

© Коллектив авторов, 2013
УДК 616.37-006.3-079.4-089.11

А. С. Прядко, П. Н. Ромащенко, М. В. Лысанюк

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ОБОСНОВАНИЕ ВАРИАНТА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова (зав. — академик РАМН проф. Н. А. Майстренко)
Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: *нейроэндокринная опухоль поджелудочной железы, резекция поджелудочной железы*

Нефункционалирующие нейроэндокринные опухоли (НЭО) составляют большую часть всех эндокринных опухолей поджелудочной железы (ПЖ) и выявляются с частотой от 25 до 45 % [1, 7]. Как правило, эти опухоли обнаруживаются у больных в возрасте 50–60 лет и у 60–90 % из них характеризуются злокачественным ростом [1, 3]. Особенность клинического течения нефункционирующих НЭО заключается в отсутствии специфических эндокринных расстройств, секреторной активностью, продукцией некоторыми из опухолей пептидов и аминов в неактивной форме [4, 8]. В связи с этим клинические проявления возникают при достижении опухолью крупных размеров с развитием симптомов компрессии, а также при возникновении отдаленных метастазов, что приводит к появлению симптомов опухолевой кахексии [1, 2]. При постановке диагноза нефункционирующей НЭО отдаленные метастазы обнаруживаются в 60–80 % наблюдений [6, 7].

В отличие от аденокарциномы ПЖ при диагностике нефункционирующей НЭО до развития метастазирования 5-летняя выживаемость пациентов после хирургического или комбинированного лечения достигает 30–50 % [8]. В связи с этим является актуальной проблема ранней диагностики и своевременного хирургического лечения больных с нефункционирующими НЭО ПЖ [1, 3].

Приводим клиническое наблюдение обследования и хирургического лечения больной с нефункционирующей НЭО тела ПЖ.

Больная К., 46 лет, поступила на лечение 22.09.2011 г. с жалобами на периодические, ноющего характера умеренной интенсивности боли в эпигастриальной области, возникающие после еды. Из анамнеза заболевания установлено, что боли в верхнем отделе живота беспокоят пациентку в течение последних двух лет. В поликлинике по месту жительства периодически проходила курсы амбулаторного лечения по поводу хронического панкреатита. При контрольном УЗИ органов брюшной полости заподозрена опухоль ПЖ. Пациентка направлена в клинику для обследования и лечения.

При поступлении состояние удовлетворительное, гиперстенического телосложения. Кожный покров и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Пульс 76 уд/мин, АД 130/80 мм рт. ст. При обследовании живота особенностей не выявлено. По результатам проведенных лабораторных исследований отклонений от нормы не выявлено. При трансабдоминальном УЗИ в области тела ПЖ выявлено гипоехогенное образование округлой формы с четкими контурами размерами 3,3×2,2 см (рис. 1, а).

Признаков вторичного поражения печени, лимфатических узлов брюшной полости, асцита не установлено. Пациентке выполнена компьютерная томография (КТ) живота с внутривенным контрастированием, однако убедительных признаков опухоли ПЖ не выявлено, установлены признаки хронического панкреатита в виде нечеткости контуров ПЖ с увеличением головки до 3,4×3,7 см, утолщением тела до 2,8 см, хвоста до 2,6 см (рис. 1, б). По данным эндоскопического УЗИ, на границе тела и хвоста ПЖ четко визуализирована опухоль размером 2,3×1,8 см, пониженной эхогенности, умеренно неоднородной структуры с ровными, четкими контурами (рис. 1, в). Для уточнения морфологической структуры выявленной опухоли пациентке выполнена транскutánная трепанобиопсия опухоли под навигационным контролем УЗИ. По данным гистологического исследования биоптата, установлено наличие НЭО ПЖ с неопределенным потенциалом злокачественности.

Таким образом, в результате проведенного клинко-лабораторного и инструментального обследования у больной установлено наличие нефункционирующей НЭО тела ПЖ. Учитывая неопределенный потенциал злокачественности

Сведения об авторах:

Прядко Андрей Станиславович (pradko66@mail.ru), Ромащенко Павел Николаевич (romashchenko@rambler.ru), Лысанюк Максим Викторович (lysanjuk-maksim@rambler.ru), кафедра факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 194175, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, 6

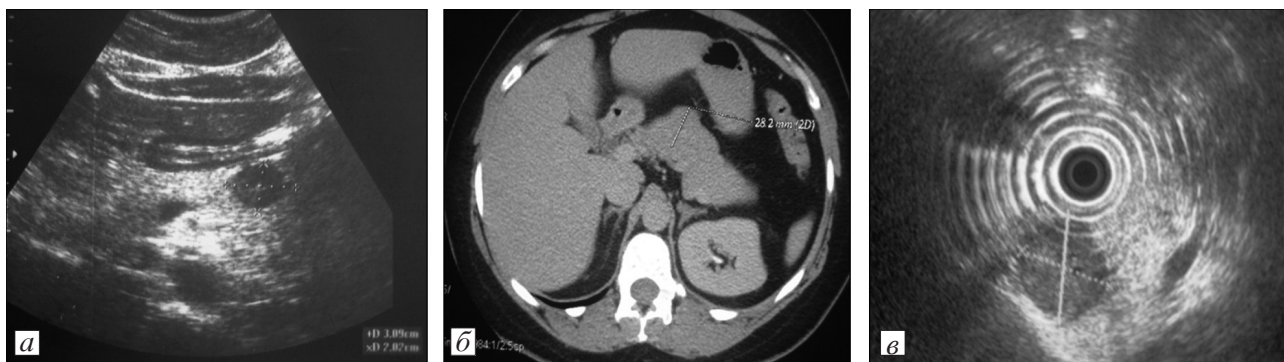


Рис. 1. Методы инструментальной диагностики опухоли тела ПЖ.

