

DOI: 10.17238/issn2072-3180.2019.1.35-39

УДК: 616.37-006.6

© Халидов О.Х., Карпов И.В., Гудков А.Н., Джаджиев А.Б., Куницкий Ю.Б., Кондратьев Я.В., Фомин В.С., 2019

ГИГАНТСКАЯ НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ ОПУХОЛЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ УСПЕШНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

О.Х. ХАЛИДОВ^{1,2,a}, И.В. КАРПОВ², А.Н. ГУДКОВ^{2,b}, А.Б. ДЖАДЖИЕВ^{1,2}, Ю.Б. КУНИЦКИЙ², Я.В. КОНДРАТЬЕВ¹,
В.С. ФОМИН^{1,2,c}

¹ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, 127473, Россия

²ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева» ДЗ г. Москвы, Москва, 127411, Россия

Резюме: Сегодня лапароскопические вмешательства на органах брюшной полости охватывают все большую область применения как в плановой, так и в экстренной хирургии. В работе приводится клиническое наблюдение успешного применения лапароскопических технологий у пациентки 59 лет с гигантской нейроэндокринной опухолью поджелудочной железы, поступившей в стационар по экстренным показаниям с направительным диагнозом острый панкреатит. Объемное образование брюшной полости. Со слов больной, ранее амбулаторно не обследовалась, профильными специалистами не наблюдалась. В связи с нарастанием болевого синдрома и отсутствием положительной динамики на фоне проводимого консервативного лечения после полноценного обследования больная подана в операционную для проведения диагностической лапароскопии, при которой картина кистозного новообразования хвоста поджелудочной железы. Выполнена лапароскопически ассистированная корпорокаудальная резекция поджелудочной железы, дренирование брюшной полости. Гистологическое заключение: Стенка кисты, прилегающая к ткани поджелудочной железы представлена разрастанием эндокринного крупноклеточного рака. Стенка второй кисты представлена фиброзной тканью с очагами кровоизлияний и диффузной лимфоцитарной инфильтрацией. Диагностика нейроэндокринных опухолей основана на выявлении клинической картины, обусловленной гормональными дисфункциями, однако у больных с нефункционирующими нейроэндокринными опухолями, выявить или заподозрить такое заболевание представляет собой сложную задачу. Современное развитие лапароскопической хирургии после периода освоения практически всех видов хирургических вмешательств не исчерпало своих потенциальных возможностей и требует совершенствования в новых разделах хирургии, в том числе при вмешательствах на поджелудочной железе в условиях скоромощного стационара.

Ключевые слова: образование брюшной полости, нейроэндокринная опухоль поджелудочной железы, лапароскопическое лечение.

GIANT NEURO-ENDOCRINE TUMOR OF THE PANCREAS. CLINICAL OBSERVATION OF SUCCESSFUL USE OF LAPAROSCOPIC TECHNOLOGIES

KHALIDOV O.KH.^{1,2,a}, KARPOV I.V.², GUDKOV A.N.^{2,b}, DJADJIEV A.B.^{1,2}, KUNUTZKY YU.B.², KONDRATYEV Y.V.¹,
FOMIN V.S.^{1,2,c}

¹Evdokimov MSMSU Moscow, 127473, Russia

²City Clinical Hospital n.a. V.V. Veresaev, Moscow, 127411, Russia

Abstract: Today, laparoscopic interventions on the abdominal organs cover an increasing range of application in both planned and emergency surgery. The case-study presents a clinical observation of the successful application of laparoscopic technology in a 59-year-old patient with a giant neuroendocrine tumor of the pancreas, admitted to hospital for emergency reasons with acute diagnosis of acute pancreatitis. Abdominal mass formation. According to the patient, she was not previously examined on an outpatient basis, was not observed by specialized specialists. In connection with the increase in pain and the lack of positive dynamics on the background of the ongoing conservative treatment after a full examination, the patient is served in the operating room for diagnostic laparoscopy, in which the picture of cystic neoplasm of the pancreatic tail. Performed laparoscopically assisted corporal coronary resection of the pancreas, drainage of the abdominal cavity. The histological conclusion: the wall of the cyst adjacent to the pancreatic tissue is represented by the growth of endocrine large cell carcinoma. The wall of the second cyst is represented by fibrous tissue with foci of hemorrhage and diffuse lymphocytic infiltration. Diagnosis of neuroendocrine tumors is based on the identification of a clinical picture due to hormonal dysfunctions; however, in patients with non-functioning neuroendocrine tumors, it is a difficult task to identify or suspect such a disease. The modern development of laparoscopic surgery after the period of mastering almost all types of surgical interventions has not exhausted its potential and requires improvement in new sections of surgery, including interventions on the pancreas in a first-aid hospital.

