

УДК 616.37-002.2-07-08

**ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ
ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Донцова Екатерина Романовна
*ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная
медицинская академия», Владикавказ, Россия*

Корочанская Наталья Всеволодовна – д-р мед. наук,
профессор
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар*

Серикова Светлана Николаевна – д-р мед. наук
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар*

Статья посвящена обоснованию доступного и эффективного алгоритма диагностики хронического панкреатита в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ,
ДИАГНОСТИКА

UDC 616.37-002.2-07-08

**DIFFICULTIES OF CHRONIC
PANCREATITIS DIAGNOSTICS
IN OUTPATIENT SETTINGS**

Dontsova Ekaterina Romanovna
*SBEA HPE «North Ossetian state medical
academy», Vladikavkaz, Russia*

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna – MD,
professor
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
SBEA HE «Kuban state medical university»,
Krasnodar*

Serikova Svetlana Nikolaevna – MD
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
SBEA HE «Kuban state medical university»,
Krasnodar*

The article is devoted to the substantiation of an accessible and effective algorithm for chronic pancreatitis diagnostics in outpatient basis.

Key words: CHRONIC PANCREATITIS,
DIAGNOSTICS

Введение

Повышенный интерес современных специалистов к проблеме хронического панкреатита (ХП) обусловлен широкой распространенностью заболевания в мире – 1,6–23,0 случая на 100 000 населения в год. В России на 100 тыс. населения заболеваемость хроническим панкреатитом составила 27,4–50,0 случаев, что связано с воздействием ряда факторов – ухудшением экологической обстановки, ростом потребления алкогольных напитков, особенно низкого качества, ухудшением уровня жизни и качества питания [1].

На протяжении последнего десятилетия показатели распространенности ожирения и избыточного веса достигли эпидемических значений. С учетом данных Всемирной организации здравоохранения в 2016 г. более 1,9 млрд взрослых людей старше 18 лет обладали избыточным весом, а свыше 650 млн из них страдали ожирением [2].

Ожирение и ассоциированные с ним метаболические нарушения являются причиной возникновения многих заболеваний. Так, в сочетании с гиперлипидемией образуются жировая инфильтрация поджелудочной железы (ПЖ) и печени, а также конкременты в билиарном тракте. Если в ежедневном рационе пациентов преобладает жирная пища, то происходит увеличение продукции холецистокинина и ферментов поджелудочной железы, нарушается отток панкреатического сока. В результате возрастает риск поражения ПЖ и развития острого ХП [3].

Наиболее точным методом определения ХП остается морфологическое исследование, однако его невозможно считать рутинным в повседневной практике. Клинические признаки сохранили актуальность в качестве первичного скрининга заболевания, однако они не считаются диагностическими критериями ХП. Поэтому диагностика заболевания состоит из сочетания клинических проявлений и косвенных признаков, которые получают, используя разные методы визуализации.

Цель исследования: определить алгоритм наиболее эффективных методов диагностики ХП на амбулаторном этапе.

Материал и методы

Исследование проводили на базе гастроэнтерологического отделения центра СКАЛ Краевой клинической больницы № 2 г. Краснодара. В исследование вошли 40 пациентов с ХП, у которых анамнез и клинические проявления являлись типичными для этого заболевания, без наличия хирургических вмешательств на ПЖ.

Методы исследования: клинический, антропометрический, лабораторные и инструментальные (биохимический анализ крови, копрограмма, определение амилазы мочи, копрологической эластазы, уровня гликированного гемоглобина (HbA1c), ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ), эндоскопическая ультрасонография (ЭУЗИ)). Уровень потребления алкоголя пациентами оценивали при помощи теста AUDIT.

Полученные результаты

Ведущими этиологическими факторами в исследовании, влияющими на развитие ХП, стали нарушение питания (прием избыточного количества жирной, жареной и богатой быстрыми углеводами пищи) и злоупотребление курением (от 10–20 в сутки) у 24-х (60 %) пациентов. У 13 (33 %) больных выявлена патология билиарной системы, алкогольный фактор проявился у трех (8 %) пациентов (16–19 баллов по результату теста AUDIT).

