

ЗАСЕДАНИЕ ОБЩЕСТВА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ № 552 ОТ 22 ЯНВАРЯ 2015 г.

Председатель: профессор А.Ф. Дронов. Секретарь: Н.О. Ерохина

ПОВЕСТКА

1. Демонстрация:

«Лапароскопическое удаление солидной псевдопапиллярной опухоли поджелудочной железы»

Разумовский А.Ю., Алхасов М.Б., Митупов З.Б., Афуков И.И., Демахин А.А., Нагорная Ю.В.

Кафедра детской хирургии Российского научно-исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова, Москва;

Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

2. Демонстрация:

«Опыт лечения ребенка с множественными врожденными пороками развития»

Врублевский С.Г., Поддубный И.В., Файзулин А.К., Попов В.Е., Петров М.А., Шмыров О.С., Трунов В.О., Поддубный Г.С.

Кафедра детской хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, Москва

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

3. Доклад:

«Хирургическое лечение детей с осложненной болезнью Крона»

Щербакова О.В., Ионов А.Л., Врублевский С.Г., Трунов В.О., Щиголева Н.Е.

Российская детская клиническая больница, Москва; Морозовская детская городская клиническая больница

4. Доклад: «Хирургическая коррекция кистозных удвоений желудка и двенадцатиперстной кишки у детей»

Соколов Ю.Ю., Машков А.Е., Хаспеков Д.В., Пыхтеев Д.А., Вилесов А.В., Зыкин А.П.

Кафедра детской хирургии Российской медицинской академии последипломного образования, Москва;

Детская городская клиническая больница Святого Владимира, Москва;

Детская городская больница им. З.А. Башляевой, Москва;

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

ДЕМОНСТРАЦИЯ: «ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ СОЛИДНОЙ ПСЕВДОПАПИЛЛЯРНОЙ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

Разумовский А.Ю., Алхасов М.Б., Митупов З.Б., Афуков И.И., Демахин А.А., Нагорная Ю.В.

Кафедра детской хирургии Российского научно-исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва; Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

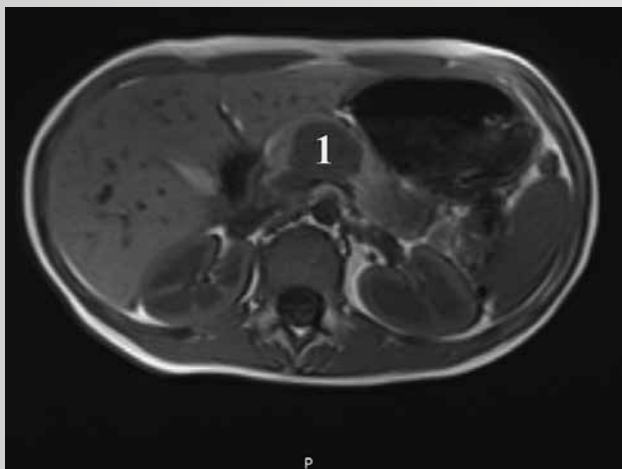
Солидная псевдопапиллярная опухоль (СППО) считается редким заболеванием, развивающимся преимущественно у молодых женщин. Частота встречаемости данной опухоли составляет 1–2% от всех опухолей экзокринной части и около 5% от всех кистозных образований поджелудочной железы [1].

Согласно клинко-патологоанатомической классификации, предложенной американскими патологами, СППО относится к группе опухолей с низким злокачественным потенциалом [2].

Для определения тактики лечения важно уже на дооперационном этапе диагностики иметь предпо-

