

С.Г. Врублевский^{1,2}, В.О. Трунов^{1,2}, П.А. Мордвин^{1,2}, Г.С. Поддубный¹, С.Р. Брилиг¹

ЛОЖНАЯ КИСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА У ДЕВОЧКИ 12 ЛЕТ

¹ГБУЗ «Морозовская городская детская клиническая больница» ДЗМ
(главный врач – д.м.н., проф., засл. врач РФ И.Е. Колтунов); ²кафедра детской хирургии
(зав. – д.м.н., проф. А.Ю. Разумовский) ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва, РФ

Vrublevskiy S.G.^{1,2}, Trunov V.O.^{1,2}, Mordvin P.A.^{1,2}, Poddubniy G.S.¹, Briling S.R.¹

PANCREATIC PSEUDOCYST AS A COMPLICATION OF DESTRUCTIVE PANCREATITIS IN THE 12 YEARS OLD GIRL

¹Morozov Children's Hospital, (headed by Koltunov I.E., Ph.D., Prof., Honored Doctor of the Russian Federation, Chief Medical Officer); ²Department of Pediatric Surgery (headed by Razumovskiy A.Yu., Ph.D., Prof.) of Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow, Russia

Представлен редкий случай приобретенного кистозного поражения поджелудочной железы (ПЖ) в детском возрасте, потребовавший консервативного и поэтапного хирургического лечения, с благоприятным исходом. Особенность данного клинического случая – динамическое наблюдение, позволившее выявить развитие псевдокисты ПЖ, сочетавшейся с сахарным диабетом 1-го типа, причиной формирования которой явился ранее перенесенный деструктивный панкреатит. Показаны возможности ультразвукового метода исследования и компьютерной томографии в диагностике данной патологии. Описан один из способов хирургического лечения псевдокисты ПЖ с использованием лапароскопической методики.

Ключевые слова: деструктивный панкреатит, сахарный диабет 1-го типа, псевдокиста поджелудочной железы, панкреатоюностомия, лапароскопия, дети.

The authors observe a rare case of acquired cystic lesion of the pancreas in childhood, which has required both phases of conservative and surgical treatment with a favorable outcome. The peculiarity of this case report is a dynamic observation that revealed the development of pancreatic pseudocysts combined with type 1 diabetes which in its turn was caused by a previously postponed destructive pancreatitis. The possibilities of ultrasonic methods of research and computerized tomography in the diagnosis of this disease are shown. One of the methods of surgical treatment of pancreatic pseudocysts with the use of laparoscopic techniques is disclosed.

Key words: destructive pancreatitis, type 1 diabetes, pancreatic pseudocyst, pancreatojejunostomy, laparoscopy, children.

Под термином «киста поджелудочной железы» (kistomata pancreatitis) подразумевается жидкостное образование, находящееся в ткани самой поджелудочной железы (ПЖ) или в парапанкреатической клетчатке [1]. Стоит отметить, что кисты ПЖ – это редкая патология в детском возрасте, однако часто

требующая проведения оперативного лечения [2–6]. В мировой литературе имеется небольшое количество публикаций, посвященных данной патологии у детей [7]. Классификация кист ПЖ у детей, которой пользуются врачи и в настоящее время, впервые была предложена еще в 1988 г. Ю.Ф. Исаковым и соавт. Кистозные

Контактная информация:

Мордвин Павел Алексеевич – асп. каф. детской хирургии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, врач-хирург отделения неотложной хирургии и урологии-андрологии Морозовской городской детской клинической больницы ДЗМ
Адрес: Россия, 119049 г. Москва, 4-й Добрынинский пер., 1/9
Тел.: (495) 959-87-51,
E-mail: pavelmordvin@gmail.com
Статья поступила 28.01.15,
принята к печати 24.02.15.