Распределение пациентов по клиническим стадиям ХП [4]:

II стадия – 26 (65 %) больных – имели начальные проявления ХП, боль типа «А», снижение качества жизни, длительность анамнеза 4–7 лет;

III стадия – 14 (35 %) человек с персистирующей симптоматикой, болью типа «В», эндо- и/или экзокринной недостаточностью. Пациентов с I и IV стадиями выявлено не было.

Основные клинические проявления, характерные для пациентов с ХП: абдоминальные боли и нарушение процессов пищеварения и всасывания, развитие синдрома избыточного бактериального роста, что проявлялось полифекалией, диареей, метеоризмом, потерей аппетита, снижением массы тела. Наличие абдоминальной боли отмечено у 31 (78 %) пациента, неустойчивый стул со склонностью к диарее и метеоризму – у 19 (48 %) больных.

При оценке нутритивного статуса 9 (22,5 %) чел. имели нормальную массу тела (ИМТ до 25 кг/м²), 13 (32,5 %) больных – избыточную массу тела (ИМТ более 25 кг/м²), 14 (35 %) – ожирение I ст. (ИМТ более 30 кг/м²) и 4 (10 %) пациента – ожирение II ст. (ИМТ более 35 кг/м²).

При определении содержания сывороточных ферментов ПЖ было выявлено повышение липазы в сыворотке крови у 32 (80 %) пациентов, среднее значение составило (70,65 ± 15,8) МЕ/л, а уровень амилазы в моче и в крови у 40 (100 %) пациентов был в пределах нормы.

По данным концентрации панкреатической эластазы-1 в кале: у 20 (50 %) пациентов значение было в пределах нормы (200–500 мкг/г фекалий и более), средняя и легкая экзокринная недостаточность ПЖ у 12 (30 %) больных (100–200 мкг/г фекалий) и тяжелая < 100 мкг/г фекалий, у 8 (20 %) пациентов – тяжелая экзокринная недостаточность.

Ожирение в сочетании с гиперлипидемией – факторы риска жировой инфильтрации ПЖ и образования конкрементов в желчном пузыре [5]. Оценка липидного профиля у пациентов с ХП, содержание общего холестерина были выше референсных значений у 20 чел. (50 %), среднее значение общего холестерина составило (6,3 ± 2,9) ммоль/л. У 15 (37,5 %) паци-

ентов из них содержание липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) превышало референсный интервал, среднее значение – $(3,9 \pm 2,7)$ ммоль/л.

Дисфункция и уменьшение объема β -клеток ПЖ, при длительном течении ХП приводит к нарушению углеводного обмена [6]. Причиной сахарного диабета (СД) 3с типа в 78,5 % случаев является ХП [6]. У всех пациентов с ХП натошак определяли уровень гликированного гемоглобина и глюкозы, нарушение углеводного обмена было выявлено у пяти больных (12,5 %), среднее значение HbA1c составило $(7,58 \pm 1,2)$ %, глюкозы $(7,94 \pm 1,3)$ ммоль/л.

По результатам проведенного УЗИ органов брюшной полости у всех пациентов были выявлены: неравномерность контуров ПЖ, повышение эхогенности и неоднородность структуры ткани железы. У четырех пациентов (10 %) диагностировано увеличение головки органа (более 28 мм).

Эндоскопическое ультразвуковое исследование (ЭУЗИ) было проведено 20 (50 %) пациентам с нормальными значениями панкреатической эластазы кала для верификации ранней стадии ХП. По результатам ЭУЗИ (с учетом критериев Rosemont) [7] выявлены достоверные признаки ХП: у 10 (25 %) пациентов – гиперэхогенные очаги без тени и неравномерность главного протока, у 5 (12,5 %) больных – дольчатость паренхимы ПЖ без признаков «пчелиных сот», гиперэхогенные тяжи паренхимы и гиперэхогенность стенок протока у 5 (12,5 %) пациентов.

Обсуждение

По мнению экспертов Объединенной Европейской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению ХП ведущими этиологическими факторами развития заболевания являются курение и злоупотребление алкоголем [8]. В проведенном нами исследовании обозначенные причины развития ХП присутствовали у большинства – 27 (68 %) пациентов.

