

УДК 616.37–008.6/ 616.34

DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-161-1-99-102

Ведение детей с заболеваниями поджелудочной железы, протекающих на фоне аллергической энтеропатии в амбулаторно-поликлинических условиях

Шашель В. А., Левин П. В.

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар 350001, Россия

Management of children with diseases of pancreas, occurring on the background of allergic enteropatia in ambulatory and polyclinical conditions

V.A. Shashel, P.V. Levin

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Kuban State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnodar 350001, Russia

Для цитирования: Шашель В. А., Левин П. В. Ведение детей с заболеваниями поджелудочной железы, протекающих на фоне аллергической энтеропатии в амбулаторно-поликлинических условиях. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019;161(1): 99–102. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-161-1-99-102

For citation: Shashel V. A., Levin P. V. Management of children with diseases of pancreas, occurring on the background of allergic enteropatia in ambulatory and polyclinical conditions. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2019;161(1): 99–102. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-161-1-99-102

Шашель Виктория Алексеевна, кафедра педиатрии № 1, д.м.н., профессор, зав. кафедрой, ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1859-5826>

Левин Павел Владимирович, кафедра педиатрии № 1, ассистент кафедры, аспирант

Victoriya. A. Shashel, Department of Pediatrics No. 1, MD, professor, head. chair, ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1859-5826>

Pavel V. Levin, Pediatrics Department No.1, assistant of the department, graduate student

✉ **Corresponding author:**

Левин Павел Владимирович

Pavel V. Levin

Sumrak.ru@rambler.ru

Резюме

Цель исследования. Оптимизировать лечение детей с заболеваниями поджелудочной железы на фоне аллергической энтеропатии у детей в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материалы и методы: обследовано 349 детей в возрасте от 5–18 лет с заболеваниями поджелудочной железы на фоне аллергической энтеропатии. Использовали клинические, биохимические и инструментальные методы обследования больных детей.

Результаты. Своевременная диагностика и лечение заболеваний поджелудочной железы на фоне гастроинтестинальной формы пищевой аллергии (аллергический энтероколит) приводит к стойкому улучшению клинического состояния и нормализации биохимических показателей у большинства детей.

Ключевые слова: поджелудочная железа, дети, лечение

Summary

Purpose of the study. To study the peculiarities of treatment of children with pancreatic diseases on the background of allergic enteropathy in children in out-patient and polyclinic conditions.

Materials and methods: 349 children aged 5–18 years with pancreatic diseases were screened against allergic enteropathy. Clinical, biochemical and instrumental methods of examination of sick children were used.

Results. Timely diagnosis and treatment of pancreatic diseases on the background of a gastrointestinal form of food allergy (allergic enterocolitis) leads to a persistent improvement in the clinical state and normalization of biochemical parameters in most children.

Keywords: pancreas, children, treatment

Введение

Своевременная диагностика и терапия заболеваний поджелудочной железы у детей являются одной из наиболее сложных проблем клинической гастроэнтерологии. Практика показывает, что, с одной стороны, отмечается определенная тенденция к нарастанию частоты этих заболеваний, с другой, распознавание их представляет значительные трудности и вне специализированных учреждений нередко сопровождается диагностическими ошибками. Достаточно сложен также вопрос адекватной терапии болезней поджелудочной железы, которая должна быть дифференцирована в зависимости от наличия или отсутствия воспалительных изменений, периода заболевания и характера нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы. По данным разных исследователей, первичный хронический панкреатит составляет 14–28%, во всех остальных случаях он считается вторичным, причинно обусловленным другими заболеваниями пищеварительного тракта, в первую очередь язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, хроническим гепатохолециститом или холелитиазом, а так же на фоне аллергического гастроэнтероколита, когда может поражаться любой отдел желудочно-кишечного тракта. Манифестация панкреатита у детей происходит под действием различных этиологических факторов механического, нейрогуморального и токсико-аллергического характера.

