

Date: 13th October-2026

**ЗОНАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ КЛЕТЧАТКИ В ДИАГНОСТИКЕ
ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

Кадиоров Р.Н., Камолов С.Ж., Мавлянов Ф.Ш.

*Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, г. Самарканд, Республика Узбекистан*

Введение. Ультразвуковое исследование (УЗИ) является наиболее доступным методом динамического контроля при тяжёлом остром панкреатите, однако стандартный протокол ориентирован на оценку железы и жидкостных скоплений, а изменения парапанкреатической клетчатки описываются качественно. Цель исследования — разработать протокол зонального УЗИ парапанкреатической клетчатки и оценить диагностическую ценность комбинированного зонального критерия в выявлении инфицирования панкреонекроза.

Материал и методы. Исследование выполнено в Самаркандском филиале РНЦЭМП (2019–2025 гг.) и включало 176 больных тяжёлым острым панкреатитом. Стерильное течение отмечено у 91, инфицированное — у 85 больных. УЗИ выполняли на аппарате GE LOGIQ P9 конвексным датчиком 1–5 МГц в течение часа от поступления и повторно на 3-и и 5–7-е сутки. Выделяли пять анатомических зон: зона 1 — между задней поверхностью тела и хвоста железы и селезёночной артерией; зона 2 — по передней поверхности головки кзади от луковицы двенадцатиперстной кишки и желудка; зона 3 — между перешейком, телом, хвостом и венозным конfluence; зона 4 — между медиальной поверхностью головки и латеральной полуокружностью конfluence; зона 5 — между крючковидным отростком и задней стенкой конfluence. В каждой зоне оценивали толщину, эхогенность и однородность рыхлой соединительной ткани, сохранность границы с железой и дифференцировку сосудистой стенки. Комбинированный критерий (ультразвуковые признаки и КТ-денситометрия зон) сопоставляли с бактериологическим исследованием как референсным стандартом.

Результаты. Доступность зон для визуализации закономерно снижалась от 86,9% для зоны 1 до 67,0% для зоны 5 вследствие глубины залегания и экранирования газом при парезе кишечника. Наиболее частым признаком во всех зонах было утолщение слоя соединительной ткани (51,1–62,2%), наиболее редким — потеря визуализации сосудистой стенки (19,0–29,9%). Сохранение порядка частот от зоны к зоне отражает единую последовательность изменений: сначала нарастает толщина слоя, затем снижается эхогенность, стирается граница с железой и лишь при выраженном процессе исчезает дифференцировка сосудистой стенки. Комбинированный зональный критерий показал чувствительность 84,7% (95% ДИ 75,3–91,6), специфичность — 78,0%, PPV — 78,3%, NPV — 84,5%, диагностическую точность — 81,3%. Ложноотрицательные результаты получены в 13 наблюдениях.



Date: 13thOctober-2026

Обсуждение. Ограничение акустического окна для глубоких зон компенсируется КТ-денситометрией, не зависящей от пареза кишечника. Высокая NPV позволяет у больных без ультразвуковых и денситометрических признаков поражения зон воздержаться от тонкоигольной аспирации, однако ложноотрицательные случаи требуют сохранения динамического лабораторного контроля.

Заключение. Зональное УЗИ парапанкреатической клетчатки выявляет закономерную последовательность её изменений при тяжёлом остром панкреатите, а в сочетании с КТ-денситометрией обеспечивает диагностическую точность 81,3% в выявлении инфицированного панкреонекроза.

Ключевые слова: тяжёлый острый панкреатит, ультразвуковое исследование, парапанкреатическая клетчатка, инфицированный панкреонекроз.

