

ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

О.В. Панов, Р.М. Спужак,
С.В. Шутов, О.А. Радченко,
О.В. Долгая, С.В. Чеканова

*Інститут медичної радіології
ім. С.П. Григор'єва
АМН України,
м. Харків*

Випадок карциноїду клубової кишки

A case of ileum carcinoid

Як відомо, карциноїдні пухлини відрізняються надто широким спектром первинної локалізації та різноманітними клінічними проявами, що легко пояснити їх походженням з APUD-системи (Amine Precursor Uptake and Decarboxylation). Часом вони бувають проявом загального ендокринного неопластичного синдрому першого типу [1]. За даними літератури, первинні та метастатичні карциноїди, а також карциноїди різних органів і систем за гістологічною картиною суттєво не відрізняються. Немає також чіткої системи їх розподілу за стадіями, а розподіл за ембріологічним походженням, з нашого погляду, не має практичного значення.

Такі пухлини трапляються у будь-яких органах, хоч у 90 % випадків гастроінтестинальний карциноїд локалізується в апендиксі, тонкій і прямій кишках. Іноді в одного й того ж пацієнта в кишковому тракті може бути виявлено кілька карциноїдних пухлин.

Незважаючи на зазвичай досить малі розміри пухлини, вони вкрай рідко спричиняють прояви кишкової непрохідності. При розмірах новоутворів 2–2,5 см і більше вже може спостерігатися значне метастазування з ураженням мезентеріальних лімфатичних вузлів та печінки [2–7]. Первинний карциноїд позатазових відділів товстої кишки, як правило, активно метастазує, і йому властивий поганий прогноз [8].

Хірургічне втручання є стандартним лікувальним методом. За даними літератури, при локалізованих формах карциноїду, наприклад, в апендиксі, 5-річна виживаність коливається в межах 70–99 %, тоді як при поширених формах дорівнює 0 %, а в середньому при всіх локалізаціях карциноїду становить 82 %. [9]. При метастатичному процесі хірургічне видалення метастазів є теж найбільш ефективним, особливо при великих метастазах у печінці, розвиток яких супроводжується карциноїдним синдромом. Променева терапія менш ефек-

тивна і застосовується при невидалимим пухлинах або, як паліативний метод, при болях у випадках метастазів у кістки. При карциноїдному синдромі з паліативною метою застосовують соматостатин у вигляді пролонгованого аналогу.

Наведені дані свідчать про важливість своєчасної (якомога ранішої) діагностики карциноїду.

Провідне місце в діагностиці пухлин, що походять з APUD-системи, посідає сцинтиграфія тіла з ¹³¹I-МІВГ, чутливість якої при карциноїді становить 70 % [10]. У діагностиці карциноїду шлунково-кишкового тракту певне місце належить традиційному рентгенологічному дослідженню.

Наводимо наше спостереження хворої з карциноїдом клубової кишки, який було виявлено випадково.

Хвора Д., 1958 р.нар., звернулася до Інституту медичної радіології ім. С.П. Григор'єва АМН України в липні 2003 року зі скаргами на болі в нижній частині живота (більше зліва), кишкові розлади та зменшення ваги тіла на 7 кг протягом двох місяців. З анамнезу хвороби відомо, що пацієнтка вважає себе хворою з січня 2003 року, коли вперше з'явилися зазначені скарги.

Хворій було проведено рентгенологічне дослідження товстої кишки (іригоскопію з іригографією), при якому визначено численні дивертикули в сигмоподібній кишці розміром від 0,3 до 0,7 см зі стійкою затримкою контрасту в них. У процесі дослідження відзначено потрапляння невеликої кількості контрасту в термінальний відділ клубової кишки (недостатність баугінієвої затулки). Одразу ж за баугінієвою затулкою — дефект наповнення, який на фоні введеного повітря візуалізувався як додаткова тінь розміром до 2,0–2,5 см однорідної структури, з чіткими контурами. Висновок: Дивертикульоз сигмоподібної кишки з ознаками дивертикуліту. Поліп дистального відділу тонкої кишки (рис. 1).

