

УДК 616.37-002.1-039-053.81

АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У ПАЦИЕНТА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**© О. А. ЯРМОЛЕНКО¹, Е. Г. МАЛАЕВА¹, И. А. ХУДЯКОВ², М. Н. МЕНЬШАКОВА², А. А. ФИЛИТОВИЧ², А. А. ДМИТРИЕНКО², Л. А. КОБРУСЕВА², И. Л. МАМЧЕНКО¹, А. А. ПРИЗЕНЦОВ¹**¹УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь²ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3», г. Гомель, Республика Беларусь**РЕЗЮМЕ**

Диагностика и лечение острого панкреатита — задача хирургов. Однако нередко данное заболевание протекает под маской другой патологии хирургического или терапевтического профиля. Необходимо помнить о возможности атипичного течения острого панкреатита, чтобы выбирать правильную диагностическую и лечебную тактику ведения пациента.

Ключевые слова: острый панкреатит, билиарный панкреатит, клинический случай.

Вклад авторов: Ярмоленко О.А., Малаева Е.Г., Худяков И.А., Меньшакова М.Н., Филитович А.А., Дмитриенко А.А., Кобрусева Л.А., Мамченко И.Л., Призенцов А.А.: концепция и дизайн исследования, сбор материала, редактирование, обсуждение данных, обзор публикаций по теме статьи, проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Источники финансирования: исследование проведено без спонсорской поддержки.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ

Ярмоленко ОА, Малаева ЕГ, Худяков ИА, Меньшакова МН, Филитович АА, Дмитриенко АА, Кобрусева ЛА, Мамченко ИЛ, Призенцов АА. Атипичное течение острого панкреатита у пациента молодого возраста. *Проблемы Здоровья и Экологии.* 2020;65(3):138–143

ATYPICAL COURSE OF ACUTE PANCREATITIS IN A YOUNG PATIENT**© OLGA A. YARMOLENKO¹, EKATERINA G. MALAEVA¹, IVAN A. KHUDYAKOV², MARINA N. MENSCHAKOVA², ANDREI A. FILITOVICH², ANATOLY A. DMITRIENKO², LARISA A. KOBRUSEVA², INNA L. MAMCHENKO¹, ANTON A. PRIZENTSOV¹**¹Gomel State Medical University, Gomel, Republic of Belarus²Gomel City Clinical Hospital No. 3, Gomel, Republic of Belarus**ABSTRACT**

The diagnosis and treatment of acute pancreatitis is the task of surgeons. However, quite often this disease is taking its course in the guise of other surgical or therapeutic pathology. To select the right diagnostic and treatment policy of patient management, it is necessary to keep in mind that there is a possibility of the atypical course of acute pancreatitis.

Key words: acute pancreatitis, biliary pancreatitis, clinical case.

Author contributions: Yarmolenko V.A., Malayeva E.G., Khudyakov I.A., Menshakova M.N., Filitovich A.A., Dmitrienko A.A., Kobruseva L.A., Mamchenko I.L., Prizentsov A.A.: research concept and design, collecting material, editing, discussing data, reviewing publications on the topic of the article, checking critical content, approving the manuscript for publication.

Conflict of interests: authors declare no conflict of interest.

Funding: study conducted without sponsorship.

FOR CITATION:

Yarmolenko VA, Malayeva EG, Khudyakov IA, Menshakova MN, Filitovich AA, Dmitrienko AA, Kobruseva LA, Mamchenko IL, Prizentsov AA. Atypical course of acute pancreatitis in a young patient. *Problemy Zdorov'ya i Ekologii* 2020;65(3):138–143. (In Russ.)

