



## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПАНКРЕАТИТА

Турганбаева Назира Бахтияровна  
Таирова Мадина Илхамовна

Ташкентский Государственный Медицинский Университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.19565981>

### ARTICLE INFO

Qabul qilindi: 10-aprel 2026 yil

Ma'qullandi: 12-aprel 2026 yil

Nashr qilindi: 14-aprel 2026 yil

### KEY WORDS

включают такие термины, как панкреатит, острый панкреатит, хронический панкреатит, поджелудочная железа, диагностика, лечение, ферменты, диета, осложнения, профилактика, клиническая картина и эпидемиология.

### ABSTRACT

Панкреатит представляет собой воспалительное заболевание поджелудочной железы, которое сопровождается повреждением ацинарных клеток, нарушением продукции пищеварительных ферментов и гормонов, а также развитием местных и системных осложнений. Болезнь встречается в острой и хронической форме и является одной из ведущих причин госпитализации пациентов с заболеваниями органов пищеварения. В настоящей работе представлен всесторонний анализ этиологии, патогенеза, клинических проявлений, методов диагностики, терапии и профилактики панкреатита. Особое внимание уделено современным исследованиям, рекомендациям международных гастроэнтерологических обществ и алгоритмам ведения пациентов, а также рассмотрены вопросы диетотерапии и роли ранней диагностики в прогнозе заболевания.

### Введение

Поджелудочная железа играет ключевую роль в организме человека, выполняя как экзокринные функции, связанные с выделением ферментов для переваривания пищи, так и эндокринные, обеспечивающие регуляцию уровня глюкозы в крови. Экзокринная функция поджелудочной железы заключается в выработке амилазы, липазы и протеаз, которые расщепляют углеводы, жиры и белки, обеспечивая полноценное пищеварение. Эндокринная функция осуществляется с помощью инсулина, глюкагона и соматостатина, поддерживающих энергетический баланс организма.

Панкреатит развивается в тех случаях, когда ферменты поджелудочной железы активируются внутри самой железы, что приводит к повреждению ацинарных клеток и развитию воспалительного процесса. В зависимости от характера течения заболевания выделяют острый и хронический панкреатит. Острый панкреатит чаще развивается внезапно и может быть вызван различными факторами, включая желчнокаменную болезнь, злоупотребление алкоголем или травмы. Он характеризуется сильной болью в

верхней части живота, тошнотой, рвотой и, в тяжелых случаях, полиорганной недостаточностью.

Хронический панкреатит представляет собой длительное, прогрессирующее заболевание, при котором необратимо разрушаются ткани поджелудочной железы, нарушается пищеварение, возникает стеаторея и развивается сахарный диабет.

Современные исследования подтверждают, что панкреатит имеет мультифакторное происхождение. Наряду с внешними факторами, такими как алкоголь, неправильное питание и инфекции, значительную роль играют внутренние факторы, включая генетическую предрасположенность, метаболические нарушения и аутоиммунные реакции.

**Цель данной работы:** заключается в систематизации современных данных о панкреатите, анализе его этиологии, патогенеза, клинических проявлений, методов диагностики и терапии, а также в рассмотрении профилактических мероприятий и влияния образа жизни на течение болезни.

#### **Эпидемиология панкреатита**

Панкреатит занимает одно из ведущих мест среди заболеваний органов пищеварения, требующих госпитализации. Острый панкреатит встречается у тридцати-пятидесяти человек на сто тысяч населения ежегодно, при этом примерно двадцать-тридцать процентов случаев характеризуются тяжелым течением. Хронический панкреатит развивается у 5-10 % пациентов после перенесенного острого панкреатита и чаще наблюдается у мужчин, что связано с более высокой вероятностью злоупотребления алкоголем.

Наблюдается тенденция к росту числа случаев у молодых людей, что связано с увеличением распространенности ожирения, изменением пищевых привычек и нарушениями метаболизма. У женщин заболеваемость растет медленнее, что отражает различия в образе жизни и частоте употребления алкоголя.

