

## ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА (Обзор литературы)

*Муродуллаев Сардорбек Олимжон угли*

*Самаркандский филиал Республиканского Научного Центра*

*Экстренной медицинской помощи*

*Шоназаров Искандар Шоназарович*

*Самаркандский государственный медицинский университет*

**Резюме.** В литературном обзоре отмечено, что несмотря на постоянное совершенствование диагностических подходов, развитие новых методов консервативной интенсивной терапии и принципов хирургического лечения, частота летальных исходов острого панкреатита сохраняется на высоком уровне. В настоящее время данный показатель колеблется от 10 до 30%. При этом летальность на ранней стадии заболевания в большинстве случаев не превышает 15%, тогда как на поздней стадии при развитии гнойно-септических осложнений достигает 70%. Поэтому, разработка и развитие новых методов диагностики, консервативной интенсивной терапии, и внедрение принципов доказательной медицины в течение последнего десятилетия позволило несколько изменить структуру летальности.

**Ключевые слова.** Острый панкреатит, прогнозирование, диагностика.

Тяжёлый острый панкреатит (ТОП) это первоначально асептическое воспаление поджелудочной железы, при котором имеется поражение окружающих тканей, органов и функциональных систем. Распространённость острого панкреатита в разных странах составляет от 32 до 389 случаев на 1 млн населения (12). При этом частота деструктивных форм заболевания достигает 25% (11).

Задача успешного лечения больных с тяжёлым острым панкреатитом представляется актуальной для неотложной хирургии. Тенденция последних десяти лет указывает на увеличение частоты развития острого панкреатита более чем в два раза, в том числе его тяжёлых форм. Острый панкреатит на протяжении многих лет занимает ведущее место в структуре причин госпитализации пациентов в хирургический стационар (18)

Частота летальных исходов ТОП сохраняется на высоком уровне, находясь в диапазоне от 10 до 30%. При этом летальность на стадии гнойно-септических осложнений ТОП достигает 70%.

Неблагоприятные исходы наблюдаются не в фазу ферментной токсемии и развития панкреатогенного шока, а на стадии инфекционно-воспалительных осложнений, когда причиной летальных исходов становится развитие тяжёлого

септического состояния (12). Развитие гнойно-септических осложнений ТОП наблюдается с частотой от 30 до 50%. Данные осложнения являются ведущим фактором летальных исходов при ТОП.

Одной из наиболее актуальных задач лечения ТОП остаётся выбор оптимальной тактики хирургического пособия в стадии гнойно-септических осложнений (18). Исследования показывают неэффективность подхода к лечению ТОП в стадии гнойно-септических осложнений, подразумевающего консервативную тактику ведения больных (15). На сегодняшний день не разработано комплекса согласованных унифицированных принципов хирургического лечения ТОП. Также не определено оптимальное время начала оперативного вмешательства, продолжается дискуссия по поводу основных технических аспектов хирургического лечения и методов дренирования (17).

Причиной развития острого панкреатита, на которую приходится более половины всех случаев заболевания, является алиментарный фактор. Развитие заболевания происходит вследствие рефлексорного спазма сфинктера Одди. При невозможности попадания панкреатических ферментов в просвет двенадцатиперстной кишки происходит их активация с последующим аутолизом поджелудочной железы и окружающих тканей. Доля острого панкреатита в структуре заболевания составляет 55% (2).

Второй по частоте причиной развития ТОП является билиарный фактор, приводящий к рефлюксу желчи в панкреатические протоки в условиях билиарной гипертензии, являющейся следствием таких патологических состояний, как холедохолитиаз, папиллит. Доля билиарного панкреатита составляет 35% от всех факторов заболевания (12,18).

Значительно реже встречается острый травматический панкреатит, развивающийся в результате травмы поджелудочной железы. В эту же категорию относят послеоперационный панкреатит. Кроме этого, заболевание может быть следствием проведения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ). Частота острого травматического панкреатита составляет 2 – 4% от всех этиологических факторов заболевания (Graham P.M., 2018).

