

### КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Изучены особенности клинического течения атипичных вариантов острого панкреатита в условиях хирургической ургентной и терапевтической клиник. В клинических ситуациях с атипичным течением острого панкреатита возникает необходимость прибегать в более ранние сроки к таким высокоин-формативным методам исследования поджелудочной железы, как КТ, МРТ и лапароскопия.*

**Ключевые слова:** острый панкреатит, клинические маски, диагностика.

В настоящее время большинство исследователей отмечают значительную вариабельность клинического течения и полиморфизм клинической симптоматиологии многих заболеваний организма человека (1,2). При этом классический вариант развития патологии констатируется только у 60-70% пациентов, а в 30-40% случаев наблюдаются атипичные формы патологии, протекающие, либо скрытно без четкой манифестации клинических признаков, либо под различными клиническими масками. Это обуславливает определенные трудности для своевременной диагностики заболевания, особенно на догоспитальном этапе, а зачастую приводит к всевозможным ошибкам. Особенно значимыми эти аспекты проблемы становятся в условиях ургентной хирургической патологии, когда начинают доминировать такие факторы как, как можно более ранняя постановка диагноза и своевременно предпринятое хирургическое лечение, включая и оперативное, ибо запоздалая диагностика и задержка лечения, в этих условиях, приводят к крайне неблагоприятным результатам и последствиям.

Среди ургентных хирургических заболеваний органов брюшной полости, в аспекте сказанного, ключевое место занимает острый панкреатит, отличающийся самой широкой клинической вариабельностью и полиморфизмом течения, и как одно из самых распространенных и тяжелых патологий в ургентной абдоминальной хирургии. Именно при этой нозологии, фактор времени, как в диагностике, так и при хирургическом лечении становится кардинальным, главенствующим и является базисом для реализации современной, так называемой стратегии лечения по типу «обрыва», позволяющей оборвать некротический процесс в поджелудочной железе на самых ранних стадиях развития заболевания и добиться скорейшей его регрессии. К сожалению, нередко, эти пациенты доставляются и госпитализируются в терапевтическую или кардиологическую клинику, где им выставляется то или иное острое заболевание сердца и проводится неадекватное лечение, что приводит к задержке в диагностике и лечении этих больных. В этой связи, приобретает особую значимость знание практическими врачами, особенно на уровне скорой медицинской помощи, всей клинической семиотики и вариантов течения острого панкреатита для своевременной его верификации и как можно более раннего начала интенсивных лечебных мероприятий.

**Цель исследования.** Изучение клинических особенностей течения острого панкреатита, особенно скрытно протекающих, под другими клиническими масками, форм заболевания в условиях ургентной хирургической и терапевтической клиники для ранней его диагностики и лечения.

**Материал и методы исследования.** Для реализации цели исследования нами проведен проспективный и ретроспективный анализ историй болезни 76 больных, находившихся на лечении в ЦКБ МЦ Управления делами Президента РК, ГКБ №4 и терапевтической клинике МЦ «Авторская медицина» (Алматы) с диагнозом острый панкреатит. Возраст пациентов колебался от 24 до 78 лет, мужчин было 24 и женщин - 52. Всем больным проводилось традиционное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование, включая трансабдоминальное УЗИ, компьютерную томографию, диагностическую лапароскопию и ЭФГДС, ЭКГ, ЭХОКГ. Для систематизации клинического материала и выявления закономерностей в его интерпретации, пациенты были распределены на следующие две группы: I - с типичными клиническими проявлениями острого панкреатита, не представлявшими особой сложности в диагностике в условиях приемного покоя, не требующие проведения сложных инструментальных методов исследования на этом этапе ведения (42 пациентов), которые доставлялись, непосредственно, в ургентную хирургическую клинику; II- лица (34 пациента), с атипично протекающими формами острого панкреатита под различными клиническими масками, чаще всего кардиологической, требующие проведения специального обследования в плане исключения другой острой патологии брюшной полости и сердца, представлявшими сложность в ранней диагностике.