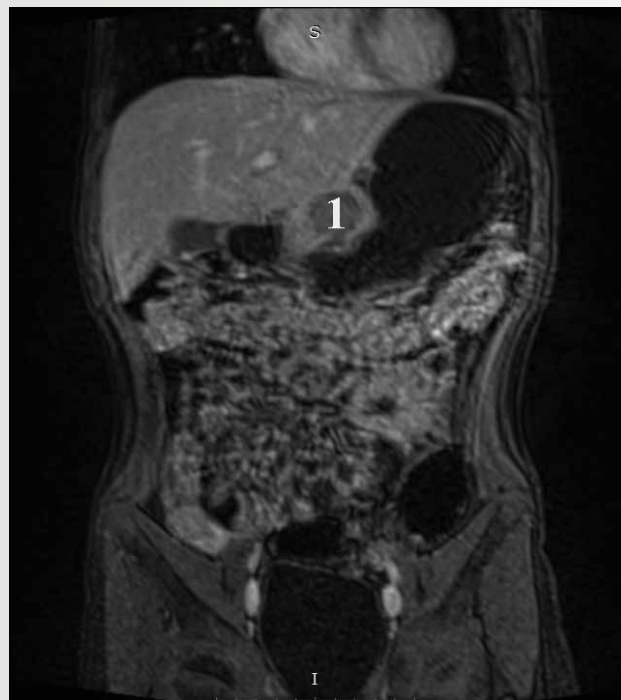
ложение о виде образования. Для выявления СППО ряд авторов рекомендуют выделять определенные критерии [3]:

- преобладание данного заболевания у молодых женщин;
- наличие образования в брюшной полости при отсутствии клинических проявлений или при умеренных болях в животе;
- лабораторные показатели остаются в пределах нормы;
- при выполнении инструментальных методов исследования выявляется сочетание солидных и кистозных участков.



А

Рис. 1: А – МРТ брюшной полости; Б.– образование поджелудочной железы



Б

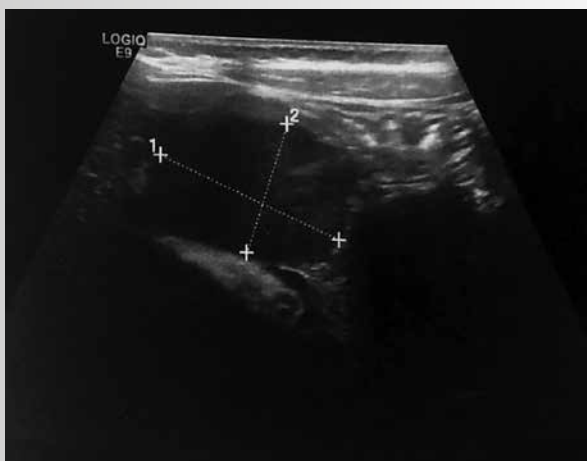


Рис. 2. Ультразвуковое исследование брюшной полости. Образование поджелудочной железы

Основным методом лечения СППО является максимально полная резекция новообразования. Объем хирургического вмешательства определяется степенью злокачественности опухоли, ее локализацией и вовлечением в опухолевый процесс протоковой системы поджелудочной железы. Последним этапом диагностики опухолей поджелудочной

железы является интраоперационная ревизия. Существенными признаками доброкачественной кистозной опухоли являются гладкая поверхность образования и нормальное состояние парапанкреатической клетчатки. При отсутствии признаков злокачественности необходимо стремиться к выполнению органосберегающих операций.

В зависимости от локализации опухоли выполняются различные виды операций. При локализации образования в головке протоковой системы поджелудочной железы может выполняться панкреатодуоденальная или изолированная резекция головки протоковой системы поджелудочной железы. При локализации опухоли в области головки или перешейка протоковой системы поджелудочной железы выполняется срединная резекция протоковой системы поджелудочной железы с формированием панкреатоюноанастомоза на выключенной петле по Ру или панкреатогастроанастомоза. При расположении опухоли в области тела или хвоста протоковой системы поджелудочной железы выполняется ее дистальная резекция.

19 ноября 2014 г. в отделение торакальной хирургии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова поступила девочка 8 лет. Во время диспансеризации на УЗИ

