

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА У ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКА

Чарышкина А.М.¹, Беляева Н.А.¹, Верещагина В.С.¹, Чарышкин А.Л.²,
Короткова Т.Э.¹

¹ ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени
Н.П. Огарёва», Саранск, Россия, e-mail: anastasiaaanufrieva@yandex.ru;

² ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница», Саранск, Россия

Боль в животе является одной из самых частых жалоб у детей, встречается в 20% случаев, имеет разнообразные причины и может являться «маской» серьезных заболеваний. У подростков среди причин болевого синдрома в животе лидирует патология желудочно-кишечного тракта, функциональные расстройства и крайне редко рак желудка. Наиболее агрессивной, быстро прогрессирующей формой злокачественного новообразования желудка является перстневидноклеточный рак желудка. В статье представлено описание случая болевого синдрома в животе, обусловленного раком желудка, у ребенка подросткового возраста. Первыми жалобами, с которыми поступила пациентка, были колющие боли в левой подвздошной области, потеря аппетита и задержка стула. Из анамнеза известно, что девочка лечилась по месту жительства амбулаторно с диагнозом «острый гастрит», в дальнейшем ввиду неэффективности терапии и ухудшения состояния ребенок был направлен в больницу. По результатам обследования было выявлено объемное образование желудка диаметром 4-5 сантиметров в области большой кривизны. По результатам иммуногистохимического исследования выявлена перстневидноклеточная карцинома. Учитывая поздний срок диагностики болезни и IV стадию рака, полное излечение оказалось невозможным. Данный клинический случай демонстрирует трудности в ранней диагностике абдоминального синдрома у детей в связи с широким диагностическим рядом заболеваний, скрывающих серьезное заболевание под «маской» более распространенных патологий.

Ключевые слова: абдоминальный синдром у детей, рак желудка, злокачественное новообразование.

A CASE OF LATE DIAGNOSIS OF A MALIGNANT STOMACH TUMOR IN A TEENAGE GIRL

Charyshkina A.M.¹, Vereshchagina V.S.¹, Belyaeva N.A.¹, Charyshkin A.L.²,
Korotkova T.E.¹

¹ National Research Mordovia State University named after N.P. Ogarev,
Saransk, Russia, e-mail: anastasiaaanufrieva@yandex.ru

² Republican Children's Clinical Hospital, Saransk, Russia

Abdominal pain, one of the most common children's complaints, occurs in 20% of cases, has various causes and can be a «mask» of serious diseases. The leading causes of abdominal pain syndrome in adolescents are the pathology of the gastrointestinal tract, functional disorders and very rarely stomach cancer. Ring-shaped cell stomach cancer is the most aggressive rapidly progressing form of malignant stomach neoplasm. The article describes a case of abdominal pain in a teenage child caused by stomach cancer. The first complaints that the patient was hospitalized with were stabbing pains in the left iliac region, loss of appetite and constipation according to the medical history, the girl was treated as an out patient at the place of her residence with a diagnosis of acute gastritis. Later, the child was sent to the hospital due to the ineffectiveness of therapy and deterioration of her health. According to the results of the examination, a bulky formation of the stomach with a diameter of 4-5 centimeters in the area of great curvature was revealed. As a result of an immunohistochemical study, ring-shaped cell carcinoma was detected. Taking into consideration the late diagnosis of the disease and the stage four cancer, a complete cure proved impossible. This clinical case demonstrates the difficulties in early diagnosis of abdominal syndrome in children connected with the wide diagnostic range of diseases that hide a serious illness under the guise of more common pathologies.

Keywords: abdominal syndrome children, stomach cancer, malignant formation.

