ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТА С ДИАГНОЗОМ ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ СМЕШАННОЙ ЭТИОЛОГИИ

DESCRIPTION OF A CLINICAL CASE OF A PATIENT DIAGNOSED WITH CHRONIC PANCREATITIS OF MIXED ETIOLOGY

УДК: 616.37-002

Стяжкина Светлана Николаевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии, Ижевской государственной медицинской академии, г. Ижевск.

Шамарова Алина Сергеевна, студентка 4 курса лечебного факультета, Ижевской государственной медицинской академии, г. Ижевск.

Styazhkina S. N. sstazkina064@gmail.com

Shamarova A.S. alina10099.99@mail.ru

Аннотация

При изучении болезней желудочно-кишечного тракта особое внимание необходимо уделить хроническому панкреатиту в связи с трудностью его выявления в обыденной практике. В последние 30 лет увеличилась активность распространения данной патологии среди населения более чем в 2 раза, причем преимущественно среди лиц среднего, трудоспособного возраста. Необходимо своевременно выявлять данное заболевание, поскольку оно имеет неуклонно прогрессирующее течение, что повышает риск развития осложнений, летальность при которых может достигать 5,55%. В приведенной ниже статье приводится описание клинического наблюдения пациента с диагнозом хронический панкреатит смешанной этиологии.

Annotation

When studying diseases of the gastrointestinal tract, special attention should be given to chronic pancreatitis due to the difficulty of detecting it in everyday practice. In the last 30 years, the activity of the spread of this pathology among the population has increased by more than 2 times, and mainly among people of middle, working age. It is necessary to detect this disease in a timely manner, since it has a steadily progressing course, which increases the risk of complications, the mortality rate of which can reach 5.55%. The article below describes a clinical observation of a patient diagnosed with chronic pancreatitis of mixed etiology.

Ключевые слова: хронический панкреатит, поджелудочная железа, клинический случай, гастроэнтерология, панкреатиты.

Keywords: chronic pancreatitis; pancreas, clinical case, gastroenterology, pancreatitis.

Введение. Хронический панкреатит (ХП) характеризуется непрерывным, длительным воспалительным процессом поджелудочной железы с необратимыми морфологическими изменениями в виде фиброза и образованием стриктур, приводящими к экзокринной и эндокринной недостаточности поджелудочной железы. Обычно это сопровождается болью в животе, но может быть безболезненным. По клиническому течению также свойственна вариабельность. Интенсивность боли может варьироваться от слабо до выраженной даже у пациентов с незначительными признаками заболевания паренхимы или протоков при визуализации; сложные морфологические изменения могут привести к минимальным или обширным симптомам [2].

Распространенность в Европе составляет 25,0-26,4 случаев на 100 тыс. населения, в России — 27,4-50 случаев на 100 тыс. населения. Заболеваемость ХП в развитых странах колеблется в пределах 5-10 случаев на 100 тыс. населения; в мире в целом — 1,6-23 случаев на 100000 населения в год. Соотношение мужчин и женщин составляет 7:1, а средний возраст начала заболевания составляет от 36 до 55 лет [1].

Согласно современным представлениям о хроническом панкреатите, в этиологии определенное значение играет токсический фактор (злоупотребление алкоголем, курением, лекарственные вещества, при патологии почек или паращитовидных желез), отягощенная наследственность, заболевания билиарной системы, врожденные аномалии и травмы поджелудочной железы.

В патогенезе хронического панкреатита главная роль отводится повышению внутрипротокового давления, которое обусловлено его закупоркой конкрементами, воспалительным процессом или новообразованием. При этом происходит застой секрета и разрыв мелких панкреатических протоков, который сопровождается активацией ферментов поджелудочной железы, в последующем аутолизом железистой ткани и высвобождение биологически активных веществ, таких как кинины, которые обладают значительным антигипертензивным действием и вызывают болевые ощущения. В свою очередь, отложение белковых преципитатов, так называемых «белковых пробок», при снижении секреции бикарбонатов, приводит к нарушению в системе микроциркуляции, что влечет за собой сбой метаболизма ацинарной ткани, а впоследствии полной деструкции паренхимы органа [3].

