



ФГБОУ «Северо-Западный государственный медицинский университет им.  
И.И. Мечникова»

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и  
диетологии им. С.М. Рысса

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

Кафедра госпитальной хирургии с клиникой №1



**Острый панкреатит как междисциплинарная проблема.  
Клинический случай**

*Авторы : Ординатор 2 года обучения по специальности гастроэнтерология Митилова  
Алина Борисовна*

*Ординатор 2 года обучения по специальности хирургия ПСПбГМУ им. И.П. Павлова –  
Хапсаева Мадина Эльбрусевна*

*Куратор - к.м.н. , доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии  
и диетологии им. С.М. Рысса Белоусова Лия Николаевна*

Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием

“Осенняя школа кислотозависимых заболеваний”

Санкт-Петербург 2023

18.09.2023, 13:55 – экстренная госпитализация в отделение СМП ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им.  
И.П.Павлова МЗ РФ

### Жалобы :

- Интенсивная боль в верхних отделах живота опоясывающего характера, усиливающаяся на вдохе и при смене положения тела
- Тошнота , рвота > 10 раз с примесью желчи, не приносящая облегчения
- Сухость во рту, отрыжка горечью

### Объективно:

- Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области
- рост -174 , вес - 85, ИМТ – 28,1
- Кожный покров бледный
- ЧСС 57 в минуту, АД 150/90
- ЧДД 18, SpO2 98 %
- t тела 36,7

### Anamnesis morbi

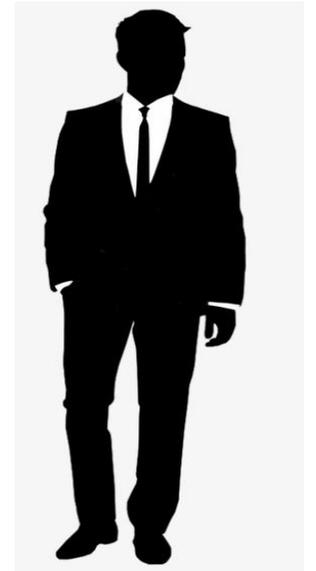
Появление  
вышеперечисленных  
жалоб утром , после  
завтрака

Самостоятельный  
прием НПВС – без  
эффекта

Вызов бригады СМП

**Anamnesis vitae:** Злоупотребление алкоголем отрицает.

За 2 дня до дебюта заболевания употребление крепкого алкоголя в объеме 5 ЕД



Пациент К. 36 лет

## Пациент К. 36 лет

### ОАК: $10^9$ /л

эритроциты –  $5,6 \times 10^{12}$ /л,

Hb 172 г/л,

лейкоциты –  $16.41 \times 10^9$ /л,

нейтрофилы абс.  $13.64 \times 10^9$ /л,

отн. 83.1%

лимфоциты абс  $1,4 \times 10^9$ /л,

отн. 8,7%

### Б/х. анализ крови:

а-Амилаза -1090 Е/л,

глюкоза - 19.08 ммоль/л,

К, Na - в пределах референсных значений

СРБ 229 мг/мл

Прокальцитонин 1.250 мкг/л

### УЗИ ОБП и почек:

Гепатомегалия. Диффузные изменения ткани печени и поджелудочной железы. Размеры головки поджелудочной железы в пределах верхней границы нормы (3,0 см), тело 2,2 см

### ЭГДС: Недостаточность кардии.

Поверхностный пангастрит. Косвенные признаки патологии панкреатодуоденальной зоны

**КТ ОБП** : Поджелудочная железа несколько увеличена в размерах ( 2,7 x 2,6 x 2,2 см), контуры ее нечеткие, сглажены, преимущественно в области головки.

Парапанкреатическая жировая клетчатка диффузно инфильтрирована во всех отделах; инфильтрация распространяется в ворота печени, по ходу ДПК, на корень брыжейки тонкой кишки, в оба параренальных пространства. Отмечается наличие неотграниченных жидкостных скоплений, преимущественно вокруг селезенки, вдоль фасции Герота с обеих сторон

### Скрининг алкогольной интоксикации:

Опросник CAGE – 1 балл ( нет оснований для конкретных выводов )

Опросник AUDIT – 2 балла ( низкий уровень риска)

**Терапия:** Октреотид 1,0 п/к – 3 раза в день,  
Омепразол 40 мг в/в 2 раза в день, Гордокс 5000 МЕ 1 раз в день в/в,  
Одансетрон 4 мг x 2 раза в день  
Спазмолитическая терапия , Инсулиноterapia  
Антибактериальная терапия

	19.09	21.09	22.09	24.09	25.09	27.09	02.10
лейкоциты	12.85	10,60	8,06	12.29	20,39	17.57	11,85
а-амилаза	611	166	92	81	55	54	59
глюкоза	12,06	10,90	10,53	15,32	16.20	13.07	14,42
СРБ		299	244	257			
прокальцитонин		2,880	1,250				