Ожирение приводит к нарушению баланса адипокинов жировой ткани, в том числе ПЖ, однако однозначных данных, подтверждающих связь заболеваний ПЖ и ожирения, не получено [3]. Метаболические изменения, возникающие при ожирении, являются причиной возникновения следующих заболеваний: сахарного диабета 2-го типа, желчнокаменной болезни, неалкогольной жировой болезни печени и др. Авторы считают, что они в свою очередь увеличивают риск развития острого панкреатита [3].

У 30 (75 %) пациентов с ХП отмечены повышенная масса тела и ожирение различных степеней, у 20 больных (50 %) выявлено нарушение липидного и углеводного обмена, что является следствием приема жирной пищи, богатой быстрыми углеводами.

Одним из основных клинических проявлений ХП является абдоминальная боль. Когортные исследования показали, что она не уменьшается и не исчезает с течением времени [10]. Так, 12 (30 %) пациентов отмечали постоянное присутствие симптоматики ХП, прежде всего абдоминальной боли в сочетании с экзо- и эндокринной панкреатической недостаточностью.

Определение содержания панкреатических ферментов в крови и моче имеет вспомогательное значение, так как эти показатели не обладают высокой специфичностью и чувствительностью, что характерно для поздней стадии заболевания. В проведенном нами исследовании пациентов с IV стадией течения ХП выявлено не было.

В рамках исследования проблемы нарушения углеводного обмена ряд авторов показывают, что у 5–10 % пациентов с сахарным диабетом причина ХП обусловлена заболеванием или оперативным вмешательством на поджелудочной железе [6].

В результате исследования у пяти (12,5 %) пациентов в группе было выявлено нарушение углеводного обмена. При более подробном исследовании (определение панкреатического полипептида, секреции инкретинов,

инсулина, отношения С-пептида/глюкоза и др.), согласно критериям диагностики сахарного диабета 3с типа по N. Ewald и P. Hardt [9], пациентов с нарушением углеводного обмена в группе могло быть больше.

Определение панкреатической эластазы показало, что 20 (50 %) пациентов имели нарушение экзокринной функции ПЖ той или иной степени. Метод, наряду с достоинствами (доступность и отсутствие необходимости отмены приема панкреатических ферментов) [11], имеет и недостатки (низкая чувствительность при легкой и умеренной внешнесекреторной недостаточности ПЖ, ложноположительные результаты при быстром кишечном пассаже, диарее и полифекалии), что в ряде случаев ограничивает его использование.

Профессор J. E. Dominguez-Munoz [12] на 44-й встрече Европейского клуба панкреатологов отмечал, что результат фекального эластазного теста не свидетельствует о внешнесекреторной недостаточности ПЖ, а является проявлением ее дисфункции. Наиболее низкие показатели могут быть ложными, что связано с большими компенсаторными возможностями ПЖ.

Существует большое количество эффективных, точных инструментальных методов выявления ХП и его осложнений (мультиспиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и панкреатохолангиография, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография и др.). Эти исследования не доступны в практике врача на амбулаторном этапе.

Трансабдоминальное УЗИ – наиболее доступный метод исследования, имеющий недостаточную чувствительность и специфичность на ранних стадиях заболевания. Наибольшей информативностью и достоверностью в верификации ХП, в том числе на ранних стадиях, является метод ЭУЗИ, который применяется в гастроэнтерологическом центре Краевой клинической больницы № 2. С помощью ЭУЗИ были выявлены изменения паренхимы ПЖ, характерные для ХП, у пациентов с нормальными значе-

ниями панкреатической эластазы в момент обследования в гастроэнтерологическом центре.

Выводы

Таким образом, при обследовании больных с ХП практическому врачу необходимо анализировать симптомы, оценивать трофологический статус, биохимические показатели крови (уровень панкреатических ферментов, липидный, углеводный обмен), а также уровень панкреатической эластазы кала. В сложной диагностической ситуации пациентам с ХП в амбулаторных условиях гастроэнтерологического центра выполняли ЭУЗИ. Оно является информативным методом диагностики заболевания согласно клиническим рекомендациям.

