

Муталов Х.И.<sup>1</sup>, Поликарпов С.А.<sup>1</sup>, Благовестнов Д.А.<sup>2</sup>, Андреев В.Г.<sup>2</sup>

## Ошибки в диагностике синхронных первично-множественных злокачественных опухолей при раке желудка

1 - ГБУЗ «ОКД № 1 ДЗМ», г. Москва, 2 - ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В.Склифосовского ДЗМ», г. Москва

Mutalov H.I., Polikarpov S.A., Blagovestnov D.A., Andreev V.G.

### Errors in diagnostic of multiple primary synchronous malignant tumors during stomach cancer

#### Резюме

Изучены 80 больных с синхронными первично-множественными злокачественными опухолями при раке желудка пролеченных на базе онкологического клинического диспансера ОКД№1 Москвы и в НИИ СП Н.В. Склифосовского с 2000 по 2014 гг. Из 80 больных в 18случаев (22,5%) одна из опухолей не было диагностирована до начала хирургического лечения по поводу первой опухоли. Среди них рак желудка не распознан у 7 (38,9%) больных, опухоли толстой кишки у 5 (27,8%) и опухоли поджелудочной железы у 2 (11,1%) больных. При этом в 42,1% рак желудка находился уже в III-IV стадиях, а синхронные злокачественные опухоли находились в III-IV стадиях в 73,7%. При сочетании стадии у 83,3% пациента синхронные злокачественные опухоли при раке желудка выявленных не своевременно были распространенной и запущенной стадии. Наиболее часто не диагностированная вторая опухоль выявлена интраоперационно в 55,5% случаев. При анализе причины поздней диагностики, объективные и субъективные ошибки по 50% является причиной несвоевременной диагностики полинеоплазии. При первичном обращении онкологических больных необходима следует обследовать с учетом возможного синхронного первично-множественного поражения других органов.

**Ключевые слова:** первично-множественные злокачественные опухоли, полинеоплазии, синхронный рак, рак желудка

#### Summary

We studied 80 patients with synchronous multiple primary malignant tumors of the gastric cancer treated on the basis of clinical oncology clinic in Moscow OKD№1 and Research Institute SP NV Sklifosovsky from 2000 to 2014. Of the 80 patients in the 18sluchaev (22.5%) is one of the tumor was not diagnosed prior to the surgical treatment for the first tumor. Among them, gastric cancer is not recognized in 7 (38.9%) patients, colon tumor in 5 (27.8%) and pancreatic tumors in 2 (11.1%) patients. In this case, 42.1% of gastric cancer was already in stages III-IV, and malignant tumors are synchronous in stages III-IV 73.7%. When combined stage in 83.3% patients synchronous malignancy in gastric cancer were identified in a timely manner is not common and fuzzy stage. Most often diagnosed intraoperatively second tumor is found in 55.5% of cases. In analyzing the causes of late diagnosis, the objective and subjective error of 50% is a cause of delayed diagnosis polyneoplasia. In the primary treatment of cancer patients need should be evaluated taking into account the possibility of simultaneous multiple primary lesion of other organs.

**Keywords:** multiple primary malignancies, polyneoplasia synchronous cancer, stomach cancer

#### Введение

В настоящее время увеличивается число больных с первично-множественными злокачественными опухолями [2, 5, 6]. Первично-множественные злокачественные опухоли (ПМЗО), или полинеоплазии являются одной из наиболее сложных проблем современной клинической хирургии и онкологии [1, 4]. Несмотря на уделяемое повышенное внимание к проблеме ПМЗО, своевременная диагностика остается одним из нерешенных вопросов

полинеоплазии пищеварительной системы [2, 4, 7, 8]. Трудности диагностики последних связаны с недостаточной изученностью их течения, клинической симптоматики и сходством проявления при локализации в различных органах [3, 9]. Нередко одна из таких опухолей ошибочно рассматривается как первичный очаг, другая — как ее метастаз.

Наиболее часто (до 40,2%) синхронные ПМЗО локализируются в желудке [2]. Несмотря на широкую доступ-

Таблица 1. Поорганное распределение опухолей, не выявленных до начала лечения больных первично-множественными синхронными раком желудка.

