



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# **TIBBIYOTDA YANGI KUN**

**Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal**



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**6 (80) 2025**

**Сопредседатели редакционной коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:  
М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ  
Б.З. АБДУСАМАТОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЪЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Б.Б. ХАСАНОВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
Б.З. ХАМДАМОВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**6 (80)**

**2025**

*июнь*

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com> E:

[ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

Received: 20.05.2025, Accepted: 10.06.2025, Published: 15.06.2025

УДК 616.37-002-089:616.13/14

## КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Юлдашев Отабек Мирзакулович <https://orcid.org/0009-0009-2893-6103>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,  
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Резюме

*Хронический панкреатит — это хроническое фибро-воспалительное заболевание поджелудочной железы, проявляющееся рецидивирующими болями в животе, сахарным диабетом и нарушением питания. Он может приводить к ряду других осложнений, таких как образование псевдокист, доброкачественные стриктуры желчных протоков, обструкция выходного отдела желудка, а также сосудистые осложнения — венозный тромбоз, варикозное и ложное аневризматическое кровотечение.*

*Развитие варикозного расширения вен, как правило, связано с хроническим венозным тромбозом и формированием коллатералей, при этом варикозное кровотечение обычно успешно поддаётся эндоскопической терапии.*

*Кровотечение из ложной аневризмы может носить катастрофический характер и требует радиологического вмешательства — цифровой субтракционной ангиографии с последующей эндоваскулярной облитерацией либо, в технически сложных случаях, чрескожного или эндо УЗИ-направляемого доступа.*

*Кровотечения, связанные с лечебно-диагностическими процедурами, чаще имеют венозный характер и, как правило, поддаются консервативной терапии. Однако артериальные кровотечения после процедур могут потребовать радиологических вмешательств*

*Ключевые слова: Хронический панкреатит, Ложная аневризма, Сосудистые осложнения, Варикозное расширение вен*

## CLINICOPATHOGENETIC ASPECTS OF VASCULAR COMPLICATIONS IN CHRONIC PANCREATITIS

Yuldashev Otabek Mirzaqulovich

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1  
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Resume

*Chronic pancreatitis is a chronic fibro-inflammatory disease of the pancreas characterized by recurrent abdominal pain, diabetes mellitus, and nutritional impairment. It can lead to a range of complications, including pseudocyst formation, benign biliary strictures, gastric outlet obstruction, as well as vascular complications such as venous thrombosis, variceal bleeding, and pseudoaneurysmal hemorrhage.*

*The development of varices is generally associated with chronic venous thrombosis and collateral formation, with variceal bleeding typically responding well to endoscopic therapy.*

*Bleeding from a pseudoaneurysm can be catastrophic and requires radiological intervention—digital subtraction angiography followed by endovascular obliteration, or in technically challenging cases, percutaneous or endoscopic ultrasound (EUS)-guided access.*

*Bleeding related to diagnostic and therapeutic procedures is more often of venous origin and usually amenable to conservative treatment. However, arterial bleeding post-procedures may necessitate radiological intervention*

*Keywords: Chronic pancreatitis, Pseudoaneurysm, Vascular complications, Varices*



## XRONIK PANKREATITDA QON TOMIR ASORATLARINING KLINIKO-PATOGENETIK JIHATLARI

Yuldashev Otabek Mirzaqulovich

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1  
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Rezyume

**Xronik pankreatit — bu pankreasning qayta-qayta qaynashi va yallig'lanishi bilan kechadigan kasallik bo'lib, u takroriy qorinch og'riqi, qandli diabet va ovqatlanish buzilishlari bilan namoyon bo'ladi. U turli asoratlarga olib kelishi mumkin, jumladan psevdokista shakllanishi, engil jigar yo'llari tortishi, oshqozon chiqish qismida to'sqinlik hamda tomir asoratlari — venoz tromboz, varikoz qon ketishi va yolg'on anevrizma bilan bog'liq qon ketishi.**

**Varikoz tomirlarnig rivojlanishi odatda uzoq muddatli venoz tromboz va kollateral'lar shakllanishi bilan bog'liq bo'lib, varikoz qon ketishi ko'pincha endoskopik terapiyaga yaxshi moslashadi.**

