

DOI: 10.17238/issn2072-3180.2020.2.41-44

УДК: 616-089-07

© Мужиков С.П., Еременко М.Ю., 2020

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ПОВОДУ МУЦИНОЗНОЙ ЦИСТАДЕНОКАРЦИНОМЫ ДИАМЕТРОМ 15 СМ

С.П. МУЖИКОВ ¹, М.Ю. ЕРЕМЕНКО ²

¹ НИИ-ККБ1, г.Краснодар, ул.1 мая, 167.

² ООО Клиника Екатерининская, г.Краснодар, ул. Яцкова, 2/2

Резюме:

Введение: Муцинопродуцирующие карциномы – агрессивные злокачественные опухоли поджелудочной железы. Редко достигают размеров более 4-5 см.

Цель исследования: демонстрация клинического случая нестандартной хирургической тактики для гигантского новообразования ЗБК– лапароскопической дистальной резекции поджелудочной железы по поводу муцинопродуцирующей карциномы диаметром 15 см

Материалы и методы: В хирургическое отделение в декабре 2019 года на плановое оперативное лечение поступил пациент Н., 35 лет. с диагнозом – новообразование хвоста поджелудочной железы.

Результаты: Пациенту выполнена операция в плановом порядке – лапароскопическая дистальная резекция поджелудочной железы. Интраоперационно хвост поджелудочной железы представлен новообразованием до 15 см в диаметре, плотной консистенции, спаянным с окружающими тканями.

Патогистологическое заключение соответствовало муцинозной цистаденокарциноме.

Обсуждения: В литературных источниках относительно мало информации о муцинопродуцирующих карциномах подобного размера, методах их лапароскопического удаления. Подобные случаи требуют дальнейшего изучения.

Заключение: При наличии муцинозной цистаденокарциномы хвоста поджелудочной железы диаметром 15 см технически выполнима лапароскопическая дистальная резекция поджелудочной железы, что позволяет провести радикальную операцию, ускорить реабилитацию пациента несмотря на объем операционной травмы.

Современное развитие лапароскопической хирургии не исчерпало своих потенциальных возможностей и требует совершенствования в новых разделах хирургии, в том числе при вмешательствах на поджелудочной железе.

Ключевые слова: муцинозная цистаденокарцинома поджелудочной железы, новообразование поджелудочной железы, дистальная резекция поджелудочной железы, новообразование поджелудочной железы

LAPAROSCOPIC DISTAL RESECTION OF THE PANCREAS FOR MUCINOUS CYSTADENOCARCINOMA WITH A DIAMETER OF 15 CM

S.P.MUZHNIKOV ¹, M.IU.EREMENKO ²

¹ Research Institute Regional clinical hospital №1, Russian Federation, Krasnodar, 350086, 1 maya st., 167

² ООО Клиника Екатерининская, Russian Federation, Krasnodar, 350901, Yatskova st., 2/2

Abstract:

Introduction: Mucinous carcinomas are aggressive malignant tumors of the pancreas. They rarely reach sizes larger than 4-5 cm.

Demonstration of a clinical case of performing distal pancreatic resection in a patient with mucinous adenocarcinoma. A special feature of the case is the size of the tumor up to 15 cm.

Materials and Methods: patient N., 35 years old, was admitted to the surgical Department for planned surgical treatment in December 2019. He was diagnosed with a neoplasm of the tail of the pancreas

Results: The patient underwent a planned operation-laparoscopic distal resection of the pancreas. Intraoperatively, the tail of the pancreas is represented by a neoplasm up to 15 cm in diameter, of a dense consistency, soldered to the surrounding tissues. The pathohistological conclusion was consistent with mucinous cystadenocarcinoma.

Discussion: There is relatively little information in the literature about mucin-producing carcinomas of this size and methods of their laparoscopic removal. Such cases require further study.

Conclusion: In the presence of mucinous cystadenocarcinoma of the tail of the pancreas with a diameter of 15 cm, laparoscopic distal resection of the pancreas is technically feasible, which made it possible to perform a radical operation, speed up the patient's rehabilitation despite the volume of the operating injury.

The current development of laparoscopic surgery has not exhausted its potential and requires improvement in new sections of surgery, including in interventions on the pancreas.

Key words: mucinous cystadenocarcinoma of the pancreas; neoplasm of the pancreas; distal resection of the pancreas; neoplasm of the pancreas

Введение

В настоящее время лапароскопическая хирургия интегрируется в повседневную практическую деятельность хирурга, охватывая многочисленный ареал операций [1-4]. 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 [1-3, 5-6]. Представлен клинический случай выполнения лапароскопической дистальной резекции поджелудочной железы по поводу муцинозной цистаденокарциномы диаметром 15 см.

