

Поражение поджелудочной железы при системной красной волчанке

Авторы: Игенбекова А.Т., Жиренбаева А.М., Проскурякова А.С., Ауканова А.О., резиденты
Научные руководители: профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней Ларюшина Е.М, профессор Алина А.Р

Цель: изучение особенностей течения острого панкреатита при системной красной волчанке на примере клинического случая.

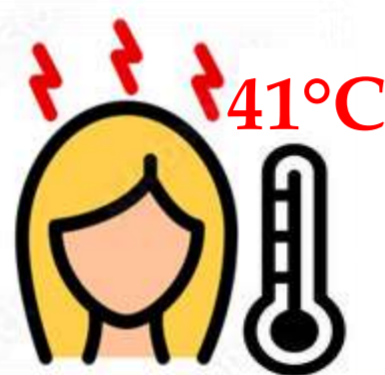
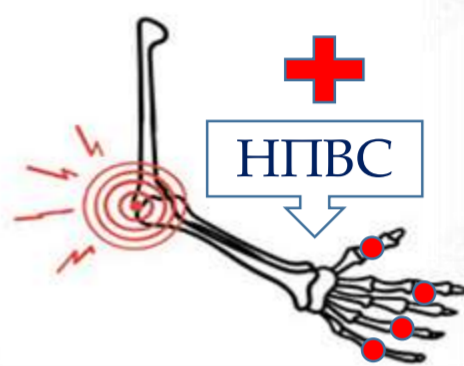
Актуальность:

- Заболеваемость СКВ в мире от 4 до 250 случаев на 100.000 населения.
- Распространенность СКВ в Казахстане 24,7 на 100.000 населения за 2008-2019гг.
- Желудочно-кишечные симптомы (рецидивирующий стоматит, хейлит, перитонит, васкулит мезентериальных артерий) у пациентов с СКВ наблюдается в 19,2–50%, патология печени (асцит, гепатит, цирроз) встречается у 10-31%, поджелудочной железы составляет 0,7–8,2%, тогда как панкреатит диагностируется в 0,4-1,1% случаях.
- Своевременная иммуносупрессивная терапия приводит к улучшению прогноза у большинства больных СКВ с ОП.

2020 г. Май 2022 г. Август 2022 г. Декабрь 2022 г. Январь 2023 г.

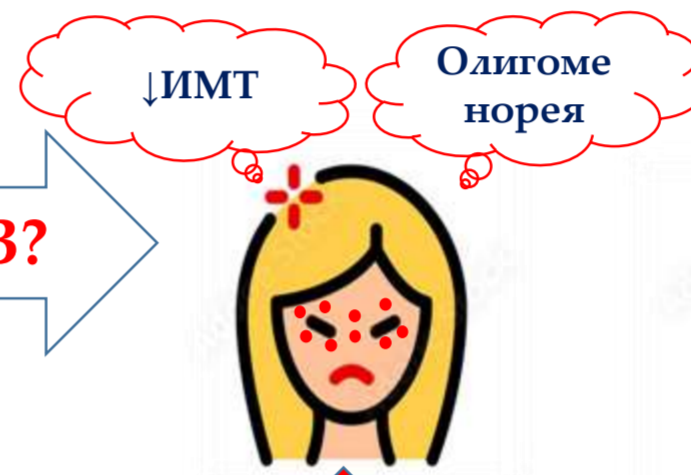
Пациент А.

25 лет ♀



- АНА скрин: 32 (норма <1,0)
- Антитела к двуспиральной ДНК: 175 (норма <25,0)
- Гемоглобин 85 г/л
- СОЭ до 70 мм/ч
- СРБ до 21 мг/л
- РФ до 60,1 Ед/мл (норма <30,0)

СКВ?



Выраженная астенизация

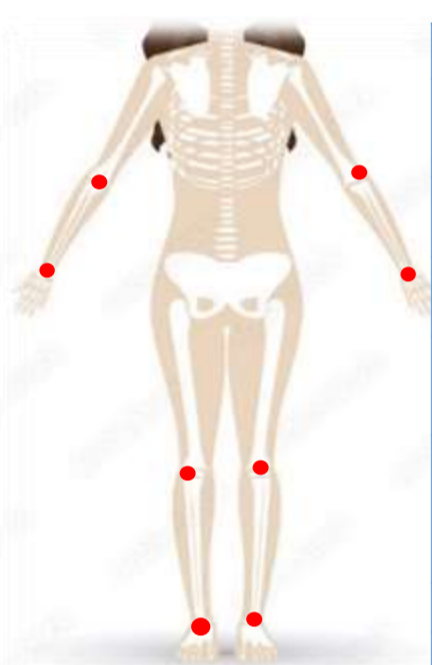


Острый панкреатит

Экстренная госпитализация по м/ж

- Нв 88г/л, СОЭ 30 мм/ч, PLT 150*10⁹/л
- АСТ 10 ВГН, СРБ до 59 г/л
- Амилаза крови - 60.0 МЕ/л
- Диастаза мочи - 128 мг/с*л