а — сонограмма опухоли; б — компьютерная томограмма поджелудочной железы; в — эндосонограмма опухоли

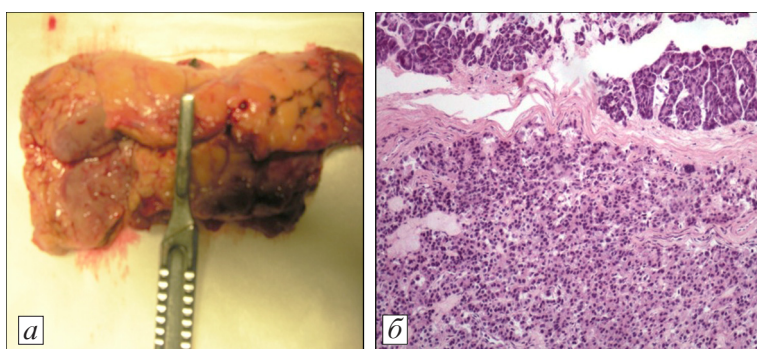


Рис. 2. Опухоль тела поджелудочной железы больной К., 46 лет, (объяснение в тексте).

а — макропрепарат опухоли; б — гистологическое исследование опухоли. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 100

опухоли, отсутствие признаков метастатического поражения органов брюшной полости, определены показания к хирургическому лечению в объеме дистальной резекции ПЖ.

Больная оперирована 06.10.2011 г. При ревизии брюшной полости метастатического поражения регионарных лимфатических узлов, внутренних органов брюшной полости, канцероматоза брюшины, асцита не выявлено, ПЖ в размерах не увеличена, мягкой консистенции. В области тела железы пальпируется опухоль с четкими контурами размером 3,5×3,0 см, расположенная в толще паренхимы органа. Выполнена мобилизация хвоста и тела ПЖ с опухолью до уровня перешейка железы с сохранением селезеночных сосудов. На уровне перешейка ПЖ прошита проленом, выполнена дистальная резекция с удалением хвоста и тела железы с опухолью, культи ПЖ укрыта коллагеновой губкой. Макропрепарат: хвост и тело ПЖ с опухолью размером 3,5×3,0 см, опухоль в капсуле (рис. 2, а). Гистологическое исследование опухоли 11.10.2011 г.: высокодифференцированная НЭО ПЖ с признаками инвазивного роста в капсулу без инвазии сосудов (рис. 2, б).

Иммуногистохимическое (ИГХ) типирование опухоли: опухолевые клетки интенсивно экспрессируют хромогранин А. Индекс пролиферативной активности опухоли (Ki-67) составил 3,5 %, что свидетельствовало, согласно классификации ВОЗ (2010) [5], о гистологическом типе НЭО Grade 2 [7].

Послеоперационный период на 10-е сутки осложнился развитием гнойного оментобурсита. При пункции и дренировании сальниковой сумки под контролем УЗИ, системной антибактериальной терапии проявления омен-

тобурсита регрессировали на 24-е сутки послеоперационного периода. Пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии. В связи с отсутствием признаков регионарного и отдаленного метастазирования, высоко дифференцированный характер опухоли и тип Grade 2 по данным ИГХ, дополнительное лечение (биотерапия, химиотерапия) в послеоперационном периоде пациентке не проводилось.

При контрольном обследовании через 1 год после операции состояние удовлетворительное, жалоб нет. По данным УЗИ органов брюшной полости, КТ живота, признаков местного рецидива, прогрессирования опухолевого процесса не выявлено.

Цель данного клинического наблюдения — показать необходимость современной диагностики и хирургического лечения больных с нефункционирующими НЭО ПЖ, обеспечивающих хорошие результаты лечения до генерализации опухолевого процесса.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Коханенко Н. Ю., Артемьева Н. Н., Черемисин В. М. и др. Трудности дифференциальной диагностики нефункционирующих нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы и экзокринного рака поджелудочной железы // Анн. хир. гепатол. 2010. № 3. С. 31–38.
2. Кузин Н. М., Егоров А. В. Нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы: Руководство. М.: Медицина, 2001. 208 с.
3. Майстренко Н. А., Басос С. Ф., Курыгин Ал.А., Гуревич Л. Е. Хирургические аспекты нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы // Мед. акад. журн. 2008. № 1. С. 69–79.
4. Endocrine surgery / Eds. A. E. Schwartz, D. Pertsemilidis, M. Gagner. New York–Basel–Dekker, 2004. 712 p.
5. International union against cancer (UICC). TNM classification of malignant tumours, 7th edition / Eds. L. H. Sobin, M. K. Gospodarowicz, Ch. Wittekind. New York: Wiley-Blackwell, 2009.
6. Mansour J. C., Chen H. Pancreatic endocrine tumors // J. Surg. Res. 2004. Vol. 120. P. 139–161.
7. Modlin I. M., Oberg K., Chung D. C. et al. Gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors // Lancet. 2008. Vol. 9. P. 61–72.
8. Surgical endocrinology / Eds. G. M. Doherty, B. Skogseid. Philadelphia: Lippincott & Wilkins, 2001. 618 p.

Поступила в редакцию 25.10.2012 г.