

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА, КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Ушаков А. А., Овчинников В. И., Бабушкин Д. А.

*ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, e-mail: alexeyushakov82@mail.ru*

В статье приводятся данные по этиологическим формам острого панкреатита, а именно – острому алкогольно-алиментарному панкреатиту, острому билиарному панкреатиту, острому травматическому панкреатиту. Указано, что многообразие этиологических факторов развития острых воспалительных процессов в поджелудочной железе, клинических и морфологических проявлений заболевания стало причиной создания многочисленных классификаций острого панкреатита. Обсуждается клинико-морфологическая классификация панкреатита, что позволяет унифицировать подходы к диагностике, оценить тяжесть состояния, оценить значимость и ценность диагностических методик, роль инфекционных осложнений, методов их профилактики и лечения, а также стандартизовать статистический учет. Авторами отмечается, что среди осложнений острого панкреатита встречаются такие, как парапанкреатический инфильтрат, панкреатогенный абсцесс, перитонит, септические флегмоны, аррозивное кровотечение, механическая желтуха, псевдокиста, внутренние и наружные свищи желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: острый панкреатит, классификация, осложнения.

## MODERN ASPECTS OF ETIOLOGY, PATHOGENESIS, CLASSIFICATION OF ACUTE PANCREATITIS

Ushakov A. A., Ovchinnikov V. I., Babushkin D. A.

*Ural state medical university of Ministry of Health of the Russian Federation, Ekaterinburg, e-mail: alexeyushakov82@mail.ru*

The article presents data on the etiological forms of acute pancreatitis, namely, acute alcohol-alimentary pancreatitis, acute biliary pancreatitis, acute traumatic pancreatitis. It stated that the variety of etiological factors of acute inflammation of the pancreas, clinical and morphological manifestations of the disease has led to the creation of numerous classifications of acute pancreatitis. We discuss the clinical and morphological classification of pancreatitis, which allows to unify approaches to the diagnosis, assess the severity of the condition, to assess the significance and value of diagnostic techniques, the role of infectious complications, methods of prevention and treatment, as well as to standardize the statistical records. Authors noted that among the complications of acute pancreatitis occur such as parapancreatic infiltrate pancreatogenic abscess, peritonitis, septic cellulitis arrosive bleeding, jaundice, psvdokista internal and external fistulas of the gastrointestinal tract.

Keywords: acute pancreatitis, classification, complications.

Организация медицинской помощи больным острым панкреатитом является одной из сложных и актуальных проблем экстренной медицинской помощи в хирургической клинике, часто требующих хирургического вмешательства [8, 9].

Острый панкреатит развивается внезапно, сопровождается разнообразной клинической картиной, чаще с симптомами «острого живота», причем до 70 % больных острым панкреатитом – мужчины трудоспособного возраста.

Диагностика заболевания затрудняется сходством симптомов с другими заболеваниями брюшной полости, а именно – острым холециститом, прободной язвой желудка и 12-перстной кишки, кишечной непроходимостью, тромбозом мезентериальных

сосудов, острым аппендицитом, почечной коликой, гастралгической формой инфаркта миокарда. До 25 % случаев приходится на «идиопатический» панкреатит, что обусловлено, в том числе, демографическими особенностями и возможностями диагностического поиска [10, 11].

Поздняя диагностика способствует несвоевременной патогенетической терапии, что приводит к неблагоприятным исходам. Кроме того, возможны осложнения, угрожающие жизни больного, такие как, разлитой перитонит; нагноение в железе с прорывом в брюшную полость, плевру, забрюшинное пространство, в сальниковую сумку; геморрагический некроз в кишечнике с образованием свищей; формирование кист поджелудочной железы; хроническое течение; развитие сахарного диабета [5, 6, 7].

Выделяют следующие этиологические формы острого панкреатита: острый алкогольно-алиментарный панкреатит (встречается в 55 % случаев), острый билиарный панкреатит (до 35 % случаев), острый травматический панкреатит (2–4 % случая), другие этиологические формы (6–8 % случаев) [2].

Одной из значимых причин развития острого панкреатита остается хронический алкоголизм, употребление суррогатов алкоголя, обусловленного как непосредственным влиянием алкоголя, так и усилением панкреатической секреции. Алкогольная интоксикация в качестве причины панкреатита выявляется у трети больных. Нарушение дренажной функции панкреатических протоков в сочетании с воздействием алкогольной интоксикации способствует повышению внутрипротокового давления. Злоупотребление алкоголем вызывает токсическое повреждение поджелудочной железы, нарушает функцию печени, синтез панкреатических ферментов.

Анатомическая и функциональная общность панкреатобилиарной системы обуславливает частое развитие острого панкреатита при желчнокаменной болезни, холедохолитиазе, при наличии стеноза или спазма, отека, при поражении дуоденального сосочка, дискинезии желчных путей различной этиологии. Одним из ведущих факторов патогенеза признано преимущественное нарушение оттока панкреатического секрета и внутрипротоковая гипертензия.