Диагностика на ранних стадиях хронического панкреатита может быть затруднена по сравнению с персистирующей стадией, где она гораздо более заметна. При физикальном осмотре может быть не выявлено никаких специфических особенностей. В клинике возможно наличие потери веса и недоедание. Пациенты чаще предъявляют жалобы на абдоминальную боль, возникающую после приема пищи и иррадиирущую в спину, тошноту и рвоту. Могут быть обнаружены анемия, желтуха, асцит и спленомегалия. Признаки поражения печени следует искать у пациентов с алкоголизмом (хотя цирроз печени у пациентов с хроническим панкреатитом встречается на удивление редко).

Анализы крови, как правило, не имеют высокой информативности, поскольку сывороточная амилаза, липаза и эластаза обычно нормальны даже во время болезненного обострения. Функциональные тесты печени могут быть

нарушены, что указывает на обструкцию желчевыводящих путей; тромбоцитопения может свидетельствовать о тромбозе селезеночной вены. Анализ мочи должен включать глюкозу и гликозилированный гемоглобин. Генетическое секвенирование с соответствующим консультированием имеет значение при подозрении на наследственный панкреатит. Следует провести тесты экзокринной функции поджелудочной железы, но они не дифференцируют хронический панкреатит от рака поджелудочной железы. Предпочтительным является анализ кала на эластазу.

На данный момент эталонный метод инструментальной диагностики ХП не выявлен, однако рекомендуется проведение компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) как метод первой линии. УЗИ имеет слабую чувствительность при диагностике хронического панкреатита, но эффективен при выявлении кист, кальцификации, свободной жидкости в брюшной полости. Основными диагнозами, с которым можно дифференцировать ХП, может быть рак поджелудочной железы, холелитиаз, синдром раздраженного кишечника, эндометриоз.

Цель исследования - провести анализ клинического наблюдения пациентка с диагнозом хронический панкреатит смешанной этиологии (алиментарный, НПВП ассоциированный), паренхиматозный вариант, рецидивирующее течение, болевая форма, обострение.

Материал и методы. Был проведён анализ клинического наблюдения пациента, находившегося на лечении в гастроэнтерологическом отделении БУЗ УР «Первой республиканской клинической больницы МЗ УР» города Ижевска.

Результаты и их обсуждение.

Пациент, Х., 54лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» в плановом порядке 23 сентября 2019 года с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастрии, усиливающиеся после еды. Присутствие ощущения кома в горле, жжение языка. Часто беспокоит изжога. Стул от оформленного до кашицеобразного, светло-коричневого или темно- коричневого

цвета, до 2 эпизодов дефекации в сутки, без патологических примесей. Отмечает снижение веса на 3 кг за последние 6 месяцев.

Анамнез болезни: Больным себя считает с осени 2018г, когда появились жгучие боли в эпигастрии после погрешности в диете во время работы на вахте в г. Тюмень (работает вахтовым методом на севере в течение многих лет по 2 месяца, питается в столовой. Межвахтовый период 1 месяц, питается едой домашнего приготовления). Постепенно появилось ощущение кома в горле и жжение языка. Принимал де-нол, без эффекта. Обратился к участковому терапевту, на ФГС 30.11.18г. - катаральный эзофагит. Поверхностный гастродуоденит. (Принимал креон , урсосан, ранитидин) с незначительным эффектом. Многократно консультирован гастроэнтерологом - рекомендованное лечение (эзомепразол, гевискон, тримедат, метронидазол, ребамипид, ганатон, рабепразол) с положительным эффектом на непродолжительное время. На ФГС от 12.03.2019г. эрозивный эзофагит. Недостаточность кардии. Катаральный рефлюкс-эзофагит. Поверхностный дуоденит. На УЗИ ОБП 12.03.2019г - без патологии. Рентген пищевода и желудка 06.08.2019г. - ахалазия пищевода. ФГС 05.08.2019г. Катаральный эзофагит. Недостаточность кардиального жома. Поверхностный гастрит. К осени 2019г боли в эпигастрии усилились, интенсивнее ощущуение кома в горле. Консультирован гастроэнтерологом, рекомендовано лечение в условиях гастроэнтерологического отделения 1 РКБ для обследования и лечения.

