

Снижение уровня ПТГ до уремического (150-300пг/мл), нормализация фосфорно-кальциевого обмена, регрессия клинических проявлений ВГПТ, возможность малоинвазивного доступа в случае развития рецидива ВГПТ, позволяют рекомендовать использование тотальной паратиреоидэктомии с аутотрансплантацией ткани паращитовидной железы в мышцы предплечья как операции выбора с целью хирургической коррекции ВГПТ.

В послеоперационном периоде у большинства пациентов, независимо от объема оперативного вмешательства, развивается гипокальциемия, которая может не проявляться клинически. Для профилактики этого состояния необходим регулярный контроль уровня кальция крови, назначение адекватных доз препаратов кальция, активных метаболитов витамина Д и использования диализата с высоким содержанием Са при проведении сеансов гемодиализа.

ЭНДОКРИННЫЕ КАРЦИНОИДНЫЕ ОПУХОЛИ

М.П. Каплиева, И.Ю. Громова

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Беларусь*

Актуальность. Диагностика опухолей является одной из самых актуальных проблем медицины, а выявление карциноида ассоциировано с гормональными дисфункциями, требующими коррекции обмена веществ.

Цель: изучить локализацию, особенности клинических проявлений и возможности диагностики карциноидных опухолей.

Карциноидные опухоли – новообразования из клеток нейроэндокринной системы. Ее клетки относятся к дериватам нейроэктодермы и вырабатывают различные полипептиды, обладающие функциями гормонов.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами изучено, что карциноиды по месту их локализации классифицируются на:

1. Верхние опухоли (дыхательные пути, пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка, поджелудочная железа).
2. Средние опухоли (тонкая кишка, аппендикс, слепая кишка, восходящий отдел ободочной кишки).
3. Нижние опухоли (поперечно-ободочная и нисходящая ободочная кишка, сигмовидная и прямая кишка).

Несмотря на то, что карциноидные опухоли относятся к числу редко встречающихся новообразований (частота составляет 0,1-0,5 % всех

видов опухолей), их выявление представляет значительный диагностический поиск. По данным Н.Ф. Орел распространенность первичных карциноидных опухолей по локализации составляет: тонкая кишка – 39%, аппендикс – 26%, прямая кишка – 15%, толстая кишка – 5-7%, желудок – 2-4%, поджелудочная железа – 2-3%, печень – менее 1%, бронхи – 10%. В 10-20% случаев карциноиды желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) сопровождают другие опухоли некарциноидной природы, такие как типичная аденокарцинома толстой кишки.

Метастазы карциноида чаще обнаруживают в печени и костях.

В зависимости от локализации карциноидной опухоли и ее клеточной структуры по данным анализа анатомических заключений выявлялись следующие гормональные дисфункции: гиперпродукция серотонина, лизил-брадикинина и брадикинина, гистамина, простагландинов, адренокортикотропного гормона, мелатонина, инсулина и инсулиноподобного фактора роста, паратгормона, глюкагона, гастрин, а также ряд сосудорасширяющих пептидов и других гормонов, секретиримых АПУД-клетками.

Клинические проявления классического карциноидного синдрома включают следующий симптомокомплекс, обусловленный гиперпродукцией серотонина:

- телеангиэктазии, появляются преимущественно на коже лица, груди и рук;
- приливы крови в сочетании с цианозом, неприятными кожными ощущениями в зоне покраснения; обычно вовлекают кожу лица и груди, однако могут возникать на коже спины, живота, рук;
- бронхоспазм, внезапное сердцебиение, повышение артериального давления, последующее развитие сердечной недостаточности;
- появление приступов диареи и схваткообразных болей в животе несколько раз в день, дегидратация и деминерализация организма;
- острый ассиметричный артрит с вовлечением суставов рук и ног;
- повреждения поверхности эндокарда с коллагеновыми отложениями.

Чаще классический карциноидный синдром встречается при карциноиде терминальной части тонкой кишки. При локализации карциноида в желудке характерны приливы, распространяющиеся не только на лицо и шею, но также на руки, туловище и ноги. На коже возникает картина «географического рисунка», что связывают с избыточным выделением гистамина. Характерны повышение кислотности желудочного сока и развитие пептических язв. Для желудочного карциноида характерно также увеличение экскреции 5-окситриптофана и серотонина, наряду со снижением экскреции 5 – оксииндолуксусной кислоты.

Бронхиальная локализация карциноида имеет наиболее тяжелую клиническую симптоматику. Длительность приливов может достигать 3-4 дня, приливы сопровождаются отечностью лица и сильным слезотечением, саливацией, повышением температуры и резкой тахикардией, иногда значительной гипотонией и олигурией. Тошнота, рвота, понос, одышка обычно наблюдаются во время приливов и отсутствуют в промежутках между ними.

Диагностический алгоритм карциноидных опухолей основывается на изучении уровня серотонина, его метаболитов и гормонов в сыворотке крови, а также на визуализации всех органов с возможной локализацией карциноида. Длительность диагностического поиска продолжается от нескольких месяцев до нескольких лет.

Лечение карциноидных опухолей включает хирургическое удаление, лучевую и химиотерапию. При отсутствии метастазов и операбельной опухоли послеоперационная пятилетняя выживаемость составляет 70-90%. В случае обнаружения отдаленных метастазов средняя выживаемость составляет около двух лет.

Задачами хирургического лечения в зависимости от конкретной клинической ситуации могут быть: уменьшение массы опухоли, иссечение первичной опухоли, паллиативная резекция метастазов печени, перевязка или чрескожная эмболизация печеночных артерий.

Лучевая терапия эффективна при лечении метастазов в кости, химиотерапия позволяет уменьшить массу опухоли. Паллиативное действие оказывают 5-фторураил, циклофосфамид, доксорубицин, метотрексат.

Симптоматическое лечение применяется в дооперационном и послеоперационном периодах в зависимости от доминирующей клинической симптоматики. При этом могут использоваться препараты соматостатина, глюкокортикоидов, гистаминоблокаторов, антагонистов серотонина, агонистов мотиллиновых рецепторов.

Заключение: проведенный нами анализ показал, что карциноидные опухоли в приведенных клинических случаях диагностировались на поздних стадиях опухоли лишь при выявлении метастазов в печень. Это было связано с длительным лечением эндокринных дисфункций при отсутствии инструментального подтверждения локализации карциноида.