

**ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ
КЛЕТЧАТКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ И ГЛУБИНЫ
НЕКРОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ
НЕКРОТИЗИРУЮЩЕМ ПАНКРЕАТИТЕ**

*Куделич О.О.¹, Кондратенко Г.Г.¹, Михеев В.И.², Василевич А.П.¹,
Буглеева Д.Н.², Межевич К.Г.², Левада О.В.², Есепкин А.В.²,
Неверов П.С.¹, Карман А.Д.¹*

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

²Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»,
Минск, Беларусь

**FEATURES OF DAMAGE TO PARAPANCREATIC FIBER DEPENDING
ON THE LOCATION AND DEPTH OF PANCREATIC NECROSIS IN
ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS**

*Kudelich O.A.¹, Kondratenko G.G.¹, Mikheyev V.I.², Vasilevich A.P.¹, Bugleeva
D.N.², Megevich K.G.², Levada O.V.², Esepkin A.V.², Neverov P.S.¹, Karman
A.D.¹*

¹Belarusian state medical university, Minsk, Belarus

²10th City Clinical Hospital, Minsk, Belarus

Введение. Уровень летальности при остром некротизирующем панкреатите (ОНП) остается высоким. При ОНП компьютерная томография органов брюшной полости (КТ ОБП) с контрастным усилением в настоящее время является основным методом выявления патологических изменений в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке. В последние годы все больше внимания клиницистами уделяется характеру и объему поражения в парапанкреатических и забрюшинных тканях, которые могут быть определяющими в тяжести течения острого панкреатита и в развитии полиорганной недостаточности. При использовании КТ ОБП с контрастным усилением размеры и локализация некроза в поджелудочной железе визуализируются на ранней стадии процесса, поэтому знание зависимости развития парапанкреатита от данных факторов позволит выработать более совершенные подходы к лечебной тактике.

Цель. Выявить особенности поражения парапанкреатической клетчатки в зависимости от локализации и глубины некроза поджелудочной железы в поперечном при остром некротизирующем панкреатите.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 73 пациентов с острым некротизирующим панкреатитом, находившихся на лечении в УЗ «10 ГКБ г.Минска» с января по декабрь 2023 года. В исследуемой группе было 48 мужчин и 25 женщин. Средний возраст составил 51,7±1,8 лет. Только 28 (38,4%) пациентов с ОНП были госпитализированы в срок до 12 часов от начала заболевания. Алкогольный панкреатит был выявлен в 39 случаях (53,5%), билиарный – в 22 (30,1%), алиментарный – в 6 (8,2%), у 6 пациентов (8,2%) не была выявлена причина

заболевания. Глубину некроза поджелудочной железы определяли в сагитальной плоскости по данным КТ ОБП с болюсным усилением. Экстрапанкреатические проявления, такие как парапанкреатит (ППК), оценивали по классификации К. Ishikawa. Классификация основана на КТ-признаках распространенности инфильтративно-жидкостных изменений, авторы которой выделяют 5 степеней поражения парапанкреатической и забрюшинной клетчатки: I – изменения в переднем параренальном пространстве или в корне брыжейки поперечной ободочной кишки; II – изменения клетчатки в области латерального канала или по заднему листку параренальной фасции, III – изменения в ретроколической клетчатке, ограниченные фасцией Тольди, IV – распространение воспалительного процесса на предбрюшинную клетчатку и (или) на собственную околопочечную клетчатку, V – переход на собственно забрюшинную клетчатку, возможно поражение паравезикальной и пресакральной клетчатки. При наличии I-II степени поражения парапанкреатит считали местным, при III-V – распространенным.