Список литературы

1. Клинические рекомендации Российского общества хирургов, Российской гастроэнтерологической ассоциации, Ассоциации хирургов-гепатологов и Эндоскопического общества «РЭндО» по диагностике и лечению хронического панкреатита / В. Т. Ивашкин, А. Г. Кригер, А. В. Охлобыстин и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2022; 32(2): 99–156. <file:///C:/Users/PC/Downloads/703-1640-1-PB.pdf>
2. Ожирение: оценка и тактика ведения пациентов / О. М. Дряпкина, И. В. Самородская, М. А. Старинская, О. Т. Ким, А. Е. Неймарк. – М.: Коллективная монография, 2021. – 11 с. https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/01/e-monography_obesity.pdf
3. Григорьева И. Н. Частота ожирения у больных острым панкреатитом, хроническим панкреатитом и раком поджелудочной железы / И. Н. Григорьева, О. В. Ефимова, Т. С. Суворова // Ожирение и метаболизм. – 2020; 17(2):171–178. <https://doi.org/10.14341/omet12329>
4. Lankisch P. G. Natural course of chronic pancreatitis / P. G. Lankisch // Pancreatology. – 2001; 1(1):3–14. DOI: 10.1159/000055786 https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-85233-904-3_15
5. Fatty pancreas: linking pancreas pathophysiology to nonalcoholic fatty liver disease / M. Rugivarodom, T. Geeratragool, N. Pausawasdi, P. Charatcharoenwitthaya // Journal

- of Clinical and Translational Hepatology. – 2022; 10(6):1229–1239
DOI: [10.14218/JCTH.2022.00085](https://doi.org/10.14218/JCTH.2022.00085)
6. Нарушения углеводного обмена у пациентов с заболеваниями поджелудочной железы: особенности диагностики и патогенеза / А. С. Аметов, А. В. Шабунин, Е. Ю. Пашикова, И. И. Голодников, И. В. Госневская // Эндокринология: новости, мнения, обучение. – 2021; 10(3): 52–58. DOI: <https://doi.org/10.33029/2304-9529-2021-10-3-52-58>
 7. Quantitative elastography associated with endoscopic ultrasound for the diagnosis of chronic pancreatitis / J. Iglesias-Garcia, J.E. Dominguez-Munoz, M. CastineiraAlvarino, M. Luaces-Regu eira // J. Endoscopy. – 2013; 45(10):781–788. DOI: 10.1055/s-0033-1344614 <https://www.sci-h Larino-Noia ub.ru/10.1055/s-0033-1344614>
 8. HaPanEU/UEG Working Group. United European Gastroenterology evidencebased guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis (HaPanEU) / J. M. Löhr, E. Dominguez-Munoz, J. Rosendahl et al. // United European Gastroenterol. J. – 2017; 5(2):153–199. <http://pancreatology.com.ua/dat/var/journal>
 9. Ewald N. Diagnosis and treatment of diabetes mellitus in chronic pancreatitis / N. Ewald, P. D. Hardt // World J. Gastroenterol. – 2013; 19(42):7276–7281. <https://doi.org/10.3748/wjg.v19.i42.7276>
 10. Type of pain, pain-associated complications, quality of life, disability and resource utilization in chronic pancreatitis: a prospective cohort study / D. K. Mullady, D. Yadav, S. T. et al. // Amann. Gut. – 2011; 60(1): 77–84. [Type of pain, pain-associated complications, quality of life, disability and resource utilisation in chronic pancreatitis: a prospective cohort study - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21484444/)
 11. Клинические рекомендации AGG-2020 по диагностике и лечению хронического панкреатита: обзор ключевых положений в практическом преломлении / Ю. А. Кучерявий, М. А. Кирюкова, Е. А. Дубцова, Д. С. Бордин // Эффективная фармакотерапия. – 2020; 16 (15): 60–72. <https://umedp.ru/upload/iblock/8fd/Kucheryaviy.pdf>
 12. Губергриц Н. Б. Современные достижения Европейской панкреатологии (по материалам 44-й встречи Европейского клуба панкреатологов) / Н. Б. Губергриц // Оригинальные достижения. – 2013; 1: 66–67. <file:///C:/Users/PC/Downloads/sovremennye-dostizheniya-evropeyskoy-pankreatologii-po-materialam-44-y-vstrechi-evropeyskogo-kluba-pankreatologov.pdf>