

<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-204-8-198-205>

Клиническое наблюдение пациентки среднего возраста с маскированным течением панкреонекроза, наблюдающейся в амбулаторных условиях

Карпенко Д. Г., Дрютова В. В., Ларина В. Н., Федорова Е. В.

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1, Россия

Для цитирования: Карпенко Д. Г., Дрютова В. В., Ларина В. Н., Федорова Е. В. Клиническое наблюдение пациентки среднего возраста с маскированным течением панкреонекроза, наблюдающейся в амбулаторных условиях. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022;204(8): 198–205. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-204-8-198-205

✉ Для переписки:

Карпенко

Дмитрий

Геннадьевич

karpenko_dg@mail.ru

Карпенко Дмитрий Геннадьевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры поликлинической терапии лечебного факультета

Дрютова Валерия Валерьевна, ассистент кафедры поликлинической терапии лечебного факультета

Ларина Вера Николаевна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой поликлинической терапии лечебного факультета

Федорова Екатерина Владимировна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры поликлинической терапии лечебного факультета

Резюме

Цель работы. На примере клинического случая рассмотрены трудности своевременной диагностики острого панкреатита.

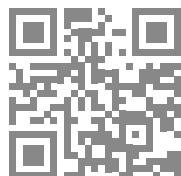
Основные положения. Острый панкреатит является актуальной проблемой современной медицины из-за широкой распространённости и высоких показателей летальности. Представлено клиническое наблюдение пациентки 48 лет с диспепсическими жалобами и кишечными проявлениями.

Заключение. Представленный клинический случай иллюстрирует не только трудность своевременной диагностики острого панкреатита, но и подтверждает, что пациенты с имеющимся болевым, диспепсическим и астеновегетативным синдромами после перенесенной вирусной кишечной инфекции требуют особого внимания и входят в группу риска развития острого панкреатита.

Ключевые слова: острый панкреатит; панкреонекроз; острая кишечная инфекция; клинический случай

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

EDN: XHCZXL





Clinical observation of a middle-aged patient with a masked course of pancreatic necrosis observed on an outpatient basis

D. G. Karpenko, V. V. Dryutova, V. N. Larina, E. V. Fedorova

Pirogov Russian National Research Medical University, 1 Ostrovityanova St. Moscow, 117997, Russia

For citation: Karpenko D. G., Dryutova V. V., Larina V. N., Fedorova E. V. Clinical observation of a middle-aged patient with a masked course of pancreatic necrosis observed on an outpatient basis. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2022;204(8): 198–205. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-204-8-198-205

✉ **Corresponding author:**

Dmitry G. Karpenko

karpenko_dg@mail.ru

Vera N. Larina, MD, professor, Head of department of Outpatient Medicine of Faculty of General Medicine;
ORCID 0000–0001–7825–5597

Dmitry G. Karpenko, PhD, associate professor of the department of Outpatient Medicine of Faculty of General Medicine;
ORCID: 0000–0002–1924–9514

Valeria V. Dryutova, assistant of the department of Outpatient Medicine of Faculty of General Medicine;
ORCID: 0000–0003–4894–7167

Ekaterina V. Fedorova, PhD, assistant of the department of Outpatient Medicine of Faculty of General Medicine;
ORCID: 0000–0002–7623–7376

Summary

Objective. On the example of a clinical case, the difficulties of timely diagnosis of acute pancreatitis are considered.

Main points. Acute pancreatitis is an actual problem of modern medicine due to its wide prevalence and high mortality rates. A clinical observation of a 48-year-old patient with dyspeptic complaints and intestinal manifestations is presented.

Conclusion. The presented clinical case illustrates not only the difficulty of timely diagnosis of acute pancreatitis, but also confirms that patients with existing pain, dyspeptic and asthenovegetative syndromes after a viral intestinal infection require special attention and are at risk of developing acute pancreatitis.

Keywords: acute pancreatitis, pancreatic necrosis, acute intestinal infection, clinical case

Conflict of interest. Authors declare no conflict of interest.

