

БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ СИРОВАТКИ КРОВІ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Василюк С. М., Іванина В. В.

Івано-Франківський національний медичний університет

Оцінено рівень деяких біохімічних маркерів сироватки крові (білірубіну, амілази, α -глутатіон S-трансферази) у 77 хворих на гострий біліарний панкреатит. Всі хворі були прооперовані. У 14 пацієнтів спостерігався мікрохоледолітіаз, у 23 – вміст холедоха був неоднорідним. У 12 пацієнтів була проведена ендоскопічна декомпресія холедоха та лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ), у 38 – тільки ЛХЕ, у 11 – лапаротомна холецистектомія, у 16 – лапаротомна холецистектомія та зовнішнє дренажування холедоха. Зниження рівня загального білірубіну відмічалось з 2–3 післяопераційних днів, незалежно від вибору методу операційного лікування. У хворих, в яких проводили ендоскопічну декомпресію холедоха, на 2–3 добу активність амілази зростала в 1,2 разів. Після проведення ізольованої холецистектомії без дренажування холедоха, незалежно від способу доступу, нами також було відмічено зниження активності амілази крові. Підвищення активності α -глутатіон S-трансферази було транзиторним, пов'язаним власне з розвитком гострого панкреатиту і не залежало від методу операції.

Біліарний панкреатит, який зазвичай вважається легшим за клінічним перебігом, ніж аліментарний, також, однак, може викликати синдром системної запальної відповіді, печінково-ниркову дисфункцію, специфічні для панкреатиту гнійні ускладнення і смерть хворих [1, 2]. Часто ця форма панкреатиту перебігає на тлі гострого холециститу, що поглиблює системні патологічні зміни.

Нижча смертність і менші терміни лікування гострого біліарного панкреатиту зумовлені, в першу чергу, наявністю ефективних діагностичних і хірургічних заходів у цієї категорії хворих (ультрасонографії, лапароскопічної холецистектомії, ретроградної панкреатохолангіографії, ендоскопічної евакуації конкрементів з холедоха та ін.). На даний час, багато авторів вказують, що вчасно проведена холецистектомія дозволяє доволі швидко досягнути регресу клінічних проявів біліарного панкреатиту [3]. Однак, щодо доцільності широкого застосування діагностично-лікувальної ендоскопії позапечінкових жовчних шляхів у хворих на гострий біліарний панкреатит у сучасній літературі точиться дискусія [4]. Це викликає деякий подив, оскільки «теорія спільного протоку» вважається ведучою в патогенезі біліарного панкреатиту, і декомпресія холедоха, виконана ендоскопічно чи лапаротомно повинна була б бути найбільш ефективним заходом у комплексному хірургічному лікуванні цієї патології. Натомість, багатьма авторами, незважаючи на високу діагностичну цінність ендоскопічної ретроградної холангіопакреатографії, вказується на необхідність вкрай обережного її застосування у цієї категорії хворих [3]. Уль-

трасонографія панкреатогепатобіліарної зони не завжди дозволяє чітко візуалізувати мікрохоледохолітіаз, а магнітно-резонансна томографія з застосуванням контрасту залишається доволі дорогою методикою [5]. Виходячи з цього, важливою є оцінка ряду біохімічних маркерів крові для встановлення діагнозу гострого біліарного панкреатиту, що, поряд з проведенням ультрасонографії, дозволяло б встановлювати покази до вибору методу операційного лікування.

Мета дослідження

Оцінити основні біохімічні показники сироватки крові у хворих на гострий біліарний панкреатит у динаміці лікування в залежності від вибору методу операції.

Матеріали та методи дослідження

Нами був проведений аналіз основних біохімічних маркерів сироватки крові у 77 хворих на гострий біліарний панкреатит. Діагноз захворювання базувався на фізикальному огляді пацієнта, даних ультрасонографії та ендоскопічної ретроградної холангіографії (ЕРПХГ). Інтраопераційними ознаками панкреатиту були напружений жовчний міхур з інфільтративними змінами його стінки, набряк гепатодуоденальної зв'язки, випіт в черевній порожнині. Середній вік пацієнтів склав $58,4 \pm 5,6$ років, жінок було 58, чоловіків – 19.

