

УДК 616-006.86

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ КАРЦИНОИДАМИ ОРГАНОВ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

К.Н.Мовчан, В.В.Хижа, К.Е.Чернов, Б.С.Артюшин, В.А.Сидоренко, А.В.Тарасов

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, movchan@movchan.ru

Рассмотрены данные о 303 случаях карциноидов органов системы пищеварения. В большинстве случаев ЕС-клеточные опухоли локализовались в толстой кишке. До хирургического вмешательства лишь в одном случае возникло подозрение на карциноидную опухоль. Пребывание пациентов даже в условиях многопрофильных специализированных стационаров не оказывается гарантией для своевременного выявления случаев карциноидов системы органов пищеварения. При лечении больных карциноидами органов пищеварения подходы оказываются самыми общими для пациентов с онкологическими заболеваниями. Выбор методик лечения больных опухолями нейроэндокринного происхождения нередко осуществляется и без учета специфики клинического течения Ес-клеточных новообразований.

Ключевые слова: карциноиды, система пищеварения, специализированный стационар

A total of 303 patient's charts with confirmed diagnosis of carcinoid tumors of gastrointestinal tract were analyzed. The most frequent localization of Ec-tumors is the gut. Only in one patient diagnosis was suspected before the surgery. So treating the patient in multifield hospital does not always mean to make timely diagnose of gastrointestinal carcinoid tumor. Surgeries which are mostly carried out for such patients are generally used for those with oncological diseases. Choosing the strategy for managing patients with neuroendocrine tumors is often made without taking into account clinical characteristics of Ec-tumors.

Keywords: carcinoids, gastrointestinal tract, specialized multi-profile medical institution

Введение

Карциноидные опухоли органов пищеварения — редко встречаемая патология [1]. В России частота карциноидов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) составляет 0,7 — 1,95 на 100 000 населения [2]. При верификации карциноидов органов пищеварения особое значение принадлежит специальным методикам обследования пациентов [3,4]. При несомненно расширившихся возможностях современных лабораторно-инструментальных технологий диагностика карциноидов желудочно-кишечного тракта оказывается затруднительной [4,5]. Очевидно, это связано с ограниченными знаниями врачей об особенностях данной патологии по причине ее редкости. Относительная редкость Ес-клеточных новообразований пищеварительного тракта, частое отсутствие патогномичных

симптомов серотонин-продуцирующих опухолей, а так же и частое проявление карциноидов под видом других заболеваний не позволяют однозначно применять таковые схемы оказания медицинской помощи у таких пациентов. Наиболее часто заболеваниями, под видом которых клинически протекают карциноиды ЖКТ, оказываются злокачественные новообразования желудка и толстой кишки [6]. Знания об особенностях обследования и лечения больных карциноидами желудочно-кишечного тракта необходимы не только специалистам многопрофильных специализированных лечебно-профилактических учреждений, но и врачам первичного звена медицинской помощи.

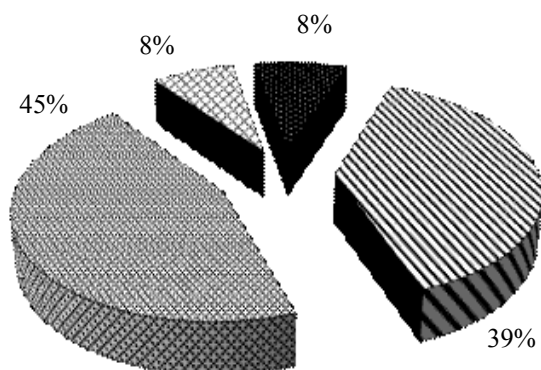
Материалы и методы исследования

Проанализированы данные о 303 больных карциноидами пищеварительного тракта, проходивших

Распределение наблюдений карциноидов пищеварительной системы
с учетом локализации новообразования

ЛПУ	Периоды наблюдения (гг.)	Число наблюдений карциноидной опухоли в					Всего
		желудке	поджелудочной железе	тонкой кишке	толстой кишке	других органах	
ВМедА	1950-2000	25	7	2	21	—	55
ГАБ	1984-2010	14	4	5	35	1	59
ЛОКБ	1994-2010	44	8	15	58	—	125
ЛООД	1986-2010	7	2	2	6	3	20
ГВВ	1991-2010	28	—	1	16	1	46
Всего		118	21	25	136	5	303

обследование и лечение в ряде лечебно-профилактических учреждениях Санкт-Петербурга: ФГУЗ «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» — ВМедА, ГУЗ «Городская Александровская больница» — ГАБ, ГУЗ «Ленинградская областная клиническая больница» — ЛОКБ, ГУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер» — ЛООД, ГУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» — ГВВ (табл.). Карциноиды желудка, тонкой и толстой кишок составили 38,9%, 8,3% и 44,9% наблюдений соответственно. В 6,9% случаев карциноидные новообразования выявлены в поджелудочной железе. У четырех больных наблюдали ЕС-клеточные опухоли пищевода, еще одно наблюдение представлено карциноидом желчного пузыря (рис.).