Муцинозная цистаденокарцинома – редкое злокачественное новообразование поджелудочной железы, с высокими трудностями диагностики, плохим клиническим прогнозом при запущенности процесса, в диаметре редко превышает 4 см [3,7-8].

Цель исследования – демонстрация клинического случая лапароскопической дистальной резекции поджелудочной железы по поводу муцинпродуцирующей цистаденокарциномы диаметром 15 см.

Материалы и методы

В хирургическое отделение в декабре 2019 года на плановое оперативное лечение поступил пациент К., 38 лет. с диагнозом – новообразование хвоста поджелудочной железы.

Из анамнеза. Манифестация заболевания началась с развития болевого синдрома. Пациентку беспокоили периодические боли в верхнем этаже брюшной полости. В левом подреберье пальпировалось плотное новообразование до 10 см, несмещаемое пальпаторно. Живот при пальпации локально болезненный в области новообразования.

При выполнении УЗИ ОБП: в области хвоста желудочной железы кистозное новообразование размерами 150x100x90 мм, с стенкой до 5 мм.

КТ ОБП: объемное новообразование в области хвоста поджелудочной железы до 15 см в диаметре, без признаков инвазии в прилежащие органы, оттесняющее сосуды селезенки, желудок, толстую кишку.

ФГДС: поверхностный гастрит.

Лабораторные анализы: общий анализ крови – гиперاميлаземия.

Пациентке выставлен диагноз: «новообразование хвоста поджелудочной железы», показано оперативное лечение. Проведена предоперационная подготовка.

Под контролем зрения в параумбиликальной области установлен троакар, наложен карбоксиперитонеум. При ревизии в области хвоста поджелудочной железы кистозное новообразование до 15 см в диаметре, оттесняющее селезенку, толстую кишку, желудок. Содержимое кисты аспирировано, получено 800 мл мутного отделяемого, взят посев. Сосуды селезенки распластаны по стенке кисты, технически мобилизовать их от стенки новообразования не представляется возможным, принято решение выполнить спленэктомию. Селезеночная артерия и вена лигированы в области тела поджелудочной железы на 2 см проксимальнее окончания хвоста поджелудочной железы, на этом же уровне выполнено пересечение поджелудочной железы с культиванием железы мононитью непрерывным обвивным швом. Селезенка, хвост поджелудочной железы с новообразованием удалены, извлечены из брюшной полости в медицинском эвакуаторе фрагментировано через доступ для троакара без его расширения с соблюдением принципов абластики. Санация, дренирование брюшной полости. Десуфляция. Послеоперационные раны послойно ушиты.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка переведена из отделения реанимации на следующие сутки после операции. Швы сняты, послеоперационные раны без признаков воспаления, заживают первичным натяжением. Несмотря на объем операционной травмы, пациентка была выписана через 4 суток после операции без дренажей.

Посев содержимого кисты: бактериальный рост не выявлен.

Патогистологическое заключение. Гладкостенная киста до 17 см без эпителиальной выстилки.

ИГХ соответствует муцинпродуцирующей цистаденокарциноме.

Результаты

Пациенту выполнена операция в плановом порядке лапароскопическая дистальная резекция поджелудочной железы с новообразованием. Интраоперационно хвост поджелудочной железы представлен новообразованием до 15 см в диаметре, плотной консистенции, спаянным с окружающими тканями

Патогистологическое заключение соответствовало муцинозной цистаденокарциноме. Подобный размер не характерен для нее.

В литературных источниках относительно мало информации о муцинпродуцирующих карциномах подобного размера, методах их лапароскопического удаления. Подобные случаи требуют дальнейшего изучения.

Доступ для троакара не превышал размеры, необходимые для фрагментированного удаления из брюшной полости хвоста поджелудочной железы с новообразованием и селезенки.

Операционная травма сопоставима с штатной лапароскопической резекцией поджелудочной железы.

Учитывая редкость данного заболевания, отсутствие единых подходов к лечению, необходимо дальнейшее исследование данной патологии.

Обсуждение

В литературных источниках, как российских, так и зарубежных, относительно мало информации о гигантских муцинозных цистаденокарциномах, лапароскопических методах их удаления.

Методы лапароскопического хирургического лечения муцинозных цистаденокарцином мало изучены. Подобные клинические случаи требуют дальнейшего изучения.

