

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Х.Т. ХАМРАЕВ, Н.С. БАЗАРОВА, Ю. ФАЙЗУЛЛАЕВА

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

## **МЕТАБОЛИТ СИНДРОМИ БОР БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

Х.Т. ХАМРАЕВ, Н.С. БАЗАРОВА, Ю. ФАЙЗУЛЛАЕВА

Самарканд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

## **FEATURES OF COURSE OF CHRONIC PANCREATITIS IN CHILDREN WITH METABOLIC SYNDROME**

Х.Т. ХАМРАЕВ, Н.С. БАЗАРОВА, Ю. ФАЙЗУЛЛАЕВА

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Любому молодому врачу, только что получившему диплом известно, что такое хронический панкреатит (ХП), однако доктору, гастроэнтерологу, при углубленном изучении становится все более очевидным только одно - насколько трудный это вопрос. Достаточно только посмотреть, как многообразны в отечественной и зарубежной литературе определения данного страдания.

- Воспалительный процесс, характеризующийся деструкцией и редуцированием ткани ПЖ [1,3]
- Процесс, при котором наблюдаются хронические воспалительные изменения, прогрессирующий фиброз и атрофия ацинусов в ПЖ [2,4].
- Хронический воспалительный процесс, сопровождающийся деструкцией экзокринной паренхимы, фиброзом и облигатной деструкцией эндокринного аппарата поджелудочной железы на поздних стадиях заболевания [7,5].
- Хронический воспалительный процесс, ведущий к деструкции экзокринной ткани, фиброзу и у некоторых пациентов к редуцированию эндокринной ткани поджелудочной железы ([10,12,15].
- Повторяющиеся атаки панкреатита, обычно алкогольного генеза, ведущие к прогрессирующему анатомическому и функциональному повреждению поджелудочной железы, которая никогда полностью не восстанавливается [4,8,9].

В последние годы ХП становится одним из наиболее распространенных заболеваний органов брюшной полости [2,6].

Такое множество существует и классификаций ХП. Наиболее часто используемой является систематизация в рамках МКБ 10:

- Хронический панкреатит алкогольной этиологии Шифр К 86.0
  - Другие хронические панкреатиты неуточненной этиологии, (инфекционный, рецидивирующий) Шифр К 86.1
- Классификация ХП II Международный симпозиум в Марселе (1983 г.)

- Хронический панкреатит с фокальным некрозом, сегментарным некрозом, сегментарным или диффузным фиброзом, с наличием (или без): а) кальцинатов;
- б) расширения и деформации протоков железы;
- в) воспалительной инфильтрации, формирования кист.
- 2. Хронический обструктивный панкреатит, для которого характерны расширение и (или) деформация протоков, атрофия паренхимы, диффузный фиброз проксимальнее места окклюзии протоков.
- В.Т. Ивашкин, А.И. Хазанов и др. (1990 г.)
- По морфологическим признакам;
- Интерстициально-отечный;
- Паренхиматозный;
- Фиброзно-склеротический (псевдотуморозный);
- Гиперпластический (псевдотуморозный);
- Кистозный.

Сложность классификации, во-первых, в том, что часто в них учитывается морфология, однако в связи с анатомическим забрюшинным расположением данный орган практически недоступен чрезкожной биопсии или данное мероприятие черевато известными осложнениями, таким образом, до операционная постановка диагноза по таким классификациям может вызывать затруднения. Кроме того, зачем выполнять дорогостоящее и сложное обследование, если это не изменит дальнейшую тактику лечения больного. Отрицая перечисленные трудности, на помощь приходит УЗ диагностика, которая решает большинство проблем. Однако указанные методы ни в коей мере не могут прояснить, насколько пострадала функция, главным образом эндокринная, методы диагностики экзокринной достаточно разработаны (определение уровней амилазы, липазы трипсина, эластазы и других ферментов) [11,14,17].

Хронический панкреатит на фоне ожирения не редкость, насколько страдает в данном случае

эндокринная функция, ситуация может возникнуть как на фоне недостаточности инсулина так и избытка, то есть инсулинрезистентности, и формирование метаболического синдрома. Полиморбидность - черта большинства патологии нашего времени. Только комплексная оценка поможет более полно представить патогенез как ХП, так и МС и будет способствовать лучшей и более полной коррекции этих заболеваний.

