

В.Д.Марковський¹
В.В.Захаренко²
І.В.Сорокіна¹
О.М.Плітень^{1,2}
М.С.Мирошниченко^{1,2}
А.С.Шапкін^{1,2}

¹ Харківський національний медичний університет

² КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги і медицини катастроф», Харків

Ключові слова: карциноїдна пухлина, клініко-морфологічні особливості.

Надійшла: 26.07.2013

Прийнята: 29.09.2013

DOI: <https://doi.org/10.26641/1997-9665.2013.3.10-15>

УДК: 616–006.86–036–091.8

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КАРЦИНОЇДНИХ ПУХЛИН

Реферат. У практиці лікарів різних спеціальностей карциноїдні пухлини зустрічаються рідко і в більшості випадків є гістологічною знахідкою, оскільки маскуються клінічними і морфологічними ознаками як пухлинних, так і непухлинних захворювань. У ряді випадків карциноїдні пухлини взагалі залишаються нерозпізнаними в силу недостатньої поінформованості лікарів про клінічні і морфологічні ознаки даної патології. Вважаємо важливим нагадати особливості цього пухлинного процесу. У статті наведені літературні дані та власні спостереження з практики карциноїдної пухлини рідкісної локалізації: бронх, товста кишка, молочна залоза. у всіх трьох наших спостереженнях, де клінічно підозрювався рак, діагноз карциноїдної пухлини був встановлений тільки в результаті гістологічного дослідження. Тільки ускладнення, що наступили, привели до оперативного втручання, і, на жаль, летальний результат дозволив діагностувати карциноїд, який в останньому випадку, швидше за все, зіграв важливу роль в танатогенезі. Лише об'єднання зусиль лікарів різного профілю дозволить добитися подальших успіхів в діагностиці і лікуванні карциноїдних пухлин, продовженні життя контингенту хворих, що страждають на дану патологію.

Morphologia. – 2013. – Т. VII, № 3. – С. 10-15.

© В.Д.Марковський, В.В.Захаренко, І.В.Сорокіна, О.М.Плітень, М.С.Мирошниченко, А.С.Шапкін, 2013

✉ mmmmmmccc@mail.ru

Markovskiy V.D., Zaharenko V.V., Sorokina I.V., Pliten O.N., Myroshnychenko M.S., Shapkin A.S. Clinical and morphological features of carcinoid tumors.

ABSTRACT. Carcinoid tumors are rare tumors in practice of doctors of various specialties. These tumors are histological findings in the most cases because they are masked by clinical and morphological features of neoplastic and non-neoplastic diseases. In some cases, carcinoid tumors generally remain undetected due to lack of awareness among physicians about clinical and morphological characteristics of such disease. Believe it is important to recall the features of this tumor. The article presents the literature data and own observations from practice of carcinoid tumor of rare localization: bronchus, colon, mammary gland. In all three of our observations, where cancer was clinically suspected, the diagnosis of carcinoid tumor was made only after histology. Only complications have led to the surgical intervention, and, unfortunately, the diagnosis of carcinoid was made after death. In the latter case carcinoid, most likely played an important role in thanatogenesis. Unification of efforts of doctors in various fields will make progress in the diagnosis and treatment of carcinoid tumors, extending the lives of patients suffering from this disorder.

Key words: carcinoid tumor, clinical and morphological features.

Citation:

Markovskiy VD, Zaharenko VV, Sorokina IV, Pliten ON, Myroshnychenko MS, Shapkin AS. [Clinical and morphological features of carcinoid tumors]. *Morphologia*. 2013;7(3):10-5. Ukrainian.

У практиці лікарів різних спеціальностей карциноїдні пухлини зустрічаються рідко і в більшості випадків є гістологічною знахідкою, оскільки маскуються клінічними і морфологічними ознаками як пухлинних, так і непухлинних захворювань. У ряді випадків карциноїдні пухлини взагалі залишаються нерозпізнаними через недостатню обізнаність лікарів про клінічні та морфологічні ознаки даної патології. Проте лікар-патологоанатом зобов'язаний встановити

істинну природу захворювання, тому вважаємо важливими нагадати особливості цього пухлинного процесу.

