

Украинец Я.В., Шумельчик В.В.

РАННИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ВОСПАЛЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПАТОГЕНЕЗ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Научный руководитель: ассист. Шестель И.В.,

Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Острый панкреатит является полиэтиологическим, однако монопатогенетическим заболеванием, при котором на фоне повышенного внутрипротокового давления активированные ферменты воздействуют на ткань поджелудочной железы с последующим развитием цепной энзимной реакции и синдрома системного воспаления с образованием отека, ограниченного или распространенного некроза, протекающих в условиях асептики или инфицирования. В последние 2 десятилетия, в связи с усовершенствованием лабораторно-инструментальных методов исследования, число диагностированных случаев заболеваемости острым панкреатитом увеличилось в 2 раза. Самым результативным и часто используемым методом диагностики острого панкреатита и фазы обострения хронического течения в силу хорошей визуализации ранних изменений ткани поджелудочной железы, своей доступности и низкой стоимости является метод ультразвуковой диагностики.

Цель: выявить основные ранние УЗИ-признаки воспалительного процесса поджелудочной железы, визуализируемые при диагностике острого панкреатита и его рецидивирующей хронической формы

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы УЗИ-заключения 50 человек, поступивших в приемное отделение УЗ «5-я городская клиническая больница» в период с января по май 2023 года, которым, с целью диагностики острого панкреатита, было проведено данное исследование. В 22% случаев (11 человек) этот диагноз был подтвержден, в то время как характерные изменения ткани поджелудочной железы у 39 человек (78%) свидетельствовали об обострении хронического течения панкреатита.

Результаты и их обсуждение. Эхогенность паренхимы поджелудочной железы из-за прогрессирующего отека слизистой оболочки неоднородно снижается у 11 пациентов (22% случаев). По этой же причине отмечались нечеткие контуры в 30 случаях (60%). В то же время у 39 пациентов (72%) отмечается повышение эхогенности, связанное с замещением паренхимы соединительной и жировой тканями; это свидетельствует о хроническом течении заболевания в фазе обострения. Неоднородность структуры паренхимы обусловлена чередованием гипоэхогенных участков воспалительного отека и инфильтрации, фрагментов нормальной паренхимы средней степени эхогенности и гиперэхогенных участков фиброза и обызвествления. Также у 18 пациента (36%) выявлены дополнительные образования в виде кист. Изменения в общем желчном протоке наблюдаются в 13 случаях (26%), среди которых 2 случая (15,38%) - это его расширение, наблюдаемое в фазу обострения хронического течения из-за наличия участков фиброза; у одного пациента (7,7%) желчный проток выключен, а у 10 (76,92%) сужен вследствие его перекрытия изнутри конкрементами.

Выводы: Диагностика острого панкреатита является комплексным исследованием, немалая роль в котором отводится УЗИ-диагностике поражений поджелудочной железы. Так, неоднородные изменения структуры, плотности и эхогенности ткани поджелудочной железы в совокупности с изменением просвета протока поджелудочной железы являются характерными ранними диагностическими признаками острого панкреатита или рецидива хронического. Важным также УЗИ является с точки зрения обнаружения и диагностики «ложных» кист, выявление которых зачастую дает возможность врачам судить о характере течения патологического процесса и определяет их дальнейшую тактику лечения острого панкреатита.