

Врублевский С.Г., Трунов В.О., Коробко Л.М., Брилинг С.Р., Голованев Ю.Б., Поддубный Г.С., Сулавко Я.П.

ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА С КИСТОЗНЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Морозовская городская детская клиническая больница Департамента здравоохранения г. Москвы

Wrublewski S.G., Trunov V.O., Korobko L.M., Briling S.R., Golovaney J.B., Poddubny G.S., Sulavko Ya.P.

TREATING A CHILD WITH CYSTIC FORMATION PANCREAS

Morozov Municipal Children's Hospital, Moscow

Резюме

Представлено клиническое наблюдение лечения ребенка с приобретенной псевдокистой поджелудочной железы в сочетании с инсулинзависимым сахарным диабетом. Причиной развития кисты стал панкреонекроз. Показаны возможности ультразвукового метода исследования при диагностике данной патологии и их корреляция с данными компьютерной томографии. Описан способ хирургических вмешательств, проведенных по поводу панкреонекроза и сформировавшегося позднее кистозного образования поджелудочной железы.

Ключевые слова: панкреонекроз, киста поджелудочной железы, панкреатоюностомия, лапароскопия, дети

Abstract

Presented by the clinical observation of a child with cystic transformation of the pancreatic duct, as an example of the acquired pseudocysts of the pancreas, in combination with insulin-dependent diabetes mellitus, the cause of which was previously has developed pancreatic necrosis. The possibilities of the ultrasonic method of investigation in the diagnosis of this pathology, the correlation with the data computed tomography. The method of surgical procedures in the light of evidence conducted on pancreatic necrosis and cystic formation formed within the pancreas.

Key words: pancreatic necrosis, pancreatic cyst, pancreatojejunostomy, laparoscopy, children

Кисты поджелудочной железы – это относительно редкая патология в детском возрасте, требующая проведения оперативного лечения. Кистозные образования могут быть врожденными (истинные кисты) или приобретенными (ложные кисты). Последние образуются после травм, воспалительных процессов, а также в ряде случаев после оперативных вмешательств на поджелудочной железе. Ретенционные кисты, возникшие в результате расширения панкреатического протока, могут сочетаться с калькулезом поджелудочной железы [1–3, 6–8, 14, 15]. Клиническая картина кист поджелудочной железы в 15% случаев сопровождается развитием различных осложнений, причем одним из них является панкреонекроз. В качестве основного метода диагностики кистозных образований используется сонографическое исследование поджелудочной железы. Для дифференциальной

диагностики с кистами других органов брюшной полости показано проведение компьютерной томографии [11]. После перенесенного панкреатита показания к тому или иному виду оперативного лечения псевдокист зависят от сроков возникновения и толщины стенки образования. Через 3 месяца и более при формировании плотной стенки чаще всего используются методы внутреннего дренирования, одним из вариантов которого является панкреатоцистоеюностомия на изолированной петле по Ру [4, 5, 9, 10, 12, 13, 16].

В нашей клинике на лечении находилась больная с приобретенной кистой поджелудочной железы в виде трансформации вирсунгова протока.

Клиническое наблюдение

Больная К., 12 лет, 12 января 2010 г. госпитализирована в хирургическое отделение Морозовской

детской городской клинической больницы (МДГКБ) с подозрением на острый аппендицит. В течение нескольких дней до госпитализации девочка употребляла жирную рыбу, отмечала выраженную жажду, появились жалобы на боли в животе схваткообразного характера в околопупочной области. В ходе динамического наблюдения диагноз острого аппендицита был исключен. При лабораторном обследовании выявлено повышение уровня глюкозы – до 11,24 ммоль/л, альфа-амилазы в крови – до 813 МЕ/л, диастаза мочи – до 6020 МЕ/л. При ультразвуковом исследовании поджелудочной железы: контуры четкие, ровные, размеры – 17×17×19 мм, структура однородная, эхогенность паренхимы не изменена.