Введение

Острый панкреатит (ОП) относится к числу самых распространенных хирургиче-

ских заболеваний, составляя 3–10 % случаев от всех неотложных состояний в абдоминальной хирургии. В структуре острого

панкреатита на долю пациентов с тяжелым течением приходится 15–25 %. Острый билиарный панкреатит (возникает из-за желчного рефлюкса в панкреатические протоки при билиарной гипертензии, которая возникает, как правило, вследствие холелитиаза, иногда — от других причин: дивертикула, папиллита, описторхоза и т.д.) встречается у 35 % пациентов с острым панкреатитом [1]. Клиническая картина ОП хорошо известна и многократно подробно описана в медицинской литературе. Она складывается из известной триады: болей в верхней половине живота, часто опоясывающего характера; диспепсических явлений в виде тошноты, повторной рвоты небольшим количеством содержимого, не приносящей облегчения; пареза кишечника с выраженным вздутием живота, задержкой отхождения стула и газов. В современной медицинской практике отмечается значительная вариабельность и полиморфизм клинических проявлений заболеваний внутренних органов [2]. В 44 % случаев ОП протекает атипично, под различными клиническими масками, что приводит к запоздалой диагностике, ошибкам в диагностической и лечебной тактике [3]. Наиболее частыми масками ОП являются «печеночная», «илеусная», «сердечно-сосудистая», «аппендикулярная», «перфоративная», «инфекционная». Важной особенностью «печеночной» маски является ее сходство с механической желтухой, которая также может сопровождать ОП, если он протекает как панкреонекроз билиарного генеза с холедохолитиазом, холангитом или если имеется желчная гипертензия вследствие сдавления терминального отдела холедоха увеличенной отечной головкой поджелудочной железы (ПЖ) [4]. Нередко причиной билиарного генеза панкреатита является дисфункция сфинктера Одди, спазм которого обусловлен микролитиазом или даже сладжем желчи в желчном пузыре. При атипичных формах течения ОП ультразвуковое исследование органов брюшной полости не всегда информативно. Зачастую оно помогает визуализировать только камни в желчном пузыре. При сомнении в диагнозе необходимо в ранние сроки после госпитализации пациента прибегать к выполнению таких высокотехнологичных исследований, как компьютерная или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости или диагностическая лапароскопия [3]. В литературных источниках рассматривается вопрос о проведении холецистэктомии в ранние сроки после

развития острого панкреатита билиарного генеза [5].

Случай из клинической практики

Пациент Ш, 23 года, женщина, доставлена бригадой скорой медицинской помощи 4 апреля 2020 года в Гомельскую городскую клиническую больницу № 3, дежурное неврологическое отделение с жалобами на нестерпимые боли в грудном отделе позвоночника, не купирующиеся приемом нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), усиливающиеся в положении на спине и левом боку, многократную рвоту — до 7 раз в сутки съеденной пищей, жажду.

Из анамнеза: эпизодическое появление болей в спине, преимущественно в поясничной области, стала отмечать в сентябре 2019 года, после родов. Боли беспокоили редко, появление их пациентка связывала с подъемом тяжестей, а именно детской коляски. В январе 2020 года появились резко очерченные во времени приступы болей в гипогастрии, продолжительностью в среднем 3 часа, схваткообразные, не связанные с физической нагрузкой, купируемые приемом НПВС. По прошествии нескольких недель локализация и характер боли изменились: они стали ощущаться в эпигастрии и носили опоясывающий характер, но спустя несколько дней снова локализовались в спине, но теперь уже в грудном отделе позвоночника. Пациентка неоднократно вызывала бригаду СМП, амбулаторно обращалась к неврологу. Эффекта от приема НПВС хватало на 3 часа, поэтому суточные дозы этих препаратов превышали максимально допустимые, также пациентка часто прибегала к введению препаратов в ночное время суток. При обследовании у невролога амбулаторно на рентгенографии позвоночника была обнаружена клиновидная деформация Т 10–11 грудных позвонков. По мнению пациентки, это могло быть последствием травмы после падения с качелей несколько лет назад. На выполненной компьютерной томографии был выявлен остеохондроз грудного отдела позвоночника на уровне Т 9–12, грыжа Шморля на уровне Т 7–Т 8. К лечению были добавлены миорелаксанты, витамины группы В, венотоники, позднее — антидепрессанты. В феврале характер болей вновь меняется: приступы становятся еще интенсивнее, с отчетливой вегетативной симптоматикой: пациентка во время приступа ощущает жар, чувство дурноты, страха смерти, затрудненное дыхание, боль локализуется

