

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНАЛОГОВ СОМАТОСТАТИНА У ПАЦИЕНТКИ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ НЕЙРОЭНДОКРИННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



© В.В. Савенко*, Е.А. Пигарова

ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ. Нейроэндокринные опухоли (НЭО) представляют собой гетерогенную группу новообразований, обладающих биологически активными свойствами и происходящих из нейроэндокринных клеток эмбриональной кишки. НЭО встречаются во всех органах, имеющих нейроэндокринные клетки. Наиболее частая их локализация — органы пищеварительного тракта и поджелудочная железа. Задачей лечения больных с НЭО является как ликвидация самой опухоли, так и подавление симптомокомплекса, обусловленного карциноидным синдромом. Важную роль в лечении функционально активных НЭО ЖКТ играют аналоги соматостатина, которые подавляют секрецию гормонов и пептидов, уменьшают секрецию и моторику желудка, внешнюю и внутреннюю секрецию поджелудочной железы, обладают антипролиферативными и другими эффектами.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность применения аналогов соматостатина длительного действия у пациентки с нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Анализ данных пациентки с генетически подтвержденным синдромом множественных эндокринных неоплазий 1 типа (гетерозиготная мутация с.15541561 incC p.p.521fsX535), проходившей ежегодное стационарное лечение в ФГБУ «НМИЦЭ» до и после хирургического лечения по поводу НЭО поджелудочной железы, с оценкой назначенной терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Пациентка С. 42 года страдает язвенной болезнью желудка, эрозивным гастритом с 2004 года. В 2006 стали беспокоить приливы, избыточное потоотделение, профузная диарея, тошнота и рвота сразу после еды, по ЭГДС диагностировано желудочное кровотечение. В 2009 году выявлены множественные образования поджелудочной железы, диагностирован синдром Золлингера-Эллисона (гастрин без отмены ингибиторов протонной помпы 49 пмоль/л, после 2-х дневной отмены натошак 46,1 пмоль/л (1–10), 15 мин после еды 46,3 пмоль/л (5–30), через 30 мин после еды 46,1 пмоль/л (5–30), через час после еды 46,3 пмоль/л (5–30)). В октябре 2009 г. проведена сцинтиграфия с In-111-октреотидом, результаты показали наличие активной нейроэндокринной опухолевой ткани с высокой экспрессией соматостатиновых рецепторов в головке поджелудочной железы. По данным анализа крови уровень хромогранина А 1040,1 нг/мл (1–100). С ноября 2009 инициирована терапия октреотидом-депо 30 мг 1/мес. В феврале 2010 года в ЭНЦ проведена энуклеация трех опухолей головки поджелудочной железы, дистальная резекция хвоста поджелудочной железы с тремя опухолями, спленэктомия, холецистэктомия, по данным морфологического исследования: эндокринная опухоль солидно-трабекулярного строения с умеренным фиброзом стромы без окружающих тканей, метастаз высокодифференцированной эндокринной карциномы солидно-трабекулярного строения с умеренным фиброзом стромы в лимфатическом узле. В послеоперационном периоде проведено исследование на хромогранин А 13,9 Ед/л (2–18), серотонин 250,9 нг/мл (30–200); 5-ОИУК 11 мкмоль/сут; при сцинтиграфии с In-111-октреотидом (на фоне отмены соматостатина): данных за наличие очагового процесса с активными соматотропными рецепторами не получено. Терапия октреотидом-депо отменена.

С июля 2012 года стала ощущать «карциноидные кризы», проявляющиеся приливами жара, гиперемии лица, приступами головокружения, в связи с чем возобновлена терапия октреотидом продленного действия 30 мг/28 дней, на фоне приема которого приливы купировались. Однако прием препарата был нерегулярный, и при длительном перерыве симптомы возобновлялись. При МСКТ в октябре 2012 г. выявлен очаг небольших размеров в области головки поджелудочной железы без клинических признаков синдрома Золлингера-Эллисона, что могло соответствовать рецидиву аденокарциномы, но при проведении сцинтиграфии с Tc-99 текратидом всего тела в этом очаге выявлена высокая активность соматотропных рецепторов, что позволило его классифицировать как нейроэндокринную опухоль. В дальнейшем на фоне продолжающегося лечения октреотидом продленного действия ежегодно проходила клиническое обследование и МСКТ-контроль брюшной полости, которое не выявило отрицательной динамики. В 2017 г. при перерыве в приеме октреотида в течении 3–4 месяцев отмечалось возобновление карциноидного синдрома.

При МСКТ органов брюшной полости в декабре 2019 г. зарегистрировано увеличение количества объемных образований поджелудочной железы, на основании чего произведена замена октреотида на ланреотид в дозе 120 мг 1 раз в 28 дней.

В последующие госпитализации в 2021 г. и 2022 г. отмечалось отсутствие отрицательной динамики по данным МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

*Автор, ответственный за переписку / Corresponding author.



ВЫВОДЫ. Таким образом, на примере клинического случая представлена эффективность и безопасность длительного использования пролонгированных форм аналогов соматостатина. Пациенты с нейроэндокринными опухолями испытывают проявления гормональной гиперсекреции, включающие диарею, приливы и бронхоспазм, которые существенно ухудшают качество жизни, а лечение аналогами соматостатина длительного действия значительно облегчает эти симптомы. Кроме того, антипролиферативный эффект аналогов соматостатина обеспечивает стабилизацию роста опухоли. Применение данных препаратов целесообразно в симптоматической и поддерживающей терапии, что открывает дополнительные возможности лекарственного лечения онкологических больных.

ЦИТИРОВАТЬ:

Савенко В.В., Пигарова Е.А. Опыт использования аналогов соматостатина у пациентки с множественными нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы // *Эндокринная хирургия*. — 2023. — Т. 17. — №4. — С. 87-88. doi: <https://doi.org/10.14341/serg12909>

TO CITE THIS ABSTRACT:

Savenko VV, Pigarova EA. Experience of using somatostatin analogues in a patient with multiple neuroendocrine tumors of the pancreas. *Endocrine surgery*. 2023;17(4):87-88. doi: <https://doi.org/10.14341/serg12909>