В связи с выявлением глюкоземии 13 декабря 2010 г. больная переведена в МДГКБ с диагнозом сахарный диабет, острый панкреатит. На следующий день по данным ультразвукового исследования отмечались увеличение размеров поджелудочной железы до 28×23×27 мм, повышение эхогенности, неоднородность эхоструктуры с нечеткими контурами, с трудом дифференцируемыми от окружающих тканей. Пациентке проводили инфузионную, заместительную, симптоматическую обезболивающую терапию. При консультации эндокринологом выявлено нарушение толерантности к глюкозе на фоне течения острого панкреатита, показаний к введению инсулина не выявлено. На основании клинических и лабораторных данных, а также повторного ультразвукового исследования и компьютерной томографии установлен диагноз панкреонекроза (рис. 1).

21 декабря 2010 г. выполнена лапароскопия. При ревизии брюшной полости брыжейка и сальник резко отечны, инфильтрированы, с элементами стеатоза, желчный пузырь резко напряжен, инфильтрирован. После рассечения желудочно-толстокишечной связки была вскрыта сальниковая сумка, в полости которой отмечены значительное количество мутного выпота с фрагментами некротических тканей, отечная парапанкреатическая клетчатка, паренхима поджелудочной железы не визуализировалась. Полость сальниковой сумки была промыта и дренирована.

На фоне последующей инфузионной, антибактериальной терапии, введения сандостатина, гордокса состояние больной улучшилось. При сонографии и компьютерной томографии выявлены признаки вероятного формирования кист поджелудочной железы (в головке и хвосте поджелудочной железы сохранялись участки пониженной плотности,

не накапливающие контрастный препарат, размером 1,5×1,8 и 3,7×1,8 см). Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 24-е сутки после операции под наблюдение эндокринолога с рекомендациями контрольного ультразвукового исследования.

Через 6 месяцев при ультразвуковом обследовании выявлена многокамерная киста размерами около 9×6×4 см, прилежащая к малой кривизне, антральному отделу желудка, смещавшая его кпереди (рис. 2, 3). Учитывая расположение кисты и интраоперационную картину при ранее выполненной лапароскопии (между левой долей печени и антральным отделом желудка выявлен передненижний полюс жидкостного образования с плотной капсулой, исходящего из сальниковой сумки, – псевдокиста размерами 10,0×8,0×6,0 см расположенная кзади от желудка), было принято решение о выполнении открытого оперативного вмешательства; 28 июня 2011 г. проведена лапаротомия, выполнена гастроцистостомия.

В послеоперационном периоде у ребенка отмечалась стойкая гипергликемия (8–11 ммоль/л), был диагностирован инсулинзависимый сахарный диабет, проводилась инсулинотерапия. На фоне проведенного лечения показатели углеводного обмена были компенсированы. Через 3 месяца выявлен рецидив кистозного образования поджелудочной железы. При компьютерной томографии по сравнению с ранее выполненным исследованием отмечалось увеличение размеров кисты в области головки и тела поджелудочной железы (рис. 4).

Для полноценного дренирования кисты поджелудочной железы 23 ноября 2011 г. выполнена лапароскопическая панкреатоюностомия на отключенной петле тонкой кишки по Ру. После вскрытия сальниковой сумки визуализированы рубцово-измененные ткани в области головки поджелудочной железы, вскрыта кистозная полость, она рассечена продольно и анастомозирована с отключенной петлей тощей кишки, проведенной через мезоколон по Ру (рис. 5). Тонко-тонкокишечный анастомоз наложен вне брюшной полости через мини-лапаротомный доступ в пупочной области. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана из клиники на 14-е сутки после операции. По данным ультразвукового исследования через 3 и 6 месяцев после операции кистозные образования в брюшной полости не выявлены, отмечены частичное восстановление структуры поджелудочной железы, отсутствие болевого синдрома



Рис. 1. Компьютерная томография. Поджелудочная железа увеличена в размере (головка – 4,9 см, тело – 3,6 см, хвост – 3,8 см), имеет неоднородную структуру со множественными сливающимися между собой зонами пониженной плотности (соответствуют зонам некроза)