под левой молочной железой и парастернально слева, в форме серпа, имитируя кардиалгию. Пациентка во время приступа вызывает бригаду скорой медицинской помощи, которая исключает острую коронарную патологию, купирует боль введением простых анальгетиков, проводит беседу о вероятно психосоматическом происхождении боли. Со слов пациентки, после очередного приступа она заметила у себя легкую желтизну кожных покровов и слизистых, но не придавала этому значение. В феврале пациентка направляется на плановую госпитализацию в неврологическое отделение Гомельской городской клинической больницы № 4. Проводится лечение: пентоксифиллин, мелоксикам, цианокобаламин, анальгин, кеторолак парентерально, толперизон внутрь, местно — электрофорез с новокаином на грудной отдел позвоночника, отмечается положительная динамика на фоне лечения. За время пребывания в стационаре ультразвуковое исследование органов брюшной полости, биохимическое исследование крови на ферменты поджелудочной железы не проводится ввиду отсутствия классической клинической симптоматики панкреатита. По прошествии 6 дней после выписки симптомы возобновляются, появляется рвота съеденной пищей до 7 раз в сутки и диарея 4–6 раз в сутки. Приступы настолько интенсивны, что пациентка падает на пол и корчится от боли. Появление диспептических расстройств не оценивается пациенткой критически, так как рвота показалась ей довольно привычным явлением, сопровождающим ее весь первый триместр недавней беременности. Проблема с диареей была временно решена приемом лоперамида, эффекта от которого хватило на 3 дня, затем жидкий стул возобновился. Стереотипные приступы болей повторялись неоднократно в течение 3 недель на фоне продолжающейся рвоты, диареи и обезвоживания, практически отсутствовал эффект от приема НПВС. После очередного приступа произошла настоящая госпитализация.

Из анамнеза жизни пациентка отмечает простудные заболевания, однократно перенесенную 2-стороннюю пневмонию, аллергическую реакцию на цитрусовые в виде крапивницы, периодически — повышение артериального давления. Не курит, не употребляет алкоголь.

При объективном исследовании было выявлено: общее состояние при поступлении средней степени тяжести. Пациентка повышенного питания, вес — 95 кг, рост —

170 см, ИМТ — 32,8 кг/м². Отмечается снижение тургора кожи, сухость кожных покровов и видимых слизистых, субиктеричность. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких — дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД — 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД — 130/90 мм рт. ст., ЧСС — 90 в минуту. Живот мягкий, чувствительный в эпигастрии. Периферических отеков нет. Диурез снижен. Стул — 6 раз в сутки, жидкий. Периферических отеков нет. Болезненность при пальпации паравертебрально в грудном отделе позвоночника.

Пациентка была осмотрена неврологом. Назначенное лечение по поводу вертеброгенной торакалгии — без эффекта, после многократных инъекций анальгетиков, спазмолитиков, НПВС сохранялся выраженный болевой синдром, отмечалась многократная рвота выпитой жидкостью. Вечером в день поступления пациентка осматривается хирургом, выполняется биохимический анализ крови и мочи на амилазу, компьютерная томография органов брюшной полости. После полученных результатов пациентка переводится в отделение реанимации и интенсивной терапии с диагнозом: «Острый панкреатит. ЖКБ: хронический калькулезный холецистит».

