

*И. А. Комиссаров, С. С. Передереев, М. И. Комиссаров*

### СОЛИДНО-ПСЕВДОПАПИЛЛЯРНАЯ ОПУХОЛЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕВОЧКИ 15 ЛЕТ

Кафедра хирургических болезней детского возраста (зав. – проф. И. А. Комиссаров) Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии

**Сергей Сергеевич Передереев**, хирург, e-mail: speredereev@yandex.ru

Согласно определению ВОЗ, солидно-псевдопапиллярная опухоль поджелудочной железы – редкое, обычно доброкачественное новообразование, развивающееся преимущественно у молодых женщин; характеризуется мономорфными клетками, имеющими различную экспрессию эпителиальных, мезенхимальных и эндокринных маркеров и формирующими солидные и псевдопапиллярные структуры с частым развитием кистозно-геморрагических изменений [2]. Впервые такая опухоль описана в 1959 г. V. Frantz [1].

Четких клинических проявлений опухоль не имеет. Больные обычно предъявляют жалобы на тошноту, рвоту, ощущение дискомфорта и боли в брюшной полости. Желтуха развивается относительно редко, даже в тех ситуациях, когда опухоль локализуется в головке поджелудочной железы. Примерно в половине наблюдений отмечают бессимптомное течение, и новообразование выявляют случайно при лучевых исследованиях по поводу других причин [3]. Опухоль локализуется в различных отделах поджелудочной железы: в хвосте (40%), головке (35%) и теле (25%). Эта опухоль составляет 0,2–2,7% всех неэндокринных опухолей поджелудочной железы. В доступной нам литературе было найдено всего 78 наблюдений солидно-псевдопапиллярной опухоли поджелудочной железы у детей и подростков в возрасте до 16 лет.

Основным методом лечения опухоли является полная резекция новообразования. Прогноз в целом благоприятный.

В настоящем сообщении описан случай успешного хирургического лечения рецидива солидно-псевдопапиллярной опухоли поджелудочной железы.

Девочка Б., 15 лет, поступила в хирургическое отделение Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии (СПбГПМА) в августе 2009 г. с диагнозом злокачественного карцинома поджелудочной железы, продолженный рост.

Больна с августа 2005 г., когда у ребенка появились жалобы на боли в верхних отделах живота. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) брюшной полости в проекции эпигастрия выявлено солидно-кистозное образование с четкой капсулой 4 мм, множественными анэхогенными полостями неправильной формы. В сентябре 2005 г. по месту жительства была выполнена лапаротомия: удаление опухоли “забрюшинного пространства”. Гистологическое заключение: злокачественный карцином поджелудочной железы. Ребенок консультирован онкологом, показаний к химиотерапии нет, рекомендована терапия рофероном.

При контрольном УЗИ брюшной полости в ноябре 2005 г. в проекции тела и хвоста поджелудочной железы визуализировалось образование 66 × 39 мм. До сентября 2007 г. получала терапию рофероном. С мая 2008 г. отмечался рост образования в проекции тела и хвоста поджелудочной железы. УЗИ брюшной полости от февраля 2009 г.: в проекции поджелудочной железы локализуется солидное образование с четкими контурами неправильной формы, размером 109 × 80 мм.

Для дальнейшего лечения в августе 2009 г. девочка поступила в СПбГПМА. При осмотре опухолевый узел занимал весь верхний этаж брюшной полости, клинических и лабораторных нарушений не выявили.

Пациентке 19.08.09 провели компьютерную томографию (КТ) органов грудной клетки и брюшной полости (рис. 1, см. на вклейке), обнаружили рецидив объемного образования (поджелудочной железы). Вирсунгов проток визуализируется в проекции головки поджелудочной железы. В проекции тела и хвоста поджелудочной железы, в зоне проведения операции, определяется объемное образование с неровными контурами, размером 111 × 95 × 79 мм, неоднородной структуры. Головка поджелудочной железы хорошо васкуляризирована, структура последней не изменена.

Для уточнения источников кровоснабжения опухоли больной 25.08 выполнили брюшную аортографию. При исследовании в паренхиматозную фазу определяется новообразование округлой формы, размером 6,5 × 5,8 см. Расположено книзу и впереди от селезенки в левой половине брюшной полости. Кровоснабжается опухоль сосудами, отходящими от селезеночной и верхней брыжеечной артерий (рис. 2, см. на вклейке).