Проблемы панкреатологии детского возраста относят к наиболее сложному разделу клинической гастроэнтерологии. Как свидетельствуют работы ведущих гастроэнтерологов, распространённость панкреатита в последние десятилетия отчётливо растёт как у взрослых, так и у детей. Проблема панкреатита в клинике детских болезней остаётся актуальной в связи с высокой распространённостью этого заболевания, тяжестью течения и возможными осложнениями. Заболеваемость ХП составляет 4-8 случаев на 100 тысяч населения в год, а первичная инвалидизация таких пациентов достигает 15% [16,7,21]. Многоцентровое исследование, проведенное в шести странах (Италия, Германия, США, Швеция, Дания, Швейцария), выявило высокую летальность больных [17,12]. Панкреатит у детей в настоящее время бесспорно увеличивается. По-видимому, панкреатит взрослых нередко формируется на основе своевременно не распознанной патологии поджелудочной железы, возникшей в детском возрасте. Выявление панкреатита у детей нередко бывает затруднительно, Панкреатитом болеют дети любого возраста, хронические его формы диагностируются чаще у старших школьников. Заболевают одинаково часто мальчики и девочки [4, 20, 25].

Пораженная при П внешнесекреторная часть поджелудочной железы неизменно вовлекает в патологический процесс и внутрисекреторный отдел, в результате чего возникает инсулинорезистентность (ИР) и сахарный диабет, которые являются неизменными спутниками метаболического синдрома (МС). Считается, что именно инсулинорезистентность лежит в основе развития метаболического синдрома [6,2,18,26].

Распространение МС в популяции достаточно велико и продолжает увеличиваться (Despres J., Marette A., 1994. Входящие в него заболевания в настоящее время являются лидерами среди причин смертности и инвалидности трудоспособного населения во всех странах [24].

Среди адипокинов - гормонов жировой ткани одно из ведущих мест отводится резистину, который потенциально имеет приоритетное значение в формировании процессов инсулинорезистентности. Кроме того, предполагается, что именно резистиновый механизм служит связующим патогенетическим звеном для всех компо-

нентов МС, однако полностью функция данного пептида не уточнена. В связи с этим представляется актуальным исследование уровня резистина при П, протекающем в сочетании с МС.

В клинических и экспериментальных исследованиях обнаружено, что реализация многих сосудистых нарушений при МС также опосредована нарушением соотношения ряда биологически активных субстратов (в том числе и резистина), регулирующих баланс между орексигенными и анорексигенными эффектами [16,19]. К наиболее важным клиническим проблемам следует отнести отсутствие клинической характеристики сопутствующего реактивного процесса при различных инфекционных заболеваниях у детей и слабая ориентация врачей о возможной патологии поджелудочной железы в детском возрасте. Не учитываются анамнестические данные, при внутриутробной патологии, обусловленной различными видами инфекций, которые могут привести к морфологическим и функциональным нарушениям. Распознавание и лечение заболеваний поджелудочной железы у детей - наиболее сложный раздел клинической гастроэнтерологии. Как свидетельствуют работы ведущих специалистов, распространённость панкреатита в последние десятилетия имеет отчетливую тенденцию к росту как у взрослых, так и у детей. Разнообразие и особенности клинических проявлений заболеваний поджелудочной железы у детей в различные возрастные периоды дают повод к многочисленным диагностическим и тактическим ошибкам. У больных раннего возраста относительно чаще диагностируются пороки развития поджелудочной железы, у более старших - острые и хронические панкреатиты, обусловленные различными причинами [9,20,27].

Несмотря на значительные достижения в изучении патогенеза, как П, так и МС, а также инсулинорезистентности, в развитии данной сочетанной патологии остается много белых пятен: не уточнено патогенетическое значение адипокинов и гомоцистеина, остается недостаточно изученным течение П, ассоциированного с метаболическим синдромом. Выяснение данных вопросов представляется важным для своевременной постановки диагноза и проведения патогенетически обоснованного лечения.

Хронический панкреатит у детей, как и у взрослых, имеет полиэтиологическую природу и служит основной формой патологии поджелудочной железы. У детей ведущей этиологической причиной считают болезни двенадцатиперстной кишки (41,8%), желчевыводящих путей (41,3%), реже - патологию кишечника, anomalies развития поджелудочной железы, травмы живота. Сопутствующие факторы: бактериально-вирусные инфекции (гепатит, энтеровирусная, цитомегалови-

русная, герпетическая, микоплазменная инфекции, инфекционный мононуклеоз, эпидемический паротит, сальмонеллёз, сепсис и др.) и гельминтозы (описторхоз, стронгилоидоз, лямблиоз и др.). У детей выделяют три вида данного заболевания – это острый, хронический и реактивный панкреатит. Первые два возникают, во-первых, в результате неполноценного и нерегулярного питания, во-вторых, из-за различных отклонений в органах брюшной полости, в-третьих, вследствие полученных травм, в-четвертых, хронический панкреатит может быть наследственным. Третий же вид является своеобразной реакцией поджелудочной железы на какое бы то ни было воспаление в организме [23].