Введение. Боли в животе у детей в школьном возрасте, по данным литературы, встречаются в 20% случаев [1]. Такая боль имеет разнообразные причины и включает в себя широкий дифференциальный ряд, в котором на первом месте в 91-95% находятся функциональные расстройства и патология желудочно-кишечного тракта (гастриты, гастродуодениты, язвенная болезнь желудка и т.д.) [2; 3]. Абдоминальный болевой синдром как причина злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта в детском возрасте является крайне редким состоянием, по данным разных отечественных авторов [4-6], встречается лишь в 0,05-0,1% случаев. Отсутствие специфических жалоб, редкость патологии, агрессивное и быстрое течение [7] снижают онкологическую настороженность врачей-педиатров. К сожалению, на данный момент данная патология выявляется на поздней стадии, выживаемость составляет 6-12 месяцев с момента постановки диагноза.

Наиболее часто диагностируемые морфологические типы рака желудка: аденокарцинома без дополнительного уточнения (57,3%), перстневидноклеточный рак (17,2%), реже – гастроинтестинальная стромальная опухоль (6,7%), плоскоклеточный неороговевающий рак (4,1%). Остальные типы опухоли при раке желудка верифицированы реже (0,2–3,0%) [8].

Наиболее агрессивной морфологической формой рака желудка является перстневидноклеточный рак желудка. Скопляющаяся в отдельных клетках слизь оттесняет ядра к периферии клетки, сообщая характер ее перстневидной формы [9]. По данным разных авторов, рак желудка в возрасте до 30 лет встречается крайне редко.

Выявляемость больных раком желудка на поздних стадиях по Российской Федерации составила 48% [10]. А на ранних стадиях выявляемость больных раком желудка по Республике Мордовия составляла 60,1% за 2021 год [11].

Несомненную роль в развитии рака желудка играет образ жизни ребенка: рацион питания, курение, алкоголь, частый прием антибиотиков, НПВС (нестероидные противовоспалительные средства), несоблюдение режима дня, стресс [12]. Однако главную роль риска развития рака желудка отводят CagA- позитивным штаммам *H. Pylori* [13-15].

В литературе описаны лишь несколько случаев рака желудка у подростков, в связи с чем представляет интерес данный клинический случай.

Цель исследования. Описание клинического случая поздней диагностики злокачественной опухоли у девочки-подростка.

Материалы и методы исследования. Медицинская карта пациента со злокачественной опухолью желудка.

Клинический случай

Девочка А., 2006 г.р. Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности на фоне ОАА (отягощенный акушерско-гинекологический анамнез) вторых родов путем кесарева сечения с массой тела 3270 г, ростом 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей, до 1 года была на грудном вскармливании. Вакцинирована по возрасту, согласно национальному календарю профилактических прививок. Из перенесенных заболеваний – острые респираторные вирусные инфекции, лимфаденопатия. Со слов матери, наследственность по онкологическим заболеваниям не отягощена.

Впервые обратилась в конце августа 2023 года к участковому педиатру и хирургу с жалобами на колющую боль в левой подвздошной области, отсутствие аппетита, задержку стула. Было проведено УЗИ (ультразвуковое исследование) органов брюшной полости, по данным которого в брюшной полости и полости малого таза определялась свободная жидкость. Однако, несмотря на полученный результат, был выставлен диагноз «острый гастрит» и назначена терапия, включающая ингибитор протонной помпы (омепразол) и спазмолитик (дротаверин). Должным образом не была проведена оценка клинического состояния ребенка и не назначены инструментальные методы диагностики при нетипичном течении гастрита. Закономерным итогом явилось сохранение жалоб у девочки на боли в животе, продолжающуюся задержку стула, полное отсутствие аппетита, слабость, апатию, сонливость. Отсутствие верной маршрутизации пациента оттянуло диагностический поиск еще на 2 месяца, по истечении которых ввиду отсутствия эффекта от проводимой терапии, нарастания клинической картины ребенок повторно обратился к участковому педиатру и хирургу по месту жительства и был направлен в дежурную больницу для исключения острой хирургической патологии.

