

Таким образом, статистический учет каждого конкретного случая Ес-клеточного новообразования крайне важен в плане понимания истинного значения частоты развития серотонинпродуцирующих опухолей. Широкое использование всего арсенала диагностических методов верификации онкопатологии пищеварительной системы создает благоприятные условия для дальнейшего научного поиска возможных причин неудовлетворительных результатов диагностики этой редкой и, несомненно, сложной патологии.

*К.Н. Мовчан, В.В. Хижа, К.И. Русакевич, Т.В. Яковенко,  
А.Д. Тарасов, В.А. Сидоренко, Л.И. Русакевич*

### **ЗНАЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В СТАТИСТИКЕ СЕРОТОНИНПРОДУЦИРУЮЩИХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

*ГУЗ «Санкт-Петербургский информационно-аналитический центр»,  
Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова», Россия, apink1@yandex.ru*

Морфологическая диагностика злокачественных нейроэндокринных опухолей (НЭО) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) связана с определенными трудностями. Недостаток и высокая стоимость расходных материалов, используемых для иммуногистохимических исследований этих новообразований, сложность проводимых методик, а порой и отсутствие высококвалифицированных специалистов-морфологов обуславливают ошибки диагностики и статистического учета нейроэндокринных опухолей.

Проанализированы результаты статистического учета опухолевых заболеваний в Санкт-Петербурге (сведения Популяционного ракового регистра) в период 1994 - 2010 гг. Выявлено, что число контингента больных злокачественной нейроэндокринной патологией пищеварительной системы составило 216 наблюдений. Среди них НЭО толстой кишки верифицированы у 39,4% пациентов, желудка – 28,7% больных, тонкой кишки - 18,5% случаев, поджелудочной железы и пищевода - 12,9% и 0,5% наблюдений соответственно. Карциноиды (Крц) ЖКТ диагностированы у 187 (86,7%) пациентов. Серотонинпродуцирующие новообразования чаще локализовались в толстой кишке (восходящий отдел и слепая кишка) и желудке. НЭО и Крц ЖКТ у женщин встречались чаще в 1,5 раза, чем у мужчин.

За последние годы повышение уровня представлений и знаний о нейроэндокринной патологии и широкое внедрение в практику высокоспецифичных морфологических методов исследования, обладающих высокой чувствительностью, позволили увеличить число диагностируемых карциноидных опухолей. Так, например, в течение последних 5 лет (2005-2009 гг.) карциноидные новообразования толстой кишки верифицированы у 32 пациентов, тогда как за 10-

летний период (1994-2004 гг.) – только у 44 больных.

Вместе с тем, среди 216 пациентов со злокачественными НЭО в регистре числится 29 больных с диагнозом «нейроэндокринный рак» без указания варианта опухоли и принадлежности новообразования к виду продуцируемого гормона. Среди этих новообразований патогенетический характер секреции гормона опухолью не выявлен в толстой кишке у 9 больных, желудке и тонкой кишке – у 6 и 2 пациентов соответственно. У 11 больных с нейроэндокринной патологией поджелудочной железы установить характер опухоли, – карциноид, инсулинома, гастринома, глюкагонома и др., - невозможно. Эти, казалось бы, на первый взгляд незначительные ошибки приводят в последующем к искажению статистических данных о структуре и частоте встречаемости не только карциноидов, но и нейроэндокринной патологии в целом.

В тоже время данные о количестве серотонинпродуцирующих новообразований ЖКТ позволяют рассчитать частоту карциноидов на популяционном уровне. В Санкт-Петербурге Крц пищеварительной системы встречаются в 0,9-1,1 чел. на 100 тыс. населения, а среди злокачественных новообразований ЖКТ - в 0,27% случаев.

Таким образом, оценка эпидемиологической составляющей нейроэндокринных новообразований в общей структуре злокачественных неоплазий обусловлена полнотой комплексного морфологического исследования и точностью сведений, подаваемых в отделы медицинской статистики онкологических заболеваний. Полученные сведения о каждом пациенте и накопление знаний с учетом современных представлений о нейроэндокринных опухолях позволят врачам своевременно верифицировать серотонинпродуцирующие новообразования и повысить качество оказания медицинской помощи больным этой, относительно редкой, патологией пищеварительной системы.

*Модункаев С.Б., Варзин С.А.*

#### **ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

*Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский  
факультет, Россия, [modunkaev.sanal@yandex.ru](mailto:modunkaev.sanal@yandex.ru)*

История хирургического лечения острого холецистита имеет более чем 100-летнюю историю. За это время разработаны и внедрены в широкую практику различные хирургические методики. В наше время в мире ежегодно выполняется порядка 2,5 млн холецистэктомий (ВОЗ), в США - более 600 тыс (AGA), а в РФ - около 300 тыс таких операций в год (А.И.Нечай,1999; Луцевич О.Э. и др., 2007).

Внедрение в практическое здравоохранение современных малоинвазивных методов лечения острого холецистита позволило снизить послеоперационную ле-