Клиническая картина хронического панкреатита у детей вариабельна и зависит от давности заболевания, формы и стадии развития болезни, степени расстройства внешне- и внутрисекреторной функций железы, наличия сопутствующей патологии других органов. Несмотря на многообразие клинических симптомов панкреатита, ведущим синдромом считают болевой [2, 22].

При остром панкреатите у детей в верхней части живота возникает боль, также могут присутствовать тошнота, рвота, отсутствие аппетита и расстройства стула. Все эти симптомы возникают в результате частичного разрушения поджелудочной железы. При хроническом панкреатите довольно часто симптоматика отсутствует, за исключением довольно редких периодов обострения, когда могут проявляться все вышеперечисленные признаки. При появлении данных признаков у ребенка родителям следует немедленно отнести его к врачу для установления истинных причин недомогания и назначения своевременно лечения.

Для того чтобы поставить или, наоборот, исключить данный диагноз, детям назначается биохимический анализ крови, в результате которого в крови обнаруживается повышенная активность ферментов поджелудочной железы. Кроме того, органы брюшной полости заболевшего ребенка подвергаются ультразвуковому исследованию. Увеличение размеров поджелудочной железы позволит обнаружить ее отек (при остром панкреатите) или соединительную ткань, которая постепенно заменяет ткань поджелудочной железы (при хроническом панкреатите). Также во втором случае назначается анализ кала, который выявит белковые волокна, непереваренный крахмал и большое количество жира [21,22].

Лечение панкреатита у детей проводят следующим образом: прежде всего, заболевшего ребенка госпитализируют. В большинстве случаев удается избежать хирургического вмешательства, а применяют лишь консервативные методы лечения. Так, медикаментозное лечение направлено,

прежде всего, на снятие боли, устранение расстройств кишечника и проч. Применяются препараты, содержащие ферменты поджелудочной железы, способствующие оттоку сока поджелудочной железы, а также гормональные препараты и холинолитики. В обязательном порядке назначается специальная диета, соответствующая степени тяжести заболевания и возрасту ребенка, направленная на устранение всяческих причин, способствующих возникновению данного заболевания. В рационе ребенка должны присутствовать протертые овощи, за исключением бобовых, капусты и редиса, каши, отварное мясо курицы или кролика, обезжиренный творог и омлеты. Пищу следует принимать маленькими порциями не реже, чем шесть раз в день. Лечебное питание при хроническом панкреатите основано на механическом, термическом и химическом щажении поджелудочной железы, подавлении гиперферментемии, уменьшении застоя в протоках и двенадцатиперстной кишке, уменьшении рефлекторной возбудимости жёлчного пузыря.

Первичная профилактика направлена на предотвращение панкреатита у детей из группы высокого риска (часто болеющие дети, дети из социально неблагополучных семей с несоблюдением принципов рационального питания; пациенты, перенёсшие инфекционные заболевания; больные с гастроэнтерологической патологией и др.). Вторичная профилактика заключается в своевременном противорецидивном и восстановительном лечении.

#### Литература:

1. Акбаров З. С. и др. Метаболический синдром как ранний этап развития сахарного диабета // Проблемы биологии и медицины. – 2005. – Т. 2. – С. 30-33.
2. Акбаров З. С. и др. Анализ основных показателей Регистра сахарного диабета по Республике Узбекистан // Проблемы биологии и медицины. – 2010. – №. 1. – С. 60.
3. Аруин Л.И., Григорьев П.Я., Исаков В.А. Хронический гастрит - Амстердам, 1993.-С. 362.
4. Баранская Е.К. Язвенная болезнь и инфекция *Helicobacter pylori* // Русск. мед. журн- 2000 - №1-С. 8-14.
5. Билич И.Л., Васенин Б.Д., Лукоянова Э.Р. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта: проблема, требующая синтеза. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология: тез. статей, поданных к 3-му внеочередному съезду науч. общества гастроэнтерологов России.- 2002 - №1.-С. 117.
6. Богер М.М. Панкреатиты (физиологический и патофизиологический) аспекты.-Новосибирск. Наука. - 1984 - С. 218.