При поступлении - жалобы на отсутствие аппетита, общую слабость, нехватку воздуха без кислородной поддержки. Рост 170 см, вес 67 кг, ИМТ (индекс массы тела) - 23,18. При физикальном обследовании отмечалась бледность кожи, ЧСС – 82 удара в минуту, артериальное давление 120/80 мм рт. ст., SpO₂ 98-99%. Аускультативно выслушивалось ослабленное везикулярное дыхание в нижних отделах легких, больше слева. Была болезненность при пальпации живота в левой подвздошной области, в паховой области слева. Симптомы раздражения брюшины были отрицательные, при пальпации объемное образование в брюшной полости не определялось. Симптом поколачивания по поясничной области был положительный слева. По результатам УЗИ органов брюшной полости были выявлены признаки утолщения стенок лоханок обеих почек, признаки спленомегалии, в области ворот лимфоузлы размером до 22x15 мм, лимфаденопатии парааортальных лимфатических узлов размером 27x17 мм, реактивных изменений печени и поджелудочной железы; свободная жидкость за маткой, над мочевым пузырем межпечельно, по правому

латеральному каналу, поддиафрагмально слева; свободная жидкость в плевральных полостях. На обзорной рентгенографии органов грудной полости выявлен двусторонний экссудативный плеврит. На ЭКГ снижение вольтажа зубцов ЭКГ в левых грудных отведениях. В общем анализе крови выявлен нейтрофильный лейкоцитоз до $9,09 \times 10^9/\text{л}$, снижение уровня гемоглобина до 104 г/л, ускорение СОЭ до 44 мм/час. В биохимическом анализе крови - повышение лактата до 3,43 ммоль/л, СРБ до 68,6 мг/л, амилазы до 102,28 Ед/л, липазы до 224.73 Ед/л. В коагулограмме – гипокоагуляция. В анализе мочи – протеинурия до 1 г/л. По тяжести состояния ребенок был госпитализирован в отделение интенсивной терапии. При обследовании по данным КТ брюшной полости (рис. 1) было выявлено увеличение парааортальных лимфатических узлов до 38x14 мм, объемное образование стенки желудка (в области большой кривизны - неравномерное утолщение стенки большой кривизны желудка до 25 мм на протяжении 65 мм, увеличение селезенки в размерах до 123x45x135 мм), асцит, свободная жидкость в полости таза.

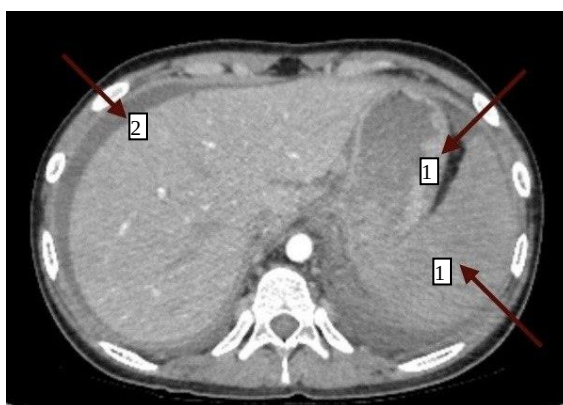
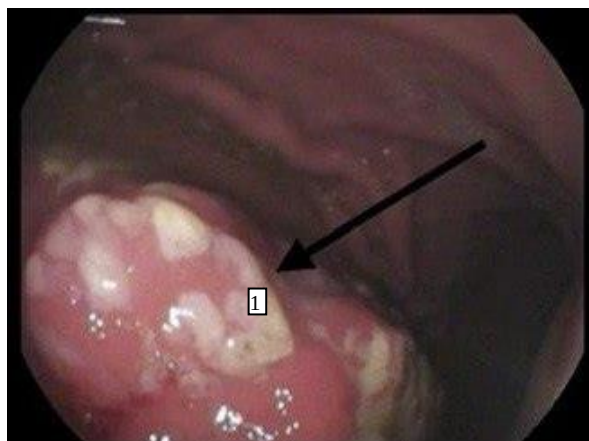


Рис. 1. Компьютерная томограмма органов брюшной полости пациентки с раком желудка: объемное образование стенки желудка (1), свободная жидкость в полости таза (2)

По данным КТ органов грудной клетки – участки компрессии в базальных отделах легких, аденопатии лимфатических узлов надключичной, превазкулярной и верхней правой паратрахеальной групп. Двусторонний экссудативный плеврит. Единичный солидный микроочаг 2,5 мм S6 правого легкого.

