

© Коллектив авторов, 2009
УДК 616.37-089.87-072.1

С.Ф.Басос, Н.А.Майстренко, П.Н.Ромащенко

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

Ключевые слова: нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы, лапароскопическая резекция поджелудочной железы.

Нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы (НЭОПЖ) — редкие новообразования, встречающиеся с частотой 1–4 случая на 1 000 000 населения в год с пиковой частотой в возрасте 30–60 лет и составляющие около 1–2% от всех панкреатических опухолей [1, 6]. Трудности диагностики и хирургического лечения НЭОПЖ обусловлены рядом обстоятельств: недостаточным уровнем знаний различных аспектов заболеваний у врачей-клиницистов общехирургических и общетерапевтических стационаров, отсутствием адекватной до-, интра- и послеоперационной морфологической верификации опухолевых и неопухолевых поражений, сохраняющимися ошибками и осложнениями в ведении больных при отсутствии единых протоколов, недостаточной эффективностью научно-исследовательских разработок [5, 8]. Поздняя диагностика НЭОПЖ (в сроки более 1 года от начала заболевания у 90% больных) приводит к развитию грозных осложнений (в том числе и озлокачествлению у каждого пятого пациента) на фоне характерных клинических проявлений заболевания [4, 6, 9]. Выполняемые оперативные вмешательства при запоздалой диагностике НЭОПЖ характеризуются высокой частотой (более 50%) различных послеоперационных осложнений [2].

В связи с этим представляется актуальным совершенствование лечебно-диагностического алгоритма выявления НЭОПЖ, направленного на раннее обнаружение этих опухолей и обоснованному применению малоинвазивных эндовидеохирургических технологий [3, 7]. С целью демонстрации современных возможностей диагностики НЭОПЖ и эффективного использо-

вания малоинвазивных хирургических технологий представляется следующее клиническое наблюдение.

Больная Ш., 38 лет, поступила в клинику 09.04.2007 г. на обследование и лечение с диагнозом направления «опухоль брюшной полости». При поступлении жалоб не предъявляла. Установлено, что в 2006 г. больная обследовалась в поликлинике по месту жительства по поводу периодически возникающих болей в левой поясничной области. При УЗИ в брюшной полости около селезенки, в проекции хвоста поджелудочной железы, выявлено образование размером 4,8×3,7×4,4 см, которое при очередном обследовании через несколько месяцев увеличилось в размерах.

При осмотре состояние больной удовлетворительное, телосложение мезоморфное, питание нормальное. Кожный покров и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст., пульс 70 уд/мин. При обследовании живота особенностей не выявлено. В общеклиническом анализе крови и мочи, биохимическом анализе крови патологии не отмечено, гормональный статус — без особенностей. При УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства подтверждено наличие опухоли неправильной формы в области нижнего полюса селезенки и проекции хвоста поджелудочной железы, которая увеличилась в размерах по сравнению с данными 2006 г. до 5,5×4,1 см. Отмечено, что выявленная опухоль неоднородной структуры из-за жидкостной полости в центре образования диаметром 1,5 см (участок некроза или распада?) (рис. 1).

По данным компьютерной томографии, к переднему краю селезенки и хвосту поджелудочной железы плотно прилежит опухоль округлой формы, размером 5,5×4,5×4,7 см, неоднородной плотности (от 12 до 30 НУ) за счет жидкостного компонента до 1,5 см в центре (рис. 2, а). Мягкотканый компонент образования накапливает контрастное вещество до 40 НУ (см. рис. 2, б).

С целью исключения опухолевого поражения левой половины толстой кишки выполнена ирригоскопия. Все отделы толстой кишки характеризовались типичным расположением и нормальными размерами. Проходимость толстой кишки не нарушена, стенки ее во всех отделах эластичны и полностью расправляются при тугом заполнении. Дефектов наполнения по ходу контрастирования кишки не выявлено. С целью морфологической верификации диагноза (определение морфологической природы опухоли

