

Ю.Ю. Соколов, С.В. Стоногин, О.Я. Поварнин, В.А. Алейникова, Е.В. Тимохович, А.Л. Леонидов, Л.П. Катасанова, Т.Р. Лаврова

Кафедра детской хирургии РМАПО, Тушинская городская детская больница, Москва

Лапароскопическая резекция поджелудочной железы у детей с солидной псевдопапиллярной опухолью

Контактная информация:

Соколов Юрий Юрьевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии Российской медицинской академии последипломного образования

Адрес: 125373, Москва, ул. Героев Панфиловцев, д. 28, тел.: 8 (495) 496-90-15, e-mail: sokolov@permlink.ru

Статья поступила: 11.03.2009 г., принята к печати: 14.07.2009 г.

128

Солидная псевдопапиллярная опухоль поджелудочной железы относится к доброкачественным или низкозлокачественным эпителиальным новообразованиям, поражающим преимущественно девочек и женщин молодого возраста. Впервые подобная опухоль была описана Frantz в 1959 г. у двухлетнего ребенка, погибшего в ходе выполнения панкреатодуоденальной резекции. Частота встречаемости данной опухоли составляет 0,2–2,7% от всех неэндокринных опухолей поджелудочной железы. За последние 50 лет в литературе было опубликовано около 450 наблюдений солидной псевдопапиллярной опухоли поджелудочной железы, из них у 78 детей и подростков в возрасте до 16 лет.

Происхождение солидной псевдопапиллярной опухоли поджелудочной железы остается неизвестным. Было высказано предположение о том, что данная опухоль развивается из плюрипотентных эмбриональных стволовых клеток. В случаях радикальной резек-

ции прогноз — благоприятный. К настоящему моменту в мировой литературе имеется описание только 3 клинических наблюдений лапароскопической резекции поджелудочной железы у детей с солидной псевдопапиллярной опухолью.

В связи с низкой частотой встречаемости данной патологии описание единичных клинических наблюдений может представлять большой практический интерес для детских хирургов. За последние 2 года нами по поводу солидной псевдопапиллярной опухоли были выполнены 2 лапароскопические резекции поджелудочной железы.

Клиническое наблюдение 1. Больная Б., 14 лет, поступила по экстренным показаниям с болями в верхних отделах живота и рвотой. В лабораторных и биохимических анализах отклонений от нормы не отмечено. При ультразвуковом исследовании и компьютерной томографии в области перешейка поджелудочной железы выявлен опухолевый узел размерами 65×55×50 мм с

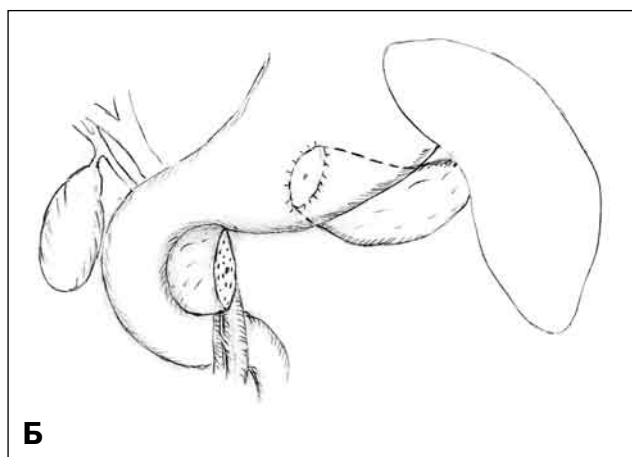
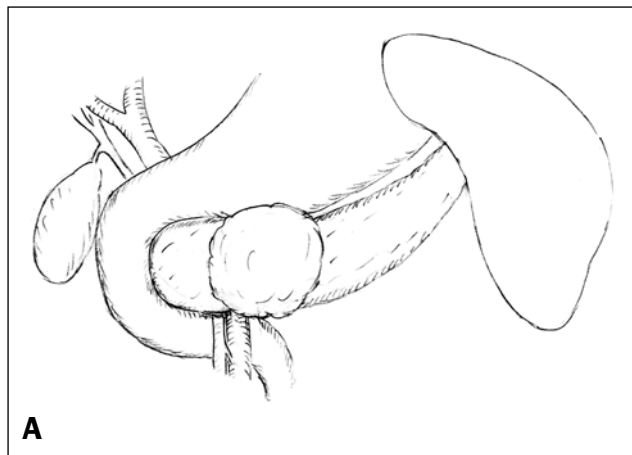
Yu.Yu. Sokolov, S.V. Stonogin, O.Ya. Povarnin, V.A. Aleynikova, E.V. Timokhovich, A.L. Leonidov, L.P. Katsanova, T.R. Lavrova

Pediatric Surgery Chair of Russian Medical Post-Graduate Education Academy, City Children's Hospital №7, Moscow

Laparoscopic pancreas resection in children with solid pseudopapillary tumor

Рис. 1.