По данным ЭФГДС (рис. 2) – в области дна желудка было выявлено образование диаметром 4-5 см, слизистая над ним отечная, гиперемирована, разрыхлена, с многочисленными язвенными дефектами, налетом фибрина, подслизистыми и внутрислизистыми геморрагиями. Слизистая луковицы 12-перстной кишки отечная, гиперемирована. В постбульбарных отделах микрорельеф усилен, точечные лимфоангиоэктазии (симптом манной крупы). Нбр +. Взятый биопсийный материал для

гистологического исследования был отправлен в ФГБУ «НМИЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава.



*Рис. 2. Эзофагогастродуоденоскопия у пациентки с раком желудка:
образование дна желудка (1)*

В дальнейшем была проведена МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием (рис. 3а, 3б). Было выявлено большое количество свободной жидкости, по задней поверхности брюшины и в пузырно-маточном углублении справа 2 узловых образования (канцероматоз), увеличенные лимфатические узлы во всех группах. Метастатические поражения костей таза.

С диагностической целью было проведена лапароскопия, биопсия объемного образования большого сальника, пункция костного мозга из крыла левой подвздошной кости. Операционный материал отправлен в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева. Результат миелограммы и показатели спинномозговой жидкости патологии не выявили. По результатам иммуно-гистохимического исследования был выявлен перстневидноклеточный рак с экспрессией клетками CK7. Реакции с PDL-1, ALK, Her2 негативны. В связи с нарастанием одышки, накоплением жидкости по данным УЗИ не менее 1 л в правой плевральной полости и до 1950 мл в левой плевральной полости неоднократно выполнялось дренирование правой и левой плевральных полостей.

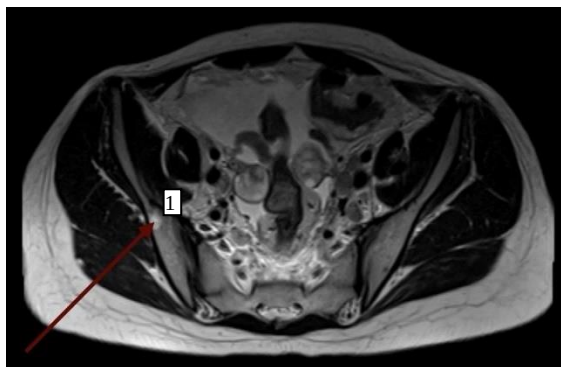


Рис. 3а. Магнитно-резонансная томограмма органов малого таза с внутривенным контрастированием пациентки с раком желудка: метастатические поражения костей таза (1)

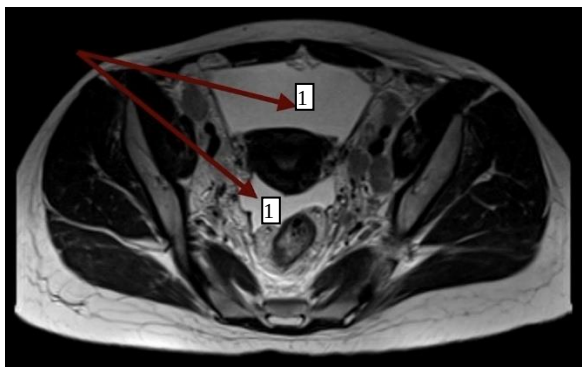


Рис. 3б. Магнитно-резонансная томограмма органов малого таза с внутривенным контрастированием пациентки с раком желудка: скопление свободной жидкости в малом тазу (1)

По результатам обследования выставлен диагноз: «Объемное образование желудка неясного генеза. Метастазы большого сальника. Лимфаденопатия средостения, брюшной полости, забрюшинного пространства. Полисерозит: двусторонний гидроторакс. Асцит».

