

# ПАНКРЕАТИТЫ У ДЕТЕЙ

**Митрофанова М. Д., Шейбак В. М.**

Гродненский государственный медицинский университет

**Актуальность.** В последние годы наблюдается рост гастроэнтерологической патологии у детей. Сведения о встречаемости заболеваний поджелудочной железы, особенно в детском возрасте, достаточно разноречивы. В частности, их распространенность у детей с гастроэнтерологической патологией колеблется от 5 до 42%. Столь значительный разброс показателей объясняется отсутствием единых методических подходов к диагностике поражений поджелудочной железы, а также различной интерпретацией полученных данных.

В настоящее время сохраняется значительное количество ошибок ранней диагностики ОП у детей, связанной со сложностью дифференциальной диагностики, что приводит к несвоевременной верификации правильного диагноза и как следствие неправильной тактики лечения, что сопровождается увеличением тяжелых форм заболевания и повышением летальности [1].

**Цель** – проанализировать особенности клинической картины, диагностики, результатов инструментального обследования детей с острым панкреатитом.

**Методы исследования.** Нами пролечены 30 пациентов с острым отечным панкреатитом, находившихся в хирургическом отделении учреждения здравоохранения «Гродненская областная клиническая детская больница» в период с 2019 по 2024 год, а также 6 пациентов с деструктивной формой панкреатита в период с 2010 по 2024 год. Всем детям проведенны клиническое, лабораторное и инструментальное обследования.

**Результаты и их обсуждение.** Среди них 16 девочек, 14 мальчиков. Дети дошкольного возраста – 1, дошкольного – 9, младшего школьного – 7 и старшего школьного возраста – 13.

В период с 2010 по 2024 год на базе ГОДКБ было выявлено 6 случаев деструктивного панкреатита. Мальчиков и девочек поровну. 5 детей старшего школьного возраста, 1 – младшего школьного.

При поступлении дети чаще всего предъявляли жалобы на боли в околопупочной (50%) и эпигастральной (43,3%) областях. Реже в правой подвздошной (20%) и других (46,6%) областях. У 30% пациентов возникала одно- или двухкратная рвота, у 26% – многократная. 20% детей жаловались на тошноту. Повышение температуры тела отмечалось у 36,6% пациентов.

При сборе анамнеза удалось выяснить, что появлению вышеуказанных жалоб предшествовали: 3 ребенка получили травму передней брюшной стенки, 2 указывают на употребление в пищу жирной еды. В ходе обследования и лечения 13 пациентам выставлены следующие сопутствующие диагнозы:

4 ребенка инфицированы *Helicobacter pylori*, у 3 – о. гастрит, 3 – с брыжеечным лимфаденитом, 2 с признаками ОРИ, у 1 – гастродуоденит. Также у 5 пациентов выставлена патология желчевыводящих путей, 3 из которых – желчнокаменная болезнь.

При деструктивной форме панкреатита жалобы пациентов несколько отличаются. На боли во всех отделах живота жаловались 2 ребёнка, в мезогастрии – 1, в нижних отделах живота – 2, 1 – в области послеоперационных ран. С жалобами на многократную рвоту поступали 33,3% (2) пациентов, столько же с жалобами на 1- или 2-кратную рвоту. У 50% детей отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных значений.

Среди обследуемых нами детей у 60% выявлен лейкоцитоз, нейтрофилез – у 56,6%, ускорение СОЭ – у 53,3%. Повышение С-реактивного белка обнаружено у 14 пациентов, печеночных ферментов: АлАТ – у 6 детей, АсАТ – у 8. Снижение общего белка отмечается у 8. Повышение амилазы выявлено у 76,6% пациентов, 14 случаев из которых – показатель в 3 раза превышает нормальный уровень фермента. Повышение диастазы мочи обнаружено у 83,3% пациентов, 19 из которых втрое превышают нормальный уровень.