З метою верифікації процесу хворій проведено колоноскопію, під час якої за 5 см від ілеоцекаль-

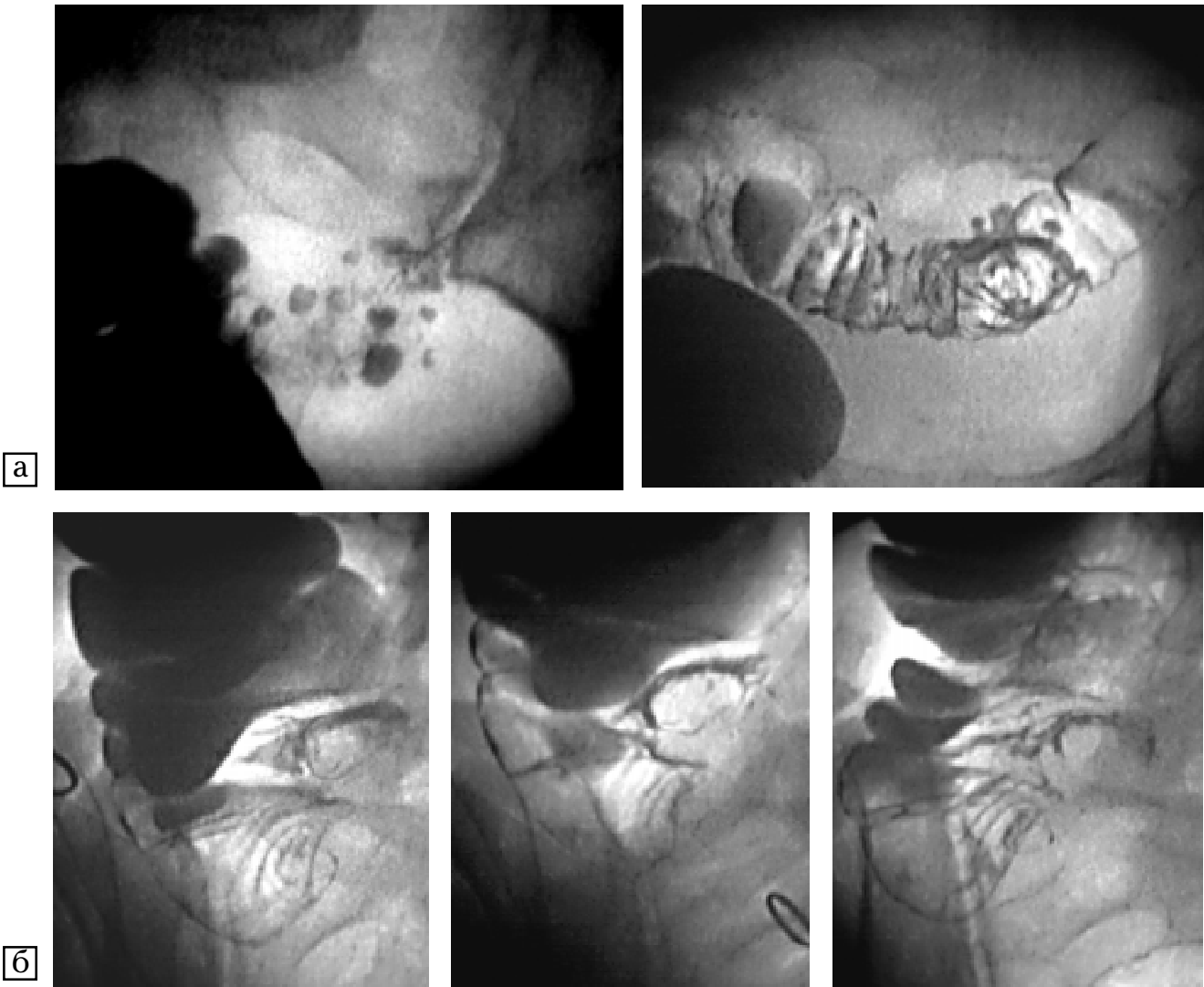


Рис. 1 — Иригограми: а — сигмоподібної кишки, визначаються численні дивертикули; б — сліпої кишки, видно додаткову тінь утвору в проекції термінального відділу клубової кишки

Fig. 1 — Irrigograms: a — sigmoid colon, numerous diverticula are seen; б — cecum, additional shadow of the tumor in the projection of terminal ileum

ного переходу в клубовій кишці виявлено півсферичний утвір розміром до 2,5 см. Слизова оболонка над ним не змінена. Висновок: підслизова пухлина клубової кишки (лейоміома ?) (рис. 2).

