

А. Ю. Бах, В. Г. Паруков

ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. С. Б. Синило

2-я кафедра хирургических болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Изучены результаты хирургического лечения нейроэндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта у 8 пациентов, что составило 0,023% от всех пациентов, пролеченных за последние три года в хирургических отделениях ГК БСМП г. Минска. У 4 пациентов был карциноид червеобразного отростка, у 1 - карциноид тонкой кишки, у 2 – инсулиномы, и у 1- карциноид поджелудочной железы. Умерла одна пациентка 77 лет от прогрессирующей полиорганной дисфункции. Нейроэндокринные опухоли редкая и труднодиагностируемая патология, лечение только хирургическое и в специализированных отделениях.

Ключевые слова: карциноид, инсулинома, гипогликемический синдром.

Resume. We analyzed results of the surgical treatment of neuroendocrine tumours (NET) of gastrointestinal tract in 8 patients. This represents 0.023% of all patients in surgical departments of City Clinical Hospital of Emergency Care (Minsk). 4 patients had carcinoid of appendix, 1 - carcinoid of small intestine, 2 patients – insulinomas, 1 - carcinoid of the pancreas. 77 y.o. patient died of multiple organ dysfunction. NET are rare and hard detected condition which should be treated surgically in special referral centers.

Keywords: carcinoid, insulinoma, hypoglycemic syndrome

Актуальность. Нейроэндокринные опухоли (НЭО) желудочно–кишечного тракта (ЖКТ) являются редкой (12-15 наблюдений на 1 млн. населения [1]) патологией и относятся к очень сложному разделу медицины. Первым этапом в изучении НЭО было открытие в 1897 году Н.К. Кульчицким нейрохромафинных (окрашивались раствором солей хрома) клеток [2]. S. Oberndorfer (1907) предложил термин “карциноид” для обозначения опухолей кишечника, медленно растущих и более доброкачественных, чем аденокарцинома [2]. F. Feyrter предположил, что карциноиды происходят из клеток диффузной эндокринной системы [2]. В 1969г. Э.Пирс выдвинул концепцию о существовании в организме клеточной системы, основным свойством которой является способность её клеток вырабатывать биогенные амины и пептидные гормоны, и назвал её APUD-системой (Amine Precursor Uptake Decarboxylase) [2]. В дальнейшем было показано, что регуляторные пептиды и биологически активные амины присутствуют как в клетках диффузной эндокринной системы (APUD-клетках), так и в нейронах центральной и периферической нервной системы, что позволило объединить эти элементы в единую регулируемую систему организма – диффузную нейроэндокринную [2]. F.V. Schally выделил соматостатин и выявил его ингибиторные функции на

нейроэндокринные клетки и в 1977 году ему была вручена Нобелевская премия [2]. НЭО – группа новообразований, происходящих из нейроэндокринных клеток, способных продуцировать регуляторные пептиды и амины, которые вызывают типичные гормональные синдромы [2]

Цель: Изучить результаты лечения НЭО ЖКТ.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 8 историй болезни пациентов с НЭО ЖКТ, находившихся на лечении в хирургических отделениях УЗ ГК БСМП с 2012 по 2014 годы.

Результаты и их обсуждение. За последние 3 года в хирургических отделениях ГК БСМП было пролечено 35054 пациента. Частота встречаемости НЭО ЖКТ составила 0,023%. Все пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа – пациенты с карциноидом червеобразного отростка (4), 2 группа – карциноидом тонкой кишки (1), 3 группа – НЭО поджелудочной железы (3). Среди пациентов с карциноидом аппендикулярного отростка было 3 мужчины и 1 женщина. Средний возраст составил 40 лет. Все пациенты поступили с клиникой острого аппендицита, оперированы по экстренным показаниям по поводу острого флегмонозного аппендицита, а гистологическое заключение – карциноид без инвазии в сосуды и перинеурально. Пациенты выписаны на 7 день после операции. Карциноид тонкой кишки также был поставлен пациентке 77 лет гистологически, которая была оперирована по экстренным показаниям по поводу сегментарного тромбоза в системе верхней брыжеечной артерии с субкомпенсированной ишемией. Произведена резекция 50 см участка тонкой кишки. На разрезе обнаружена опухоль до 1см, выступающая в просвет кишки. Гистологически - типичный карциноид. МТС не обнаружено. Пациентка умерла на 27 день после операции при нарастающих явлениях синдрома полиорганной дисфункции. Среди пациентов с НЭО поджелудочной железы одна пациентка была с очень редкой опухолью – карциноидом хвоста поджелудочной железы. В литературе описано всего 100 случаев такой патологии [3]. Пациентка в течение 2-х лет страдала карциноидным синдромом. По поводу острого гастроэнтерита неинфекционной природы неоднократно лечилась в инфекционном отделении районной больницы. При обследовании найдено кистозное образование в хвосте поджелудочной железы 40*44 мм. При выписке из районной больницы рекомендовано наблюдение. При контрольных УЗИ образование в хвосте поджелудочной железе увеличивалось, постоянно беспокоили поносы, повышался уровень глюкозы в крови. Перед операцией на МРТ-ангиографии: в области хвоста кистозное образование размером 56,6*40*45 мм с наличием капсулы и перегородок, накапливающих контрастное вещество, содержимое кисты неоднородное – возможно слизь. Пациентке выполнена дистальная резекция 40% ткани хвоста поджелудочной железы с сохранением селезёнки. В послеоперационном периоде на 8 сутки возникло внутрибрюшное кровотечение из эрозированной селезёночной вены.

