

ЗАСЕДАНИЕ ОБЩЕСТВА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ № 556 ОТ 28 МАЯ 2015 г.

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

1. Демонстрация:

«Деструктивный панкреатит у ребенка 4 лет»

Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Холостова В.В., Тихомирова Л.Ю.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Москва;

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

2. Демонстрация:

«Псевдокиста поджелудочной железы как редкое осложнение лапароскопической спленэктомии у ребенка 13 лет»

Врублевский С.Г., Рябов А.Б., Поддубный И.В., Трунов В.О., Мордвин П.А.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Москва;

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

3. Доклад:

«Опыт применения модульных онкологических эндопротезов в лечении сарком костей»

Большаков Н.А., Талыпов С.Р., Сухов М.Н., Рачков В.Е., Тихонова М.В., Шаманская Т.В., Новичкова Г.А.

ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, Москва

4. Доклад:

«Постколэктомический и пострезекционный синдромы у детей»

Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Холостова В.В., Маннанов А.Г., Залихин Д.В., Тихомирова Л.Ю.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Москва;

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

1. ДЕМОНСТРАЦИЯ: «ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ»

Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Холостова В.В., Тихомирова Л.Ю.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Москва; Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова

Острый панкреатит (ОП) – одна из причин абдоминального болевого синдрома у детей. По данным зарубежных авторов, ежегодная заболеваемость панкреатитом у детей варьирует от 3,6 до 13,2 на 100 тыс. человек. Показатели частоты осложнений и летальности при остром инфицированном панкреатите у детей выше, чем у взрослых. Клиническая картина при ОП может варьировать от умеренной транзиторной, ограничивающейся дискомфортом в животе, до молниеносной, осложняющейся полиорганной недостаточностью с летальным исходом за несколько часов или дней. Смертность от ОП в педиатрической практике значительно варьируется (0–78%).

На сегодняшний день Международная классификация острого панкреатита, принятая в Атланте в 1992 г., – единственная классификация ОП – вы-

деляет 2 формы течения ОП: интерстициальный – легкий (mild) и некротический – тяжелый (severe). Некротические формы ОП в детском возрасте крайне редки.

ОП является полиэтиологичным заболеванием. В основе ОП лежит ферментативное поражение поджелудочной железы (ПЖ), носящее аутокаталитический характер. Выделяют 2 группы причин заболевания. К первой относятся факторы, вызывающие затруднение оттока панкреатического сока по протокам ПЖ с развитием гипертензионно-протоковой формы ОП. Вторую группу составляют факторы, приводящие к первичному поражению ацинозных клеток с развитием первично-ацинарной формы заболевания. Наиболее частыми причинами ОП у детей являются системная инфекция, травма, врожденные пороки развития ПЖ или желчных протоков, а также прием лекарственных средств, нарко-

тиков, реже нарушения обмена веществ и семейный панкреатит. Около трети случаев панкреатита связаны с нарушениями формирования желчных ходов или панкреатических протоков, из них наиболее распространенным пороком является киста холедоха. Аномальный панкреатожелчный переход (АВРДЖ) позволяет желчи попадать в проток ПЖ. Из инфекционных заболеваний наиболее часто к панкреатитам приводят вирусные заболевания (цитомегалия, герпес, гепатиты А, В, С), бактериальные (микобактериоз, лептоспироз), грибковые поражения (криптококки, кандиды), а также паразитарные инвазии (аскариды, закупоривающие просвет выводного протока ПЖ, или пневмоцистоз). Если причину развития заболевания установить не удастся, говорят об идиопатическом хроническом панкреатите.

Под нашим наблюдением находился ребенок 4 лет с острым идиопатическим панкреатитом, осложнившимся панкреонекрозом. Представляем историю его заболевания.