Карциноїд або карциноїдна пухлина – рідкісна і повільно зростаюча потенційно-злоякісна пухлина, що виникає в будь-яких ділянках організму. Але, судячи з публікацій останніх років, частота виявлення карциноїдних пухлин зросла в 2–3 рази. Повільне зростання карциноїду приводить до того, що пік його розвитку доводиться на

вік 50–60 років. Проте, наприклад, карциноїд червоподібного відростка найчастіше зустрічається у людей у віці 30–40 років [1].

Особливостями карциноїдних пухлин є їхня локалізація в різних органах, різний ступінь злоякісності і непередбачуваний біологічний перебіг. У 3–4% випадків первинна локалізація карциноїду залишається невстановленою навіть на аутопсії. Це пов'язано з тим, що первинна пухлина може займати невеликий об'єм і не виходити за межі підслизового шару, тому може бути пропущена під час проведення розтину, або навпаки, діагностована випадково при патологоанатомічному дослідженні хворого, померлого від інших причин. При рості карциноїду всередину просвіту кишки, бронха або при метастазуванні починає виявлятися його клінічна картина. Проте нерідкі випадки, коли клінічна картина карциноїду (особливо за відсутності метастазів) не виражена, що утрудняє діагностику [1].

Карциноїдні пухлини переважно локалізуються в органах травлення (до 85%), проте серед усіх пухлин шлунково-кишкового тракту вони складають 4–8,3%. У червоподібному відростку ця пухлина зустрічається в 40% випадків, рідше в клубовій кишці (25%), прямій кишці (13%), ободовій кишці (9%), тощій кишці (7%), ще рідше в шлунку (2%), підшлунковій залозі (2%), дванадцятипалій кишці (1%), слинних залозах (1%). Локалізація в бронхах карциноїдної пухлини складає 5–8%, в яєчниках – менше 1%. Виключно рідко карциноїдна пухлина виникає в інших органах [1; 2; 3].

Карциноїдні пухлини нерідко розвиваються за відсутності виражених симптомів протягом декількох років, тому виявити їх на ранній стадії складно. Часто пухлини виявляються тільки тоді, коли стають досить великими і заподіюють дискомфорт, проте їх можна виявити під час обстеження з приводу інших проблем, або під час хірургічної операції. Діагностика базується на інструментальних, ультразвукових, лабораторних, гістологічних і цитологічних дослідженнях.

Загальносвітова статистика свідчить про те, що частота зустрічаємості карциноїдів коливається від 1 до 6 чоловік на 100 тисяч населення. З урахуванням торпідності перебігу можна припустити, що істинна частота дещо вища, проте у зв'язку з відсутністю клінічних проявів пухлини не діагностуються, або діагностуються на пізніх стадіях, що, з урахуванням складнощів морфологічної діагностики, не дозволяє правильно поставити діагноз [3].

Карциноїдні пухлини стали відомі медикам порівняно недавно і як окремий тип зростання виділені в середині XIX століття. Морфологічний опис карциноїдної пухлини вперше представив О. Lubarsch у 1888 році [4], який на секційному матеріалі виявив в дистальному відділі тощої кишки множинні підслизові утворення. Впе-

рше термін «karzinoide» був запропонований S. Oberndorfer у 1907 році [5] для опису схожих між собою пухлин, що морфологічно нагадують аденокарциному, але що характеризуються більш торпідним перебігом [3].

Карциноїдні пухлини утворюються з розкиданих по всьому організму ентерохромафінних клітин дифузної ендокринної системи, що секретують гранули біологічно активних речовин. Ці клітини ідентифіковані в епіфізі, гіпофізі, гіпоталамусі, мозочку і інших відділах головного мозку, в щитовидній і паращитовидних залозах, органах дихання, шлунково-кишковому тракті, жовчному міхурі, печінці, підшлунковій залозі, нирках, надниркових залозах, молочній залозі, яєчниках, яєчкях, сечовому міхурі, вилочковій залозі, слинних залозах, парагангліях, серці, шкірі, язика, плаценті. Основними властивостями цієї системи є депонування попередників біогенних амінів, їхнє подальше декарбоксілювання, вироблення біогенних амінів і поліпептидних гормонів, на підставі чого їх об'єднали в так звану APUD (Amine Precursore Uptake and Decarboxylation) – систему, а пухлини з цих клітин назвали апудомами [2]. Проте в даний час встановлено, що продукція деякими епітеліальними клітинами, з яких розвиваються карциноїди, активних речовин (глікопротеїдних гормонів) не обов'язково пов'язана з декарбоксілюванням попередників аміну, що не дозволяє включити їх в клітини APUD-системи. Це дало підставу Д.І. Головіну і О.К. Хмельницькому в 1983 році [6] запропонувати заміну поняття «апудоми» терміном «інкреторні гранулоцити».