У всіх пацієнтів ультрасонографічно було діагностовано конкременти у жовчному міхурі, збільшення розмірів і зниження ехогенності під-

шлункової залози, розширення холедоха. У 14 пацієнтів спостерігався мікрохоледолітіаз, у 23 – вміст холедоха був неоднорідним. Всі хворі були прооперовані. Передопераційна підготовка не перевищувала 48 годин. У 12 пацієнтів була проведена ендоскопічна декомпресія холедоха (ЕДХ): ендоскопічна ретроградна холангіографія, папілотомія або дилатація сфінктера Одді, екстракція мікроконкрементів з холедоха та лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) в межах від 2 до 7 діб, у 38 – тільки ЛХЕ впродовж 24–48 годин після ушпиталення, у 11 – лапаротомна холецистектомія (ЛХ) в ті ж терміни без зовнішнього дренивання холедоха (ЗДХ), у 16 – ЛХ з екстракцією конкрементів холедоха та його зовнішнім дрениванням. Біохімічними маркерами, які аналізували в динаміці лікування були: загальний білірубін, амілаза крові, α -глутатіон S-трансфераза (α -GST). Для статистичної оцінки застосовували одновимірний непарний тест Ст'юдента.

Результати та їх обговорення

Найбільш специфічним маркером у хворих на гострий біліарний панкреатит було зростання рівня загального та прямого білірубіну. Поряд з

цим, зрозуміло, що рівень прямого білірубіну залежав від зростання загального білірубіну. Коливання рівня загального білірубіну спостерігалося в межах від 30,2 ммкмоль/л до 87,5 ммкмоль/л і, в переважній більшості хворих, було зумовлене набряком голівки підшлункової залози.

Як видно з наведених на рисунку 1 даних, зниження рівня загального білірубіну відмічалось з 2–3 післяопераційних діб, незалежно від вибору методу операційного лікування. На час виписки хворих з стаціонару і ліквідації клінічних проявів гострого біліарного панкреатиту рівень загального білірубіну не перевищував нормальні показники.

При аналізі активності амілази крові (рис. 2) нами було встановлено, що на час поступлення хворих у стаціонар її рівень знаходився в межах від 146 г/год/л до 178 г/год/л, причому найвищі показники спостерігалися у пацієнтів, у яких методом операційного лікування було обрано ЛХ+ЗДХ. У хворих, в яких проводили ендоскопічну декомпресію холедоха, на 2–3 добу активність амілази зростала в 1,2 разів ($p < 0,05$). Цього не було відмічено у інших хворих: після ЛХЕ, ЛХ та зовнішнього дренивання холедоха її активність в крові починала знижуватися в меж-

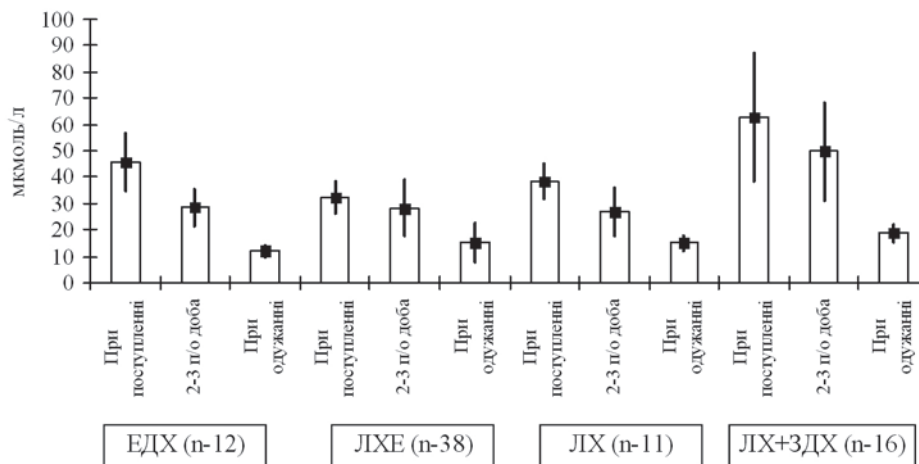


Рис. 1. Динаміка рівня загального білірубіну у хворих на гострий біліарний панкреатит в залежності від методу операційного лікування