Антибактериальная  
терапия  
Цефепим+сульбактам 1.0 х  
3 р/д

Смена антибактериальной  
терапии: Меропенем 1,0 х  
3 р/д

**КТ ОБП от 26.09.2023** :КТ-картина деструктивного панкреатита и парапанкреатита с формированием жидкостных скоплений в верхнем этаже брюшной полости, отрицательная динамика в сравнении с данными предыдущего КТ-исследования от 18.09.2023. Для уточнения характера изменений перешейка поджелудочной железы и исключения секвестрации паренхимы железы рекомендовано проведение КТ-перфузии

**КТ ОБП с перфузионным исследованием от 27.09.2023** :При спиральной компьютерной томографии органов брюшной полости с последующим проведением перфузионного исследования в теле поджелудочной железы определяется аваскулярный участок некроза размерами 5,2 х 5,9 см. Хвост поджелудочной железы демонстрирует выраженное снижение кровотока (секвестрация железы). Кровоток в головке поджелудочной железы сохранен и снижен

Пациент К. 36 лет

## Консультация врача-терапевта

**Диагноз:** Артериальная гипертензия высокой степени риска ( Эссенциальная ? Вторичная ?)

**Рекомендации:** Контроль АД 2 раза в день с ведением дневника.

- Лозартан 25 мг. 1 т. утром
- Индапамид 2,5 мг. 1 т. Утром
- УЗДГ сосудов почек, УЗИ почек
- ЭХО-КГ
- ТТГ, Т3, Т4, УЗИ ЩЖ, надпочечников, консультация эндокринолога
- УЗДГ сосудов шеи, МРТ ШОП

**КТ ОБП и почек от 31.10.2023:** КТ-картина острого деструктивного панкреатита, парапанкреатита ( На уровне тела и частично хвоста визуализируется жидкостное скопление с тенденцией к отграничению до 53x40x35 мм на уровне тела , на уровне хвоста до 38x24x32, также вокруг тела и хвоста поджелудочной железы слой жидкости толщиной до 10мм.)

Пациент К. 36 лет

## Консультация - эндокринолога

**Диагноз:** Панкреатогенный сахарный диабет?  
Сахарный диабет 1 типа (LADA)? Сахарный диабет 2 типа? Целевой уровень HbA1c < 7,0 %

**Рекомендации:**

- Диета с ограничением легкоусвояемых углеводов и равномерным распределением промежуточных углеводов.
- Контроль гликемии не менее 4 р/ сут.
- Исследование С-пептида совместно с глюкозой венозной натощак для оценки эндогенной функции ПЖ
- Инициация базис- болюсной инсулинотерапии (Инсулин гларгин 300 ЕД/мл – 5 ЕД в 22:00 в ПЖК плеча, инсулин лизпро по схеме: гликемия 10-12 ммоль - 1ЕД, 12-14 – 2ЕД, 14-16 -3 ЕД, > 16 -4 ЕД)
- Определение аутоантител к инсулину ( IAA) , глютаматдекарбоксилазе (GAD) , тирозинфосфатазе, поверхностным антигенам ( ICA), транспортеру цинка ( ZnT-8)
- Контроль антител к ТПО, тиреопероксидазе, кальцитонина
- Исследование уровня АКТГ, кортизола в крови, кортизола суточной мочи
- Исследование альдостерона, ренина.

### Рекомендации:

- Модификация образа жизни (Полный отказ от алкоголя , курения)
- Соблюдение диеты ( Дробный прием пищи, с высоким содержанием белков , ограничением легкоусвояемых углеводов и равномерным распределением промежуточных углеводов)
- Контроль клинического, биохимического анализов крови ( а-Амилаза, липаза, глюкоза, холестерин, триглицериды, билирубин + фракции , ГГТ, ЩФ, общий белок, альбумин, креатинин , мочевины)
- КТ ОБП в динамике ( через 1 месяц) с последующей консультацией хирурга для решения вопроса о хирургическом лечении
- Определение активности панкреатической эластазы -1 в кале.
- Полиферментные препараты 40000 МЕ x 3 раза в день в основные приемы пищи , 20000 МЕ на перекусы - 2 мес
- Рабепразол 20 мг x 1 р/д за 30 мин. до завтрака – 1,5 мес
- Мебеверин 200 мг x 2 р/д за 30 мин до еды - 2 мес.
- Наблюдение терапевта , эндокринолога, гастроэнтеролога по м/ж
- Лозартан 25 мг. 1 т. Утром , Индапамид 2,5 мг. 1 т. Утром
- Инсулинотерапия - Ингулин гларгин 300 ЕД/мл – 5 ЕД в 22:00 в ПЖК плеча, инсулин лизпро по схеме: гликемия 10-12 ммоль 1ЕД, 12-14 – 2ЕД, 14-16 -3 ЕД, > 16 -4 ЕД)

**Диагноз основной:** Острый деструктивный панкреатит средней степени тяжести

**Осложнение:** Парапанкреатический инфильтрат. Кисты ПЖ. Панкреатогенный сахарный диабет, Целевой уровень HbA1c < 7,0 %.

**Сопутствующий диагноз:** ГБ 2 ст, контролируемая, Риск ССО 3. Многоузловой зоб. Эутиреоз