ОБРАЗЕЦ СТАТЬИ «КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ» (CASE REPORT) ПО МЕЖДУНАРОДНОМУ ПРОТОКОЛУ CARE (13 ПУНКТОВ)

УДК 616.37-002.1-02:616.153.915-085 DOI: 10.26442/00403660.2026.04.202618

Рубрика журнала: Клинические наблюдения / Заметки из практики (Case Report)

Научная специальность ВАК: 3.1.18. Внутренние болезни (медицинские науки)

ОСТРЫЙ ИНДУЦИРОВАННЫЙ ПАНКРЕАТИТ НА ФОНЕ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ У ПАЦИЕНТА С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ (П. 1 CARE)

Лаврентьев Игорь Борисович — к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии, РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия; ORCID: 0000-0003-1184-6290; e-mail: i.lavrentyev@rsmu.ru

Аннотация (п. 3 CARE — Abstract). *Обоснование.* Гипертриглицеридемический панкреатит составляет до 9% всех острых панкреатитов и сопряжен с высокой летальностью при концентрации триглицеридов сыворотки свыше 22,6 ммоль/л. *Описание клинического случая.* Пациент М., 52 года, госпитализирован в экстренном порядке с опоясывающей болью в эпигастрии, неукротимой рвотой и гликемией 19,4 ммоль/л. Выявлена хилезная («молочная») сыворотка: триглицериды — 34,8 ммоль/л, липаза — 1 290 Ед/л, амилаза — 840 Ед/л. По данным КТ брюшной полости с болюсным контрастированием диагностирован острый интерстициальный панкреатит (индекс Balthazar C). Проведена комбинированная терапия в ОРИТ: непрерывная в/в инфузия инсулина короткого действия (0,1 Ед/кг/ч) под прикрытием 5% декстрозы и 2 сеанса мембранного плазмафереза. Через 48 ч уровень триглицеридов снизился на 86,8% (до 4,6 ммоль/л), болевой синдром купирован. Выписан на 11-е сутки с назначением фенофибрата 145 мг/сут. *Заключение.* Раннее сочетание инсулинотерапии и плазмафереза в первые 24 ч предотвращает трансформацию отечного панкреатита в панкреонекроз.

Ключевые слова (п. 2 CARE — Keywords): острый панкреатит, гипертриглицеридемия, сахарный диабет 2-го типа, мембранный плазмаферез, инсулинотерапия, клинический случай.

1. Введение (п. 4 CARE) и информация о пациенте (п. 5–6 CARE)

Вторичная тяжелая гипертриглицеридемия на фоне декомпенсации углеводного обмена приводит к массивному гидролизу триглицеридов панкреатической липазой с высвобождением цитотоксических свободных жирных кислот, вызывающих ишемию микроциркуляторного русла ацинусов [1; 2]. *Пациент:* мужчина, 52 года, инженер (данные деперсонализированы согласно ст. 13 ФЗ № 323-ФЗ), доставлен бригадой СМП

через 8 часов после возникновения интенсивной опоясывающей боли в верхних отделах живота (8 баллов по ВАШ). В анамнезе: СД 2-го типа в течение 7 лет (нерегулярный прием метформина 2000 мг/сут, HbA1c — 10,2%), ожирение I ст. (ИМТ — 33,4 кг/м²). Объективно при поступлении: состояние тяжелое, эруптивные ксантомы на разгибательных поверхностях предплечий, ЧСС — 108 уд/мин, АД — 145/90 мм рт. ст., положительный симптом Мейо–Робсона.

2. Хронологическая шкала (п. 7 CARE — Timeline), диагностика (п. 8) и лечение (п. 9–10)

Динамика ключевых клинико-лабораторных маркеров и терапевтических вмешательств по суткам наблюдения (Timeline) представлена в таблице 1.

Этап наблюдения (Timeline)	**Триглицериды (N < 1,7 ммоль/л)**	**Липаза / Амилаза крови, Ед/л**	**Гликемия / СРБ (ммоль/л / мг/л)**	**Клиническая картина и лечебные вмешательства (по МНН)**
День 1 (0–6 ч, ОРИТ)	34,8	1 290 / 840	19,4 / 142,0	Боль 8 баллов по ВАШ, хилез сыворотки. КТ: Balthazar C. Старт в/в инфузии инсулина растворимого (0,1 Ед/кг/ч) + 1-й сеанс плазмафереза (эксфузия 1 200 мл)
День 2 (24 ч)	11,2	610 / 415	9,8 / 118,4	Уменьшение боли до 4 баллов по ВАШ. Проведен 2-й сеанс мембранного плазмафереза, инфузия сбалансированных кристаллоидов 30 мл/кг/сут
День 3 (48 ч)	4,6	245 / 178	7,6 / 64,2	Купирование болевого синдрома и пареза кишечника. Перевод на базис-болюсную инсулинотерапию
День 5 (отделение)	3,8	112 / 94	6,9 / 24,5	Старт щадящего энтерального питания (стол № 5п), инициация приема фенофибрата 145 мг/сут и омега-3 ПНЖК 4 г/сут
День 11 (выписка)	2,9	54 / 68	6,2 / 5,8	Выписка в удовлетворительном состоянии. Контрольное УЗИ: разрешение парапанкреатического инфильтрата
Катамнез (6 месяцев)	2,1	38 / 52	6,1 (HbA1c 7,1%) / 2,1	Рецидивов абдоминальной боли нет. Высокая приверженность приему фенофибрата и дапаглифлозина 10 мг/сут

3. Обсуждение (п. 11 CARE), перспектива пациента (п. 12) и согласие (п. 13 CARE)

Особенностью наблюдения явилось сочетание экстремальной гипертриглицеридемии (34,8 ммоль/л) и декомпенсированного СД 2-го типа. Инфузия инсулина активирует эндотелиальную липопротеинлипазу, ускоряя деградацию хиломикронов, тогда как плазмаферез обеспечивает прямую механическую элиминацию триглицеридов и провоспалительных цитокинов в первые «золотые» 24 часа [2; 3]. *Перспектива пациента (п. 12):* пациент отметил полное исчезновение опоясывающей боли уже к исходу вторых суток после второго сеанса плазмафереза и хорошую переносимость гиполипидемической терапии. *Информированное согласие (п. 13 CARE):* от пациента получено письменное добровольное информированное согласие на публикацию описания клинического случая и обезличенных медицинских данных от 18.04.2025 (одобрено ЛЭК, протокол № 04-25).

Список литературы (ГОСТ Р 7.0.5–2008)

1. Ивашкин В. Т., Маев И. В., Охлобыстин А. В. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению острого панкреатита // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2023. — Т. 33, № 6. — С. 7–42.

2. Garg R., Rustagi T. Management of Hypertriglyceridemia Induced Acute Pancreatitis // BioMed Research International. — 2018. — Vol. 2018. — Art. ID 4721357. — DOI: 10.1155/2018/4721357.

3. Gagnier J. J., Kienle G., Altman D. G., et al. The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development // Journal of Medical Case Reports. — 2013. — Vol. 7. — P. 223.

Материал подготовлен экспертами научного сервиса DisserTop (https://dissertop.ru/)