Результаты лабораторных исследований при поступлении: амилаза мочи — 21000 Ед/л (норма — 0 ÷ 460 ед/л), альфа-амилаза крови — 3000 ед/л (норма — 28 ÷ 100 ед/л), билирубин общий — 108,0 мкмоль/л (норма — 8,55 ÷ 20,52), прямой — 51,6 мкмоль/л (норма — 2,14 ÷ 5,13), мочевины — 6,6 ммоль/л, общий белок — 81,0 г/л, АЛТ — 510 ЕД/л (норма — до 32), АСТ — 108 ЕД/л (норма — до 34), креатинин — 91 мкмоль/л (норма — 53 ÷ 97,2), холестерин — 6,8 ммоль/л (норма — 2,9 ÷ 5,2 ммоль/л), глюкоза крови — 3,9 ммоль/л (норма — 3,88 ÷ 6,10 ммоль/л), ОАК: эритроциты — 5,02·10⁹/л, гемоглобин — 138 г/л, тромбоциты — 256·10⁹/л, лейкоциты — 17,48·10⁹/л (лимфоциты — 9 %, палочки — 6 %, моноциты — 6 %, эозинофилы — 2 %, сегменты — 77 %), СОЭ — 33 мм/час.

ОАМ: цвет желтый, реакция кислая, удельный вес — 1014, белок — 0,06 г/л, сахар — отрицательный, лейкоциты — 3 ÷ 5 в поле зрения, эритроциты — 16 ÷ 20 в поле зрения.

Данные компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости при поступлении: печень обычных размеров, с ровными контурами. Внутреннее строение и плотность не изменены. Желчный пузырь уве-

личен с конкрементом до 5 мм. Внутривенные и внепеченочные желчные протоки не расширены (холедох до 7 мм). Поджелудочная железа обычных размеров, однородной плотности с нечеткими контурами. Вирсунгов проток расширен до 4 мм. Селезенка не увеличена, однородной структуры. Почки расположены обычно, не увеличены в размерах. Паренхима нормальной толщины и структуры. Лоханки и чашечки неизменной конфигурации. Мочеточники не расширены. Надпочечники обычных размеров и структуры. Единичные увеличенные мезентериальные лимфатические узлы. Инфильтрация парапанкреатической клетчатки. Заключение: острый панкреатит. ЖКБ.

Данные рентгенографии органов грудной клетки — без патологии. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости описывается картина жировой дистрофии печени, множественные конкременты, занимающие весь объем желчного пузыря, размерами до 5 ÷ 7 мм.

Протокол эндоскопического исследования пищевода, желудка и 12-перстной кишки: пищевод свободно проходим, слизистая чистая, розовая, эластичная. Кардия смыкается хорошо. Желудок средних размеров, хорошо расправляется воздухом, содержит небольшое количество жидкости, слизи с примесью желчи. Перистальтика прослеживается во всех отделах. Складки нормотрофичны. Слизистая гиперемирована, отечна, больше — в антральном отделе, где имеются единичные равновеликие эрозии с налетом фибрина, эластичность хорошая. 12-перстная кишка свободно проходима, слизистая в проксимальных отделах умеренно гиперемирована, отечна, эластичная. Дистальные отделы без особенностей. Заключение: эрозивная гастропатия. Эритематозная дуоденопатия.

Данные эхокардиографии — без особенностей, незначительная регургитация на митральном, трикуспидальном клапанах.

В динамике через 5 дней повторно выполняется компьютерная томография органов брюшной полости, в сравнении с предыдущими данными — нарастает инфильтрация парапанкреатической клетчатки, отмечается выраженная инфильтрация сальниковой сумки, брыжейки тонкой кишки, параколитической клетчатки, малого и большого сальника. Через 9 дней повторяется ультразвуковое исследование органов брюшной полости, где инфильтрация сальниковой сумки уже не выявляется, сохраняется только инфильтрация парапанкреатической и параколитической клетчатки, ко-

торая спустя еще несколько дней на ультразвуковом исследовании не определяется.

Проведено лечение: наркотические анальгетики (промедол), прокинетики (метоклопрамид), антибактериальная терапия (цефтриаксон, метронидазол), спазмолитики (папаверин), дезинтоксикационная, регидратационная терапия (калий-поляризирующая смесь, раствор Рингера), ингибиторы протонной помпы (омепразол), синтетический аналог соматостатина (октреотид), также в связи с выраженным болевым синдромом пациентке эпидурально вводился ропивакаин.

