

Детский организм намного активнее, чем взрослый и остро реагирует на любые внешние воздействия. Практически любое инфекционное или аллергическое заболевание у ребенка затрагивает поджелудочную железу и может привести к развитию панкреатита. Основные причины развития панкреатитов у детей следующие:

- Неправильное питание
- Употребление ребенком в пищу продуктов питания с раздражающим действием (например, газированная вода, чипсы, копченые продукты, консервы, фаст-фуд и т.д.) приводит к усилению работы поджелудочной железы у детей. Чрезмерно стимулируемая поджелудочная железа вырабатывает большое количество пищеварительных соков, что может привести к развитию острого панкреатита у ребенка.
- В других случаях причиной развития панкреатита у детей может быть неправильный режим питания (большие перерывы между приемами пищи).
- У детей раннего возраста (новорожденные и груднички) причиной развития панкреатита может быть лактазная недостаточность, пищевая аллергия.
- Употребление некоторых лекарств, пищевые отравления.
- Прием некоторых групп лекарственных средств (например, антибиотиков, метронидазола, фуросемида и др.) в детском возрасте нередко приводит к развитию так называемого, реактивного лекарственного панкреатита.



ДИСФУНКЦИЯ
ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ



АНОМАЛИИ
РАЗВИТИЯ



ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ ИЛИ
ЛАКТАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ



НЕПРАВИЛЬНОЕ
ПИТАНИЕ



ТРАВМА ЖИВОТА



МУКОВИСЦИДОЗ



ГЛИСТЫ



ЧРЕЗМЕРНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ

Панкреатит у детей - редкое явление

ПЛОХОЙ СОН



ОТКАЗ ОТ ЕДЫ



НЕБОЛЬШОЕ ПОВЫШЕНИЕ
ТЕМПЕРАТУРЫ



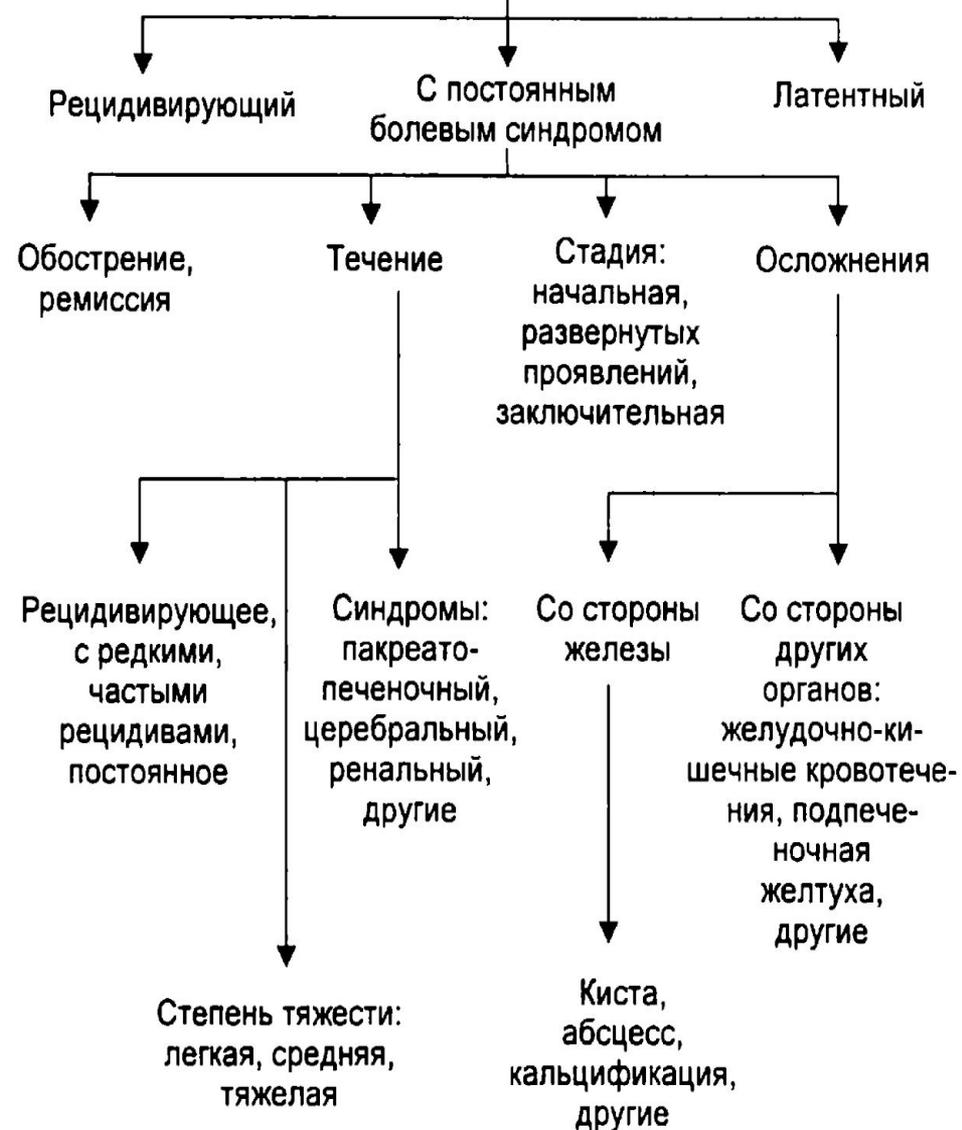
КАПРИЗНОСТЬ

- Врожденные нарушения развития пищеварительной системы у детей
Аномалии развития протоков поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки, желчевыделительной системы, лактазная недостаточность (невосприимчивость к молоку), муковисцидоз также могут быть причиной возникновения панкреатита у детей.
- При некоторых аномалиях развития сок поджелудочной железы, содержащий пищеварительные ферменты, не может попасть в двенадцатиперстную кишку, застаивается в выводных протоках и приводит к воспалению окружающей ткани поджелудочной железы.
- Заболевания двенадцатиперстной кишки и желчного пузыря: стеноз двенадцатиперстной кишки (сужение просвета), дискинезии (нарушение сократительной функции) желчного пузыря и др.
- При некоторых заболеваниях пищеварительной системы у детей, например, при аскаридозе проток поджелудочной железы, впадающий в двенадцатиперстную кишку, закупоривается паразитами, что затрудняет нормальный отток сока поджелудочной железы. Нарушение оттока приводит к застою и воспалению поджелудочной железы.
- Травмы живота у детей
- Травмы области живота и спины, особенно при падениях или больших физических нагрузках могут привести к развитию панкреатита у ребенка.
- Другими причинами панкреатита у ребенка могут быть муковисцидоз (наследственное заболевание желез организма), гипотиреоз (снижение функции щитовидной железы), системная красная волчанка (заболевание соединительной ткани), эпидемический паротит (свинка), грипп и др.

Острый панкреатит



Хронический панкреатит



Острый панкреатит у ребенка

Острые панкреатиты у детей встречаются нечасто и протекают намного легче, чем у взрослых. Основным механизмом развития острого панкреатита у ребенка, как правило, является отек поджелудочной железы в результате аллергических реакций (на пищу, медикаменты). Существуют более серьезные формы острого панкреатита у детей (например, гнойно-некротический панкреатит – с присоединением инфекции), однако они встречаются крайне редко и, как правило, являются следствием выраженных пороков развития пищеварительной системы.

Симптомы и признаки острого панкреатита у ребенка

Необходимо помнить, что чем младше ребенок, тем менее выражены у него симптомы панкреатита.

- Боль – у детей старшего возраста боль возникает в верхней половине живота или же разлита по всему животу, отдает в спину. Дети младшего возраста не могут указать, в какой части живота у них болит, т.к. чувствуют боль по всему животу или вокруг пупка. Новорожденные дети и груднички выражают боль плачем и беспокойством.
- Тошнота, многократная рвота – чаще возникает у детей старшего возраста.
- Повышение температуры тела – как правило, не выше 37°C, однако возможны и более высокие цифры.
- Многократный понос
- Сухость во рту, белый налет на языке
- Раздражительность, плаксивость, отказ от игр и т.д.

Реактивный панкреатит у ребенка

Реактивный панкреатит — самый частый вид панкреатита, который развивается у детей. В детском организме практически любой инфекционный процесс приводит к развитию реактивного панкреатита. Так, следует ожидать появления симптомов панкреатита у ребенка, перенесшего ОРЗ, ОРВИ, острый гастроэнтерит (отравление некачественными пищевыми продуктами) и другие воспалительные заболевания. Симптомы реактивного панкреатита схожи с таковыми при остром панкреатите.

Симптомы реактивного панкреатита у детей



БОЛЬ В ВЕРХНЕЙ
ЧАСТИ ЖИВОТА



БОЛЬ НЕ ИМЕЕТ
ЧЕТКОЙ
ЛОКАЛИЗАЦИИ



БОЛЬ МОЖЕТ
ОТДАВАТЬ В СПИНУ



РВОТА



ПОВЫШЕННАЯ
ТЕМПЕРАТУРА



ДИАРЕЯ



ТРЕВОГА, ПЛАЧ
НЕРВОЗНОСТЬ



ПОСТОЯННАЯ
ЖАЖДА



СУХОСТЬ
ВО РТУ

Хронический панкреатит у ребенка

Хронические панкреатиты у детей встречаются довольно часто. Развитие хронического панкреатита у ребенка, как правило, связано с неправильным питанием ребенка. Хронический панкреатит у детей характеризуется замещением нормальной ткани поджелудочной железы неактивной соединительной тканью. Периодически при хроническом панкреатите происходят обострения, во время которых участок поджелудочной железы воспаляется, вызывая боль и другие симптомы, характерные для обострения хронического панкреатита.

