



УДК 616.37-089-053.2-036.838

DOI: 10.22141/2224-0551.5.1.73.1.2016.78943

ПАЩЕНКО Ю.В.¹, БЕЛОУСОВА О.Ю.², БЕЛОПАЩЕНЦЕВ В.А.³

¹Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

²Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

³КУЗ «Областная детская клиническая больница № 1», г. Харьков, Украина

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Резюме. Актуальность. Хирургическое лечение патологии поджелудочной железы у детей является достаточно сложным разделом детской хирургии. Сложность инвазивных методов диагностики врожденных аномалий строения самой железы, а также экстраорганные осложнения, связанные с эктопированными тканями, зачастую ставят хирургов и интернистов перед выбором оптимального способа лечения. **Цель исследования:** разработка оптимальных подходов в лечении органной и экстраорганный патологии поджелудочной железы у детей. **Материалы и методы.** В работе приведен опыт клиники в лечении 50 детей с пороками развития и заболеваниями поджелудочной железы в возрасте от 2 мес. до 17 лет. Внеорганные эктопии ткани поджелудочной железы (25), деструктивный панкреатит (10), реактивные кисты (8), травматические повреждения (3), лимфангиома (1), агрессивный фиброз (1), тератома (1), инсулома (1). **Диагностика:** клиничко-лабораторные методы, фиброгастродуоденоскопия, лучевые методы. **Результаты.** Описаны оперативные вмешательства у детей с использованием минидоступа, лапароскопических технологий, стентирования, а также открытых операций. В статье приведена сопроводительная медикаментозная терапия и принципы диетотерапии в послеоперационном периоде. **Выводы.** Опыт лечения врожденной и приобретенной патологии поджелудочной железы показывает эффективность предложенных подходов и перспективы расширения мини-инвазивных технологий в хирургической коррекции. Этапная программа лечения и реабилитации больных по маршруту «гастроэнтеролог — детский хирург — гастроэнтеролог» позволяет обеспечить высокий уровень хороших и удовлетворительных результатов лечения у детей за счет разработки и внедрения в практику четкого алгоритма междисциплинарного взаимодействия интернистов и детских хирургов.

Ключевые слова: пороки, заболевания поджелудочной железы, дети, лечение.

Своевременное обнаружение и лечение заболеваний поджелудочной железы (ПЖ), как и хирургическое лечение патологии ПЖ у детей, представляют сегодня одну из наиболее сложных задач как детской гастроэнтерологии, так и детской хирургии. Сложность инвазивных методов диагностики врожденных аномалий строения самой железы, а также экстраорганные осложнения, связанные с эктопированными тканями, зачастую ставят хирургов и интернистов перед выбором оптимального способа лечения.

В последние годы благодаря бурному внедрению в практику детских хирургов мини-инвазивных способов диагностики и лечения значительно расширились возможности оказания шадящей хирургической коррекции при деструктивных панкреатитах, реактивных кистах ПЖ [4]. Кроме того, накоплен значительный опыт оперативных вмешательств при эктопических локализациях тканей ПЖ желудка и кишечника — как

отдельных, так и в сочетании с удвоениями пищеварительного тракта. Доказано, что в эктопированной ПЖ могут протекать те же патологические процессы, что и в основном органе: воспаление, изъязвление, кистобразование, малигнизация [1, 2]. Однако в подавляющем большинстве случаев клиническая картина (ин-

Адрес для переписки с авторами:

Пашенко Юрий Владимирович

Украина, 61022, г. Харьков, проспект Науки, 4

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра детской хирургии и детской анестезиологии

