

УДК 616.33-006.86-076

**ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ
КАРЦИНОИДА ЖЕЛУДКА
(РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)**

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н.,
профессор
*ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2;
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Червяков Сергей Васильевич – к.м.н.
*ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2,
Краснодар, Россия*

Игнатенко Марина Юрьевна
*ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2,
Краснодар, Россия*

В статье проанализирован клинический случай диагностики редко встречаемой нейроэндокринной опухоли желудка. Данное наблюдение подтверждает возможность отсутствия специфических симптомов на ранних стадиях заболевания и диктует необходимость проведения гистологического и иммуногистохимического исследований гиперпластических образований желудка.

Ключевые слова: НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ
ОПУХОЛЬ, КАРЦИНОИД,
ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ /
ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ, ДИАГНОСТИКА.

UDC616.33-006.86-076

**DIFFICULTIES OF GASTRIC CANCER
DIAGNOSTICS (CLINIC CASE DESCRIPTION)**

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna – MD, prof.

*SBIHC Krai clinic hospital Nr 2;
Kuban state medical university, Krasnodar, Russia*

Chervyakov Sergei Vasil'evich – MD
SBIHC Krai clinic hospital Nr 2, Krasnodar, Russia

Ignatenko Marina Yur'evna
SBIHC Krai clinic hospital Nr 2, Krasnodar, Russia

The article presented the clinic case of scarce neuroendocrine gastric tumor diagnostics. This observation confirmed that specific symptoms could be absent in earlier stages of disease. The histological and immune-histological studies of hyperplasty gastric neoplasm should be performed.

Key words: NEUROENDOCRINE TUMOR,
CARCINOID, HISTOLOGICAL /
IMMUNOHISTOLOGICAL STUDY,
DIAGNOSTICS.

Карциноид желудка является нечастой патологией в практике врача. Термином «карциноид», предложенным в 1907 г. S. Obendorfer, обычно обозначают опухоли, секретирующие серотонин. По современным представлениям, карциноид относится к нейроэндокринным опухолям – группе гетерогенных новообразований, которые обладают сходными биологическими характеристиками. Нейроэндокринные опухоли образуются из нейроэндокринных клеток, обладают секреторной активностью и часто проявляются гиперсекреторными синдромами. Однако их этиология до конца не установлена. Нейроэндокринные опухоли образуются из клеток островкового аппарата поджелудочной железы, нейроэндокринных клеток желудка, кишечника, бронхов, а также парафолликулярных клеток щитовидной железы [1, 2].

Частота выявления нейроэндокринных опухолей составляет примерно от 2 до 5 на 100 тыс. населения в год, причем количество прижизненно диагностируемых опухолей продолжает неуклонно расти. Женщины болеют чаще, основная доля заболевших приходится на возраст от 40 до 70 лет [2]. Преобладают гастроинтестинальные нейроэндокринные опухоли, среди которых опухоли желудка составляют от 3 до 8 %.

У пациентов с секретирующими нейроэндокринными опухолями развиваются различные синдромы, среди которых наиболее частым является карциноидный синдром, обусловленный выработкой серотонина, гистамина, тахикининов и других вазоактивных веществ.

Как правило, карциноидный синдром развивается при метастатическом поражении печени, когда секретируемые гормоны попадают непосредственно в системный кровоток, минуя печеночный барьер, в то время как при небольших локализованных опухолях значительная часть серотонина инактивируется моноаминооксидазами печени [1, 3, 4, 5, 6].

Карциноидный синдром характеризуется следующими клиническими проявлениями:

1. Кожные симптомы: «приливы» с резкой синюшно-багровой гиперемией кожи лица и области декольте; телеангиэктазии.

2. Бронхолегочные симптомы: приступы удушья вследствие развития бронхоспазма, тахипноэ, гиперпноэ.

3. Кардиальные симптомы: недостаточность кровообращения по правожелудочковому типу (цианоз, расширенные шейные вены, тахикардия).

4. Желудочно-кишечные симптомы: схваткообразная боль в животе (по типу колик) с клиникой экссудативной энтеропатии – выраженная диарея, потеря белка и электролитов (натрия, калия, кальция), кишечная непроходимость (за счет обтурации кишки опухолью).

Карциноидную опухоль трудно диагностировать ввиду отсутствия специфических симптомов на ранних стадиях болезни.

Клиническое наблюдение

В качестве иллюстрации приведем пример истории болезни пациентки М., 66 лет. В гастроэнтерологическое отделение ГБУЗ ККБ № 2 поступила в июне 2013 г. с жалобами на упорную тошноту; запоры, сменяющиеся диареей; снижение веса на 16 кг за последний год; нарастающую общую слабость.

Из анамнеза известно, что на протяжении 10 лет наблюдалась у терапевта по месту жительства в связи с редкими эпизодами рецидивирующей «водной» диареи. Пациентке был установлен диагноз: Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы и рекомендован амбулаторный прием ферментов по 10–15 тыс. МЕ панкреатина на прием пищи. На фоне данной терапии диарея прекратилась, возникла склонность к запорам.

