

УДК 616.37-002-036.1-07-085-053.2

**В.В. Маврутенков**

## Острый идиопатический панкреатит у детей (наблюдения из практики)

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

*Никто не изготовит замок без ключа,  
также Аллах не даст проблемы без решений.  
(Арабская поговорка)*

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2014.6(62):121-125;doi 10.15574/SP.2014.62.121

**Цель:** улучшить клиническую диагностику и менеджмент поражений поджелудочной железы в педиатрической практике.

**Пациенты и методы.** Описаны случаи острого идиопатического панкреатита у детей в возрасте 4, 8, 11 и 12 лет. В клинике заболевания во всех случаях была приступообразная абдоминальная боль, тошнота и/или рвота, вялость; лихорадка отсутствовала. Во всех случаях имелись биохимические (уровень липазы и/или амилазы в крови  $>3N$ ) и сонографические (отечность органа) признаки воспаления поджелудочной железы, удовлетворяющие критериям острого панкреатита.

**Результаты.** Заболевание завершилось выздоровлением в течение недели. Использовалось минимальное количество препаратов и рациональное энтеральное питание без продолжительной «голодной» паузы.

**Выводы.** На основании анализа литературы и собственных наблюдений даны практические рекомендации по диагностике и ведению острого идиопатического панкреатита у детей.

**Ключевые слова:** острый идиопатический панкреатит, дети, клиника, диагностика, лечение.

### Введение

Острый панкреатит (ОП) у детей диагностируется при наличии двух из трех нижеперечисленных признаков: 1) наличие абдоминальной боли (преимущественно в эпигастрии); 2) повышение  $>3$  раза значений верхней границы нормы (N) сывороточной липазы (Лп) и/или амилазы (Ам); 3) инструментальные (сонологические/радиологические) признаки поражения поджелудочной железы (ПЖ) [18].

Возникновение ОП возможно во всех возрастных группах, в том числе и у младенцев первого года жизни. Так, в индустриально развитых странах, где в питании отсутствует белковый дефицит (т.н. западный тип) [1], ОП регистрируется в 3,6–13,2 случаев на 100 000 детского населения в год, что приближается к таковой заболеваемости ОП у взрослых [22]. Одним из факторов, определяющих качество диагностики ОП у детей, является осведомленность педиатров о причинах, семиотике заболевания и необходимости обязательного исследования в крови уровня Лп и/или Ам [15]. Вместе с тем, несмотря на все возможности лабораторной и инструментальной диагностики, до 30% случаев причин воспаления ПЖ у детей остаются не идентифицированными и рассматриваются как острый идиопатический панкреатит (ОИП) [23]. Таким образом, представление и обсуждение клинических примеров подтвержденных случаев ОИП у детей является важным условием улучшения диагностики и лечения поражений ПЖ в педиатрической практике.

**Цель** работы — улучшить клиническую диагностику и менеджмент поражений ПЖ в педиатрической практике путем представления случаев ОИП у детей.

### Материал и методы исследования

В 1889 г. американский патологоанатом Реджинальд Фитц (Reginald Heber Fitz, 1843–1913), ученик австро-венгерской школы патогистологов Карла фон Рокитанского (Carl von Rokitansky, 1804–1878) и Йозефа Шкоды (Joseph Skoda, 1805–1881), представил современное клинико-патологоанатомическое описание тяжелых форм ОП [26,28]. Изучение доступных библиотечных архивов

показало, что в Украине наиболее раннее указание о возможности расстройств функции ПЖ у детей, как причины «жирного поноса», было сделано приват-доцентом И.В. Троицким в 1887 г. (фото 1) [10]. В современной отечественной литературе первое сообщение о заболевании ОП ребенка было представлено В.С. Шнейдеревой в 1945 г [3].