За результатами клінічних аналізів крові та сечі, біохімічних аналізів крові, УЗД черевної порожнини і позаочеревинного простору, рентгенологічного дослідження грудної клітки тощо патологічних змін не виявлено.

Хворій проведено хірургічне лікування в об'ємі ентеротомії та видалення пухлинного утвору тонкої кишки у зв'язку з відсутністю ознак ураження регіонарних лімфовузлів і тим, що пухлина не виходила за шар слизової оболонки.

Для оцінки морфологічної картини видаленої пухлини ми користувалися класифікацією ВООЗ [11]. Цитологічне дослідження мазка-відбитка видаленої пухлини: типовий карциноїд (рис. 3). Гістологічний висновок № 10076-77: типовий

карциноїд (рис. 4).

Хворій призначено імунотерапію та динамічне спостереження.

На нашу думку, скарги пацієнтки були більш зумовлені наявністю дивертикулів у товстій кишці з ознаками запалення в них. Потрапляння контрастної маси до термінального відділу клубової кишки внаслідок функціональної недостатності баугінієвої затулки дозволило визначити пухлинний утвір.

При проведенні диференційної діагностики епітеліальних пухлин тонкої кишки (поліпи), не-епітеліальних пухлин (лейоміома та ін.) і карциноїду, в першу чергу, напевно, треба виключати наявність останнього.

Література

1. Moertel C.G. // *J. Clin. Oncol.* — 1987. — Vol. 5, № 10. — P. 1502–1522.
2. Kulke M.H., Mayer R.J. // *N. Engl. J. Med.* — 1999. — Vol. 340, № 11. — P. 858–868.

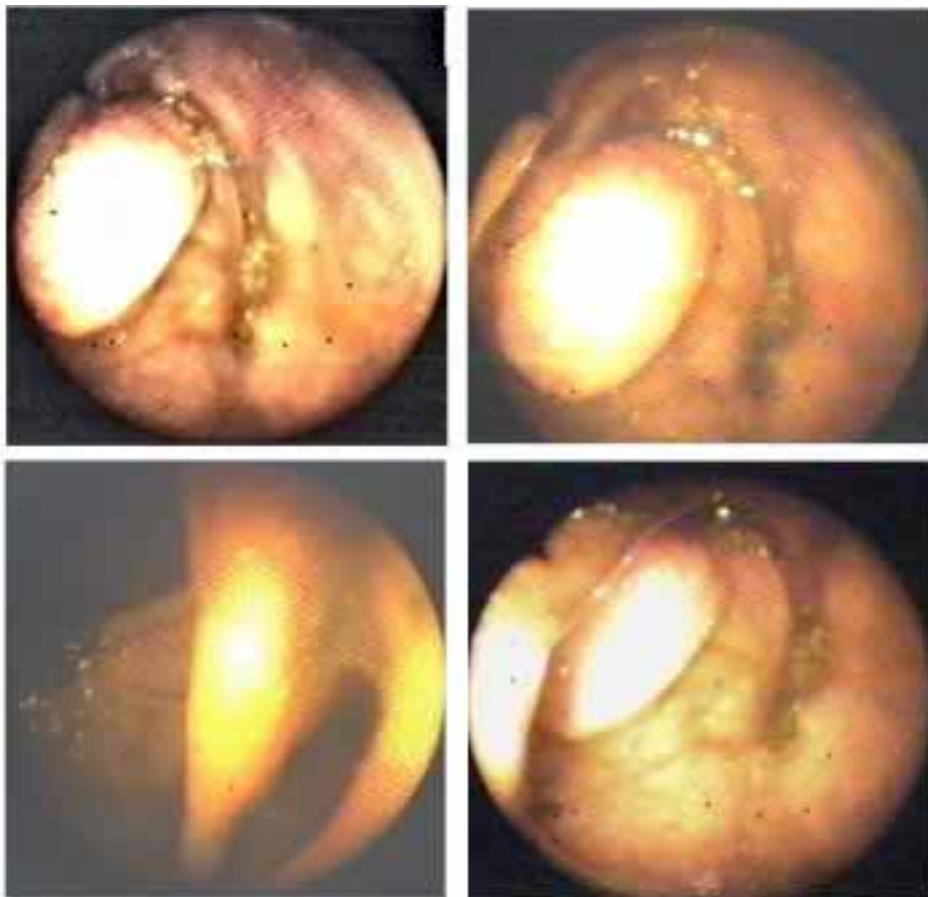


Рис. 2 — Колоноскоп проведено в термінальний відділ клубової кишки, де за баугінієвою затулкою визначається пухлинний утвір

