

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА

Силивончик Н.Н.

*Институт повышения квалификации и переподготовки кадров
здравоохранения учреждения образования «БГМУ», г. Минск*

Рак желудка (РЖ) – один из самых распространенных видов злокачественных новообразований человека. Аденокарциноме желудка в большинстве случаев предшествует типично бессимптомный предраковый каскад дискретных гистопатологических стадий и поэтому поддается диагностике и наблюдению.

В 2025 г. опубликованы согласительные документы международных организаций по менеджменту предраковых заболеваний желудка – Management of epithelial precancerous conditions and early neoplasia of the stomach (MAPS III): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG) and European Society of Pathology (ESP) Guideline update 2025 и ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Gastric Premalignant Conditions. В документах изложены рекомендации по популяционному скринингу РЖ и предраковых состояний, эндоскопии и биопсии, наблюдению пациентов с предраковыми состояниями, мерам профилактики прогрессирования, эрадикационной терапии инфекции *Helicobacter pylori* (*H. pylori*).

Профилактика рака желудка рассматривается как первичная (выявление и эрадикация инфекции *H. pylori*) и вторичная (раннее выявление предраковых состояний/РЖ посредством эндоскопического скрининга и наблюдения за предраковыми состояниями).

Скрининг. Авторы ESGE/EHMSG/ESP и ACG на популяционном уровне предлагают проводить эндоскопический скрининг РЖ и предраковых состояний в регионах высокого риска (стандартизированный по возрасту показатель заболеваемости [ASR] > 20 на 100 000 человеко-лет) каждые 2–3 года или, если доказана экономическая эффективность, в регионах

промежуточного риска (ASR 10–20 на 100 000 человеко-лет) каждые 5 лет, но не в регионах низкого риска (ASR < 10). Согласно данным GLOBOCAN 2022 Республике Беларусь входит в число 25 стран мира с наиболее высокой распространенностью рака желудка. Показатель ASR у мужчин составляет 24,4 (смертность 18,4), у женщин – 9,4 (смертность 6,8).

Диагностика предраковых состояний. Диагностика предраковых состояний и РЖ осуществляется путем эндоскопии и морфологического исследования биоптатов слизистой оболочки желудка (СОЖ). При первой гастроскопии рекомендовано проведение индивидуальной оценки желудочного риска, определение и стадирование предраковых состояний (атрофия и кишечная метаплазия) и поражений (дисплазия или рак)

При отсутствии эндоскопически подозрительных изменений биопсию следует проводить случайным образом. ESGE/EHMSG/ESP рекомендуют брать биопсию как минимум из двух топографических участков (2 биопсии из антрального отдела/угла желудка и 2 биопсии из тела желудка). Дополнительная биопсия из угла желудка необязательна.

Риск развития РЖ у отдельно взятого индивидуума с предраковыми изменениями довольно мал (2-6 на 1000 человек в год). Это диктует необходимость использования методов стратификации риска. ESGE/EHMSG/ESP предлагают использовать проверенные эндоскопические классификации атрофии (например, Кимура–Такемото) или кишечной метаплазии (например, эндоскопическая градация желудочной кишечной метаплазии [EGGIM]) для эндоскопической стадии предраковых состояний и стратификации риска РЖ.

При кишечной метаплазии определяется гистологический подтип (неполная, полная, смешанная), тяжесть (доля атрофии или кишечной метаплазии в отдельных биоптатах из каждого отдела), анатомическая протяженность (ограниченная, распространенная). Ограниченная кишечная

метаплазия ограничивается антральным отделом и вырезкой желудка, тогда как анатомически обширная кишечная метаплазия затрагивает тело желудка. Рекомендовано стадирование атрофии и кишечной метаплазии на основе оперативной системы OLGA/OLGIM, являющейся проверенной гистологической системой оценки, которая учитывает как степень, так и тяжесть атрофии/кишечной метаплазии и тесно связана с риском прогрессирования.

Дисплазия слизистой оболочки представляет собой предпоследнюю стадию канцерогенеза РЖ и гистологически определяется как однозначно опухолевый эпителий без признаков тканевой инвазии и, таким образом, является прямым предраковым поражением. Все образцы, касающиеся дисплазии, должны быть рассмотрены патологом с опытом в области патологии желудочно-кишечного тракта.