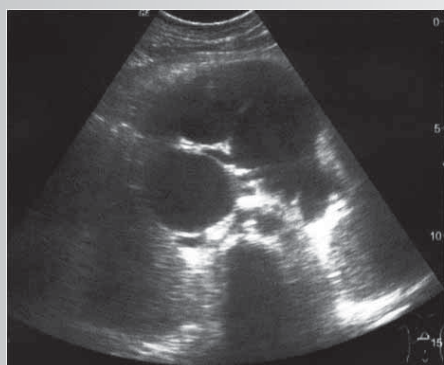


Рис. 2. Ультразвуковое исследование. В эпигастральной области определяется многокамерное жидкостное образование неправильной формы 109×81×49 мм с мелкодисперсной взвесью. На фоне данного образования элементы поджелудочной железы не дифференцируются



Рис. 3. Компьютерная томография. В области головки и тела поджелудочной железы обнаружено многокамерное образование неправильной формы жидкостной плотности (киста, 9×6×4 см), которое распространяется в переднюю парапанкреатическую область, прилежит к малой кривизне, антральному отделу желудка, смещая его кпереди

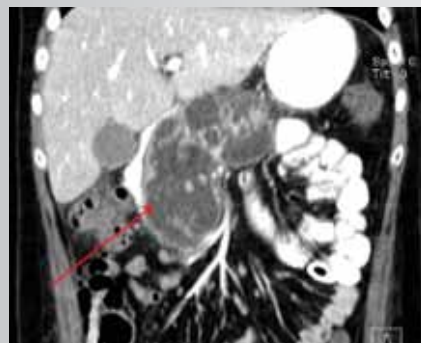


Рис. 4. Компьютерная томография. Отмечается увеличение размеров кисты в области головки и тела поджелудочной железы до 3,7×3,7×5,9 см



Рис. 5. Лапароскопическая панкреатоеюностомия на отключенной петле тонкой кишки по Ру: 1 – двенадцатиперстная кишка, 2 – рубцово-измененные ткани в области головки поджелудочной железы, вскрыта кистозная полость

и диспептических расстройств, углеводный обмен компенсирован на фоне инсулинотерапии.

Заключение

Представленное наблюдение многоэтапного лечения ребенка с кистозным образованием поджелудочной железы отражает сложность ведения пациентов с острыми панкреатитами, высокий риск развития тяжелых осложнений, требующих проведения сложных реконструктивных оперативных вмешательств в панкреатодуоденальной зоне. Применение современных методов диагностики, лекарственной терапии и рациональной хирургической тактики привело к благоприятному исходу.