Contact information:

Mordvin Pavel Alekseyevich – Associate with the Department of Pediatric Surgery of Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU); Pediatric Surgeon with the Division of Emergency Surgery and Urology-Andrology of Morozov Children's Hospital
Address: Russia 119049 Moscow, 4th Dobryninskiy pereulok, 1/9
Tel.: (495) 959-87-51,
E-mail: pavelmordvin@gmail.com
Received on Jan. 28, 2015;
submitted for publication on Feb. 24, 2015.

образования могут быть врожденного характера, которые расцениваются как истинные кисты, и ложные кисты, образующиеся в основном после травм и воспалительных процессов [8, 9]. Причиной возникновения кист ПЖ в 15% случаев является деструктивный панкреатит. Основными методами диагностики для выбора оптимального метода лечения кистозных образований является ультразвуковое исследование (УЗИ) ПЖ [10], компьютерная томография (КТ) и, если потребуется, проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) в режиме магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ). Лечение данной патологии сопровождается целым рядом трудностей, как во время оперативного вмешательства, так и в послеоперационном периоде [11–15]. Они обусловлены: 1) агрессивным химическим составом секрета ПЖ; 2) сложным анатомическим расположением; 3) наличием у данного органа как эндокринной, так и экзокринной функций.

Приводим наше клиническое наблюдение ребенка 12 лет с псевдокистой ПЖ как осложнение деструктивного панкреатита в сочетании с сахарным диабетом 1-го типа.

Из анамнеза известно, что за 2 недели до госпитализации девочка употребляла жирную рыбу. Постепенно стала отмечаться выраженная жажда, появились жалобы на периодические боли в животе схваткообразного характера в эпигастриальной и правой подреберной областях. С данными жалобами девочка госпитализирована в Морозовскую ДГКБ с подозрением на острый аппендицит. При динамическом наблюдении диагноз не подтвержден.

При дополнительном обследовании был выявлен острый токсический панкреатит, который в дальнейшем осложнился панкреонекрозом. В биохимическом анализе крови обнаружено повышение уровня глюкозы до 15,5 ммоль/л, α -амилазы – до 813 МЕ/л; в моче – увеличение диастазы до 6020 МЕ/л; ЭХО-графические изменения в ПЖ отсутствовали: контуры четкие, ровные, размеры – 17x17x19 мм, структура однородная, экзогенность паренхимы не изменена. В связи с выявленной гипергликемией больная переведена в отделение эндокринологии с диагнозом: сахарный диабет, острый панкреатит.

На следующий день, по данным УЗИ, отмечены увеличение размеров ПЖ до 28x23x27 мм, повышение экзогенности, неоднородность экоструктуры с нечеткими контурами, с трудом дифференцируемые от окружающих тканей. Ребенку проводилась инфузионная, заместительная, симптоматическая обезболивающая терапия. Больная консультирована эндокринологом, выявлено нарушение толерантности к глюкозе на фоне течения острого панкреатита, показаний к введению инсулина не выявлено. По данным контрольного УЗИ отмечено отсутствие положительной динамики, что явилось показанием к проведению ребенку КТ брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастным усилением. КТ-картина панкреонекроза без признаков внепанкреатического распространения процесса. ПЖ значительно увеличена в размере: головка – 4,9 см, тело – 3,6 см, хвост – 3,8 см, имеет выраженную неоднородную структуру, с множественными сливающимися между собой зонами пониженной плотности (рис. 1). При контрастном усилении



Рис. 1. КТ (корональный срез): ПЖ увеличена в размере (стрелками указаны множественные сливающиеся между собой зоны некроза).

отмечается неоднородное накопление контрастного препарата в области участков с сохраненной плотностью, изменения максимально выражены в головке. Увеличенная ПЖ смещает и частично сдавливает 12-перстную кишку и антральный отдел желудка. Признаков внепанкреатического распространения процесса не получено.