Другие этиологические причины острого панкреатита: аутоиммунные процессы, сосудистая недостаточность, васкулиты, лекарственные препараты (гипотиазид, стероидные и нестероидные гормоны, меркаптопурин), инфекционные заболевания (вирусный паротит, гепатит, цитомегаловирус), аллергические факторы (лаки, краски, запахи строительных материалов, анафилактический шок), дисгормональные процессы при беременности и менопаузе, заболевания близлежащих органов (гастродуоденит, пенетрирующая язва, опухоли гепатопанкреатодуоденальной области).

Острый панкреатит может развиваться вследствие перехода воспалительного процесса с желудка и 12-перстной кишки при язвенных процессах, при остром гастрите и хроническом колите. Влияют также обструкция панкреатических протоков, заболевания сосудов, инфекции, эндокринные и метаболические нарушения (первичный гиперпаратиреозидизм, уремия, диабетическая кома, гиперлипемия, нарушения иммунитета, беременность, прием обильной жирной пищи, лекарственные препараты и токсины, гипотермия, наследственные факторы, проникающая или закрытая травма живота, операция на органах брюшной полости. При эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии у 5–23 % больных выявляются перипапиллярные дивертикулы и периампулярные полипы, сдавливающие ампулу Фатера. Все перечисленные факторы имеют разное значение в развитии острого панкреатита и взаимодействуют с другими.

При остром панкреатите основная роль в патогенезе токсемии принадлежит ферментам поджелудочной железы – первичным факторам агрессии. Ферменты поджелудочной железы вызывают протеолиз белков тканей, фосфолипаза  $A_2$  разрушает мембраны клеток, липаза приводит к липолитическому некрозу в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке и брыжейке тонкой и толстой кишки, эластаза разрушает стенки сосудов и межтканевые соединительнотканые структуры, что приводит к некрозу. Ферменты поджелудочной железы активируют калликреин – кининовую системы с образованием биологически активных веществ – вторичных факторов агрессии. Брадикинин, гистамин, серотонин приводят к увеличению сосудистой проницаемости, нарушениям микроциркуляции, отеку, повышенной экссудации и микротромбозу, ишемии, гипоксии и ацидозу тканей. К типичным факторам относят цитокины, которые продуцируются макрофагами, мононуклеарными клетками, нейтрофилами на фоне нарушений микроциркуляции, СВР, гипоксии. Интерлейкин 1,6 и 8, фактор некроза опухоли, фактор активации тромбоцитов, простагландинов, тромбосана, лейкотриенов, оксида азота, угнетают иммунный статус больного острым панкреатитом. К последней группе факторов агрессии при остром панкреатите относят цитокины, ферменты, метаболиты, образующиеся в поджелудочной железе, жировой клетчатке, стенке кишечника, брюшной полости. Данные факторы увеличивают проницаемость стенки кишки, в результате происходит транслокация кишечной флоры, поступление токсинов в портальный и системный кровоток и лимфатическое русло с поражением органов мишеней, таких как печень, легкие, почки, сердце, мозг, кишечник, слизистые желудка и кишечника. Факторы агрессии и органые дисфункции создают синдром «взаимного отягощения».

Клинико-морфологические классификации панкреатита позволяют унифицировать подходы к диагностике, оценить тяжесть состояния, оценить значимость и ценность

диагностических методик, роль инфекционных осложнений, методов их профилактики и лечения, а также стандартизовать статистический учет.

На протяжении более полувека изменялась клиническая классификация острых форм панкреатита: острый простой, острый катаральный, катарально-гнойный, острый гнойный; геморрагический, серозный, гнойный; -интерстициальный (отечная форма), геморрагический (некроз поджелудочной железы); катаральный, паренхиматозный, гнойный, гангренозный. Использовался термин деструктивный панкреатит.

Вопросы классификации панкреатита обсуждались на международных научно-практических мероприятиях различного уровня, в том числе, на Марсельском симпозиуме 1963 г., Втором международном симпозиуме (Марсель, 1984); на Симпозиуме по острому панкреатиту в Атланте в 1992 г.; на Международной панкреатологической ассоциации по хирургическому лечению острого панкреатита в 2002 г.

В международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (1995) (МКБ-10) в рубрике K85 Острый панкреатит, включены абсцесс поджелудочной железы; некроз поджелудочной железы (острый и инфекционный). Кроме того, рубрика Панкреатит делится на БДУ (без дополнительных указаний; острый (рецидивирующий), геморрагический, подострый, гнойный. Также выделен панкреатит гангренозный, геморрагический острый, злокачественный, интерстициальный острый, кольцевидный острый. Отдельно обозначены поражения поджелудочной железы, классифицируемые в других рубриках (K87.1): цитомегаловирусный панкреатит (B 25+; панкреатит при эпидемическом паротите (B26.3+; сифилитический панкреатит (A52+).

