

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ СКЛЕРОЗИРОВАНИЕ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У РЕБЕНКА

УДК 616.37–003.4–053.2.5–089.81

Поступила 04.06.2014 г.

© **Л.А. Отдельнов**, ассистент кафедры хирургии ФПКВ¹;
В.П. Обрядов, к.м.н., зав. детским хирургическим отделением²;
Е.А. Рожденкин, младший научный сотрудник³;
Г.М. Лукоянова, д.м.н., профессор кафедры хирургии ФПКВ¹

¹Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород, 603005, пл. Минина и Пожарского, 10/1;

²Нижегородская областная детская клиническая больница, Н. Новгород, 603136, ул. Ванеева, 211;

³Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр Минздрава России, Н. Новгород, 603155, Верхне-Волжская набережная, 18

Представлено клиническое наблюдение посттравматической кисты поджелудочной железы у ребенка. Описанный случай демонстрирует эффективность комплексного подхода к лечению приобретенной кисты, включающего терапию острого панкреатита с динамической оценкой результатов и последующее оперативное вмешательство. Показаны возможности ультразвукового исследования в диагностике данной патологии и сложности консервативного лечения. Наблюдение интересно нестандартным подходом к операции: больному выполнено лапароскопическое дренирование и склерозирование кисты. Описанное малоинвазивное вмешательство привело к полному выздоровлению.

Ключевые слова: киста поджелудочной железы; лапароскопия; склерозирование кисты; наружное дренирование кисты.

English

Laparoscopic Sclerotherapy of Child's Pancreatic Cyst

L.A. Otdel'nov, Assistant, Department of Surgery, Postgraduate Faculty¹;
V.P. Obryadov, PhD, Head of the Department Infantile Surgery²;
E.A. Rozhdyonkin, Junior Researcher³;
G.M. Lukoyanova, MD, DSc, Professor, Department of Surgery, Postgraduate Faculty¹

¹Nizhny Novgorod State Medical Academy, 10/1 Minin and Pozharsky Square, Nizhny Novgorod, 603005, Russian Federation;

²Nizhny Novgorod Regional Children Hospital, 211 Vaneeva St., Nizhny Novgorod, 603136, Russian Federation;

³Privolzhsky Federal Research Medical Centre, Ministry of Health of the Russian Federation, 18 Verkhne-Volzhskaya naberezhnaya St., Nizhny Novgorod, 603155, Russian Federation

The paper presents clinical supervision of child's post-traumatic pancreatic cyst. The described case demonstrates efficiency of comprehensive approach to evoked cyst treatment which comprises acute pancreatitis therapy with dynamic assessment of the results and subsequent surgical measure. The authors demonstrated capabilities of ultrasound investigation in this pathology diagnostics and conservative treatment complexity. The supervision is of interest because of unconventional approach to the operation: the patient received cyst laparoscopic drainage and sclerotherapy. The described minimal invasion resulted in absolute recovery.

Key words: pancreatic cyst; laparoscopy; cyst sclerotherapy; outer cyst drainage.

В последние десятилетия отчетливо прослеживается тенденция к росту распространенности панкреатита как у взрослых, так и у детей. В структуре заболеваний органов пищеварения у детей острый и хронический панкреатит составляют до 25% [1]. Приобретенные кисты поджелудочной железы (ПЖ), развивающиеся на фоне травм и воспалительных процессов, являются относительно редкой патологией детского возраста,

но требующей индивидуализированного, комплексного подхода [2–6].

Приводим наше наблюдение. От родителей ребенка получено информированное согласие на проведение исследования.

Больной Б., ребенок 8 лет, поступил в хирургическое отделение Нижегородской областной детской клинической

Для контактов: Отдельнов Леонид Александрович, e-mail: leonotdelnov@yandex.ru

больницы 27.09.2012 г. спустя месяц с момента получения травмы — 28.08.2012 г. упал с велосипеда. В экстренном порядке был оперирован в Центральной районной больнице: на операции выявлены ушиб ПЖ, гематома малого сальника, гематома забрюшинного пространства, разрыв брыжейки толстой кишки. Выполнены лапаротомия, ушивание разрыва брыжейки толстой кишки.