**Yolg'on anevrizmadan qon ketishi yomon oqibatli bo'lib, radiologik aralashuvni talab qiladi — raqamli subtraksion angiografiya va keyinchalik endovaskulyar obliteratsiya yoki texnik jihatdan qiyin holatlarda perkuton yoki endoUSI yordamidagi kirishlar.**

**Tashxis va davolash jarayonlari bilan bog'liq qon ketishlar ko'proq venoz tabiatga ega bo'lib, odatda konservativ terapiyaga binoan davolanadi. Biroq, protseduralardan keyingi arteriya qon ketishlari radiologik aralashuvni talab qilishi mumkin**

**Kalit so'zlar: Xronik pankreatit, Yolg'on anevrizma, Tomir asoratlari, Varikoz tomirlar**

### Актуальность

**Х**ронический панкреатит (ХП) представляет собой прогрессирующее воспалительно-фиброзное заболевание поджелудочной железы, характеризующееся необратимой утратой её экзокринной и эндокринной функций [1]. Несмотря на то что болевой синдром является ведущим клиническим проявлением ХП [2], заболевание также сопровождается развитием разнообразных локальных и системных осложнений.

К числу локальных осложнений относят формирование псевдокист (8–40%) [3–5], стриктуры желчных протоков доброкачественного характера (3–23%) [3], панкреатические свищи (1,5–3,5%) [3], стеноз выходного отдела желудка (0,5–13%) [3,5], а также воспалительные опухолеподобные образования головки поджелудочной железы (1,5–5,2%) [4,6]. Распространённость ХП варьирует от 36 до 125 случаев на 100 000 населения, причём более высокая заболеваемость регистрируется в восточных странах, особенно в Индии, которая вносит значительный вклад в глобальное бремя заболевания [7,11]. Этиология ХП многогранна и включает как экзогенные, так и наследственные факторы. Основными причинами выступают злоупотребление алкоголем (42–77%) и идиопатические формы заболевания (28–80%) [7,12].

Сосудистые осложнения могут развиваться как при остром, так и при хроническом панкреатите. При ХП персистирующее воспаление способствует повреждению сосудистого русла, что может приводить к тяжёлым, а в отдельных случаях — к жизнеугрожающим состояниям. Особенно опасны массивные кровотечения, требующие незамедлительной диагностики и активной лечебной тактики. Своевременное выявление таких осложнений играет решающую роль в снижении риска летальности.

Настоящий обзор посвящён анализу современных данных о патогенезе, диагностике и лечении сосудистых осложнений при хроническом панкреатите. Особое внимание уделяется венозным (прежде всего тромбозу селезёночной и портальной вен) и артериальным (псевдоаневризмы) осложнениям. Также кратко рассматриваются подходы к ведению желудочно-кишечных кровотечений у данной категории пациентов. Редкие сосудистые события при ХП в рамках настоящего обзора не анализируются.

**Цель исследования:** обобщить и проанализировать актуальные данные литературы, касающиеся патогенеза, диагностики и методов лечения наиболее распространённых

сосудистых осложнений при хроническом панкреатите, с акцентом на венозный тромбоз и артериальные псевдоаневризмы.

### **Материал и метод исследования**

Типы сосудистых осложнений при хроническом панкреатите: у пациентов, страдающих хроническим панкреатитом (ХП), описано несколько форм сосудистых осложнений, которые принято классифицировать на венозные и артериальные.

К венозным поражениям относятся тромбозы сосудов спланхнического бассейна — в первую очередь, тромбозы селезёночной, воротной и верхней брыжеечной вен. Эти изменения могут возникать как изолированно, так и в различных сочетаниях. В более редких случаях сообщается о тромбозах нижней полой и почечной вен [13].

Артериальные осложнения включают образование псевдоаневризм (ПсА) различных артерий, кровотечения, возникающие в результате дренажных вмешательств, а также крайне редкие случаи поражения аорты (ПсА аорты) [14,15] и артериального тромбоза [13].

Распределение и частота сосудистых осложнений у пациентов с ХП изучались в ряде клинических работ. Так, по данным одного исследования, у когорты из 394 больных ХП суммарная частота сосудистых осложнений составляла 3,2% на протяжении 5 лет, увеличиваясь до 24,5% при 15-летнем наблюдении [12].