Актуальность проблемы диагностики острого панкреатита (ОП) обусловлена его широкой распространенностью и высокими показателями летальности. По состоянию на 2017 г. в Российской Федерации диагноз ОП был выявлен у 155 567, в 2018 г. – у 153 331 человек. Летальность в 2017 г. была зафиксирована у 4234 (2,7%), в 2018 г. – у 4231 (2,8%) человек.

Среди острых заболеваний органов брюшной полости ОП занимает третье место после острого аппендицита и острого холецистита. С 2000 г. доля острого панкреатита пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости возросла с 13,5 до 23,6% [1].

В странах Европы и США показатели заболеваемости ОП и летальности занимают более низкий уровень и в течение последних 5 лет остаются стабильными. Для сравнения, ежегодно в США регистрируется около 17 случаев острого панкреатита на 100 000 населения. Число госпитализированных пациентов достигает 100 000 в год, из них в 20% клинических наблюдений патологический

процесс имеет тяжелый, деструктивный характер. Летальность среди госпитализированных пациентов с осложненными формами заболевания достигает 10–30% [2].

Неблагоприятным в социальном отношении фактом является преобладание населения трудоспособного возраста среди пациентов с ОП.

ОП – одно из самых сложно диагностируемых и вместе с тем часто встречающихся заболеваний пищеварительной системы. Клинические проявления чрезвычайно разнообразны и поставить диагноз трудно даже с помощью лабораторных тестов. Ситуация усугубляется развитием целого ряда осложнений, угрожающих жизни, а клиническое течение и исход непредсказуемы.

Безусловно диагностика и лечение ОП – задача хирургов. Однако многообразие его клинических проявлений, особенно в случаях тяжелого, осложненного течения, не исключает ситуации, когда ОП «прячется» под маской другого заболевания. Именно поэтому полезно помнить о таких состояниях, уметь их распознавать и оказы-

вать необходимую помощь на догоспитальном этапе [3].

Целью клинического наблюдения является представление клинических особенностей тече-

ния ОП, особенно скрытно протекающего, под другими клиническими масками, форм заболевания в условиях амбулаторного звена здравоохранения, ранней его диагностики и лечения.

Клиническое наблюдение

Пациентка И., 48 лет, 09.06.2022 года обратилась к врачу-терапевту поликлиники с жалобами на вздутие, тяжесть в животе, боль внизу живота спастического характера, отсутствие аппетита, слабость. Симптомы беспокоят в течение двух недель, после перенесенной вирусной кишечной инфекции. Самостоятельно принимала мебеверин и омепразол без эффекта, отмечала кратковременный положительный эффект от приема дротаверина с метамизолом натрия в виде уменьшения боли. За день до обращения была однократная рвота слизью, принеся облегчение.

Анамнез жизни: Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез: аллергическая реакция на пыльцу растений в виде конъюнктивита и ринита. Наследственность неотягощена. Операции отрицает. Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь II стадии.

Физикальный осмотр: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6 °С. Сознание ясное. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены, безболезненные. Кожный покров чистый, обычной окраски. Дыхание через нос свободное, частота дыхательных движений 17 в минуту. Аускультация легких: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. При пульсоксиметрии $\text{SaO}_2 = 99\%$ на атмосферном воздухе. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. Артериальное давление 121/85 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений 105 ударов в минуту. Язык обложен коричневым налетом. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области в левой и правой подвздошных областях, симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

На основании данных жалоб, анамнеза, физикального осмотра выставлен предварительный диагноз:

Основной диагноз: Постинфекционный синдром раздраженного кишечника?

Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь II стадии. Контролируемая АГ. Риск 3. Целевой уровень АД менее 140/90 мм рт. ст. Аллергический ринит, вне обострения. Аллергический конъюнктивит, вне обострения.