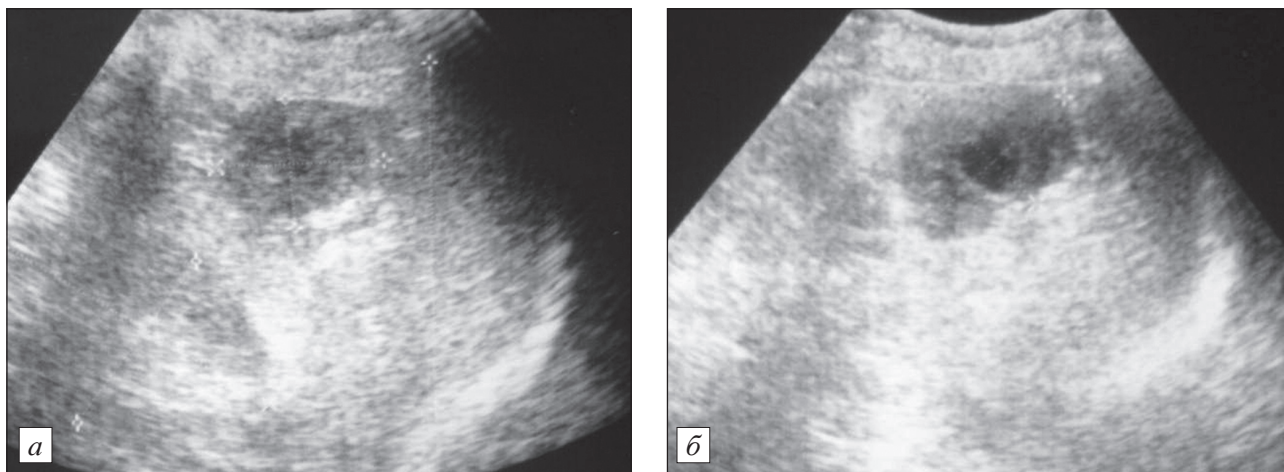


Рис. 1. Эхограмма больной Ш., 38 лет. Опухоль брюшной полости.

а — округлой формы новообразование в проекции хвоста поджелудочной железы; *б* — участок повышенной плотности в центре опухоли.

и исключения ее злокачественного поражения) и выбора варианта оперативного вмешательства выполнена трепанобиопсия опухоли под навигационным контролем УЗИ. При гистологическом исследовании биоптата установлено, что опухоль исходит из ткани поджелудочной железы без признаков злокачественного роста. Установлен дооперационный диагноз: доброкачественная опухоль хвоста поджелудочной железы. Учитывая доброкачественность опухоли, ее локализацию, решено выполнить операцию лапароскопическим способом в объеме дистальной резекции поджелудочной железы.

Операция 23.05.2007 г. — лапароскопическая дистальная резекция поджелудочной железы. Больную расположили на операционном столе в положении на спине с валиком, подложенным вдоль левой половины туловища, с целью приподнять поясничную область на 30° (рис. 3, а).

Лапароскопическую аппаратуру (стойку) поставили слева от больной у головного конца операционного стола. Представляется более удобной позиция хирурга справа от больного, при этом экран монитора находится перед глазами оперирующего. Ассистент располагался справа от хирур-

га. Головной конец операционного стола приподнимали и выравнивали до горизонтального положения пациентки в связи с подложенным валиком, за счет этого петли тонкой кишки, большой сальник, поперечно-ободочная кишка смещаются книзу, улучшая обзор операционного поля. Карбоксиперитонеум ($\text{PCO}_2=14$ мм рт. ст.) формировали игой Вереща, введенной под пупком в точке 1, здесь же вводили первый десятимиллиметровый троакар для лапароскопа с 30° оптикой (см. рис. 3, б). Под контролем лапароскопа в брюшную полость введены еще 3 троакара. Для двух рабочих инструментов на 3 см ниже правой реберной дуги кнутри от среднеключичной линии ставили пятимиллиметровый троакар и на 10 см ниже левой реберной дуги кнаружи от среднеключичной линии — десятимиллиметровый троакар — точки 2 и 4 соответственно. Еще один десятимиллиметровый троакар вводили ниже реберной дуги слева по среднеключичной линии (на уровне пупка) — точка 3, которую использовали для введения электроотсоса, ретрактора и эндоскопического линейного прошивающего аппарата (см. рис. 3, б). При лапароскопии установлено наличие спаечного процесса в левом боковом канале между селезенкой, толстой кишкой и опухо-