А — схема выявленной патологии: опухоль локализуется в области перешейка поджелудочной железы.
Б — схема операции: секторальная резекция поджелудочной железы с дистальным панкреатогастроанастомозом



неровными контурами, тонкой капсулой и гипозоногенными включениями.

С диагнозом «опухоль поджелудочной железы» больная была оперирована. Выполнена лапароскопическая сегментарная резекция поджелудочной железы с наложением дистального панкреатогастроанастомоза (рис. 1 а, б). После открытого введения через пупочное кольцо 10-миллиметрового троакара наложили карбоксиперитонеум и ввели 10-миллиметровую оптику. Дополнительные 5-миллиметровые троакары установили справа и слева от пупка, 3-миллиметровый троакар — в эпигастральной области. С помощью электрокоагуляции широко рассекли желудочно-ободочную связку. Заднюю стенку желудка фиксировали 2 тракционными швами, проведенными через переднюю брюшную стенку. По нижнему и верхнему контуру поджелудочной железы на уровне перешейка железы вскрыли задний листок брюшины. Тупым путем мобилизовали железу по задней поверхности и создали туннель впереди верхней брыжеечной вены. На этом уровне железу взяли на держалку и поперечно пересекли паренхиму с помощью моно- и биполярной электрокоагуляции справа от опухоли (рис. 2). Культю головки поджелудочной железы ушили обвивным интракорпоральным швом нитью PDS 5-0. После

этого мобилизовали тело поджелудочной железы и пересекли паренхиму железы слева от опухоли. Вмешательство завершили наложением двухрядного анастомоза между дистальной частью поджелудочной железы и задней стенкой желудка. Для этого культю железы по окружности сшили обвивным швом нитью викрил 4-0 с рассеченной задней стенкой желудка. Наружный ряд анастомоза наложили отдельными узловыми швами нитью PDS 5-0, инвагинировав культю поджелудочной железы в просвет желудка (рис. 3).

Через правое троакарное отверстие в сальниковую сумку установили дренаж с активной аспирацией. Резецированную опухоль поджелудочной железы погрузили в целлофановый контейнер и удалили через расширенное до 2,5 см околопупочное троакарное отверстие. Длительность операции — 240 мин. При гистологическом исследовании была установлена солидная псевдопапиллярная опухоль поджелудочной железы с низкой вероятностью злокачественности.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Энтеральный прием жидкой пищи начали с 7-х суток. Дренаж из сальниковой сумки удалили на 9-й день. Выписана из стационара на 15-е сутки. Осмотрена через 1,5 года — рецидива опухоли нет.

Клиническое наблюдение 2. Больная С., 13 лет, поступила в инфекционное отделение Тушинской городской детской больницы по экстренным показаниям с гастритической формой бактериальной кишечной инфекции неясной этиологии. При поступлении отмечались рвота и незначительные боли в животе. Пальпаторно в левом подреберье определялось плотное опухолевидное образование с ровным краем. Лабораторные и биохимические показатели были в норме. При ультразвуковом исследовании в верхних отделах брюшной полости слева определялось объемное округлое образование $73 \times 62 \times 70$ мм с капсулой, неоднородное, с гипозоногенными включениями. При спиральной компьютерной томографии в верхних отделах брюшной полости между селезенкой, левой почкой и желудком выявлено округлое образование до 6,5 см в диаметре с капсулой, четкими ровными контурами и единичными кальцификатами (рис. 4).

После внутривенного контрастирования 40 мл визипак 320 плотность капсулы увеличилась незначительно, плотность содержимого кисты не изменилась. С предположительным диагнозом «дермоидная киста» больная была оперирована: выполнена лапароскопическая дистальная резекция поджелудочной железы с сохранением селезенки.