В мае 2012 г. после перенесенного нервного стресса стала нарастать слабость, появились упорная тошнота, постоянная горечь во рту, редкие эпизоды рвоты желчью; вздутие живота; запоры до 5–6 дней; стала резко терять в весе. Пациентка направлена в ГЭТО ККБ № 2 для исключения злокачественного заболевания органов желудочно-кишечного тракта.

При поступлении состояние удовлетворительное. Вес – 39 кг. Рост – 162 см, ИМТ – 14,8 кг/м². Телосложение астеническое. Кожные покровы и слизистые нормальной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 68 ударов в минуту. АД – 125/70 мм рт. ст. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Размеры печени по Курлову: по левой средне-ключичной линии – 10 см, по передней срединной линии – 8 см, по левой реберной дуге – 7 см. Край печени выступает из-под правой реберной дуги на 3 см за счет висцероптоза. Селезенка 6 × 5 см, не пальпируется. Стул – склонность к запорам, один раз в 5–6 дней (к терапии добавлена лактулоза по 15 мл × 2 раза в сутки).

Данные лабораторных и инструментальных исследований

Показатели общего анализа крови, биохимического анализа крови (аланиновая аминотрансфераза, аспартат аминотрансфераза, гаммаглутамилтрансфераза, щелочная фосфатаза, амилаза, липаза, мочевины, креатинин, общий и прямой билирубин), общий анализ мочи в пределах нормы.

В копрограмме – консистенция мягкая, кал оформленный; цвет – коричневый; жир нейтральный – единичный в поле зрения; жирные кислоты и мыла – в большом количестве в поле зрения.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости был выявлен полип желчного пузыря (3 мм), диффузные изменения поджелудочной железы, ультразвуковые признаки гастроптоза, колоптоза,

нефроптоза. Пациентка принимала антисекреторные и ферментные препараты, лактулозу с положительным эффектом: чувствовала себя хорошо, тошнота купирована, стул нормализовался по консистенции и кратности.

Выполнена колоноскопия с полным осмотром толстой кишки. Заключение: катаральный колит. По данным гастроскопии был выявлен гастрит с обширными очагами атрофии. В средней трети тела желудка на передней стенке, большой кривизне единичные элементы бляшковидной гиперплазии до 0,3 см (выполнена биопсия). ПГИ № 43959: высокодифференцированная нейроэндокринная опухоль (карциноид) желудка.

Пациентка переведена в ХО № 4 ККБ № 2, где была выполнена эндоскопическая полипэктомия. Выполнено иммуногистохимическое исследование биоптата из опухоли № 47722: картина высокодифференцированной нейроэндокринной опухоли (карциноид) желудка. Иммуногистохимическое исследование с антителами: хромогранин А – положительная экспрессия, синаптофизин – отрицательная экспрессия; Ki 67 – положительная экспрессия < 1 %.

Заключение: высокодифференцированная нейроэндокринная опухоль (карциноид) желудка с низкой митотической активностью.

Выводы

1. Нейроэндокринные опухоли, особенно начальные формы, встречаются значительно чаще, чем диагностируются ввиду отсутствия специфических симптомов на ранних стадиях болезни.

2. При отсутствии развернутой клинической картины карциноидного синдрома большое диагностическое значение имеет эндоскопическое исследование с прицельной биопсией слизистой оболочки желудка с

последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием материала, полученного при биопсии.

Список литературы

1. *Modlin I., Öberg K.A.* Century of Advances in Neuroendocrine Tumor Biology and Treatment. Hannover: Felsenstein C.C.C.P., 2008.
2. *Modlin I., Lye KD, Kidd M.* A 5-decade analysis of 13,715 carcinoid tumors // *Cancer*. 2003. 97(4): 934–959.
3. *Borch K., Ahren B., Ahlman H. et al.* Gastric carcinoids: biologic behavior and prognosis after differentiated treatment in relation to type // *Ann Surg*. 2005; 242: 64–73.
4. *Rindi G., Azzoni C., La Rosa S. et al.* ECL cell tumor and poorly differentiated endocrine carcinoma of the stomach: prognostic evaluation by pathological analysis // *Gastroenterology*. 1999; 116: 532–542.
5. Нейроэндокринные опухоли желудочно-кишечного тракта. Принципы диагностики и лечения / Под ред. В.А. Горбуновой, А.В. Егорова, А.В. Кочаткова. М., 2009. 196 с.
6. *Gibril F., Schumann M., Pace A. et al.* Multiple endocrine neoplasia type 1 and Zollinger – Ellison syndrome: a prospective study of 107 cases and comparison with 1009 cases from the literature // *Medicine (Baltimore)*. 2004; 83: 43–83.