

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПАНКРЕАТИЧЕСКИМИ ИНСУЛИНОМАМИ

Соколов Ю.Ю.¹, Ефременков А.М.^{1,2}, Солодина Е.Н.², Зыкин А.П.^{1,2},
Фомичева Н.В.², Барская К.А.¹

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

² Центральная клиническая больница с поликлиникой, Москва, Россия

Актуальность. Инсулинома — функциональная нейроэндокринная опухоль поджелудочной железы (ПЖ), происходящая из бета-клеток и секретирующая инсулин. Инсулиномы очень редко встречаются у детей и в большинстве наблюдений диагностируются как единичные образования, однако в 5–10 % наблюдений, инсулинсекретирующие опухоли связаны с генетическими синдромами, наиболее распространенным является множественная эндокринная неоплазия 1-го типа (МЭН 1). Клиника обусловлена разной степени выраженности гипогликемией (вялость, головная боль, судороги, кома, тяжелые неврологические нарушения и т. д.) и катехоламинергической реакцией на нее (дрожь, тахикардия, потливость, чувство страха и т. д.). Характерна триада Уипла (гиперинсулинемическая гипогликемия (высокий уровень инсулина и С-пептида при гипогликемии, обратимость симптомов при введении глюкозы). Лабораторная диагностика также основывается на результатах молекулярно-генетического анализа. Топический диагноз подтверждается УЗИ, МРТ, СКТ, эндоУЗИ. Лапароскопические операции в лечении панкреатических инсулином применяются относительно редко, особенно у детей. Представляем свою серию наблюдений удаления панкреатических инсулином лапароскопическим доступом.

Материалы и методы. На клинических базах кафедры детской хирургии им. акад. С.Я. Долецкого с 2016 г. пролечено 11 девочек в возрасте от 7 до 16 лет. Синдром МЭН I диагностирован у 4 пациентов. Алгоритм дооперационного обследования включал: УЗИ, СКТ и МРТ с контрастированием, эндоУЗИ ($n = 5$), интраоперационное УЗИ ($n = 5$). Инсулиномы локализовались в хвосте ($n = 4$), теле ($n = 4$), перешейке ($n = 1$), крючковидном отростке ($n = 1$). Множественные образования ПЖ в теле и хвосте диагностированы у одного ребенка с МЭН I. Энуклеация образования проведена у 4 детей. Интрапаренхиматозное расположение и близость к главному панкреатическому протоку явились показанием к выполнению резекционных вмешательств: дистальная резекция ($n = 4$), корпорокаудальная резекция ($n = 2$), центральная резекция ($n = 1$) применена в 5 наблюдениях.

Результаты. Хирургическое лечение во всех наблюдениях привело к выздоровлению. Среднее время оперативных вмешательств составило: энуклеация ($75 \pm 15'$), дистальная резекция (125 ± 21 мин), корпорокаудальная резекция (210 и 130 мин), центральная резекция (190 мин). Во всех наблюдениях гистологическое исследование подтвердило панкреатическую нейроэндокринную опухоль. Конверсий не было. Интраоперационное кровотечение из ветвей селезеночной артерии отмечено у 2 больных. Очаговый панкреонекроз головки ПЖ развился у 1 ребенка после энуклеации инсулиномы крючковидного отростка, что потребовало лапаротомии, санации и дренирования и позднее — выполнения пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции. Образование послеоперационных панкреатических псевдокист отмечено у 2 пациентов, которым проведена пункция под контролем эндоУЗИ, что явилось окончательным методом лечения. Панкреатическая фистула класса А, отмечена в двух наблюдениях.

Заключение. Таким образом, для лечения панкреатических инсулином у детей может применяться лапароскопический доступ. Обязательным условием эффективности применения лапароскопии является точная топическая диагностика, особенно с применением интраоперационного лапароскопического УЗИ. Целесообразность применения лапароскопического доступа для удаления инсулином сложных локализаций (перешеек ПЖ, крючковидный отросток) требует дальнейшего уточнения.

Ключевые слова: инсулинома; поджелудочная железа; лапароскопия; дети.