Девочка Ш., 4 года 10 мес, доставлена машинной скорой помощи в приемный покой Детской городской клинической больницы № 13 им. Н.Ф. Филатова (Москва) через 5 ч с момента заболевания. Из анамнеза известно, что боли в животе носили выраженный и нарастающий характер, дважды отмечалась рвота.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Ребенок вялый, болезненный стон, положение вы-

нужденное, с поджатыми к животу ногами. Температура до 38 °С. Бледная, щеки ярко-красные, акроцианоз. Кожные покровы чистые, слизистые чистые, сухие. Зев чистый. Выраженный запах ацетона изо рта. В легких дыхание везикулярное, поверхностное, хрипов нет. Одышка – до 38/мин. Тоны сердца громкие, ритмичные. Тахикардия – до 144/мин. Живот подвздут, при пальпации напряжен во всех отделах – доскообразный, резко болезненный. Симптомы раздражения брюшины положительные. Стул накануне за день оформленный. Диурез снижен.

По данным УЗИ, печень не увеличена, контуры ее ровные, края острые, структура однородная. Желчный пузырь обычной формы, стенки не утолщены, в полости содержится однородная желчь. ПЖ значительно увеличена в размерах – 27×16×23 мм, контуры ее нечеткие, структура неоднородная, высокой эхогенности, под капсулой – отек. Видимые фрагменты вирсунгова протока дилатированы до 2,7 мм. Интра- и параорганных дополнительных включений не выявлено. Выпот в левой плевральной полости. Свободная жидкость (отек) вокруг хвоста ПЖ. Отек тканей в области малого сальника. Свободная жидкость в латеральных каналах и малом тазу до 150–200 мл (рис. 1). По данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с внутривенным контрастным усилением ПЖ увеличена – 20×23×26 мм, паренхима неоднородная, с гиподенсивными участками и линейным

