

9. Lyndina, M.L. Sosudistye narusheniya pri ozhireнии: faktory riska i klinicheskie osobennosti/ M.L. Lyndina, A.N. Shishkin // *Juvenis scientia*.- 2018.- № 2.- P. 9-13. (In Russ.)
10. Smirnova, E. N. Disfunktsiya endoteliya u zhenshchin s ozhireнием v rannem postmenopauzal'nom periode/ E.N. Smirnova, O.N. Turuntseva, S.G. Shul'kina // *Vyatskii meditsinskii vestnik*.- 2017.- Vol.1, №53.- P. 23-27. (In Russ.)
11. Tolstov, S.N. Endothelial Dysfunctions and their Correction in Women with Early Postmenopause/ S.N. Tolstov, I.A. Salov, A.P. Rebrov // *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*.- 2017.- Vol.13, №2.- P. 191-196. (In Russ). DOI: 10.20996/1819-6446-2017-13-2-191-196

УДК 616.9:616.311
© Коллектив авторов, 2022

М.Н. Вильданов, Л.П. Герасимова, Т.С. Чемикосова
ОЦЕНКА БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ
С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ ПО АВТОРСКОЙ ПРОГРАММЕ ДЛЯ ЭВМ
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа

Цель исследования: оценить субъективные болевые ощущения с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) боли у пациентов с различными формами красного плоского лишая (КПЛ) по авторской программе для ЭВМ в состоянии покоя, при разговоре, при приеме пищи и чистке зубов.

Материал и методы. Проведена оценка болевых ощущений у 287 пациентов с верифицированным диагнозом КПЛ и у 32 пациентов контрольной группы с использованием ВАШ боли по авторской программе для ЭВМ «PainStim – оценка болевых ощущений».

Результаты и обсуждение. Наиболее высокие показатели по ВАШ боли отмечались у пациентов с эрозивно-язвенной формой (ВАШ = 37,6±13,7), буллезной формой (ВАШ = 31,0±6,6) при разговоре, приеме пищи, чистке зубов у данных пациентов показатели ВАШ существенно были выше – 77,4±9,18 и 68,0±5,44 соответственно, что интерпретировалось как «сильные болевые ощущения». Гиперкератотическая и экссудативно-гиперемическая формы КПЛ при приеме пищи имели показатели по ВАШ боли 15,0±5,02 и 11,6±4,71 соответственно, что интерпретировалось как «слабые болевые ощущения». Пациенты с атипичной формой КПЛ при разговоре отмечали дискомфорт, слабые болезненные ощущения (ВАШ = 11,4±2,76), при приеме пищи и чистке зубов по ВАШ = 44,6±9,42, что является верхней границей между слабыми и умеренными болевыми ощущениями. У пациентов с типичной формой КПЛ не отмечалось каких-либо болевых ощущений как в состоянии покоя и при разговоре, так и при приеме пищи и чистке зубов. Статистически значимого различия между основной и контрольной группами не выявлено.

Заключение. Установлена зависимость между интенсивностью болезненных ощущений от форм КПЛ (эрозивно-язвенной, буллезной, атипичной, экссудативно-гиперемической и атипичной). Полученные данные свидетельствуют о необходимости включения цифровой оценки болевых ощущений в различных состояниях (в покое, при разговоре, приеме пищи, чистке зубов) при КПЛ в протокол комплексного обследования пациентов и на этапах их лечения.

Ключевые слова: красный плоский лишай, боль, диагностика и оценка боли, цифровая диагностика.

M.N. Vildanov, L.P. Gerasimova, T.S. Chemikosova
ASSESSMENT OF PAIN IN PATIENTS WITH ORAL LICHEN PLANUS
USING THE AUTHOR'S PROGRAM

Purpose: to evaluate subjective pain sensations using the visual analogue scale (VAS) of pain in patients with various forms of oral lichen planus (OLP) using the author's computer program at rest, while talking, while eating (brushing teeth).

Material and methods. Pain sensations were assessed in 287 patients with a verified diagnosis of OLP and 32 patients in the control group using the VAS of pain using the author's computer program «PainStim – pain assessment».