На другие этиологические факторы ТОП (4) приходится 6 – 8%, среди данных причин выделяют: аутоиммунные заболевания; сердечно-сосудистую недостаточность; воздействие различных лекарственных препаратов (меркаптопурин, гипотиазид, гормональные средства, нестероидные противовоспалительные препараты); васкулиты; инфекционные заболевания (гепатит, вирусный паротит, цитомегаловирус); аллергические и анафилактические реакции (лекарственные препараты, бытовые и пищевые аллергены); нарушение гормонального статуса в период беременности и во время менопаузы; заболевания органов, граничащих с поджелудочной железой

(дуоденит, пенетрация язвы двенадцатиперстной кишки, новообразования в гепатопанкреатодуоденальной области).

В настоящее время применяется классификация острого панкреатита, разработанная обществом хирургов. Основой для разработки данной классификации стали классификации Атланта–92, и модификация предложенная Международной Ассоциацией панкреатологов в 2011 году и Международной рабочей группой по классификации острого панкреатита в 2012 году (10).

В основе современных классификаций острого панкреатита лежит разделение заболевания на три степени тяжести:

1) Острый панкреатит лёгкой степени. Данная форма заболевания предполагает развитие отёчного панкреатита, при этом не происходит формирование некрозов поджелудочной железы и органной (полиорганной) недостаточности.

2) Острый панкреатит средней степени. Для данной формы характерно наличие одного из местных проявлений острого панкреатита: перипанкреатического инфильтрата, отграниченного инфицированного некроза поджелудочной железы, псевдокисты, абсцесса, развитие системных проявлений в виде транзиторной органной (полиорганной) недостаточности длительностью не более 48 часов.

3) Острый панкреатит тяжёлой степени. Предполагает наличие одного, либо двух следующих признаков:

- гнойно-некротический парапанкреатит, неотграниченный инфицированный некроз поджелудочной железы;

- персистирующая органная (полиорганная недостаточность) длительностью более 48 часов.

Разделение заболевания на три формы имеет практическое значение, так как в зависимости от степени тяжести острого панкреатита должна быть реализована тактика проведения лечебно-диагностических мероприятий. Больные со средней и тяжёлой формой заболевания должны быть помещены в условия отделения реанимации и интенсивной терапии, пациенты с лёгкой формой проходят лечение в хирургических отделениях (7).

Важным в практическом отношении аспектом является патогенетическое разделение ТОП по фазам течения (6,12);

I фаза (ранняя) – первые 14 суток от начала заболевания – два периода:

- фаза IA – первая неделя развития ОП. Характеризуется формированием очагов некроза в поджелудочной железе, окружающей клетчатке, а также развитием эндогенной интоксикации (ЭИ). Клиническими проявлениями ЭИ являются признаки органной или полиорганной дисфункции.

- фаза IV длится в течение второй недели развития заболевания. Клинические проявления ОП в данной фазе связаны с реакцией организма на очаги некроза и проявляются резорбтивной лихорадкой. Также для IV фазы характерно формирование перипанкреатического инфильтрата.

II фаза (поздняя) – фаза секвестрации, начинается после 14-ых суток от начала ОП, и может продолжаться в течение нескольких месяцев. В данной фазе происходит формирование секвестров. Фаза секвестрации может протекать в виде одного из следующих вариантов:

- асептическая секвестрация – представляет собой стерильный вариант течения заболевания, характеризуется формированием псевдокист поджелудочной железы и изолированными скоплениями жидкости;

- септическая секвестрация имеет место при развитии инфицированного некроза ПЖ и гнойно-септических осложнений, характерным для данного варианта является образование абсцесса или гнойно-некротического парапанкреатита (3,5).