Погляди на походження ентерохромафінних клітин також неоднозначні. У 60-ті роки за кордоном, а потім і у нас набула широкого поширення концепція А. Pearse [7] про спорідненість клітин APUD-системи з нервовими клітинами та їхній нервово-гребішковий генез. У 70-ті роки роботами Н. Cheng [8], А. Andrew [9], З. Pichert [10] були отримані дані вже про епітеліальну природу APUD-клітин шлунково-кишкового тракту і підшлункової залози, що не співпадало з концепцією А. Pearse [7] про їхній нервово-гребішковий генез [2].

Не дивлячись на відсутність єдиного погляду на походження ентерохромафінних клітин, відсутність єдиної морфологічної і функціональної ознаки, яка об'єднує різні клітини ектодермальної та нейроектодермальної природи і, в той же час, що відрізняє їх від інших ендокринних або нейроендокринних елементів організму людини, мабуть, правильно вважати, що карциноїдними пухлинами (карциноїдами) слід позначати пухлини дифузної ендокринної системи, що розвиваються з клітин, які секретують гранули біологічно активних речовин [2; 11]. З 2000 року по рекомендації ВООЗ ці пухлини називають нейроендокринними пухлинами і класифіковані на 4

групи залежно від розміру, інвазії в прилеглі органи і крупні судини, а також мітотичного індексу Ki-67.

Спектр речовин, які продукуються ентерохромафінними клітинами, а відповідно і в надмірній кількості пухлинними клітинами в карциноїдах, дуже широкий. Проте найбільш важливою субстанцією секреторної активності карциноїдів є серотонін [12].

При світлооптичному дослідженні ентерохромафінні клітини мають дещо завеликі розміри, ніж клітини паренхіми органів, в яких вони розташовуються. Вони мають округлу і трикутну форму, еозинофільну цитоплазму. У ентерохромафінних клітин є відмітні характеристики, які дозволяють їх виявляти при мікроскопічному дослідженні. Вони особливим чином забарвлюються при контакті з речовинами, що містять солі срібла. Сліди певних гормонів, які продукуються ентерохромафінними клітинами, можуть ідентифікувати гормональні речовини, що продукуються клітинами карциноїду, і таким чином встановити остаточний діагноз при мікроскопічному дослідженні біопсії пухлини.

E.D. Williams і M. Sanders [13] класифікували карциноїди по місцю їх локалізації. Так, виділяють проксимальний (верхній) тип пухлин, до якого відноситься карциноїд легені, бронхів, стравоходу, шлунку, дванадцятипалої кишки, підшлункової залози. Особливістю цього типу карциноїдів є відсутність або низька секреторна активність, що не супроводжується виразною картиною карциноїдного синдрому. Медіокишковий (середній) тип локалізується в області тонкої кишки, апендикса, сліпої кишки, висхідного відділу ободової кишки. Дистальнокишковий (нижній) тип характеризується локалізацією в поперечно-ободовій і низхідній ободовій кишці, сигмовидній кишці і прямій кишці [3; 13; 14].

Однією з основних патогномонічних ознак розвитку карциноїдної пухлини є поява виразної клінічної картини карциноїдного синдрому. Карциноїдний синдром був вперше описаний фахівцями із Сполучених Штатів і Скандинавії і визнаний окремим захворюванням в 1954 році.

Клінічна картина карциноїдного синдрому багатогранна і залежить від локалізації первинної пухлини, наявності метастазів і продуктивних пухлиною біологічно активних речовин. У зв'язку з цим описано декілька варіантів карциноїдного синдрому: Cassidly-Sholte, Steiner-Voerner, Hedinger, Biork-Thorson, Jules Verne. Як правило, для карциноїдного синдрому характерні наступні симптоми: діарея, приливи з послідовною зміною кольору шкіри від червоного до лілового з проливним потовиділенням, біль в черевній порожнині, свистячі хрипи через бронхоспазм, розвиток серцевої недостатності за правим типом.