За последние несколько лет в клинике инфекционных болезней КУ ГКБ № 21 им. проф. Е.Г. Попковой г. Днепропетровска ОИП был диагностирован у четырех детей в возрасте от 4 до 12 лет. Все дети обратились за помощью не ранее 24 часов и не позднее 72 часов от начала заболевания. Все дети были предварительно или в последующем осмотрены хирургом-педиатром, исключившим необходимость в хирургическом наблюдении. Поводом обращения в инфекционный стационар во всех случаях было: наличие приступообразной абдоминальной боли с эпизодами тошноты и/или рвоты, вялости, причем у двух детей в сочетании с легкой водянистой диареей. За исключением 4-летнего ребенка, трое старших детей четко локализовали боль в верхнем квадранте брюшной полости. Следует подчеркнуть, что в нашем наблюдении у всех детей в семиотике ОИП отсутствовала лихорадка. Кроме того, у двух детей, ранее склонных к этому состоянию, отмечены метаболические расстройства в виде кетонурии без гипер- или гипогликемии. Во всех случаях имелись биохимические (уровень Лп и/или Ам в сыворотке крови  $>3N$ ) и сонографические (отечность органа) признаки воспаления ПЖ, удовлетворяющие критериям ОП. По результатам общеклинических и иммунобиохимических исследований признаков синдрома системного воспалительного ответа не отмечено, что позволило расценить заболевание как нетяжелую форму ОИП (табл. 1). Двоим детям было проведено исследование кала методом иммуноферментного анализа на присутствие антигена лямблий (*Giardia intestinalis*) и хеликобактера (*Helicobacter pylori*), способных при первичном заражении (острой инфекции) вызвать абдоминальную боль, рвоту, тошноту и водянистую диарею [4,14,16,25].

Изучение анамнеза показало, что у троих детей вероятными ко-факторами возникновения ОИП могли быть пере-

Таблица 1

Некоторые лабораторно-инструментальные показатели детей с ОИП

Показатель	Пациент 1 – муж., 4 года	Пациент 2 – жен., 8 лет	Пациент 3 – жен., 11 лет	Пациент 4 – муж., 12 лет
Лп	158 Е/л	204	188 Е/л	не опр.
Ам	308	66	280	304
С-РБ	20 мг/л	мг/л	мг/л	мг/л
АсАТ	80 Е/л	47	38	44
АлАТ	66	52	37	48
Глюкоза	5,4 Ммоль/л	Ммоль/л	Ммоль/л	не опред.
Лейкоциты	8,6 *	8,8 **	9,0 **	8,6 **
<i>G. intestinalis</i>	отр.	не опред.	отр.	не опред.
<i>H. pylori</i>	отр.	не опред.	отр.	не опред.
УЗИ	отек ПЖ, метеоризм кишечника	отек ПЖ	отек ПЖ, метеоризм кишечника	отек ПЖ, метеоризм кишечника

Примечание: N – норма; Лп < 60 Е/л N; Ам < 100 Е/л N; С-реактивный белок < 10 мг/л N; \*АсАТ < 50 Е/л до 3–6 лет N; АсАТ < 37 Е/л старше 6 лет N; \*АлАТ < 42 Е/л до 3–6 лет N; АлАТ < 32 Е/л старше 6 лет N; глюкоза: 3,8–6,4 Ммоль/л N; \*лейкоциты: 5,5–15,5 г/л N, \*\* лейкоциты: 4,5–13,0 г/л N.

Таблица 2

Различия в этиологии ОП у детей и взрослых

Дети [8]		Взрослые [7]	
Причина	Частота (%)	Причина	Частота (%)
Структурные повреждения: кисты общего протока, желчные камни, опухоли	12	Желчные камни	45
Лекарства/отравления: парацетамол, амфетамины, этиловый/метиловый спирты, хлортиазиды, фуросемид, L-аспарагиназа, тетрациклины	8	Алкоголь	35
Травма: разрыв панкреатических протоков, сдавление	18	Смешанные	10
Системные заболевания: сепсис, синдром Гассера, вирусные инфекции (паротит, гепатит А и В, ВИЧ и Эпштейна–Барр), системная красная волчанка	28	Идиопатические	10
Семейные/наследственные формы	1		
Метаболические аномалии: муковисцидоз, гиперлипидемия, гиперпаратиреоз, истощение	9		
Идиопатические	24		

