

*В. П. Козлов, С. В. Паскарь, К. Н. Мовчан, В. В. Хижа, К. Е. Чернов,
Б. С. Артюшин, А. В. Тарасов*

ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КАРЦИНОИДАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ БОЛЬНИЦЫ МЕГАПОЛИСА

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,
ГУЗ «Городская Александровская больница», Санкт-Петербург

Карциноиды желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — патология, выявляемая нечасто [1]. В России частота карциноидов пищеварительного тракта составляет 0,7–1,95 на 100 000 населения [2]. Сложности диагностики данного заболевания по причине его редкости сохраняются. Особое внимание при верификации карциноидов ЖКТ отводится эндоскопическим методикам обследования [3]. Однако, несмотря на возможности современных лабораторно-инструментальных методов, диагностика карциноидов желудочно-кишечного тракта оказывается затруднительной [4]. Нередко это бывает связано с недостаточными знаниями врачей об особенностях данной патологии и отсутствии возможностей для использования специальных методов обследования пациентов на этапах оказания больным медицинской помощи. Относительная редкость «Ес-клеточных новообразований»* пищеварительного тракта, частое отсутствие патогномичных симптомов серотонин-продуцирующих опухолей и манифестация карциноидов под маской других заболеваний не позволяют сформулировать однозначный алгоритм оказания медицинской помощи больным карциноидными опухолями ЖКТ. Наиболее часто заболеваниями, под видом которых клинически протекают карциноиды ЖКТ, являются рак желудка и рак толстой кишки [5]. Знания об особенностях обследования и лечения больных карциноидами желудочно-кишечного тракта необходимы не только врачам первичного звена медицинской помощи, но и специалистам многопрофильных специализированных лечебно-профилактических учреждений.

Материалы и методы исследования. С 1984 по 2009 г. в СПб. ГУЗ «Городская Александровская больница» на обследовании и лечении по поводу карциноидов системы органов пищеварения находились 59 больных. Карциноиды желудка, тонкой и толстой кишок составили 22, 12 и 56% наблюдений соответственно. В 10% случаев карциноидные новообразования локализовались в поджелудочной железе, в одном наблюдении выявлен карциноид желчного пузыря, и у еще одного пациента выявлен метастаз карциноида в печень при неопределенной локализации первичной опухоли.

Большинство обследуемых больных составили женщины трудоспособного возраста. Практически у всех пациентов старшей возрастной группы (60 лет и старше) констатированы сопутствующие заболевания, в основном со стороны сердечно-сосудистой системы.

* *Ес-клеточная опухоль* — нейроэндокринные новообразования, происходящие из Ес-клеток, которые в организме максимально сконцентрированы в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта. Синонимы — нейроэндокринная, серотонинпродуцирующая опухоль.

© В. П. Козлов, С. В. Паскарь, К. Н. Мовчан, В. В. Хижа, К. Е. Чернов,
Б. С. Артюшин, А. В. Тарасов, 2010

Результаты исследования. На догоспитальном этапе в 49,2% случаев карциноидных опухолей желудка, кишок и червеобразного отростка выставлялись диагнозы заболеваний, относящихся к острой хирургической патологии органов брюшной полости, такие как острый аппендицит (32,2%), острая кишечная непроходимость (11,9%), желудочно-кишечное кровотечение (5%). Поэтому такие пациенты поступали в больницу в режиме оказания скорой медицинской помощи.

В 2 случаях больные карциноидами ЖКТ обследовались специалистами терапевтического профиля по месту жительства в связи с хронической анемией. В 4 наблюдениях больные карциноидом желудка в течение длительного времени проходили лечение по поводу атрофического гастрита, язвенной болезни желудка или анемии неясного генеза. Диагноз карциноида ЖКТ врачами догоспитального звена был выставлен лишь одному пациенту, у которого в клинической картине заболевания отмечались проявления карциноидного синдрома. В среднем время от начала проявлений болезни до проведения планового хирургического вмешательства и установления окончательного диагноза у больных Ес-клеточными новообразованиями составило от 1 месяца до 2 лет. Клинические симптомы, относящиеся к карциноидному синдрому, были отчетливыми у 4 больных (у всех пациентов выявлены метастазы в печени).

Жалобы, которые предъявляли больные с локализацией карциноидов в желудке и кишечнике в основном ничем не отличались от таковых, предъявляемых пациентами с новообразованиями этих органов неэндокринной природы. Как правило, больных беспокоили невыраженные боли в животе. Почти в каждом пятом наблюдении пациенты отмечали немотивированную (даже при невыраженной физической нагрузке) слабость и констатировали потерю массы тела.