Перечень методик, необходимых для проведения диагностических мероприятий во многом зависит от фазы развития ТОП, а также от возможностей лечебного учреждения. Основными клиническими признаками заболевания, выявляемыми при первичном осмотре пациента, является триада симптомов (8): боль в эпигастриальной области с иррадиацией в спину или опоясывающая боль, рвота, как правило, многократная, ригидность мышц живота.

В большинстве случаев в первичной диагностике ТОП существенное значение имеют анамнестические данные: употребление алкоголя, обильный приём жирной пищи, наличие желчнокаменной болезни.

Одним из наиболее доступных и точных методов инструментальной диагностики ТОП является ультразвуковое исследование (УЗИ). Характерными признаками острого панкреатита при проведении УЗИ являются изменения поджелудочной железы (снижение эхогенности, увеличение размеров, нечёткость контуров), а также наличие свободной жидкости в брюшной полости. (11). При сомнительных признаках заболевания по данным УЗИ пациенту показано выполнение спиральной или мультиспиральной компьютерной томографии с контрастным усилением. (4) Данные методики позволяют более чётко визуализировать очаг поражения, определить размер некроза поджелудочной железы. С этой же целью возможно применение магнитно-резонансной томографии (МРТ) (1). Среди показаний для проведения КТ или МРТ при диагностике ТОП выделяют: необходимость проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями; необходимость выявления тяжёлой формы заболевания при наличии клинических признаков ТОП; отсутствие положительной или наличие

отрицательной динамики течения ТОП, несмотря на проведение консервативной терапии в полном объёме (3,12).

Оптимальными сроками для проведения КТ или МРТ с целью диагностики ТОП считают 4 – 14 сутки от начала заболевания, выполнение данных исследований в срок до 4-х суток может быть недостаточно информативным, так как в этот период происходит формирование некроза поджелудочной железы.(7,12). Целесообразно выполнение КТ или МРТ перед проведением оперативного вмешательства с целью определения его возможного объёма и уточнения характера патологических изменений. Необходимо выполнение КТ или МРТ в случае прогрессирования ТОП, при развитии гнойно-септических осложнений для определения очага инфицирования перед выполнением дренирующих операций. С целью определения тяжести заболевания и прогнозирования его течения возможно применение КТ–индекса тяжести панкреатита по Balthazar (12).

Среди лабораторных методов исследования основным является определение уровня панкреатических ферментов в крови и в моче. Наиболее простым методом лабораторной диагностики является определение уровня амилазы в крови. Диагностически значимым считается повышение данного показателя в три и более раза по сравнению с верхним референтным значением. Повышенные уровни амилазы в крови наблюдаются при паротите, патологии лёгких и ЖКТ. При тяжёлых формах некроза поджелудочной железы уровень амилазы в крови может быть повышен незначительно или находится в пределах нормы. Данное обстоятельство обусловлено тем, что при обширном поражении поджелудочной железы активированные ферменты не резорбируются в кровеносное русло, а попадают в брюшную полость.

### Литература.

1. Каприн И.А. Хирургическое лечение и осложнения операций при остром панкреатите тяжёлого течения / Каприн И.А., Эльдарова З.Э., Глабай В.П. // Исследования и практика в медицине. 2018. - Т. 5. - №4. - С. 72-81.
2. Agha R.A. The SCARE 2018 statement: updating consensus Surgical CAse REport (SCARE) guidelines / Agha R.A., Borrelli M.R., Farwana R. et al. // Int. J. Surg. 2018. –60. – P. 132–136.
3. Bartoş D. Endoscopy-assisted, single trans-gastric trocar, laparoscopic pseudocysto-gastrostomy. A minimally invasive alternative for drainage of large pseudocysts / Bartoş D., Bartoş A. // Ann. Ital. Chir. 2020. – 91. – P. 112-115.
4. Cho J.H. Comparison of scoring systems in predicting the severity of acute pancreatitis / Cho J.H., Kim T.N., Chung H.H., Kim K.H. // World J. Gastroenterol. 2015. – 21. – P.2387–2394.
5. Dhir V. EUS-guided pseudocyst drainage: prospective evaluation of early removal of fullycovered self-expandable metal stents with pancreatic ductal stenting in selected patients /Dhir V., Teoh A.Y., Bapat M. et al. // Gastrointestinal endoscopy. 2015. -

82(4). – P. 650–657.