едание (жареный картофель, обильная мясная пища) и последующая физическая гиперактивность (велосипед, подвижные игры). Все четверо детей до заболевания ОИП были практически здоровы, не состояли на учете по поводу каких-либо заболеваний, не принимали лекарств (токсических веществ, биологических активных добавок) и отрицали абдоминальную травму. Кроме того, в генеалогическом анамнезе у этих детей не выявлено семейной предрасположенности к заболеваниям ПЖ. Все дети проходили лечение в амбулаторных условиях, заключавшееся в: соблюдении полупостельного режима на период болевого синдрома, «плановом» приеме *ибупрофена* внутрь в дозе 10 мг/кг 4 раза в сутки и миотропных спазмолитиков (*дротаверин*) внутрь в соответствующих возрастных дозах [11]. Ни в одном случае не прибегали к назначению антиэметиков и антисекреторных фармпрепаратов. При наличии водянистой диареи, являющейся признаком экзокринной недостаточности ПЖ, применялись дигестанты, дозу которых рассчитывали по содержанию Лп в диапазоне от 2000 до 4000 ЕД активности фермента на 1 кг массы тела на момент приема основных порций пищи [24]. Длительность приема анальгетиков, миоспазмолитиков или пищеварительных ферментов определялась клинически (без учета уровня Лп или Ам в крови) по мере купирования соответствующих патологических признаков. Все дети продолжали энтеральное питание, с сохранением или даже увеличением суточного калоража на 10–30% при наличии потерь, связанных с рвотой или диареей. Не допускалось длительное голодание (не более 4–6 часов), связанное с рвотой и приступами тошноты. Режим питания определялся аппетитом ребенка и, для улучшения толерантности к принимаемой пище, порционное кормление рекомендовалось заменить медленным, постоянным питанием [13]. В пищевом рационе полностью исключалось употребление жареных и жирных мясных продуктов на пер-

вые 72 часа от начала заболевания. На указанный период энергетические затраты организма покрывались за счет углеводов растительного происхождения: отварной или печеный картофель, макароны, рис, печеные яблоки, бананы, персики, белый хлеб, фруктовые кисели и пр. В качестве питья использовалась кипяченая вода, чай и щелочная негазированная слабоминерализованная вода. У всех детей ОИП в течение 7 дней закончился полным выздоровлением без осложнений и рецидивов, что подтверждалось катамнестическим наблюдением на протяжении трех месяцев.

### Результаты исследования и их обсуждение

Заболевание ОП, в том числе у детей, является неотложным состоянием с риском развития летального исхода [8,19]. При этом у четверти детей развивается осложнение, и смертность от ОП может достигать 4%, несмотря на своевременную диагностику и адекватную терапию [24]. В педиатрическом аспекте рассматриваемой проблемы имеется две особенности, отличающие ОП у детей от взрослых: первая – в этиологии острых поражений ПЖ (табл. 2), вторая – в критериях (шкалах) оценки тяжести ОП из-за анатомо-возрастных особенностей детского организма.

Если для диагностики ОП у детей установленные в Атланте (США, 1992 г.) критерии допустимы, то систе-

Таблица 3

«Модифицированная» шкала Ransom оценки тяжести и прогноза исхода ОП у детей\*

Сумма баллов	Ожидаемый риск тяжелого течения ОП	Ожидаемый риск летального исхода ОП
	8,6%	8,6%
от 2 до 4 баллов	38,5%	5,8%
от 5 до 7 баллов	80%	10%

Примечание: \* – дополнительно к шкале Glasgow/APACHE II.

