

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МУКОВИСЦИДОЗА, ОСЛОЖНИВШИЙСЯ ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА (ВЗГЛЯД ПАЦИЕНТА)

Г.Н. Московцев, Т.Е. Гембицкая*, Л.С. Орешко**, Н.Г. Московцев. Санкт-Петербург, Россия. * ГБОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова, ** Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова

Цель работы – анализ клинического случая муковисцидоза, осложнившийся обострением хронического панкреатита. Особенностью работы является активное участие пациента в процессе проведения терапии и его приверженность лечению.

Материалы и методы.

Приводим анализ наблюдений пациента с муковисцидозом, осложнившимся обострением хронического панкреатита. Лечение пациента проводилось в течение 8-и месяцев, из них в течение месяца лечение было стационарным, а далее – в домашних условиях с регулярным контролем ряда лабораторных параметров.

Результаты и обсуждение.

В описываемом клиническом случае у пациента с муковисцидозом манифестация первого приступа острого панкреатита возникла в 2009г. С 2009г. по 2014г замечаний к работе желудочно-кишечного тракта не было. Однако, в апреле 2014г. появились характерные боли с локализацией в эпигастрии и иррадиацией в подреберные области, сопровождающиеся изолированным повышением уровня липазы в периферической крови, уровень амилазы оставался в пределах референтных значений. В связи с этим был проведен курс лечения с целью профилактики обострения хронического панкреатита. Несмотря на проводимую терапию в сентябре 2014г. боли возобновились, кроме того уровень амилазы в периферической крови достигал 1200ед/л и в моче – 18800ед/л, что значительно превышало референтные значения. Проводилось комплексное лечение в условиях стационара: подкожные инъекции октреатида, внутривенное введение глюкозо-калий-магниевого смеси, платифиллина, но-шпы, кваматела и пероральный прием бускопана, париета, дюспаталина. Положительная динамика отмечена в течение недели, что отражалось постепенным снижением уровня амилазы (72ед/л). Одновременно в периферической крови наблюдалось повышение показателей АЛТ и АСТ (до 80 и 65ед/л соответственно).

Несмотря на проводимую терапию уровень амилазы варьировал, поднимаясь до 700ед/л и длительное время оставался превышающим нормальное значение. На период обострения соблюдалась диета №5 с калорийностью 800-1000ккал/сут.

После выписки продолжены прием пероральных препаратов и соблюдение строгой диеты с постепенным обогащением продуктов. Показатели амилазы постепенно, в течение 3-х месяцев, снижались до 200ед/л. Вес снижался до 50кг (ИМТ - с 21 до 16,5), что было недопустимым для функционирования бронхолегочного аппарата. Пациент, активно занимался кинезитерапией во время обострения панкреатита, и изменения дыхательных показателей не отмечалось.

Постепенное расширение диеты и повышение ее калорийности до 2000, четкое междисциплинарное координирование специалистов позволило не только стабилизировать вес на уровне 52кг, но и избежать обострения основного заболевания.

Выводы. Сложность проведения терапии при обострении панкреатита заключается в том, что, что требуемая диета при панкреатите исключает употребления жиров, высокую калорийность питания, что прямо противоположно диете, рекомендуемой при муковисцидозе (повышение калорийности до 150% от нормы).

Приведенный случай обострения панкреатита доказывает возможность восстановления функции поджелудочной железы и нутритивного статуса без обострения воспалительного процесса в легких. Требуется активное участие пациента и междисциплинарный подход к лечению и курации.