**Результаты исследования.** Клинический полиморфизм течения острого панкреатита выражался в том, что среди пациентов 2- ой группы, заболевание развивалось атипично, манифестируясь следующими клиническими масками: 1) "билиарная" маска (у 10%); 2) "илеусная" маска (у 9%); 3) "сердечно - сосудистая" маска (у 9%); 4) "аппендикулярная" маска (у 6%); 5) перфоративная маска (у 6%); 6) "инфекционная" маска (в 2%). Соответственно клинической форме и фазе заболевания, степени распространенности и преимущественной локализации воспалительно-некротического процесса в поджелудочной железе, а также с учетом наличия интеркуррентной патологии и возрасту пациентов, острый панкреатит, в этих случаях, протекал в той или иной клинической форме - маске, нередко, затрудняя диагностический процесс (у 27,5% больных). Для стандартизации местных и общих клинических проявлений острого панкреатита, данных лабораторного и инструментального исследования с учетом их информативности были выделены наиболее клинически значимые, в диагностическом аспекте, показатели. Степень их диагностической значимости, выражающаяся в частоте выявляемости каждого из этих тестов либо их совокупности в исследуемых группах пациентов представлена ниже.

Таблица 1 - Информативность диагностических тестов при остром панкреатите

№ п/п	Показатели	Группа 1 n-42	Группа 2 n-34
I. Локальные признаки			
1.	Типичный болевой синдром	37	21
2.	Характерная рвота и тошнота	29	14
3.	Метеоризм, задержка стула и газов	39	11
4.	Кожные проявления заболевания	23	9
5.	Болезненность и дефанс в эпигастрии и подреберье	38	11
II. Общие признаки			
1.	PS >100 уд. в 1	32	29
2.	АД <100 мм рт ст	21	26
3.	Температура тела > 38 гр.	9	6
4.	Тяжесть общего статуса	31	26
5.	Олигоурия	22	19
III. Лабораторные показатели			
1.	Лейкоцитоз >12 тыс в 1мм <sup>3</sup>	13	16
2.	Эритроциты > 5млн в 1мм <sup>3</sup>	16	14
3.	Ht >45%	14	15
4.	Амилаземия	21	6
5.	Амилазурия	24	4
6.	Гиперфибриногенемия	21	7
7.	< Са в крови	16	8
8.	Гликемия > 10 мкмоль/л	6	4
IV. Данные УЗИ			
1.	Увеличение размеров ПЖ	18	9
2.	Снижение плотности ПЖ	14	11
3.	Неравномерность контуров ПЖ	24	10
4.	Камни в желчном пузыре и холедохе	12	4
5.	Жидкостные включения в забрюшинной клетчатке или б/п	6	3
V. Данный ЭФГДС			
1.	Отек и инфильтрация стенки желудка и 12-п кишка	4	2
2.	Отсутствие желчи в 12-п. кишке	-	-
3.	Гиперемия и инфильтрация БДС	4	2
4.	Застой в желудке и 12п. кишке	4	2
VI. Компьютерно – томографические признаки ОП			
		6	2
VII. Данные лапароскопии			
1.	Инфильтрация и геморрагия корня брыжейки поперечной ободочной кишки	4	2
2.	Серозный, геморрагический выпот б\п	4	2
3.	Высокая диастаза в выпоте б\п	3	-
4.	Увеличение и напряжение желчного пузыря	4	2
5.	Стеариновые бляшки на брюшине	3	2

Кроме того, в условиях терапевтической клиники проводились ЭКГ и ЭХОКГ, где выявлялись признаки острой ишемии миокарда (в 8 случаях) и различные варианты нарушения ритма сердца (в 5 случаях). Изучение частоты выявляемости исследуемых признаков острого панкреатита в отдельных группах больных показало неоднозначность полученных результатов. Так, из данных представленных в таблице следует, что в группе пациентов с классическим течением патологии большинство клинических и лабораторных показателей выявлялись у абсолютного большинства лиц в изучаемой популяции пациентов /1 группа/. Это явилось основанием для ранней постановки диагноза и отказа от сложных инструментальных и специальных исследований на этом этапе ведения больных, в условиях приемного покоя ургентной хирургии. Грубых диагностических ошибок в этой (I) группе больных не наблюдалось, за исключением отдельных случаев, где не были отражены отдельные составляющие диагноза "острый панкреатит".