В качестве эмпирической терапии пациентке назначен эзомепразол 40 мг 1 раз в сутки до еды 14 дней, гиосцина бутилбромид 10 мг 3 раза в сутки 14 дней. Рекомендовано выполнение лабораторных и инструментальных методов исследования: клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, копрограмма, кал на яйца гельминтов и простейших, кал на скрытую

кровь, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия. Исследование на *Н. pylori* не проводилось ввиду приема омепразола.

13.06.2022 года пациентка осмотрена врачом-терапевтом повторно. Отмечает положительную динамику в виде исчезновения спастической боли, но сохраняется вздутие и тяжесть в эпигастриальной области. По органам и системам без динамики. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастриальной области, где пальпируется плотное образование.

Результаты клинического, биохимического анализов крови представлены в таблице 1, общего анализа мочи – в таблице 2, анализа кала – в таблице 3. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости от 11.06.2022 г.: псевдокиста поджелудочной железы размерами до 61*26 мм?, свободная жидкость в брюшной полости до 1000 мл., свободная жидкость в плевральной полости слева. По данным эзофагогастродуоденоскопии от 11.06.2022 г.: кандидозный эзофагит, поверхностный гастрит, дуоденогастральный рефлюкс.

На основании клинических, лабораторных и инструментальных данных установлен предварительный диагноз острый панкреатит с формированием псевдокисты. Вызвана бригада скорой медицинской помощи, пациентка экстренно госпитализирована в хирургический стационар.

Пациентка находилась на стационарном лечении с 13.06.2022 г. по 20.06.2022 г. В стационаре городской больницы выполнены лабораторные методы исследования (таблица 1, 2), ультразвуковое исследование гепатобилиарной зоны от 13.06.2022 г.: свободная жидкость в брюшной полости (умеренное количество). Неоднородное, диффузно-очаговое образование с пониженной эхогенностью в теле поджелудочной железы размером 35*15мм, от данного образования ниже визуализируется жидкостное образование размером 55*19*34 мм, рядом 27*14 мм, с признаками инфильтрации по периферии. Дилатация холедоха., от 16.06.2022 г.: неоднородное диффузно-очаговое образование в теле и хвосте поджелудочной железы размером 66*22 мм с неоднородным гиперэхогенным содержимым, возможно сообщающееся с ниже расположенным жидкостным образованием 64*21 мм, с признаками инфильтрации по периферии., от 20.06.2022 г.: незначительное количество свободной жидкости в брюшной полости, многокамерное жидкостное образование 113*48*42 мм с неоднородным содержимым рядом с хвостом поджелудочной железы. Ультразвуковое исследование почек, надпочечников, забрюшинного пространства: патологических изменений не выявлено. Рентгенография легких от 13.06.2022 г.: состояние после установки ЦВК, данных за пневмоторакс не

