

О КАРЦИНОИДАХ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Доцент А. Я. МИТРОШЕНКО

Клинический ординатор Н. Е. КЛЮЧИЦ

Кафедра патологической анатомии (зав. — профессор Н. Д. Хлопика),
кафедра общей хирургии (зав. — доцент А. Я. Митрошенко)

Операция — удаление червеобразного отростка — в послевоенные годы получила значительное распространение. Ее производят не только в городских больницах, но почти во всех сельских, районных и даже участковых больницах. Каждый хирург знает, что чем больше мы делаем аппендэктомий, тем больше убеждаемся в разнообразии форм, проявлений и локализаций патологического процесса в червеобразном отростке.

Это положение может быть отнесено не только к воспалительным заболеваниям червеобразного отростка, но и к новообразованиям его. В червеобразном отростке можно обнаружить такие новообразования, как рак, карциноид, полип, саркома, лейомиома, эндотелиома, миксома, ангиофиброма, ганглионеврома, невринома и др. По Нотнагелю новообразования червеобразного отростка составляют 0,2—0,4% новообразований пищеварительного тракта, и первое место по частоте принадлежит опухолям эпителиального происхождения — карциномам червеобразного отростка.

Количество описанных в литературе карциномов червеобразного отростка доходит до 500 наблюдений (Л. Томчик, 1956).

Литературный материал о карциноидах червеобразного отростка с описанием единичных случаев в основном носит казуистический характер, и ни одна из страниц учения о карциноидах червеобразного отростка, как-то: этиология, клиника, гистопатологическая картина не является законченной и изученной до конца. Это дает нам основание привести и наши наблюдения в отношении четырех больных с карциноидами червеобразного отростка.

А-ва Д., 55 лет (история болезни № 328), поступила в терапевтическую хирургическую клинику 25/III 1952 г. с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту.

Диагностировано хроническое воспаление червеобразного отростка и произведена операция — аппендэктомия. Червеобразный отросток был расположен ретроцекально, в спайках. Длина его — около 6 см, диаметр — 0,6 см. Верхушка отростка раздута до величины среднего лесного ореха. В дистальном отделе на стороне прикрепления брыжейки имеется желтоватая окраска серозы. Лимфатические узлы не увеличены. На разрезе слизистая отростка атрофична, подслизистый слой утолщен. Концевая часть отростка не вскрывалась вследствие облитерации просвета в средней трети.

Патолого-гистологическое исследование № 325. Серозная оболочка с резко расширенными сосудами, частично в состоянии стаза, с периваскулярной лимфондовой инфильтрацией и очагами кровоизлияний. Мышечная оболочка развита очень слабо и представлена в виде тонкого слоя, состоящего из незначительного количества циркулярно расположенных мышечных волокон. В соединительно-тканых прослойках имеются резко расширенные сосуды, переполненные кровью, а также очаги кровоизлия-

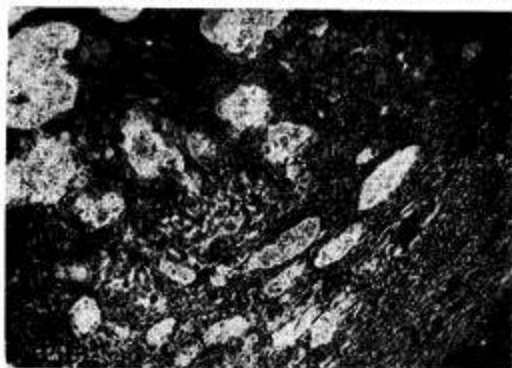


Фото 1.

ния. Некоторые соединительно-тканые клетки содержат в своей протоплазме гемосидерин. Подслизистая и слизистая оболочки, также как и лимфондные элементы, полностью отсутствуют; лишь частично сохраняется жировая прослойка. В поперечно срезанном дистальном отделе отростка имеется значительный просвет, часть которого содержит некротические массы и элементы гемолизированной крови.