Key words: abdominal cavity formation, pancreatic neuroendocrine tumor, laparoscopic treatment.

^a E-mail: oma2010@yandex.ru

^b E-mail: demi4-11@rambler.ru

^c E-mail: wlfomin83@gmail.com

Введение

В настоящее время эндовидеохирургические вмешательства все больше и больше интегрируются в повседневную практическую деятельность хирурга, охватывая многочисленный ареал операций как планового, так и экстренного характера [1-6]. Малая инвазивность и низкая травматичность, укороченные сроки реабилитации, а также снижение процента осложнений и улучшение качества жизни пациентов, несомненно, позволяют рассматривать лапароскопические технологии как вариант выбора у хирургических пациентов с различной абдоминальной патологией и патологией забрюшинного пространства [1,3-6].

Вашему вниманию представляется клиническое наблюдение успешного применения малоинвазивных технологий у пациентки с гигантской эндокринной кистозной опухолью поджелудочной железы.

Клиническое наблюдение

Больная З., 59 лет доставлена нарядом скорой медицинской помощи 02.09.2018 в ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ с жалобами на боли в эпи- и левой мезогастральной областях, слабость. Настоящее ухудшение состояния отмечает в течение суток, при этом улучшения на фоне эмпирической терапии на амбулаторном этапе достигнуто не было. Госпитализирована в хирургическое отделение с предварительным диагнозом острый панкреатит. Объемно образование брюшной полости.

Со слов больной, боли в животе ранее не беспокоили, амбулаторно не обследовалась, профильными специалистами не наблюдалась. Из анамнеза известно, что страдает ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью 3 ст, высокого риска сердечно-сосудистых осложнений, а также хроническим сальпингоофоритом с длительной ремиссией. Хирургический анамнез представлен аппендэктомией косо-переменным доступом в 80-х годах.

При поступлении объективно: Живот напряжен, не вздут, болезненный в эпи- и левой мезогастральной областях, где пальпируется объемное образование 150x120 мм, плотной консистенции, мало смещаемое. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перкуторно свободной жидкости в животе нет.

При обследовании из особенностей:

УЗИ брюшной полости: признаки ограниченного поликистозного образования с сосудистым пристеночным компонентом (320x170x240 мм, объемом до 5000 мл), что первично оценено как киста (?) левого яичника. Диффузные изменения печени. Признаки удвоения и пиелоэктазии левой почки.

МСКТ брюшной полости: в области эпи- и мезогастральной, в проекции сальниковой сумки и забрюшинном пространстве выявляется массивное многокамерное кистозно-солидное образование 225 x 170 x 250 мм (рис. 1а,б).

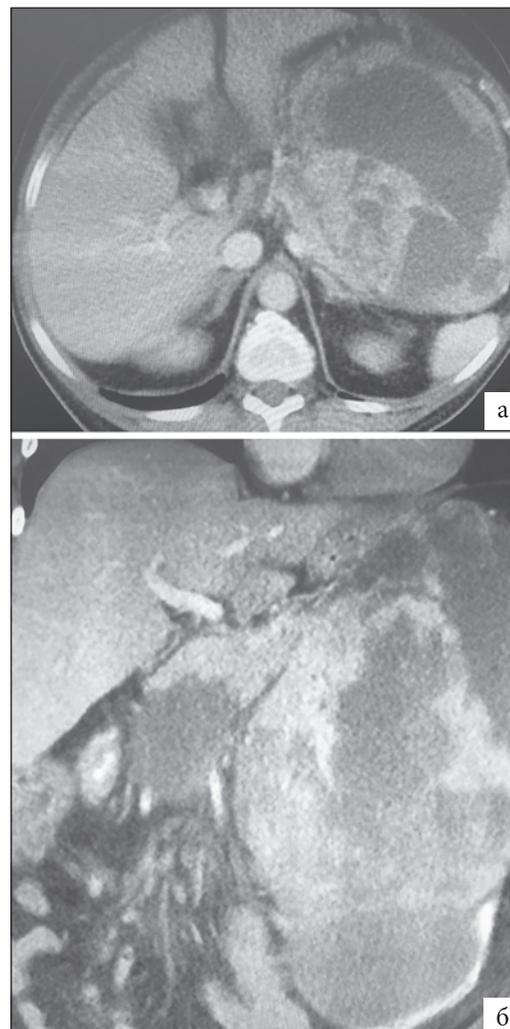


Рис. 1 (а,б). МСКТ с болюсным контрастированием в сагитальной (а) и фронтальной (б) проекциях. В области эпи- и мезогастральной определяется массивное многокамерное кистозно-солидное образование размерами 225 x 170 x 250 мм, предположительно исходящее из хвоста поджелудочной железы.

