

*Е.Р. Паршикова, Д.А. Крупень*  
**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРОГО  
НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.В. Жура*

*Кафедра хирургических болезней*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Минск*

*E.R. Parshikova, D.A. Krupen*  
**DIAGNOSTIC CRITERIA FOR THE NECESSITY  
OF ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS**

*Tutor: PhD, associate professor A.V. Zhura*

*Department of Surgical Diseases*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

*City clinical emergency hospital, Minsk*

**Резюме.** В статье сравниваются тяжелые и фульминантные формы панкреатита на основании клинико-лабораторных данных. Выделены диагностические критерии, которые характерны для фульминантного течения.

**Ключевые слова:** панкреатит, фульминантные формы, тяжёлое течение.

**Resume.** The article compares severe and fulminant forms of pancreatitis on the basis of clinical and laboratory data. Selected those diagnostical criteria that are typical to fulminant pancreatitis.

**Keywords:** pancreatitis, fulminant forms, severe course.

**Актуальность.** Диагностика и выделение на ранних этапах фульминантных форм панкреатита является одной из существенных и малоисследованных проблем экстренной хирургии. Фульминантная форма является труднодоступной для диагностики на ранних этапах развития, быстро прогрессирующей и приводящей к развитию СПОН (синдрома полиорганной недостаточности) и жизнеугрожающих осложнений.

Течение данной формы заболевания у пациентов, как правило, сопровождается не только быстрым прогрессированием, отрицательной динамикой и не благоприятным прогнозом, несмотря на проводимое консервативное и хирургическое лечение в должном объёме.

Существует проблема стратификации риска тяжести заболевания и неблагоприятного исхода. Классификация острого панкреатита, принятая Российским хирургическим сообществом (г. Волгоград, 2002 г.), и Международная классификация (г. Атланта, 1992 г.) не учитывают в полной мере степень системных нарушений, развивающихся у больных с деструктивным панкреатитом.

**Цель:** определение диагностических критериев острого некротизирующего панкреатита, в том числе среднетяжелых, тяжелых и фульминантных (очень тяжелых) форм

**Задачи:**

1. Провести анализ историй болезни пациентов с тяжелым некротизирующим панкреатитом.

2. Оценить данные анамнеза, лабораторно-инструментальной диагностики в группах пациентов среднетяжелых, тяжелых и фульминантных (очень тяжелых) форм.

**Материалы и методы.** Была сформирована выборка из 230 карт стационарного лечения пациентов, госпитализированных в УЗ «ГК БСМП» г. Минска в 2020 – 2022 годах с окончательными диагнозами «острый некротизирующий панкреатит» или «хронический панкреатит, обострение с исходом в панкреонекроз». Большинство пациентов поступало в течение суток с момента появления первых жалоб. Были изучены первичные осмотры хирурга при поступлении.

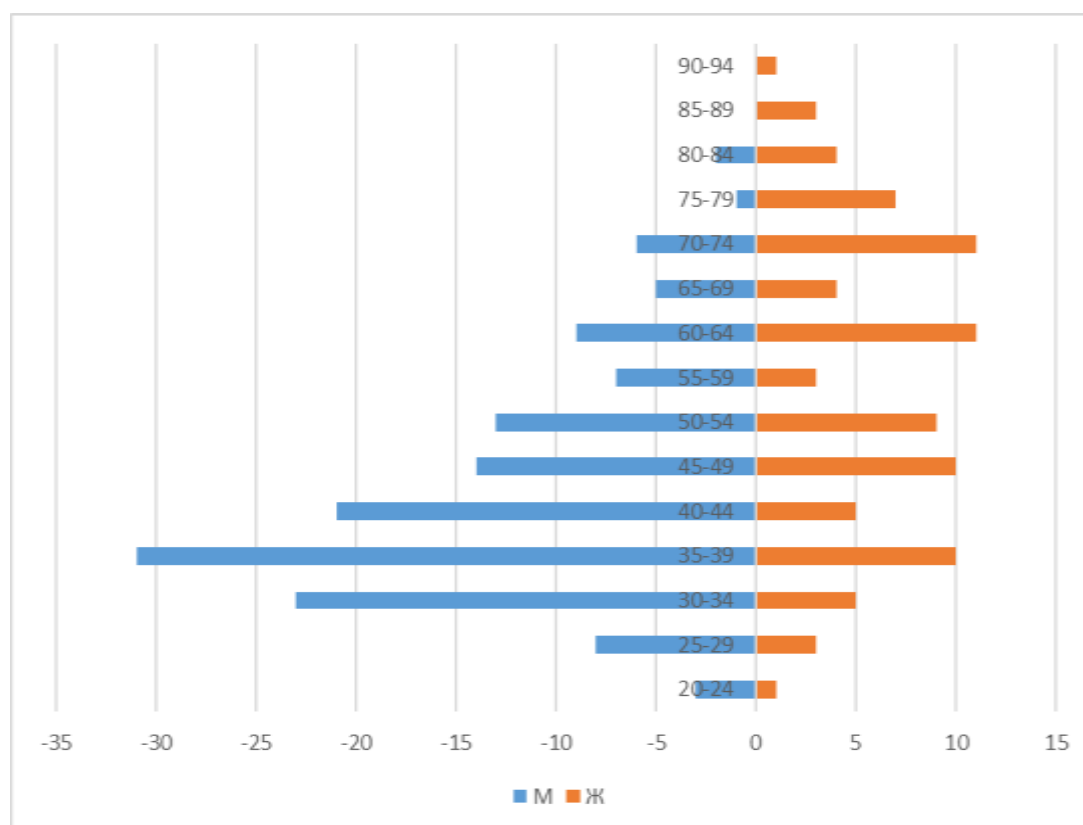
Пациенты были поделены на 3 группы по тяжести течения заболевания:

1. Среднетяжёлое течение – пациенты, не переводившиеся в ОИТР.

2. Тяжёлое течение – пациенты, переведённые в ОИТР с поражением одного органа или системы.

3. Очень тяжёлое (фульминантное) течение – пациенты, переведённые в ОИТР со СПОН.

**Результаты и их обсуждение.** Средний возраст пациентов на момент госпитализации составил 49 лет, что соответствует трудоспособному возрасту. Медианный возраст составил 45 лет (22-92). [Диагр. 1].



Диагр. 1 – Половозрастная структура пациентов

До 6 часов поступило в стационар 25 (10,08%), от 7 до 24 часов – 89 (35,89%), позднее 24 часов – 102 (41,13%) пациентов. Количество пациентов без данных о времени поступления в стационар составило – 32 (12,9%).

Общая летальность составила 8,1%, койко-день – 19. Первую группу составили пациенты со среднетяжёлым течением некротизирующего панкреатита в количестве 130 человек (56,5% от общего числа пациентов). В данной группе пациентов женского пола было 49, мужского пола – 81. Средний возраст на момент госпитализации составил 49 лет. Среднее количество койкодней составило 15,2. Количество прооперированных (по всем нозологиям) составило 41. Летальность в этой группе отсутствует.

В первой группе ни у одного пациента не наблюдалась недостаточность сердечно-сосудистой, дыхательной или выделительной систем. Однако на 5 сутки у одного пациента развился делирий что связано с поражением нервной системы.

Также в первой группе у 3 пациентов на рентген-диагностике обнаружены горизонтальные уровни жидкости в кишечнике. У 13 пациентов по УЗИ описаны изменения поджелудочной железы (размера, структуры и эхогенности), у 4 пациентов был описан выпот в брюшной полости и у 84 пациентов описаны УЗИ изменения поджелудочной железы в сочетании с выпотом в брюшной полости. Данные КТ представлены в таблице [Табл. 1].

**Табл. 1.** Данные КТ для 1 группы

Панкреатит	Панкреатит с парапанкреатитом	Панкреонекроз с парапанкреатитом	Панкреонекроз составил 10-20%	Панкреонекроз составил 30-40%	Панкреонекроз составил 50-60%
14	13	33	17	29	6

Вторую группу составили пациенты с тяжёлым течением некротизирующего панкреатита в количестве 84 человек (36,5% от общего числа пациентов). В данной группе пациентов женского пола было 33, мужского пола – 51. Средний возраст на момент госпитализации составил 50 лет. Среднее количество койкодней составило 19,1. Количество прооперированных (по всем нозологиям) составило 38. В данной группе наблюдался 1 случай со смертельным исходом, что составляет 1,2% летальности.

Во второй группе у одного пациента наблюдалась недостаточность сердечно-сосудистой системы, что обусловило необходимость применения кардиотоников на 40 день. У 3 пациентов имелась необходимость в ИВЛ на 4, 7 и 40 сутки соответственно. У 6 пациентов наблюдалась олигурия преимущественно на 2 и 3 сутки и у 3 пациентов развилась анурия на 1, 2 и 6 сутки. У 10 пациентов развился делирий, при этом у 7 из них делирий развился на 3-4 сутки. Кома наблюдалась у 3 пациентов на 4, 7 и 40 сутки.

Также во второй группе по данным рентген-диагностики у 2 пациентов обнаружены горизонтальные уровни жидкости в кишечнике, у одного пациента также был описан выпот в брюшной полости. У 9 пациентов по УЗИ описаны изменения поджелудочной железы (размера, структуры и эхогенности), у 4 пациентов был описан выпот в брюшной полости и у 59 пациентов описаны УЗИ изменения поджелудочной железы в сочетании с выпотом в брюшной полости. Данные КТ представлены в таблице [Табл. 2].