В послеоперационном периоде отмечали фебрильную лихорадку, боли в животе, тошноту, рвоту, по данным УЗИ — признаки кисты хвоста ПЖ. В крови — повышение амилазы до 100 норм. Проводимое консервативное лечение не давало положительного результата, в связи с чем ребенок переведен в хирургическое отделение областной больницы. При поступлении по данным УЗИ от 27.09.2012 г.: ПЖ увеличена (головка — 22 мм, тело — 12 мм, хвост — 36 мм), имеет ровные, четкие контуры, диффузно-неоднородную эхоструктуру (за счет мелких высокоэхогенных включений), экзогенность умеренно повышена, проток не дилатирован, в проекции хвоста ло-

цируется одиночное объемное образование 38×48×33 мм объемом 29 см³, с ровными четкими контурами, тонкой капсулой, имеющее овоидную форму. Анехогенное содержимое в экстраорганном пространстве малого таза — в объеме 130 мл (признаки асцита), признаки спленомегалии. Начато комплексное консервативное лечение, включающее диетическое питание, инфузионную терапию, антибактериальную терапию, прием октреотида, Креона, Церукала, Бифидумбактерина, Альмагеля. Отмечена положительная динамика: купирование болевого синдрома, стихание воспалительных процессов, уменьшение уровня амилазы крови до 2 норм. По данным контрольного УЗИ — без отрицательной динамики: образование в хвосте ПЖ размерами 27×49×41 мм, объемом 28 см³, овоидной формы с ровными четкими контурами, анехогенным содержимым с экзогенными пристеночными включениями, признаки асцита (рис. 1). Выписан на 8-е сутки в удовлетворительном состоянии. Рекомендованы строгое соблюдение диеты, прием ферментных препаратов.

При контрольном УЗИ через полтора месяца отмечена отрицательная динамика: увеличение объема жидкостного образования хвоста до 130 см³, воспалительные изменения ПЖ — увеличение размеров, неровность контуров (рис. 2). Для решения вопроса об оперативном лечении повторно госпитализирован в хирургическое отделение областной больницы 14.12.2012 г. В связи с сохраняющимся жидкостным образованием в области хвоста ПЖ и другой отрицательной динамикой по данным УЗИ принято решение об оперативном лечении.

19.12.2012 г. выполнена операция: лапароскопическое склерозирование, дренирование кисты ПЖ. После наложения пневмоперитонеума в брюшную полость введено 4 троакара. С помощью биполярной коагуляции выполнено рассечение желудочно-ободочной связки, вскрыта полость малого сальника. При ревизии в области хвоста ПЖ выявлена киста до 5 см в диаметре. Она была частично мобилизована и пунктирована иглой, в результате получен прозрачный экссудат в объеме 10 мл без хлопьев. Через прокол в области левого подреберья в брюшную полость введен троакар с катетером (набор для функциональной цистостомы). Киста пунктирована — в полость введен катетер, через который выполнено промывание полости кисты смесью 0,1% адреналина и 0,25% новокаина (1:20) с экспозицией 2 мин, после чего раствор удален. Затем в полость кисты введено 4 мл охлажденного 95% этилового спирта, который эвакуирован через 5 мин. Брюшная полость осушена, троакары удалены. Дренаж фиксирован к коже. Наложены швы на раны.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж удален на 2-е сутки. Раны зажили первичным натяжением. В послеоперационном периоде были назначены диета, инфузионная, антибактериальная терапия, Креон, Ультоп. По данным УЗИ в динамике (на 6-е сутки после операции): в проекции хвоста локализовано одиночное объемное образование размерами 31,7×23,4×26,6 мм, объемом 10,3 см³, овоидной формы, с ровными четкими кон-