Согласно результатам метаанализа 44 исследований, средняя распространённость тромбозов спланхнических вен составляет 11,6% [11]. Однако в отдельных публикациях этот показатель колебался в широких пределах — от 3% до 41% среди больных ХП [12].

Частота артериальных псевдоаневризм, по данным метаанализа 29 исследований, оценивается как крайне низкая — 0,03% [13]. Отмечающаяся гетерогенность данных может быть связана с ограниченными размерами исследуемых выборок, ретроспективным дизайном и возможным селекционным смещением.

**Факторы риска сосудистых осложнений при ХП**

Анализ факторов риска имеет важное значение для стратификации пациентов и своевременного применения диагностических и лечебных мер при подозрении на сосудистые осложнения.

Одним из значимых факторов риска развития тромбозов спланхнических вен является наличие псевдокист. Предполагается, что кисты, локализующиеся вблизи сосудов, способствуют их механическому сдавлению, нарушению венозного оттока и, как следствие, — тромбообразованию [11].

Среди других факторов, повышающих риск сосудистых осложнений, выделяют алкогольную этиологию ХП, наличие в анамнезе острого панкреатита, а также сахарный диабет [13].

В одном из исследований было установлено, что курение ассоциируется с повышенным риском тромбозов спланхнических вен, предположительно вследствие эндотелиального повреждения, вызванного продуктами метаболизма табака и усилением окислительного стресса [13].

Согласно данным Ананда и соавт. [11], риск венозного тромбоза значительно возрастает при наличии воспалительного объемного образования в области головки поджелудочной железы, что, по-видимому, связано с локальным воспалением и компрессией проходящих вен. Авторы также отмечают связь между алкогольной этиологией ХП, наличием псевдокист и развитием артериальных псевдоаневризм.

Таким образом, большинство исследований подчёркивают ведущую роль алкогольной причины ХП и псевдокист как основных факторов риска сосудистых осложнений. При этом основное внимание в литературе сосредоточено на венозных тромбозах, в то время как предикторы артериальных ПсА до сих пор изучены недостаточно.

### **Артериальные осложнения**

К числу артериальных осложнений панкреатита относится формирование псевдоаневризм (ПсА), которые представляют собой потенциально жизнеугрожающие состояния. Эти образования могут возникать как при остром панкреатите (ОП), так и на фоне хронического панкреатита (ХП) в результате персистирующего воспалительного процесса. ПсА определяется как инкапсулированная гематома, связанная с просветом артерии, наружная оболочка которой

образована окружающей сосуд фиброзной тканью, тромботическими массами или периваскулярными структурами, что обуславливает её склонность к разрыву [2,4].

### **Патогенез**

ПсА формируются, как правило, в результате местного воздействия воспаления на артериальные стенки. Развитие некротизирующего артериита приводит к повреждению сосудов под действием протеолитических ферментов поджелудочной железы [4,5]. Это вызывает ослабление сосудистой стенки, её выбухание и образование сообщения с окружающим жидкостным скоплением [5]. Аналогичные механизмы могут быть инициированы при установке чрескожных дренажей **или** пластиковых стентов для санации псевдокист или ограниченного панкреонекроза, что обусловлено локальным воспалением и механическим раздражением [5].

### **Локализация**

Наиболее частое формирование ПсА наблюдается в зонах активного воспаления: при некротизирующем панкреатите у пациентов с ОП и рядом с псевдокистами при ХП [5]. По данным метаанализа Saagar и соавт. [10], включившего 29 исследований с общим числом 840 пациентов с панкреатитом, частота ПсА составила 0,05% при ОП и 0,03% при ХП. Наиболее часто вовлекается селезёночная артерия (37,7%), далее следуют гастродуоденальная (23,6%), панкреатодуоденальная (10,6%), печёночная (8,3%), левая желудочная (3,3%), верхняя брыжеечная (3,3%), ободочная (2%), тощекишечные артерии (1,1%), чревный ствол (0,6%) и нижняя брыжеечная артерия (0,2%). Размер ПсА может варьировать вплоть до 85 мм [6].

### **Клиническая картина**

ПсА нередко протекают бессимптомно и выявляются случайно при визуализации, выполненной по другим показаниям. Однако они могут проявляться болевым синдромом в животе либо клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения. Частота кровотечений, ассоциированных с ПсА, составляет около 4–10% [5], при этом вероятность разрыва достигает 50%, а летальность после разрыва, согласно данным старых хирургических серий, варьирует от 15% до 40% [5–8].