E-mail: yuv.pedsurg@mail.ru

© Пашенко Ю.В., Белоусова О.Ю.,

Белопашенцев В.А., 2016

© «Здоровье ребенка», 2016

© Заславский А.Ю., 2016

тенсивная абдоминальная боль в эпигастральной или околопупочной области, изжога, отрыжка, тошнота) обусловлена воспалительными изменениями в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишке, которые скрывают присутствие эктопии ПЖ. Именно благодаря отсутствию специфичности клинических проявлений и соответственных критериев диагностики наличия вариантов эктопии ПЖ подобные состояния редко диагностируются клиницистами своевременно. Ошибочно проведенная дифференциальная диагностика и неоднократные малоэффективные курсы консервативного лечения зачастую приводят к позднему выявлению этой патологии на этапе развития осложнений, что может повлечь за собой расширение оперативного вмешательства [3]. Поэтому оптимизация хирургической тактики лечения патологии ПЖ на основе принципов раннего выявления и мини-инвазивности вмешательства является способом снижения возможности развития необратимых патологических изменений как в самой ПЖ, так и в стенке желудка и кишечника, и улучшения отдаленных результатов лечения.

В работе приведен опыт клиники в лечении пороков развития и заболеваний ПЖ у детей.

Цель исследования: разработка оптимальных подходов в лечении органной и экстраорганной патологии ПЖ у детей.

Материалы и методы исследования

За последние 10 лет в ОДКБ № 1 оперативные вмешательства по поводу органной и внеорганной патологии ПЖ выполнены у 50 детей в возрасте от 2 мес. до 17 лет. Наиболее частой причиной вмешательства явилось наличие эктопии ткани ПЖ в желудке (хористомы) у 21 больного и двенадцатиперстной кишке (2). Далее по числу наблюдений следуют деструктивный панкреатит (10), реактивные (посттравматические или постнекротические) кисты ПЖ (8), травма ПЖ (3), удвоение желудка с эктопией ПЖ (2), лимфангиома ПЖ (1), агрессивный фиброз ПЖ (1), тератома ПЖ (1), инсулома (1).

Для уточнения характера патологии, помимо лабораторной клинической и биохимической диагностики, использовали ультразвуковое исследование (УЗИ), мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ), магнитно-резонансную холангиопанкреатографию, фиброгастроудоденоскопию, рентгенографию.

Программа реабилитации детей в послеоперационном периоде определялась с учетом причины и объема операции, необходимости подавления функции ПЖ или ее протезирования. В разработке подходов к хирургической реабилитации, помимо хирургов, активное участие принимали и детские гастроэнтерологи.

Результаты исследования

Хористомы оперировались открытым способом с использованием верхнесрединного мини-доступа 3–4 см. После нахождения опухолевидного образования с помощью электроножа (по возможности в

бессосудистом месте) продольно рассекался серозно-мышечный слой, на хористому накладывалась нить-держалка. С помощью тракции за последнюю с одновременной электродиссекцией практически бескровно выделяли эктопированный участок. Прощивание и перевязка слизистой под основанием образовавшейся воронки позволили практически избежать широкого вскрытия полости желудка, минимизировать дефект слизистой и сократить время операции. Учитывая близость пилорического отдела, дефект серозно-мышечной оболочки ушивали в поперечном направлении. Послеоперационный разрез ушивали с использованием косметических технологий, благодаря чему избежали психоэмоциональных расстройств, особенно характерных для девочек.

Проведение лапароскопии при хористоме, на наш взгляд, нецелесообразно в связи со сложностью обнаружения маленького опухолевидного образования в отдельных случаях, а также с отсутствием преимуществ этой методики перед мини-доступом как по времени и тщательности выполнения операции, так и по конечному косметическому эффекту.

Использование данного способа удаления хористомы позволило начать кормление с первых суток после операции. Учитывая частое сочетание хористомы с дуоденогастральным рефлюксом (ДГР), всем больным проводилась соответствующая терапия с использованием препаратов, предназначенных для усиления перистальтики пищевода, повышения тонуса нижнего пищеводного сфинктера и нормализации опорожнения желудка, включающая применение прокинетики, альгинатов, репаративных, блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов и/или ингибиторов протонной помпы. Также проводилась терапия, направленная на ликвидацию возможных нарушений микроциркуляции в ПЖ, обеспечение ее функционального покоя, замещение нарушенных функций и снижение агрессивности повреждающих факторов. Наряду с перечисленным на этапе стационарного лечения детей в послеоперационном периоде представляется важным не только наблюдение за состоянием послеоперационной раны и проведение консервативной терапии, но и соблюдение активных реабилитационных мероприятий, включающих и рекомендации детского гастроэнтеролога по коррекции, особенностям диетического питания. Нутритивная поддержка в послеоперационном периоде на этапе энтерального питания проводилась с использованием специализированных гидролизированных или антирефлюксных смесей. Смеси, содержащие камедь, использовались в объеме не более 1/3–1/2 от общего объема энтерального питания, получаемого в каждое кормление, из-за возможного затруднения всасывания белка, жиров и ряда эссенциальных нутриентов вследствие загущения пищевого комка неперевариваемыми углеводами, остальные смеси вводились в полном объеме.