Рис. 2. При лапароскопии в перешейке поджелудочной железы выявляется опухоль до 6 см в диаметре



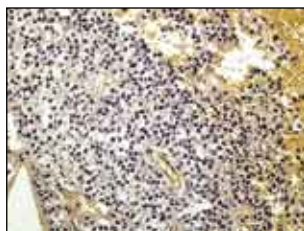
Рис. 3. Окончательный вид дистального панкреатогастроанастомоза



Рис. 4. Спиральная компьютерная томография: в проекции хвоста поджелудочной железы выявляется кистозная опухоль с ровными контурами



Рис. 5. Сплошная псевдопапиллярная опухоль поджелудочной железы



Через пупочное кольцо ввели 10-миллиметровый троакар и оптику, наложили карбоксиперитонеум. Дополнительные 5-миллиметровые троакары ввели справа и слева от пупка, 3-миллиметровый троакар — в эпигастриальной области. В сальниковой сумке выявлено опухолевидное образование до 6 см в диаметре с плотной капсулой, которое интимно связано с хвостом поджелудочной железы. После рассечения желудочно-ободочной связки стенка опухоли прошита и фиксирована 2 тракционными швами, проведенными через переднюю брюшную стенку. При последующей мобилизации новообразования на одном из участков была вскрыта стенка кисты, выделился тканевой детрит грязного цвета. С помощью моно- и биполярной коагуляции была произведена резекция хвоста поджелудочной железы вместе с опу-

холью. При этом сохранена целостность селезеночной артерии и вены, кровоснабжение селезенки не нарушено. Культию поджелудочной железы ушили обвивным швом нитью PDS 5-0. Сальниковую сумку через левое троакарное отверстие дренировали трубчатым дренажом. Резецированную опухоль поджелудочной железы поместили в целлофановый контейнер и удалили через расширенное до 3 см околопупочное троакарное отверстие. Длительность операции составила 180 мин.

При гистологическом исследовании солидные области чередуются с характерными псевдопапиллярными структурами, имеются мелкие очаги некроза и периваскулярные розетки (рис. 5); заключение: «Сплошная псевдопапиллярная опухоль поджелудочной железы».

Послеоперационный период протекал гладко. Прием жидкости через рот разрешили с 7-х суток. Дренаж из брюшной полости был удален на 8-й день. Выписана на 14-е сутки. Осмотрена через 4 мес — данных за рецидив опухоли нет.

Цель данной демонстрации — показать возможность выполнения у детей с сплошной псевдопапиллярной опухолью лапароскопических резекций поджелудочной железы. При локализации опухоли в перешейке железы секторальную резекцию поджелудочной железы можно завершить наложением дистального панкреатогастроанастомоза. При расположении опухоли в хвосте поджелудочной железы оптимальной является лапароскопическая дистальная резекция поджелудочной железы с сохранением селезенки.

Информация для педиатров



Консультативно-диагностический центр (КДЦ) для детей и подростков Научного центра здоровья детей РАМН оказывает полный спектр консультативных и лабораторно-инструментальных медицинских услуг для жителей Москвы, Московской области, России, стран ближнего и дальнего зарубежья.

Обследование и лечение детей и подростков в КДЦ осуществляют врачи 28 специальностей (аллергологи-иммунологи, дерматологи, неонатологи, гастроэнтерологи, кардиологи, ревматологи, нефрологи, урологи, гинекологи, психоневрологи, ЛОР-врачи, хирурги, стоматологи и др.).

В КДЦ проводится широкий спектр функциональных методов обследования у детей с рождения до 18 лет. Отделение инструментальных и лабораторных методов исследований располагает новейшей аппаратурой для проведения магнитно-резонансной

томографии (МРТ), денситометрии, ультразвуковых исследований всех видов, электроэнцефалографии (в том числе с длительным видеонаблюдением), суточного мониторинга артериального давления, определения функции внешнего дыхания и др.

На базе Консультативно-диагностического центра успешно функционирует отделение стационарозамещающих технологий, в составе которого открыт Центр семейной вакцинопрофилактики. Отделение стационарозамещающих технологий (ОСЗТ) — уникальное многопрофильное отделение дневного пребывания пациентов. Именно здесь дети с различными социально-значимыми болезнями могут получить высококвалифицированную консультативную и лечебную помощь и в сжатые сроки пройти полное общеклиническое и специализированное обследование, не разлучаясь с родителями и не нарушая повседневного графика своей жизни. А родителям детей без выраженных отклонений в состоянии здоровья, особенно младшего возраста, помогут правильно подобрать питание, составить индивидуальные программы наблюдения специалистов, проведения вакцинаций, психологического тренинга. Индивидуально подобранная терапия, возможность регулярного наблюдения специалистами отделения, образовательные программы для родителей, — все это является залогом успешного лечения детей и подростков, обеспечения им и их семьям высокого качества жизни.

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62,
тел: регистратура — (499) 967-14-20, 134-03-64, 798-26-51,
кабинет МРТ — (499) 134-10-65, ОСЗТ — (499) 134-03-92,
Центр вакцинопрофилактики — (499) 134-20-92

Интернет-сайт: www.kdcenter.ru, www.nczd.ru.