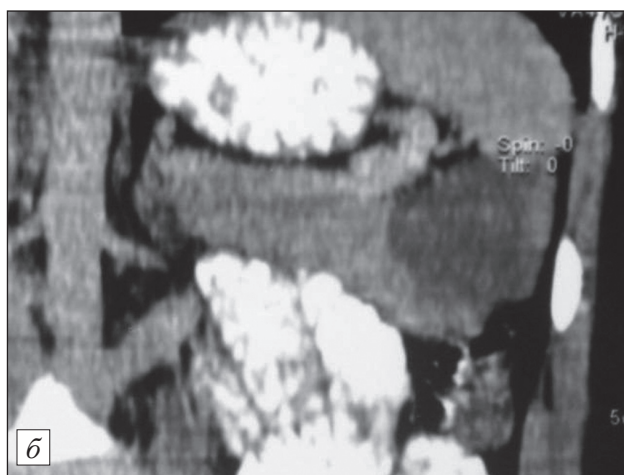
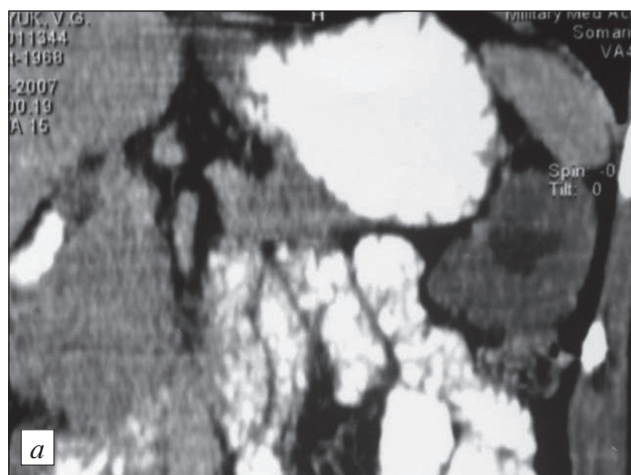
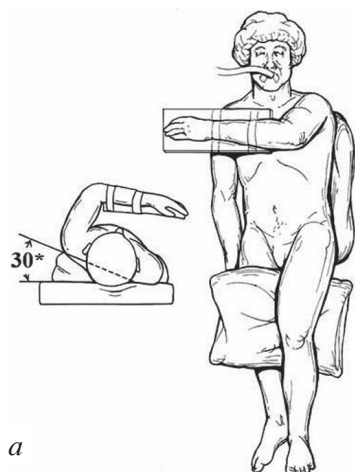
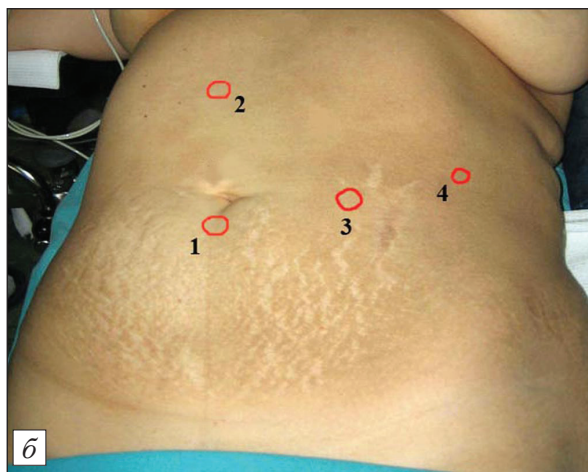


Рис. 2. КТ той же больной.

а — участок повышенной плотности в центре новообразования; *б* — повышение плотности опухоли после внутривенного введения контрастного препарата.



а



б

Рис.3. Расположение пациентки на операционном столе (а) и точки (1–4) введения троакаров (б) при лапароскопической дистальной резекции поджелудочной железы.



Рис. 4. Лапароскопическая дистальная резекция поджелудочной железы с опухолью при помощи эндоскопического линейного прошивающего аппарата у той же больной.

лю диаметром 5 см в диаметре, исходящей из забрюшинного пространства. После разделения рыхлых сращений электрокоагуляцией и частичного рассечения желудочно-ободочной связки установлено, что опухоль исходит из хвоста поджелудочной железы. Отмечено, что опухоль округлой формы без признаков прорастания собственной капсулы. Опухоль хвоста поджелудочной железы мобилизована с прилегающей жировой клетчаткой с сохранением целостности селезеночных сосудов для дистальной резекции, которая выполнена с помощью эндоскопического линейного аппарата фирмы «ETHICON ENDO-SURGERY ETS» Compact-Flex 45 мм (рис. 4).

