



# Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии

Russian Journal of Gastroenterology,  
Hepatology, Coloproctology

Приложение № 46  
Материалы Двадцать первой Объединенной  
Российской Гастроэнтерологической Недели  
12 – 14 октября 2015 г., Москва

№ 5

XXV  
Том

2015

197

**МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ**

Е.Б., Чехонацкая М.Л., Климашин Д.Ф., Приезжева В.Н., Смирнова О.А., Никольский Ю.Е., Зуев В.В., Крочков И.А.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Россия

**Цель работы** – определение информативности магнитно-резонансной томографии (МРТ) при оценке формы острого панкреатита (ОП) и выявления его осложнений.

**Материалы и методы.** Обследовано 120 пациентов, поступивших в СГМУ с подозрением на ОП. Проведен анализ результатов МРТ полости (БП), в том числе поджелудочной железы (ПЖ) у всех пациентов. Критерием точности данных МРТ послужило морфологическое исследование операционных препаратов у 54 пациентов, у 2 – секционного материала (летальность составила 4%), у остальных – динамический МРТ-контроль в процессе и в результате лечения.

**Результаты.** У 60% пациентов при МРТ установлена отечная форма ОП на основании увеличения размеров ПЖ, при сохранении относительной целостности структуры и четкости контуров. В 40% случаях отмечалась деструктивный ОП, при МРТ выявлялось увеличение ПЖ, нечеткость ее контуров, за экстрavasацию экссудата в парапанкреатической клетчатке, некроз ПЖ с изменениями. В случаях диффузного некроза (у 56,3% пациентов) и перипанкреатического некроза (у 27,1% пациентов), отмечались воспалительные изменения в правых отделах брюшной полости, а при некрозе хвоста (у 16,7% пациентов) – в левых отделах. В 10,4% случаев обнаруживалось скопление жидкости в сальниковой сумке – оментобурсит. Свободная жидкость в брюшной полости выявлялась в 33,3% случаев, асцит – в 25%. Другие осложнения диагностированы: гепатомегалия у 12,5% пациентов, спленомегалия – у 37,5%.

**Выводы.** МРТ позволяет установить не только наличие ОП, но и его форму – отечную или деструктивную. При МРТ уточняется распространенность патологического процесса, как внутри органа (локальные диффузные изменения), так и переход на окружающие органы и ткани. МРТ способствует выявлению осложнений ОП, она необходима для динамического контроля выявленных изменений ПЖ в процессе и в результате лечения. МРТ необходимо включать в алгоритм методов диагностики ОП из-за высокой информативности.

199

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ pH-МЕТРИИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

Максименко В.Б., Копаница И.В., Космынин В.А., Кукушкина Н.И., Захарова О.А., Юмашева И.П.

Самарский государственный университет им. Г.Р. Державина, Медицинский институт; Центральная городская клиническая больница, Липецк, Россия

**Цель исследования:** изучить реакцию среды в фундальном, антральном отделах желудка, в луковице и внемелуковичном отделе 12-перстной кишки у больных хроническим панкреатитом.

**Материал и методы:** с помощью эндоскопического ацидогастрометра АГМ-01 производства ГНПП «Исток-Система», г. Фряново изучена реакция гастро-дуоденальной среды у 26 больных хроническим рецидивирующим панкреатитом в фазе обострения.

**Результаты:** в теле желудка установлена базальная нормальность (2,4±0,18); в антральном отделе – субкомпенсация ощелачивающей функции (3,2±0,2); закисление полости луковицы (3,2±0,26) и внемелуковичного отдела (3,4±0,26) 12-перстной кишки. В дуоденальной луковице достоверно положительно коррелирует с уровнем pH в фундальном и антральном отделе желудка ( $r = 0,55^{***}$  и  $r = 0,666^{***}$ , соответственно). Тогда как pH во внемелуковичном отделе достоверно коррелировал только с уровнем pH в луковице. При этом закисление луковичного и внемелуковичного отделов было установлено у 73,7% обследованных. У остальных 26% больных хроническим панкреатитом обнаружен нормальный уровень pH (4,4±0,26). Декомпенсация ощелачивания в антральном отделе желудка установлена у 36,8% (1,8±0,09), а субкомпенсация – у 63,2%.

**Вывод:** основной причиной ацидификации дуоденальной полости при хроническом панкреатите является нарушение ощелачивающей функции антрального отдела желудка и 12-перстной кишки.