Таблица 1
Данные лабораторных исследований

Наименование	Дата							Норма
	10.06.22	15.06.22	16.06.22	17.06.22	20.06.22	30.06.22	12.07.22	
	Показатели							
Общий белок (г/л)	56,4	61			68	67,7		65–85
Альбумин (г/л)	30,18					34,79		34,0–48,0
Мочевина (ммоль/л)		2,6	2,5	2,6	2,3			1,7–8,3
Аспаратаминотрансфераза (ед/л)	16,78	17,0	30,0	23,0	27	15,08		0–45
Аланинаминотрансфераза (ед/л)	11,37	9,0	15,0	13,0	21	10,99		0–45
Щелочная фосфатаза (МЕ/л)	48,22		118,0		137,0	40,72		18–100
Гамма-глутамилтрансфераза (МЕ/л)	90,88				66,0	40,74		Менее 32
Общий билирубин (мкмоль/л)	6,23	3,0	6,0	6,0	4,0	6,72		3,4–17,1
Билирубин прямой (мкмоль/л)	1,41	1,0	3,0	2,6	2,0			0–3,4
Билирубин непрямой (мкмоль/л)	4,82							0,68–17,0
Глюкоза (ммоль/л)	4,25	5,1			4,9			3,89–5,83
Креатинин (мкмоль/л)	65,81	77,0	73,0	72,0	66,0	69,42		50–100
Липаза (Ед/л)	1174,35					2420,32	1141,40	0–67,0
Альфа-амилаза (Ед/л)		1282,0	927,0	618,0	758,0	746,30	428,39	28,0–100,0
Холестерин общий (ммоль/л)	2,90							3,3–5,2
Калий общий (ммоль/л)		5,2						3,4–5,3
Натрий общий (ммоль/л)		143						131–157
С-реактивный белок (мг/л)	132,60					5,76	5,34	Менее 10
Лейкоциты (10 ⁹ /л)	10,29	5,50	4,30	5,05		4,65	4,29	4–9
Эритроциты (10 ¹² /л)	3,12	3,28	2,87	3,05		3,46	3,19	3,5–4,7
Тромбоциты (10 ⁹ /л)	629	448	420	582		304	290	180–320
Гемоглобин (г/л)	102	107	89	90		108,0	97,0	120–140
Гематокрит (%)	32,20	32,5	29,1			34,70	31,10	40–48
Средний объём эритроцита (фл)	103,20	99,1	101,0			100,30	95,70	80,0–97,0
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (пг)	32,70	32,6		29,6		31,20	30,40	26,5–33,5
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (г/дл)	31,70		30,9	29,6		31,10	31,20	33,0–37,0
Ширина распределения эритроцитов по объему (%)		14,3	12,50	14,2				11,5–14,5
Средний объём тромбоцита (фл)	10,8	6,30	8,30	8,70			11,6	6,5–11,0
Нейтрофилы (%)	90,00		67,6	63,1		49,60	47,50	47–70
Моноциты (%)	5,00	1,9	4,6	4,0		7,50	8,40	3–11
Базофилы (%)	0,00		0,4	0,8		0,40	0,50	0–1
Лимфоциты (%)	2,00	27,1	24,5	28,4		36,30	37,30	19–37
Эозинофилы (%)	3,00		2,9	3,7		6,20	6,30	0–1
Гранулоциты (%)		71,0						42,2–75,2
Нейтрофилы (10 ⁹ /л)	9,26		2,93	3,18		2,31	2,04	3,2–6,5
Лимфоциты (10 ⁹ /л)	0,21	1,50	1,06	1,44		1,69	1,60	1,0–3,6
Моноциты (10 ⁹ /л)	0,51	0,10	0,20	0,20		0,35	0,36	0,30–1,10
Эозинофилы (10 ⁹ /л)	0,31		0,13	0,19		0,29	0,27	0,00–0,50
Базофилы (10 ⁹ /л)	0,00		0,02	0,04		0,02	0,02	0,00–0,10
Гранулоциты (10 ⁹ /л)		3,9		4				1,2–8,0
Скорость оседания эритроцитов (мм/ч)	28					21	24	1–15
Активированное частичное тромбопластиновое время, сек			30,2					21,8–31,0
МНО			1,15					0,85–1,20
Протромбин,%			80					80–100

получено. Обзорный снимок брюшной полости и органов малого таза: данных за наличие свободного газа в брюшной полости, острую кишечную непроходимость не получено. ЭКГ от 13.06.2022 г. ритм синусовый, ЧСС 100 уд/мин, нормальное положение ЭОС, укорочение интервала PQ до 0,10, отсутствие прироста зубца R V1-V3. КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/в контрастированием от 13.06.2022 г.:

КТ-картина инфильтративно-отечного панкреатита с постнекротическими изменениями в теле, формированием обширной псевдокисты размерами 25*60*102 мм. Выраженные инфильтративные изменения окружающей клетчатки. Небольшое количество выпота в правом латеральном канале до 5 мм и малом тазу до 20 мм. Лимфаденопатия. Расширение воротной и верхней брыжеечной вены (в структуре инфильтративных изменений).