При пересмотре представленных с места жительства препаратов получено заключение о том, что материал является солидно-псевдопапиллярной опухолью поджелудочной железы.

В сентябре 2009 г. ребенок оперирован. Лапаротомическим доступом выявили, что образование исходит из хвоста и тела поджелудочной железы, ее головка размером 5 × 3 × 2 см свободна от опухоли. Опухоль удалена с хвостом и телом поджелудочной железы, в пределах здоровых тканей. Селезенка сохранена. Размер препарата 12 × 6 × 5 см (рис. 3, см. на вклейке).

Послеоперационный период протекал гладко. Пациентка получила антибактериальную терапию, сандостотин. Уровень сахара крови колебался от 8,3 до 6,2 ммоль/л.

Результаты гистологического исследования препарата подтвердили наличие солидно-псевдопапиллярной опухоли поджелудочной железы.

При контрольном поступлении в СПбГПМА через 8 мес девочка жалоб не предъявляла, развивается по возрасту. Выполненная КТ брюшной полости показала отсутствие признаков продолженного роста опухоли, головка поджелудочной железы имеет четкую однородную структуру (рис. 4, см. на вклейке). Таким образом, данное наблюдение интересно своей редкостью и необходимостью радикального удаления солидно-псевдопапиллярной опухоли поджелудочной железы, которое при сохранении части головки поджелудочной железы не приводит к нарушению функции последней.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Frantz V. K. Tumors of the pancreas: Atlas of tumor pathology. – Washington, 1959. – P. 32–33.
2. Hamilton S. R., Altonen L. A. World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of tumours of the digestive system. – Lyon, 2000.
3. Zhang H., Liang T.-B., Wang W.-L. et al. // Hepatobil. Pancreat. Dis. Int. – 2006. – Vol. 5. – P. 454–458.

Поступила 10.03.11

К ст. А. Ю. Разумовского и соавт.

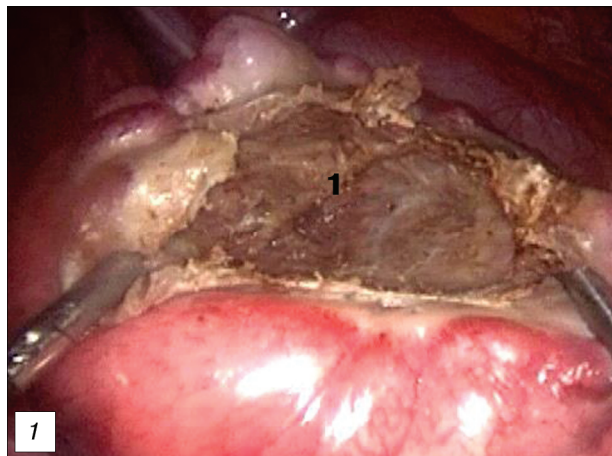


Рис. 1. Этап ТС-цистэктомии.

1 – киста легкого.

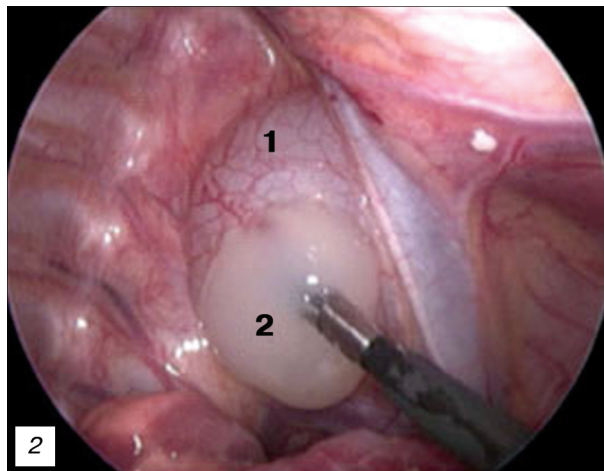
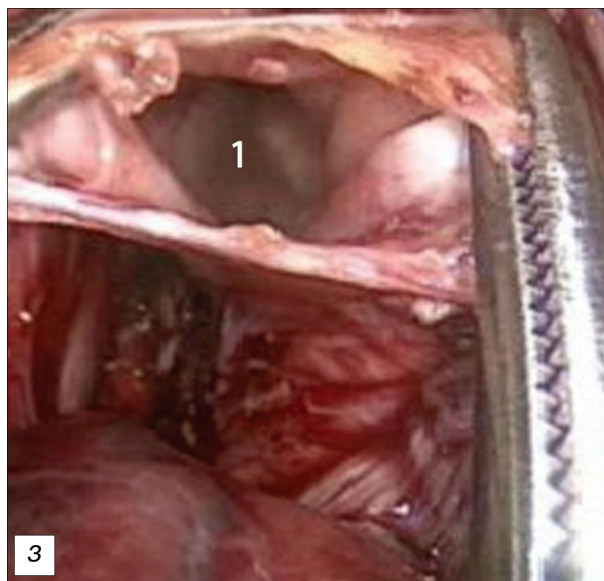