Классификация острого панкреатита Российского общества хирургов 2014 г. разработана с учётом классификации Атланта–92 и её модификаций, предложенных в г. Кочин в 2011 г. на Международной Ассоциации Панкреатологов (International Association of Pancreatology) и Международной рабочей группой по классификации острого панкреатита (Acute Pancreatitis Classification Working Group) в 2012 г. В классификации указаны следующие степени тяжести заболевания:

- острый панкреатит лёгкой степени (панкреонекроз при данной форме острого панкреатита не образуется (отёчный панкреатит)) и органная недостаточность не развивается;

- острый панкреатит средней степени (характеризуется наличием либо одного из местных проявлений заболевания: перипанкреатический инфильтрат, псевдокиста, отграниченный инфицированный панкреонекроз (абсцесс), – или/и развитием общих проявлений в виде транзиторной органной недостаточности (не более 48 часов);

- острый панкреатит тяжёлой степени (характеризуется наличием либо неотграниченного инфицированного панкреонекроза (гнойно-некротического парапанкреатита), или/и развитием персистирующей органной недостаточности (более 48 часов), диагноз острого панкреатита лёгкой, средней или тяжёлой степени устанавливается по факту законченного случая заболевания) [2].

Среди осложнений острого панкреатита встречаются такие, как парапанкреатический инфильтрат; панкреатогенный абсцесс; перитонит (ферментативный (абактериальный), бактериальный; септические флегмоны (забрюшинной клетчатки); парапанкреатическая; параколическая; паранефральная; тазовая; эрозивное кровотечение; механическая желтуха; псевдокиста (стерильная, инфицированная); внутренние и наружные свищи желудочно-кишечного тракта [1].

Таким образом, многообразие этиологических факторов развития острых воспалительных процессов в поджелудочной железе, клинических и морфологических проявлений заболевания стало причиной создания многочисленных классификаций острого панкреатита, что требует дальнейших исследований.

### Список литературы

1. Габазов Х. М., Лимонов А. В., Столин А. В., Чернядьев С. А. Хирургическое лечение некротизирующего панкреатита // Медицинский вестник МВД. – 2007. – № 1 (26). – С. 43-44.
2. Диагностика и лечение острого панкреатита (Российские клинические рекомендации приняты на совместном заседании Российского общества хирургов и Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, совещании главных хирургов Северо-Западного Федерального Округа по рассмотрению вопроса национальных клинических рекомендаций по диагностике и лечению острого панкреатита. г. Санкт-Петербург, 30 октября 2014 г.).
3. Засорин А. А., Гусев Е. Ю., Чернядьев С. А., Макарова Н. П., Григорьев Н. Н. Оценка эффективности озонотерапии с помощью интегральных показателей системной воспалительной реакции при гнойных заболеваниях мягких тканей у военнослужащих // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2010. – № 4 (32). – С. 106-109.
4. Засорин А. А., Макарова Н. П., Чернядьев С. А., Берсенев С. Г., Григорьев Н. Н., Сандалов Е. Ж. Проблема гнойновоспалительных заболеваний мягких тканей у военнослужащих // Военно-медицинский журнал. – 2010. – Т. 331. – № 9. – С. 53-57.
5. Козлов В. А., Чернядьев С. А., Макаровичкин А. Г., Айрапетов Д. В. Влияние дооперационной терапии синтетическими аналогами соматостатина на результаты лечения

больных панкреонекрозом: тезисы докл. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Заболевания поджелудочной железы» // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2007. – № 3. – С. 77.

6. Левит А. Л., Малкова О. Г., Галимзянов Ф. В., Крашенинников С. В., Лейдерман И. Н., Чернядьев С. А. Интенсивная терапия больных с тяжелым абдоминальным сепсисом и полиорганной недостаточностью // Уральский медицинский журнал. – 2007. – № 10. – С. 29-32.

7. Макарович А. Г., Чернядьев С. А., Айрапетов Д. В. Применение низкочастотного ультразвука при программированных санациях очагов панкреатогенной инфекции // Медицинский альманах. – 2012. – Т. 1. – № 20. – С. 100.

8. Цап Н. А., Попов В. П., Чернядьев С. А., Карлов А. А., Огарков И. П. Интеграционная модель организации оказания экстренной хирургической помощи детям по опыту Свердловской области // Медицина катастроф. – 2009. – № 4. – С. 39-40.

9. Чернядьев С. А. Научное обоснование и разработка системы организации неотложной медицинской помощи больным панкреонекрозом на региональном уровне: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Екатеринбург, 2008. – 43 с.

10. Чернядьев С. А., Шестков Н. Г. Особенности распространения и динамика острого панкреатита в современных условиях // Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова. – 2008. – № 4. – С. 64-68.

11. Чернядьев С. А., Назаров В. И. Опыт организации экстренной медицинской помощи детям при неотложных хирургических состояниях // Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова. – 2008. – № 4. – С. 68-73.