Диагностированная опухоль	Число больных	Не диагностированная опухоль	Число больных
Желудок	11	Толстая кишка	5 (27,8%)
		Поджелудочная железа	2 (11,1%)
		Гортань	1 (5,5%)
		Мочевой пузырь	1 (5,5%)
		Почка	1 (5,5%)
Кожа	2	Желудок	2 (11,1%)
Толстая кишка	1	Желудок	1 (5,5%)
Прямая кишка	1	Желудок	1 (5,5%)
Пищевод	1	Желудок	1 (5,5%)
Почка	1	Желудок	1 (5,5%)
Гортань	1	Желудок	1 (5,5%)
<b>Всего</b>	<b>18</b>	<b>Всего</b>	<b>18</b>

ность современных методов обследования, диагностика полинеоплазий сопровождается значительным количеством ошибок [4].

Анализ ошибок в диагностике синхронных ПМЗО при раке желудка является целью настоящей работы.

Работа основана на изучении результатов лечения 80 больных синхронными ПМЗО с поражением желудка в онкологическом клиническом диспансере ОКД№1 Москвы и в НИИ СП Н.В. Склифосовского с 2000 по 2014 гг. В 62 (77,5%) случаев синхронные полинеоплазии с поражением желудка были выявлены до начала хирургического лечения. Из них амбулаторно рак желудка был выявлен у 5 (8%) больных, а синхронный рак у 8 (12,9%) пациентов. В стационаре, во время предоперационного обследования, рак желудка диагностирован в 19 (30,6%) случаях, синхронный рак у 33 (53,2%) больных. При этом, характерные для онкологической патологии жалобы при поступлении в стационар предъявляли 61,3% (38) больных с раком желудка и только 33,9% (21) пациентов с выявленными в дальнейшем синхронными опухолями.

Наибольший интерес представляют 18 (22,5%) случаев полинеоплазий, когда одна из опухолей не была обнаружена до начала хирургического лечения больных по поводу превалирующей опухоли. В ряде случаев это вело к несвоевременно начатому лечению по поводу второй или третьей опухоли. Количество таких диагностических ошибок отмечено у 10 мужчин (55,5%) и у 8 женщин (44,4%).

Распределение пациентов по последовательности выявления опухолевой патологии представлено в таблице 1.

Как видно из таблицы у 11 (61,1%) больных с установленным диагнозом рака желудка не были выявлены различные синхронные опухоли. Из них опухоли толстой кишки не диагностированы у 5 (27,8%) больных. При анализе историй болезни надо отметить, что рак толстой кишки протекал бессимптомно, хронические заболевания

толстой кишки в анамнезе отсутствовали, никто из больных не предъявлял характерных жалоб на функционирование кишечника. В связи с этим в 4 случаях обследование толстой кишки до хирургического вмешательства не проводилось. В одном случае больной обследован, но отмечается ошибка в интерпретации результатов - при колоноскопии поставлен диагноз полипоза сигмовидной кишки. При этом у всех пяти пациентов рак толстой кишки оказался в III и IV стадии.

Рак поджелудочной железы не диагностирован у 2 (11,1%) больных. Надо отметить, что опухоль клинически не проявляла себя, в обоих случаях опухоль имела небольшие размеры, располагалась в области головки поджелудочной железы. На этапе обследования в клинике проводилась УЗ исследование органов брюшной полости печени и поджелудочной железы, в одном случае проводилась КТ органов брюшной полости, однако из-за маленького размера опухоли все исследование были мало информативны.

По одному случаю (5,5%) синхронные опухоли гортани, мочевого пузыря, почки и предстательной железы были выявлены после операции по поводу рака желудка во время последующей госпитализации.

Рак желудка не распознан у 7 (38,9%) больных, оперированных по поводу злокачественных опухолей другой локализации, у трех больных рак желудка был выявлен вовремя операции. Из них двое больных оперированы по поводу рака прямой кишки и рака толстой кишки. Перед операцией у них не была проведена эзофагогастроудоскопия. Один пациент оперирован по поводу стенозирующего рака средней трети пищевода, делавшего невозможным детальное обследование желудка. При ревизии брюшной полости в средней трети желудка на передней стенке обнаружен узел до 5 мм, последний был иссечен без вскрытия просвета органа - при срочном гистологическом исследовании обнаружен рак желудка. Следует отметить, что, даже при выполнении полноценной эзофа-

Таблица 2. Сочетания стадий TNM при раке желудка и первично множественного синхронного рака