Всё пространство между этими некротическими массами и резко истонченной мышечной оболочкой выполнено тканью хорошо окрашенной базофильной краской (гематоксилином). Эта ткань состоит из полиморфных клеток со светлыми, реже пикноморфными клетками, большей частью овальной формы. Характер роста этой ткани плоскостной, местами в виде ячеек. В соединительно-тканной строме имеется значительное количество капилляров (фото 1).

Заключение: карцинома дистального отдела червеобразного отростка в сочетании с обострением длительного хронического воспаления, при-

ведшего к частичной облитерации отростка. Атрофия лимфоидно-фолликулярного аппарата.

Послеоперационный период без осложнений. Больная выписана на 9-й день в удовлетворительном состоянии.

Через 5 лет повторно осмотрена. Жалоб не предъявляет. Работает в колхозе.

К-ва Л. 36 лет (история болезни № 213), домохозяйка, замужняя, заболела остро 15/II 1955 г. В 10 часов появились боли в подложечной области, сопровождавшиеся тошнотой. Через несколько часов боли локализовались в правой подпечечной области и носили резкий характер. Через 6 часов с момента заболевания была доставлена в хирургическую клинику. Диагностирован острый аппендицит. Произведена аппендэктомия. Червеобразный отросток окутан нежными спайками, брыжейка его инфильтрирована, утолщена. Длина отростка—10 см, диаметр — 1,5 см. На разрезе слизистая отростка набухшая, с множественными точечными кровоизлияниями. Подслизистый слой утолщен.

Гистологическое исследование № 143. Серозная оболочка утолщена, сосуды в ней расширены. Мышечный слой также утолщен. В соедине-

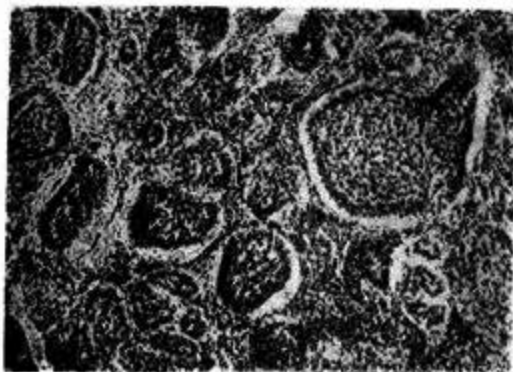


Фото 2.

тельно-тканых прослойках хорошо развиты коллагеновые волокна. Подслизистый слой не содержит жировой клетчатки. Соединительная ткань представлена в нем плотными коллагеновыми волокнами со сравнительно незначительным количеством клеточных элементов и большим количеством сосудов с резко утолщенными стенками, вплоть до облитерации некоторых просветов. Лимфоидная ткань подслизистого слоя представлена единичными фолликулами. Соответственно этим фолликулам лишь на незначительном участке в просвете отростка сохранил железистый эпителий слизистой оболочки. Причем в просветах желез обнаруживаются необычные для нормального отростка очень крупные грануло-секреты. В остальных отделах среза отростка вплотную к фибринозно-измененному подслизистому слою прилегает опухолевидная ткань, состоящая из богато развитой соединительно-тканной стромы, среди которой удается обнаружить тонкую капиллярную сеть. В ячейках этой стромы расположена паренхима в виде альвеолярных включений, состоящих из базофильно окра-

идеальных большей частью округлых или овальных клеток. Все ячейки довольно резко ограничены от стромы тканью типа базальной мембраны. Ясно выраженного инфильтрирующего роста не обнаруживается, за исключением одного участка, в котором базальная мембрана не так четко определяется (фото 2).

Заключение: Карцинома среднего отдела отростка. Хронический аппендицит с утолщением сосудистых стенок, развитием коллагеновой ткани и частичной атрофией фолликулярного аппарата.

Послеоперационный период протекал без осложнений, на восьмой день больная выписана в удовлетворительном состоянии.