ЭГДС: хронический гастрит, хронический рефлюкс-эзофагит, грубая рубцовая деформация луковицы 12 перстной кишки.

Общий анализ крови: гемоглобин 76 (г/л), эритроциты $2.7(10^{12}/л)$, лейкоциты $7.8(10^9/л)$, тромбоциты $382(10^9/л)$,

Осмотрена терапевтом: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь 3 ст, 3 ст, НК 1 ст, анемия средней тяжести неуточненного генеза.

Больная в связи с нарастанием болевого синдрома и отсутствием положительной динамики на фоне лечения после полноценного обследования и предварительной предоперационной подготовки была подана в операционную для проведения диагностической лапароскопии с дальнейшим определением тактики лечения после интраоперационной ревизии.

На операции: печень обычного цвета и консистенции, висцеральная и париетальная поверхности гладкие, метастатических узлов не содержат. Сальниковая сумка выбухает кпереди, желудок отдавлен кверху. В сальниковой сумке, через желудочно-ободочную связку визуализируется опухолевидное образование размерами 250x200x150 мм, тугоэластической консистенции. В эпигастральной области и подреберьях установлены три троакара (10 мм и два 5 мм). При осмотре и инструментальной пальпации гепатодуоденальной связки лимфаденопатии не выявлено. Желчный пузырь размерами 90x50 мм, не напряжен, сероза последнего не изменена, при пальпации конкрементов не содержит. С применением ультразвукового скальпеля HARMONIC® (EthiconEndo-Surgery) рассечена желудочно-ободочная связка. При этом отмечено, что стенка объемного образования интимно припаяна к задней стенке желудка на всем протяжении большой кривизны. Головка поджелудочной железы размерами 30x20 мм, плотной консистенции, подвижная. Произведена пункция кистозного образования с последующей эвакуацией порядка 3 литров отделяемого по типу шоколадного секрета. Произведено иссечение кисты по периметру, после чего выявлено еще одно кистозное образование, локализирующее в области тела и хвоста поджелудочной железы, с распространением процесса на брыжейку ободочной кишки, в ворота селезенки и паранефральное пространство слева. При пункции получено темное жидкое отделяемое. Высказано предположение о наличии у пациентки двухкамерного кистозного объемного образования в виде песочных часов, при этом имелись признаками геморрагической имбибии стенки кисты и кровоизлияниями в ее просвет. С применением УЗ-скальпеля HARMONIC® (EthiconEndo-Surgery) кистозное образование по периметру выделено вместе с хвостом поджелудочной железы, выполнено клипирование селезеночной вены. Селезенка после осмотра обычной консистенции и размеров. Отступив на 5 см от кистозного образования произведена корпокаудальная резекция поджелудочной железы с применением эндоскопического сшивающего аппарата ECHILON FLEX (EthiconEndo-Surgery).

Из-за технических трудностей при манипуляциях, а также для удаления макропрепарата выполнена конверсия к минилапаротомии срединным доступом (5 см). Линия скрепочного шва укрыта узловыми швами нитками викрил 3/0. В малый таз, сальниковую сумку, к культе поджелудочной железы и под диафрагму слева установлены дренажные трубки, после чего выполнено послойное ушивание операционных ран. После операции больная на ИВЛ переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии. Удаленный макропрепарат (рис. 2) представлен кистозным образованием диаметром 130 мм, в тонкой капсуле с отрезком хвоста поджелудочной железы 70 мм, в просвете некротически измененные ткани. Отдельно стенка кисты, вскрыта, размером 150x50x20 мм, гладкая снаружи и внутри.

