



ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ НЕУТОЧНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ У РЕБЕНКА 15 ЛЕТ

Садовникова И. В., Пашкина Е. Ю.

Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород

Садовникова И. В.

E-mail irina_rux@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Описывается случай острого панкреатита прогрессирующего течения, неуточненной этиологии у ребенка 15 лет с летальным исходом. Имеет место повышение амилазы крови в 6,5 раза выше нормы, диастазы мочи в 13,5 раза выше нормы.

Ключевые слова: острый панкреатит у ребенка.

SUMMARY

The article describes a case of acute pancreatitis in progressing course, of unspecified etiology of a 15 year old child with a lethal outcome. It is stated 6.5 times increased amylase blood and 13.5 times increased diastase of urine.

Keywords: acute pancreatitis of child.

Острый панкреатит — это воспалительно-некротический процесс, развивающийся вследствие ферментативного аутолиза ткани поджелудочной железы [1].

Число новых случаев диагностированного острого панкреатита у детей увеличивается в связи с ростом первичной заболеваемости и с повышением настороженности в отношении данного заболевания [2]. Согласно данным эпидемиологических исследований, за последние 20 лет частота острого панкреатита увеличилась. Данная нозологическая форма встречается в 4,5–10% случаев всех острых хирургических заболеваний, занимая третье место после аппендицита и холецистита [3].

По статистическим данным, этиологию его развития удается четко верифицировать у 75–85% больных, у остальных она остается неустановленной [4]. Имеется около 140 разнообразных факторов, являющихся причиной данного заболевания [5]. Наиболее частыми из них являются: патология билиарного тракта, действие токсических соединений, травматическое повреждение поджелудочной железы, заболевания желудочно-кишечного тракта, нарушение метаболизма [4], аутоиммунное

повреждение. Также при развитии воспалительного процесса в поджелудочной железе в качестве одного из этиологических факторов можно рассматривать вирусную и бактериальную инфекцию [6]. Таким образом, микоплазма, сальмонелла, легионелла, микобактерия туберкулеза и другие бактериальные агенты могут являться причиной развития острого панкреатита [5].

Туберкулез поджелудочной железы является относительно редким заболеванием, которое может подражать карциноме, лимфоме, кистозной неоплазии, ретроперитонеальным опухолям, панкреатиту или псевдокистам [7–9].

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Больной мальчик, 15 лет, 20.08.2012 поступил в клинику из инфекционного стационара с жалобами на повышение температуры тела до 39,5 °С, снижение аппетита, боли в животе, рвоту с примесью желчи.

Из анамнеза известно, что с 24.06.2012 года отмечалось повышение температуры тела до 39,5 °С с ознобами, слабость, артралгии. Ребенок обследовался и лечился в Азербайджане. Были выявлены

Ат к бруцеллам 1:50. Получал антибактериальную терапию, препарат из группы нестероидные противовоспалительные средства — Оксикамы (мовалис). Данная терапия была неэффективной. С 16.08 по 20.08 2012 года находился на лечении в инфекционной больнице Нижнего Новгорода. При обследовании крови на бруцеллез были получены отрицательные результаты. Получал дезинтоксикационную, антибактериальную, противовоспалительную терапию. На фоне проводимой терапии появились боли в животе, рвота с примесью желчи.

При поступлении живот не вздут, напряженный, болезненный во всех отделах. Наибольшая болезненность определялась в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительны. Была проведена экстренная аппендэктомия.

В общеклиническом анализе крови обращали на себя внимание лейкоцитоз ($11,8 \times 10^9/\text{л}$), лимфоцитопения (3%). В общеклиническом анализе мочи было выявлено: неполная прозрачность, протеинурия (0,31 г/л), лейкоцитурия (2–3 в поле зрения), слизь, фосфаты в большом количестве. Ежедневно проводилось определение уровня амилазы крови (максимальное значение составляло 685,5 Е/Л при норме в 100) и диастазы мочи (максимальное значение составляло 6780,0 Е/Л при норме в 500). Уровень липазы крови составлял 402 U/L при норме 60. По данным ультразвукового исследования определялись застой желчи с уплотнением и деформацией стенок желчного пузыря, диффузные изменения поджелудочной железы, увеличение размеров селезенки, уплотнение коркового слоя почек.