Эпиданамнез: В 2008г. впервые диагностированна язвенная болезнь желудка, получал стационарное лечение, выписан с положительным эффектом, рецидива до настоящего времени не наблюдал . 3-4 раза в неделю принимает ибупрофен , спазмалгон по поводу головных болей в течение многих лет. В 2018г. ЧМТ с потерей сознания.

Общий анамнез: Похудел на 3 кг за 6 месяцев. Потливости, повышения температуры, обморочные состояния не отмечает. В последнее время наблюдает уменьшение мышечной силы. Повышение АД не отмечает, адаптирован 110/70 мм. рт. ст.

Анамнез жизни: Родился в Башкирии, рос и развивался соответственно возрасту и полу. Образование 10 классов, работает газорезчиком (пропан, кислород) на севере в г. Тюмень. Питание: регулярное. Наследственность не отягощена. Курение отрицает, алкоголем не злоупотребляет. Перенесенные заболевания : ОРВИ, ангина. Гепатиты В, С, ВИЧ, туберкулез, сахарный диабет отрицает. В 2017г. была выполнена пупочная герниопластика.

Аллергологический анамнез: наличие аллергических заболеваний в анамнезе отрицает.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Рост 163 см, масса тела 68 кг. АД 120/80 мм рт ст, ЧСС 66 в мин., ЧДД 16 в мин. Язык: влажный, обложен белым налетом, больше на корне. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии.

Лабораторно-инструментальные методы диагностики:

Анализ крови от 24.09.2019г.: гематологические показатели в норме, снижение общего белка 60,37 г/л, альбумина 35,66 г/л, незначительное повышение холестерина 5,79 ммоль/л. Гликемический профиль: 7:30-4,73, 10:30-5,67.

Общий анализ мочи от 24.09.2019г: без патологий.

Анализ кала от 24.09.2019г: Антиген на Нр отрицательный, признаки амилореи, креатореи, в большом количестве присутствуют йодофильные бактерии.

Заключение СКТ органов брюшной полости от 30.09.2019: Гемангиома S8 печени. Паренхиматозные кисты правой почки I Bosniak Конкременты ЧЛС обеих почек. СКТ признаки двухстороннего хронического пиелонефрита

Заключение фиброгастроскопии от 05.08.2019: Катаральный эзофагит. Недостаточность кардиального жома. Поверхностный гастрит.

Предварительный диагноз : К86.1

Основное заболевание: Хронический панкреатит смешанной этиологии (алиментарный, НПВП ассоциированный), паренхиматозный вариант, рецидивирующее течение, болевая форма, обострение.

Осложнения: Экзокринная недостаточность поджелудочной железы 1ст.

Сопутствующий диагноз: Астено-невротический синдром. Гемангиома S8 печени впервые выявленная (17 мм, СКТ 30.09.2019г.). ГЭРБ: Хронический рефлюкс-эзофагит степень «А» на фоне недостаточности кардии, ремиссия (ФГС 27.09.2019г). Язвенная болезнь желудка, неассоциированная с Нр, стойкая ремиссия. Хронический гастрит, неассоциированный с Нр, обострение. Хронический дуоденит, ремиссия.

Проведенное лечение:

Инъекции: Платифиллин 0,2%-1,0мл в/в №3, Дротаверин 4,0 в/в № 5 , Сульпирид 2,0 в/м №1.