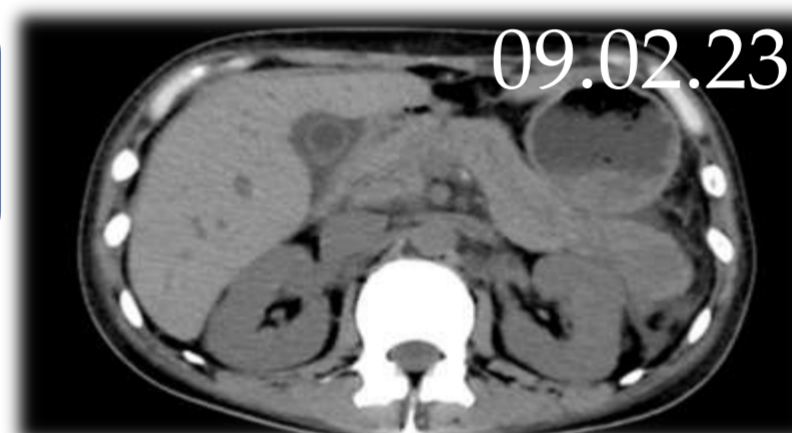
Отделение ревматологии ОКБ



До ПТ	06.02
Гемоглобин (г/л)	83
СОЭ (мм/час)	30
Тромбоциты	94
Амилаза мочи	98
Амилаза панкреатическая	128
АЛаТ	570
АСаТ	288,1

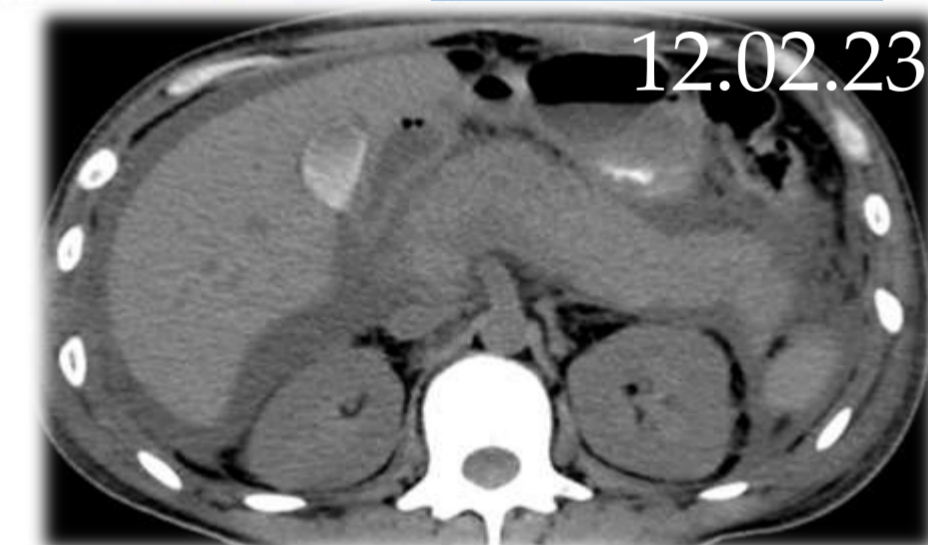
Пульс-терапия
Метипред 500 мг №3
Циклофосфамид 500 мг №1

Рецидив
абдоминально-
болевого синдрома



Pancreas: 2,7×2,0×1,9см, перфузия не снижена. Парапанкреатическая жидкость.

После ПТ	12.02
Гемоглобин (г/л)	119
СОЭ (мм/час)	30
Тромбоциты	85
Амилаза мочи	910
Амилаза панкреатическая	900,2
АЛаТ	230
АСаТ	288,1
СРБ	170,4



Pancreas: 3,7×2,4×2,3см. Участки панкреонекроза в хвосте поджелудочной железы Оментобурсит.

Лапароскопия: Произведено вскрытие сальниковой сумки, получен выпот в объеме 300,0 мл с геморрагическим компонентом, при ревизии поджелудочная железа темно - багрового цвета, с участками геморрагических включений. ситуация расценена как тотальный геморрагический панкреонекроз

Старт ГИБТ:
Ритуксимаб
500 мг/нед

После ГИБТ	14.02
Гемоглобин (г/л)	104
СОЭ (мм/час)	41
Тромбоциты	91
Амилаза мочи	152
Амилаза панкреатическая	77.1
АЛаТ	115
АСаТ	125
СРБ	159

Обсуждение:

Диагноз острый панкреатит выставлен на основании абдоминально-болевого синдрома, гиперамилаземии (900,2 Ед/л), амилазурии (910 мг/с*л), данных КТ исследования (панкреонекроз) характерных для острого панкреатита. Развитие острого геморрагического панкреатита у данной пациентки вероятно связано как с высокой активностью СКВ, так и с развитием токсического воздействия циклофосфамида, тем не менее при назначении иммуносупрессивной терапии Ритуксимабом отмечается положительная динамика с регрессом клинической и лабораторной картины. В базе данных Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) обнаружено около 525 различных препаратов, предположительно вызывающих острый панкреатит. Острый панкреатит на фоне применения циклофосфамида является редким явлением, однако описываются не однократные случаи возникновения острого панкреатита на фоне приема циклофосфамида у пациентов с системной красной волчанкой.

Выводы:

- Ранняя верификация СКВ и своевременное назначение иммуносупрессивной терапии является залогом предотвращения развития тяжелых поражений внутренних органов, включая поджелудочную железу.
- В данном случае развитие молниеносного течения панкреонекроза с геморрагическим компонентом, является особенностью ОП при СКВ.
- Своевременно начатое интенсифицированная иммунодепрессивная терапия Ритуксимабом позволило достичь регресса клиничко-лабораторных проявлений СКВ и ОП.