Было проведено лечение: инфузионная, антибактериальная (амклав, цефепим+сульбактам, амоксициллин), противогрибковая, обезболивающая, антигипертензивная, антисекреторная, эрадикационная, диуретическая, противорвотная, гемостатическая терапия. На фоне лечения состояние ребенка оставалось нестабильным, отмечалось неоднократное ухудшение – снижение сатурации кислорода до 86%, слабость, тошнота, периодически рвота, боли в животе опоясывающего характера с иррадиацией в поясницу, боли в паховой области, отсутствие аппетита, повышение артериального давления до 130/80 мм рт. ст. По решению телемедицинской консультации ребенок был переведен в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им Н.Н. Блохина» Минздрава, где находился 9 дней. По данным ПЭТ КТ (позитронно-эмиссионной компьютерной томографии) с опухолетропными РФП – выявлена опухолевая ткань с гиперметаболической активностью ^{18}F -ФДГ в стенках тела желудка, множественных лимфатических узлах (выше и ниже диафрагмы), по плевре с обеих сторон. Плеврит. Асцит. Выставлен диагноз: «Перстневидноклеточный рак желудка с T3bN3bM1b, метастазы в регионарные, отдаленные лимфоузлы, кости таза. Стадия опухолевого процесса: IV». Была рекомендована полихимиотерапия по месту жительства в рамках клинических рекомендаций RUSSCO по схеме FOLFOX6 с оценкой динамики через 2 блока. В детской больнице был начат 1-й курс полихимиотерапии согласно протоколу FOLFOX 6 – оксалиплатин 85 мг/м^2 , лейковирин 400 мг/м^2 , 5-фторурацил 2000 мг/м^2 с проведением сопроводительной терапии.

После окончания первого курса сохранялось тяжелое состояние за счет диссеминации опухолевого процесса, выраженной интоксикации, хронического болевого синдрома, дыхательной недостаточности I степени на фоне двустороннего плеврита, асцита. Температура тела повысилась до фебрильных значений, присоединился кашель. Аускультативно в лёгких дыхание стало ослабленным в нижних отделах справа и слева, выслушивались разнокалиберные хрипы с двух сторон. На КТ органов грудной клетки (рис. 4) в плевральных полостях отмечалось большое количество неоднородного содержимого, в S4, S5 левого легкого – признаки инфильтративных изменений.



Рис. 4. Компьютерная томограмма органов грудной клетки пациентки с раком желудка: инфильтративные изменения верхней доли левого легкого, более вероятно, воспалительного генеза (1); картина двустороннего гидоторакса (2)

Был назначен ванкомицин, метронидазол, цефтазидим, с заменой на линезолид, амикацин и тиепинам через 5 дней. От проведения 2-го курса полихимиотерапии решено воздержаться. На фоне лечения отмечалось снижение сатурации до 78% на фоне подачи увлажненного кислорода, ребенок переведен на ИВЛ (искусственную вентиляцию легких).

В биохимическом анализе крови регистрировалось нарастание СРБ до 344,04 г/л, прокальцитонина до 82,39 нг/мл, мочевины до 11,23 ммоль/л, повышение РФМК до 10,0 мкг/100 мл. Ввиду крайне тяжелого состояния ребенка, за счет течения основного заболевания, несмотря на активное патогенетическое, симптоматическое лечение, пациентка скончалась.