Таблица 2
Данные общего
анализа мочи

Наименование	Дата		Норма
	10.06.22	16.06.22	
	Показатели		
Цвет	Желтый	Желтый	От светло-желтого до янтарно-желтого
Прозрачность	Слабо-мутная	Полная	Прозрачная
Плотность	1,028	1,010	1,003-1,040
pН среды	6,5	6,5	5,5-7,0
Белок (г/л)	0,26	0,0	Отсутствует
Глюкоза	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует
Кетоновые тела	++	Отсутствует	Отсутствует
Уробилиноген	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует
Нитриты	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует
Билирубин	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует
Эпителий плоский	Значительно		Отсутствует
Эпителий переходный	Отсутствует		Отсутствует
Эпителий почечный	Отсутствует		Отсутствует
Лейкоциты	3-5		0-5
Эритроциты	Единично		0-2
Цилиндры гиалиновые	Отсутствует		Отсутствует
Цилиндры зернистые	Отсутствует		Отсутствует
Цилиндры эритроцитарные	Отсутствует		Отсутствует
Аморфные фосфаты	Отсутствует		Отсутствует
Кристаллы мочевой кислоты	Отсутствует		Отсутствует
Оксалаты	Отсутствует		Отсутствует
Трипельфосфаты	Отсутствует		Отсутствует
Аморфные ураты	Отсутствует		Отсутствует
Грибы	Отсутствует		Отсутствует
Слизь	Умеренно		В небольшом кол-ве
Бактерии	Отсутствует		Отсутствует

Таблица 3
Копрограмма

Наименование	Дата		Норма
	10.06.22	01.07.22	
	Показатели		
Консистенция	Оформленный	Плотный	Оформленный
Цвет	Коричневый	Темно-коричневый	Коричневый
pH среды	Нейтральный	Нейтральный	
Стеркобилин	Присутствует	Присутствует	Присутствует
Билирубин	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует
Мышечные волокна с исчерченностью	Отсутствуют	Небольшое количество	Отсутствует
Мышечные волокна без исчерченности	Единичные	Умеренное количество	Единичные
Соединительная ткань	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует
Нейтральный жир	Умеренное количество	Отсутствует	Отсутствует
Жирные кислоты	Небольшое количество	Умеренное количество	Отсутствует
Мыла	Небольшое количество	Небольшое количество	Небольшое количество
Крахмал внутриклеточный	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует
Крахмал внеклеточный	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует
Йодофильная флора	Умеренное количество	Отсутствует	Отсутствует
Переваримая клетчатка	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует
Непереваримая клетчатка	Присутствует	Присутствует	Отсутствует
Слизь	Умеренное количество	Отсутствует	Отсутствует
Эритроциты	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует
Лейкоциты	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует
Яйца гельминтов	Не обнаружено	Не обнаружено	Не обнаружено
Простейшие	Не обнаружено	Не обнаружено	Не обнаружено
Дрожжевые грибы	Не обнаружено	Не обнаружено	Не обнаружено
Исследование кала на простейшие и яйца гелимиров методом обогащения	Не обнаружено		Не обнаружено
Трансферрин в кале	Не обнаружено		Не обнаружено
Гемоглобин в кале	Не обнаружено		Не обнаружено

Гепатомегалия. Киста правой почки. Миома матки с максимальными размерами до 44 мм. **КТ органов грудной клетки от 13.06.2022 г.:** КТ-данные за наличие очаговых и инфильтративных изменений в паренхиме легких, образований в средостении (в том числе данных за увеличение внутригрудных лимфатических узлов) не получено. Малый гидроперикард. Атеросклероз. Выполнена пункция жидкостного скопления поджелудочной железы от 16.06.2022 г. Получено серозное отделяемое.

На основании данных анамнеза, жалоб, объективного физикального осмотра, лабораторных и инструментальных данных выставлен диагноз:

Основной диагноз: Текущий панкреонекроз, парапанкреатит. Формирующаяся постнекротическая киста поджелудочной железы. Пункция жидкостного скопления поджелудочной железы от 16.06.2022 г. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Кандидозный эзофагит. Дуоденогастральный рефлюкс.

Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь II стадии. Контролируемая АГ. Риск 3. Целевой уровень АД менее 140/90 мм рт. ст. Аллергический ринит, вне обострения. Аллергический конъюнктивит, вне обострения. Киста правой почки. Миома матки малых размеров.

Выписана с рекомендациями приёма омепразола 20 мг 2 раза в сутки месяц, панкреатина 10000 ЕД 3 раза в сутки 10 дней, мебеверина 200 мг 2 раза в сутки 10 дней, домперидона 1 таблетка 3 раза в сутки месяц, свечи ректальные диклофенак 50 мг 2 раза в день, 7 дней. УЗИ органов брюшной полости в динамике через 14 дней, контроль лабораторных показателей.

Обсуждение

Актуальность данного клинического наблюдения обусловлена несвоевременностью постановки диагноза панкреонекроза в связи с отсутствием четкой клинической картины, доступных информативных диагностических критериев и разнообразием «масок» его проявлений. Клиническая картина ОП зависит от этиологического фактора, состояния иммунной системы и соматического статуса пациента, сопутствующей патологии, локализации, степени выраженности и объёма поражения поджелудочной железы, индивидуальных особенностей пациента.

В представленном наблюдении пациентке среднего возраста был первоначально поставлен диагноз постинфекционного синдрома на основании клинических проявлений заболевания, несмотря на возраст старше 45 лет и наличия признаков интоксикации (слабость, тахикардия, отсутствие аппетита), однако при дополнительном обследовании данный диагноз был исключен.

Диагноз синдрома раздраженного кишечника широко используется терапевтами, гастроэнтерологами и врачами общей практики и выставляется при наличии боли в животе, связанной с изменением частоты и формы стула. Однако данный диагноз является диагнозом исключения и предполагает отсутствие не только «симптомов тревоги», но и исключения других заболеваний желудочно-кишечного тракта.

21.06.2022 г., после стационарного лечения, пациентка осмотрена врачом терапевтом повторно. Жалобы активно не предъявляет. По органам и системам без динамики, при пальпации живота – живот мягкий, безболезненный, в эпигастриальной области пальпируется плотное образование. Назначен контроль лабораторных методов исследования и ультразвукового исследования органов брюшной полости. Рекомендовано продолжить терапию в полном объеме, явка по результатам обследования.

03.07.2022 г. повторный прием врача-терапевта по результатам контрольных лабораторных и инструментальных методов исследования. Жалобы на тяжесть в эпигастриальной области. Терапию принимает в полном объеме. По органам и системам без динамики. Результаты лабораторных исследований в таблице 1 и 3. Данные ультразвукового исследования органов брюшной полости от 02.07.2022 г.: по верхнему контуру поджелудочной железы, в проекции сальниковой сумки, визуализируется многокамерное гетерогенное образование с жидкостным компонентом, размером 39*110 мм (полости 38*58 мм с анэхогенным содержимым и пристеночными гипоехогенными массами, 36*60 мм гетерогенным эхоплотным содержимым, 25*31 мм в области хвоста – содержимое гипоехогенное, неоднородное).

В виду сохраняющихся жалоб на фоне адекватного лечения, данных осмотра, данных ультразвукового исследования органов брюшной полости пациентка направлена на плановую консультацию хирурга-панкреатолога.

ОП относится к группе заболеваний со смешанной этиологией и может иметь в своей основе генетические, инфекционные, аутоиммунные, лекарственные, токсические причины, а также не исключено их сочетание. Наиболее часто встречающимися формами ОП являются: острый алкогольно-алиментарный панкреатит (55%), острый билиарный панкреатит (35%), острый травматический панкреатит (4%). Перечисленные факторы приводят развитию некроза ацинарных клеток поджелудочной железы и ферментной агрессии с последующим расширяющимся некрозом и дистрофией железы, при которых возможно поражение окружающих тканей и отдаленных органов, а также систем и присоединение вторичной гнойной инфекции. Некротический панкреатит (панкреонекроз) встречается у 15–20% больных ОП, клинически всегда проявляется средней или тяжелой степенью заболевания [4].