Заключение

1. При наличии муцинозной цистаденокарциномы хвоста поджелудочной железы диаметром 15 см технически выполнима лапароскопическая дистальная резекция поджелудочной железы, что позволяет провести радикальную операцию, ускорить реабилитацию пациента несмотря на объем операционной травмы.

2. Современное развитие лапароскопической хирургии не исчерпало своих потенциальных возможностей и требует совершенствования в новых разделах хирургии, в том числе при вмешательствах на поджелудочной железе.

Информация о конфликте интересов. Конфликт интересов отсутствует.

Информированное согласие. Информированное согласие пациента на публикацию своих данных получено.

Информация о спонсорстве. Данная работа не финансировалась.

Список литературы:

1. 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.

2. Хатъков 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.

3. Zhang Q, Zeng L, Chen Y, Lian G, Qian C, Chen S, Li J, Huang, K. Pancreatic Cancer Epidemiology, Detection, and Management. *Gastroenterol Res Pract.* 2016;2016:1-10. <https://doi.org/10.1155/2016/8962321>

4. Гуревич Л.Е. Диагностика нейроэндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта // *Практическая онкология*, 2005. № 6(4). С. 193-200

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.

6. Tempero M.A., Malafa M.P., Al-Hawary M. Pancreatic Adenocarcinoma, Version 2.2017, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J. Natl. Compr. Canc. Netw.*, 2017; № 15 (8), pp. 1028-1061.

7. Song K.B., Kim S.C., Hwang D.W. Matched case-control analysis comparing laparoscopic and open pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy in patients with periampullary tumors. *Ann. Surg.*, 2015, № 262 (1), pp. 146-155

8. Rode J., Dhillon A.P., Doran J.F. et al. PGP 9.5, a new marker for human neuroendocrine tumors. *Histopathology*, 1985, № 9, pp. 147-158.

References:

1. 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]

2. Khatkov I.E., Tsvirkun V.V., Izrailov R.E., Vasnev O.S., Baichorov M.E., Tyutyunnik P.S., Khisamov A.A., Andrianov A.V., Mikhnevich M.V. Laparoskopicheskaya pankreatoduodenal'naya rezekciya: e'voluciya rezul'tatov 215 operacij (Laparoscopic pancreatoduodenal resection: evolution of the results of 215 operations). *Annaly kchirurgicheskoi gepatologii*, 2018, № 23 (1), pp. 47-54. [In Russ]

3. Zhang Q, Zeng L, Chen Y, Lian G, Qian C, Chen S, Li J, Huang, K. Pancreatic Cancer Epidemiology, Detection, and Management. *Gastroenterol Res Pract.*, 2016, 2016:1-10. <https://doi.org/10.1155/2016/8962321>

4. Gurevich L.E. Diagnosis of neuroendocrine tumors of the gastrointestinal tract (Diagnostika nejroe'ndokrinny'x opuxolej zheludochno-kishechnogo trakta). *Prakticheskaya Oncologiya*, 2005, № 6 (4), pp. 193-200. [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.

6. Tempero M.A., Malafa M.P., Al-Hawary M. Pancreatic Adenocarcinoma, Version 2.2017, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J. Natl. Compr. Canc. Netw.*, 2017, № 15 (8), pp. 1028-1061.

7. Song K.B., Kim S.C., Hwang D.W. Matched case-control analysis comparing laparoscopic and open pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy in patients with periampullary tumors. *Ann. Surg.*, 2015, № 262 (1), pp. 146-155.

8. Rode J., Dhillon A.P., Doran J.F. et al. PGP 9.5, a new marker for human neuroendocrine tumors. *Histopathology*, 1985, № 9, pp. 147-158.

Сведения об авторах:

Мужиков Станислав Петрович, к.м.н., хирург, ООО Клиника Екатеринбургская, г.Краснодар, ул. Яцкова, 2/2, 89184773419, stas200682@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0760-9762>

Еременко Марина Юрьевна*, хирург, ООО Клиника Екатеринбургская, г.Краснодар, ул. Яцкова, 2/2, 89189307775, eremkamarinka@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9183-6393>

Authors:

Stanislav Petrovich Muzhikov, c.s.m., ООО Клиника Екатеринбургская, surgeon, 89184773419, stas200682@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0760-9762>

Marina Iurevna Eremenko, ООО Клиника Екатеринбургская, surgeon, eremkamarinka@mail.ru, 89189307775, <https://orcid.org/0000-0002-9183-6393>