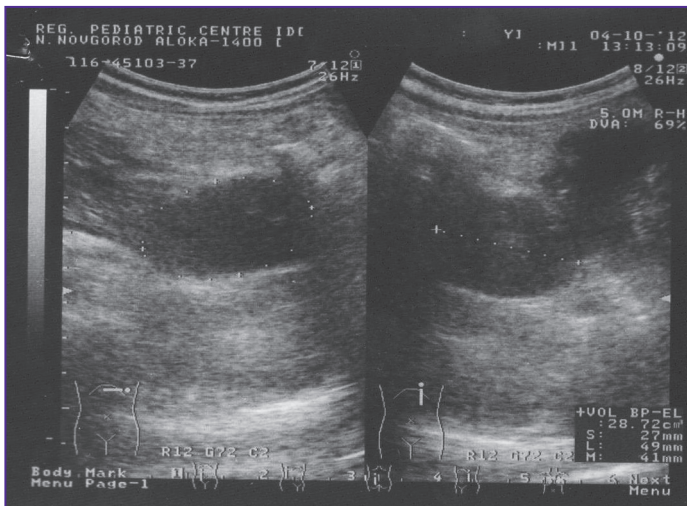


Рис. 1. УЗ-сканогрaмма от 04.10.2012 г. — киста хвоста поджелудочной железы объемом 28 см³

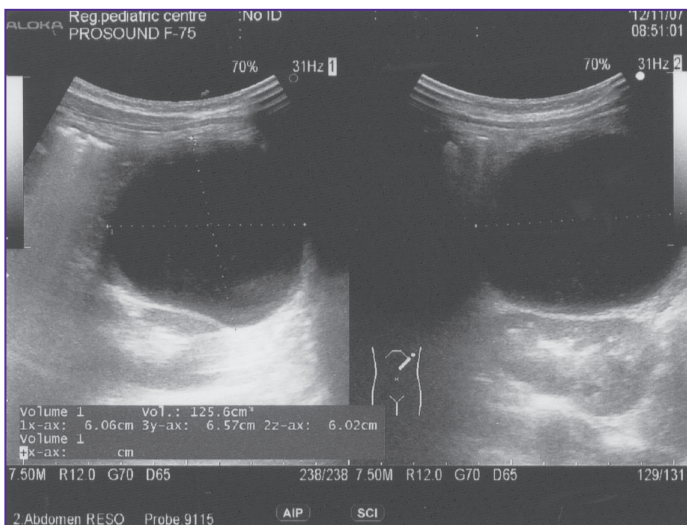


Рис. 2. УЗ-сканогрaмма от 07.11.2012 г. — отрицательная динамика: увеличение объема кисты до 130 см³

турами, анэхогенным содержимым (рис. 3). Выписан в удовлетворительном состоянии на 7-е сутки после операции.

При контрольном УЗИ через полтора месяца: в проекции хвоста — округлое анэхогенное образование с ровными четкими контурами диаметром 18–19 мм, объемом не более 4 см³. При динамическом обследовании через 9 мес: ПЖ размерами 18,4×5,6×18,7 мм с ровными четкими контурами, диффузно неоднородной структуры за счет мелких высокоэхогенных включений, обычной эхогенности, проток не расширен, объемных образований не обнаружено. Свободной жидкости в брюшной полости нет (рис. 4). Болевой синдром и диспептические расстройства отсутствуют, углеводный обмен компенсирован.

Заключение. Представленное наблюдение этапного лечения посттравматического панкреатита иллюстрирует сложности ведения таких пациентов в результате развития осложнения в виде образования посттравматической кисты, устойчивой к консервативному лечению. Больные с приобретенными кистами ПЖ требуют комплексного подхода, включающего на первом этапе консервативное лечение острого панкреатита, продолженное на амбулаторном этапе, активное динамическое наблюдение с оценкой клинико-лабораторных показателей и данных ультразвукографии. В случае необходимости оперативного лечения, выбирая метод оперативного пособия, следует отдавать предпочтение малоинвазивным вмешательствам. Применение в рассмотренном случае комплексного подхода привело к благоприятному исходу.

Финансирование исследования и конфликт интересов. Исследование не финансировалось какими-либо источниками. Конфликты интересов, связанные с данным исследованием, отсутствуют.