Основным диагностическим критерием ОП является связь приступа боли в верхней половине живота, часто опоясывающего характера, диспепсических явлений в виде тошноты, повторной рвоты небольшим количеством содержимого, не приносящей облегчения и пареза кишечника с выраженным вздутием живота, задержкой отхождения стула и газов с анамнезом употребления алкоголя, острой пищи или наличием ЖКБ.

Клинические признаки воспаления, описанные выше могут отсутствовать при затяжном и хроническом течении. В этом случае помогает комплексное клиничко-лабораторное (гиперамилаземия или гиперлипаземия, превышающая верхнюю границу нормы в три раза и более) и инструментальное (характерные УЗ-признаки: увеличение размеров, снижение эхогенности, нечеткость контуров поджелудочной железы; наличие свободной жидкости в брюшной полости обследование пациента) исследования, а также проведение компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) по определённым показаниям для исключения природы поражения поджелудочной железы и дифференциальной диагностики с другой патологией органов брюшной полости. [4].

В последних российских рекомендациях 2020 года по ведению пациентов с ОП [4], которые представляют собой согласованное мнение ведущих отечественных экспертов, рекомендовано обязательное проведение лабораторного исследования, включающего общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с определением белка, билирубина, определение активности аспаратаминоминотрансферазы, аланинаминотрансферазы в крови, мочевины, креатинина, глюкозы и общей амилазы, а также инструментальное исследование, а именно УЗИ органов брюшной полости.

Однако, согласно, мнениям европейского и американского обществ хирургов, и рекомендациям стран Азии, в частности Китая, клиническими критериями ОП являются **персистирующая боль в верхней части живота; концентрация сывороточной амилазы и/или липазы, по крайней мере, в 3 раза превышающую верхний предел нормы и данные визуализации брюшной полости, указывающие на ОП.** Диагноз ОП может быть поставлен при наличии 2 из 3 вышеперечисленных критериев [5].

Таким образом, диагностика евразийских коллег на наш взгляд является более рациональной, поскольку при ОП амилаза, липаза, эластаза и трипсин высвобождаются в кровоток одновременно, однако клиренс варьирует в зависимости от времени забора крови. Амилаза представляет собой фермент, секретируемый поджелудочной железой, а также слюнными железами, тонкой кишкой, яичниками, жировой тканью и скелетными мышцами. При ОП уровни сывороточной амилазы обычно повышаются в течение 6–24 часов, достигают пика через 48 часов и снижаются до нормального или почти нормального уровня в течение следующих 3–7 дней [6]. Липаза же считается более специфичным ферментом, секретируемым поджелудочной железой при ОП, но может быть обнаружена повышенной и при неопанкреатических заболеваниях, таких как почечная недостаточность, аппендицит, острый холецистит, хронический панкреатит, кишечная непроходимость и т.д. При ОП липаза сыворотки крови остается повышенной дольше, чем амилаза сыворотки. Липаза повышается в течение 4–8 часов, достигает пика через 24 часа и снижается

до нормального или почти нормального уровня в течение следующих 8–14 дней [6].

При ОП для подтверждения диагноза выполнение компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) органов брюшной полости в ранние сроки (72–96 часов от начала заболевания) рекомендуется при неясности диагноза и дифференциальной диагностике с другими заболеваниями что, к сожалению, не всегда возможно и не только в российской рутинной клинической практике. Вместе с тем, клинические критерии функциональной диагностики ОП предложенные европейскими коллегами [7], не лишены недостатков: например, согласно их мнению, распространение (пери)панкреатического некроза может быть обнаружено с помощью КТ с контрастированием через 72 часа от начала ОП и наоборот, ранняя компьютерная томография без контрастирования не покажет некротические/ишемические области.

Таким образом, современная диагностика абдоминального болевого синдрома имеет ряд трудностей. «Рутинные» методы обследования не улучшают диагностику у пациентов с абдоминальным болевым синдромом, не всегда прослеживается связь между биохимическими показателями воспаления и морфологическими изменениями в органах брюшной полости, изменениями на ЭКГ и клиничко-лабораторными данными, то есть подтверждение воспаления рутинными методами исследования не всегда возможно, что значительно затрудняет своевременную диагностику, особенно на догоспитальном этапе [3].