Разрыв ПсА может происходить в полость ЖКТ (проявляется гематемезисом или меленой), в брюшную или забрюшинную полость (с абдоминальной болью, признаками перитонита или гемодинамической нестабильностью), реже — в панкреатический проток (гемосуккус панкреатикус) [9] или желчные протоки (гемобилия) [4,6]. В отдельных случаях ПсА вскрывается в псевдокисту, при наличии дренажа это может сопровождаться кровотечением через дренажную трубку [6].

В то время как большинство данных касается просветных кровотечений ЖКТ, информация о внутрибрюшных и забрюшинных кровоизлияниях остаётся ограниченной. Последние чаще проявляются усилением болевого синдрома, снижением уровня гемоглобина и нестабильной гемодинамикой [2]. В одном исследовании забрюшинное кровотечение отмечено у 2 из 39 пациентов с кровоточащими ПсА (5%) [6].

Помимо манифестных кровотечений, возможны неспецифические симптомы: внезапное усиление боли в животе, быстрое увеличение его объёма и ухудшение гемодинамики. Частота указанных проявлений по различным источникам приведена в таблице 4. Разрыв ПсА при отсутствии своевременной диагностики и лечения представляет серьёзную угрозу для жизни пациента.

### **Диагностика**

Диагноз устанавливается с применением визуализирующих методик, включая доплеровское ультразвуковое исследование, эндоскопическое УЗИ (эндоУЗИ), мультidetекторную КТ-ангиографию (КТА), магнитно-резонансную ангиографию (МРА) и цифровую субтракционную ангиографию (ЦСА). ЭндоУЗИ и ЦСА обладают не только диагностической, но и терапевтической ценностью, поскольку позволяют провести эмболизацию во время вмешательства.

При УЗИ ПсА проявляется как гипоехогенное кистозное образование, расположенное рядом с сосудом. Допплерография выявляет турбулентный кровоток с типичной картиной «инь-ян», а также канал, соединяющий ПсА с питающей артерией, с характерным двунаправленным кровотоком («to-and-fro»), что позволяет отличить ПсА от осложнённой кисты [6]. Однако при небольших или тромбированных ПсА эти признаки могут отсутствовать [4].

ЭндоУЗИ демонстрирует схожие особенности — анэхогенное образование и турбулентный поток [5]. КТА считается методом выбора благодаря высокой чувствительности и специфичности (>95%) [6], а также доступности, низкой стоимости и скорости выполнения. На нативной КТ наличие гиперденсного содержимого рядом с псевдокистой может указывать на разрыв ПсА. Контрастирование позволяет визуализировать утечку контраста, сообщение с артерией и тромботические изменения. Трёхмерная реконструкция улучшает оценку анатомических особенностей для планирования вмешательства.

МРА — эффективная альтернатива КТА при противопоказаниях к йодсодержащим контрастам. Она не связана с радиационной нагрузкой и обеспечивает точную визуализацию, но менее доступна из-за продолжительности исследования.

ЦСА остаётся золотым стандартом диагностики и лечения ПсА. Её преимущества: точная визуализация ПсА, определение питающего сосуда, коллатерального кровотока, признаков активного кровотечения и возможность немедленного вмешательства. Недостатки: радиационное облучение, контраст-индуцированные осложнения (нефропатия, аллергия) и риск сосудистых повреждений (формирование новых ПсА, гематомы, фистулы, эмболии, ишемия и др.) [7].

Выбор диагностической тактики должен учитывать клиническое состояние пациента, наличие кровотечения, доступность метода и индивидуальные особенности. Общепринятая последовательность включает КТА с последующим ЦСА и лечением выявленного ПсА.

Pang и соавт. [6] предложили классификацию перипанкреатических ПсА, включающую как осложнения панкреатита, так и постоперационные изменения. Она учитывает тип поражённой артерии, наличие сообщения с просветом ЖКТ и контакт с панкреатическим соком. Несмотря на практическую ценность, классификация пока не прошла внешнюю валидацию.