Карциноид:

■ — желудка; ▨ — толстой кишки; ▩ — тонкой кишки; ■ — других локализаций

Рис. 1. Структура карциноидных новообразований желудочно-кишечного тракта

Большинство пациентов составили женщины трудоспособного возраста. Практически у всех пациентов старшей возрастной группы (свыше 60 лет) дополнительно выявлены сопутствующие заболевания, в основном, со стороны сердечно-сосудистой системы.

Результаты исследования

Анализ данных показывает, что на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи в 16,5% случаев карциноидных опухолей желудка, ки-

шок и червеобразного отростка больным выставились диагнозы заболеваний, относящихся к острой хирургической патологии органов брюшной полости, такие как острый аппендицит (10,9%), острая кишечная непроходимость (3,3%), желудочно-кишечное кровотечение (1,7%). По этой причине пациенты поступали в стационары в режиме оказания скорой медицинской помощи.

Диагноз карциноида ЖКТ врачами догоспитального звена был выставлен лишь одному пациенту, у которого в клинической картине заболевания отмечались проявления карциноидного синдрома при признаках запущенного онкологического процесса. В целом, клинические симптомы, относящиеся к карциноидному синдрому, отчетливо прослеживаются у 22 больных (у всех пациентов выявлены отдаленные метастазы опухоли).

В 12 случаях больные карциноидами ЖКТ по месту жительства обследовались специалистами терапевтического профиля в связи с хронической анемией. В 4 наблюдениях пациенты с карциноидом желудка в течение длительного времени проходили лечение по поводу атрофического гастрита, язвенной болезни желудка или анемии неясного генеза. 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.

Жалобы больных при локализации карциноидов в желудке и кишечнике, в основном, ничем не отличались от жалоб, предъявляемых пациентами при новообразованиях 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 нее) сроки госпитализации больных в специализированное медицинское учреждение составили от нескольких часов до суток. Клиническая картина заболевания в таких случаях, как уже указывалось, соответствовала проявлениям острого хирургического заболевания органов брюшной полости.

При диагностике карциноидных новообразований, кроме оценки данных клинического обследования, применялись специальные методики исследования: лабораторные (прежде всего биохимические), рентгенологические с применением контрастных веществ, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), фиброколоноскопия (ФКС), ультразвуковые исследования (УЗИ), компьютерная томография (КТ), радиоиммунные и др. Проведение ФГДС и ФКС в большинстве случаев завершалось выполнением биопсии из новообразований с последующим морфологическим исследованием, а в ряде случаев эндоскопическое исследование являлось и завершающим этапом лечения — выполнялось эндоскопическое удаление опухоли.

В разные периоды наблюдения за больными степень использования методик специального обследования отличалась. Однако в последнее десятилетие возможности применения самых современных технологий верификации опухолей нейроэндокринного происхождения, в частности карциноидов ЖКТ, неограниченны. Тем не менее, даже при использовании эндоскопических и лучевых методов диагностики серотонин-продуцирующие опухоли верифицируются сугубо как опухолевые процессы без указания нейроэндокринной природы заболевания. Диагноз Ес-клеточной опухоли устанавливался только на основании гистологического исследования (после биопсии опухоли или после проведения операции). При первичной гистологической оценке карциноидов нередко выставлялся диагноз «аденокарцинома». Иммуногистохимическое исследование проводилось лишь в 9 случаях, несмотря на то, что данная методика является основной для верификации карциноидной опухоли, определения степени ее дифференцировки и злокачественности.

В 22 случаях при неоперабельных опухолях операции больным не выполнялись.

При проведении хирургических вмешательств больным карциноидными новообразованиями ЖКТ операции (по своему объему) ничем не отличались от хирургических пособий, выполняемых пациентам с новообразованиями неэндокринной природы, локализующимися в органах системы пищеварения.

Если количество карциноидных полипов желудка превышало 5, и их диаметр составлял один и более сантиметр, то в этих случаях, как правило, выполнялась резекция желудка. При меньшем числе полипов и их меньших размерах удаление карциноидов желудка осуществлялось эндоскопически.

В наблюдениях, когда опухоль локализовалась в поджелудочной железе, в большинстве случаев выполнялись диагностические лапароскопия или лапаротомия, реже проводилась резекция поджелудочной железы, а в 3 наблюдениях выполнена панкреатодуоденальная резекция.

В 25 случаях карциноид диагностирован в тонкой кишке. В этих наблюдениях выполнялась резекция тонкой кишки. В 2 случаях, при прорастании опухоли в стенку толстой кишки выполнялись комбинированные резекции тонкой и толстой кишок. У одного пациента карциноидная опухоль тонкой кишки верифицирована «случайно» во время хирургиче-

ского вмешательства по поводу послеоперационной вентральной грыжи.