Results and discussion. The highest VAS scores for pain were observed in patients with erosive-ulcerative form (VAS = 37,6±13,7), bullous form (VAS = 31,0±6,6) during conversation; when eating (brushing teeth) in these patients, the VAS values were significantly higher – 77,4±9,18 and 68,0±5,44, respectively, which was interpreted as «severe pain». Hyperkeratotic and exudative-hyperemic forms of LP when eating had pain VAS scores of 15,0±5,02 and 11,6±4,71, respectively, which was interpreted as «weak pain». Discomfort, weak pain sensations (VAS = 11,4±2,76) were noted as an atypical form of OLP when talking, while taking 44,6±9,42, which is the upper limit between «weak» and «moderate» pain sensations. In patients with a typical form of LP, there were no pain sensations both at rest, when talking, and when eating; there was no statistically significant difference between the control group.

Conclusions. A relationship was established between the intensity of pain sensations and the form of OLP (erosive-ulcerative, bullous, atypical, exudative-hyperemic and atypical). The data obtained indicate the need to include a digital assessment of pain in various states (at rest, while talking, while eating/brushing teeth) with OLP in the protocol of a comprehensive examination of patients and at the stages of treatment.

Key words: oral lichen planus, pain, diagnosis and assessment of pain.

Красный плоский лишай полости рта (КПЛ) является относительно распространенным иммуноопосредованным заболеванием, при котором пациенты часто испытывают дискомфорт, различной степени болезненные ощущения в полости рта, затруднение при приеме пищи и значительное ухудшение качества жизни в результате стойкого воспале-

ния и изъязвления слизистой оболочки рта (СОП) [1,2]. Данное заболевание может сопровождаться различными клиническими проявлениями, начиная от характерных белых ретикулярных поражений и заканчивая эритемой и изъязвлением СОП.

Поскольку у этого заболевания нет однозначной этиологии, основной целью лече-

ния КПЛ являются уменьшение болезненных симптомов в полости рта, корригирование репаративных процессов и улучшение качества жизни пациентов, связанное со здоровьем полости рта [3-6].

Согласно определению, предложенному Международной ассоциацией по изучению боли (IASP), «Боль – это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или описываемое человеком в терминах такого повреждения» [7]. Ввиду того, что симптоматика КПЛ, особенно при эрозивных формах, тяжелая и болезненная, а лечение длительное, у пациентов прослеживается связь между клиникой и тревожно-депрессивными состояниями.

Субъективные ощущения, сообщаемые пациентами, такие как боль, могут быть использованы в качестве ключевых показателей как в клинической практике, так и в исследованиях на всех этапах лечения.

Цель исследования – оценить субъективные болевые ощущения с использованием визуально-аналоговой шкалы боли у пациентов с различными формами КПЛ с применением авторской программы для ЭВМ в состоянии покоя, при разговоре, при приеме пищи, чистке зубов.

Материал и методы

Стоматологическое обследование было проведено на базах кафедры терапевтической стоматологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России и Клинической стоматологической поликлиники ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения. В исследовании участвовали 287 пациентов (основная группа); средний возраст которых составил $47,8 \pm 9,0$ года; мужчин – 121

(42,1%), женщин – 166 (57,9%) с верифицированным диагнозом красный плоский лишай, с поражением только СОР.

В контрольную группу пациентов вошли 32 человека (мужчин 13 (39%), женщин – 19 (61%)) в возрасте $48,4 \pm 7,6$ года, обратившихся с теми или иными жалобами по поводу заболеваний тканей пародонта.

Оценку субъективных болевых ощущений при КПЛ проводили с помощью авторской программы «PainStim – оценка болевых ощущений» (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2022614825), в которой реализованы общепринятые шкалы болевых ощущений, такие как визуально-аналоговая (Visual analog scale, VAS), числовая рейтинговая (Numeric rating scale, NRS), шкала Wong-Baker (Wong-Baker scale, WBS) и вербально-рейтинговая шкала (Verbal rating scale, VRS) оценки болевых ощущений (см. рисунок). После тестирования программа автоматически выдает результаты и интерпретацию каждого теста [8]. Пациенты основной и контрольной групп отмечали уровень болевых ощущений в состоянии покоя, во время разговора, при приеме пищи, чистке зубов по визуально-аналоговой шкале боли на планшете под управлением операционной системы Андроид. Градация оценки ВАШ (в % от общей длины шкалы): 0-4 – отсутствие боли; 5-44 – слабая боль; 45-74 – умеренная боль; 75-100 – сильная боль.

В отличие от традиционного тестирования, использование программы «PainStim – оценка болевых ощущений» позволяет безошибочно рассчитывать и интерпретировать полученные результаты; значительно сократить временные затраты; полностью исключить использование бумажных носителей, сокращая тем самым материальные издержки.