Карциноїдні утворення по своїй будові дуже схожі на аденокарциному, але, за даними перших дослідників, дані пухлини протікали більш доброякісно і рідко давали метастази. Мікроскопічно карциноїд складається з гнізд і тяжів полігональних клітин, розділених прошарками сполучної тканини. Майже у всіх карциноїдах виявляють ознаки анаплазії та інфільтруючого росту, що дозволяє відносити їх до злоякісних новоутворень. Останнім часом встановлено, що приблизно 40% карциноїдних пухлин схильні до метастазування, хоча потрібний достатньо тривалий час для появи метастазів.

Карциноїди ростуть значно повільніше, ніж злоякісні пухлини, і набагато пізніше дають метастази, тому у ряді випадків важко прогнозувати подальший розвиток карциноїдної пухлини. Метастазування в регіонарні лімфатичні вузли настає достатньо швидко. З віддалених метастазів найбільш типовими для карциноїдної пухлини є печінкові. Інші види метастазів (у головний мозок, легені, підшлункову залозу і так далі) зустрічаються рідко [1].

Для лікування карциноїдних пухлин застосовують хірургічні методи. Видаляють уражені ділянки, проводять ревізію регіонарних лімфатичних вузлів, по можливості висікають печінкові метастази. Після операції зазвичай проводиться хімотерапія. Без лікування тривалість життя складає близько 4 років. Успішне лікування дає хороший прогноз і продовжує життя на 15 років і більше. Своєчасно почате лікування при невеликому розмірі пухлини дає 5-річну виживаність на рівні близько 95%. Запущені форми захворювання залежно від локалізації первинної пухлини дають 5-річну виживаність в діапазоні від 40 до 85% [1].

Приводимо три випадки власних спостережень рідкісних локалізацій карциноїдної пухлини, що зустрілися в операційному і аутопсійному матеріалі в нашій клініці в 2012 році.

1. В операційному матеріалі чоловіка 30 років – видаленій лівій легені – з клінічним діагнозом «Бронхокарцинома лівої легені» при макроскопічному дослідженні було встановлено, що в гирлі головного бронха визначається пухлиноподібне утворення поліповидної форми на широкій основі розміром 2,5×2,5×4,5 см, яке обтурує провіт. Тканина пухлини жовтувато-сіруватого кольору, м'яко еластичної консистенції. Перібронхіально визначається два лімфатичні вузли сірувато-рожевого кольору, кожен розміром по 1,2×1,0×0,7 см. У верхній долі легені визначається порожнина діаметром 6 см, заповнена брудно-бурим рідким вмістом, внутрішня поверхня якої трабекулярного вигляду. На інших ділянках тканина легені безповітряна, м'ясиста, з циліндричними бронхоекстазами, заповненими вершкоподібним жовтувато-бурим вмістом. Мікроскопічне дослідження показало, що пухлина головного

бронха є карциноїдом з екзофітним і ендофітним ростом. Окрім цього виявлені множинні нагноєні циліндричні бронхоектази з наявністю бронхоектатичної каверни у верхній долі; множинні хронічні абсцеси; субтотальний ателектаз легені з полями карніфікації і вираженим дифузним пневмосклерозом.

2. В операційному матеріалі чоловіка 70 років – фрагменті кишечника, представленого частиною клубової кишки завдовжки 9,5 см і проксимальним відділком товстої кишки завдовжки 25,0 см, видаленому з приводу раку печінкового кута товстої кишки (T₄N₀M₀) (клінічно), при макроскопічному дослідженні на відстані 14,0 см від дистального краю резекції виявляється виступаюча в просвіт товстої кишки і обтуруюча її пухлина діаметром 9,5 см з бугристою поверхнею, сірувато-зеленуватого кольору. Стінка кишки під пухлиною впродовж 3,0 см потовщена до 0,7 см. Мікроскопічне дослідження виявило злоякісний карциноїд (рис. 1) із запаленням і виразкуванням, з проростанням всіх шарів стінки. У одному з шести дрібних лімфатичних вузлів по його периферії виявляються елементи пухлинної тканини (рис. 2). Також елементи пухлинної тканини виявляються в просвіті прилеглої судини. В краях резекції елементи пухлини не виявляються.

