

# СОЛИДНО-ПСЕВДОПАПИЛЛЯРНЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

Аванесян Р.Г.<sup>1,2</sup>, Королев М.П.<sup>1,2</sup>, Иванов А.П.<sup>1</sup>, Передереев С.С.<sup>1</sup>,  
Тихомиров А.И.<sup>1</sup>, Мовсесян Р.А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия;

<sup>2</sup> Городская Мариинская больница, Санкт-Петербург, Россия

**Обоснование.** Солидно-псевдопапиллярная опухоль (СППО) поджелудочной железы редкая форма злокачественных новообразований, часто протекающая бессимптомно. Радикальный метод лечения — хирургический, нередко сопровождающийся послеоперационными осложнениями.

**Цель:** показать эффективность миниинвазивного лечения послеоперационных осложнений СППО поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** В СПбГПМУ с 2010 г. находились на лечении 5 девочек с СППО поджелудочной железы. Возраст больных от 7 до 15 лет. Радикальное удаление опухоли выполнено у 3 пациенток в условиях клиник СПбГПМУ: резекция тела поджелудочной железы, спленосохраняющая резекция хвоста поджелудочной железы и корпокаудальная резекция поджелудочной железы со спленэктомией. Остальные 2 пациентки с локализацией СППО в области головки поджелудочной железы были оперированы в других учреждениях, переведены в клинику с различными осложнениями послеоперационного периода. Одна из пациенток поступила в клинику с ретенционной кистой головки поджелудочной железы после перевязки панкреатического протока, вторая — с механической желтухой и забрюшинным абсцессом после перевязки общего желчного протока, повреждения панкреатического протока в результате резекции двенадцатиперстной кишки. Всем больным диагноз был установлен при скрининговом УЗИ. Диагноз подтвержден при МСКТ и гистологическом исследовании трепан-биоптата.

**Результаты и их обсуждение.** Во всех случаях выполнены радикальные удаления новообразований. В случае перевязки протока поджелудочной железы у пациентки в результате панкреатической гипертензии сформировалась ретенционная киста в области головки поджелудочной железы. Пациентке сформирована цистопанкреатикогастроанастомоз на чрескожном каркасном дренаже по разработанной в клинике методике. Дренаж удален через 12 мес., анастомоз функционирует. Во втором случае осложненного течения послеоперационного периода у пациентки после перевязки холедоха и повреждения протока поджелудочной железы возникла билиарная гипертензия, перитонит в результате истечения панкреатического сока в забрюшинное пространство и несостоятельности швов двенадцатиперстной кишки. Многоэтапное дренирование брюшной полости, забрюшинного пространства и желчных протоков позволили подготовить больную к реконструктивной операции — гепатикоюноанастомоза. В случае локализации новообразования в области тела поджелудочной железы выполнена резекция тела с сохранением целостности протока. Спленосохраняющую резекцию хвоста поджелудочной железы вместе с СППО выполнили в четвертом случае, что предпочтительно при такой локализации новообразования. Корпокаудальную резекцию поджелудочной железы с опухолью в сочетании со спленэктомией выполнили у пятой пациентки вынужденно, в связи с крупной опухолью и прорастанием в сосудистую ножку селезенки. Осложнений, летальности не было.

**Заключение.** Применение разработанных этапных миниинвазивных вмешательств позволили во всех случаях купировать послеоперационные осложнения и подготовить пациенток к реконструктивному вмешательству.

**Ключевые слова:** минимально инвазивное лечение; солидно-псевдопапиллярная опухоль; послеоперационные осложнения; дети.