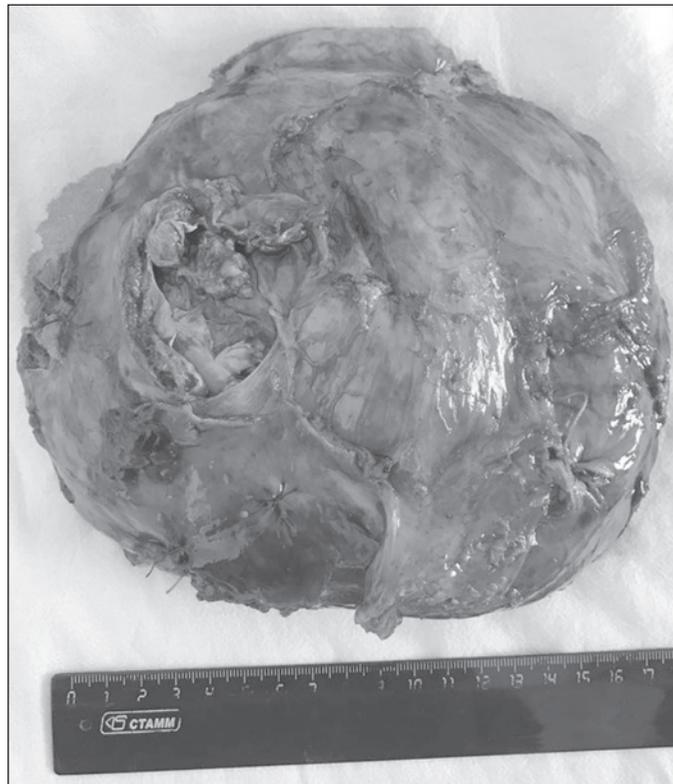


Рис. 2. Удаленный макропрепарат (комментарий в тексте)

Таким образом, сформулировано интраоперационное заключение о наличии у больной кистозного новообразования хвоста поджелудочной железы с кровоизлиянием в полость. Больной выполнена лапароскопически ассистированная корпокаудальная резекция поджелудочной железы.

В ближайшем послеоперационном периоде больная находилась в отделении реанимации и интенсивной терапии. После стабилизации состояния переведена в хирургическое отделение. В послеоперационном периоде проводилась инфузионная, спазмолитическая, обезболивающая, антикоагулянтная, антибактериальная, антисекреторная терапия, профилактика моторно-эвакуаторных нарушений и электрофизиологический мониторинг методом селективной полиграфии и резонансная электростимуляция перистальтической активности пищеварительного тракта, коррекция, анемического синдрома. На фоне лечения отмечена положительная динамика, гемодинамика скомпенсирована. По данным изучения перистальтической активности методом селективной полиграфии полное восстановление моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта отмечено на 3-4 сутки после операции. Для данных целей применялись индивидуально-корректируемые режимы мониторинга и резонансной электростимуляции (патент РФ 2648819).

Дренажи из брюшной полости поэтапно удалены к 3-4 суткам, больная активизирована, с 3 суток восстановлен пероральный прием пищи.

При морфологическом исследовании стенка первой кисты, прилегающая к ткани поджелудочной железы представлена разрастанием эндокринного крупноклеточного рака. Стенка второй кисты представлена фиброзной тканью с очагами кровоизлияний и диффузной лимфоцитарной инфильтрацией.

По завершении стационарного этапа лечения в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное долечивание с рекомендациями обязательной явки и наблюдением онкологом по месту жительства. Через 3 месяца опрошена по телефону (находится не в московском регионе в настоящее время). Со слов здорова, состояние удовлетворительное, рекомендации клинические и диетические игнорирует, под наблюдением у онколога не находится.

Обсуждение

Эндокринные опухоли поджелудочной железы относятся к числу редко встречающихся заболеваний, и составляют большинство функционирующих нейроэндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта [7]. Согласно современным представлениям о существовании диффузной нейроэндокринной системы, источниками нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы являются эндокринные и экзокринные клетки, локализованные в ткани панкреаса и продуцирующие разнообразные биологически активные вещества. Клетки диффузной нейроэндокринной системы обладают общими иммунофенотипическими особенностями и дают положительную реакцию с антителами к общим нейроэндокринным маркерам (хромогранин А, синаптофизин). Принято выделять 2 типа нейроэндокринных образований поджелудочной железы: ортотопические, развивающиеся из активно функционирующих в нормальных патологических условиях гормональных клеток (инсулинома, глюкагонома, соматостатинома) и эктопические (в норме отсутствующие в ткани панкреаса, появляющиеся при развитии нейроэндокринной опухоли - гастринома, ВИПома, карциноид).