Эндоскопический контроль проводился через 3 мес. после окончательного рассасывания шовного материала. Деформаций пилорического отдела не отмечено ни в одном из случаев. При сохраняющихся

признаках ДГР ребенок вновь направлялся к гастроэнтерологу.

Показанием для оперативного лечения травматических повреждений ПЖ или деструктивного панкреатита считаем нарастание перитонеальных явлений и признаков гнойно-деструктивного воспаления. Мониторинг осуществляли с помощью УЗИ, МСКТ с учетом динамики лабораторных изменений.

Оперативное лечение начинали с использования лапароскопической техники. В ходе вмешательства оценивали распространенность затеков, проводили их вскрытие и дренирование сальниковой сумки с щадящей санацией деструктивных участков. Конверсия понадобилась только в одном случае из-за начавшегося кровотечения. В одном наблюдении потребовалась повторная открытая операция.

Ребенка 3 лет с прогрессирующим агрессивным фиброзом ПЖ и практически полной деструкцией последней, несмотря на массивную антисекреторную и цитостатическую терапию, а также проведенные 3 операции, спасти не удалось.

У 2 детей с удвоением желудка в сочетании с эктопией ПЖ потребовались резекционные операции вследствие выраженной деформации пилорoduоденальной зоны с полной ее непроходимостью. Этим детям выполнена щадящая резекция желудка по Бильрот-1. Оба ребенка выздоровели.

В одном наблюдении эктопия привела к деструкции стенки более чем на 1/2 диаметра с перитонитом, что было выявлено в процессе лапароскопии. У 2 детей эктопия в области луковицы двенадцатиперстной кишки вызвала выраженное аррозивное кровотечение, что потребовало ее иссечения.

Лимфангиому ПЖ удалили лапароскопически. Тератому органа и инсулому удалили путем открытого вмешательства.

Несформированные кисты ПЖ дренировали у 5 детей с эффектом полного излечения у 4 из них. Сформировавшиеся кисты оперированы традиционным открытым способом с созданием цистоеюноанастомоза на выключенной тощей кишке по Ру с полным клиническим эффектом.

Отдельно следует остановиться на сопроводительной терапии панкреатита в послеоперационном периоде. Отработанная схема ведения больных позволяет уменьшить число пациентов с реактивными кистами даже при их инициальных проявлениях.

Лечение острого панкреатита проводилось на фоне постельного режима и голода. Назначенный не более чем на одни сутки голод в последующем заменялся постепенным введением продуктов из рациона диеты № 5, для которого характерно механическое, термическое и химическое щажение ЖКТ с исключением стимуляторов панкреатической секреции. Кроме соблюдения диеты, функциональный покой поджелудочной железы обеспечивался назначением:

- ингибиторов протеаз (контривен по схеме);
- препаратов — аналогов соматостатина (октреотид), которые подавляют секреторные процессы в поджелудочной железе;

- инфузионной терапии, направленной на ликвидацию микроциркуляторных расстройств и детоксикацию;

- антибактериальной терапии;

- антисекреторных препаратов: ингибиторов протонной помпы (контролок), понижающих желудочную секрецию и, соответственно, стимуляцию ПЖ кислотой;

- спазмолитиков и прокинетики: платифиллин, папаверин, но-шпа, мебеверин, тримебутин;

- панкреатических ферментов (пангрол, креон) на фоне расширения диеты после периода интенсивной терапии в дозе, адекватной объему и характеру питания.