Препарат извлечен из брюшной полости в полиэтиленовом контейнере. Ложе железы дренировано двупросветным дренажем, выведенным по задней подмышечной линии, для аспирации отделяемого и фракционного промывания антисептиками в послеоперационном периоде. Интраоперационных осложнений не было. Для профилактики острого панкреатита во время и после операции вводили сандостатин в дозе 0,3 мг/сут.

При макроскопической оценке опухоли отмечено, что она плотноэластичной консистенции диаметром 5 см в капсуле, на разрезе — желтого цвета с очагом кровоизлияния в центре (рис. 5), при гистологическом изучении опухоли заподозрена высокодифференцированная аденокарцинома поджелудочной железы папиллярного строения (рис. 6).

Учитывая неоднозначность данных гистологического заключения, с целью дифференциальной диагностики между доброкачественной и злокачественной опухолью поджелудочной железы проведено иммуногистохимическое исследование. В результате иммуногистохимического фенотипирования установлена резко положительная экспрессия с моноклональными антителами к хромогранину А, нейронспецифической енолазе (NSE), слабо положительная реакция к синаптофизину, отрицательная к р53. Обнаружены единичные пролиферирующие клетки, экспрессирующие Ki-67, которых гораздо меньше, чем в неопухолевой ткани поджелудочной железы, что свидетельствовало о высокодифференцированной доброкачественной опухоли поджелудочной железы нейроэндокринного строения (рис. 7) без признаков гормональной активности.

Пациентка в удовлетворительном состоянии выписана домой. При контрольных клиничко-лабораторных инструментальных обследованиях в клинике через 1, 3, 6, 12 и 16 мес признаков рецидива опухоли нет (рис. 8), трудоспособность пациентки восстановлена полностью, качество жизни высокое. Следует отметить, что уровень глюкозы крови после перенесенной операции не превышал 5,4 ммоль. Родила здорового ребенка, беременность протекала без осложнений.

Представленное клиническое наблюдение свидетельствует о возможности и целесообразности выполнения органосберегающих эндовидеохирургических вмешательств у больных с нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы. Рациональное использование современных технологий позволяет определить адекватную программу обследования и хирургического лечения больных с НЭОПЖ, обеспечивающих минимальную травматичность вмешательства, минимизацию осложнений и полную реабилитацию после операции при высоком качестве жизни.

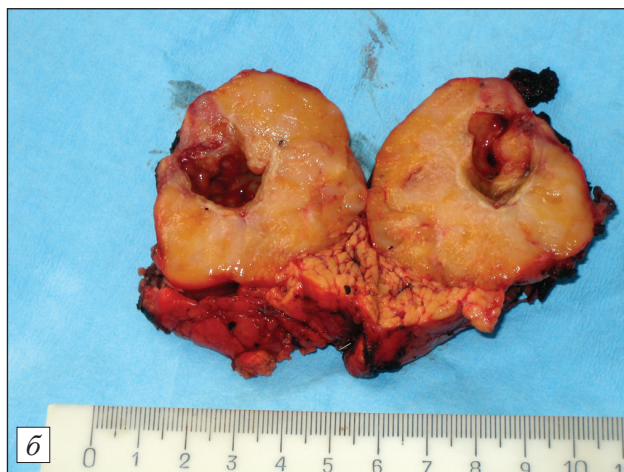


Рис. 5. Макропрепарат. Опухоль хвоста поджелудочной железы больной Ш., 38 лет.
а — до разреза; б — на разрезе.