Таблица 4

**Предикативные факторы для оценки возможности лечения ребенка с ОИП в амбулаторно-поликлинических условиях**

Категория	Признак
	Не связано с травмой (предполагаемая) Не связано с системными заболеваниями Не связано с отравлением/лекарствами
Социально-психологические	Психологическая уравновешенность родителей на болезнь ребенка Социальная адаптированность семьи* Соблюдение родителями комплаенса Возможность постоянного контакта родителями ** Доверие к врачу
Клинические	Отсутствие системных нарушений (прежде всего респираторных и мочевого выведения) и лихорадки Возможность контроля боли и рвоты таблетированными препаратами Возможность энтерального кормления Сохранение подвижности ребенка Наличие перистальтических шумов при аускультации брюшной полости Отсутствие коморбидных состояний
Лабораторные	Уровень С-реактивного белка в крови <10 N Норма или незначительный лейкоцитоз (относительно возраста) Отсутствие гипергликемии Уровень АсАТ <200 U/l
Сонография	Отсутствие признаков паралитической непроходимости, тотального некроза, перипанкреатических образований, билиарных микролитов и пр.

Примечание: \*наличие постоянного дохода и жилья, родители алкоголики/наркоманы и пр., сектанты и пр.; \*\*по телефону, интернету, посещение.

мы балльной оценки (шкалы) тяжести процесса *Ransom/Glasgow/APACHE II* в педиатрии не приемлемы [9,17]. В связи с чем были предложены «адаптированные к педиатрии» критерии *Ransom's*, включающие в себя семь дополнительных факторов, определяющих тяжесть ОП у детей: возраст <7 лет, масса тела <23 кг; уровень лейкоцитов в периферической крови >18,5x10<sup>9</sup>/л, уровень лактатдегидрогеназы >2,000 U/l, потеря жидкости (секвестрация) >75 мл/кг/48 ч и повышение уровня мочевины в крови >5 мг/дл/48 ч. За каждый имеющийся пункт присваивается 1 балл, ухудшающий прогноз течения и исхода ОП (табл. 3).

Следует подчеркнуть, что ранний возраст и связанный с этим малый вес ребенка в сочетании с наличием системных заболеваний являются основными ко-факторами, обуславливающими тяжелое течение и неблагоприятный исход ОП у детей [27]. Вместе с тем, в условиях ограниченных ресурсов, особенно в амбулаторно-поликлинической практике, выполнение лабораторных составляющих прогностических шкал *Ransom/Glasgow/APACHE II*, даже у взрослых пациентов, остается пока трудно выполнимым [6]. В связи с этим в представленных случаях в оценке тяжести ОИП и возможности лечения в амбулаторно-поликлинических условиях ориентировались на следующие признаки (табл. 4).

Важнейшим аспектом успешного лечения ОП любой этиологии является адекватное нутриционное обеспечение энергетических потребностей организма, т.к. в условиях любого воспаления происходит усиление катаболизма. Возможность энтерального питания является краеугольным фактором, обеспечивающим пребывание детей с ОИП в амбулаторных условиях. Для осуществления энтерального питания при ОП существует два затрудняющих фактора: 1) нарушение перистальтики кишечника (тошнота, рвота и риск паралитической непроходимости); (2) секреция панкреатического сока контролируется гормонами (холецистокинин-панкреозимин и секретин) и нервной системой под влиянием приема пищи [13]. Исходя из физиологии пищеварения в верхних отделах кишечника, следует отметить, что Лп и Ам секреторируются в активной форме, тогда как протеазы выделяются в виде проферментов, активирующихся исключительно в просвете двенадцатиперстной кишки. Продукция и секреция протеаз в виде проферментов защищает ПЖ от аутолиза [12]. В связи с этим чрезмерно длительное голодание при не-

сложненных формах ОП и сохраненной толерантности к энтеральному кормлению не имеет патофизиологического обоснования. Более того, при ОП вследствие усиления процессов катаболизма необходимо большее количество белка. Оценочными признаками, указывающими на сохранение или обострение панкреатита, являются: абдоминальная боль, гиперферментемия, тошнота и/или рвота, что требует ревизии способов нутриционного обеспечения энергетических потребностей организма и, по сути, свидетельствует о необходимости госпитализации. Тогда как диарея указывает на панкреатическую недостаточность, корректируемую приемом дигестантов [13].