Обсуждение результатов исследования

С расширением возрастных границ пациентов детского возраста в соответствии с мировыми стандартами хирургия ПЖ, включая инвазивные технологии, стала активно обсуждаться в специальной литературе относительно недавно. Поэтому обсуждение результатов лечения этого органа и разработка направлений реабилитации представляет интерес как для хирургов, так и интернистов.

Как показал наш опыт, наибольшую группу наблюдений составили дети с эктопированной в подслизистый слой пилорического отдела желудка ткани ПЖ — так называемой хористой. Осложнения, связанные с ней, мы наблюдали в виде проявлений воспаления, изъязвления, сопровождающихся нарушением функции основного органа (гастрит, ДГР). Поэтому эндоскопическое выявление хористомы даже при минимальных клинических проявлениях, по нашему мнению, является показанием к удалению. Минидоступ позволяет выполнять вмешательство быстро, практически бескровно, с прекрасным косметическим и функциональным эффектом. Наличие сопутствующих явлений рефлюкса, гастрит требуют специальной реабилитационной терапии у гастроэнтеролога.

Среди других оперированных больных активно использовали мини-инвазивные технологии, включающие лапароскопическую санацию и дренирование, удаление лимфангиомы. При формирующихся псевдокистах ПЖ эффективно чрескожное стентирование кисты под контролем УЗИ.

Предложенная схема послеоперационного ведения детей с деструктивным панкреатитом позволяет раньше возобновить энтеральное питание на фоне протезирования функции ПЖ и в какой-то степени предотвратить развитие кист даже при инициальных проявлениях их формирования при отсутствии повреждения магистрального протока железы. Наличие сформированных кист является показанием для внутреннего дренирования. Наиболее эффективной операцией, по нашему мнению, является цистоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле кишки.

Расширение возможностей лапароскопического дренирования требует дополнительного оснащения хирургической клиники, помимо имеющейся аппара-

туры типа Gen-11, дорогостоящими эндоскопическими самосшивающими степлерами и накопления опыта эндоскопического наложения подобных анастомозов.

Довольно редкой причиной полной непроходимости выходного отдела желудка является его удвоение с эктопией ткани ПЖ, что требует щадящей резекции органа. Опухоли ПЖ требуют удаления после всестороннего обследования и уточнения локализации.

Ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения заболеваний ПЖ с использованием мини-инвазивных технологий и последующей этапной реабилитацией у гастроэнтеролога обнадеживают.

Выводы

1. Опыт лечения врожденной и приобретенной патологии ПЖ показывает эффективность предложенных подходов и перспективы расширения мини-инвазивных технологий в хирургической коррекции.

2. Этапная программа лечения и реабилитации больных по маршруту «гастроэнтеролог — детский

хирург — гастроэнтеролог» позволяет обеспечить высокий уровень хороших и удовлетворительных результатов лечения у детей путем разработки и внедрения в практику четкого алгоритма междисциплинарного взаимодействия интернистов и детских хирургов.

Список литературы

1. Соколов Ю.Ю. Лапароскопические операции у детей с патологией поджелудочной железы / Соколов Ю.Ю., Туманян Г.Т., Ольхова Е.Б. и др. // *Российский вестник*. — 2015. — Т. 5, № 3. — С. 14-19.
2. Ginsburg M. Ectopic pancreas presenting with pancreatitis and mesenteric mass / Ginsburg M., Ahmed O., Rana K. et al. // *Journal of Pediatric Surgery*. — 2013. — Vol. 48, № 4. — E 29-32.
3. Ihse I. Conservative treatment in acute pancreatitis / Ihse I., Andersen R., Andersen-Ssundberg A. et al. // *Ann. Ital. Chir.* — 1995. — Vol. 66. — P. 181-185.
4. Zhang J. Laparoscopic pancreaticojejunostomy for pancreatic ductal dilatation in children / Zhang J., Li L., Liu S. et al. // *Journal of Pediatric Surgery*. — 2012. — Vol. 47, № 12. — P. 2340-2352.