При исследовании лабораторных показателей у пациентов с деструктивным панкреатитом лейкоцитоз отмечался в 83,3% (5) случаев, нейтрофилез – в 66,7% (4), ускорение СОЭ – 50%. Повышение амилазы отмечалось у 66,7% пациентов, причем у половины превышал нормальный показатель более чем в 3 раза. Диастаза мочи у всех пациентов превышала норму в 3 раза и более. Повышение уровня глюкозы – у 66,7% (4), С-реактивного белка – у 50%, повышение печеночных ферментов АлАт и АсАТ – у 50%.

Среди инструментальных методов диагностики ведущим является УЗИ – проведено 86,6% пациентам. Из обследованных детей у 38,4% – изгиб ЖП. Выявлено повышение эхогенности поджелудочной железы у 7 пациентов, у 5 – увеличение размеров. УЗ-признаки повреждения печени выявлены у 8, камни желчного пузыря – у 5, свободная жидкость брюшной полости – у 5. ФГС была проведена 10 пациентам, у 70% обнаружены эритематозная очаговая или диффузная гастро- и дуоденопатия. МРТ выполнялась 15 пациентам, из них у 60% – признаки острого панкреатита, у 40% – инфильтрация парапанкреатической клетчатки.

Пациентам с геморрагическим панкреатитом во всех случаях выполнено УЗИ, на котором обнаружены: увеличение поджелудочной железы, изменение её эхогенности, увеличение печени и наличие свободной жидкости в брюшной полости. МРТ выполнялось 66,7% (4) пациентам, обнаружены признаки острого деструктивного панкреатита у всех исследуемых.

Лечение отечных форм панкреатита проводилось консервативное: антибактериальную терапию получали 83,3% пациента, 63,3% – спазмолитическую, 53,3% – антиферментную (овомин), 90% назначалась инфузионная терапия.

Дети с деструктивными формами прооперированы: 2 в ЦРБ, 1 в РНПЦ, 4 – в ГОДКБ. 33,3% (2) детей выписаны без осложнений, у 2 был диагностирован

сахарный диабет, 1 – киста поджелудочной железы и 1 ребенок умер. Средний койко-день составил 28,6. В отличие от отечных форм, где средний койко-день составил 13,2. 30% пациентов выписаны с выздоровлением.

#### **Выводы.**

1. Клиническая картина острого панкреатита отличается от таковой у пациентов старшего возраста (симптоматика более стертая).

2. Диагноз острого панкреатита в большей степени ставится при комплексном исследовании лабораторных и инструментальных данных.

3. Увеличение частоты встречаемости острого панкреатита среди детского населения преимущественно школьного возраста.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Современные международные рекомендации по диагностике и терапии острых панкреатитов у детей / А. А. Камалова, И. М. Уразманова, Р. Ф. Хайретдинова, А. Н. Бадретдинова // Педиатрия. – 2019. – Т. 10, № 4. – С. 79-87.

## **СОЗДАНИЕ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ С НАСЛЕДСТВЕННЫМ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИМ ОТЕКОМ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Могилевец О. Н.<sup>1</sup>, Ляликов С. А.<sup>1</sup>, Котова Е. В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Гродненская университетская клиника

**Актуальность.** Наследственный ангионевротический отек (НАО) обусловлен дефицитом или дисфункцией ингибитора С1-эстеразы. При этом в течении заболевания характерны рецидивирующие отеки подкожной клетчатки, слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта и верхних дыхательных путей, последние из которых несут непосредственную угрозу жизни из-за риска асфиксии. Данное заболевание является достаточно редким (распространенность его в мире оценивается 1:10 000 – 1:50 000) [1]. Как и в случае с большинством орфанных патологий, НАО отличается поздней диагностикой и низким уровнем выявляемости – в среднем через 8-15 лет после дебюта симптомов [2]. В Гродненской области, долгое время отсутствовали структурированные данные о пациентах с НАО, что затрудняло планирование медицинской помощи, обеспечение дорогостоящими современными лекарственными средствами и