределенная неоплазия или дисплазия* – indefinite for neoplasia/dysplasia. Диагностируется в тех случаях, когда неясно, какие имеются изменения – регенераторные или неопластические. Диагностику затрудняют воспаление и артефициальные изменения

3. *Неинвазивная неоплазия низкой степени* (низкая степень дисплазии или аденомы) – non-invasive low grade neoplasia (low grade adenoma/dysplasia). Несомненный неопластический процесс с низким риском малигнизации.

4. *Неинвазивная (без признаков инвазии) неоплазия высокой степени* – non-invasive high grade neoplasia. Риск инвазии и метастазов повышен.

4.1 аденома или дисплазия высокой степени – high grade adenoma/dysplasia;

4.2 неинвазивная карцинома – non-invasive carcinoma (carcinoma in situ);

4.3 подозрение на инвазивную карциному – suspicion of invasive carcinoma.

5. *Инвазивная неоплазия* – invasive neoplasia.

5.1 интрамукозная карцинома – intramucosal carcinoma – аденокарцинома, прорастающая собственную пластинку;

5.2 субмукозная, или более глубокая карцинома – submucosal carcinoma or beyond.

В то же время в эндоскопической практике наиболее часто употребляется Парижская эндоскопическая классификация опухолевых поражений пищевода, желудка и толстого кишечника (2002 г.), подразделяющаяся следующим образом [4–6]:

- тип 0 – поверхностные полиповидные или непалиповидные опухоли;
- тип 1 – полиповидные опухоли, обычно на широком основании;
- тип 2 – язвенные опухоли с четко отграниченными и поднятыми краями;
- тип 3 – инфильтративно-язвенные опухоли без четких границ;
- тип 4 – диффузно-инфильтративные (неязвенные) опухоли;
- тип 5 – неклассифицируемые (неподдающиеся классификации) запущенные опухоли.

Как видно из приведенной классификации, ранний рак желудка по Парижской классификации относится к типу – “0”. В свою очередь данный тип в зависимости от своих морфологических особенностей делится на три группы:

1. 0-I – поверхностный возвышающийся.

В этом случае образование выступает в просвет более 2,5 мм, т. е. выше головки закрытых биопсийных щипцов:

1.1 0-Ip – полиповидный на ножке;

1.2 0-Is – полип на широком основании без ножки.

2. 0-II – плоский. Образование не выступает более 2,5 мм над поверхностью слизистой:

2.1 0-IIa – плоский, возвышающийся;

2.2 0-IIb – плоский;

2.3 0-IIc – плоский углубленный.

3. 0-III – вогнутый (язвенный).

В зависимости от глубины инвазии стенки желудка ранний рак подразделяют на две группы – внутрислизистый (m – mucosa) и подслизистый (sm – submucosa).

Теперь, зная классификации, применяемые при диагностике раннего рака, следует остановиться на тактике ведения больных в соответствии с тем, к какому субтипу была отнесена данная эпителиальная неоплазия.

В соответствии с Венской классификацией действия должны быть следующими [3]:

- *Категория 1.* При данном типе показания для динамического наблюдения отсутствуют.
- *Категория 2.* При ней необходима повторная биопсия, так как сущность процесса осталась неизвестной.
- *Категория 3.* Рекомендуются эндоскопическое удаление или наблюдение (эндоскопия каждые три месяца на протяжении первого года; если нет прогрессии после двух эндоскопий с множественными биопсиями с интервалом в шесть месяцев, можно прекратить наблюдение). При выборе метода,

лечения, необходимо учитывать общий размер поражения, возраст пациента и тяжесть сопутствующей патологии.

- *Категория 4.* Показана эндоскопическая или хирургическая резекция слизистой оболочки. Так же, как и при категории 4, необходим обязательный учет протяженности поражения, типа роста, возраста и сопутствующей патологии.

- *Категория 5.* Риск глубокой инвазии и метастазов столь велик, что необходимо срочное вмешательство. При том на тактику вмешательства влияют те же факторы, что и для категории 4.

