


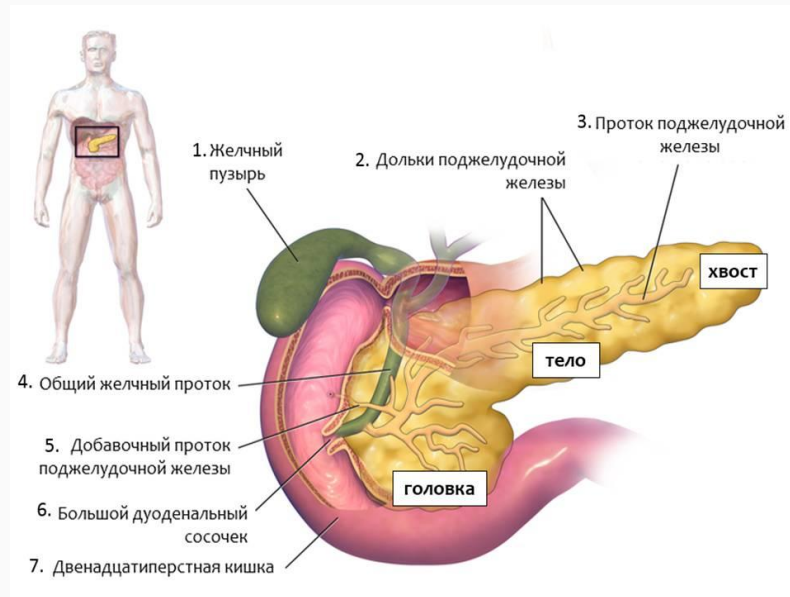
Панкреатит в детском возрасте

Выполнила: врач-ординатор Москалева С.А.

Томск, 2021 г.



Панкреатит- воспалительно-дегенеративное заболевание поджелудочной железы, патоморфологической основой которого являются воспаление, фиброз паренхимы с развитием внешне- и внутрисекреторной недостаточности органа.



Клиническая классификация

По происхождению:

- первичный
- вторичный
- особые формы (при муковисцидозе, БЭН, недостаточности альфа1-антитрипсина)

По функциональному состоянию ПЖ:

- внешнесекреторная функция- гипер-, нормо-, гипосекреторный тип панкреатической секреции
- внутрисекреторная функция- гипер-, нормо-, гипофункция инсулярного аппарата

По клиническому варианту:

- рецидивирующий, болевой, латентный

По тяжести заболевания:

- легкая, среднетяжелая, тяжелая

По периоду заболевания:

- обострение, стихание, ремиссия

По морфологическому варианту:

- интерстициальный (отечный)
- паренхиматозный
- кистозный
- кальцифицирующий

Критерии тяжести

- ❖ Легкое течение - редкие (1-2 раза в год) и непродолжительные обострения, быстро купирующийся болевой синдром. Функции ПЖ нарушены незначительно. Вне обострений самочувствие больных удовлетворительное. Снижение массы тела не отмечается. Нормальная копрограмма.
- ❖ Среднетяжелое течение - обострения 3-4 раза в год с типичным длительным болевым синдромом, с признаками панкреатической гиперферментемии. Умеренные нарушения функций внешней и внутренней секреции.
- ❖ Тяжелое течение - непрерывно рецидивирующее течение, упорные боли, выраженные диспептические нарушения, нарушения стула, панкреатогенный диабет, прогрессирующее течение, внепанкреатические обострения.

Эпидемиология

- ❖ Заболеваемость панкреатитом в настоящее время увеличивается.
- ❖ Выявление панкреатита у детей нередко вызывает затруднения, поэтому точные сведения о его распространенности среди детей с гастроэнтерологической патологией отсутствуют.
- ❖ Панкреатитом болеют дети любого возраста, хронические его формы диагностируются чаще у старших школьников. Заболевают одинаково часто мальчики и девочки.

Этиология

- ❖ склонность к перееданию с употреблением большого количества экстрактивных веществ и трудноперевариваемой пищи (крепкие бульоны, кофе, шоколад, копченые и жирные продукты);
- ❖ дефицит белков и витаминов в питании;
- ❖ нерациональное употребление соков, свежих овощей и фруктов;
- ❖ перенесенные вирусные и бактериальные инфекции (ОРВИ, эпидемический паротит, энтеровирусные заболевания, вирусный гепатит, сепсис, дизентерия и коли- инфекция, скарлатина и др.);
- ❖ постоянные токсико-инфекционные эндогенные влияния хронических очагов инфекции;
- ❖ тупые травмы брюшной полости;
- ❖ психические травмы;
- ❖ заболевания системы пищеварения, прежде всего гепатобилиарной системы и двенадцатиперстной кишки, и кистозный панкреатит;

Патогенез

Выделяют два главных механизма развития панкреатита:

- 1) нарушение дренажной функции панкреатических протоков с повышением давления в них;
- 2) первичное поражение ацинозных клеток при нормальном давлении в протоках.