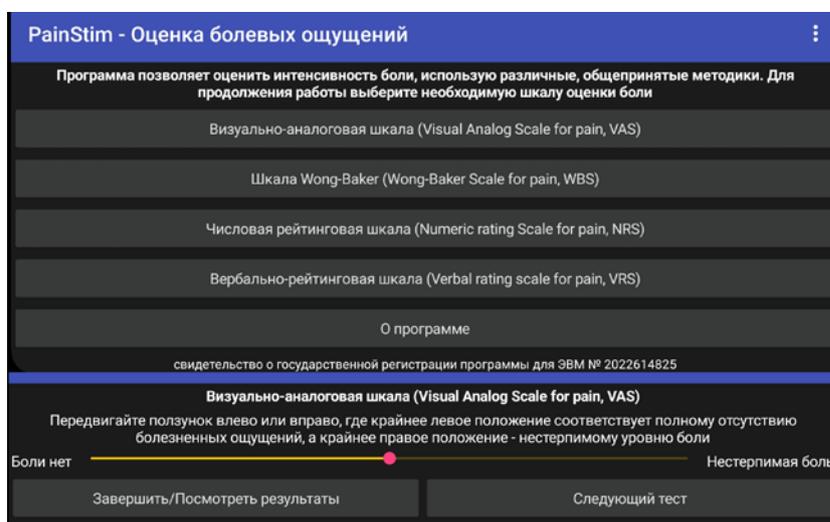


Рис. Интерфейс авторской программы «PainStim – оценка болевых ощущений»

Статистическая обработка данных была проведена в Prism – GraphPad v.8.01, в Microsoft Excel 2019. После объединения результатов в единую базу была проведена окончательная оценка субъективных болевых ощущений у пациентов основной группы (с различными формами КПЛ) и у пациентов контрольной группы. Статистический анализ проводился с проверкой групп на нормальность распределения (критерий Колмогорова–Смирнова) и применением непараметрических методов множественного сравнения (критерий Данна).

Результаты и обсуждение

Жалобы пациентов с КПЛ варьировались от их отсутствия, измененного («необычный») вида СОР, чувства стянутости

слизистой ротовой полости до болезненности различной степени выраженности при приеме пищи, чистке зубов и разговоре.

Верификация диагноза и клинических форм была проведена на основании жалоб, анамнеза с применением дополнительных методов обследования: аутофлюоресцентной стоматоскопии, люминесценции, дифференциальной диагностики.

После обработки результатов стоматологического обследования получены следующие данные: наиболее часто встречались типичная (39,7%, n=114), эрозивно-язвенная (31,0%, n=89) и экссудативно-гиперемическая (21,9%, n=63) и другие формы КПЛ (7,4%, n=21) (табл.1).

Таблица 1

Клинические формы красного плоского лишая в структуре обследованных пациентов (n=287)

Формы КПЛ	Общее количество, n=287	Мужчин, n=121	Женщин, n=166	Возраст, $\bar{X} \pm SD$
Типичная	114	44	70	45,1±9,0
Эрозивно-язвенная	89	47	42	48,8±8,9
Экссудативно-гиперемическая	63	25	38	51,2±8,7
Атипичная	10	3	7	49,2±4,3
Буллезная	6	2	4	43,5±4,3
Гиперкератотическая	5	0	5	51,0±8,5

В состоянии покоя (рот пациента закрыт, отсутствуют какие-либо движения языком, щеками) между пациентами контрольной группы и пациентами с КПЛ не выявлено каких-либо статистически значимых различий, визуально-аналоговая шкала

(ВАШ) интерпретировалась как «отсутствие боли». Пациенты контрольной группы в состоянии покоя, при разговоре, при приеме пищи, чистке зубов не испытывали каких-либо болевых ощущений в полости рта (табл. 2).

