

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ У ДЕТЕЙ

Кисленко А.А., Разумовский А.Ю., Холостова В.В.

Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия

Актуальность. Хронический панкреатит (ХП) является одной из наиболее актуальных проблем детской гастроэнтерологии. Алгоритм ведения этих пациентов не регламентирован, пациенты длительное время получают заместительную ферментативную терапию, имея показания к оперативному лечению.

Цель: улучшить результаты хирургического лечения больных хроническим панкреатитом.

Материалы и методы. За период с 2011 по 2022 г.в детской Филатовской больнице и РДКБ выполнено 75 реконструктивных оперативных вмешательств детям по поводу хронического панкреатита. В зависимости от этиологии и патогенеза больные были разделены на две группы: первая группа — дети с наследственным панкреатитом, который обусловлен изменением в генах, кодирующих синтез ферментов поджелудочной железы (ПЖ); вторая группа — дети с обструктивным панкреатитом, возникающим вследствие врожденной патологии ПЖ. Возраст пациентов составлял от 1,5 до 17 лет. Клиническая симптоматика включала в себя болевой синдром, признаки экзокринной недостаточности, сахарный диабет. Показаниями к оперативному лечению было наличие структурных изменений ПЖ и клинико-лабораторные показатели. Все операции можно разделить на дренирующие и резекционные. Среди дренирующих в подавляющем большинстве выполнялся продольный панкреатоеюноанастомоз, холедохопанкреатоеюноанастомоз, поперечный панкреатоеюноанастомоз. Среди резекционных — панкреатодуоденальная резекция.

Результаты. В первой группе (53 пациента) с обструктивной формой панкреатита были 5 пациентов с кольцевидной ПЖ, 8 пациентов с расщепленной ПЖ и у 40 пациентов причина обструкции не выяснена. Вторую группу составили 22 пациента с панкреатитом, обусловленным наследственной этиологией. Манифестация панкреатита в среднем отмечалась в возрасте 6 лет, длительность консервативной терапии до операции в среднем составила 35 мес. Всем детям проводилось оперативное вмешательство в объеме продольной панкреатоеюностомии, продолжительность операции в среднем равнялась 124 мин, длительность дренирования 9 дней, пребывание в ОРИТ 5 дней, начало энтерального кормления на 7-е сутки. Среди осложнений в раннем послеоперационном периоде встречались: кровотечения — 14,6 %, несостоятельность анастомоза — 4 %, парез кишечника — 60 %. Летальность — 1,3 %. Повторные оперативные вмешательства потребовались в 12 % наблюдений. В позднем послеоперационном периоде хороший результат лечения отмечался у 94 %, болевая симптоматика оставалась у 3 %, нарушение экзокринной функции ПЖ в 3 %.

Заключение. В силу неспецифичности клинических проявлений ХП трудно заподозрить наличие хирургической патологии, что в свою очередь требует особого внимания врачей других специальностей. Всех пациентов с дебютом сахарного диабета или поздно диагностированным муковисцидозом следует обследовать для исключения ХП (магнитно-резонансная холангиопанкреатография, панкреатическая липаза крови). Отсутствие гиперферментемии не исключает наличие ХП. Скрининг-методом диагностики является УЗИ. Генетическое обследование обязательно в диагностике ХП. Суть оперативных вмешательств заключается в создании механизма беспрепятственного оттока панкреатического сока в кишечник. Продольная панкреатикоюностомия является операцией выбора при ХП у детей. У пациентов с наследственным ХП даже при отсутствии признаков вирусунгодилатации и вирусунголитиаза операция панкреатоеюностомии позволяет достичь клинической ремиссии.

Ключевые слова: поджелудочная железа; хронический панкреатит; продольная панкреатикоюностомия.