Заключительный диагноз: «Перстневидноклеточный рак желудка с T3bN3bM1b, метастазы в регионарные, отдаленные лимфоузлы, кости таза. Стадия опухолевого процесса: IV. Осложнения: двусторонний плеврит. ДН III степени. Асцит. ОССН. Хронический болевой синдром в эпигастральной области опоясывающего характера. Опухолевая интоксикация. Острое почечное повреждение».

Результаты исследования и их обсуждение. Длительный абдоминальный болевой синдром не всегда является причиной функциональных расстройств желудочно-кишечного

тракта и требует от врачей мультидисциплинарного подхода. При анализе описываемого клинического случая возникает необходимость формирования у врачей различных специальностей и уровней оказания медицинской помощи онкологической настороженности. Следует всегда помнить и проводить оценку симптомов, составляющих так называемый опухолевый симптомокомплекс: отсутствие аппетита, слабость, апатия, сонливость. В данном клиническом случае эти симптомы были ярко выражены. При этом в клинике отмечались боли в животе, задержка стула. Результат проведенного УЗИ органов брюшной полости также не был характерным для выставленного в дальнейшем диагноза: острый гастрит. Назначенное лечение было абсолютно неэффективным, однако продолжалось в течение 2 месяцев, что оттянуло сроки диагностики заболевания. В любом нетипичном случае следует расширять диагностический поиск, привлекая дополнительно профильных специалистов и необходимые методы диагностики. В конечном итоге именно по данным ЭФГДС была заподозрена злокачественная опухоль желудка. Безусловно, редкость патологии (по данным Всемирной организации здравоохранения, злокачественные новообразования желудка у детей встречаются в 0,05-0,1% случаев), зачастую отсутствие специфических жалоб снижает онконастороженность врачей и является причиной поздней диагностики. Именно поэтому любое нетипичное течение заболевания, не поддающегося традиционной терапии, требует от врача максимально полного и активного привлечения всех имеющихся средств и специалистов для точного и быстрого подтверждения или исключения онкологического заболевания. Чем раньше заподозрено объемное образование и составлена маршрутизация пациента для получения специализированной помощи, тем выше шансы на благоприятный исход.

Заключение. Несмотря на кажущуюся редкость патологии, педиатры и врачи узких специальностей должны владеть базовыми знаниями по диагностике и дифференциальной диагностике онкологических заболеваний и схожих по проявлениям патологических состояний у детей. Учитывая данный клинический случай, врачам различных специальностей следует помнить, что абдоминальный болевой синдром у подростка может быть одним из первых клинических признаков редкого злокачественного новообразования желудочно-кишечного тракта, имеющего быстро прогрессирующее течение и неблагоприятный исход. В случае появления в клинической картине большого «настораживающих» симптомов, так называемых красных флагов, от врача требуется грамотная и безотлагательная маршрутизация пациента.