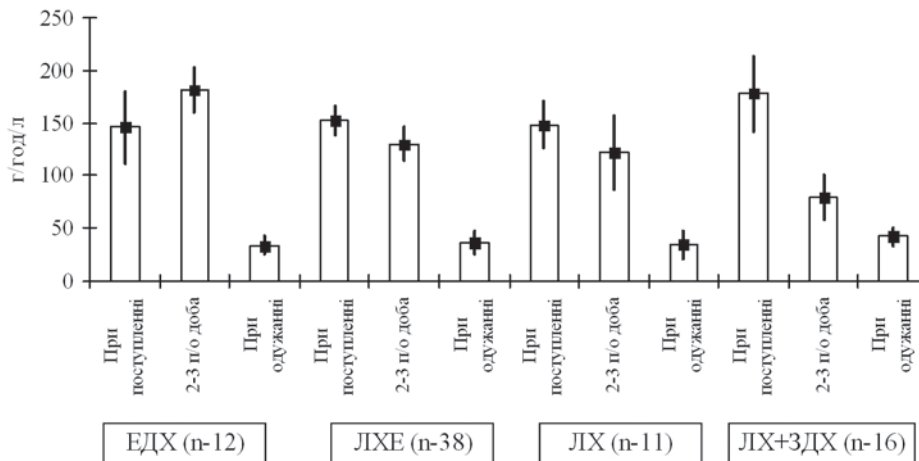


Рис. 2. Динаміка рівня амілази крові у хворих на гострий біліарний панкреатит в залежності від методу операційного лікування

ах від 1,2 до 2,2 разів.

Як видно з наведених на рисунку 2 даних, оперативним втручанням, при якому регресія активності амілази крові була максимальною залишається декомпресія холедоха з лапаротомного доступу і його зовнішнє дренажування. Поряд з цим, ця операція має ряд недоліків: вища, ніж при ендоскопії ймовірність інфікування підшлункової залози, більші терміни фізичної реабілітації хворих у післяопераційному періоді, відсутність косметичного ефекту та ін.

Декомпресію холедоха не можна вважати основним і обов'язковим заходом, спрямованим на регресію запалення у підшлунковій залозі. Після проведення тільки холецистектомії, незалежно від способу доступу, нами також було відмічено зниження активності амілази крові.

Незважаючи на те, що аланінамінотрансфераза і аспартатамінотрансфераза є основними загально клінічними лабораторними показниками пошкодження гепатоцита, вони не завжди точно відображають його функціональний стан. Ці ферменти не розподілені у печінці рівномірно: їхня концентрація у перипортальній зоні є вищою, ніж у центрі дольок. Більш специфічним маркером є активність α -глутатіон S-трансферази (α -GST), яка забезпечує біологічні функції у різних відділах печінки, і її концентрація є однаковою у центрі дольок і у перипортальній зоні. Центральна ж зона дольок є найбільш чутливою до різних патологічних впливів і відображає найменші функціональні розлади гепатоцита.

Підвищення активності α -GST було відмічено у всіх хворих на час поступлення у стаціонар (рис. 3).

З 2–3 післяопераційної доби активність α -GST знижувалася, незалежно від вибору методу операційного лікування. Це вказувало на те, що підвищення активності цього ферменту було транзиторним і пов'язаним власне з розвитком гострого панкреатиту. Не було помічено достовірної різниці регресії активності α -GST від способу хірургічного лікування гострого біліарного панкреатиту.