Список литературы

1. Гумеров А.А., Зайнуллин Р.Р., Филиппова Н.П. Посттравматическая киста поджелудочной железы у ребенка 6 лет // Детская хирургия. 2002. № 6. С. 50–51.
2. Давиденко Н.В. Клинико-функциональная характеристика, исходы и прогноз острых панкреатитов различной этиологии у детей: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 176 с.
3. Меишков М.В., Никитский Д.Н., Слынько Н.А. Киста поджелудочной железы у ребенка 3,5 лет // Детская хирургия. 1999. № 2. С. 50–51.
4. Скобелев В.А., Разин М.П. Цистоеюноанастомоз при посттравматической кисте поджелудочной железы у ребенка 11 лет // Детская хирургия. 2004. № 2. С. 51–52.
5. Смирнов А.Н., Голованев М.А., Парамонова С.В. Хирургическое лечение истинных и ложных кист поджелудочной железы у детей: Обзор // Детская хирургия. 2004. № 6. С. 49–51.
6. Bhat N.A., Rashid K.A., Wani I. Wani S, Syeed A. Hydatid cyst of the pancreas mimicking choledochal cyst // Ann/Saudi Med. 2011. Vol. 31, № 5. P. 536–538.
7. Boulanger S.C., Gosche J.R. Congenital pancreatic cyst arising from occlusion of the pancreatic duct // Pediatr. Surg. Int. 2007. Vol. 23, № 9. P. 903–905.
8. Briem-Richter A., Grabhorn E., Wenke K. Ganschow R. Hemorrhagic necrotizing pancreatitis with a huge pseudocyst in a child with Crohn's disease // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2010. Vol. 22, № 2. P. 234–236.
9. Clifton M.S., Pelayo J.C., Cortes R.A. Grethel E.J., Wagner A.J., Lee H., Harrison M.R., Farmer D.L., Nobuhara K.K. Surgical treatment of childhood recurrent pancreatitis // J. Pediatr. Surg. 2007. Vol. 42, № 7. P. 1203–1207.
10. Makin E., Harrison P., Patel S. Davenport M. Pancreatic pseudocysts in children: Treatment by endoscopic cystgastrostomy // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2012. Mar 29.
11. Megibow A.J. Update in imaging of cystic pancreatic masses for gastroenterologists // Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2008. Vol. 6, № 11. P. 1194–1197.
12. Seitz G., Warmann S.W., Kirschner H.J., Haber H.P., Schaefer J.W., Fuchs J. Laparoscopic cystojejunostomy as a treatment option for pancreatic pseudocysts in children – a case report // J. Pediatr. Surg. 2006. Vol. 41, № 12. e33 – e35.
13. Sharma S.S., Maharshi S. Endoscopic management of pancreatic pseudocyst in children-a long-term follow-up // J. Pediatr. Surg. 2008. Vol. 43, № 9. P. 1636–1639.
14. Teh S.H., Pham T.H., Lee A., Stavlo P.L., Hanna A.M., Moir C. Pancreatic pseudocyst in children: the impact of management strategies on outcome // J. Pediatr. Surg. 2006. Vol. 41, № 11. P. 1889–1893.
15. Fujishiro J., Kaneko M., Urita Y., Hoshino N., Jinbo T., Sakamoto N., Suzuki H., Komuro H. Enteric duplication cyst of the pancreas with duplicated pancreatic duct // J. Pediatr. Surg. 2011. Vol. 46, № 8. e13 – e16.
16. Yoder S.M., Rothenberg S., Tsao K., Wulkan M.L., Ponsky T.A., StPeter S. D., Ostlie D.J., Kane T.D. Laparoscopic treatment of pancreatic pseudocysts in children // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. 2009. Vol. 19 (Suppl. 1). S37–S40.

Авторы

Контактное лицо: ВРУБЛЕВСКИЙ Сергей Гранитович	Профессор кафедры детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова (г. Москва, Островитянова, д. 1), доктор медицинских наук, ответственный за хирургическую службу Морозовской городской детской клинической больницы (г. Москва, 4-й Добрынинский переулок, д. 1).
ТРУНОВ Владимир Олегович	Кандидат медицинских наук, заведующий отделением неотложной абдоминальной и гнойной хирургии Морозовской городской детской клинической больницы, доцент кафедры детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова. E-mail: trunov2000@mail.ru.
КОРОБКО Лев Михайлович	Заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии Морозовской городской детской клинической больницы.
БРИЛИНГ Сергей Романович	Врач-хирург отделения неотложной абдоминальной и гнойной хирургии Морозовской городской детской клинической больницы.
ГОЛОВАНЕВ Юрий Борисович	Врач-хирург отделения неотложной абдоминальной и гнойной хирургии Морозовской городской детской клинической больницы.
ПОДДУБНЫЙ Георгий Сергеевич	Кандидат медицинских наук, врач-хирург отделения неотложной абдоминальной и гнойной хирургии Морозовской городской детской клинической больницы.
СУЛАВКО Яков Павлович	Кандидат медицинских наук, врач-хирург отделения неотложной абдоминальной и гнойной хирургии Морозовской городской детской клинической больницы, ассистент кафедры детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова. E-mail: mishutka_sno@mail.ru.