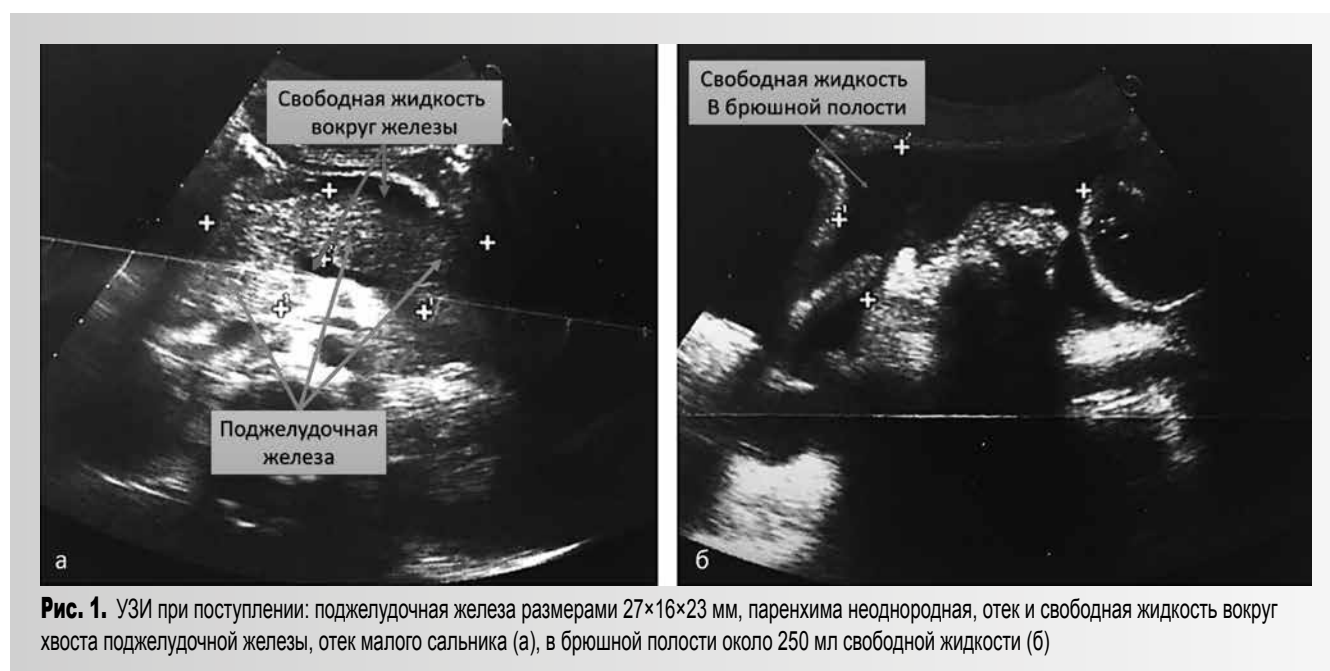


Рис. 1. УЗИ при поступлении: поджелудочная железа размерами 27×16×23 мм, паренхима неоднородная, отек и свободная жидкость вокруг хвоста поджелудочной железы, отек малого сальника (а), в брюшной полости около 250 мл свободной жидкости (б)

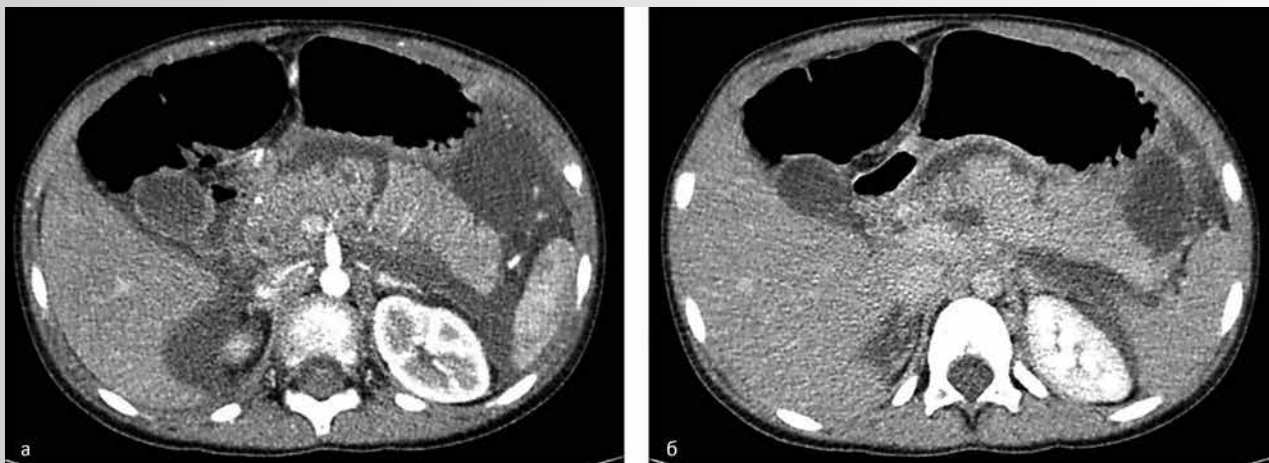


Рис. 2. МСКТ при поступлении – поджелудочная железа увеличена (20×23×26 мм), паренхима неоднородная с гиподенсивными участками и линейным дефектом до 6 мм (а), под капсулой значительное скопление жидкости, особенно в области хвоста поджелудочной железы (б). Холедох диаметром до 6 мм. Петли кишечника расширены. Большое количество свободной жидкости в брюшной полости



Рис. 3. Интраоперационная лапароскопическая картина: а – стеариновые бляшки в области сальника, б – отек поджелудочной железы и псевдокисты, в – дренаж установлен вдоль поджелудочной железы

дефектом до 6 мм, под капсулой значительное скопление жидкости. Холедох расширен до 6 мм. Парез кишечника. Большое количество свободной жидкости (рис. 2). В лабораторных показателях выявлены следующие изменения: повышение уровня амилазы крови до 757 (N – до 100), диастазы мочи до 4965 (N – до 400), глюкозы крови до 17 г/л, уровня кетоновых тел в моче до ++++.

Ребенок консультирован эндокринологом, реаниматологом, начато проведение консервативной терапии (сандостатин, омез, антибактериальная терапия, инфузионная терапия), назначен полный физический и энтеральный покой. Однако на фоне терапии в течение 18 ч состояние ребенка прогрессивно ухудшалось, нарастали явления интоксикации, в связи с чем установлены показания

к проведению экстренного оперативного вмешательства – диагностической лапароскопии, санации брюшной полости, дренированию сальниковой сумки, малого таза, наложению холецистостомы.