Таблица 2

Оценка болевых ощущений по шкале ВАШ у пациентов основной и контрольной групп в состоянии покоя, при разговоре, при приеме пищи и чистке зубов

Формы КПЛ	Количество, n=319	В состоянии покоя		При разговоре		При приеме пищи и чистке зубов	
		ВАШ, $\bar{X} \pm SD$	95% ДИ	ВАШ, $\bar{X} \pm SD$	95% ДИ	ВАШ, $\bar{X} \pm SD$	95% ДИ
Типичная	114	1,37±1,49	1,09 - 1,64	2,00±1,67	1,69 - 2,31	2,78±1,44**	2,51 - 3,05
Эрозивно-язвенная	89	4,9±2,57	4,36 - 5,44	37,6±13,7***	34,8 - 40,5	77,4±9,18***	75,5 - 79,4
Экссудативно-гиперемическая	63	3,32±1,98	2,82 - 3,82	4,54±1,65	4,12 - 4,96	11,6±4,71***	10,4 - 12,7
Атипичная	10	1,9±1,37	0,92 - 2,88	11,4±2,76***	9,43 - 13,4	44,6±9,42***	37,9 - 51,3
Буллезная	6	4,67±1,37	3,23 - 6,1	31,0±6,6***	24,1 - 37,9	68,0±5,44***	62,3 - 73,7
Гиперкератотическая	5	1,83±0,75	1,04 - 2,62	4,17±1,94	2,13 - 6,2	15,0±5,02***	9,73 - 20,3
Пациенты контрольной группы	32	0,34±0,6	0,12 - 0,56	0,53±0,76	0,25 - 0,8	0,68±0,78	0,40 - 0,96

* – критерий Данна, различия статистически значимы по сравнению с контрольной группой (p<0,05);

** – критерий Данна, различия статистически значимы в группе КПЛ (p<0,05).

У пациентов с типичной формой КПЛ не отмечалось каких-либо болевых ощущений ни в состоянии покоя, ни при разговоре, ни при приеме пищи, ни чистке зубов. Тем не менее единичные пациенты сообщали о небольшом дискомфорте при приеме пищи, что в общей картине статистически было не значимо (табл.2).

Пациенты с эрозивно-язвенной формой (ВАШ = 37,6±13,7) и буллезной формой (ВАШ = 31,0±6,6) отмечали дискомфорт, слабые болезненные ощущения. При приеме пищи и чистке зубов у данных пациентов показатели по ВАШ существенно были вы-

ше – 77,4±9,18 и 68,0±5,44 баллов соответственно, что интерпретировалось как сильные болевые ощущения. Со слов пациентов, особенно провоцировала боль горячая и острая пища.

Гиперкератотическая и экссудативно-гиперемическая формы КПЛ статистически значимо проявлялись при оценке по ВАШ при приеме пищи и чистке зубов. Значения по ВАШ при таком тестировании составили 15,0±5,02 и 11,6±4,71 в баллах соответственно, что интерпретировалось как слабые болевые ощущения. В состоянии покоя и при разговоре данные формы КПЛ статистически

значимо не различались по сравнению с аналогичными показателями у пациентов контрольной группы.

Пациенты с атипичной формой КПЛ при разговоре отмечали дискомфорт и слабые болезненные ощущения (ВАШ=11,4±2,76). При приеме пищи и чистке зубов значения статистически значимо были выше и составили 44,6±9,42 балла, что является верхней границей между слабыми и умеренными болевыми ощущениями.

Заключение

Проведенное исследование 287 пациентов с КПЛ и 32 пациентов контрольной группы с использованием авторской программы «PainStim – оценка болевых ощущений» достоверно установило зависимость между интенсивностью болезненных ощущений и формой КПЛ. Наибольший уровень болезненных ощущений отмечался у пациентов с эрозивно-язвенной формой КПЛ (ВАШ = при разговоре

37,6±13,7; приеме пищи и чистке зубов 77,4±9,18).

Болевые ощущения у пациентов с эрозивно-язвенной, буллезной, атипичной, экссузативно-гиперемической, гиперкератотической формами КПЛ повышались, начиная от состояния покоя до состояния приема пищи и чистки зубов.

Изучение болевых ощущений при приеме пищи и чистке зубов дало наиболее дифференцированную и информативную оценку форм КПЛ (критерий Данна, $p < 0,05$). В связи с этим нами рекомендовано оценивать болевые ощущения именно при таком состоянии.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости включения цифровой оценки болевых ощущений при различных состояниях (в покое, при разговоре, при приеме пищи и чистке зубов) при КПЛ в протокол комплексного обследования пациентов и на этапах их лечения.

Сведения об авторах статьи:

Вильданов Марат Нафисович – к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: vilmaren@mail.ru.