На наш взгляд, ещё одним существенным аспектом квалифицированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях, который недооценивают многие специалисты, является коммуникация с членами семьи и привлечение родителей к лечебному процессу. Прежде всего родителей следует обучить навыкам адекватной оценки состояния больного ребенка, например методу «треугольника» при осмотре ребенка (РАТ, от англ. *Pediatric assessment triangle*). Метод РАТ включает в себя три составляющих: 1) общий осмотр: выглядит ли ребенок больным, способен ли играть (при тяжелых формах неподвижно лежит на боку!), как он реагирует на присутствие родителей; отсутствие бреда; 2) оценка дыхания: отсутствует ли вынужденное положение, слышно ли дыхание на расстоянии (стридор), наличие хрипов; 3) оценка кожных и слизистых покровов: цвет кожи (губ, ногтей), наличие сыпи, особенно пятен в виде кровоподтеков на боковых поверхностях живота (симптом Грея Тернера) и пупочной области (симптом Каллена), потливость [5,20]. При этом очень важно указать родителям сроки ожидаемого результата от назначенной терапии, оказывать психологическую поддержку родителям больного ребенка и быть доступным для контакта в любое время.

Таким образом, исходя из анамнеза, клинического статуса и результатов лабораторно-инструментальных исследований, в данных случаях у детей имела место нетяжелая форма ОИП, что позволило провести успешное лечение в амбулаторных условиях. В лечении использовалось минимальное количество препаратов: ибупрофен, дротаверин, дигестанты (при наличии диареи) и рациональное энтеральное питание без продолжительной «голодной» паузы.

**Практические рекомендации:**

1. Наличие у ребенка абдоминальной боли, особенно в эпигастриальной зоне, является клинической предпосылкой для проведения сонографии и определения в крови уровня Лп (предпочтительней) и Ам.

2. Нетяжелые формы ОИП у детей, при условии быстрого купирования боли, тошноты и рвоты, сохранен-

ной толерантности к энтеральному питанию и отсутствия признаков системного воспалительного процесса, следует лечить в амбулаторно-поликлинических условиях.