Таким образом среди факторов риска, способствующих развитию панкреатита, выделяют желчнокаменную болезнь, злоупотребление алкоголем, гиперлипидемию и гиперкальциемию, аутоиммунные и наследственные формы, а также случаи с невыясненной, идиопатической причиной (Banks PA 2006).

#### **Этиология и патогенез панкреатита**

Основным патогенетическим механизмом развития панкреатита является преждевременная активация пищеварительных ферментов поджелудочной железы. Желчнокаменная болезнь является одной из ведущих причин острого панкреатита, так как камни, попадая в панкреатические протоки, создают механическую непроходимость, вызывая застой панкреатического сока и активацию ферментов внутри железы.

Злоупотребление алкоголем оказывает прямое токсическое воздействие на мембраны ацинарных клеток, усиливает секрецию ферментов и повышает проницаемость клеточных мембран, что способствует развитию воспалительной реакции. Метаболические нарушения, такие как гиперлипидемия и гиперкальциемия, создают предпосылки для активации трипсина и последующего повреждения тканей поджелудочной железы.

Ряд инфекций и аутоиммунные процессы также могут инициировать воспаление, вызывая иммунное повреждение железы. Генетическая предрасположенность, связанная с мутациями в генах PRSS1, SPINK1 и CFTR, увеличивает риск развития как острого, так и хронического панкреатита.

В результате этого патогенетических процессов повреждаются ацинарные клетки, активируются протеазы, возникает местное воспаление и системная реакция организма. Тяжесть заболевания определяется уровнем воспалительных цитокинов, объемом некроза и наличием сопутствующих заболеваний печени, желчевыводящих путей и почек.(Forsmark 2013).

### **Классификация и формы панкреатита**

Панкреатит классифицируют по течению, морфологическим изменениям и этиологическому признаку. По течению выделяют острый и хронический панкреатит. Острый панкреатит характеризуется внезапным началом, выраженным болевым синдромом и риском развития системных осложнений, тогда как хронический панкреатит протекает длительно, с чередованием обострений и ремиссий, постепенно приводя к структурным изменениям железы и снижению её функций.

По морфологическим изменениям различают интерстициальный (отёчный), некротический, псевдокистозный и абсцедирующий варианты. Интерстициальная форма считается наиболее лёгкой и обратимой, тогда как некротическая сопровождается разрушением ткани поджелудочной железы и высоким риском тяжёлых осложнений. Псевдокистозный вариант связан с образованием полостей, заполненных жидкостью, а абсцедирующий — с формированием гнойных очагов, что требует более агрессивного лечения.

По этиологии заболевание подразделяют на билиарный, алкогольный, метаболический, аутоиммунный и идиопатический. Билиарный панкреатит чаще связан с желчнокаменной болезнью и нарушением оттока желчи, алкогольный развивается вследствие токсического воздействия этанола на ткань железы. Метаболический вариант может быть обусловлен гиперлипидемией или гиперкальциемией, аутоиммунный — связан с нарушениями иммунной системы и часто сочетается с другими аутоиммунными заболеваниями. Идиопатический панкреатит диагностируется в случаях, когда установить причину не удаётся (Lankisch PG 2015).

### **Клиническая картина панкреатита**

Острый панкреатит характеризуется внезапной, интенсивной болью в верхней части живота, которая может иррадиировать в спину. Нередко наблюдаются тошнота, рвота и вздутие живота. При билиарной этиологии может появляться желтуха. В тяжелых случаях развивается панкреонекроз, псевдокисты или полиорганная недостаточность.

Хронический панкреатит проявляется периодическими или постоянными болями, нарушением пищеварения, стеатореей и потерей веса. В дальнейшем развивается сахарный диабет, а в тканях железы формируются кальцификаты и псевдокисты. У детей заболевание чаще связано с наследственными мутациями, травмами или вирусными инфекциями, тогда как у пожилых пациентов течение атипичное и с высоким риском осложнений (Gardner TB, 2011).

