

Date: 15th June-2026

ДИНАМИКА МАРКЁРОВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА И
БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФИЦИРОВАННОГО
ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Абдулсаидов С.К., Курбаниязов З.Б., Кадиров Р.Н.

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

Введение. Отдельные лабораторные маркёры обладают недостаточной специфичностью в распознавании инфицирования панкреонекроза, поскольку их уровень при поступлении во многом отражает тяжесть стерильного воспаления. Цель исследования — изучить динамику маркёров воспалительного ответа при стерильном и инфицированном течении тяжёлого острого панкреатита, определить оптимальный срок для решения об инвазивной верификации и охарактеризовать микрофлору очагов деструкции.

Материал и методы. Обследовано 176 больных тяжёлым острым панкреатитом (Самаркандский филиал РНЦЭМП, 2019–2025 гг.): стерильное течение — 91 (51,7%), инфицированное — 85 (48,3%). С-реактивный белок (СРБ), прокальцитонин (ПКТ), пресепсин, интерлейкин-6 (ИЛ-6), нейтрофильно-лимфоцитарное отношение (НЛО) и лейкоциты определяли в 1-е, 3-и и 5–7-е сутки (анализаторы Cobas c311/e411). Бактериологически исследован материал от 112 больных (содержимое дренажей — 74, интраоперационный материал — 47, тонкоигольная аспирация — 39); идентификация и чувствительность — на VITEK 2 Compact с интерпретацией по EUCAST (2024).

Результаты. Уже в 1-е сутки все маркёры были выше при последующем инфицировании ($p < 0,001$): СРБ — 222 ± 57 против 181 ± 48 мг/л, ПКТ — $6,7 \pm 2,8$ против $3,8 \pm 1,9$ нг/мл, пресепсин — 1410 ± 370 против 1110 ± 290 пг/мл, ИЛ-6 — 212 ± 49 против 161 ± 38 пг/мл, НЛО — $14,7 \pm 4,3$ против $11,8 \pm 3,7$. При стерильном течении показатели достигали пика на 3-и сутки и затем снижались (ПКТ к 5–7-м суткам — до $3,2 \pm 1,7$ нг/мл), при инфицированном — продолжали расти: к 5–7-м суткам ПКТ — $9,7 \pm 3,6$ нг/мл, пресепсин — 2050 ± 490 пг/мл, ИЛ-6 — 291 ± 67 пг/мл, СРБ — 328 ± 76 мг/л, НЛО — $17,2 \pm 5,0$. К концу 1-й недели межгрупповое расхождение превышало различие первых суток в 2–3 раза. Инфицирование подтверждено на 4–7-е сутки у 21,2%, на 8–14-е — у 49,4%, на 15–21-е — у 22,4%, позднее 21 суток — у 7,1% больных. Рост микрофлоры получен у 73 из 112 больных (65,2%): монокультура — в 71,2%, полимикробные ассоциации — в 28,8% положительных посевов, причём доля ассоциаций нарастала при повторных посевах.

Обсуждение. Информативным является не абсолютный уровень маркёров, а направление их динамики. Расхождение траекторий к 5–7-м суткам определяет этот срок как оптимальную точку для решения об инвазивной верификации. Нарастание доли полимикробных ассоциаций при повторных посевах отражает поэтапное



Date: 15th June-2026

присоединение госпитальной флоры и обосновывает микробиологический контроль при каждой смене дренажей.

Заключение. Продолжающийся рост ПКТ, пресепсина, ИЛ-6 и СРБ после 3-х суток является признаком инфицирования панкреонекроза; 5–7-е сутки — оптимальный срок для принятия решения об инвазивной диагностике и вмешательстве.

Ключевые слова: *инфицированный панкреонекроз, прокальцитонин, пресепсин, интерлейкин-6, С-реактивный белок, бактериологическое исследование.*