Отмечалась быстрая положительная динамика на фоне проводимого лечения. На 4-й день полностью нормализовались уровни амилазы крови и мочи, уровень билирубина, сохранялось повышение аланинаминотрансферазы до 3 норм, которая также нормализовалась через неделю. Самочувствие пациентки постепенно улучшилось, боли значительно уменьшились на 5-й день госпитализации, спустя 10 дней анальгетики были отменены, болевой синдром не возобновлялся. К лечению были добавлены панкреатические ферменты. На 17-й день госпитализации пациентке выполнена холецистэктомия, послеоперационный период протекал без осложнений, на 3-й день после операции пациентка выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.

Заключение

Приведенный клинический случай показывает реальные трудности диагностики, с которыми сталкиваются практические врачи ввиду атипичного течения острого панкреатита. Локализация болей преимущественно в спине, которая обычно является лишь местом иррадиации болей при ОП, обусловила длительное наблюдение пациентки у неврологов, к тому же у пациентки имелись сопутствующие дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника. Однако изначально характер болей вероятно был обусловлен патологией поджелудочной железы билиарного генеза. Помочь в диагностическом поиске могли появившиеся у пациентки диспептические явления, но превалирование боли привело к недооценке данной симптоматики. Объективное наружное исследование живота также не помогло установить правильный диагноз, т.к. общеизвестно, что у ряда пациентов с ОП интенсивные боли наблюдаются при относительно мягком животе, а напряжение и синдром раздражения брюшины появляются по мере распространения выпота.

Наличие эрозивных поражений желудка, дуоденогастрального рефлюкса желчи также косвенно подтверждает роль дисфункции билиарного тракта в генезе заболевания. Однако, эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны могут быть объяснимы также длительным приемом НПВС.

В стационаре диагноз был выставлен в первые сутки, отмечалась быстрая положительная динамика от проводимого лечения к 3–4-му дню, с последующим полным разрешением перипанкреатического инфильтрата, без образования псевдокист и развития гнойных осложнений. Ранняя холецистэктомия прошла без послеоперационных осложнений, ее выполнение у данной пациентки поможет избежать рецидивов заболевания в дальнейшем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Острый панкреатит. Сборник методических материалов «школы хирургии РОХ» редакция 1. Москва, РФ; 2015 94 с.
2. Гришин АВ. Неотложные состояния и клинические маски острого панкреатита: основные принципы диагностики и лечения. *Доказательная Гастроэнтерология*. 2013;(1):28-35.
3. Дарменов ОК, Оразбеков НИ, Дарменов ЕО, Оразбекова ГА. Клинические маски течения

острого панкреатита. *Вестник Каз НМУ*. 2016;(2):19-21.

4. Васильев ЮВ, Живаева НС. Желчнокаменная болезнь и билиарный панкреатит: патогенетические и клинические аспекты. *Экспериментальная и Клиническая Гастроэнтерология*. 2008;(7):9-17.
5. Gurusamy KS, Nagendran M, Davidson BR. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute gallstone pancreatitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010326>

REFERENCES

1. Ostryj pankreatit. Sbornik metodicheskikh materialov «shkoly hirurgii ROH» redakciya 1. Moskva, RF; 2015. 94 p. (in Russ.)
2. Grishin A.V. Neotlozhnye sostoyaniya i klinicheskie maski ostrogo pankreatita: osnovnye principy diagnostiki i lecheniya. *Dokazatel'naya Gastroenterologiya*. 2013;1:28-35. (in Russ.)
3. Darmenov OK, Orazbekov NI, Darmenov EO., Orazbekova GA. Klinicheskie maski techeniya ostrogo pankreatita. *Vestnik Kaz NMU*. 2016;2:19-21. (in Russ.)
4. Vasil'ev YUV, Zhivaeva NS. Zhelchnokamennaya bolezni' i biliarnyj pankreatit: patogeneticheskie i klinicheskie aspekty. *Ekspierimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya*. 2008;7: 9-17. (in Russ.)
5. Gurusamy KS, Nagendran M, Davidson BR. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute gallstone pancreatitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013. doi:10.1002/14651858.cd010326.pub2.