Релапаротомия, ушивание селезёночной вены. Пациентка консультирована онкологом. Дополнительное лечение не назначалось. В стационаре пациентка провела 66 койко-дней. Через год пациентка жалоб не имела, данных за метастазы не обнаружено. У двух пациенток 24 лет и 31 года обнаружены инсулиномы поджелудочной железы. Обе страдали гипогликемическим синдромом. У одной пациентки были чувство голода, головная боль, кратковременная потеря сознания в течение года. При обнаружении низкого уровня (1,9 ммоль/л) глюкозы в крови участковый терапевт направила пациентку в МГДЦ. При выполнении КТ брюшной полости в головке поджелудочной железы обнаружен нечёткий очаг пониженной плотности до 15*12 мм с интенсивным накоплением в артериальную фазу контрастного вещества. В отделении хирургической гепатологии выполнена локальная передняя неанатомическая резекция головки поджелудочной железы в объеме операции Фрея с панкреатоеюностомией на петле по РУ, холецистэктомия, холедохостомия по Холстеду. Осложнений не было. В стационаре пациентка провела 27 койко-дней: до операции 2 койко-дней и 25 после. Вторая пациентка в течение 2-х лет обследовалась и лечилась в эндокринологическом стационаре по поводу гипогликемического синдрома. Беспокоили голод, головокружение, потеря сознания, периодически судороги. Уровень глюкозы в крови был 1,6 - 2,4 ммоль/л. Купировался гипогликемический синдром введением глюкозы. С-пептид был резко повышен 2600; 2930; 4133 (N160-1200 пмоль/л). Показатель ИРИ повышался до 244,7 (N2,1-22 мкМЕ/мл). Только через 2 года на КТ в крючковидном отростке обнаружен очаг до 10мм, равномерно накапливающий контрастное вещество. Выполнена локальная передняя неанатомическая резекция головки поджелудочной железы в объеме операции Фрея с панкреатоеюностомией на петле по РУ, холецистэктомия, холедохостомия по Холстеду. Осложнений не было. Проведено 36 койко-дней: до операции 14 койко-дней, после операции 22 койко-дней. Гистологически инсулинома. ИТХМ: СК(++); СК₇(+); S_{yn}(+++); CheA(+). K_i- 67(5%) без признаков инвазии в сосуды и без периневральной инвазии. Все пациенты выписаны под наблюдение онкологов.

Заключение. НЭО ЖКТ редко и труднодиагностируемая патология. Лечение только хирургическое и в специализированном отделении. Ранние и отдалённые результаты лечения пациентов хорошие.

A. U. Bakh, V. G. Parukov

TREATMENT OF GASTROINTESTINAL NEUROENDOCRINE TUMORS

Tutor Assistant S. B. Sinilo

*2nd department of surgical diseases,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

69-я научно практическая конференция студентов и молодых ученых с международным участием «Актуальные проблемы современной медицины и фармации-2015»

1. Егоров, А. В. Вопросы диагностики нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы / А.В. Егоров, Н.М. Кузин // Практическая онкология. – 2005. – Т.6, №4. – С. 206-212.
2. Калинин, А. В. Нейроэндокринные опухоли желудочно-кишечного тракта и поджелудочной железы как гастроэнтерологическая проблема / А. В. Калинин // Архив журнала Фарматека. – 2013. – № 14. – С. 76-92.
3. Kalt, G. A. The diagnosis and medical management of advanced neuroendocrine tumors / G. A. Kalt, G. M.Besser, A. B. Grossman // End. Reviews. – 2004. – Vol. 25(3). – P. 458-511.