Герасимова Лариса Павловна – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Чемикосова Татьяна Степановна – к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

- Герасимова, Л.П. Особенности стоматологического статуса у пациентов с кератозами слизистой оболочки рта / Л.П. Герасимова, Т.С. Чемикосова, М.Н. Вильданов // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. – Т. 9, № 6. – С. 47-50.
- Гурьевская О.А. Некоторые особенности клинической манифестации типичных и осложненных форм красного плоского лишая на слизистой оболочке рта по данным наблюдения. / О.А. Гурьевская, М.А. Ливзан, И.Н. Усманова [и др.] // Проблемы стоматологии. – 2021. – Т. 17, № 1. – С. 63-69.
- Дороженко, И.Ю. Красный плоский лишай, COVID-19 и депрессия: психосоматические корреляции / И.Ю. Дороженко, Е.С. Снарская, М.В. Михайлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2022. – Т. 122, № 1. – С. 122-125.
- Ибрагимова, М.Х. Красный плоский лишай полости рта. Клиника и лечение / М.Х. Ибрагимова, З.У. Муродова, Ш.И. Самадова // Stomatologiya. – 2020. – № 4. – С. 45-48.
- Красный плоский лишай / О.Ю. Олисова [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2020. – Т. 23, № 5. – С. 356-360.
- Особенности проявлений различных форм плоского лишая на слизистой оболочке рта по данным клинического наблюдения / О. А. Гурьевская, И. Н. Усманова // Dental Forum. – 2021. – № 4(83). – С. 24.
- Особенности современного клинического течения красного плоского лишая / Р.А. Равдин [и др.] // Проблемы медицинской микологии. – 2020. – Т. 22, № 3. – С. 119-120.
- Оценка симптомов боли, сухости, жжения при различных формах плоского лишая слизистой оболочки рта / О.А. Гурьевская, И.Н. Усманова, В.О. Сенина, Р.Д. Юнусова // Российская стоматология. – 2022. – Т. 15, № 2. – С. 41-43.
- Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ 2022614825. Российская Федерация. PainStim – оценка болевых ощущений / М.Н. Вильданов, Л.П. Герасимова, Т.С. Чемикосова; заявитель федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации – № 2022614825; заявл. 15.03.2022; опубл. 28.03.2022. – 1 с.
- Современный взгляд на этиологию и патогенез плоского лишая и лихеноидных поражений слизистой оболочки рта / О.А. Гурьевская, И.Н. Усманова, З.Р. Хисматуллина [и др.] // Проблемы стоматологии. – 2021. – Т. 17, № 2. – С. 5-13.
- Сурдина, Э.Д. Критерии оценки тяжести течения красного плоского лишая слизистой оболочки рта / Э.Д. Сурдина, А.В. Силин, Г.Г. Родионов // Медицинский альянс. – 2021. – Т. 9, № 1. – С. 73-81.
- The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises / S.N. Raja [et al.] // Pain. – 2020. – Vol. 161, № 9. – P. 1976-1982.

REFERENCES

- Gerasimova L.P., Chemikosova T.S., Vildanov M.N. Features of the dental status in patients with keratoses of the oral mucosa. Bashkortostan Medical Journal. 2014;9(6):47-50. (in Russ.).
- Guryevskaya O.A. Some features of clinical manifestation of typical and complicated forms of lichen planus on the oral mucosa according to observation data. / O.A. Guryevskaya, M.N. Livzan, I.N. Usmanova et al. // Actual problems in dentistry. 2021;7(1): 63-69. (in Russ.).
- Dorozhenok I.Yu., Snarskaya E.S., Mikhailova M.V. Lichen planus, COVID-19 and depression: psychosomatic correlations / S.S. Kor-sakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2022;122(1):122-125. (in Russ.) doi: 10.17116/jnevro2022122011122.
- Ibragimova M.Kh., Murodova Z.U., Samadova Sh.I. Lichen planus of the oral cavity. Clinic and treatment. Stomatologiya. 2020;(4):45-48. (in Russ.). doi: 10.34920/2091-5845-2020-94.