Материалы и методы

Под наблюдением в детских поликлиниках города Краснодара (№ 1,3,4,5,12) находилось 349 детей. Из них, мальчиков было 234 (67%), и девочек –115 (33%) с болезнями поджелудочной железы и аллергической энтеропатией в возрасте от 5 до 18 лет.

Для углубленного обследования и лечения дети из детских поликлиник направлялись в консультативно-поликлиническое отделение ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница». Из методов обследования применялись оценка физического развития и соматического статуса пациентов до и после амбулаторного лечения. Для изучения состояния поджелудочной железы, кишечника, состояния гепатобилиарной системы ребенка использовались: оценка постпрандиальной реакции поджелудочной железы [2]; определение в биологических жидкостях альфа-амилазы (амилокластический унифицированный метод по Каравею), липазы (метод Титца), определение содержания панкреатической эластазы в кале иммуноферментным методом (SheboTech), ИФА IgG лямблий, токсокар, аскарид, копрологическое исследование, общий IgE, эозинофильный катионный белок. Все проходили лечение в консультативно-поликлиническом отделении у гастроэнтерологов, аллергологов. Для реализации поставленной цели им было назначено следующее лечение [6]:

К сожалению, на сегодняшний день отсутствуют точные данные о распространенности пищевой аллергической реакции в мире. Это связано, с одной стороны, с многочисленными проявлениями заболевания, затрагивающими многие органы и системы, а с другой стороны – с трудностями точной верификации диагноза в клинической практике. Предположительно в мире насчитывается примерно 220–520 млн человек, страдающих пищевой. Фактическая распространенность заболеваний поджелудочной железы у детей с гастроэнтерологической патологией колеблется от 5 до 42% [4,5].

Своевременная диагностика и лечение ранних форм панкреатита и обнаружение функциональной недостаточности поджелудочной железы (дисфункциональные расстройства, реактивный панкреатит, рецидивирующий панкреатит, хронический панкреатит), своевременная коррекция у детей являются актуальной задачей педиатрической гастроэнтерологии.

Целью работы явилось изучение особенностей лечения детей с заболеваниями поджелудочной железы (дисфункциональные расстройства, реактивный панкреатит, рецидивирующий панкреатит, хронический панкреатит) на фоне аллергической энтеропатии (аллергический гастроэнтероколит, аллергический энтероколит) у детей в амбулаторно-поликлинических условиях [3].

- лечебный стол № 5., строгая гипоаллергенная, безлактозная диета
 - Медикаментозные препараты в возрастной дозировке:
 - антигистаминные препараты: цетиризин, левоцетиризин в возрастных дозировках курсами на 2–3 недели;
 - энтеросорбенты: кремния диоксид коллоидный, смектит диоктаэдрический в периоде обострения 14 дней;
 - полиферментные препараты: панкреатин (10 тыс) в возрастных дозах 3 раза в сутки по 14 дней каждого месяца 3 месяца;
 - прокинетики: домперидон по 0.5–1мг/кг массы тела 3 раза в сутки за 15 мин до еды – 14дней, затем в той же дозе за 15 мин только до завтрака – 14дней;
 - миотропный спазмолитик: тримебутин 50–100 мг 3 раза в сутки за 15 мин до еды – 14дней, затем по 50–100мг за 15 мин до завтрака – 14дней.
- В работе применялись статистический пакет Statistica 6.0 for Windows. Использовались способы вариационной статистики с вычислением критерия Стьюдента, результаты считались достоверными при $p \leq 0.05$, а также критерий Мак-Немара, при котором полученные показатели имели статистическую значимость при $p < 0.01$.

Результаты

После проведенного лечения сравнивались клинические и биохимические показатели детей до и после проводимой терапии (табл. 1,2).