Патогенез острого панкреатита



Патогенез панкреатита



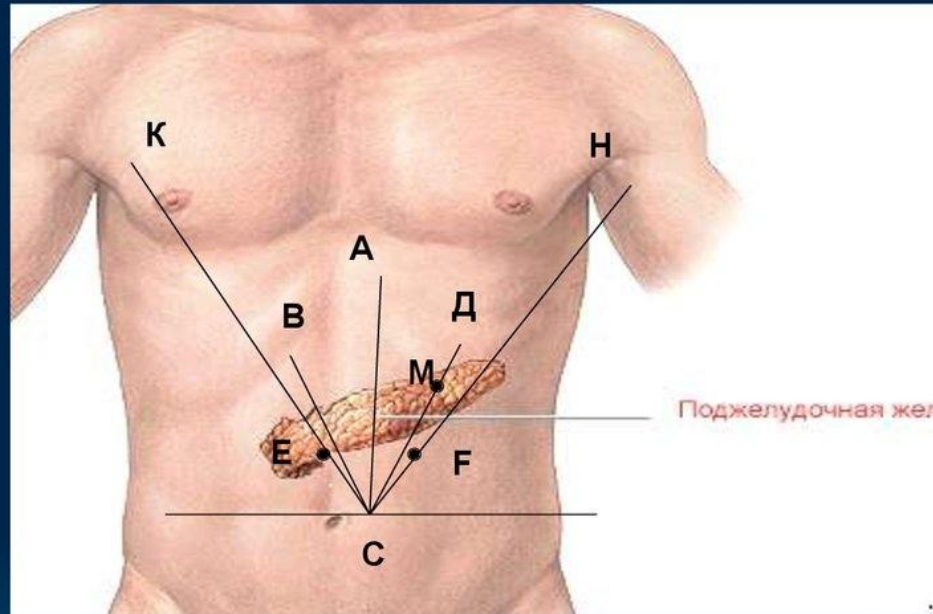
Клинические проявления

Болевой синдром:

- приступообразный характер
- локализация: эпигастральная область, правое и левое подреберье
- продолжительность: от 1 до 2–3-х часов, реже — до 4–5 часов, а у ряда больных держатся до нескольких суток
- усиливаются после приема пищи и во 2-й половине дня
- провоцирующие факторы: нарушением диеты (грубая, жирная, жареная, сладкая, холодная пища), значительной физической нагрузкой и перенесенным вирусным заболеванием
- иррадиация: в поясничную область, нижнюю часть спины; опоясывающий характер боли в детском возрасте наблюдается редко
- пальпация живота: болезненность в холедохопанкреатической зоне (треугольник Шоффара) и левом подреберье

Возникновение болевого синдрома при хроническом панкреатите обусловлено внутрипротоковой гипертензией за счет сохраняющейся секреции панкреатических ферментов в условиях обструкции ее протоков, воспалением внутрипанкреатических нервных стволов с развитием перипанкреатического воспаления и вовлечением в процесс двенадцатиперстной кишки и ретроперитонеального пространства.

Болевые точки и зоны при ХП



▽ ABC – зона Шоффара

▽ ADC – зона Губергрица-Скульского

- E – т. Дежардена – на 6 см выше от пупка по линии СК
- F – т. Губергрица – на 6 см выше от пупка по линии СН
- M – т. Мейо-Робсона на границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок с серединой левой реберной дуги

Клинические проявления

Диспептический синдром:

- тошнота, рвота, анорексия

Синдром мальабсорбции и стеаторея:

- “жирный блеск кала”, трудно смываемый со стенок унитаза

Интоксикационный синдром:

- общая слабость, повышенная утомляемость, головная боль, эмоциональная лабильность

Ваготония:

- субфебрилитет, тахикардия, артериальная гипотензия



Диагностика

- ❖ ОАК: норма
- ❖ Панкреатические ферменты: – амилаза, липаза в крови и моче, трипсин в крови.
- ❖ Эластаза 1 крови, активность которой повышается раньше, чем уровень других панкреатических ферментов.
- ❖ «Провокационные» тесты: гиперферментемия после введения раздражителей свидетельствует о наличии патологического процесса в ацинарной ткани или препятствия для оттока панкреатического сока. У здоровых детей на фоне стимуляции панкреозимином наблюдается повышение содержания амилазы в крови в 1,2–1,5 раза: базальная концентрация амилазы составляет $21,1 \pm 1,8$ г/ч. л, через час после нагрузки панкреозимином — $27,2 \pm 3,5$ г/ч. л, а через 2 ч приходит к исходному уровню.