Интраоперационно (рис. 3) выявлено большое количество серозно-геморрагического выпота в свободной брюшной полости (около 300 мл), париетальная брюшина ярко гиперемирована, отечная. В области большого сальника, а также на париетальной брюшине видны множественные бляшки стеатонекроза. По вскрытии сальниковой сумки вдоль ПЖ обнаруживается выраженный отек перипанкреатической клетчатки, в области тела и хвоста железы определяются скопления жидкости под капсулой ПЖ, так называемые псевдокисты, которые были вскрыты. Брюшная полость саниро-



вана. Вдоль ПЖ в сальниковой сумке оставлен дренаж. Дополнительно дренирована полость малого таза. Желчный пузырь напряженный, увеличен в размерах. Наложена пункционная холецистостома под контролем лапароскопии.

В послеоперационном периоде в течение 6 суток ребенок находился в отделении реанимации, получал антибактериальную, инфузионную, гемостатическую, симптоматическую терапию и мультимодальное обезболивание. Парентеральное питание в течение 9 суток. Дренаж из малого таза удален на 9-е сутки после операции, холецистостома удалена на 15-е сутки, дренаж из сальниковой сумки – на 14-е сутки.

По данным ФЭГДС слизистая пищевода бледно-розовая, гладкая. Кардия смыкается, Z-линия не смещена. В желудке умеренное количество слизи. Складки расправлены. Слизистая ярко-розовая, привратник округлой формы при раскрытии. Луковица, постбульбарный отдел двенадцатиперстной кишки с розовой слизистой. Просвет и складки обычные. В просвете слизисто-жидкое содержимое с примесью желчи. Большой дуоденальный сосочек холмовидной формы, слизистая розовая.

УЗИ на 14-е сутки: ПЖ – 16×9×17. Сохраняется участок с наличием взеси (44×25 мм) слева под брюшной стенкой.

УЗИ на 21-е сутки: холедох до 6,9 мм в диаметре. ПЖ – 21×10×20 мм, слева умеренно отечные ткани (21×13 мм).

УЗИ на 23-е сутки: желчный пузырь (68×19 мм) с перегибом в теле, стенка – 2,2 мм, однородной структуры, содержимое анэхогенной однородной структуры. Холедох – 4 мм. ПЖ – 23×10×18 мм, однородной структуры. Свободная жидкость не выявлена.

Нормализации клинично-лабораторных данных и показателей УЗИ удалось достигнуть на 43-и сутки после операции: ПЖ железа – 17×9×17 мм, однородная, эхогенность обычная. Общий желчный проток диаметром до 1,3 мм, вирсунгов проток – 0,6 мм. Свободной жидкости в брюшной полости нет (рис. 4). Анализ крови (Л 12,4, Э 5,47, Т 280, гемогл 154, п 0, с 37, э 6, м 3, л 54, СОЭ 80). Биохимия крови на момент выписки – общий белок 74,4, СРБ 0,24, амилаза 44, липаза 62,6, АЛТ 12,6, АСТ 23,0, ГГТ 123,5, мочевины 4,4, креатинин 42,1. Амилаза в моче – 151 ед/л.

В дальнейшем ребенок находился под наблюдением гастроэнтерологов. Спустя 2 года после операции на фоне диеты и курсов консервативного лечения приступов обострения панкреатита не было. В отдаленные сроки данные о пороках развития гепатопанкреатодуоденальной зоны у ребенка не выявлено, также исключены метаболические, инфекционные и глистные факторы как возможные причины ОП, что позволило считать данное наблюдение примером идиопатического ОП, осложнившегося панкреонекрозом.

Заключение

Лечение ОП состоит из двух направлений, которые не исключают друг друга: консервативное и хирургическое. Консервативное комплексное лечение ОП должно быть направлено на устранение гипертензии в желчевыводящих и панкреатических путях, подавление секреторной активности ПЖ и желудка, снижение содержания ферментов в крови, ликвидацию гиповолемии, водно-электролитных и белковых расстройств, парезов кишечника и боли, а также улучшение реологических и микроциркуляторных расстройств.

