

ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ СТРОМАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ТОЩЕЙ КИШКИ

В. В. Черный, О. Н. Гулько, О. М. Симонов

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев

TREATMENT OF GASTROINTESTINAL STROMAL JEJUNAL TUMOR

V. V. Cherniy, O. N. Guhlko, O. M. Simonov

В последние 20 лет исследователи выделяют особый тип стромальных опухолей пищеварительного канала, имеющих веретенчатое строение и своеобразное клиническое течение. Эти опухоли названы гастроинтестинальными стромальными опухолями (ГИСО, gastrointestinal stromal tumors — GIST). Хотя ГИСО составляют всего около 1% в структуре новообразований пищеварительного канала, это наиболее часто выявляемые мезенхимальные опухоли такой локализации. Несмотря на относительно небольшую частоту ГИСО, их диагностика и лечение актуальны в современной онкологии.

Верификацию ГИСО проводят по результатам биопсии. Получение небольшого образца нередко затрудняет установление диагноза, поскольку опухоль может иметь различные гистологические особенности в пределах одного образца и меняться под влиянием терапии [1].

ГИСО дифференцируют от истинной лейомиосаркомы, лейомиомы, шванномы, злокачественной меланомы, фиброматоза [1 — 3]. У многих пациентов, которым ранее был установлен один из этих диагнозов, оказались ГИСО. От лейомиомы ГИСО отличаются большей плотностью клеток. Возможна экспрессия маркеров мышечной ткани, в частности, актина и виментина, однако при ГИСО десмин выявляют значительно реже, чем при других опухолях гладких мышц [4].

Типичная локализация ГИСО — желудок (в 60 — 70% наблюдений), тонкая кишка (в 25 — 35%), толстая и прямая кишка (в 5%). Редко опухоль возникает в пищеводе, брыжейке тонкой или толстой кишки, большом сальнике, забрюшинном пространстве, нетипичных органах (поджелудочной железе, матке, предстательной железе). Четкого пояснения, почему ГИСО образуется в нетипичных органах, нет. Нередко ГИСО обнаруживают во время выполнения неотложных операций по поводу перфорации органа или кровотечения.

Лечение ГИСО комплексное, включает хирургическое вмешательство и консервативную терапию. Хирургический подход является основным при отсутствии признаков диссеминации процесса. Однако его эффективность ограничена и определяется степенью локальной распространенности опухоли и радикальностью вмешательства. При локальном поражении частота рецидивов после радикальной операции составляет около 35%, при местно распространенном (с вовлечением окружающих органов и тканей) — достигает 90%. При ре-

цидивах опухоль в основном локализуется интраабдоминально. Показатели 5-летней выживаемости больных после хирургического лечения составляют в среднем от 35 до 65%.

Приводим наблюдение эффективного лечения пациента по поводу ГИСО тощей кишки, желудочно-кишечного кровотечения, постгеморрагической анемии.

Больной Г., 53 лет, госпитализирован в клинику в плановом порядке с жалобами на выраженную общую слабость, головокружение, выделение слизи во время дефекации, периодическое кровотечение 3 — 4 раза в год.

Кровотечение впервые возникло 5 лет назад. В течение всего периода находился под наблюдением в Черновыльской областной больнице № 2, где проводили консервативную терапию, без положительной динамики.

В отделении больному проведено обследование: общеклинические анализы, ЭКГ, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, компьютерная томография (КТ), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП).

Общий и биохимический анализ: эр. $3,98 \times 10^{12}$ в 1 л, Нб 79 г / л, л. $5,5 \times 10^9$ в 1 л, тр. 576×10^9 в 1 л, общий белок $64,5$ г/л, общий билирубин $6,3$ ммоль/л, прямой — $2,4$ мкмоль/л, АЛТ 32 мЕд/л, АсАТ 28 мЕд/л, креатинин $94,4$ мкмоль/л, мочевины $4,6$ ммоль/л, глюкоза $5,2$ ммоль/л.