Диагностика

- ❖ Копрограмма: признаком внешнесекреторной недостаточности является полифекалия, когда кал имеет салтный вид, сероватого цвета, кашицеобразный, вязкий, с резким гнилостным запахом, плохо смывается со стенок унитаза. При микроскопическом исследовании могут обнаруживаться повышение содержания нейтрального жира, что указывает на нарушение липолитической функции поджелудочной железы, увеличение мышечных волокон — на нарушение протеолитических процессов, в которых участвуют не только протеазы поджелудочной железы, но также желудка, увеличение крахмала — на нарушение функции амилаз.
- ❖ Эластаза¹ кала ниже 200 мг/г

УЗИ-диагностика

- ❖ Расширение протока ПЖ
- ❖ Обнаружение конкрементов в протоке ПЖ
- ❖ Неравномерность краев ПЖ, изменение ее эхоструктуры, с появлением гиперэхогенных участков (фиброз, микрокальциноз)
- ❖ Наличие псевдокист

Принципы консервативной терапии

Что делать при воспалении поджелудочной железы?



СНЯТЬ БОЛЕВОЙ ПРИСТУП - СРАЗУ ЖЕ



ГОЛОД
ОБИЛЬНОЕ ПИТЬЕ



ХОЛОД



ПОКОЙ

ЭТАП ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИЙ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ - 1-2 ДНЯ



СТРОГАЯ ДИЕТА - 1-2 МЕСЯЦА

Лечение

Миотропные спазмолитики

Дротаверин	<ul style="list-style-type: none">• от 2 до 6 лет – 10-20 мг 2 раза в сутки;• от 6 до 12 лет – 20 мг 2 раза в сутки;• детям старше 12 лет– 20-40 мг 2 раза в сутки. Максимальная суточная доза - 240 мг.	<ul style="list-style-type: none">• При выраженном болевом синдроме раствор для инъекции в/м до 3-5 дней;• Внутрь в зависимости от выраженности болевого синдрома до 5-7 дней
Мебеверин	<ul style="list-style-type: none">• детям с 12 лет - 2,5 мг/кг в сутки 2 раза в день за 20 мин до еды (утром и вечером).	<ul style="list-style-type: none">• Внутрь в зависимости от выраженности болевого синдрома• 5-7 дней

Лечение

Антисекреторные препараты

<i>МНН</i>	<i>Терапевтический диапазон</i>	<i>Курс лечения</i>
Омепразол	-от 1 мес до 2 лет 700мг/кг 1 раз в день, при необходимости до 3 мг/кг (максимально 20мг); - дети с массой тела 10-20кг по 10мг 1 раз в день, при необходимости до 20мг 1 раз в день • - дети с массой тела более 20 кг-по 20 мг 1 раз в день, при необходимости 40мг.	10 дней
Ранитидин	- внутрь 2-4 мг/ кг 2 раза в сутки (максимально-300 мг /сутки)	10 дней
Фамотидин	- внутрь детям с массой тела более 10 кг 1-2 мг/кг 2 раза в сутки; - детям старше 12 лет 20 мг 2 раза в сутки.	10 дней

Лечение

Прокинетики

- в целях коррекции моторной функции желудка, двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей.

Взрослым и детям с 12 лет: по 100-200 мг 3 раза в сутки. Для предупреждения рецидива синдрома раздраженного кишечника после проведенного курса лечения в период ремиссии рекомендуется продолжить прием препарата в дозе 300 мг в сутки в течение 12 недель.

Детям 3-5 лет: по 25 мг 3 раза в сутки. Детям 5-12 лет: по 50 мг 3 раза в сутки.



Лечение

Панкреатические ферменты

- при экскреторной недостаточности поджелудочной железы, после стихания остроты процесса с целью заместительной ферментной терапии при отсутствии высокой ферментемии и/или ферментурии. Ферментная терапия проводится под контролем копрограммы.



Диспансеризация

Дети с хроническим панкреатитом находятся на диспансерном учете в течение 5 лет и при отсутствии рецидивов снимаются с учета.

Диспансеризация детей с хроническим панкреатитом требует систематического этапного наблюдения, проведения ежеквартальных противорецидивных 3–4-х недельных курсов заместительной ферментной терапии, витаминотерапии, репаративных, гепатопротекторов, физиолечения.

Необходимо диетологическое воспитание ребенка и родителей, формирование традиций лечебного питания с целью создания психологического комфорта в семье. Обязателен контроль за состоянием смежных органов пищеварения (по показаниям — проведение ФГДС).

Амбулаторно рекомендуется не реже 2-х раз в год проводить ультразвуковое исследование органов брюшной полости, копроскопию, контролировать уровень амилазы крови, мочи.

Спасибо за внимание!!!