7. Богер М.М. Язвенная болезнь. Современные аспекты этиологии, патогенеза, саногенеза - Новосибирск. Наука. - 1986.- С. 258.
8. Большая медицинская энциклопедия: В 30-ти т. / Гл. ред. академик Б.В. Петровский. - 3-е изд. - М. Советская энциклопедия. -Т. 28 - 1986. - С. 544.
9. Бутрова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению. // Рус. мед. журн. - 2001. - Т.9, №2. С - 124-127.
10. Губергриц Н.Б., Христич Т.Н. Клиническая панкреатология.- Донецк: ООО «Лебедь», 2000.- С.416.
11. Дзюба К.В., Ардашев В.Н., Миронычев Г.Н. и соавт. Объективные трудности диагностики обострения хронического панкреатита // Рос. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2002 - Т. 12, №5, прил. 17 - С. 71.
12. Диденко В.А. Метаболический синдром X: история вопроса и этиопатогенез. //Лаб. мед. 1999.- Т.2, №3-С.8
13. Егорова Е.Г., Звенигородская Л.А., Лазебник Л.Б. Метаболический синдром с позиции гастроэнтеролога // РМЖ. - 2005. - Том 13, № 26. - С. 1706-1712.
14. Чазова И.Е., Мычка В.Б., Метаболический синдром. //Consilium medicum. 2002 - Т 04, N11. - С. 587-592.
15. Ивашкин В.Т., Минасян Г.А. Лечение хронического панкреатита // Рос. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 1996. - Т.6, №4. - С. 1017.
16. Ивашкин В.Т., Хазанов А.И., Пискунов Г.Г. и др. О классификации хронического панкреатита // Клин. медицина. - 1990 - №10. - С. 96-99.
17. Кокуева О.В. Лечение хронического панкреатита. //Клин. мед. - 1999. -№8.-С. 41-46.
18. Максудова д. Ю. Анализ качественного и количественного прогрессирования деменции при сахарного диабета 2 типа //Биология ва тиббиёт муаммолари.- Problems of biology and medicine. - проблемы биологии и медицины. - с. 48.
19. Рахимджанова М. Т. и др. Изучение исходов беременности у больных сахарным диабетом 1 типа в зависимости от различных факторов //Проблемы биологии и медицины. – 2004. – №. 2. – С. 37-39.
20. Римарчук Г.В. Особенности современной диагностики и терапии хронического панкреатита // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол- 1995 - Т.5, №3, прил. 1.-С. 200.
21. Римарчук Г.В. Распознавание хронического панкреатита у детей // Рос. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол - 1998 - Т.8, №1- С. 90-95.
22. Хусанов Х. Ш., Бадалова С. И. Метаболический синдром у детей и подростков //Проблемы биологии и медицины. – 2012. – Т. 1. – С. 148.
23. Loucks E.B., Magnusson K.T., Cook S., Rehkopf D.H., Ford E.S., Berkman L.F. Socioeconomic position and the metabolic syndrome in early, middle, and late life: evidence from NHANES 1999-2002. //Ann. Epidemiol. - 2007.-Vol. 17, №10. - P.782-90.
24. Лазебник Л.Б., Васильев Ю.Б., Григорьев П.Я., Гриневич В.Б. Терапия кислотозависимых заболеваний. Проект (первое московское соглашение, 5 февраля 2003 г.) // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология - 2003. - № 4- С. 1-15.
25. Лохр Д.М. Медикаментозные и эндоскопические методы лечения хронического панкреатита // Креон: Саттелит. симпоз. "Экзокринная недостаточность поджелудочной железы. Оптимальный путь коррекции". - М.- 1998. - С. 3-6.
26. Мараховский Ю.Х. Хронический панкреатит. Новые данные об этиологии, патогенезе. Современная классификация. Успехи в диагностике и лечении //Рус. мед. журн. (Школа гастроэнтерологов, гепатологов. Специальный выпуск).- 1996 - Т.4, №3.- С. 151-161.
27. Weyer C., Funahashi T., Tanalca S. et al. Hypoadiponectinemia in obesity and type 2 diabetes: close association with insulin resistance and hyperinsulinemia. //J. Clin. Endocrinol. Metab. - 2001. - №86.