РЕДКИЙ СЛУЧАЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ

Александров Сергей Владимирович[1,4], Бабаева Улькер Миралам Кызы[1], Баиров Владимир Гиреевич[1], Борисенко Елена Алексеевна[1], Залетова Надежда Константиновна[1], Корниенко Елена Александровна[2], Солоницын Евгений Геннадьевич[3]

[1]СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 2 святой Марии Магдалины», 199053, Санкт-Петербург, 1-я линия Васильевского Острова, д. 58

[2]ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ

[3] ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ

[4]СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 22»

E-mail: nadezhda–zaletova@yandex.ru

Ключевые слова: рецидивирующий панкреатит, хронический панкреатит, обструктивный панкреатит, кальцинаты поджелудочной железы

Введение. Хронические рецидивирующие формы панкреатита встречаются у детей значимо реже, чем у взрослых, и как правило не являются обструктивными.

Цель исследования. Демонстрация пациента с редкой формой рецидивирующего панкреатита.

Материалы и методы. За последние 2 года в ДГБ № 2 наблюдались 11 пациентов с хроническим панкреатитом. Во всех случаях проведено комплексное обследование с целью верификации причины, при котором в том числе исключалась и обструктивная форма заболевания. В большинстве случаев имел место либо наследственный панкреатит, либо хронический панкреатит, ассоциированный с ВЗК, пациенты получали консервативное лечение. В одном случае выявлен хронический обструктивный панкреатит.

Описание случая. Анна Р., 11 лет, наблюдается в ДГБ № 2 с сентября 2020 года. С 6 лет у девочки отмечалось 4 приступа панкреатита с типичной клинической картиной. Лабораторно имело место повышение уровня амилазы в 10–15 раз выше верхнего предела возрастной нормы, однократно отмечены лабораторные признаки цитолиза без холестаза. По данным КТ брюшной полости — расширение внутрипеченочных протоков и холедоха, увеличение желчного пузыря, утолщение его стенок. Поджелудочная железа увеличена, больше за счет головки. МРХПГ — признаки сужения в области устья и расширения холедоха на всем протяжении. Диагноз трактовался как билиарный холецистопанкреатит. Позднее заподозрена киста холедоха. В январе 2019 года обследована и прооперирована, выполнено удаление кисты общего желчного протока, холедохоеюноанастомоз по Ру. В послеоперационном периоде отмечались явления панкреатита, в остальном — без особенностей. Через 6 месяцев обследована в — в биохимическом анализе крови без патологии, по данным МРХПГ — в сравнении отмечено уменьшение степени расширения внутрипеченочных протоков и расширение Вирсунгова и Санториниева протоков. Спустя 1,5 года от оперативного вмешательства вновь появились боли в животе, в связи с чем госпитализирована в ДГБ № 2. В ходе обследования — уровень амилазы крови в 60 раз превышает предел возрастной нормы, амилазы мочи — почти в 150 раз. На КТ брюшной полости картина увеличения головки поджелудочной железы, расширение протоков поджелудочной железы и желчных протоков, кальцинаты головки поджелудочной железы. МРХПГ — картина неравномерного диаметра внутрипеченочных протоков, расширения Вирсунгова и Санториниева протоков. Назначена консервативная терапия — диета, октреотид, АБТ, спазмолитики, Н2-гистаминоблокаторы, анальгетики. Обострение купировано. Проведена эндосонография желудка, в терминальном отделе Вирсунгова протока определялось скопление кальцинатов, блокирующее проток поджелудочной железы. Проведена аспирационная биопсия. Данных за атипию и активное воспаление не получено. По совокупности морфологических данных, нельзя исключить паразитарную инвазию (аскаридоз) с формированием кальцината в головке поджелудочной железы. Обследована повторно через полгода. Обострений панкреатита не было, по данным лучевых исследований — сокращение диаметра протоков поджелудочной железы. При этом отмечено снижение экзокринной функции железы. Планируется повторная эндосонография с целью окончательной верификации диагноза и разработки плана лечения, в том числе оперативного.

Результаты. В настоящее время на фоне консервативных методов лечения удалось добиться отсутствия обострений панкреатита, однако имеющаяся отрицательная динамика снижения экзокринной функции поджелудочной железы вынуждает провести повторное обследование для выбора дальнейшей тактики лечения.

Выводы. Обследование детей с хроническим рецидивирующим панкреатитом должно быть комплексным, включая эндосонографию с биопсией. Консервативное лечение эффективно в большинстве случаев лечения таких форм панкреатита, дискутабельным остается вопрос показаний, объема и сроков хирургического вмешательства.