По данным КТ, вход в малый таз нормальной конфигурации, крылья подвздошных костей и подвздошно-поясничные мышцы без особенностей. В правой паховой области определяется бугристое новообразование, негетерогенно-повышенной плотности, с четкими контурами, размерами $4,8 \times 4,7 \times 4,7$ см, которое, охватывая петли подвздошной кишки, умеренно стенозирует ее просвет. Параректальная клетчатка без особенностей. Мочевой пузырь недостаточно наполнен, контуры четкие. Заключение: опухоль подвздошной кишки с преимущественно экзофитным ростом (аденома?) (рис. 1, 2).

Выполнена верхняя среднесрединная лапаротомия. Выпота в брюшной полости нет. При ревизии ОБП и малого таза отдаленные метастазы не выявлены. Печень обычной окраски, без очаговых изменений. В тощей кишке определяется объемное образование диаметром около 7 см, темно-багровой окраски (рис. 3). Другие патологические изменения не выявлены. Осуществлена



Рис. 1.

Мультidetекторная КТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, фронтальная проекция. Опухоль подвздошной кишки.

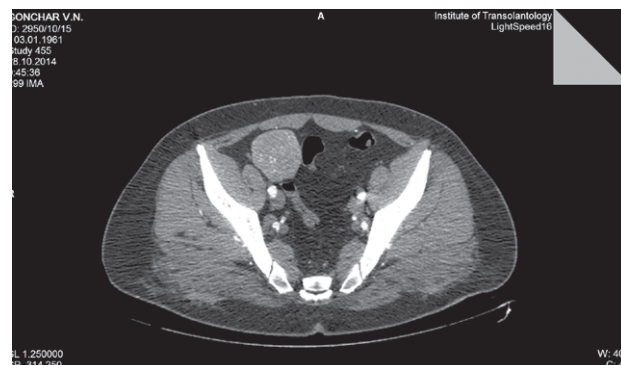


Рис. 2.

Мультidetекторная КТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, аксиальная проекция. Опухоль подвздошной кишки.



Рис. 3.

Объемное образование диаметром около 7 см, выявленное интраоперационно.



Рис. 4.

Макропрепарат опухоли тощей кишки.

резекция тощей кишки с последующим наложением еюно—еюноанастомоза бок в бок. Окно в брыжейке зашито. Произведены гемостаз, дренирование полости малого таза, на рану наложены послойные швы, асептическая повязка. Материал направлен на морфологическое исследование (рис. 4).

Заключение гистологического исследования: ангиолейомиосаркома, нельзя исключить ГИСО.

Биоматериал направлен на иммуногистохимическое исследование в Киевский городской клинический онкологический центр.

Результаты иммуногистохимического исследования: CD 117 с — KIT (Polyclonal) — реакция позитивная; Smooth Muscle Actin (1 A4) — реакция негативная; S 100

(4C4,9) — реакция негативная; CD 34 (QEnd 10) — реакция позитивная; Ki 67 Protein (MIB — 1) — 5%.

Заключение: гастроинтестинальная стромальная опухоль.

Клинический диагноз: гастроинтестинальная стромальная опухоль, желудочно — кишечное кровотечение, постгеморрагическая анемия.

Учитывая низкую пролиферативную активность новообразования, таргетная терапия пациенту не показана.

Течение послеоперационного периода без осложнений. Пациент выписан на 14—е сутки в удовлетворительном состоянии. Находится под амбулаторным наблюдением. Ведет активный образ жизни.

ЛИТЕРАТУРА

- Demetri G. NCCN Task Force Report: Optimal management of patients with gastrointestinal stromal tumor(GIST) — expansion and update of NCCN Clinical Practice Guidelines / G.Demetri, R. Benjamin, C. D.Blank // JNCCN. — 2004. — Vol. 2, suppl. 1. — P. 1 — 26.
- Гастроинтестинальные стромальные опухоли (диагностика, лечение): практ. рекомендации; под ред. И. В. Поддубной. — М.: Изд. группа РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, 2008. — 52 с.
- Miettinen M. Gastrointestinal stromal tumors: recent advances in understanding of their biology / M. Miettinen, M. Sarlomo—Rikala, J. Lasota // Hum. Pathol. — 1999. — Vol. 30. — P. 1213 — 1220.
- Колесник Е. А. Стромальные опухоли желудка—кишечного тракта (ГИСО): клин. монография / Е. А. Колесник. — Тверь: Изд—во Триада, 2006. — 40 с.