М-ва С., 18 лет (история болезни № 421), девушка, поступила 5/IV 1955 г. с жалобами на боли в правой подвздошной области и тошноту. Боли появились 3/IV около 12 часов дня по всему животу, вскоре они локализовались в правой подвздошной области. Из-за болей вынуждена была лечь в постель, за медицинской помощью не обращалась. 4/IV вышла на работу, но работала с трудом. В ночь на 5/IV боли усилились. Обратилась в поликлинику и была направлена в хирургический стационар.

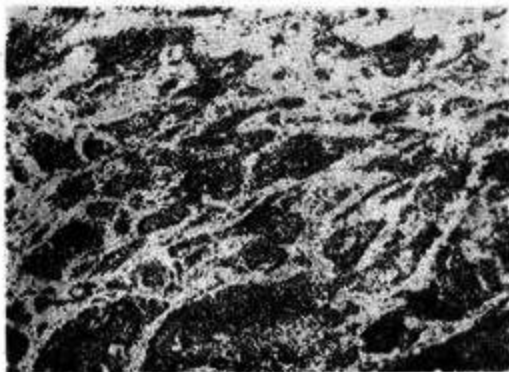


Фото 3.

Аналогичный приступ болей был два месяца тому назад. Установлен диагноз: острый аппендицит и произведена аппендэктомия. Длина отростка до 6 см, диаметр — 1,5 см. В среднем отделе имеется патологически измененный и истонченный участок, в котором определяется флюктуация. На разрезе слизистая отростка изъязвлена, в просвете густой гной без запаха.

Гистологическое исследование № 356. Вся стенка отростка, включая серозный, мышечный и подслизистый слои, густо инфильтрирована полиморфно-ядерными и отчасти эозинофильными лейкоцитами, с участками некроза ткани. Кровеносные сосуды всех оболочек резко расширены, переполнены кровью и в окружности также инфильтрированы лейкоцитами. В просвете отростка имеется резко утолщенный участок, представленный тканью с богато развитой стромой, в ячейках которой имеются неправильной и разнообразной формы скопления базофильно окрашенных клеток с округлыми или овальными ядрами, без особого полиморфизма и без фигур митотического деления. В этих скоплениях клеточные элементы обнаруживают плоскостной рост. В местах опухолевидного роста по-

кровенный эпителий слизистой оболочки отсутствует. В строме этого образования лейкоциты почти не обнаруживаются (см. микрофото 3).

Заключение: Карциноматоз среднего отдела отростка. Флегмонозно-язвенный аппендицит.

Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением. На восьмой день больная выписана в удовлетворительном состоянии.

С-ва Н., 15 лет (история болезни № 324), учащаяся, поступила в клинику 4/III 1957 г. по поводу болей в правой половине живота. В ночь со 2/III на 3/III появился озноб, головные боли; днём 3/III начались схваткообразные боли в животе, тошнота. Аналогичный приступ болей в животе был летом 1956 года. Установлен диагноз: острый аппендицит и произведена аппендэктомия. Червеобразный отросток штопоробразно извит, утолщен. Длина его 12 см, диаметр — 0,8 см, перхушка колбасообразно раздута.

Гистологическое исследование № 50. Поперечный срез отростка не содержит просвета. В центре его имеется незначительное скопление в основном бесформенного характера лимфоидной ткани. Весь просвет от-

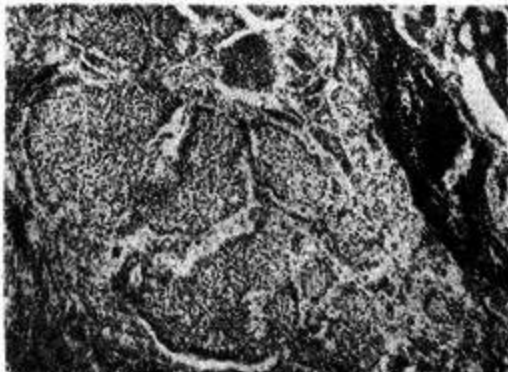


Фото 4.