При оценке показаний для эндоскопических вмешательств руководствуются следующими критериями Парижской классификации, выделяя стандартные и расширенные показания [7]:

1 – Стандартным показанием к эндоскопической резекции слизистой является ранний рак желудка, отвечающий следующим критериям:

1.1 – внутрислизистая инвазия;

1.2 – высокая степень дифференцировки;

1.3 – размер опухоли менее 2,0 см для типа I-IIa и менее 1,0 см для типа IIc;

1.4 – отсутствие изъязвлений и рубцовых изменений;

1.5 – отсутствие метастазов в регионарные лимфатические узлы.

2. Расширенные показания. Такая операция показана:

2.1 – лицам с высоким операционно-анестезиологическим риском или отказавшимся от хирургического лечения;

2.2 – при наличии опухоли внутри слизистого слоя без рубцовых изменений независимо от размеров;

2.3 – при наличии опухоли до 3,0 см с рубцовыми изменениями;

2.4 – при наличии опухоли с инфильтрацией подслизистого слоя до 3,0 см.

Также к настоящему времени сформировались представления о том, в какой ситуации следует прибегать к такой разновидности эндоскопических вмешательств, как эндоскопическая субмукозальная диссекция. Являясь новым методом, она расширила показания для проведения эндоскопических вмешательств, которыми на сегодняшний день считаются [8]:

1 – Инвазия вплоть до подслизистого слоя (по данным эндосонографии инвазия до Sm I (< 500 μ m). При величине опухоли не более 3 см.

2 – Тип опухоли 0-I и 0-II >2 см в диаметре по Парижской классификации;

3 – Тип опухоли 0-III при размере опухоли до 3 см.

Все вышеописанные классификации нашли самое широкое применение в таких странах, как Южная Корея и Япония, а также в целом ряде других развитых стран, где их применение наряду с новыми диагностическими методиками позволили существенно снизить показатели смертности и повысить показатели 5- и 10-летней безрецидивной выживаемости больных [9]. Остается только надеется, что и в нашей стране данные методики диагностики и ведения больных не останутся без внимания.

Литература

1. *Стилиди И.С.* Оптимизация методов диагностики и лечения больных ранним раком желудка / И.С. Стилиди, Б.К. Поддубный, А.Б. Рябов и др. // Мат. засед. Рос. научн. центра онкологии им. Н.Н. Блохина № 550 от 25. 09. 2010 г. М., 2010.
2. *Скоропад В.Ю.* Ранний рак желудка: факторы прогноза, закономерности лимфогенного метастазирования результаты хирургического лечения / В.Ю. Скоропад, Б.А. Бердов // Мат. X Рос. онк. конгр. Москва, 21–23 ноября 2006 г. М., 2006.
3. *Блащенко С.А.* Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / С.А. Блащенко. М.: Гэотар-Медиа, 2009. 520 с.
4. *Takao Tsuzuki.* Usefulness and Problems of Endoscopic Ultrasonography in Prediction of the Depth of Tumor Invasion in Early Gastric Cancer // Takao Tsuzuki, Hiroyuki Okada, Yoshiro Kawahara // Acta Med. Okayama. 2011. Vol. 65. № 2. P. 105–112.
5. *Canard J.M.* Gastrointestinal endoscopy in practice / J.M. Canard, J.C. Letard, L. Palazzo et al. Edinburg: Elsevier, 2011. 487 p.
6. *Логунов К.В.* Ранние формы рака и малигнизация язвенных поражений слизистой оболочки желудка (обзор литературы) / К.В. Логунов, Е.А. Пахомов // Вестн. Нац. мед.-хирург. центра им. Н.И. Пирогова. 2010. Т. 5. № 2. С. 29–32.
7. *Давыдов М.И.* Результаты хирургии раннего рака желудка / М.И. Давыдов, И.Н. Туркин, Б.Е. Полоцкий и др. // Мат. засед. Рос. научн. центра онкологии им. Н.Н. Блохина № 550 от 25. 09. 2010 г. М., 2010.
8. *T.L. Ang.* Diagnosis and endoscopic resection of early gastric cancer / T. L. Ang, C.J.L. Khor, T. Gotoda // Singapore Med. J. 2010. Vol. 51. № 2. P. 93–100.
9. *Симонов Н.Н.* Проблемы диагностики и рационального лечения раннего рака желудка (TisN0M0 И T1N0M0) / Н.Н. Симонов, Л.М. Мяскина, А.В. Филин и др. // Практическая онкология. 2001. Т. 3. № 7. С. 25–30.