В клинической картине ХП определяется 4 основных синдрома:

- болевой;
- диспептический;
- внешнесекреторной недостаточности (с мальдигестией и мальабсорбцией);
- внутрисекреторной недостаточности (панкреатогенный сахарный диабет).

•**Боли.** Около 1/4 заболеваний в начальном периоде протекает бессимптомно. Затем появляется боль в верхней половине живота, которая нередко многие годы служит единственным проявлением заболевания. Спустя 3-10 лет присоединяются внешнесекреторная недостаточность и, связанные с ней диспепсический синдром и стеаторея. Боль чаще возникает через 40—60 мин после обильной, особенно жирной еды и сохраняется 1/2—3 ч. Реже наблюдается так называемая сфинктерная боль, связанная с патологическими изменениями сфинктера печеночно-поджелудочной ампулы. Она локализуется в правой половине эпигастрия и возникает рано — в процессе еды, нередко имеет острый характер. Боль чаще возникает после употребления холодных газированных шипучих напитков. Болевой синдром особенно четко выражен при обострении болезни и обычно исчезает в период ремиссии.

•**Диспепсический синдром** при ХП включают изжогу, тошноту, рвоту, (иногда неукротимую, не приносящую облегчения), отрыжку. Многие из этих жалоб связаны с сопутствующими функциональными поражениями органов ЖКТ. Больных может беспокоить упорный метеоризм (связанный как с нарушением переваривания пищи, так и паретическими нарушениями кишечника). Диспепсический синдром можно разделить на две основные группы признаков. Одна из них связана с дискинезией двенадцатиперстной кишки, протекающей по типу дуоденостаза. Для этого вида дискинезий особенно характерны рефлюксные явления: тошнота, отрыжка, изжога. Вторая группа признаков связана с внешнесекреторной недостаточностью железы — неполноценная секреция ферментов и бикарбонатов приводит к нарушению внутриполостного гидролиза в тонкой кишке, что клинически проявляется поносом и снижением массы тела. Чаще наблюдается кратковременный понос (1—5 дней), прекращающийся с применением диеты и ферментных препаратов. Понос нередко сменяется запором. При прогрессировании внешнесекреторной недостаточности появляются полифекалия и стул с жирным блеском. Стул зловонный, клейкий, неоформленный

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.

Физикальное обследование: Симптомы хронической интоксикации и гиповитаминозов: эмоциональная лабильность, раздражительность, головная боль, слабость, серовато-зеленоватый, бледный оттенок кожи лица, «тени» или «синева» под глазами, сухость губ, заеды. Снижение массы тела. При ХП определяется большое количество пальпаторных симптомов поражения поджелудочной железы. Ниже приведены некоторые из этих симптомов:

- симптом Гротта - атрофия подкожной основы в области проекции поджелудочной железы на переднюю брюшную стенку;
- симптом Бергмана-Калька - гиперестезия кожи в области слева от пупка до левого реберно-позвоночного угла;
- симптом Воскресенского - плотность и припухлость в левом подреберье;
- симптом Кача – кожные зоны гиперестезии в области 8-11 грудных сегментов слева;
- при пальпации выраженная болезненность в зоне Шофарра, точках Мейо- Робсона, Кача, Де-Жардена.
- болезненность при пальпации в точке Губергрица-Скульского - точка находится на середине линии, соединяющей пупок с серединой левой реберной дуги.
- Характерна для поражения тела и хвоста поджелудочной железы Почти все формы острого и хронического панкреатитов с болевым синдромом сопровождаются симптомом Георгиевского-Мюсси слева.
- При холецистопанкреатите он определяется справа. Стул при осмотре – жирный блестящий, пенистый, с гнилостным запахом, трудно смываемый со стенок пеленок и унитаза.

Лабораторное обследование: При обострении у детей определяется в ОАК – умеренная гипохромная анемия, лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ, иногда – тромбоцитопения, эозинофилия.

Общий анализ мочи, как правило, не изменен.

Биохимический анализ крови. Важное значение имеет определение активности ферментов – амилазы (в норме 20-100 Ед/л в крови), липазы (в норме 13-60 Ед/л в крови), трипсина в крови (в норме 98.2-229.6 нг/мл), амилазы в моче (в норме до 64 Ед). Иногда может иметь место диспанкреатизм, когда секреция одного фермента повышается, а других – нормальная или пониженная. Для оценки внутрисекреторной функции поджелудочной железы имеет значение определение теста толерантности к глюкозе (в норме в первой порции 5,5 ммоль/л, во второй – менее 7,8 ммоль/л).