По совокупности клинических проявлений, результатов лабораторных и инструментальных методов обследования было принято решение выполнить диагностическую лапароскопию, на которой при ревизии брюшной полости выявлено: брыжейка и сальник резко отечны, инфильтрованы, с элементами стеароза, желчный пузырь резко напряжен, инфильтрован. После рассечения желудочно-ободочной связки была вскрыта сальниковая сумка, в полости которой отмечались значительное количество мутного выпота с фрагментами некротических тканей, отечная парапанкреатическая клетчатка, паренхима ПЖ отчетливо не визуализировалась. Полость сальниковой сумки была промыта водным раствором хлоргексидина и дренирована.

На фоне последующей инфузионной, антибактериальной терапии, введения сандостатина, гордокса состояние девочки улучшилось. Больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии под наблюдением эндокринолога (уровень глюкозы в крови 7,3 ммоль/л) и хирурга с рекомендациями повторного проведения УЗИ, так как при контрольной УЗИ и КТ выявлены признаки вероятного формирования кисты ПЖ. По данным КТ, в головке и хвосте ПЖ сохранялись участки пониженной плотности, не накапливающие контрастный препарат, размером 1,5x1,8 и 3,7x1,8 см.

При контрольном обследовании через 6 месяцев выявлена многокамерная псевдокиста ПЖ размерами около 9x6x4 см, прилежащая к малой кривизне, антральному отделу желудка, смещая его кпереди (рис. 2 и 3).

Учитывая расположение кисты и интраоперационную картину при лапароскопии, было принято решение о выполнении лапаротомии, гастроцистостомии.

В послеоперационном периоде у ребенка отмечалась стойкая гипергликемия, был диагностирован инсулинзависимый сахарный диабет, проводилась инсулинотерапия. На фоне проведенного лечения показатели углеводного обмена были компенсированы. Через 3 месяца выявлен рецидив кистозного образования ПЖ. При КТ, по сравнению с ранее выполнен-

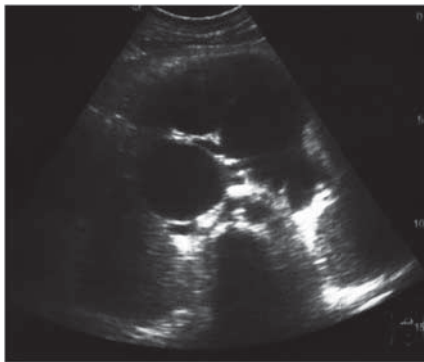


Рис. 2. УЗИ брюшной полости: в эпигастральной области определяется многокамерное кистозное образование, размерами 109x81x49 мм с мелкодисперсной взвесью.



Рис. 3. КТ с внутривенным контрастным усилением (фронтальный срез): увеличение размеров кисты ПЖ в области ее головки и тела до 3,7x3,7x5,9 см.

ным исследованием, отмечалось увеличение размеров кисты в области головки и тела ПЖ.

Для осуществления полноценного дренирования кисты ПЖ выполнена лапароскопическая цистоеюностомия на отключенной петле тощей кишки по Ру. После вскрытия сальниковой сумки визуализированы рубцово-измененные ткани в области головки ПЖ, вскрыта кистозная полость, рассечена продольно и анастомозирована с отключенной петлей тощей кишки, проведенной через мезоколон по Ру (рис. 4). Тонко-тонкокишечный анастомоз конец – в бок наложен вне брюшной полости через минилапаротомный доступ в пупочной области.

В послеоперационном периоде на протяжении

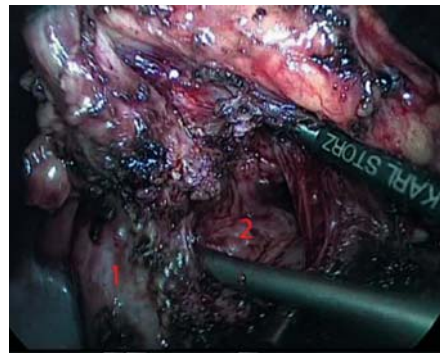


Рис. 4. Лапароскопическая цистоеюностомия: двенадцатиперстная кишка (1), рубцово-измененные ткани в области головки ПЖ, вскрыта кистозная полость (2).