Результаты и обсуждение. Пациентам выполнялась компьютерная томография органов брюшной полости с контрастным усилением на $4,3 \pm 0,3$ сутки (95%-ДИ:3,8-4,9; min 3, max 13) от начала заболевания. Среднее значение модифицированного КТ-индекса тяжести по Balthazar составило $6,4 \pm 0,2$ балла (95%-ДИ:5,9-6,9; min 2, max 10). Для сравнительной оценки зависимости развития парапанкреатита от глубины некроза ПЖ было выделено 4 группы пациентов: 1-я группа – пациенты (17), у которых некроз был менее 50% толщи железы, 2-я – пациенты (26) с некрозом более 50%, 3-я группа – пациенты (14) с поперечным некрозом 100% толщи железы, 4-я – единичные краевые некрозы ПЖ (16 пациентов). Парапанкреатит по данным компьютерной томографии выявлен у 69 пациентов. Анализ влияния глубины некроза ПЖ на развитие ППК показал, что при глубине некроза более 50% (включая 100% некроз) поджелудочной железы ППК выявлен в 97,5% случаев, из них распространенный ППК составил 25,6%. При краевом некрозе и некрозе толщи ПЖ менее 50% ППК развился в 90,9% наблюдений, а распространенный ППК составил 13,3%. Не установлено достоверного влияния глубины некроза на общую частоту развития ППК ($p > 0,05$), в тоже время глубина некроза ПЖ в поперечном сечении существенно влияла на объем поражения парапанкреатической клетчатки, т.е. на распространенность ППК ($p < 0,05$). Из 42 пациентов, у которых некроз локализовался в головке, перешейке и проксимальной $\frac{1}{2}$ тела ПЖ парапанкреатит развился в 39 случаях, из них распространенный характер наблюдался у 9 пациентов, что составило 23,1%. Напротив, при локализации некроза в области дистальной $\frac{1}{2}$ тела и хвоста ПЖ ($n=21$) распространенный ППК развился только у 1 пациента (4,8%). Выявлена статистически значимая разница в развитии распространенного ППК при различной локализации некроза в ПЖ ($\chi^2=14,8$; $p < 0,001$). Как известно, при ОП затруднение оттока панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку может вызывать

уклонение его в парапанкреатическую клетчатку и сальниковую сумку, вызывая там тяжелые патологические изменения. Жизнеспособная ткань ПЖ, расположенная дистальнее зоны некроза, продолжая секретировать панкреатический сок, способствует этому процессу, поэтому важно иметь информацию, как влияет локализация некроза на наличие жизнеспособной паренхимы ПЖ. При локализации некроза в головке, перешейке и проксимальной $\frac{1}{2}$ тела ПЖ (n=42) во всех случаях дистальнее некроза по данным КТ обнаруживалась жизнеспособная паренхима, а при локализации некроза в области дистальной $\frac{1}{2}$ тела и хвоста ПЖ жизнеспособная паренхима дистальнее некроза выявлена в 57% (12 случаев из 21). Существует статистически значимая разница в наличии или отсутствии дистально расположенной жизнеспособной паренхимы железы при различной локализации некроза в ПЖ ($\chi^2=17,7$; $p<0,001$), что может влиять на характер и объемы поражения парапанкреатических тканей. Клиническое значение данного факта состоит в возможности прогнозирования большого объема поражения парапанкреатической и брюшинной клетчатки при наличии жизнеспособной паренхимы дистальнее зоны некроза ПЖ. У пациентов с наличием жизнеспособной паренхимы ПЖ дистальнее зоны некроза доля распространенного ППК составила 27,8%, а при ее отсутствии – 9,1%. Полученные данные свидетельствуют о зависимости частоты развития распространенного ППК от наличия или отсутствия жизнеспособной паренхимы дистальнее зоны некроза ПЖ ($p<0,05$).

Выводы:

1. Глубина некроза более 50% ткани ПЖ в поперечном сечении, локализация в проксимальных отделах и наличие жизнеспособной паренхимы дистальнее зоны некроза существенно влияет на объем поражения парапанкреатической клетчатки и достоверно чаще ($p<0,05$) вызывает распространенный парапанкреатит.
2. Локализация, глубина некроза и наличие жизнеспособной паренхимы ПЖ дистальнее зоны некроза в совокупности могут служить предикторами распространенного парапанкреатита.