Несмотря на существующие терминологические расхождения, в последнее десятилетие подобные опухоли из клеток диффузной нейроэндокринной системы принято называть нейроэндокринные опухоли, а ранее известные и широко распространенные общие названия этих новообразований как «апудома» или «карциноид», утратили в настоящее время свое значение и не используются в современных классификациях, хоть нередко и встречаются в отечественных публикациях [8].

Алгоритм диагностики нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы основан на выявлении клинических синдромов, обусловленных избыточной продукцией тех или иных гормонов, лабораторном подтверждении повышенной концентрации соответствующих гормонов и пептидов в биологических жидкостях, изменениях в общих и специфических биохимических маркерах, а также топической визуализации опухоли по данным современных инструментальных

методов диагностики [8,9]. Клиническая картина у больных с нефункционирующими нейроэндокринными опухолями (не сопровождающаяся гормональными дисфункциями), длительное время без скрининговых находок не позволяет заподозрить и, как следствие, верифицировать диагноз [7-9].

На сегодняшний день место и роль хирургического лечения не вызывает сомнений: оно показано всем больным со спорадическими эндокринными опухолями поджелудочной железы при отсутствии нерезектабельных отдаленных метастазов и тяжелых сопутствующих заболеваний [8,9].

Заключение

Внедрение лапароскопических технологий в хирургическую рутинную практику привело к тому, что на сегодняшний день практически все виды оперативных вмешательств могут быть воспроизведены и выполняются с использованием эндовидеохирургической техники. Внедрение лапароскопии позволило существенно изменить диагностику и лечебную тактику как при плановых, так и urgentных хирургических заболеваниях.

Современное развитие лапароскопической хирургии после периода освоения практически всех видов хирургических вмешательств не исчерпало своих потенциальных возможностей и требует совершенствования в новых разделах хирургии, в том числе при вмешательствах на поджелудочной железе в условиях скоромощного стационара.

Список литературы

1. Сажин А.В., Мосин С.В., Дзусов М.А. Место лапароскопических технологий в диагностике и лечении острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза (обзор литературы) //РМЖ. 2016. 24(3). С. 190-192.
2. Курочкин Д.М., Гольцов В.Р., Савелло В.Е., Бакунов А.М. Возможности применения мининвазивных вмешательств при лечении кист поджелудочной железы, осложненных перфорацией и разлитым ферментативным перитонитом //Анналы хирургической гепатологии. 2015.20(3). С. 124-128.
3. Miskovic D., Wyles S.M., Tekkis P., Hanna G.B. Learning curve and cases election in laparoscopic colorectal surgery – systematic review and international multi-centre analysis of 4852 cases. *Diseases of the Colon and Rectum*, 2012, 55, pp. 1300-1310.
4. Хатьков И.Е., Цвиркун В.В., Израйлов Р.Е., Васнев О.С., Байчоров М.Э., Тютюнник П.С., Хисамов А.А., Андрианов А.В., Михневич М.В. Лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция: эволюция результатов 215 операций //Анналы хирургической гепатологии. 2018. 23(1). С. 47-54.
5. Venkat R., Edil V.H., Schulick R.D., Lidor A.O., Makary M.A., Wolfgang C.L. Laparoscopic distal pancreatectomy is associated with significantly less overall morbidity compared to the open technique: a systematic review and meta-analysis. *Ann. Surg.* 2012, 255 (6), pp. 1048-1059.
6. Тютюнник П.С., Хатьков И.Е., Цвиркун В.В., Израйлов Р.Е., Хисамов А.А., Андрианов А.В. Выбор оптимальной модели для построения кривой обучения в лапароскопической хирургии на примере панкреатодуоденальной резекции // Эндоскопическая хирургия. 2015. 21(5). С. 45-49.

7. **Гуревич Л.Е.** Диагностика нейроэндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта // Практическая онкология. 2005. 6(4). С. 193-200.

8. **Кубышкин В.А., Кочатков А.В., Константинова М.М., Кригер А.Г.** Нейроэндокринная неоплазия поджелудочной железы: терминология, классификация и стадирование // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012. 6. С. 4-8.