Во всех случаях карциноидов червеобразного отростка выполнялась аппендэктомия. Макроскопически специфических изменений при карциноидной опухоли червеобразного отростка практически не отмечалось. В этих случаях опухолевые изменения в червеобразном отростке с подозрением на нейроэндокринную природу заболевания оказывались случайной находкой.

При карциноидных опухолях ободочной кишки чаще всего проводились левосторонняя или правосторонняя гемиколэктомия и резекция сигмовидной кишки.

В случаях карциноидов прямой кишки в 7 случаях хирургическое вмешательство ограничилось эндоскопической полипэктомией, а в 14 наблюдениях — операциями на прямой кишке, выполняемыми традиционно через лапаротомические доступы. При неоперабельности карциноидных новообразований толстой кишки и высокой вероятности развития острой кишечной непроходимости выполнялся обходной межкишечный анастомоз или операция оказывалась эксплоративной.

В целом, лапароскопические технологии при карциноидах ЖКТ использовались только в 6,3% случаев, а малоинвазивные эндоскопические вмешательства выполнялись в 10,2% наблюдений.

У 14 пациентов, оперированных по поводу карциноидов органов ЖКТ, послеоперационный период сопровождался нагноением послеоперационной раны. В 7 случаях произошел летальный исход в раннем послеоперационном периоде по причине декомпенсации сопутствующей (сердечно-сосудистой) патологии.

Специфическая патогенетическая терапия пациентам с серотонин-продуцирующими опухолями ЖКТ не проводилась ни в одном случае.

Обсуждение результатов исследования

Анализ данных проведенного исследования позволяет считать, что даже в условиях многопрофильных специализированных стационаров, где имеются практически все возможности обследования и лечения пациентов в любое время суток, отмечаются очевидные затруднения в диагностике карциноидов органов пищеварения. Как и другие авторы [4,6,7], мы полагаем, что трудности диагностики карциноидов желудочно-кишечного тракта обусловлены отсутствием специфических (за исключением картины карциноидного синдрома) клинических проявлений и сходством клинического течения карциноидов с таковыми в случаях общесоматических заболеваний. Очевидно, что эффективность обычных лабораторно-инструментальных методов исследования (без применения ряда специальных методов диагностики, направленных на определение уровня серотонина и его метаболитов, прежде всего в крови) при верификации случаев карциноидов не велика [4,6,7]. Данное обстоятельство объясняет причины длительного обследования и нецеленаправленного лечения больных на догоспитальном этапе. Вне-

дрение в клиническую практику высокочувствительных морфологических методов исследования, направленных на определение принадлежности опухолей к нейроэндокринному происхождению и характера продуцируемых гормонов, несомненно, позволяет повысить эффективность ранней диагностики новообразования ЕС-клеточной природы, сократить сроки установления окончательного диагноза и улучшить результаты лечения больных этой патологией [6,7].

Заключение

Шаблонные методы обследования пациентов обуславливают ошибки в верификации карциноидов ЖКТ как разновидностей опухолей нейроэндокринной природы и способствуют упрощенному подходу к лечению без дифференцированного выбора 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 многопрофильных специализированных

стационарах при оказании медицинской помощи больным с новообразованиями желудочно-кишечного тракта в алгоритме обследования и лечения должны быть заложены критерии исключения (подтверждения) случаев специфических опухолевых образований, в том числе и опухолей ЕС-клеточной природы.

1. Maggard M.A., O'Connell J.B., Ko C.Y. // Ann. Surg. 2004. Vol.240. №1. P.117-122.
2. Дерижанова И.С. Опухоли диффузной эндокринной системы — карциноиды. Ростов н/Д: Изд-во Рост. ун-та, 1991. 288 с.
3. Нейроэндокринные опухоли желудочно-кишечного тракта: принципы диагностики и лечения: Руководство для врачей / Под ред. Горбуновой В.А., Егоровой А.В., Кочатковой А.В. М.: Б.и., 2009. 195 с.
4. Kloppel G., Heitz P.U., Capella C. et al. // World J. Surg. 1996. Vol.20. №2. P.132-141.
5. Warner R., Rauben C. Carcinoid tumor: A guide to diagnosis and treatment // CA, Glendale: S.E.A., 2005. P.26-27.
6. Godwin J.D. et al. // Cancer. 1975. Vol.36. №2. P.560-569.
7. Sippel R.S., Chen H. // Surg. Oncol. Clin. N. Am. 2006. Vol.15. №3. P.463-478.
8. Modlin I.M., Oberg K., Chung D.C. et al. // Lancet Oncol. 2008. Vol.9. №1. P.61-72.