**Табл. 2.** Данные КТ для 2 группы

Панкреатит	Панкреатит с парапанкреатитом	Панкреонекроз с парапанкреатитом	Панкреонекроз составил 10-20%	Панкреонекроз составил 30-40%	Панкреонекроз составил 50-60%	Панкреонекроз составил 70-80%
3	21	26	5	16	3	3

В третью группу были отобраны пациенты с очень тяжёлым (фульминантным) течением некротизирующего панкреатита в количестве 16 человек (6,7% от общего числа пациентов). В данной группе пациентов женского пола было 5, мужского пола – 11. Средний возраст на момент госпитализации составил 44 года. Среднее количество койкодней составило 34,3. Количество прооперированных (по всем нозологиям) составило 12. Летальность в этой группе составила 7 человек, что составляет 43,8% летальности.

В третьей группе у 5 пациентов наблюдалась недостаточность сердечно-сосудистой системы, что обусловило необходимость применения кардиотоников в среднем на 5,4 день. У 12 пациентов наблюдалось поражение выделительной системы, из них у 4 на 2, 5 и 29 сутки развилась олигурия, у 6 пациентов на 1, 3, 4, 5 и 6 сутки развилась анурия и у 2 пациентов развилась олигурия 5 сутки а в последствии анурия на 14 и 17 сутки соответственно. У 1 пациента на 14 день развился делирий. Кома наблюдалась у 12 пациентов на в среднем на 3,8 сутки и у одного пациента наблюдался делирий на 2 сутки сразу за которым на эти же сутки развилась кома.

Также в третьей группе по данным рентген-диагностики у 1 пациента обнаружено вздутие желудка и ободочной кишки, у 2 пациентов описаны горизонтальные уровни жидкости в кишечнике. У 15 пациентов по УЗИ описаны изменения поджелудочной железы (размера, структуры и эхогенности) в сочетании с выпотом в брюшной полости. Данные КТ представлены в таблице [Табл. 3].

**Табл. 3.** Данные КТ для 3 группы

Панкреатит	Панкреатит с парапанкреатитом	Панкреонекроз с парапанкреатитом	Панкреонекроз составил 10%	Панкреонекроз составил 30-40%	Панкреонекроз составил 70%	Панкреонекроз составил 90%
1	1	5	1	4	1	2

На основании данных общего и биохимического анализов крови, взятых при поступлении в стационар, была составлена сводная таблица для пациентов со среднетяжёлым, тяжёлым и очень тяжёлым течениями некротизирующего панкреатита, которые составляют первую, вторую и третью группы соответственно [Табл. 4].

**Табл. 4.** данные клинико-лабораторно-инструментальных обследований при поступлении в стационар у пациентов разных групп

	Средне-тяжелый панкреатит	Тяжелый панкреатит	Фульминантный панкреатит
Некупируемый болевой синдром, %	22	<b><u>68</u></b>	<b><u>94</u></b>
Вздутие живота, %	52,3	<b><u>81,0</u></b>	<b><u>70,6</u></b>
Гематокрит, %	43,5	43,9	45,6
Лейкоциты, *10 <sup>9</sup>	16,5	17,6	15
Билирубин, мкмоль/л	26,1	<b><u>35</u></b>	<b><u>40,6</u></b>
АсАТ, Е/л	140	163	<b><u>262</u></b>
АлАТ, Е/л	121	137	<b><u>231</u></b>
Амилаза крови, Е/л	729	741	<b><u>1267</u></b>
Креатинин, мкмоль/л	99	115	117
К, ммоль/л	4	4,1	4
Na, ммоль/л	135	134	134
Cl, ммоль/л	97	96,9	97
Глюкоза крови, ммоль/л	9	11,3	11,5

**Выводы:** острый некротизирующий панкреатит не протекает одинаково у всех пациентов. Даже в этой клинической форме можно выделить 3 группы пациентов: со среднетяжелым, тяжелым и фульминантным течением.

1. некупирующийся болевой синдром, вздутие живота в первые сутки лечения, повышение уровня билирубина и аминотрасферраз в начальном биохимическом анализе крови указывают на тяжелую форму заболевания.

2. вероятность фульминантного течения увеличивается с такими факторами как: возраст, с высокие цифры печеночных ферментов и амилазы, развитие олигоанурии в первые сутки заболевания, СПОН на вторые сутки.

#### Литература

1. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учеб. пособие / Ю.М. Киселевский [и др.]; под ред. Ю. М. Киселевского. - 2-е изд., испр. – Минск : Вышэйшая школа, 2021. – 205 с.
2. Николаев, А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник / А. В. Николаев. 3-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 501 с.
3. Хирургические болезни: учебник / М. И. Кузин [и др.]; под ред. М. И. Кузина. - 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2002. - 784 с.
4. Мультифакторный анализ фульминантной формы острого панкреатита [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://medmag.bsmu.by/category21/article964/>. – Дата доступа – 10.09.2022.
5. Фульминантный (молниеносный, скоротечный, мгновенный) острый панкреатит. Существуют ли объективные критерии такого диагноза? [Электронный ресурс] – режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/fulminantnyy-molnienosnyy-skorotechnyy-mgnovennyy-ostryy-pankreatit-suschestvuyut-li-obektivnye-kriterii-takogo-diagnoza>. – Дата доступа – 10.09.2022.