Литература

1. Маев И.В., Кучерявый Ю.А. Болезни поджелудочной железы. М; 2009; 736 с.
2. Гумеров А.А., Зайнуллин Р.Р., Филиппова Н.П. Посттравматическая киста поджелудочной железы у ребенка 6 лет. *Детская хирургия* 2002; 6: 50–51.
3. Давиденко Н.В. Клинико-функциональная характеристика, исходы и прогноз острых панкреатитов различной этиологии у детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М; 2006.
4. Bhat N.A., Rashid K.A., Wani I., Wani S., Syeed A. Hydatid cyst of the pancreas mimicking choledochal cyst. *Ann Saudi Med* 2011; 31(5): 536–538, <http://dx.doi.org/10.4103/0256-4947.84638>.
5. Brien-Richter A., Grabhorn E., Wenke K., Gansehow R. Hemorrhagic necrotizing pancreatitis with a huge pseudocyst in a child with Grohn's disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2010; 22(2): 234–236, <http://dx.doi.org/10.1097/MEG.0b013e32832ca501>.
6. Fujishiro J., Kaneko M., Urita Y., Hashino N., Jinbo T.,

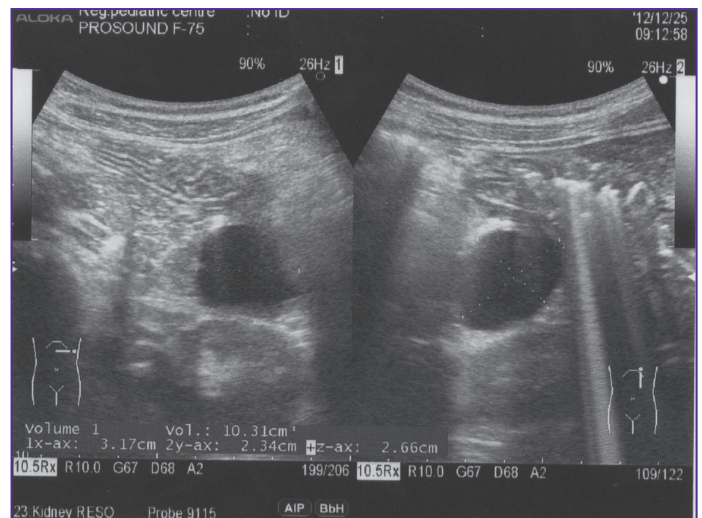


Рис. 3. УЗ-сканогамма от 25.12.2012 г. — 6-е сутки после операции: уменьшение полости кисты до 10,3 см³



Рис. 4. УЗ-сканогамма от 24.09.2013 г. — отдаленный результат через 9 мес после операции: объемных образований нет

Sakamoto N., Suzuki H., Komuro H. Enteric duplication cyst of the pancreas with duplicated pancreatic duct. *J Pediatr Surg* 2011; 46(8): 13–16, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2011.04.056>.

References

1. Maev I.V., Kucheryavyy Yu.A. *Bolezni podzheleduchoy zhelezy* [Diseases of the pancreas]. Moscow; 2009; 736 p.
2. Gumerov A.A., Zaynullin R.R., Filippova N.P. Post-traumatic pancreatic cyst with 6 years old child. *Detskaya khirurgiya* 2002; 6: 50–51.
3. Davidenko N.V. *Kliniko-funktsional'naya kharakteristika, iskhody i prognoz ostrykh pankreatitov razlichnoy etiologii u detey*. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk [Clinical-functional profile, outcomes and prognosis of children's various etiology acute pancreatitis. Abstract of Dissertation for the degree of Candidate of Medical Science]. Moscow; 2006.
4. Bhat N.A., Rashid K.A., Wani I., Wani S., Syeed A.

Hydatid cyst of the pancreas mimicking choledochal cyst. *Ann Saudi Med* 2011; 31(5): 536–538, <http://dx.doi.org/10.4103/0256-4947.84638>.

5. Brien-Richter A., Grabhorn E., Wenke K., Gansehow R. Hemorrhagic necrotizing pancreatitis with a huge pseudocyst in a child with Grohn's disease. *Eur J Gastroenterol*

Hepatol 2010; 22(2): 234–236, <http://dx.doi.org/10.1097/MEG.0b013e32832ca501>.

6. Fujishiro J., Kaneko M., Urita Y., Hashino N., Jinbo T., Sakamoto N., Suzuki H., Komuro H. Enteric duplication cyst of the pancreas with duplicated pancreatic duct. *J Pediatr Surg* 2011; 46(8): 13–16, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2011.04.056>.