6. Dieker W. Pancreatitis, panniculitis and polyarthritits (PPP-) syndrome caused by post-pancreatitis pseudocyst with mesenteric fistula. Diagnosis and successful surgical treatment. Case report and review of literature / Dieker W., Derer J., Henzler T. et al. // *Int.J. Surg. Case Rep.* 2017. – 31. – P. 170–175.

7. Dua M.M. Isolated pancreatic tail remnants after transgastric necrosectomy can be observed / Dua M.M., Jensen C.W., Friedland S. et al. // *J. Surg. Res.* 2018. – 231. –P.109–115.

8. Fei Y. Predicting and evaluation the severity in acute pancreatitis using a new modelingbuilt on body mass index and intra-abdominal pressure / Fei Y., Gao K., Tu J. et al. // *Am.J. Surg.* – 2018. – 216. – P. 304–309.

9. Gallyamov E.A. Comparison of minimal invasive technologies for treatment of infected pancreatic necrosis / Gallyamov E.A., Agapov M.A., Busyrev Y.B. et al. // *Khirurgiia (Mosk).* – 2020. – 3. – P. 22-28.

10. Gomatos I.P. Outcomes from Minimal Access Retroperitoneal and Open Pancreatic Necrosectomy in 394 Patients with Necrotizing Pancreatitis / Gomatos I.P., Halloran C.M.,Ghaneh P. et al. // *Annals of surgery.* 2016. - 263(5). – P. 992–1001.

11. Gomes C.A. Severe acute pancreatitis: eight fundamental steps revised according tothe 'PANCREAS' acronym / Gomes C.A., Di Saverio S., Sartelli M. et al. // *Ann. R.Coll. Surg. Engl.* – 2020. – 11. – P. 1-5.

12. Hines O.J. Management of severe acute pancreatitis / Hines O.J., Pandol S.J. // *BMJ.*2019. – 367. – P. 16227.

13. Jacob A.O., Stewart P., Jacob O. Early surgical intervention in severe acute pancreatitis:central Australian experience. *ANZ J. Surg.* 2016. - 86(10). – P. 805–810.

14. Langenhan R. Osteomyelitis: A rare complication of pancreatitis and PPP-syndrome /Langenhan R., Reimers N., Probst A. // *Joint Bone Spine.* 2016. - 83. –P. 221–224.

15. McPherson S.J. The use of imaging in acute pancreatitis in United Kingdom hospitals:findings from a national quality of care study / McPherson S.J., O'Reilly D.A., SinclairM.T., Smith N. // *Br. J. Radiol.* 2017. - 90(1080). – P. 20170224.

16. Siddiqui A.A. Fully covered self-expanding metal stents versus lumen-apposing fullycovered self-expanding metal stent versus plastic stents for endoscopic drainage of pancreatic walled-off necrosis: clinical outcomes and success / Siddiqui A.A., KowalskiT.E., Loren D.E. et al. // *Gastrointestinal endoscopy.* 2017. - 85(4). – P. 758–765.

17. Stigliano S. Early management of acute pancreatitis: a review of the best evidence /Stigliano S., Sternby H., de Madaria E. et al. // *Dig Liver Dis.* 2017. – 49. – P. 585–594.

18. van Grinsven J. Timing of catheter drainage in infected necrotizing pancreatitis: NaturePublishing Group / van Grinsven J., van Santvoort H.C., Boermeester M.A. et al. // *Nat.Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 2016. – 13. – P. 306–312.