При развитии жизнеугрожающих осложнений онкологического процесса (острой кишечной непроходимости, перфорации опухоли и кровотечения из неё) сроки госпитализации больных в специализированное медицинское учреждение составили от нескольких часов до суток. Клиническая картина заболевания в таких случаях соответствовала проявлениям острого хирургического заболевания органов брюшной полости.

С целью диагностики карциноидных новообразований, кроме оценки данных клинического обследования, применялись специальные исследования: лабораторные, биохимические, рентгенологические с применением контрастных веществ, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), фиброколоноскопия (ФКС), ирригоскопия, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), радиоимунные методы исследования. Проведение ФГДС и ФКС в большинстве случаев завершалось выполнением биопсии из новообразования, а в ряде случаев являлось и завершающим этапом лечения — выполнение полипэктомии.

При использовании лучевых методов диагностики серотонин-продуцирующую опухоль оказалось возможным верифицировать сугубо как опухолевый процесс без специальных признаков его нейроэндокринной природы. Диагноз Ес-клеточной опухоли устанавливался только на основании гистологического исследования (или после биопсии опухоли, или после проведения операции). При срочном гистологическом исследовании патоморфологи нередко выставляли диагноз «аденокарцинома». Иммуногистохимическое исследование проводилось лишь в 3 случаях.

В каждом втором случае больные поступали в стационар в порядке оказания скорой помощи, и им хирургические вмешательства проводились экстренно в течение одного-двух часов. Из 59 наблюдений лишь одному пациенту с локализацией карциноидной опухоли в поджелудочной железе хирургическое лечение не осуществлялось. По объему хирургические вмешательства, выполненные больным карциноидными новообразо-

ваниями ЖКТ, ничем не отличались от операций, выполняемых пациентам с обычными новообразованиями, локализующимися в желудке и кишечнике (таблица).

**Виды хирургических вмешательств, выполненные больным
карциноидами толстой кишки**

Операции, выполненные при карциноидах	Число наблюдений
<i>желудка:</i>	
эндоскопическое удаление полипов	3
субтотальная резекция желудка	2
экстирпация желудка	1
формирование гастрэнтероанастомоза по Брауну	2
устранение острой кишечной непроходимости	
диагностическая лапаротомия	1
диагностическая лапароскопия	2
<i>поджелудочной железы:</i>	
диагностическая лапароскопия	4
биопсия из метастаза карциноида в печени	1
<i>желчного пузыря:</i>	
холецистэктомия	1
<i>тонкой кишки:</i>	
резекция тонкой кишки	3
комбинированная резекция тонкой и толстой кишок	2
устранение послеоперационной вентральной грыжи	
резекция тонкой кишки + резекция кисты яичника	1
<i>ободочной кишки:</i>	
гемиколэктомия	
правосторонняя	4
левосторонняя	3
резекция сигмовидной кишки	1
эндоскопическая полипэктомия	1
формирование илеотрансверзоанастомоза	2
резекция поперечноободочной кишки + краевая	1
резекция желудка	
<i>червеобразного отростка:</i>	
традиционная аппендэктомия, выполненная	
через лапаротомный доступ	15
лапароскопическая аппендэктомия	3
резекция слепой кишки + аппендэктомия	1
<i>прямой кишки:</i>	
эндоскопическая полипэктомия	1
передняя резекция прямой кишки	1
<i>неизвестной локализации:</i>	
диагностическая лапароскопия + биопсия	
из метастаза карциноида в печени	1
Всего:	59

Если количество карциноидных полипов желудка превышало 5, а их диаметр составлял 1 см и более, то в этих случаях выполнялась резекция желудка. При меньшем числе полипов и меньших их размерах карциноиды желудка удалялись эндоскопически. В наблюдениях, когда опухоль локализовалась в поджелудочной железе, в большинстве случаев выполнялась диагностическая лапароскопия, радикальных операций произведено не было по причине иноперабельности пациентов. В 7 случаях карциноид диагностирован в тонкой кишке, в этих случаях выполнялась резекция тонкой кишки; в 2 случаях, при прорастании опухоли в стенку толстой кишки, выполнялись комбинированные резекции тонкой и толстой кишок. У одного пациента после хирургического