Fig. 2 — Colonoscopy of the terminal ileum demonstrates the tumor behind the ileocecal valve

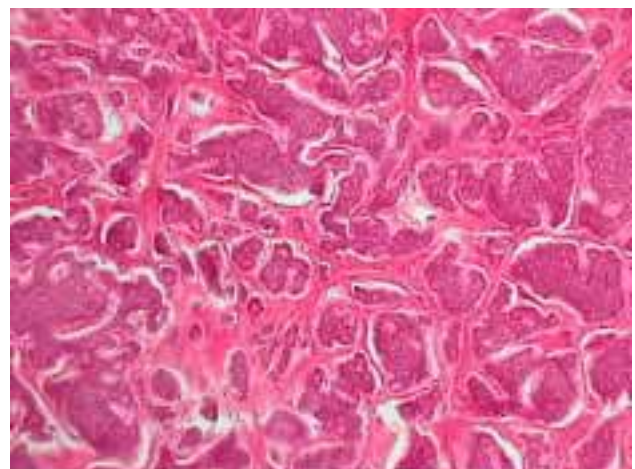
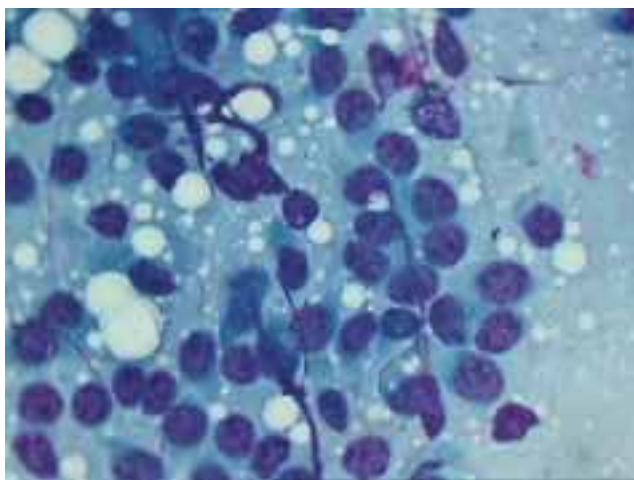


Рис. 3, 4 — Цитологічна та гістологічна картини видаленої пухлини тонкої кишки: типовий карциноїд

Fig. 3, 4 — Cytology and histology picture of the removed portion of the small intestine: typical carcinoid

3. Mani S., Modlin I.M., Ballantyne G. et al. // *J. Am. Coll. Surg.* — 1994. — Vol. 179, № 2. — P. 231–248.
4. Moertel C.G., Weiland L.H., Nagorney D.M. et al. // *N. Engl. J. Med.* — 1987. — Vol. 317, № 27. — P. 1699–1701.
5. Martin J.K., Moertel C.G., Adson M.A. et al. // *Arch. Surg.* — 1983. — Vol. 118, № 5. — P. 537–542.
6. Moertel C.G. // *J. Clin. Oncol.* — 1983. — Vol. 1, № 11. — P. 727–740.
7. Delcore R., Friesen S.R. // *J. Am. Coll. Surg.* — 1994. — Vol. 178, № 2. — P. 187–211.
8. Modlin I.M., Sandor A. // *Cancer.* — 1997. — Vol. 79, № 4. — P. 813–829.
9. Афанасьєва Н.І. // *УРЖ.* — 2002. — Т. X, вип. 2. — С. 201–204.
10. Афанасьєва Н.І., Васильєв Л.Я., Грушка Г.В., Асман'єва О.М., Ткаченко Г.І. // *УРЖ.* — 2003. — Т. XI, вип. 3. — С. 309–312.
11. Skuladottir H., Hirsch F.R., Hansen H.H., Olsen J.H. // *Lung. Cancer.* — 2002. — Vol. 37, № 2. — P. 127–135.

Надходження до редакції 10.12.2003.

Прийнято 15.12.2003.

Адреса для листування:
Слуз'як Роман Михайлович,
ІМР ім. С.П. Григор'єва АМНУ, вул. Пушкінська, 82,
Харків, 61024