ростка выстлан опухлелевидной тканью, строма которого образует тонкие перегородки, ограничивающие ячейки, выполненные тканью типа эпителия со светлыми, большей частью овальной формы, клетками. Имеются единичные митозы. Местами эти ячейки образуют более массивные скопления, среди которых лишь с трудом удается различить тонкие соединительно-тканые прослойки с капиллярами. Мышечная и серозная оболочки не представляют видимых изменений, за исключением одного участка, в котором опухлелевидная ткань расслаивает мышечные волокна и, выходя за пределы отростка, образует большое выпячивание, покрытое со всех сторон серозной оболочкой. Это выпячивание состоит из довольно тонких волокон соединительно-тканной стромы и различной величины ячеек эпителиальной ткани, местами образующих значительной величины массивы (фото 4).

Заключение: Карциноматоз средней трети червеобразного отростка.

Послеоперационный период протекал без особых осложнений. На восьмой день выписана в удовлетворительном состоянии.

Осмотрена через 4 месяца. Жалоб не заявляет. Считает себя вполне здоровой.

Карциноид червеобразного отростка встречается преимущественно в возрасте 10—30 лет (Ш. М. Лейтес).

На нашем материале возраст больных от 15 до 55 лет, все женского пола.

Самой частой локализацией карциноида в червеобразном отростке является верхушка (77%), реже — средняя часть (14%) и очень редко — проксимальный отдел (7%) (В. Н. Пребстинг). Располагается как на стороне прикрепления брыжейки (С. Л. Эрлих), так и на стороне, противоположной прикреплению брыжейки (А. И. Абрикосов, И. Л. Певзнер, Л. Томчик).

У одной из трех больных локализация карциноида в дистальном отделе, в трех случаях — в среднем отделе. По своим размерам карциноиды бывают от булавочной головки до горошины или лесного ореха, шаровидной формы, реже — овальной. Несмотря на инфильтративный рост, обычно они хорошо отделены от окружающей ткани соединительно-тканной оболочкой. Развиваясь в подслизистом слое, карциноид инфильтрирует мышечный слой, иногда серозу, причем сероза над опухолью имеет бледно-беловатый цвет. Подслизистый слой по мере роста карциноида исчезает. Слизистая оболочка не подвергается изменениям, но иногда истончается. Опухоли очень редко переходят в соседние ткани и почти, как правило, не дают метастазов. В остальных отделах отростка обычно находят воспалительную инфильтрацию, свидетельствующую о перенесенном хроническом воспалении отростка.

Иногда опухоль, локализовавшаяся в средней части отростка, выпячивается в просвет, закрывая его полностью, вследствие чего образуется киста с напряженными стенками. Подобную картину мы наблюдали у больной С.-ной (случай 4). На разрезе макроскопически карциноид плотной консистенции, желтоватого цвета, иногда с синим оттенком (вид сырого картофеля). Еще в 1910 году С. Л. Эрлих отметил желтизну опухолевых инфильтратов, которая иногда выступает, лишь когда отросток лежал некоторое время в формалине, затем — в спирте.

Микроскопически карциноиды имеют альвеолярное строение с круглыми либо полигональными клетками в центре и кубическими (либо цилиндрическими) клетками по периферии. Клеточные элементы опухоли среди соединительно-тканной стромы укладываются в виде гнезд, стержней, розеток, клубочков, пузырьков. Строма состоит из соединительнотканых во-

локон и из незначительного количества клеток. В строке находятся разной толщины гладко-мышечные волокна, богато развита капиллярная сеть кровеносных сосудов и нервные волокна в виде утолщений и узелков. Клетки малые, неясно очерченные, кругловатые, угловатые, часто удлинённые; встречается скопление, где клетки имеют форму корстких веретенец, собранных более или менее параллельно. Ядра небольшие, круглые, темноокрашивающиеся, с грубыми хроматиновыми зёрнами. Величина клетки может колебаться, размер бывает от 10—15 микрон в диаметре и до 25—30 микрон в длиннике (С. Л. Эрлих). Протоплазма клеток красится базофильными красками и содержит хромо- и аргирофильные мелкие зёрна, а также жировые вакуоли, являющиеся носителями двоякопреломляющих жировых телец, придающих опухоли характерную желтую окраску.