Результаты представленные в табл. 1 свидетельствуют о том, что после реабилитации в условиях поликлинического отделения детской краевой

клинической больницы, соматическое состояние и самочувствие детей согласно критерию Мак-Немара по большинству контролируемых показателей статистически улучшились. Биохимические и инструментальные показатели большинства пациентов пришли в норму (табл. 2,3).

| Клинические признаки заболевания | Число наблюдаемых детей | | | | Уровень значимости <i>p</i> по критерию Мак-Немара |
|--|-------------------------|------|-----------------------|-----|--|
| | До лечения (n=349) | | После лечения (n=349) | | |
| | Абс. | % | Абс. | % | |
| Жалобы: | | | | | |
| болевой (абдоминальный) синдром | 296 | 84,8 | 7 | 2,0 | 0.009 |
| снижение аппетита | 307 | 87,9 | 9 | 2,5 | 0.003 |
| быстрая насыщаемость | 135 | 38,6 | 6 | 1,7 | 0.015 |
| тошнота | 225 | 64,4 | 14 | 4,0 | 0.046 |
| рвота | 36 | 10,3 | 5 | 1,6 | 0.025 |
| отрыжка | 218 | 62,4 | 7 | 2,0 | 0.009 |
| нарушения стула (диарея) | 263 | 75,3 | 6 | 1,7 | 0.015 |
| высыпания на коже | 241 | 69,0 | 15 | 4,2 | <0.001 |
| Объективно: | | | | | |
| Болезненность при пальпации в зоне проекции поджелудочной железы | 302 | 86,5 | 21 | 6,0 | <0.001 |

| Биохимические и инструментальные данные | Число наблюдаемых детей | | | | Уровень значимости <i>p</i> по критерию Мак-Немара |
|---|-------------------------|-------|-----------------------|------|--|
| | До лечения (n=349) | | После лечения (n=349) | | |
| | Абс. | % | Абс. | % | |
| Изменение биохимических показателей: | | | | | |
| а-амилаза | 126 | 36,1 | 6 | 1,7 | 0.015 |
| липаза | 143 | 40,9 | 19 | 5,4 | <0.001 |
| Эластаза- 1 | 31 | 8,8 | 31 | 8,8 | <0.001 |
| Общий IgE | 112 | 32,0 | 72 | 20,6 | <0.001 |
| Эозинофильный катионный белок | 156 | 44,6 | 71 | 20,3 | <0.001 |
| Ультразвуковая характеристика поджелудочной железы | | | | | |
| Реактивные или диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы | 349 | 100,0 | 31 | 8,8 | <0.001 |
| копрограмма | | | | | |
| слизь | 302 | 86,5 | 6 | 1,7 | 0.015 |
| Лейкоциты в п/з | 112 | 32,0 | 4 | 1,1 | 0.046 |
| Нейтральный жир | 119 | 34,0 | 7 | 2,0 | 0.009 |

| Изменение биохимических показателей | Показатель до лечения | Показатель после лечения |
|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| α-амилаза | 475.2±43.12* | 89.3±8.54 |
| Липаза | 125.1±11.75* | 22.1±2.13 |
| Эластаза- 1 | 198.6± 18.76 | 257.1± 25.23 |
| Общий IgE | 396.2±38.74* | 176.9±17.12 |
| Эозинофильный катионный белок | 78.8±7.45* | 34.6±3.85 |

Таблица 1

Динамика клинических признаков заболеваний у детей с заболеваниями поджелудочной железы и аллергической энтеропатии в начале и после окончания лечения в поликлиническом отделении детской краевой клинической больницы.

Примечание:

достоверность различий клинических показателей в процессе лечения детей с заболеваниями поджелудочной железы и аллергической энтеропатии по критерию Мак-Немара: *p*<0.01.

Таблица 2

Динамика биохимических и инструментальных показателей у детей с заболеваниями поджелудочной железы и аллергической энтеропатии в начале и после окончания лечения в поликлиническом отделении детской краевой клинической больницы.

Примечание:

достоверность различий биохимических показателей в процессе лечения детей с заболеваниями поджелудочной железы и аллергической энтеропатии по критерию Мак-Немара: *p*<0.01.

Таблица 3

Мониторинг биохимических показателей в процессе лечения детей с заболеваниями поджелудочной железы и аллергической энтеропатии.