Поступила 23.06.2020

Received 23.06.2020

Принята в печать 24.09.2020

Accepted 24.09.2020

Сведения об авторах:

Ярмоленко Ольга Альфредовна — старший преподаватель кафедры внутренних болезней № 1 с курсом эндокринологии УО «Гомельский государственный медицинский университет»; e-mail: olgayarmolenka@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1705-6548>

Малаева Екатерина Геннадьевна — к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней № 1 с курсом эндокринологии УО «Гомельский государственный медицинский университет»; <https://orcid.org/0000-0003-1051-0787>

Худяков Иван Александрович — главный врач ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3»; <https://orcid.org/0000-0001-5535-9596>

Меньшакова Марина Николаевна — зам. главного врача по медицинской части ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница №3»; <https://orcid.org/0000-0002-9223-7747>

Филитович Андрей Алексеевич — зав. отделением реанимации и интенсивной терапии ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3»; <https://orcid.org/0000-0001-6033-1432>

Дмитриенко Анатолий Анатольевич — зав. 1-м хирургическим отделением ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница №3»; <https://orcid.org/0000-0002-8197-0361>

Кобрусева Лариса Аркадиевна — заведующий отделением гастроэнтерологии ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница №3»; <https://orcid.org/0000-0002-2223-8840>

Мамченко Инна Леонидовна — ассистент кафедры внутренних болезней № 1 с курсом эндокринологии УО «Гомельский государственный медицинский университет»; <https://orcid.org/0000-0002-6151-5011>

Призенцов Антон Александрович — доцент кафедры хирургических болезней №1 УО «Гомельский государственный медицинский университет»; <https://orcid.org/0000-0002-8173-4019>

Автор, ответственный за переписку:

Ярмоленко Ольга Альфредовна — e-mail: olgayarmolenka@mail.ru

Information about authors:

Olga A. Yarmolenko — Senior lecturer at the Department of Internal Medicine No. 1 with the course of Endocrinology of the EI «Gomel State Medical University»; e-mail: olgayarmolenka@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1705-6548>

Ekaterina G. Malaeva — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Internal Medicine No 1 with the course of Endocrinology of the EI «Gomel State Medical University»; <https://orcid.org/0000-0003-1051-0787>

Ivan A. Khudyakov — Chief Medical Officer of Gomel City Clinical Hospital No. 3; <https://orcid.org/0000-0001-5535-9596>

Marina N. Menshakova — Deputy Chief Medical Officer of Gomel City Clinical Hospital No. 3; <https://orcid.org/0000-0002-9223-7747>

Andrey A. Filitovich — Head of the Intensive Care Ward of Gomel City Clinical Hospital No. 3; <https://orcid.org/0000-0001-6033-1432>

Anatoliy A. Dmitrienko — Head of the 1-st Surgery Ward of Gomel City Clinical Hospital No. 3; <https://orcid.org/0000-0002-8197-0361>

Larisa A. Kobruseva — Head of the Gastroenterology Ward of Gomel City Clinical Hospital No.3; <https://orcid.org/0000-0002-2223-8840>

Inna L. Mamchenko — Assistant lecturer at the Department of Internal Medicine No. 1 with the course of Endocrinology of the EI «Gomel State Medical University»; <https://orcid.org/0000-0002-6151-5011>

Anton A. Prizentsov — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Surgical Diseases No 1 with the course of Cardiovascular Surgery of the EI «Gomel State Medical University»; <https://orcid.org/0000-0002-8173-4019>

Corresponding author:

Olga A. Yarmolenko — e-mail: olgayarmolenka@mail.ru