9. **Кочатков А.В., Кубышкин В.А., Кригер А.Г., Кармазановский Г.Г., Замолодчиков Р.Д., Makeeva-Malinovskaya N.Y., Цыганков В.Н.** Диагностика нейроэндокринных неоплазий поджелудочной железы // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2014. 2. С. 8-15

References

1. **Sazhin A.V., Mosin S.V., Dzusov M.A.** The place of laparoscopic technologies in the diagnosis and treatment of acute intestinal obstruction of non-tumor genesis (literature review). *RMJ*, 2016, 24 (3), pp. 190-192. [In Russ].

2. **Kurochkin D.M., Goltsov V.R., Savello V.E., Bakunov A.M.** The possibilities of using minimally invasive interventions in the treatment of pancreatic cysts complicated by perforation and diffuse enzymatic peritonitis. *Annaly kchirurgicheskoi gepatologii*, 2015, 20 (3), pp. 124-128. [In Russ].

3. **Miskovic D., Wyles S.M., Tekkis P., Hanna G.B.** Learning curve and case selection in laparoscopic colorectal surgery – systematic review and international multi-center analysis of 4852 cases. *Diseases of the Colon and Rectum*, 2012, 55, pp. 1300-1310.

4. **Khatkov I.E., Tsvirkun V.V., Izrailov R.E., Vasnev OS, Baichorov ME, Tyutyunnik PS, Khisamov AA, Andrianov A.V., Mikhnevich M.V.** Laparoscopic pancreatoduodenal resection: evolution of the results of 215 operations. *Annaly kchirurgicheskoi gepatologii*, 2018, 23 (1), pp. 47-54. [In Russ].

5. **Venkat R., Edil B.H., Schulick R. D., Lidor A.O., Makary M.A., Wolfgang C.L.** Laparoscopic distal pancreatectomy is associated with significantly less overall morbidity compared to the open technique: a systematic review and meta-analysis. *Ann. Surg*, 2012, 255 (6), pp. 1048-1059. [In Russ].

6. **Tyutyunnik P.S., Khatkov I.E., Tsvirkun V.V., Izrailov R.E., Khisamov A.A., Andrianov A.V.** The choice of the optimal model for constructing a learning curve in laparoscopic surgery on the example of pancreatoduodenal resection. *Endoskopicheskaya Khirurgiya*, 2015, 21 (5), pp. 45-49. [In Russ].

7. **Gurevich L.E.** Diagnosis of neuroendocrine tumors of the gastrointestinal tract. *Prakticheskaya Oncologiya*, 2005, 6 (4), pp. 193-200. [In Russ].

8. **Kubyshkin V.A., Kochatkov A.V., Konstantinova M.M., Krieger A.G.** Pancreatic neuroendocrine neoplasia: terminology, classification

and staging. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*, 2012, 6, pp. 4-8. [In Russ].

9. **Kochatkov A.V., Kubyshkin V.A., Krieger A.G., Karmazanovsky G.G., Zamolodchikov R.D., Makeeva-Malinovskaya N.Y., Tsyganov V.N.** Diagnosis of neuroendocrine neoplasia of the pancreas. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*, 2014, 2, pp. 8-15. [In Russ].

Сведения об авторах

Халидов Омар Халидович — д.м.н., профессор кафедры ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», хирург ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева

Карпов Игорь Владимирович – к.м.н., заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева

Гудков Александр Николаевич – заведующий 18-м хирургическим отделением ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева

Джаджиев Андрей Борисович – к.м.н., доцент кафедры ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», хирург ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева

Куницкий Юрий Богданович – заведующий патологоанатомическим отделением ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева

Кондратьев Ярослав Владимирович – аспирант кафедры ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»

Фомин Владимир Сергеевич – к.м.н., доцент кафедры ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», хирург ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева

Information about the authors

Khalidov Omar – Professor of Evdokimov MSMSU, MD, surgeon in Veresaev City Clinical Hospital

Karpov Igor – Deputy Chief of Surgery in Veresaev City Clinical Hospital

Gudkov Alexander – Head of 18 surgeon department in Veresaev City Clinical Hospital

Dzhadzhiev Andrey – Docent of Evdokimov MSMSU, PhD, surgeon in Veresaev City Clinical Hospital

Kunitzky Yuri – Head of the pathoanatomical department in Veresaev City Clinical Hospital

Kondratyev Yaroslav – postgraduate student of Evdokimov MSMSU, PhD

Fomin Vladimir – Docent of Evdokimov MSMSU, PhD, surgeon in Veresaev City Clinical Hospital