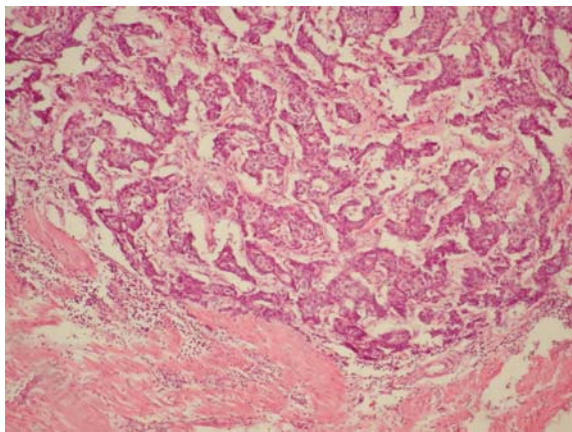


Рис. 1. Злоякісний карциноїд товстої кишки, ділянка вrostання в м'язовий шар. Забарвлення гематоксиліном і еозином. ×100.

3. У померлої жінки 67 років, смерть якої наступила від набряку-набухання речовини головного мозку з дислокацією стовбура, що розвинувся внаслідок обширного ішемічного інфаркту головного мозку на тлі гіпертонічної хвороби і цукрового діабету II типу, на розтині в області верхньо-зовнішнього і верхньо-внутрішнього квадрантів лівої молочної залози (у навколососкової області) визначалося щільне пухлиноподібне утворення округлої форми діаметром 8,0–9,0 см. На розрізі дане утворення було неоднорідного вигляду з ділянками жовтуватого і білуватого, місцями червонуватого кольору, шкіра в

області пухлиноподібного утворення червонувата, межа пухлинної тканини і тканини молочної залози нечітка. У центральній частині пухлинного утворення виявлялася кіста діаметром 0,9 см, заповнена мутнуватою жовтуватою вмістом. Відомо, що під час перебування хворого в стаціонарі вона була оглянута хірургом, який встановив діагноз «Рак лівої молочної залози». Мікроскопічне дослідження узятих при розтині шматочків даного утворення молочної залози дозволило діагностувати карциноїдну пухлину (рис. 3, 4) з вторинними змінами (визначаються некротично змінені ділянки і ознаки порушення кровообігу).

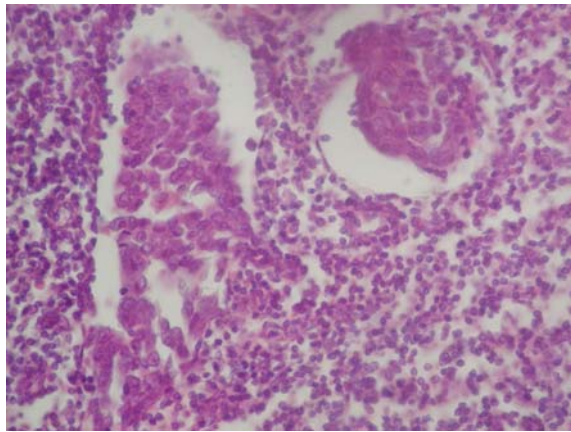


Рис. 2. Регіонарний лімфатичний вузол з метастазом злоякісного карциноїду товстої кишки. Забарвлення гематоксиліном і еозином. ×400.

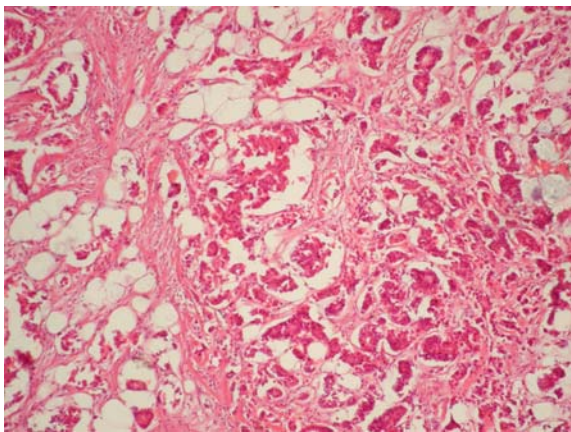


Рис. 3. Карциноїд молочної залози. Забарвлення гематоксиліном і еозином. ×100.

Отже, у всіх трьох наших спостереженнях, де клінічно підозрювався рак, діагноз карциноїдної пухлини був встановлений тільки в результаті гістологічного дослідження. Ускладнення, що тільки наступили, привели до оперативного втручання, і, на жаль, летальний результат дозволили діагностувати карциноїд, який в останньому випадку, швидше за все, зіграв важливу роль в танатогенезі.