Группы больных	Сочетания стадий TNM		Число больных (абс.ч./%)	
	Рак желудка	Синхронные опухоли	По сочетаниям стадий	По группам
Начальная стадия	I	I	2 (11,1%)	3 (16,7%)
	II	II	1 (5,5%)	
Распространенная стадия	I	III	5 (27,8%)	7 (38,8%)
	III	I	1 (5,5%)	
	III	III	1 (5,5%)	
Запущенная стадия	I	IV	3 (16,7%)	8 (42,1%)
	III	IV	3 (16,7%)	
	IV	I	1 (5,5%)	
	IV	III	1 (5,5%)	

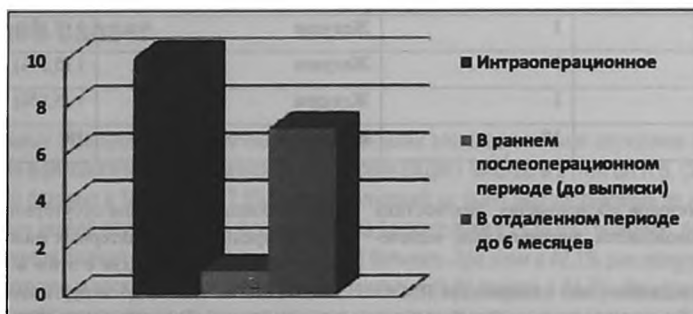


Рис 1. Сроки несвоевременного выявления синхронных первично-множественных злокачественных опухолей при раке желудка.

гогастродуоденоскопии опухоль вряд ли была бы обнаружена из-за ее маленького размера.

В четырех случаях синхронный рак желудка выявлен в послеоперационном периоде после хирургического лечения больных по поводу меланомы кожи (2 пациента), рака почки (1 больной) и рака гортани (1 больной). У всех пациентов перед операцией гастродуоденоскопия не проводилась, а объем операции не предусматривал лапаротомии с ревизией органов брюшной полости.

Данные о сочетаниях стадий опухолевых процессов у больных первично множественным синхронным раком и раком желудка представлены в таблице 2.

При анализе стадий несвоеременно выявленных опухолей, установлено что, в 42,1% рак желудка находился уже в III-IV стадиях, а синхронные злокачественные опухоли находились в III-IV стадиях в 73,7%. Таким образом, в 83,3% синхронные злокачественные опухоли при раке желудка, выявленные с опозданием, были в распространенной и запущенной стадии.

В большинстве случаев не диагностированная вторая опухоль (10 больных, 55,5%) была выявлена во время выполнения хирургического вмешательства. При интраоперационной ревизии опухоль визуализировалась или выявлялась при пальпаторном обследовании органов брюшной полости.

Таблица 3. Ошибки в диагностике синхронные ПМЗО при раке желудка

Локализация не диагностированной опухоли	Объективные ошибки	Субъективные ошибки	
		Ошибки в интерпретации диагноза	Ошибки в диагностической тактике
Желудок	4	1	2
Толстая кишка		1	4
Поджелудочная железа	2		
Почка	1		
Мочевой пузырь	1		
Предстательная железа			1
Гортань	1		
<b>ВСЕГО:</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>7</b>

У одного пациента (5,5%) опухоль гортани была выявлено в раннем послеоперационном периоде, когда больного начали беспокоить неприятные ощущения в ротоглотке, приступы кашля. Это было расценено, как последствия использования интубационной трубки во время эндотрахеального наркоза и назначена консультация отоларинголога, который и обнаружил опухолевое поражение гортани.

К сожалению, почти в 40% случаев (8 пациентов) первично множественные синхронные опухоли при раке желудка были выявлены в отдаленном послеоперационном периоде (до 6 месяцев с момента первичной операции).

Таким образом, констатирован факт, что в 22,5% случаев первично множественного синхронного рака в сочетании с раком желудка, диагноз полинеоплазии устанавливается несвоевременно.

Анализируя причины поздней диагностики, следует разделять объективные и субъективные причины допущенных ошибок. Как видно из таблицы 3, объективные и субъективные ошибки в равной мере (по 50%) явились причиной несвоевременной диагностики полинеоплазий.

К объективным причинам допущенных диагностических ошибок мы относим такие факторы, как незначительные размеры опухоли, зачастую ниже предела визуализации диагностической аппаратурой; локализация объемного процесса в местах затрудняющих визуализацию или пальпаторное обнаружение; отсутствие жалоб или каких либо других проявлений опухолевого процесса и др. К субъективным причинам диагностических ошибок относятся неправильно выбранная тактика обследования, исключая ряд важных разделов и ошибки в интерпретации полученных данных инструментальной, аппаратной или лабораторной диагностики.