#### **Подход к лечению ЖК кровотечения у пациентов с хроническим панкреатитом (хп)**

У пациентов с подтверждённым или предполагаемым диагнозом хронического панкреатита, при возникновении массивного желудочно-кишечного (ЖК) кровотечения, внезапного усиления абдоминальной боли на фоне гемодинамической нестабильности или появления крови в перкутанном дренаже, необходимо срочно определить источник и причину кровопотери.

Первоначальные мероприятия соответствуют стандартам оказания помощи при ЖК-кровотечении и включают:

- установку двух венозных катетеров большого диаметра,
- проведение интенсивной инфузионной терапии,
- обеспечение проходимости дыхательных путей,
- выполнение лабораторной диагностики, включая перекрёстную пробу на совместимость крови для возможного переливания.

Наиболее информативным методом визуализации на начальном этапе является многосрезовая КТ-ангиография (МСКТА), обладающая высокой чувствительностью и позволяющая быстро получить данные. При выявлении артериального повреждения, например, ложной аневризмы (ЛА), последующая тактика определяется с учётом гемодинамического состояния пациента.

При наличии нестабильной гемодинамики, продолжающегося кровотечения и осложнений может потребоваться экстренное хирургическое вмешательство.

В стабильных клинических ситуациях выбор метода зависит от степени поражения сосудов и доступности интервенционного специалиста. Эндоваскулярная эмболизация считается оптимальной стратегией для остановки кровотечения. В качестве альтернативы могут применяться чрескожные или эндоскопически-УЗИ-направляемые методы окклюзии, при этом выбор зависит от индивидуальных особенностей пациента.

При наличии выраженного клинического подозрения на артериальное кровотечение и отсутствии его источника по данным КТ-ангиографии, показано проведение диагностической и, при необходимости, терапевтической ангиографии (DSA).

В случае выявления венозного тромбоза (сопровождающегося или нет спленомегалией и развитием абдоминальных коллатералей), необходимо проведение эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) для диагностики и лечения варикозного кровотечения (см. соответствующий раздел).

При гемосуккус панкреатикус и гемобилии используется КТ-ангиография для локализации кровоточащего сосуда, после чего осуществляется лечение согласно ранее описанным методам [5].

### **Результат и обсуждение**

Настоящий обзор обобщает существующие данные об эпидемиологии, клинических проявлениях и подходах к лечению сосудистых осложнений при хроническом панкреатите. Однако остаются значительные пробелы в понимании данной проблемы. Преобладание ретроспективных исследований затрудняет установление реальной распространенности сосудистых осложнений.

Существует потребность в разработке прогностической модели факторов риска, которая позволила бы выделить пациентов, нуждающихся в раннем скрининге сосудистых изменений до развития угрожающих жизни состояний.

Ещё одно перспективное направление – изучение эффективности антикоагулянтной терапии, включая применение прямых оральных антикоагулянтов (ПОАК), при тромбозах венозного и артериального происхождения, ассоциированных с панкреатитом.

Кроме того, требуется проведение проспективных клинических исследований, направленных на оценку эффективности и безопасности эндоваскулярных и эндоУЗИ-направляемых методов лечения ложных аневризм, включая установление показаний, определение технической и клинической успешности, а также частоты осложнений.

Таким образом, дальнейшее углублённое изучение сосудистых осложнений, связанных с хроническим панкреатитом, и методов их коррекции имеет ключевое значение для совершенствования медицинской помощи данной категории пациентов.

### **Заключение**

Хронический панкреатит (ХП) представляет собой мультифакторное заболевание, при котором нередко развиваются тяжёлые сосудистые осложнения, включая венозные и артериальные тромбозы, а также ложные аневризмы. Эти патологические изменения могут служить причиной массивных желудочно-кишечных кровотечений, тромбоэмболических событий и других жизнеугрожающих состояний, существенно ухудшающих прогноз заболевания.

Ключевым моментом в управлении сосудистыми осложнениями при ХП является высокий уровень клинической настороженности, позволяющий на раннем этапе заподозрить патологию и провести необходимую диагностику. Современные методы визуализации, в первую очередь многосрезовая КТ-ангиография и ангиография, играют решающую роль в точном определении источника кровотечения или локализации тромбоза, что обеспечивает своевременное и целенаправленное вмешательство.