Список литературы

1. Шутова Е.В. Абдоминальный болевой синдром у детей и подростков: возможности терапии // Здоровье ребенка. 2018. № 13 (5). С. 495-501. DOI: 10.22141/2224-0551.13.5.2018.141567.
2. Урсова Н.И. Тактика педиатра при абдоминальной боли // Медицинский совет. 2017. № 9. С. 80–84. DOI: 10.21518/2079-701X-2017-9-80-84.
3. Лозовая В.В., Гусарова О.А., Малихова О.А., Бесова Н.С., Сулейманова А.М., Синягина Ю.В., Туманян А.О. Клиническое наблюдение перстневидноклеточного рака желудка у ребенка. Эндоскопическая диагностика // Российский журнал детской онкологии и гематологии. 2023. № 10 (2). С. 99-106. DOI: 10.21682/2311-1267-2023-10-2-99-106.
4. Артамонов Р.Г. Синдром боли в животе у детей. Дифференциально-диагностические подходы // Российский медицинский журнал. 2017. №23(4). С. 220–224 DOI: 10.18821/0869-2106-2017- 23-4-220-224.
5. Рыбакова Д.В., Давыдов М.М., Казанцев А.П., Керимов П.А., Матинян Н.В. Рак желудка у пациента 16 лет. Описание клинического случая // Онкопедиатрия. 2017. № 4 (2). С. 147-151. DOI: 10.15690/onco.v4i2.1709.
6. Сарычева Е., Денисов М., Гильд Е., Якушин А. Трудности диагностики рака желудка у детей // Врач. 2018. № 29 (2). С. 45–48. DOI: 10.29296/25877305-2018-02-11.
7. Пугаев Д.М., Любченко Л.Н., Рябов А.Б., Каприн А.Д. Рак желудка у больных молодого возраста. Литературный обзор // Сибирский онкологический журнал. 2023. № 22 (6). С. 153–171. DOI: 10.21294/1814-4861-2023-22- 6-153-171.
8. Диомидова В.Н., Ефимова О.А. Анализ морфологических типов рака желудка // Acta medica Eurasica. 2024. № 1. С. 1–9. DOI: 10.47026/2413-4864-2024-1-1-9.
9. Глазкова Е.В., Добрынина И.С., Остроушко Н.И., Скуратова О.С. Актуальные вопросы онконастороженности в амбулаторной практике // Организация амбулаторно-поликлинической помощи в России: проблемы и перспективы решения. 2024. С. 26-29.
10. Скопин П.И., Прокофьев Д.А., Ивашин А.А., Сорокина О.А., Меджидов К.Н., Горохова М.А., Чивичкин Р.А., Аников И.Е., Сычева В.С., Новикова А.И., Коршунов И.Н. Эпидемиология злокачественных новообразований желудка в Республике Мордовия. // Международный научно-исследовательский журнал. 2022. № 5 (119). С. 161-168. DOI: 10.23670/IRJ.2022.119.5.030.
11. Плигина Е.В., Семелева Е.В. Организация онкологической службы Республики Мордовия // Лечащий Врач. 2023. № 1 (26). С. 45-48. DOI: 10.51793/OS.2023.26.1.008.

12. Kong X., Wang J., Chen H., Fang J. Comparison of the clinicopathological characteristics of young and elderly patients with gastric carcinoma: a meta analysis. // J. Surg.Oncol. 2012. Vol. 106. Is. 3. P. 346–52. DOI: 10.1002/jso.23004.
13. Войнован И.Н, Эмбутниекс Ю.В, Мареева Д.В., Колбасников С.В, Бордин Д.С. Н. pylori как фактор риска рака желудка: доказательная база и стратегия первичной профилактики //Альманах клинической медицины.2019. № 47 (6). С. 535–547. DOI: 10.18786/2072-0505-2019-47-052. (дата обращения:17.02.2025).
14. Третьякова Ю.И., Патрикеева М.С., Меньшикова Н.С. Поздняя диагностика рака желудка у пациента 28 лет (случай из практики) // Современные проблемы науки и образования. 2018. № 6. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=28401> (дата обращения: 14.02.2025).
15. Бесова Н.С., Калинин А.Е., Неред С.Н., Трякин А.А., Гамаюнов С.В., Козлов Н.А., Стилиди И.С., Карачун А.М., Кононец П.В., Малихова О.А., Рябов А.Б., Хомяков В.М., Феденко А.А., Болотина Л.В., Фалалеева Н.А., Невольских А.А., Иванов С.А., Хайлова Ж.В., Геворкян Т.Г., Бутенко А.В., Гильмутдинова И.Р., Еремушкин М.А., Иванова Г.Е., Кондратьева К.О., Кончугова Т.В., Крутов А.А., Обухова О.А., Семиглазова Т.Ю., Филоненко Е.В., Хуламханова М.М., Романов А.И. Рак желудка. Клинические рекомендации // Современная Онкология. 2021. № 23 (4). С. 541–571. DOI: 10.26442/18151434.2021.4.201239.