Получено 07.07.16 ■

Пашченко Ю.В.¹, Белоусова О.Ю.², Белопашенцев В.О.³

¹Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

²Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

³КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня № 1», м. Харків, Україна

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Резюме. Актуальність. Хірургічне лікування патології підшлункової залози в дітей є досить складним розділом дитячої хірургії. Складність інвазивних методів діагностики вроджених аномалій будови самої залози, а також екстраорганні ускладнення, пов'язані з ектопованими тканинами, найчастіше ставлять хірургів та інтерністів перед вибором оптимального способу лікування. **Мета дослідження:** розробка оптимальних підходів у лікуванні органної й екстраорганної патології підшлункової залози у дітей. **Матеріали й методи.** У роботі наведений досвід клініки в лікуванні 50 дітей з вадами розвитку й захворюваннями підшлункової залози у віці від 2 міс. до 17 років. Позаорганні ектопії тканини підшлункової залози (25), деструктивний панкреатит (10), реактивні кісти (8), травматичні ушкодження (3), лімфангіома (1), агресивний фіброз (1), тератома (1), інсулома (1). Діагностика: клініко-лабораторні методи, фіброгастроудоденоскопія, промене-

ві методи. **Результати.** Описані оперативні втручання у дітей з використанням міні-доступу, лапароскопічних технологій, стентування, а також відкритих операцій. У статті наведені супровідна медикаментозна терапія й принципи дієтотерапії в післяопераційному періоді. **Висновки.** Досвід лікування вродженої і набутої патології підшлункової залози показує ефективність запропонованих підходів та перспективи розширення міні-інвазивних технологій у хірургічній корекції. Етапна програма лікування й реабілітації хворих за маршрутом «гастроентеролог — дитячий хірург — гастроентеролог» дозволяє забезпечити високий рівень гарних і задовільних результатів лікування у дітей за рахунок розробки й впровадження в практику чіткого алгоритму міждисциплінарної взаємодії інтерністів і дитячих хірургів.

Ключові слова: вади, захворювання підшлункової залози, діти, лікування.

Pashchenko Yu.V.¹, Belousova O.Yu.², Belopashentsev V.A.³

¹Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

²Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

³Regional Children's Clinical Hospital № 1 of Kharkiv, Kharkiv, Ukraine

SURGICAL TREATMENT AND REHABILITATION OF CHILDREN WITH PATHOLOGY OF THE PANCREAS

Summary. Relevance. Surgical treatment of pancreas pathology in children is quite difficult in pediatric surgery. The diversity of pathology in congenital anomalies in the glands structure, complications, ectopic tissue of pancreas have often been related to difficulties in choice of the complex invasive method of diagnosis and treatment for surgeons. **Research objective:** to create optimal treatment approaches to organ and extraorgan pancreas pathology management in children. **Materials and methods.** We have practiced in treatment of 50 children with malformations and diseases of the pancreas aged from 2 months to 17 years old. Extraorgan pancreatic tissue ectopias (25), destructive pancreatitis (10), reactive cysts (8), traumatic injuries (3), lymphangioma (1), aggressive fibrosis (1), teratoma (1), an insulinoma (1) were registered. The diagnostic methods included clinical laboratory methods, EGD, radiation methods. **Re-**

sults. We described the surgical interventions in children using minimal access, laparoscopic technology, stenting and open surgery. The article explains principles of standard treatment with concomitant medications and diet in the postoperative period. **Conclusions.** The experience of the treatment of congenital and acquired pancreas pathology showed the effectiveness for proposed approaches and potential of mini-invasive technologies development in surgical correction. We have developed the basic principle of treatment and rehabilitation of patients by gastroenterologist — pediatric surgeon — gastroenterologist which allows achieve a high level of good and satisfactory results of treatment in children. We have formed and implemented into the practice the algorithm of actions for internists and pediatric surgeons at different stages of the disease.

Key words: pancreatic disease, children, treatment.