Наблюдение пациентов с предраковыми состояниями. Время прогрессирования предраковых заболеваний желудка в рак относительно продолжительное, что дает возможность эндоскопического наблюдения для раннего выявления и лечения РЖ. Индивидуальная рекомендация по эндоскопическому наблюдению должна основываться на решении, принимаемом пациентом и врачом, с учетом сопутствующих заболеваний пациента и общего прогноза.

ESGE/EHMSG/ESP рекомендуют, чтобы пациенты с обширными эндоскопическими изменениями (Кимура С3 + или EGGIM 5 +) или поздними гистологическими стадиями атрофического гастрита (тяжелые атрофические изменения или кишечная метаплазия, или изменения как в антральном отделе, так и в теле желудка, оперативная связь по оценке гастрита/оперативная связь по желудочно-кишечной метаплазии [OLGA/OLGIM] III/IV) проходили высококачественное эндоскопическое обследование каждые 3 года, независимо от страны происхождения человека. ESGE/EHMSG/ESP и ACG рекомендуют не назначать наблюдение пациентам

с легкой или умеренной атрофией или кишечной метаплазией, ограниченной антральным отделом желудка, при отсутствии эндоскопических признаков обширных поражений или других факторов риска (семейный анамнез, неполная кишечная метаплазия, персистирующая инфекция *H. pylori*). Эта группа составляет большинство пациентов, встречающихся в клинической практике.

ESGE/EHMSG/ESP предлагают рекомендовать пациентам отказаться от курения, а также рассмотреть возможность ежедневного приема низких доз аспирина для профилактики РЖ у отдельных лиц с высоким риском сердечно-сосудистых событий.

Эрадикационная терапия инфекции *H. pylori*. Инфекция *H. pylori* классифицирована Международным агентством по изучению рака ВОЗ определена как группа 1 или определенный канцероген. Инфекция *H. pylori* является доминирующим глобальным фактором риска РЖ - определяет 89% некардиального РЖ и 78% всех случаев РЖ. Активная инфекция *H. pylori* тесно связана с прогрессированием предраковых изменений, тогда как успешная эрадикация *H. pylori* может приводить к стабилизации морфологической картины или даже регрессии у некоторых людей. Все пациенты должны быть исследованы на *H. pylori* с использованием несерологических методов, пролечены с подтверждением результата. Эрадикация *H. pylori* последовательно связана со значительным снижением заболеваемости и смертности от РЖ. ESGE/EHMSG/ESP рекомендуют проводить эрадикацию *H. pylori* у пациентов с предраковыми заболеваниями и после эндоскопической или хирургической терапии. Имеются данные, что предраковые изменения, даже дисплазия может показать улучшение, особенно в условиях эрадикации *H. pylori*. В идеале эрадикация *H. pylori* должна быть подтверждена как минимум за 1-2 месяца до эндоскопического контрольного обследования, поскольку активная инфекция *H. pylori* может повлиять на эндоскопический и гистологический вид предраковых

заболеваний желудка. Основной проблемой в исследованиях является присущая мультифокальная природа изменений, при которой ошибка выборки и неправильная оценка являются значительными, существует вариабельность среди патологов в оценке морфологии желудка

Литература

1. Global burden of oesophageal and gastric cancer by histology and subsite in 2018 // M. Arnold, J. Ferlay, H.M.I. van Berge, I. Soerjomataram // Gut. – 2020. – Vol. 69, N 9. – P. 1564–1571.
2. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Gastric Premalignant Conditions / D.R. Morgan, J.E. Corral, D. Li [et al.] // American Journal of Gastroenterology. – 2025. – Vol. 120, N 4. – P. 709-737.
3. Management of epithelial precancerous conditions and early neoplasia of the stomach (MAPS III): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG) and European Society of Pathology (ESP) Guideline update 2025 / M. Dinis-Ribeiro, D. Libânio, H. Uchima [et al.] // Endoscopy . – 2025. – Vol. 57. – P. 504–554.