Во 2-ой же группе пациентов с различными клиническими масками острого панкреатита большинство клинических параметров общего и локального статуса идентифицировались лишь в единичных случаях. Так, согласно данным, приведенным в таблице, констатация 3-х и более показателей клинического характера не отмечена ни в одном случае, наличие 2-х - в 32% и только одного параметра – в 61%. Лабораторные показатели, характерные для острого панкреатита также не отличались специфичностью, в частности гипермилаземия и диастазурия были выявлены только в 4 и 6 случаях среди обследованных 34 больных. Это, естественно, затрудняло объективизацию характера ургентной патологии брюшной полости и вынуждало прибегнуть к специальным методам обследования. Зачастую, в этих случаях, предпринимались наиболее доступные и неинвазивные исследования, как рентгеноскопия и УЗИ брюшной полости (у 29). Диагностическая ценность обзорной рентгеноскопии в верификации острого панкреатита

оказалась достаточно низкой, хотя нередко и выявлялись косвенные признаки заболевания (у 6), но убедительно подтвердить диагноз, либо исключить другую острую патологию брюшной полости не представлялось возможным. УЗИ оказалось в этой ситуации более информативной и, позволило констатировать признаки острого панкреатита в 16 случаях. Однако в подавляющем большинстве случаев УЗИ не было достаточно информативной, а УЗ признаки были не столь убедительны, что, по-видимому, было обусловлено выраженным метеоризмом и недостаточным опытом врача лучевой диагностики. Сохраняющиеся сомнения в диагнозе побуждали врача к применению более инвазивных и малодоступных в условиях ургентной хирургии диагностической лапароскопии, КТ или же лапаротомии. При этом КТ оказалась информативной практически во всех случаях (у 8 из 8 исследований). Диагностическая лапароскопия также практически во всех случаях позволила исключить другую острую патологию брюшной полости и подтвердить диагноз острый панкреатит. Из-за малой доступности этих методов исследования в условиях ургентной хирургии у 2-х пациентов с клиникой перитонита неясного генеза была выполнена эксплоративная лапаротомия, как окончательный метод диагностики и лечения. То есть клинико-анамнестические и лабораторные данные позволили констатировать острый панкреатит при классическом клиническом варианте развития болезни в 86,7% случаев и при атипичном течении – в 62,4%, а рентгенологическое и УЗИ, - соответственно, в 92,4%, и в 89,3%, КТ и диагностическая лапароскопия – в 98,5% и в 95,1%.

Результаты проведенного исследования клинических вариантов течения острого панкреатита позволяют констатировать, что у 56% больных заболевание протекало классически, с типичной манифестацией, как локальных, так и общих и отдельных лабораторных признаков заболевания, что определяло возможность своевременной и правильной верификации диагноза в условиях приемного покоя ургентной хирургии. В этих случаях, не было необходимости, для постановки первичного диагноза, прибегать к сложным специальным методам обследования (КТ, лапароскопия, ЭФГДС), либо применение их было обусловлено необходимостью объективизировать формы, фазы, степень распространенности и объем поражения поджелудочной железы, наличие осложнений.