Хирургическое лечение требуется в случае прогрессирования деструкции, развития панкреонекроза и неэффективности консервативной терапии.

Объем оперативного вмешательства должен быть минимизирован и в то же время радикален. Хирургическое лечение должно быть ограничено ревизией брюшной полости, ее промыванием,

разделением желудочно-ободочной связки, тщательным осмотром малого сальника и удалением некротизированных тканей с последующим дренированием, т.е. созданием достаточного оттока от ПЖ. Показания к вынужденным ранним (до 5 суток) операциям при тяжелом панкреатите без признаков инфицирования возникают при появлении признаков панкреатогенного (ферментативного) перитонита, при стойкой или прогрессирующей органной недостаточности, несмотря на комплексную интенсивную терапию в течение 1–3 суток, а также если диагностировано обширное распространение некроза на забрюшинное пространство.

Для выполнения ранних операций при некротическом панкреатите оптимальны лапароскопические вмешательства. Эта методика позволяет выполнить адекватное хирургическое пособие, снизить количество ранних осложнений.

В настоящее время у взрослых пациентов успешно применяется эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография. Однако многие авторы говорят об опасности осложнений и ухудшении течения панкреатита при проведении данной манипуляции. К тому же в настоящее время у детей ранней возрастной группы это исследование не нашло широкого распространения.

Список литературы

1. Завьялкин В.А. Оптимизация диагностики и лечения острого панкреатита у детей: Автореф. дисс....канд. мед. наук. – СПб., 2006.
2. Гасилина Т.В., Бельмер С.В. Панкреатиты у детей // Лечащий врач. 2009. № 1.
3. Болезни поджелудочной железы у детей / Под ред. С.В. Бельмера и соавт. – М.: Медпрактика-М, 2015.
4. Goh S.K., Chui C.H., Jacobsen A.S. Childhood acute pancreatitis in a children's hospital // Singapore Med.J. 2003. Vol. 44. P. 453–456.
5. Sanchez-Ramirez C.A., Larrosa-Haro A., Flores-Martinez S. et al. Acute and recurrent pancreatitis in children: etiological factors // Acta Paediatr. 2007. Vol. 96. P. 534–537.
6. Kandula L., Lowe M.E. Etiology and outcome of acute pancreatitis in infants and toddlers // J. Pediatr. 2008. Vol. 152. P. 106–110.
7. Cofini M., Favoriti P., Quadrozzini F. Acute pancreatitis in pediatric age: our experience on 52 cases // Minerva Pediatr. 2014, Aug. Vol. 66, N 4. P. 275–280.
8. Bai H.X., Lowe M.E., Husain S.Z. What Have We Learned About Acute Pancreatitis in Children? // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2011, March. Vol. 52, N 3. P. 262–270.

3. ДОКЛАД: «ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОДУЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЭНДОПРОТЕЗОВ В ЛЕЧЕНИИ САРКОМ КОСТЕЙ»

Большаков Н.А., Талыпов С.Р., Сухов М.Н., Рачков В.Е., Тихонова М.В., Шаманская Т.В., Новичкова Г.А.

ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, Москва

Как правило, опухоли костной системы возникают у детей и подростков [1, 2]. Около 80% данной патологии приходится на возраст 10–25 лет [2, 3]. Наиболее часто поражающаяся опухолью область скелета – это кости, образующие коленный сустав: дистальный метафиз бедренной кости и проксимальный метафиз большеберцовой кости [1, 2].

На сегодняшний день во всем мире около 90–95% пациентам с саркомами конечностей, прошедшим лечение в специализированных центрах,

успешно проводят органосохраняющие операции [5]. В России примерно у 90% детей с саркомами костей и мягких тканей выполняются органосохраняющие операции [1]. В современной онкоортопедии эндопротезирование является одним из основных методов органосохраняющего лечения опухолей костей.

Современные тенденции эндопротезирования у детей характеризуются широким использованием модульных эндопротезов, а также внедрением технологии неинвазивного растущего эндопротеза.