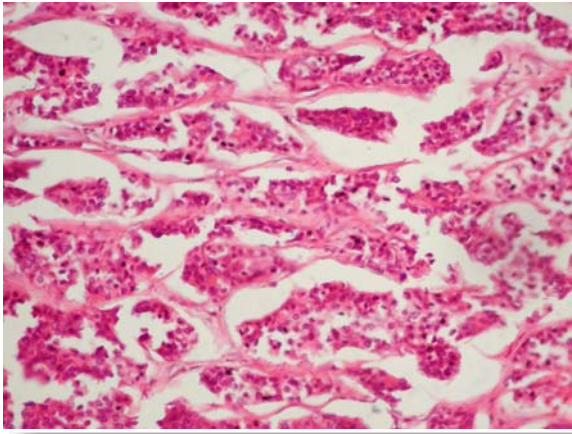


Рис. 4. Карциноід молочної залози. Забарвлення гематоксилином і еозином. ×200.

Таким чином, проблема карциноїдних пухлин набуває все більшої актуальності для лікарів багатьох спеціальностей, що визначається різноманіттям їхньої клінічної картини, значними труднощами в діагностиці, а також багатокомпонентними підходами в лікуванні. Тільки об'єднання зусиль лікарів різного профілю дозволить добитися подальших успіхів в діагностиці і лікуванні карциноїдних пухлин, продовженні життя контингенту хворих, що страждають даною патологією.

Літературні джерела References

1. Фролова-Романюк Э. Ю. Карциноид: особенности клинической картины / Э. Ю. Фролова-Романюк // Здоров'я України. – 2010. – №1. – С. 48–49.
Frolova-Romaniuk EYu. [Carcinoid: peculiarities of clinical presentation] *Zdorovya Ukrayiny* [Health of Ukraine]. 2010 Feb;(1):48-9. Russian.
2. Буриев И. М. Карциноидные опухоли поджелудочной железы / И. М. Буриев, В. В. Цвиркун, А. Н. Лебедева [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1997. – Т. 2. – С. 74–81.
Buriyev IM, Tsvirkun VV, Lebedeva AN, Savvina TV, Klintsevich GT, Karmasanovsky GG, Karelin AA. [Carcinoid tumors of the Pancreas]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 1997; 2: 74-81. Russian.
3. Тер-Ованесов М. Д. Карциноидные опухоли торакальной локализации – современное состояние / М. Д. Тер-Ованесов, Б. Е. Полоцкий // *Практическая онкология*. – 2005. – Т. 6, № 4. – С. 220–226.
Ter-Ovanesov MD, Polotskiy BYe. [Carcinoid tumors of thoracic localization – the modern state of the problem]. *Prakticheskaya onkologiya*. 2005;6(4):220-6. Russian.
4. Lubarsch O. Ueber den primären Krebs des Ileum, nebst Bemerkungen ber das gleichzeitige Vorkommen von Krebs und Tuberkolose / O. Lubarsch // *Virchows Arch*. – 1888. – Vol. 111. – P. 280–317.
Lubarsch O. *Ueber den primären Krebs des ileum nebst bemerkung uber das gleichzeitige vorkommen von krebs und tuberculose*. *Virchows Arch Pathol*. 1888; 111: 280-317. German. DOI:10.1007/BF01966242
5. Oberndorfer S. Karzinoide Tumoren des Dünndarms / S. Oberndorfer // *Frankf. Z. Pathol*. – 1907. – Vol. 1. – P. 425–429.
Oberndorfer S. *Karzinoide Tumoren des Dunndarms*. *Frankf Z Pathol* 1907;1:425-9. German.
6. Головин Д. И. Инкреторные гранулоцитомы (апудомы) / Д. И. Головин, О. К. Хмельницкий. – Л. : Медицина, 1983. – 227 с.
Golovin DI, Khmelniitskiy OK, Nikonov AA, et al., authors; Golovin DI, Khmelniitskiy OK, editors. [Incretory granulocytomas (the apudomas): the issues of histology, histogenesis, morphological diagnosis]. Leningrad: Meditsina; 1983. 152 p. Russian.
7. Pearse A. The diffuse neuroendocrine system and the APUD concept / A. Pearse // *Med. Biol*. – 1977. – Vol. 55. – P. 149–156.
Pearse AG. *The diffuse neuroendocrine system and the apud concept: related "endocrine" peptides in brain, intestine, pituitary, placenta, and anuran cutaneous glands*. *Med Biol*. 1977 Jun;55(3):115-25. Cited in: PubMed; PMID: 330966.
8. Cheng H. Origin, differentiation and renewal of the four main epithelial cell types in the mouse small intestine. Entero-endocrine cells / H. Cheng, C. Leblond // *Amer. J. Anat*. – 1974. – Vol. 141. – P. 503–520.
Cheng H, Leblond CP. *Origin, differentiation and renewal of the four main epithelial cell types in the mouse small intestine. V. Unitarian Theory of the origin of the four epithelial cell types*. *Am J Anat*. 1974 Dec;141(4):537-61. Cited in: PubMed; PMID: 4440635.
9. Andrew A. APUD cells, apudomas and the neural crest / A. Andrew // *S. Afr. Med. J*. – 1976. – Vol. 50. – P. 890–898.
Andrew A. *APUD cells, apudomas and the neural crest*. *S Afr Med J*. 1976 May 29;50(23):890-8. Cited in: PubMed; PMID: 935982.
10. Pichert C. Enterogenous cysts of pancreas / C. Pichert // *Am. J. Gastroenterol*. – 1982. – Vol. 77. – P. 576.
Pilcher CS, Bradley EL 3rd, Majmudar B. *Enterogenous cyst of the pancreas*. *Am J Gastroenterol*. 1982 Aug;77(8):576-7. Cited in: PubMed; PMID: 7102641.
11. Feyrter F. Ueber die peripheren endokrinen (parakrinen). Drusen des Menschen / F. Feyrter // *Wien-Dusseldorf*. : W. Maudrich, 1953. – P. 231.
Feyrter F. *Ueber die peripheren endokrinen (parakrinen). Drusen des Menschen*. *Wien-Dusseldorf Wilhelm Maudrich Verlag*; 1953. P. 231. German.