В стационаре проводилась инфузионная, антибактериальная, десенсибилизирующая терапия, ребенок получал антисекреторные препараты, ингибиторы фибринолиза, нестероидные противовоспалительные средства, витамины.

Несмотря на проводимую интенсивную терапию, состояние больного продолжало ухудшаться. Было принято решение подключить к терапии глюкокортикостероиды (преднизолон). На фоне применения данного препарата состояние ребенка улучшилось: нормализовалась температура тела, отмечалась положительная динамика снижения уровней амилазы

крови и диастазы мочи. Однако применение гормональных препаратов при остром панкреатите может привести к развитию стероидного диабета, в связи с этим принято решение отменить терапию с постепенным снижением дозы преднизолона.

При дальнейшем обследовании был определен уровень антител к коллагену 1:640, в связи с этим ребенок был направлен на госпитализацию в ГБУЗ ОДКБ. При выписке состояние ребенка средней степени тяжести, самочувствие неплохое, лихорадка на уровне субфебрильных цифр, аппетит хороший. На коже в области носа герпетические высыпания, живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах, послеоперационный рубец без особенностей, определялась болезненность при пальпации костей таза, уровень амилазы крови составлял 133,6 U/L, уровень диастазы мочи — 1115,5 U/L. Заболевание закончилось летальным исходом, при патологоанатомическом исследовании был выявлен туберкулез.

Исходя из классификации острого панкреатита по степени тяжести (А. Hollander и соавт., 1982; в модификации И. И. Дегтяревой, 1992), в данном случае имел место диффузный панкреонекроз. Заболевание имело прогрессирующее течение, несмотря на проводимое лечение.

Описанный клинический случай отражает полиэтиологичность острого панкреатита. Развитие заболевания могло быть обусловлено рядом факторов, таких как патология желчевыводящих путей, массивная лекарственная терапия, аутоиммунный фактор, что подтверждается положительной динамикой состояния больного при применении преднизолона, возможно также поражение поджелудочной железы микобактерией туберкулеза. Не исключается и комбинация данных факторов. Однако точно верифицировать этиологию заболевания затруднительно в связи со сложностью диагностики, которая во многом обусловлена анатомическими особенностями поджелудочной железы: малые размеры, забрюшинное расположение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дегтярева, И. И. Клиническая гастроэнтерология: Руководство для врачей / И. И. Дегтярева. — М.: Медицинское информативное агентство, 2004. — 616 с.
2. Захарова, И. Н. Экзокринная недостаточность поджелудочной железы: что и как лечить / И. Н. Захарова, Е. Н. Андрюхина // Трудный пациент. — 2011. — Т. 9, № 8–9. — С. 48–52.
3. Царенко, С. В. Интенсивная терапия тяжелого острого панкреатита / С. В. Царенко, А. С. Куликов. — М.: Медицина, Шико, 2008. — 112 с.
4. Савельев, В. С. Панкреонекрозы / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, С. З. Бурневич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2008. — 264 с.
5. Кукош, М. В. Острый деструктивный панкреатит: учеб. пособие / М. В. Кукош, М. С. Петров. — Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской меакадемии, 2006. — 124 с.
6. Маев, И. В. Болезни поджелудочной железы: практическое руководство / И. В. Маев, Ю. А. Кучерявый. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 736 с.
7. Meesiri, S. Pancreatic tuberculosis with acquired immunodeficiency syndrome: a case report and systematic review [Электронный ресурс] / S. Meesiri // World j. Gastroenterol. — 2012. Feb — Режим доступа: www.pubmed.com
8. Chatterjee, S. Tuberculosis and the pancreas: a diagnostic challenge solved by endoscopic ultrasound. A case series [Электронный ресурс] / S. Chatterjee, M. L. Schmid, K. Anderson, K. W. Oppong // J. Gastrointest. and Liver Dis. — 2012 Mar — Режим доступа: www.pubmed.com
9. Faikowski, A. L. Isolated pancreatic tuberculosis: a case report and radiological comparison with cystic pancreatic lesions [Электронный ресурс] / A. L. Faikowski, J. Graber, H. G. Haack, P. E. Tarr, H. Rasch // J. Radiol. Case Reports. — 2013 Jan — Режим доступа: www.pubmed.com

