

## 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.