5. Olisova O.Yu. [et al.]. Lichen planus. Russian Journal of Skin and Venereal Diseases. 2020;23(5):356-360. (in Russ.). doi: 10.17816/dv59113.
6. Features of the manifestations of various forms of lichen planus on the oral mucosa according to clinical observation. / O.A. Guryevskaya, I.N. Usmanova. // Dental Forum. 2021;83 (4): 24. (in Russ.).
7. Ravodin R.A. [et al.]. Features of the modern clinical course of lichen planus. Problems of Medical Mycology. 2020;22(3):119-120. (in Russ.).
8. Assessment of symptoms of pain, dryness, burning in various forms of lichen planus of the oral mucosa / O. A. Guryevskaya, I. N. Usmanova, V. O. Senina, R. D. Yunusova // Russian dentistry. 2022;15(2): 41-43. (in Russ.).
9. Vildanov M.N., Gerasimova L.P., Chemikosova T.S. Certificate of state registration of the computer program № 2022614825. Russian Federation. PainStim – Pain Score. The applicant is a Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Bashkir State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Appl. 15.03.2022. Publ. 28.03.2022. 1 p. (in Russ.).
10. A modern view on the etiology and pathogenesis of lichen planus and lichenoid lesions of the oral mucosa / O. A. Guryevskaya, I. Usmanova, Z. R. Hismatullina [et al.] // Actual Problems in Dentistry. 2021;17(2): 5-13. (in Russ.).
11. Surdina E.D., Silin A.V., Rodionov G.G. Criteria for assessing the severity of lichen planus of the oral mucosa. Medical Alliance. 2021;9(1):73-81. (in Russ.).
12. Raja S.N. [et al.]. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9):1976-1982.

УДК 617-089.844

© В.А. Руденко, Л.Н. Какаулина, И.В. Верзакова. 2022

В.А. Руденко^{1,2}, Л.Н. Какаулина^{1,2}, И.В. Верзакова¹
**ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ
 ПАНКРЕАТОГЕННЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ**

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ РБ «Больница скорой медицинской помощи», г. Уфа

Цель исследования: оценить возможность использования ультразвуковой диагностики для прогнозирования тяжести острого панкреатита, влияние ультразвуковых признаков, в частности жидкостных скоплений, выявленных в первые три дня госпитализации на вероятность развития осложнений, необходимость оперативного вмешательства и длительность госпитализации.

Материал и методы. Проведен анализ результатов ультразвукового исследования органов брюшной полости, полученных в первые три дня госпитализации 324 пациентов с диагнозом острый панкреатит. По факту законченного случая заболевания определялась степень тяжести согласно последнему пересмотру классификации Атланта.

Результаты. Оценили влияние ультразвуковых признаков при развитии тяжелого острого панкреатита на возможность формирования осложнений, необходимость оперативного вмешательства и длительность госпитализации с помощью бинарной логистической регрессии. Статистической значимостью обладают следующие показатели: наличие слабоограниченного скопления жидкости ($p < 0,001$), отсутствие визуализации поджелудочной железы вследствие аэроколии ($p < 0,001$).

Вывод. Учитывая доступность ультразвукового метода, необходимо рационально использовать его с целью раннего прогнозирования тяжести острого панкреатита.

Ключевые слова: острый панкреатит, панкреонекроз, ультразвуковое исследование.

V.A. Rudenko, L.N. Kakaulina, I.V. Verzakova
**PREDICTIVE USEFULNESS FOR ULTRASOUND
 OF PERIPANCREATIC FLUID COLLECTIONS**

Objective. To assess the usefulness of abdominal ultrasound for the evaluation of patients with acute pancreatitis (AP).

Material and methods. Our retrospective study included 324 hospitalized patients with AP. According to the Atlanta criteria, 60.5% of patients had mild and 38.5% had severe AP. Ultrasound examination was performed in emergency at admission and in follow-up at 3 days.

Results. Assessed the influence of ultrasound signs in the development of severe acute pancreatitis on the possibility of complications, the need for surgical intervention and the duration of hospitalization with the help of binary logistic regression. The following indicators are of statistical significance: the presence of a weakly detaminded accumulation of liquid ($p < 0.001$), lack of pancreatic imaging due to aerocolia ($p < 0.001$).

Conclusion. Given the availability of the ultrasound method, it is necessary to rationally use it for early prediction of the severity of acute pancreatitis.

Key words: acute pancreatitis, pancreatic necrosis, ultrasound.

Острый панкреатит (ОП) является ургентной высоколетальной патологией, требующей своевременной достоверной диагностики. Наиболее важно раннее выявление тяжелого панкреатита, результаты лечения которого во многом обусловлены временем начала заболевания [1,2]. Основанием для установления диагноза острого панкреатита, кроме общепринятых трех критериев (боли в животе,

трехкратное повышение амилазы или липазы, результаты визуализации органов брюшной полости), является оценка органной дисфункции, а также распространенности некроза поджелудочной железы и наличие инфицирования [3]. Компьютерная томография (КТ) с контрастированием считается методом выбора для диагностики, стадирования и выявления осложнений ОП [4,5]. Классификация