Назначение таблетированных препаратов: Микразим 10т. 3р/день, Омепразол 20 мг 2 раза/день, Спорекс 200мг 2р./день.

Рекомендации: Наблюдение терапевта, гастроэнтеролога, невролога (ЧМТ в анамнезе). Частое дробное питание 5-6 раз в сутки. Избегать применение нестероидных противовоспалительных средств. Определение уровня В12, фолиевой кислоты.

- Ребамипид 100мг 3р/день, 2 месяца;
- Эзомепразол 20 мг 1 раз/день за 30 мин до еды, 2 месяца;
- Мебеверин 200мг 2р/день, 2 месяца;
- Панкреатин в минимикросферах 10000ЕД во время основных приемов пищи, длительно.

Прогноз: Благоприятное течение возможно при соблюдении режима питания, отказе от токсических веществ, таких как алкоголь, табак, определенные лекарственные вещества. Необходимо постоянное консультирование и скрининг пациентов с патологиями в билиарной системе и гастродуоденальной зоны.

Литература

1. Клинические рекомендации по диагностике и лечению хронического панкреатита/ В.Т. Ивашкин и [др.] //Российской гастроэнтерологической ассоциации.- Москва, 2016.

2. Chronic pancreatitis. Jeremy J French, Richard M Charnley. Surgery (Oxford) 31(6):304–30. DOI:10.1016/j.mpsur.2013.04.005.
3. Балабина Н.М. Хронический панкреатит: диагностика, лечение и профилактика в амбулаторных условиях./ Н.М. Балабина – Иркутск : ИГМУ, 2016. – 91 с.
4. Стяжкина С.Н. Анализ статистических данных этиологических факторов и данных объективного осмотра при панкреатите/ С.Н. Стяжкина, А.А. Булдаков, М.М. Глухова// Современные тенденции развития науки и технологий. 2017. № 1-3. С. 112-114.
5. Макарова Р.В.Клинический случай обострения хронического панкреатита с осложнениями/ Р.В. Макарова, А.И. Сафиуллина, С.Н. Стяжкина, А.Е. Матусевич// Наука через призму времени. 2018. № 1 (10). С. 199-201.
6. Воробьева А.С. Анализ заболеваемости острым панкреатитом у пациентов хирургического отделения 1 РКБ УР за 2012-2017 года А.С. Воробьева, О.Н. Наумова, С.Н. Стяжкина// Синергия Наук. 2018. № 30. С. 1601-1608.

Literature

1. Clinical recommendations for the diagnosis and treatment of chronic pancreatitis/ V. T. Ivashkin [et al.] //Russian Gastroenterological Association.- Moscow, 2016.
2. Chronic pancreatitis. Jeremy J. French, Richard M. Charnley. Surgery (Oxford) 31(6):304-30. DOI: 10.1016/j. mpsur. 2013. 04. 005.
3. Balabina N. M. Chronic pancreatitis: diagnosis, treatment and prevention in outpatient settings. / N. M. Balabina – Irkutsk: IGMU, 2016. - 91 p.
4. Styazhkina S. N. Analysis of statistical data of etiological factors and data of objective examination in pancreatitis/ S. N. Styazhkina, A. A. Buldakov, M. M. Glukhova// Modern trends in the development of science and technology. 2017. No. 1-3. pp. 112-114.
5. Makarova R. V. Clinical case of exacerbation of chronic pancreatitis with complications/ R. V. Makarova, A. I. Safiullina, S. N. Styazhkina, A. E. Matusevich/ / Nauka through the prism of time. 2018. No. 1 (10). pp. 199-201.

6. Vorobyova A. S. Analysis of the incidence of acute pancreatitis in patients of surgical department 1 of the RKB UR for 2012-2017 A. S. Vorobyova, O. N. Naumova, S. N. Styazhkina// Synergy of Sciences. 2018. No. 30. pp. 1601-1608.