

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Шукурова С.И.

Бухарский инновационный
образовательный и медицинский университет.

Шукуров И.Б.

Бухарский государственный медицинский институт
<https://orcid.org/0009-0008-6401-7799>, e-mail: info@bsmi.uz

Аннотация: Острый панкреатит встречается в 10-15% случаев неотложных заболеваний органов брюшной полости. В 15-20% случаев его развитие приводит к тяжелому летальному исходу [1]. У 40-70% больных панкреонекрозом в очагах деструкции наблюдаются инфекции. При этом смертность возрастает до 30-50% [2]. Среди причин высокой смертности одно из главных мест занимает поздняя диагностика деструктивных форм острого панкреатита и недостаточная оценка тяжести заболевания.

Ключевые слова: Острый панкреатит, цитокины, полиорганной недостаточности

Материалы и методы. Одним из подходов к решению этой проблемы стала разработка многофакторных клинико-лабораторных шкал оценки тяжести состояния больного и прогноза заболевания: Ranson (1974), APACHE-II (1984), В.С. Савельев (1993), SAPS (1998), П.Б. Вашетко (2000) и соавт., эти шкалы, отражающие явления полиорганной недостаточности, малоэффективны для оценки местных осложнений у конкретного пациента и слишком сложны для использования в клинической практике. В связи с этим получило развитие еще одно направление научных исследований – серологическая диагностика. При этом к серологическому маркеру предъявляются следующие требования: маркер должен оцениваться у большого количества пациентов, включая значительную часть больных с тяжелым течением заболевания; время оценки должно быть связано с началом заболевания; полезность нового маркера следует сравнить с ранее принятыми; результаты должны быть воспроизводимыми; Обнаружение

маркеров должно быть методически и инструментально доступно в клинических биохимических лабораториях.

Выделяют несколько групп серологических признаков острого панкреатита, среди которых важное место занимают цитокины. Цитокины — это гормоноподобные белки и пептиды, которые синтезируются клетками иммунной системы и другими клетками. Цитокины можно рассматривать как белковые или пептидные факторы, не обладающие специфичностью к антигенам. Разнообразные биологические функции цитокинов делятся на три группы:

- контролируют развитие и гомеостаз иммунной системы.
- контролирует рост и распределение клеток крови (кроветворение).
- участвует в неспецифических защитных реакциях организма, влияет на воспалительные процессы, контролирует артериальное давление и свертываемость крови.

В целом цитокины — это вещества, участвующие в росте, распределении и долговечности клеток, а также в контроле апоптоза. На сегодняшний день открыто множество цитокинов. Цитокины включают интерлейкины (IL), лимфокины, монокины, хемокины, интерфероны (If), колониестимулирующие факторы (CSF), цитотоксические факторы и факторы роста. По своим биологическим свойствам цитокины очень похожи друг на друга. Они отличаются от гормонов тем, что не вырабатываются эндокринными железами, а производятся в разных типах клеток и контролируют более широкий круг клеток-мишеней, чем гормоны.

Интерлейкины — группа цитокинов, которые синтезируются лейкоцитами, поэтому в их названии используется корень слова лейкоцит. Кроме того, интерлейкины также продуцируются мононуклеарными фагоцитами и клетками других тканей. Интерлейкины являются частью иммунной системы. Изучено более 30 типов этих веществ (ИЛ-1 — ИЛ-34). Функции интерлейкинов связаны с активностью других физиологически

активных пептидов и гормонов — эндотелина, пролактина, брадикинина. Некоторые из них являются медиаторами воспаления и могут с высокой эффективностью использоваться в диагностике ОП. Для этих целей за основу можно взять следующие количественные изменения интерлейкинов. Интерлейкин-6 (IL-6) вырабатывается макрофагами в ответ на повреждение тканей и является медиатором, ответственным за синтез белков острой фазы. Концентрации IL-6 в сыворотке крови через 24 часа после начала заболевания связаны со смертностью [4–6]. IL-6 предсказывает среднюю и тяжелую степень тяжести острого панкреатита со 100% чувствительностью и 71% специфичностью по Д. Хит [7], соответственно 86 по Р. Пезцилли [8] и позволяет 100% дифференциацию. Кроме того, одновременное выявление IL-6 и липазы повышает точность диагностики и прогноза тяжести острого панкреатита [9]. Однако максимальное информативное содержание этого цитокина наблюдается только в первые сутки.

Выводы: Концентрация интерлейкина-8 (IL-8) также увеличивается при тяжелом остром панкреатите. Кроме того, сывороточные концентрации IL-8 и нейтрофильной эластазы, которые отражают активацию нейтрофилов, положительно коррелируют. При оценке в течение первых 24 часов IL-8 и IL-6 более информативны, чем С-реактивный белок (СРБ), в прогнозировании тяжести острого панкреатита.

Список литературы:

1. Karakayali F.Y. Surgical and interventional management of complications caused by acute pancreatitis //World J. Gastroenterol. 2014;20(37):13412-13423.
2. Подолужный В.И. Острый панкреатит: современные представления об этиологии, патогенезе, диагностике и лечении //Фундаментальная и клиническая медицина. 2017;2(4):62-71.
3. Xiao A.Y., Tan M.L., Wu L.M. Global incidence and mortality of pancreatic diseases: a systematic review, meta-analyses and meta-regression of population-based cohort studies //Lancet Gastroenterol Hepatol. 2016;1(1):45-55.
4. Roberts S.E., Morrison-Rees S., John A. The incidence and aetiology of acute pancreatitis across Europe //Pancreatology. 2017;17(2):155-165.

5. Mole D.J., Ulabi B., Robinson V. Incidence of individual organ dysfunction in fatal acute pancreatitis: analysis of 1024 death records //HPB. 2009;1(2):166-170.

6. Arlt A., Erhart W., Schafmayer C. Antibiosis of necrotizing pancreatitis //Visceral Medicine. 2014;30(5):318-324.

7. Janisch N.H., Gardner T.B. Advances in management of acute pancreatitis //Gastroenterol Clin. North. Am. 2016;45(1):1-8.

8. Корольков А.Ю., Смирнов А.А., Попов Д.Н., Саадулаева М.М., Никитина Т.О., Багненко С.Ф. Хирургическое лечение острого билиарного панкреатита //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2021;180(1):40-44.