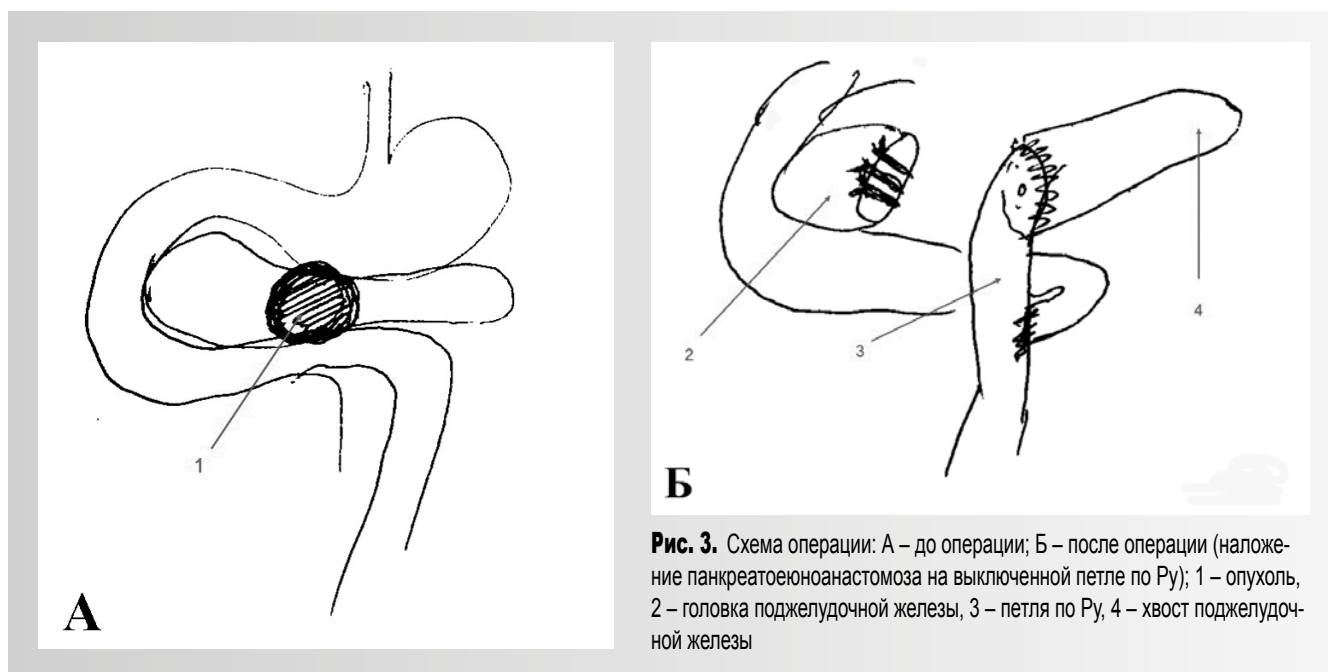


Рис. 3. Схема операции: А – до операции; Б – после операции (наложение панкреатоjejуноанастомоза на выключенной петле по Ру); 1 – опухоль, 2 – головка поджелудочной железы, 3 – петля по Ру, 4 – хвост поджелудочной железы

брюшной полости было выявлено образование поджелудочной железы. В связи с этим проведена магнитно-резонансная томография брюшной полости, на которой визуализируется образование в области поджелудочной железы (рис. 1).

При поступлении состояние ребенка удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, суховатые, в области живота, конечностей отмечаются явления атопического дерматита. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в проекции поджелудочной железы. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей.

В отделении выполнено УЗИ органов брюшной полости: на границе тела и хвоста определяется гипоэхогенное образование с неровными четкими контурами, неоднородной структуры, размерами 3,6×2,5×3,7 см с усиленным кровотоком (рис. 2).

25 ноября 2014 г. выполнено оперативное вмешательство: лапароскопическое удаление опухоли поджелудочной железы.

Ход операции (рис. 3): в брюшную полость введены 5 троакаров диаметром 3,5–6 мм. Давление 12 мм рт. ст. Желудок подшит к брюшной стенке. Разделена желудочно-ободочная связка. Визуализируется поджелудочная железа, в теле которой пальпируется опухоль диаметром 4 см. Же-

леза мобилизована сверху, снизу и сзади. Сосуды селезенки отделены от тела. По ходу верхней брыжеечной вены сделан туннель, железа пересечена справа от опухоли. Затем железа пересечена слева от опухоли по границам здоровой ткани. Культи головки железы ушита тремя швами. Сформирована короткая петля Ру и проведена через мезоколон. Сформирован панкреатоjejуноанастомоз конец в конец с дистальной частью поджелудочной железы. Оставлен дренаж под печенью. Окно вокруг петли Ру ушито. Образование в контейнере удалено через разрез в области пупка. Продолжительность операции составила 140 мин.