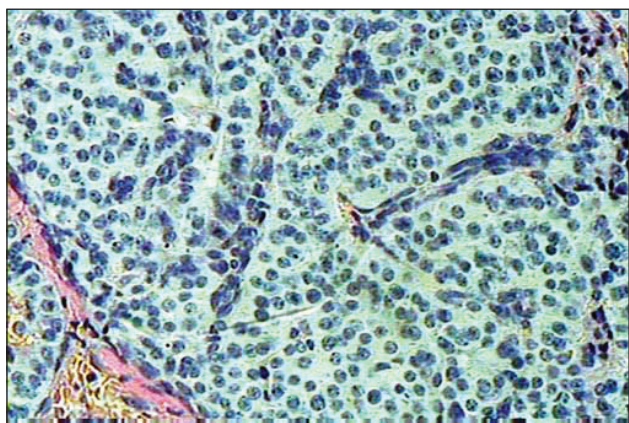


Рис. 6. Микропрепарат опухоли поджелудочной железы той же больной. Крупные клетки с обильной светлой цитоплазмой и небольшими ядрами овально-неправильной формы с крупными глыбками хроматина, местами с признаками ядерной атипии. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 200.

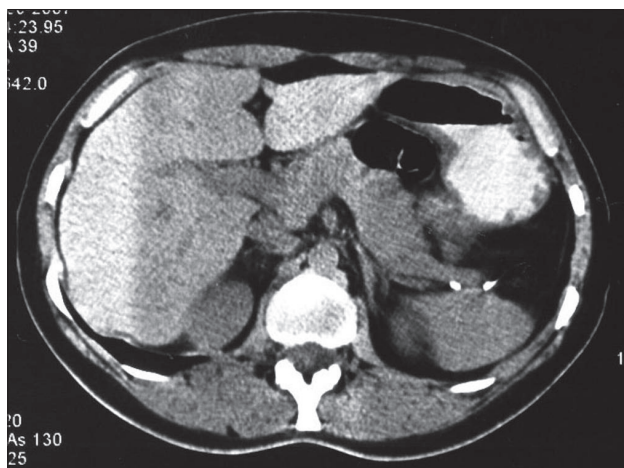


Рис. 8. КТ брюшной полости той же больной через 8 мес после операции: признаков рецидива опухоли поджелудочной железы нет.

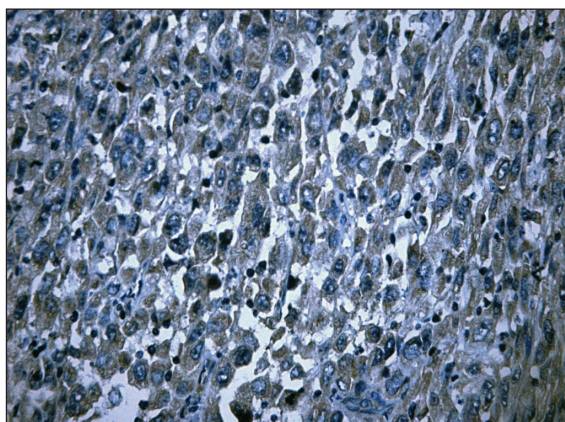


Рис. 7. Интенсивная экспрессия клеток доброкачественной опухоли поджелудочной железы с хромогранин А у больной Ш., 38 лет. Иммуногистохимическая реакция. Ув. 400.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология. — М.: Медицина, 2000. — 631 с.
2. Кузин Н.М., Егоров А.В. Нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы: Руководство. — М.: Медицина, 2001. — 208 с.
3. Козлов И. А., Старков Ю.Г., Яшина Н.И. и др. Первый опыт лапароскопической дистальной резекции поджелудочной железы с сохранением селезенки // Анн. хир. гепатол. — 2006. — № 3. — С. 48.
4. Органический гиперинсулинизм / Под ред. Н.А.Майстренко. — СПб.: Элби-СПб., 2004. — 128 с.
5. Хирургическая эндокринология:Руководство / Под ред. А.П.Калинина, Н.А.Майстренко, П.С.Ветшева. — СПб.: Питер, 2004. — 960 с.
6. Clark O.H., Duh Q.-Y. Textbook of endocrine surgery. — Philadelphia etc.: Saunders company, 1997. — 546 p.
7. Cuschieri A., Jakimowicz J.J., van Spreuwel J. Laparoscopic distal 70% pancreatectomy and splenectomy for chronic pancreatitis // Ann. Surg. — 1996. — Vol. 223. — P. 280 — 285.
8. Endocrine surgery / ed. A.E.Schwartz, D.Pertsemidis, M.Gagner. — New York ; Basel: Dekker, 2004. — 712 p.

Поступила в редакцию 5.04.2009 г.