### **Диагностика панкреатита**

Диагностический процесс включает лабораторные и инструментальные методы. Лабораторные показатели помогают выявить повышение амилазы и липазы в первые дни заболевания, лейкоцитоз, гипокальциемию и повышение С-реактивного белка, что отражает активность воспаления.

Инструментальные методы включают ультразвуковое исследование, которое позволяет выявить камни в желчных протоках, расширение панкреатических протоков и псевдокисты, компьютерную томографию для оценки тяжести и выявления некроза, магнитно-резонансную томографию для диагностики хронического панкреатита, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию для удаления камней и эндоскопическую ультрасонографию для обнаружения мелких камней и опухолей.

Дифференциальная диагностика необходима для исключения язвенной болезни, холецистита, инфаркта миокарда и тромбоза мезентериальных сосудов. Для оценки тяжести заболевания применяются шкалы Ranson, APACHE II и BISAP, которые помогают прогнозировать исход и определить тактику лечения (Papachristou 2010).

### **Лечение панкреатита**

Лечение панкреатита должно быть комплексным и индивидуализированным. Медикаментозная терапия острого панкреатита включает обезболивание с применением опиоидов или нестероидных противовоспалительных средств, инфузионную терапию для коррекции водно-электролитного баланса и противорвотные средства. Антибиотики назначаются только при инфицированном некрозе или наличии абсцесса.

При хроническом панкреатите применяют ферментные препараты для улучшения пищеварения, обезболивающие средства и иммуносупрессию при аутоиммунной форме. Хирургическое вмешательство необходимо при панкреонекрозе, дренировании псевдокист, удалении камней или резекции части поджелудочной железы

Диета и нутритивная поддержка играют ключевую роль. В первые дни острого панкреатита рекомендуется голод и жидкости, после чего назначается щадящая диета. При хронической форме питание дробное, ограничиваются жиры, назначаются ферменты и витамины А, D, Е, К. Современные подходы включают эндоскопические методы, минимально инвазивные операции, индивидуализированную ферментную терапию и мониторинг воспалительных маркеров (Mayerle, 2019).

### **Осложнения панкреатита**

Панкреатит может сопровождаться множеством осложнений, которые существенно ухудшают течение заболевания и прогноз. Среди местных осложнений выделяют панкреонекроз, псевдокисты, абсцессы и обструкцию протоков, что может приводить к выраженному болевому синдрому, инфицированию тканей и нарушению процессов пищеварения. Панкреонекроз является одним из наиболее тяжёлых осложнений и характеризуется омертвением ткани поджелудочной железы, нередко с присоединением инфекции.

Псевдокисты представляют собой ограниченные скопления жидкости, которые могут увеличиваться в размерах, сдавливать соседние органы или разрываться. Абсцессы формируются при инфицировании некротических масс и требуют срочного медицинского вмешательства. Также возможно развитие стеноза или обструкции панкреатических и желчных протоков, что усугубляет течение заболевания.

К местным осложнениям также относят кровотечения, возникающие вследствие разрушения сосудов, тромбозы селезёночной или портальной вены, а также формирование свищей. В ряде случаев развивается внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы, приводящая к мальдигестии, стеаторее и дефициту витаминов.

Системные осложнения включают сепсис, полиорганную недостаточность, острые дыхательные нарушения (например, острый респираторный дистресс-синдром), а также метаболические расстройства, такие как гипогликемия или, наоборот, развитие сахарного диабета вследствие поражения островкового аппарата. Часто наблюдаются нарушения водно-электролитного баланса, гиповолемия, ацидоз, что требует интенсивной терапии.

Кроме того, при тяжёлом течении возможны осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (шок, аритмии), почек (острая почечная недостаточность) и нервной системы (энцефалопатия). Таким образом, панкреатит является заболеванием, которое может затрагивать практически все органы и системы, поэтому требует своевременной диагностики, комплексного лечения и тщательного наблюдения (Yadav D, Lowenfels AB 2013).