Массон считает воспаление червеобразного отростка этиологическим моментом, способствующим развитию карциноида. Многие исследователи со взглядом Массона не соглашались и высказывают противоположную точку зрения, что карциноид может привести к развитию воспалительного процесса в отростке,

Карциноид червеобразного отростка чаще всего обнаруживается у больных, оперированных по поводу острого аппендицита, реже — по поводу хронического аппендицита и иногда — в качестве случайной находки при вскрытии трупа.

Вайс и Герцог, проанализировав материал около полутора десятка госпиталей, нашли, что на 187,580 аппендэктомий у 283 больных был установлен послеоперационный диагноз карциноида червеобразного отростка (0,15%).

Мы проанализировали истории болезни 3052 больных, оперированных в хирургических отделениях Витебской областной больницы и районной больницы им. Калинина с 1952 года по 1956 год по поводу острого и хронического аппендицита, и обнаружили четыре случая карциноида червеобразного отростка (0,13%).

Означает ли это, что карциноиды червеобразного отростка в действительности встречаются так редко? Полагаем, что нет. Следует помнить, что карциноиды червеобразного отростка редко диагностируются на основании одного только макроскопического исследования. Ни у одного из наших четырех больных не был поставлен правильный диагноз на основании одного только осмотра. Причиной этому было отсутствие у хирургов должной настороженности в отношении карциноида червеобразного отростка. Решающим в смысле правильного диагноза является тщательное микроскопическое исследование удаленного червеобразного отростка на различных его участ-

ках. Нужно полагать, что если бы все червеобразные отростки после аппендэктомий и вскрытий подвергались бы, как правило, тщательному как макроскопическому, так и микроскопическому исследованию, процент обнаруженных карциноидов был бы большим.

Карциноид относится к новообразованиям эпителиальной природы. В вопросе же доброкачественности или злокачественности карциноидов не достигнуто еще единства взглядов.

По данным Портера и Велана (1939) на 72 карциноидах червеобразного отростка ни в одном случае не наблюдалось признаков злокачественности. Не исключена возможность, что ранняя аппендэктомия предотвращает малигнизацию карциноидов червеобразного отростка.

Рак червеобразного отростка наблюдается реже, чем рак слепой кишки. Возможно в некоторых случаях клинически картина рака червеобразного отростка в силу быстрого роста опухоли и перехода на слепую кишку полностью покрывается картиной рака слепой кишки (М. М. Дитерихс).

И. Л. Певзнер считает карциноиды предраком и предполагает попутно удалять червеобразный отросток при всяком вмешательстве на органах, лежащих по соседству с ним. Мы против «ппутных» удалений червеобразного отростка, но считаем, что при всех лапаротомиях в нижнем отделе живота следует детально осматривать и червеобразный отросток.

При определенной онкологической настороженности и на основании макроскопических данных можно всё же поставить предположительный диагноз карциноида червеобразного отростка.

При подозрении на карциноид следует производить удаление червеобразного отростка вместе с его брыжейкой.

ЛИТЕРАТУРА

А. И. Абрикосов. Патанатомия, т. IV, книга 2. Медгиз, 1957, стр. 151—164.

М. М. Дитерихс. Цит. по Б. А. Броштейну.

Ш. М. Лейтес. К вопросу о первичных опухолях червеобразного отростка. Журнал Вопросы онкологии, № 1, т. X, 1936.

И. Л. Певзнер. О карциноидах червеобразного отростка. Журнал Современная хирургия, № 2, т. IV, 1929.

В. Н. Пребстниг. Четыре случая карциноида червеобразного отростка. Журнал Русская клиника, № 12, т. III, 1925.

С. Л. Эрлих. О гонимых клонисах червеобразного отростка: карциноиды кишечника и незрелые нейромы — «нейрофитомы». Харьковский медицинский журнал, № 7, т. XVIII, 1914.