Примечание:

достоверность различий биохимических показателей в процессе лечения детей с заболеваниями поджелудочной железы и аллергической энтеропатии по критерию Стьюдента: **p*<0,001.

Как видно в динамике, дети, у которых снижение панкреатической эластазы кала не наблюдалось и отсутствовали структурные изменения в стимулированную фазу на УЗИ в поджелудочной железе, с учетом соблюдения строгого диетического питания наблюдался более выраженный

эффект от амбулаторной терапии. Напротив, пациенты у которых определялось снижение панкреатической эластазы кала и присутствовали изменения в стимулированную фазу на УЗИ в поджелудочной железе, эффект лечения был менее выражен.

Обсуждение

После лечения у основной массы детей полностью исчезли болевой синдром, тошнота, изжога, отрыжка, рвота, нарушение стула. Значительно улучшился аппетит, уменьшились диспепсические явления, нормализовался стул. Ключевым моментом в лечении детей с данными патологиями имеет место достижение комплаентности с родителями ребенка о целесообразности строгого соблюдения диетического питания. При строгом исключении поступления пищевых аллергенов в организм больного ребенка, и рациональной медикаментозной терапии снижается нагрузка на поджелудочную железу, улучшается пристеночное

пищеварение в кишечнике, что позволяет добиться значительного улучшения состояния. Опыт лечения детей с заболеваниями поджелудочной железы, в условиях поликлинического отделения детской краевой клинической больницы показывает, что своевременная диагностика и терапия ранних форм панкреатита и обнаружение функциональной недостаточности поджелудочной железы на фоне гастроинтестинальной формы пищевой аллергии (аллергической энтеропатии), у детей реальны в амбулаторно-поликлинических условиях и крайне необходимы для предотвращения развития осложнений.

Литература | References

1. Бельмер, С. В. Болезни поджелудочной железы / С. В. Бельмер, Т. В. Гасилина, А. А. Коваленко // Лекции по педиатрии. Гастроэнтерология. Под ред. В. Ф. Демина – М.: РГМУ, 2003. – Т. 3. – С. 254–264.
Belmer S. V., Gasilina T. V., Kovalenko A. A. Lectures on pediatrics. Gastroenterology. Moscow, Russian State Medical University Publ., 2003, vol. 3, pp. 254–264
2. Римарчук, Г. В. Современная диагностика и терапия хронического панкреатита у детей / Г. В. Римарчук // Педиатрический выпуск. – 2008. – № 2. – С. 34–42
Rimarchuk G. V. Modern diagnostics and therapy of chronic pancreatitis in children. Pediatric release. 2008;2:34–42
3. Рылова, И. В. Алгоритм диагностики патологии поджелудочной железы у детей / И. В. Рылова // Рос. вест. перинатол. и педиатрии. – 2010. – Т. 55, № 4. – С. 54–57.
Rylova N. V. A diagnostic algorithm for pancreatic pathology in children Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics. 2010;55(4):54–57
4. Полещук Л. А. Панкреатиты у детей: современные аспекты этиологии, патогенеза и диагностики // Л. А. Полещук // Рос. вест. перинатол. и педиатрии. – 2010. – Т. 55, № 4. – С. 58–65
Poleshchuk L. A. Childhood pancreatitis: Current aspects of etiology, pathogenesis, and diagnosis. Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics. 2010;55(4):58–65.
5. Цуман, В. Г. Острый панкреатит у детей (клиника, диагностика, лечение) / В. Г. Цуман, Г. В. Римарчук и [др.] // Пособие для врачей. – М., 2001. – 40 с.
Tsuman V. G., Rimarchuk G. V. et al. Acute pancreatitis in children (clinic, diagnosis, treatment). Manual for doctors. Moscow, 2001. 40 p.
6. Safdi M, Bekal PK, Martin S et al. The effects of oral pancreatic enzymes (creon 10 capsule) on steatorrhea: a multicenter, placebo-controlled, parallel group trial in subjects with chronic pancreatitis. *Pancreas*, 2006, 33: 156–162.