#### **Профилактика панкреатита**

Профилактика панкреатита направлена на снижение риска рецидивов, прогрессирования заболевания и развития осложнений. Она включает полный отказ от алкоголя и курения, так как даже небольшие дозы спиртного могут провоцировать обострение, особенно при хронической форме. Важную роль играет поддержание нормальной массы тела, поскольку ожирение увеличивает нагрузку на поджелудочную железу и способствует метаболическим нарушениям. Необходимо контролировать уровень липидов и кальция в крови, своевременно корректируя гиперлипидемию и гиперкальциемию.

Питание должно быть дробным (5–6 раз в день небольшими порциями), с ограничением жирной, жареной, острой пищи, а также продуктов, стимулирующих избыточную секрецию ферментов. Рекомендуются щадящая диета с достаточным содержанием белка, витаминов и микроэлементов. При хроническом панкреатите важным элементом профилактики является регулярный приём ферментных препаратов, которые снижают нагрузку на поджелудочную железу и улучшают пищеварение.

Особое значение имеет своевременное лечение заболеваний печени и желчевыводящих путей (желчнокаменной болезни, холецистита, дискинезии), так как билиарная патология часто является причиной панкреатита. Также необходимо избегать бесконтрольного приёма лекарственных препаратов, особенно тех, которые могут оказывать токсическое влияние на поджелудочную железу.

Дополнительно рекомендуется соблюдать режим питания и сна, избегать длительных перерывов между приёмами пищи и переедания. Важна умеренная физическая активность, которая улучшает обмен веществ и снижает риск метаболических нарушений. Следует минимизировать стрессовые факторы, так как хронический стресс может опосредованно влиять на функцию пищеварительной системы.

Пациентам с хроническим панкреатитом показано регулярное наблюдение у врача, периодическое проведение лабораторных и инструментальных исследований для контроля состояния поджелудочной железы. Раннее выявление обострений и их своевременное лечение позволяют предотвратить развитие тяжёлых осложнений, таких как панкреонекроз, сахарный диабет и ферментная недостаточность (Spanier BW, 2013).

### **Заключение**

Таким образом- панкреатит мультифакторное воспалительное заболевание поджелудочной железы, требующее комплексного подхода к диагностике, лечению и профилактике. Ранняя диагностика, индивидуализированная терапия, диета и изменение образа жизни значительно снижают риск осложнений и способствуют улучшению качества жизни пациентов.

Современные методы диагностики и терапии позволяют своевременно выявлять тяжесть заболевания и корректировать лечение, что особенно важно при острых формах с высоким риском полиорганной недостаточности и при хроническом течении с необратимым разрушением тканей поджелудочной железы.

### **Список литературы:**

1. Banks PA, Freeman ML. Practice guidelines in acute and chronic pancreatitis. *Gastroenterology*, 2006;130:223–253.
2. Forsmark CE. Management of chronic pancreatitis. *Gastroenterology*, 2013;144:1282–1293.
3. Lankisch PG, Apte M, Banks PA. Acute pancreatitis. *Lancet*, 2015;386:85–96.
4. Yadav D, Lowenfels AB. The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. *Gastroenterology*, 2013;144:1252–1261.
5. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*, 2013;108:1400–1415.
6. Spanier BW, Dijkgraaf MG, Bruno MJ. Epidemiology, aetiology and outcome of acute and chronic pancreatitis: an update. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2008;22:45–63.
7. Mayerle J, et al. Genetics, cell biology, and pathophysiology of pancreatitis. *Gastroenterology*, 2019;156:1951–1968.
8. Papachristou GI, et al. Comparison of BISAP, Ranson's, APACHE-II, and CTSI scores in predicting severity of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*, 2010;105:435–441.
9. Gardner TB, et al. Nutritional support in acute pancreatitis. *World J Gastroenterol*, 2011;17:117–124.
10. Domínguez-Muñoz JE. Pancreatic enzyme replacement therapy in chronic pancreatitis. *World J Gastroenterol*, 2014;20:14604–14614.
11. Baron TH, et al. Endoscopic management of pancreatic pseudocysts. *Gastrointest Endosc*, 2005;61:33–41.
12. van Santvoort HC, et al. Step-up approach versus open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. *N Engl J Med*, 2010;362:1491–1502.