12. Райхлин Н. Т. APUD-система (общепатологические и онкологические аспекты) / Н. Т. Райхлин, И. М. Кветной, М. А. Осадчук. – Обнинск, 1993. – 108 с.

Raikhlin NT, Kvetnoy IM, Osadchuk MA. [The APUD system – general pathological and oncological aspects]. Part II. Obninsk; 1993. 108 p. Russian.

13. Williams E. D. The classification of carcinoid tumours / E. D. Williams, M. Sandler // Lancet.

– 1963. – P. 238–239.

Williams ED, Sandler M. The classification of carcinoid tumours Lancet. 1963 Feb 2;1(7275):238-9. Cited in: PubMed; PMID: 14000847.

14. Стариков В. И. Карциноидные опухоли / В. И. Стариков // Международный медицинский журнал. – 2004. – № 2. – С. 90–92.

Starikov VI. [Carcinoid tumors]. International medical journal. 2004;(2): 90-92. Russian.

Марковский В.Д., Захаренко В.В., Сорокина И.В., Плитень О.Н., Мирошниченко М.С., Шапкин А.С. Клинико-морфологические особенности карциноидных опухолей.

Реферат. В практике врачей различных специальностей карциноидные опухоли встречаются редко и в большинстве случаев являются гистологической находкой, поскольку маскируются клиническими и морфологическими признаками как опухолевых, так и неопухолевых заболеваний. В ряде случаев карциноидные опухоли вообще остаются нераспознанными в силу недостаточной осведомленности врачей о клинических и морфологических признаках данной патологии. Считаю важным напомнить особенности этого опухолевого процесса. В статье приведены литературные данные и собственные наблюдения из практики карциноидной опухоли редкой локализации: бронх, толстая кишка, молочная железа. Лишь наступившие осложнения привели к оперативному вмешательству, и, к сожалению, летальный исход позволил диагностировать карциноид, который в последнем случае, скорее всего, сыграл важную роль в танатогенезе. Только объединение усилий врачей различного профиля позволит добиться успехов в диагностике и лечении карциноидных опухолей, продлении жизни контингента больных, страдающих данной патологией.

Ключевые слова: карциноидная опухоль, клинико-морфологические особенности.