В копрограмме креаторея (содержание непереваренных мышечных волокон) и стеаторея (наличие нейтрального жира в кале) в большом количестве. В настоящее время наиболее информативным способом оценки внешнесекреторной функции поджелудочной железы служит определение в кале активности панкреатической эластазы-1. Панкреатическая эластаза 1 (Е1) – это фермент поджелудочной железы, который остается в неизменном виде во время его транзита по кишечнику. Концентрация этого фермента в стуле отражает истинное состояние экзокринной функции поджелудочной железы. Концентрация Е1 в дуоденальном соке – 4-6% от общего белка. С помощью теста на Е1 можно определить или исключить наличие экзокринной недостаточности поджелудочной железы; Е1 является абсолютно специфичной для поджелудочной железы; результаты определения коррелируют с результатами инвазивных тестов; Е1 стабильна при хранении образцов кала: при +4-8° С до 3-х дней; при -20°С – до 1 года. Следует отметить, что заместительная ферментативная терапия не влияет на концентрацию

Инструментальное обследование:

- УЗИ органов брюшной полости: увеличение эхогенной плотности железы, появление неровности контуров и изменение размеров, у части больных отмечается уменьшение железы, выявление кальцинатов и различных деформаций протоков железы.
- ФЭГДС: выбухание задней стенки желудка – признак увеличенной в размерах поджелудочной железы, признаки воспаления слизистой и дискинезии постбульбарного отдела ДПК, болезненность при проведении дуоденоскопа, признаки дуоденального папиллита.
- КТ, МРТ – позволяют выявлять различные структурные изменения поджелудочной железы (признаки острого или хронического воспаления, аномалии развития, опухоль).

Основные ЛС:

- **Миотропные спазмолитики (дротаверин, мебеверин)** – оказывает прямое действие на гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта, понижает тонус и уменьшает сократительную активность гладкой мускулатуры
- **Блокаторы М-холинорецепторов (гиосцинбутилбромид, платифиллин)** – предназначены для снижения тонуса и сократительной активности гладких мышц внутренних органов, уменьшения секреции пищеварительных желез.
- **Прокинетики (домперидон, тримебутин)** - в целях коррекции моторной функции желудка, двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей.
- **Блокаторы H₂рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин)** – антисекреторные препараты, предназначены для блокирования H₂–рецепторов (гистаминовых) обкладочных клеток СОЖ и снижения продукции и поступления соляной кислоты в просвет желудка.
- **Ингибиторы протонной помпы (омепразол, лансопразол, эзомепразол)** – антисекреторные лекарственные препараты для лечения кислотозависимых заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки и пищевода за счёт блокирования протонной помпы (H⁺/K⁺-АТФазы) обкладочных (париетальных) клеток слизистой оболочки желудка и уменьшения, таким образом, секреции соляной кислоты. Все ИПП являются производными бензимидазола и имеют близкое химическое строение. Механизм действия различных ИПП одинаков, они различаются, в основном, своей фармакокинетикой и фармакодинамикой. Препаратом первой линии является омепразол. Лансопразол детям назначают при невозможности применения омепразола. Эзомепразол назначают при невозможности применения омепразола и лансопразола.
- **Панкреатические ферменты (микрокапсулярные)** назначаются 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.
- **Антибактериальная терапия** назначается с целью профилактики септических осложнений

Диспансерное наблюдение в амбулаторно-поликлинических условиях проводится до передачи в подростковый кабинет. В течение первого года ребенок наблюдается ежемесячно, затем 1 раз в квартал.

- Соблюдение диеты №5П на протяжении 6-12 месяцев после выписки из стационара.
- Биохимический анализ крови и определение амилазы в крови и моче, копрограмма – 1 раз в 3 месяца. □ УЗИ поджелудочной железы – 2 раза в год.
- Гликемический профиль – по показаниям.
- На втором году – наблюдение ежеквартально, биохимический анализ крови – 2 раза в год; УЗИ брюшной полости - 1 раз в год. В последующие годы – 2 раза в год. Осмотр гастроэнтеролога на первом году заболевания и после обострения 2 раза в год, а затем – 1 раз в год.
- Противорецидивное лечение желательно проводить в условиях стационара в весенние и осенние месяцы на протяжении 4-6 недель. Проводится заместительная ферментотерапия (под контролем копрограммы), физиотерапия (парафин, озокеритовые аппликации, индуктотермия); фитотерапия: березовые листья, календула, семя льна, корень солодки, трава сушеницы, хвоща, фиалки трехлистной. С целью улучшения обменных процессов назначают витамины (С, В2, В6, В12). В фазе ремиссии рекомендуются минеральные воды низкой минерализации в теплом виде без газа по 50-100 мл 5-6 раз в сутки между приемами пищи. Осмотр стоматолога и ЛОР-врача для санации очагов вторичной инфекции 2 раза в год.