Тактика лечения претерпела значительные изменения за последние годы. Если ранее основным методом коррекции сосудистых осложнений были открытые хирургические вмешательства, то в настоящее время на передний план выходят малоинвазивные эндоваскулярные методики, включая эмболизацию и эндоУЗИ-направляемые вмешательства. Эти подходы демонстрируют высокую эффективность, меньшую инвазивность и более благоприятный профиль безопасности, что особенно важно у пациентов с ослабленным общим состоянием на фоне хронического воспалительного процесса.

Тем не менее, несмотря на достижения в области диагностики и терапии, остается множество нерешённых вопросов, требующих дальнейшего изучения. Необходимы проспективные исследования для уточнения факторов риска, определения показаний к скринингу и оценки долгосрочных исходов применяемых методов лечения. Кроме того, остаётся открытым вопрос о роли антикоагулянтной терапии, в частности прямых оральных антикоагулянтов, в профилактике и лечении тромбозов, связанных с воспалительными процессами в поджелудочной железе.

Важным направлением будущих исследований является разработка персонализированных алгоритмов ведения пациентов с ХП, учитывающих индивидуальные особенности течения заболевания, наличие осложнений и доступность различных лечебных ресурсов.



Таким образом, сосудистые осложнения при ХП представляют собой серьезную клиническую проблему, требующую комплексного, междисциплинарного подхода. Только на основе дальнейших научных исследований, клинических наблюдений и совершенствования лечебных технологий можно будет обеспечить оптимальное качество медицинской помощи и улучшить прогноз у данной категории пациентов.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Vege SS, Chari ST. Chronic Pancreatitis. N Engl J Med. 2022;386:869–78. [PMID: 35235728 DOI: 10.1056/NEJMcp1809396]
2. Olesen SS, Krauss T, Demir IE, Wilder-Smith OH, Ceyhan GO, Pasricha PJ, Drewes AM. Towards a neurobiological understanding of pain in chronic pancreatitis: mechanisms and implications for treatment. Pain Rep. 2017;2:e625. [PMID: 29392239 DOI: 10.1097/PR9.0000000000000625]
3. Murruste M, Kirsimägi Ü, Kase K, Veršinina T, Talving P, Lepner U. Complications of chronic pancreatitis prior to and following surgical treatment: A proposal for classification. World J Clin Cases. 2022;10:7808–24. [PMID: 36158501 DOI: 10.12998/wjcc.v10.i22.7808]
4. Agarwal S, Sharma S, Gunjan D, Singh N, Kaushal K, Poudel S, et al. Natural course of chronic pancreatitis and predictors of its progression. Pancreatology. 2020;20:347–55. [PMID: 32107194 DOI: 10.1016/j.pan.2020.02.004]
5. Ramsey ML, Conwell DL, Hart PA. Complications of Chronic Pancreatitis. Dig Dis Sci. 2017;62:1745–50. [PMID: 28281169 DOI: 10.1007/s10620-017-4518-x]
6. Dutta AK, Chacko A. Head mass in chronic pancreatitis: Inflammatory or malignant. World J Gastrointest Endosc. 2015;7:258–64. [PMID: 25789097 DOI: 10.4253/wjge.v7.i3.258]
7. Singh VK, Yadav D, Garg PK. Diagnosis and Management of Chronic Pancreatitis: A Review. JAMA. 2019;322:2422–34. [PMID: 31860051 DOI: 10.1001/jama.2019.19411]
8. Bundred J, Thakkar RG, Pandanaboyana S. Systematic review of sarcopenia in chronic pancreatitis: prevalence, impact on surgical outcomes, and survival. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2022;16:665–72. [PMID: 35712996 DOI: 10.1080/17474124.2022.2091544]
9. Kuan LL, Dennison AR, Garcea G. Prevalence and Impact of Sarcopenia in Chronic Pancreatitis: A Review of the Literature. World J Surg. 2021;45:590–7. [PMID: 33165641 DOI: 10.1007/s00268-020-05828-0]
10. Gopi S, Qamar S, Singh N, Agarwal S, Yegurla J, Rana A, et al. Malnutrition by GLIM criteria in chronic pancreatitis: Prevalence, predictors, and its impact on quality of life. Pancreatology. 2022;22:367–73. [PMID: 35210181 DOI: 10.1016/j.pan.2022.02.004]

**Поступила 20.05.2025**