вмешательства по поводу послеоперационной вентральной грыжи карциноидная опухоль тонкой кишки верифицировалась «случайно» во время обычного гистологического исследования. При карциноидной опухоли ободочной кишки чаще всего проводились гемиколэктомия (левосторонняя или правосторонняя) и резекция сигмовидной кишки. В случаях карциноидов прямой кишки в одном случае хирургическое вмешательство ограничилось полипэктомией, а в другом — передней резекцией прямой кишки. При карциноиде червеобразного отростка во всех случаях выполнялась аппендэктомия. Так как макроскопически специфических изменений при карциноидной опухоли червеобразного отростка практически не наблюдалось, то в этих случаях опухолевые нейроэндокринные изменения в червеобразном отростке оказывались случайной находкой. При неоперабельности карциноидных новообразований толстой кишки и высокой вероятности развития острой кишечной непроходимости выполнялся обходной межкишечный анастомоз или операция носила эксплоративный характер. В 17% случаев при карциноидах ЖКТ использовались лапароскопические технологии, а малоинвазивные эндоскопические вмешательства выполнялись в 10,2% наблюдений.

У 8 пациентов, оперированных по поводу карциноида органов ЖКТ, послеоперационный период сопровождался нагноением послеоперационной раны. В 3 случаях произошёл летальный исход в раннем послеоперационном периоде по причине декомпенсации сопутствующей (сердечно-сосудистой) патологии.

Обсуждение. Анализ данных проведенного исследования позволяет считать, что даже в условиях многопрофильного специализированного стационара мегаполиса, где имеются практически неограниченные возможности обследования и лечения пациентов в любое время суток, отмечаются очевидные затруднения в диагностике карциноидов органов пищеварения. Как и другие авторы работ [4, 6, 7], мы полагаем, что трудности диагностики карциноидов желудочно-кишечного тракта обусловлены отсутствием специфических (за исключением картины карциноидного синдрома) проявлений и сходством клинического течения карциноидов с общесоматическими заболеваниями. Очевидно, что эффективность обычных лабораторно-инструментальных методов исследования без применения радиоиммунных и ряда других специальных методов диагностики, направленных на определение серотонина и его метаболитов, прежде всего в крови, невелика [4, 6, 7]. Данное обстоятельство объясняет причины длительного обследования и нецеленаправленного лечения больных на догоспитальном этапе. Внедрение в клиническую практику высокочувствительных морфологических методов исследования, направленных на определение принадлежности опухоли к нейроэндокринному происхождению и характера продуцируемых гормонов, несомненно, позволяет повысить эффективность ранней диагностики этого заболевания, сократить сроки установления окончательного диагноза и улучшить результаты лечения больных этой патологией [6, 7].

Ошибки в верификации карциноидов, как разновидностей опухолей нейроэндокринной природы, обуславливают использование шаблонных методов лечения пациентов без дифференцированного подхода в выборе хирургических технологий. Выработка окончательной тактики мониторинга состояния и лечения больных карциноидами желудочно-кишечного тракта нередко переносится на постстационарный этап оказания медицинской помощи. В целом можно констатировать, что даже в многопрофильном специализированном стационаре при обследовании больных с опухолевыми новообразованиями желудочно-кишечного тракта в алгоритме обследования и лечения таких пациентов должны быть заложены критерии исключения (подтверждения) случаев специфических опухолевых образований, в том числе и опухолей Ес-клеточной природы.

Литература

1. *Maggard M. A.* Updated Population-Based Review of Carcinoid Tumors / Maggard M. A., O'Connel J. B., Ko C. Y. // *Ann. Surg.* 2004. Vol. 240, N 1. P. 117–122.
2. *Дерижанова И. С.* Опухоли диффузной эндокринной системы — карциноиды. Ростов н/Д.: Изд-во Рост. ун-та, 1991. С. 43–46.
3. *Kloppel G., Heitz P. U., Capella C.* et al. Pathology and nomenclature of human gastrointestinal neuroendocrine (carcinoid) tumors and related lesions // *World J. Surg.* 1996. Vol. 20. P. 132–141.
4. *Warner R., Rauben C.* Carcinoid tumor: A guide to diagnosis and treatment // CA, Glendale: S.E.A., 2005. P. 26–27.
5. *Godwin J. D.* et al. Carcinoid tumors: an analysis of 2837 cases // *Cancer.* 1975. Vol. 36. P. 560–569.
6. *Sippel R. S., Chen H.* Carcinoid tumors // *Surg. Oncol. Clin. N. Am.* 2006. Vol. 15. P. 463–478.
7. *Modlin I. M., Oberg K, Chung D. C* et al. Gastroenteropancreatic neuroendocrine tumours // *Lancet. Oncol.* 2008. P. 61–72.

Статья поступила в редакцию 20 октября 2010 г.