Таким образом, можно проследить следующую картину прогрессирования ОП у пациентки. После перенесенной за 14 дней до развития заболевания острой вирусной кишечной инфекции 09.06.2022 года синдрома раздраженного кишечника с наличием абдоминального болевого синдрома и назначены лабораторные и функциональные исследования и из-за отсутствия клинической картины ОП по данным осмотра и данных анамнеза, пациентка была отпущена домой. Однако благодаря настороженности врача были назначены анализы на исследование функции поджелудочной железы, а также была взята альфа-амилаза и что наиболее важно – липаза крови (благодаря широким возможностям частной клиники), которые были повышены более, чем в 3 раза. 13.06.2022 врач при повторном осмотре госпитализировал пациентку в хирургическое отделение с диагнозом острый панкреатит, не смотря на положительную динамику со слов пациентки. Оставался открытым вопрос о причине панкреонекроза, что не исключало неопластический процесс. При проведении КТ был обнаружен инфильтративно-отечный панкреатит с постнекротическими изменениями в теле поджелудочной железы с формированием обширной псевдокисты. Данных за неопластический процесс получено не было. По заключению врачебного консилиума, рост размеров псевдокисты указывал на наличие продолжающегося воспалительного процесса в поджелудочной железе.

Заключение

Представленный клинический случай иллюстрирует не только трудность своевременной диагностики ОП, но и подтверждает, что пациенты с имеющимся болевым, диспепсическим и астено-вегетативным синдромами после перенесенной вирусной кишечной инфекции требуют особого внимания и входят в группу риска развития ОП.

Литература | References

1. Revishvili A. Sh., Olovyanny V. E., Sazhin V. P., Nechaev O. I., Zakharova M. A., Shelina N. V., Mironova N. L. Surgical care in the Russian Federation. Moscow, 2019, 136 P. (in Russ.)
Ревишвили А. Ш., Оловянный В. Е., Сажин В. П., Нечаев О. И., Захарова М. А., Шелина Н. В., Миронова Н. Л. Хирургическая помощь в Российской Федерации. – М., 2019, с. 136. ISBN 978–5–6043874–0–5.
2. Skutova V. A., Danilov A. I., Feoktistova Z. A. Acute pancreatitis: Topical issues of diagnosis and complex treatment. *Bulletin of the Smolensk State Medical Academy*. 2016.15(2):78–84. (in Russ.)
Скутова Валерия Александровна, Данилов Андрей Игоревич, Феоктистова Жанна Алексеевна. «Острый панкреатит: Актуальные вопросы диагностики и комплексного лечения». Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2016. 15(2):78–84.
3. Grishin A. V. Emergency conditions and clinical masks of acute pancreatitis: basic principles of diagnostics and treatment. *Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology*. 2013;(1):28–35. (In Russ.)
Гришин А. В. Неотложные состояния и клинические маски острого панкреатита: основные принципы диагностики и лечения. Доказательная гастроэнтерология. 2013;(1):28–35.
4. Clinical guidelines. Acute pancreatitis. 2020. pp. 1–63. (in Russ.)
Клинические рекомендации – Острый панкреатит – 2020. С. 1–63.
5. Li Fei, Cai Shouwang, Cao Feng, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute pancreatitis in China (2021). *Journal of Pancreatology*. June 2021;4(2):67–75. doi: 10.1097/JJP9.0000000000000071.
6. Lippi G., Valentino M., Cervellin G. Laboratory diagnosis of acute pancreatitis: in search of the holy grail. *Crit Rev Clin Lab Sci*. 2012;49:18–31. doi: 10.3109/10408363.2012.658354.
7. Leppäniemi A., Tolonen M., Tarasconi A., et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emerg Surg*. 2019 Jun 13;14:27. doi: 10.1186/s13017–019–0247–0.