В послеоперационном периоде девочка находилась в течение 9 суток в отделении реанимации. Отмечалось повышение уровня амилазы до 299 Ед/л (N – 22–80 Ед/л). На фоне проводимой терапии (октреотид-депо, аprotекс) отмечалась положительная динамика. Дренаж из брюшной полости удален на 7-е послеоперационные сутки. В отделении проводилась инфузионная, антибактериальная, гемостатическая, симптоматическая терапия.

В динамике проводилось УЗИ брюшной полости. УЗИ на 13-е послеоперационные сутки: скопления жидкости, дополнительных образований в зоне оперативного вмешательства нет.

Проводился динамический контроль уровня амилазы в биохимическом анализе крови. Уро-

вень амилазы на 17-е послеоперационные сутки – 170 Е/л.

По данным гистологического исследования морфологическая картина соответствует солитарной кистозной опухоли поджелудочной железы.

В заключение хочется отметить возможность выполнения у детей лапароскопической резекции

поджелудочной железы с формированием панкреатодигестивного анастомоза. В случаях СППО тела поджелудочной железы оптимальным вариантом хирургического лечения является лапароскопическая секторальная резекция поджелудочной железы с формированием дистального панкреатоюноанастомоза на петле кишки по Ру.

Список литературы

1. Santini D., Poli F., Lega S. Solid-Papillary Tumors of the Pancreas: Histopathology // J. Pancreas (Online). 2006. № 7. P. 131.
2. Solcia E. et al. – 1997.
3. Asano T., Seya T., Tanaka N. et al. 13-year-old girl with a preoperatively diagnosed solid cystic tumor of the pancreas // J. Nippon MedSch. 2006. № 73. P. 231–234.

ДЕМОНСТРАЦИЯ: «ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ»

Врублевский С.Г., Поддубный И.В., Файзулин А.К., Попов В.Е., Петров М.А., Шмыров О.С., Трунов В.О., Поддубный Г.С.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва; Кафедра детской хирургии Российского научно-исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва; Кафедра детской хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

Множественные врожденные пороки развития встречаются нередко, однако сообщений о множественных удвоениях различных органов, по данным литературы, мало и их количество составляет 1:5 000 000 новорожденных.

В нашу клинику поступил мальчик в возрасте 1 мес с множественными пороками развития. При осмотре сразу после рождения в пояснично-крестцовой области было выявлено менингомиелорадикулоцеле поясничного отдела позвоночника, гипоплазия левой нижней конечности, наличие двух анусов: один – расположен в типичном месте, второй – дистопирован на левую ягодицу, при этом отхождение кала было из обеих отверстий; полное удвоение полового члена, на вершине каждой головки открывается отверстие уретры, из каждого отмечается мочеиспускание. Левое яичко в типичном месте отчетливо не визуализируется (аплазия? гипоплазия?), правое яичко расположено типично, определяется локальное расширение по ходу правого семенного канатика, с жидкостным содержимым, размерами 1,2×0,6 см с протяженностью 2,5 см.

В неврологическом статусе у мальчика: синдром двигательных нарушений, нижний вялый парапарез.

По данным магнитно-резонансной томографии, выполненной в 1 мес, у ребенка выявлено полное удвоение:

1. Мочевого пузыря, при этом мочевые пузыри не имеют общих стенок, в каждый впадает один мочеточник.

2. Простаты; они не имеют общих стенок, плотно прилежат друг к другу, асимметричны (D>S).

3. Полового члена, они асимметричны (D>S).

4. Прямой и сигмовидной кишки, предположительно сообщающихся в общую поперечно-ободочную кишку.

Также у ребенка имеются МР-признаки невыраженной гипоплазии левой почки, гипоплазия левой большой поясничной мышцы, левого яичка, костей таза слева, левой нижней конечности. Определяется дополнительное анальное отверстие, располагающееся в левой ягодичной области.

В возрасте 2 мес ребенку выполнена операция: иссечение менингомиелорадикулоцеле поясничного отдела позвоночника L₂ – S₅ (выполнены иссечение грыжевого мешка, пластика твердой мозговой оболочки). Послеоперационный период протекал без особенностей, ребенок выписан для дальней-