4-х суток больная находилась в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), где ежедневно мониторировали показатели гликемии и уровень амилазы крови. В дальнейшем девочка была переведена в отделение абдоминальной хирургии, выписана из клиники на 14-е сутки после операции. По данным УЗИ, через 3 и 6 месяцев после оперативного лечения объемных и патологических образований брюшной полости не выявлено, отмечались частичное восстановление структуры ПЖ, отсутствие болевого синдрома и диспептических расстройств, углеводный обмен компенсирован на фоне инсулинотерапии.

Редкое для педиатрической практики клиническое наблюдение, такое как ложная киста ПЖ, отражает определенную сложность ведения маленьких пациентов с острыми панкреатитами, высокий риск развития тяжелого осложнения в виде панкреонекроза и его последствий, что требует длительного консервативного лечения, наблюдения, а также проведения сложного реконструктивного оперативного вмешательства в панкреатодуоденальной зоне с использованием лапароскопической техники.

Таким образом, динамическое наблюдение и мониторинг состояния с использованием современных малоинвазивных методов контроля позволяют проводить своевременную диагностику псевдокист ПЖ, а лапароскопические методики хирургического лечения способствуют благоприятному исходу и быстрой репарации пациентов.

Литература

1. Гришин И.Н., Гриц В.Н., Лагодич С.Н. Кисты, свищи поджелудочной железы и их осложнения. Минск: Вышэйшая школа, 2009: 33–43.
2. Давиденко Н.В. Клинико-функциональная характеристика, исходы и прогноз острых панкреатитов различной этиологии у детей: Автореф. дисс. ... канд мед. наук. М., 2006.
3. Мешков М.В., Никитский Д.Н., Слынько Н.А. Киста поджелудочной железы у ребенка 3,5 лет. Детская хирургия. 1999; 2: 50–51.
4. Bhat NA, Rashid KA, Wani I, Wani S, Syeed A. Hydatid cyst of the pancreas mimicking choledochal cyst. Ann. Saudi Med. 2011; 31 (5): 536–538.
5. Boulanger SC, Gosche JR. Congenital pancreatic cyst arising from occlusion of the pancreatic duct. Pediatr. Surg. Int. 2007; 23 (9): 903–905.
6. Briem-Richter A, Grabhorn E, Wenke K, Ganschow R. Hemorrhagic necrotizing pancreatitis with a huge pseudocyst in a child with Crohn's disease. Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2010; 22 (2): 234–236.
7. Смирнов А. Н., Голованев М.А, Парамонова С.В. Хирургическое лечение истинных и ложных кист поджелудочной железы у детей. Детская хирургия. 2004; 6: 49–51.
8. Степанов А.Э., Васильев К.Г., Невцветаев А.В. Детская хирургия, национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009: 405–410.
9. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006: 354.
10. Megibow AJ. Update in imaging of cystic pancreatic masses for gastroenterologists. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2008; 6 (11): 1194–1197.
11. Скобелев В.А., Разин М.П. Цистоеюноанастомоз при посттравматической кисте поджелудочной железы у ребенка 11 лет. Детская хирургия. 2004; 2: 51–52.
12. Makin E, Harrison P, Patel S, Davenport M. Pancreatic pseudocysts in children: Treatment by endoscopic cystgastrostomy. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2012; 55 (5): 556–558.
13. Seitz G, Warmann SW, Kirschner HJ, et al. Laparoscopic cystojejunostomy as a treatment option for pancreatic pseudocysts in children—a case report. J. Pediatr. Surg. 2006; 41 (12): 33–35.
14. Sharma SS, Maharshi S. Endoscopic management of pancreatic pseudocyst in children—a long-term follow-up. J. Pediatr. Surg. 2008; 43 (9): 1636–1639.
15. Yoder SM, Rothenberg S, Tsao K, et al. Laparoscopic treatment of pancreatic pseudocysts in children. J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. 2009; 19 (Suppl. 1): 37–40.