

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ НДМЦ

Национальный детский медицинский центр, г. Ташкент, Узбекистан

**Введение.** Хирургические заболевания поджелудочной железы (ПЖ) актуальны в детской хирургии ввиду относительной их редкости и сложности диагностики. В последние десятилетия учащаются описания случаев патологии поджелудочной железы требующее оперативного лечения. В литературе появляются публикации, направленных на улучшение диагностических и лечебных приемов, внедрение малоинвазивных методов лечения у детей.

**Цель исследования** – определить частоту нозологических форм, диагностических исследований и анализ результатов лечения детей с хирургическими заболеваниями поджелудочной железы.

**Материал и методы.** Данное сообщения посвящена результатам диагностики и хирургического лечения патологии ПЖ у 18 детей в отделе малоинвазивной детской хирургии НДМЦ в 2022-2024 гг. Ретроспективно проанализированы клинические и лабораторные данные. Окончательный диагноз установлен с учетом результатов комплексных исследований соответственно характеру патологии: УЗИ, МСКТ с контрастированием органов брюшной полости, МРТ холангиографией, контрастным исследованием желудочно-кишечного тракта, данных интраоперационной ревизии и морфологических исследований.

**Результаты и обсуждение.** Среди 18 пациентов с патологией поджелудочной железы требовавшее хирургическое лечение были представлены виде: частичной дуоденальной непроходимости обусловленное кольцевидной поджелудочной железой (КПЖ) (у 5), меккониальная непроходимость при кистозном фиброзе ПЖ (у 5) врожденными кистами (у 3), приобретенными кистами (у 2), солидной псевдопапиллярной опухолью (у 2) и гормоно-продуцирующей опухолью поджелудочной железы (у 1). Анализ материала свидетельствуют об относительной редкости, в тоже время сложности их диагностики. Отсутствие патологии ПЖ требующие экстренной диагностики и хирургического вмешательства (острые панкреатиты, повреждения поджелудочной железы) в представленном материале объясняется особенностями профиля оказания лечебно-диагностической помощи в НДМЦ больным нуждающиеся лечения в плановом порядке. Возрастной диапазон больных составлял 3 мес. до 16 лет. Дети с кистами ПЖ и псевдопапиллярными опухолями были в возрасте 6-14 лет. Патология с явлениями кишечной непроходимости наблюдались у детей раннего возраста от 3 мес до 8 мес. Среди наблюдавшихся девочки составили 12 (66,7%), мальчики – 6 (33,3%).

Локализация патологически составляющая часть в ПЖ был различной в зависимости от характера заболевания. Кольцевидный панкреас и опухоли локализовались в головке железы, кисты - в области тела и хвоста. По литературным данным они может возникать во всех отделах ПЖ: в теле и хвостовой ее части. Кисты в 3-х наблюдениях локализовались в зоне хвоста, у одного пациента в теле органа. Обтурация железистых протоков вязким секретом при муковисцидозе с исходом ацинарной атрофии, снижению секреции с начальными проявлением фиброза и жирового перерождения паренхимы органа может носит очаговый (у 3) или диффузный характер (у 2).

Ретроспективный анализ клинических проявлений показала особенности их течения



в зависимости от характера патологии: при КПЖ – явления дуоденальной непроходимости различной степени выраженности, проявления низкой кишечной непроходимости при кистозной фиброзе с соответствующими клинико-рентгенологическими признаками. У одного мальчика с приобретенной кистой поджелудочной железы в анамнезе – перенесенная травма органов брюшной полости. При опухолях и кистах ПЖ не наблюдалось специфических клинических проявлений, при развитии осложнений воспалительного характера и затрагивающие Вирсунгов или общий желчный проток, появляются симптомы панкреатита или холангитопанкреатита. Отмечается типичный для заболеваний данного органа болевой синдром – схваткообразные боли в левом подреберье и эпигастрии, появляются признаки внутрипротоковой или билиарной гипертензии. В одном наблюдении псевдопапиллярная опухоль головки установлен при плановом УЗИ органов брюшной полости.

Все 18 детей были прооперированы, в зависимости от характера патологии выполнены различные виды операции: пилоросохраняющая панкреатикодуоденальная резекция при псевдопапиллярной и гормонопродуцирующей опухоли головки ПЖ (у 3); хвостовая панкреатэктомия при кистозных ее поражениях (у 3); наложение кистогастроанастомоза (у 1) при локализации кисты в теле ПЖ. Создание дуодено-дуоденоанастомоза (у 4), дуодено-еюноанастомоза (у 1) при кольцевидном *pancreas*. При мекониевой непроходимости всем пациентам для эвакуации густого содержимого из просвета кишки выполнена на зону перехода между расширенным и суженной зоной ее частью наложение двойную энтеростому по Микуличу. Завершающий этап после создания энтеростомы проводили в сроки 1-3 мес. после тщательного гастроэнтерологического обследования. Устранение тонкокишечного свища с восстановлением непрерывности кишки выполнены у 3 больных, в 2 наблюдениях двойная энтеростомия реконструирована на Т-образный анастомоз по Bishop-Koop (у 1) и T. Santulli (у 1).

**Заключение.** Наши данные коррелируются с литературными об увеличении частота встречаемости и выявления детей с хирургической патологией поджелудочной железы. Клиническая картина при них носит неспецифичный характер, однако существуют характерные признаки и данные дополнительных методов исследования применительно для отдельных форм патологии. Обследование и этапы ведения больных должен носить комплексный и мультидисциплинарный характер с участием детского хирурга, гастроэнтеролога, эндокринолога и онколога. Выбор оптимальной тактики и способа оперативного вмешательства обеспечивают достаточно высокую эффективность в ближайшем и отдаленном периодах лечения.