3. Важным аспектом успешного лечения детей с ОИП в амбулаторных условиях является обучение родителей навыкам объективной оценки статуса ребенка, психологическая поддержка и доверие к врачу.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Барановский А. Ю. Лечебное питание при инфекционных заболеваниях : учеб.-метод. пособ. / А. Ю. Барановский, Л. И. Назаренко, К. Л. Райхельсон. — СПб. : Диалект, 2006. — 112 с.
2. Гасилина Т. В. Панкреатиты у детей [Электронный ресурс] / Т. В. Гасилина, С. В. Бельмер // Лечащий врач. — 2009. — № 1. — С. 22—26. — Режим доступа : <http://www.lvrach.ru/2009/01/5897322>
3. Гудзенко Ж. П. Панкреатиты у детей / Ж. П. Гудзенко. — М. : Медицина, 1980. — 240 с.
4. Оберхельман Р. Лямблиоз / Р. Оберхельман, С. Сантибанес // Инфекционные болезни у детей / под ред. Д. Мари : пер. с англ. — М. : Практика, 2006. — Гл. 89. — С. 798—801.
5. Омэн К. С. Секреты неотложной медицины / К. С. Омэн, Козиол—МакЛэй : пер. с англ. — М. : БИНОМ, 2011. — 568 с.
6. Острый панкреатит (Протоколы диагностики и лечения) / С. Ф. Багненко, А. Д. Толстой, В. Ф. [и др.]. — СПб., 2004. — 8 с.
7. Парсонз П. Э. Секреты неотложной помощи / П. Э. Парсонз, Дж. П. Винер—Крониш : пер. с англ. под ред. А. Н. Максудовой. — М. : МЕДпресс-информ, 2006. — 640 с.
8. Селбст С. М. Секреты неотложной педиатрии / С. М. Селбст, К. Кронэн : пер. с англ. под ред. Н. П. Шабалова. — М. : МЕДпресс-информ, 2006. — 480 с.
9. Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии / под ред. В. Т. Ивашкина, И. В. Маева, А. С. Трухманова; пер. с англ. С. Блум, Дж. Вебстер. — М. : ГОЭТАР-Медиа, 2010. — 592 с.
10. Троицкий И. В. О болезнях детского возраста (курс лекций). Выпуск II. Болезни органов пищеварения / И. В. Троицкий. — К. : тип. С. В. Кульженко, 1887. — С. 159.
11. Фармакологический справочник / под ред. Л. Ланса, Ч. Лейси, М. Голдмана : пер. с англ. — М. : Практика, 2000. — 728 с.
12. Хиггинс К. Расшифровка клинических лабораторных анализов / К. Хиггинс; пер. с англ. под ред. В. Л. Эммануэля. — 4-е изд. — М. : БИНОМ, 2010. — 456 с.
13. Чарльз В. Ван Вэй III. Секреты питания / Чарльз В. Ван Вэй III, Кэрл Айертон—Джонс : пер. с англ. — М. : Бином; СПб. : Диалект, 2009. — 320 с.
14. Чернишова Л. І. Гострі кишкові інфекції у дітей / Л. І. Чернишова, Д. В. Самарін, С. О. Крамарев : навч. посібн. — К. : Червона Рута—Турс, 2007. — 164 с.
15. Arvind I. Srinath Pediatric Pancreatitis [Electronic resource] / Arvind I. Srinath, Mark E. Lowe // Pediatrics in Review. — 2013. — Vol. 34, № 2. — P. 79—90. — Access mode : <http://pedsinreview.aappublications.org/content/34/2/79.full>.
16. Blaser M. J. Helicobacter pylori and related organisms/ M. J. Blaser // Principles and Practice of Infectious Diseases / Ed. by G. L. Mandell, J. E. Bennett, R. Dolin. — 4th ed. — New York : Churchill Livingstone, 1995. — Vol. 2. — P. 1956—1964.
17. Carlos Alberto Velasco-Benitez Pancreatitis in children / Carlos Alberto Velasco-Benitez // Rev. Colombianas de Gastroenterologia, Endoscopia digestiva, Coloproctologia y Hepatologia. — 2011. — Vol. 26 (1). — P. 48—53.
18. Definitions of pediatric pancreatitis and survey of current clinical practices: report from INSPPIRE (international study group of pediatric pancreatitis: in search for a cure) [Electronic resource] / Veronique D. Morinville, Sohail Z. Husain, Harrison Bai [et al.] // J. Pediatr. gastroenterol. nutr. — 2012. — Vol. 55 (3). — P. 261—265. — Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3626452/>
19. Harrison X. Bai. What Have We Learned About Acute Pancreatitis in Children? / X. Bai Harrison, M. E. Lowe, S. Z. Husain // J. pediatr. gastroenterol. nutr. — 2011. — Vol. 52(3). — P. 262—270.
20. Ira Strassman Педиатрическое обследование / Секреты клинической диагностики / С. Манджони : пер. с англ. — М. : БИНОМ, 2004. — 608 с.
21. Lautz T. B. Acute pancreatitis in children: spectrum of disease and predictors of severity / T. B. Lautz, A. C. Chin, J. Radhakrishnan // J. of Pediatric Surgery. — 2011. — Vol. 46. — P. 1144—1149.
22. Lowe M. E. Marked increase in pediatric acute pancreatitis / M. E. Lowe // Pitt Digest. — Pittsburgh, 2011. — P. 2.
23. Mekitarian Filho E. Acute pancreatitis in pediatrics: a systematic review of the literature [Electronic resource] / F. E. Mekitarian, W. B. Carvalho, F. D. Silva // J. Pediatr. (Rio J). — 2012. — Vol. 88 (2). — P. 101—114. — Access mode : [http://www.scielo.br/pdf/jped/v88n2/en\\_a02v88n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v88n2/en_a02v88n2.pdf)
24. Pancrelipase [Electronic resource]. — Access mode : <http://www.drugs.com/monograph/pancrelipase.html>
25. Rowland M. Helicobacter pylori and peptic ulcer disease / M. Rowland, B. Bourke, B. Drumm // Pediatric gastrointestinal disease: Pathophysiology o Diagnosis o Management / W. Allan Walker, Olivier J. Goulet, Ronald E. Kleinman [et al.]. — 4th ed. — Elsevier Inc. — 2011. — Vol. 1. — P. 491—513.
26. Steinberg W. Acute Pancreatitis / W. Steinberg, S. Tenner // N. Engl. J. Med. — 1994. — Vol. 330. — P. 1198 — 1210. — [Electronic resource]. — Access mode : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199404283301706>.
27. Whitcomb D. C. Pancreatitis acute and chronic / D. C. Whitcomb, M. E. Lowe // Pediatric gastrointestinal disease: Pathophysiology o Diagnosis o Management / W. Allan Walker, Olivier J. Goulet, Ronald E. Kleinman [et al.]. — 4th ed. — Elsevier Inc. — 2011. — Vol. 2. — P. 1584—1809.
28. Young R. H. Reginald Heber Fitz (1843—1913) [Electronic resource]. — Access mode : [http://www.massgeneral.org/pathology/assets/book/pathology\\_chap2.pdf](http://www.massgeneral.org/pathology/assets/book/pathology_chap2.pdf)