Во 2-ой группе пациентов с атипичным течением острого панкреатита абсолютное большинство клинических и лабораторных показателей оказались не четкими, стертыми (у 44%), что обусловило необходимость, уже на этом этапе ведения больных, прибегнуть к специальным методикам исследования. К сожалению, как и у пациентов I группы, наиболее доступные неинвазивные исследования, типа рентгенографии и УЗИ брюшной полости, оказались в этих наблюдениях недостаточно информативными, за исключением случаев констатации ЖКБ. Основными методами исследования, в этих случаях, оказались КТ и диагностическая лапароскопия, позволившие исключить другую острую патологию брюшной полости и верифицировать острый панкреатит. Принимая во внимание недостаточную доступность этих методов исследования в условиях приемного покоя ургентной хирургии, диагностика заболевания в определенной степени запаздывала, и как следствие этого, поздно предпринимались и лечебные мероприятия. То есть, в клинических ситуациях с атипичным течением острого панкреатита возникает необходимость прибегать в более ранние сроки к таким высокоинформативным методам исследования поджелудочной железы, как КТ, МРТ и лапароскопия, которые обеспечат более раннюю диагностику заболевания и своевременно реализовать современную технологию его лечения, так называемую стратегию терапии по типу «обрыва».

#### **Выводы:**

1. В 44% случаев острый панкреатит протекает атипично, под различными клиническими масками, что приводит к запоздалой диагностике, ошибкам в диагностике и поздно предпринятому лечению.
2. При атипичных формах течения острого панкреатита при сомнениях в диагнозе необходимо в более ранние сроки после госпитализации пациента прибегать к УЗИ, компьютерной томографии или диагностической лапароскопии.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

- 1 Гришин А.В. Неотложные состояния и клинические маски острого панкреатита: основные принципы диагностики и лечения. - М.: Доказательная гастроэнтерология, 2013. - №1. - С. 28-35.
- 2 Характерные врачебные ошибки при лечении тяжелого острого панкреатита. Пособие для врачей. Ч.2. - СПб.: 2005. - С.120-124.
- 3 Toouli J., Brook-Smith M., Bassi C. et al. Guidelines for the management of acute pancreatitis // J Gastroenterol Hepatol. – 2002. - Suppl 17. – P. 15–39.
- 4 Li H., Qian Z., Liu Z., Liu X., Han X., Kang H. Risk factors and outcome of acute renal failure in patients with severe acute pancreatitis // J Crit Care. - 2009. – P. 45-48.

**О.К. ДАРМЕНОВ, Н.И. ОРАЗБЕКОВ, Е.О. ДАРМЕНОВ, Г.А. ОРАЗБЕКОВА**  
**ЖЕДЕЛ ПАНКРЕАТИТ АҒЫМЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ МАСКАЛАРЫ**

**Түйін:** Жіті панкреатиттің клиникалық сипатталу ерекшеліктері 76 науқаста зерттеліп, оның классикалық және атипикалық даму түрлері анықталады. Аурудың атипикалық түрде дамып сипатталуында жиі жағдайларда (44%) диагностикалық қиыншылықтар мен қателіктер байқалады. Бұл жағдайларда науқастың диагнозын тез арада айқындау үшін КТ мен/не диагностикалық лапароскопияны қолдану керек.

**Түйінді сөздер:** жедел панкреатит, клиникалық маска, диагностика жасау.

**O.K. DARMENOV, N.I. ORAZBEKOV, E.O. DARMENOV, G.A. ORAZBEKOVA**  
**CLINICAL MASKS OF ACUTE PANCREATITIS**

**Resume:** The peculiarities of the clinical course of atypical variants of acute pancreatitis in the conditions of urgent surgical and therapeutic clinics. In 44% of cases of acute pancreatitis is atypical, under different clinical masks, resulting in delayed diagnosis, errors in diagnosis and treatment of late taken. When atypical forms of acute pancreatitis in case of doubt in the diagnosis of the need for more early after hospitalization resort to ultrasound, computed tomography, or diagnostic laparoscopy.

**Keywords:** acute pancreatitis, clinical masks, diagnostics.