Рис. 2. Этапы ТС-операции при бронхогенной кисте.

1 – бронхогенная киста; 2 – содержимое кисты.

Рис. 3. Этап ТС-удаления энтерогенной кисты.

1 – просвет энтерогенной кисты.



К ст. И. А. Комиссарова и соавт.

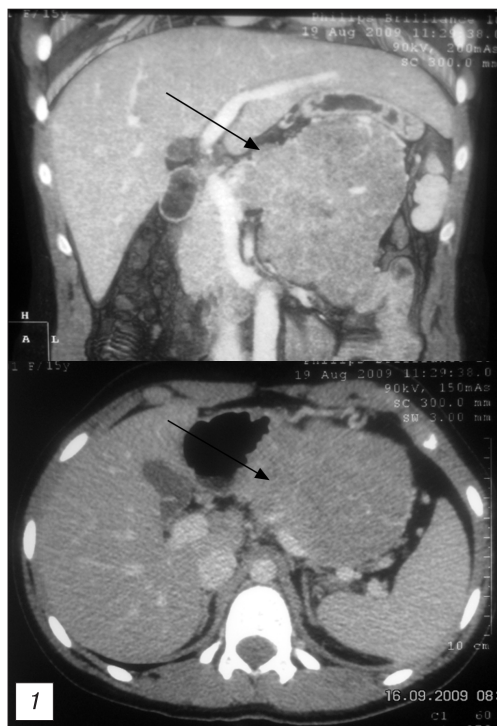


Рис. 1. Больная Б. Солидно-псевдопапиллярная опухоль поджелудочной железы.

КТ брюшной полости с опухолевым узлом неоднородной структуры.

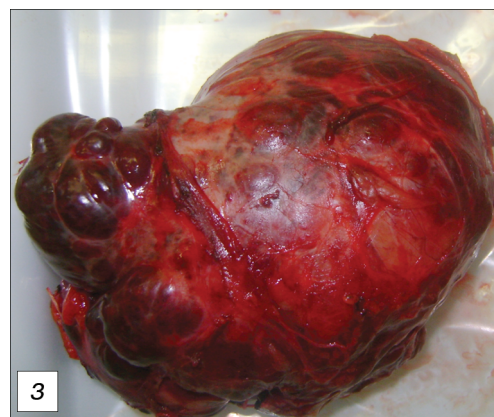


Рис. 3. Та же больная.

Опухоль поджелудочной железы багрово-желтоватая с множественными кистозными полостями.

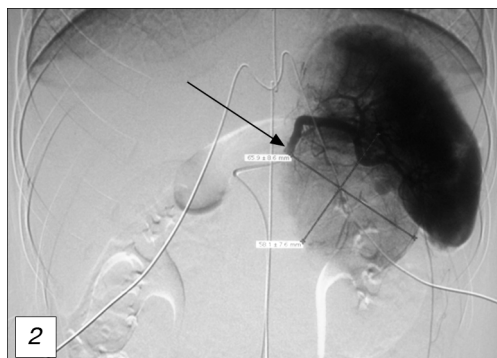


Рис. 2. Та же больная. Аортография. Стрелкой показан опухолевый узел.



Рис. 4. Та же больная.

КТ брюшной полости через 8 мес после операции. Стрелкой показана головка поджелудочной железы.