

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОДОЛЬНАЯ ПАНКРЕАТИКОЕЮНОСТОМИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ У ДЕТЕЙ

Соколов Ю.Ю.<sup>1</sup>, Ефременков А.М.<sup>1,2</sup>, Солодина Е.Н.<sup>2</sup>, Зыкин А.П.<sup>1,2</sup>,  
Шувалов М.Э.<sup>3</sup>, Вилесов А.Э.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Центральная клиническая больница с поликлиникой, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва, Россия

**Актуальность.** Хронический панкреатит (ХП) — длительное воспалительное заболевание поджелудочной железы (ПЖ), приводящее к необратимым морфологическим изменениям паренхимы и стойкой экзо- и(или) эндокринной недостаточности. ХП является редким заболеванием в педиатрической популяции с частотой 0,5 на 100 000 детей и молодых людей в возрасте до 20 лет. ХП — это полиэтиологическое заболевание, возникновение которого чаще связывают с генетическими факторами (наследственный ХП и ХП в составе генетических синдромов), аномалиями панкреатических протоков, последствиями травм и перенесенного острого панкреатита. Инструментальная диагностика включает УЗИ, СКТ с контрастированием, МР-ХПГ, ЭндоУЗИ. Характерные клинические проявления, дилатация главного панкреатического протока (ГПП), с панкреатическими конкрементами или без, истончение паренхимы ПЖ является показанием для формирования продольного панкреатикоюноанастомоза (ППЕА) по Ру. В мировой литературе немногочисленны публикации применения лапароскопического доступа для выполнения подобных вмешательств у детей. Представляем свою серию наблюдений.

**Материалы и методы.** На клинических базах кафедры детской хирургии им. акад. С.Я. Долецкого с 2018 года выполнено 12 лапароскопических операций формирования ППЕА детям в возрасте от 5 до 16 лет (8 девочек, 4 мальчика). Наследственный генез ХП подтвержден в 9 наблюдениях: PRSS1 ( $n = 6$ ), SPINK1 ( $n = 2$ ), CFTR ( $n = 1$ ). Экзокринная недостаточность ПЖ подтверждена во всех наблюдениях: средней степени тяжести ( $n = 5$ ), тяжелая ( $n = 7$ ). Давность заболевания более года с частыми болевыми приступами имела место у 7 больных, у двух детей диагноз выставлен после первого единичного приступа. Дилатация ГПП с расширением бранш первого порядка имела место у всех пациентов, наличие протеиновых конкрементов диагностировано в 9 наблюдениях. Продольная панкреатикоюноанастомия (Puestow) применена у 9 детей. Дуоденумсохраняющая резекция головки с продольным панкреатикоюноанастомозом (Frey) — у 3 детей.

**Результаты.** Среднее время операции составило 195 мин. В большинстве случаев мы не столкнулись с особыми интраоперационными сложностями. Кровотечение из ветви селезеночной артерии послужило поводом для конверсии в одном наблюдении. Послеоперационный период в большинстве случаев гладкий. Панкреатическая фистула класса А имела место у 2 пациентов. Ранняя спаечная кишечная непроходимость — у 1 ребенка, что потребовало лапаротомии, устранения непроходимости. При катамнестическом наблюдении у 8 пациентов в течение года отсутствовали приступы ХП, у 3 частота их возникновения и интенсивность болевого синдрома значительно уменьшились. Количество больных с тяжелой степенью экзокринной недостаточности ПЖ снизилось с 7 до 4, что позволило уменьшить дозу заместительной ферментной терапии.

**Заключение.** Таким образом, для формирования ППЕА по Ру у детей с ХП может быть применен лапароскопический доступ. Данный тип лечения позволяет значительно уменьшить количество и интенсивность приступов, а также в отдаленном периоде уменьшить экзокринную недостаточность ПЖ.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит; наследственный панкреатит; дети; лапароскопия; продольный панкреатикоюноанастомоз; операция Пуэстоу (Puestow); операция Фрэя; дети.