У 9 пациентов синхронную опухоль найти при предоперационном обследовании не представлялось возможным в связи малыми размерами. При этом план обследования замечаний не вызывает. У 7 пациентов были допущены грубые ошибки в планировании диагностического процесса, из обследования были необоснованно исключены ряд необходимых этапов, а объективные характеристики опухолевого процесса позволяют утверждать о высокой вероятности обнаружения синхронной опухоли при адекватном обследовании. Наконец у 2 больных

имело место неправильная интерпретация полученных диагностических данных. В обоих случаях речь идет о полиповидных образованиях в желудке и толстой кишке, когда были допущены ошибки при визуальном осмотре и патоморфологическом исследовании - новообразования расценивали как полип, тогда как его злокачественную трансформацию вовремя распознать не удалось.

## Заключение

Таким образом, проведенный анализ диагностических аспектов у больных с синхронными первично-множественными злокачественными опухолями и поражением желудка показал, что почти у четверти больных присутствуют значительные трудности и индивидуальные особенности в диагностике данной категории пациентов. При этом в половине случаев выявлены субъективные ошибки, не допустив которые, была возможна своевременная и правильная диагностика.

Учитывая частоту встречаемости и риск несвоевременной диагностики, при первичном обращении онкологических больных следует обследовать с учетом возможной первично-множественного поражения других органов. В план обследования целесообразно включать исследование пищеварительной системы, забрюшинного пространства, у мужчин и женщин репродуктивной системы. При оперативных вмешательствах после лапаротомии в обязательном порядке необходима тщательная ревизия органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства для исключения синхронных полинеоплазий. ■

*Муталов Х.И., аспирант кафедры неотложной и общей хирургии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России. ГБУЗ «ОКД № 1 ДЗМ», г. Москва; Поликарпов С.А., д.м.н., руководитель хирургического отделения № 2 ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России. ГБУЗ «ОКД № 1 ДЗМ», г. Москва; Благовестнов Д.А., д.м.н., профессор кафедры неотложной и общей хирургии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва; Андреев В.Г., к.м.н., доцент кафедры неотложной и общей хирургии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва; Автор, ответственный за переписку - Муталов Х.И., 141021, МО, г. Мытищи, ул. Юбилейная д.23 к.1, кв. 83 Тел. (926)4068253, e-mail: husan-mutalov@mail.ru*

## Литература:

1. Поликарпов С.А., Писаревский Г.Н., Костин А.Ю. Наблюдение синхронных первично-множественных злокачественных опухолей в одной анатомической структуре. *Онкология. Журнал им. П.А. Герцена.* 2012; 2: 75-76.
2. Попова Т.Н., Федоров В.Э., Харитонов Б.С. Первично-множественные синхронные злокачественные новообразования пищеварительной системы. *Медицинский альманах.* 2011; 5: 76-79.
3. Сельчук В.Ю. Первично-множественные злокачественные опухоли (клиника, лечение, закономерности развития): дис ... докт. мед. наук. Москва; 1994; 386.
4. Федоров В.Э., Барсуков В.Ю., Попова Т.Н. Особенности течения и трудности диагностики множественных злокачественных новообразований. *Медицинский альманах.* 2011; 2: 157-160.
5. Babacan N.A. et al. Multiple primary malignant neoplasms: multi-center results from Turkey. *J. BUON.* 2012; 17(4): 770-5.

6. *Dulguerov N., Dulguerov P. The indication of panendoscopy in the search for synchronous and metachronous head and neck cancer. Rev. Med. Suisse. 2013; 400(9): 1770, 1772–4.*
7. *Xue X. et al. Diagnosis of multiple primary lung cancer: a systematic review. J. Int. Med. Res. 2013; 41(6): 1779–87.*
8. *Xue et al. Early clinical diagnosis of synchronous multiple primary lung cancer. Oncology Letters. 2012; 3(1): 234–7.*
9. *Yang J., Peng J.Y., Chen W. Synchronous colorectal cancers: a review of clinical features, diagnosis, treatment, and prognosis. Digestive surgery. 12/2011; 28(5-6):379-85. doi: 10.1159/000334073.;*