198

**РОЛЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ**Коваль В.Ю.<sup>1</sup>, Архий Э.И.<sup>1</sup>, Брич Н.И.<sup>2</sup>, Ришко Я.Ф.<sup>2</sup><sup>1</sup> Ужгородский национальный университет,<sup>2</sup> Ужгородская областная клиническая больница им. А. Новака, Украина

**Цель исследования:** изучить функцию эндотелия сосудов у больных хроническим панкреатитом в зависимости от клинической формы.

**Материалы и методы.** В обследование включено 86 пациентов хроническим панкреатитом (ХП), у которых проводили определение эндотелина-1 методом иммуноферментного анализа. Больные были распределены на три группы (30 – хроническим кальцифицирующим панкреатитом (ХКП), 36 – хроническим инфильтративно-фиброзным панкреатитом (ХИФП) с экзокринной недостаточностью, 20 – ХИФП с экзокринной и эндокринной недостаточностью). Диагноз ХП выставляли согласно клиническому протоколу оказания медицинской помощи больным хроническим панкреатитом (приказ МЗ Украины от 13.06.2005 г.). Все больные находились на лечении в гастроэнтерологическом отделении Ужгородской областной клинической больницы им. А. Новака. Уровень эндотелина-1 сыворотки крови определяли при помощи наборов тест-систем фирмы DRG (США).

**Результаты.** При хроническом инфильтративно-фиброзном панкреатите выявлено увеличение в 4 раза уровня эндотелина-1 в сыворотке крови в сравнении с больными хроническим кальцифицирующим панкреатитом – 15,08±6,65 нг/мл против 3,63±0,58 нг/мл. Уровень эндотелина-1 при хроническом инфильтративно-фиброзном панкреатите с нарушением экзокринной и эндокринной функции поджелудочной железы у 2,5 раза выше, чем у больных хроническим кальцифицирующим панкреатитом. При ХИФП с нарушением экзокринной и эндокринной функции поджелудочной железы уровень эндотелина-1 составил 9,07±4,78 нг/мл.

**Выводы.** 1) При хроническом панкреатите отмечается дисфункция эндотелия сосудов, что проявляется увеличением уровня эндотелина-1 в сыворотке крови. 2) У больных хроническим инфильтративно-фиброзным панкреатитом отмечается более выраженная дисфункция эндотелия сосудов, чем при хроническом кальцифицирующем панкреатите. 3) Эндотелиальная дисфункция при хроническом панкреатите не зависит от клинической формы и сопровождается вазоконстрикцией, что обязательно нужно учитывать при лечении.

200

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Михайлова О.Д., Григул Я.И., Михайлова М.Д.

Ижевская государственная медицинская академия, Россия

**Цель исследования** – изучение распространенности заболеваний поджелудочной железы (ПЖ) среди населения Удмуртской Республики (УР) и ее прогнозирование на основании изучения данных общей и первичной заболеваемости за период с 2004 по 2013 гг.

**Материал и методы.** Проанализированы сведения официальной статистики за 10 лет (2004–2013 гг.), в том числе сборников «Основные показатели состояния здоровья населения УР». Использованы метод трендового моделирования и статистический метод исследования.

**Результаты.** При анализе заболеваемости по болезням ПЖ в УР выявлены высокие темпы роста: общая заболеваемость увеличилась с 460,5 чел. на 100 тыс. населения в 2004 году до 835,1 чел. на 100 тыс. населения в 2013 году, ежегодный прирост составил от 3,6% до 17,6%. Первичная заболеваемость по болезням ПЖ выросла с 44,6 чел. на 100 тыс. населения в 2004 году до 74,9 чел. на 100 тыс. населения в 2013 году, оставаясь стабильной в течение последних 4 лет. В сельских районах произошел рост общей заболеваемости на 160%, превысив распространенность патологии в Российской Федерации; первичной – на 98%, что, возможно, связано с улучшением диагностической работы. С помощью метода трендового моделирования можно прогнозировать в ближайшие 5 лет увеличение заболеваемости патологией ПЖ среди жителей сельских районов УР как общей ( $R^2=0,98$ ), так и первичной ( $R^2=0,97$ ). Среди городского населения УР общая заболеваемость увеличилась за 10 лет на 110%, первичная – на 60%, с тенденцией к снижению за последние 3 года, но прогнозирование показывает возможный рост заболеваемости патологией ПЖ общей ( $R^2=0,91$ ), и первичной ( $R^2=0,89$ ).

**Выводы.** Увеличение распространенности патологии ПЖ среди населения УР за последние 10 лет, особенно среди сельского населения, и прогнозируемый в ближайшие годы рост заболеваемости требуют разработки научно обоснованных профилактических мероприятий и активизации диспансерного наблюдения.