**Гострий ідіопатичний панкреатит у дітей  
(спостереження з практики)**

**В.В. Маврутенков**

ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

**Мета:** покращити клінічну діагностику та менеджмент уражень підшлункової залози у педіатричній практиці.

**Пацієнти і методи.** Описано випадки гострого ідіопатичного панкреатиту у дітей віком 4, 8, 11 і 12 років. У клініці захворювання в усіх випадках був нападодобний абдомінальний біль, нудота та/або блювання, млявість; лихоманки не було. У всіх випадках були біохімічні (рівень ліпази та/або амілази у крові >3N) і сонографічні (набряк органу) ознаки запалення підшлункової залози, що відповідають критеріям гострого панкреатиту.

**Результати.** Захворювання закінчилося одужанням протягом тижня. Застосовувалися мінімальна кількість препаратів і раціональне ентеральне харчування без тривалої «голодної» паузи.

**Висновки.** На підставі аналізу літератури та власних спостережень надані практичні рекомендації з діагностики і ведення гострого ідіопатичного панкреатиту у дітей.

**Ключові слова:** гострий ідіопатичний панкреатит, діти, клініка, діагностика, лікування.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2014.6(62):121-125;doi 10.15574/SP.2014.62.121

**An acute idiopathic pancreatitis among children (observation from practice)**

**V.V.Mavrutenkov**

SU «Dnepropetrovsk medical academy MOH of Ukraine»

**Purpose:** to improve the clinical diagnosis and management of the pancreas lesions in pediatric practice.

**Patients and methods:** the cases of an idiopathic acute pancreatitis among the children in age 4, 8, 11 and 12 years was described. In clinical disease in all cases there was a paroxysmal abdominal pain, vomiting, lethargy, fever absence. In all cases there were the biochemical ( the lipase and / or amylase in blood) and sonographic (body swelling) the signs of the pancreas inflammation, meet the criteria of acute pancreatitis.

**Results:** the disease completed with a recovering within a week. There were used the minimal drug quantity and the rational enteral nutrition without long «hungry» pause.

**Conclusion:** based on literature analysis and personal observations, the practical recommendations as for diagnostic and management of an acute idiopathic pancreatitis among children were given.

**Key words:** an acute idiopathic pancreatitis, children, diagnostic, treatment

**Сведения об авторах:**

**Маврутенков Виктор Владимирович** — д.мед.н., доцент, детский инфекционист кафедры инфекционных болезней ГУ Днепропетровской медицинской академии МЗ Украины. Адрес: г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, 9.

Статья поступила в редакцию 28.07.2014 г.