Висновки

1. Для гострого біліарного панкреатиту характерним є зростання рівня загального білірубину, амілази крові та активності α -глутатіон S-трансферази.

2. Декомпресію холедоха у хворих на гострий біліарний панкреатит необхідно виконувати у випадку наявності ультрасонографічних ознак розширення холедоха і холедохолітазу. Динаміка зниження загального білірубину та активності α -глутатіон S-трансферази не залежала від вибору методу оперативного лікування.

3. Ендоскопічна декомпресія холедоха призводить до достовірного підвищення амілази крові на 2–3 післяопераційні доби, що свідчить про необхідність напрацювання обґрунтованих показів до використання цих методик у хворих на гострий біліарний панкреатит.

Література

1. Wang G., Gao C, Wei D., Wang C., Ding S. Acute pancreatitis: etiology and common pathogenesis. // World Journal of Gastroenterology. – 2009. – vol. 15, № 12. – P. 1427–1430.
2. Ничитайло М. Е., Пидмурняк А. А. Острый послеоперационный панкреатит. Хмельницький, 2011. – 392 с.
3. Frossard J., Steer M., Pastor C. Acute pancreatitis // The Lancet. – 2008. – vol. 371, № 9607. – P. 143–152.
4. Ballantyne S. Stewart I., Baxter G. Imaging the pancreatico-biliary system with magnetic resonance cholangiopancreatography // J. R. Coll. Physicians Edinb. – 2003. – № 33. – P. 21–27.
5. Garg P., Tandon R., Madan K., Is biliary microlithiasis a significant cause of idiopathic recurrent acute pancreatitis? A long-term follow-up study // Clinical Gastroenterology and Hepatology. – 2007. – vol. 5, № 1. – P. 75–79.

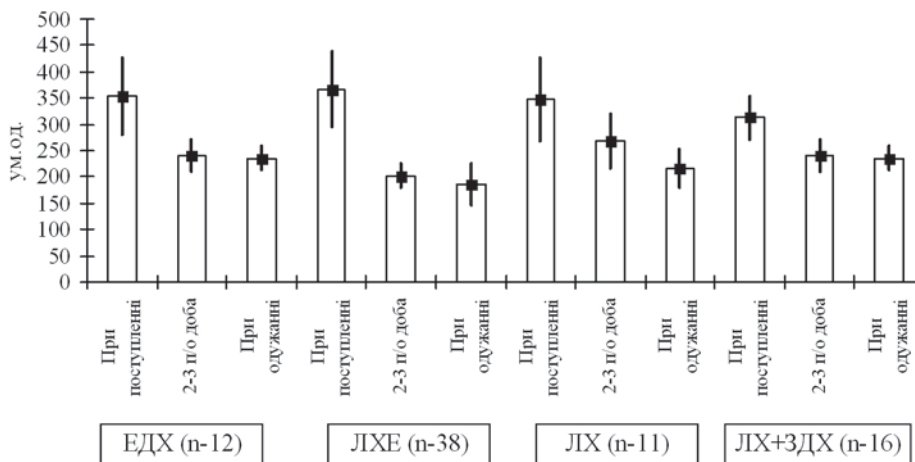


Рис. 3 Динаміка рівня активності α -GST крові у хворих на гострий біліарний панкреатит в залежності від методу операційного лікування

БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Васильюк С. М., Ивановна В. В.

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

Оценен уровень некоторых биохимических маркеров сыворотки крови (билирубина, амилазы α -глутатион S-трансферазы) в 77 больных острым билиарным панкреатитом. Все больные были прооперированы. В 14 пациентов наблюдался микрохоledолитиаз, в 23 – содержимое холедоха было неоднородным. В 12 пациентов была проведена эндоскопическая декомпрессия холедоха и лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), в 38 – только ЛХЭ, в 11 – лапаротомная холецистэктомия, в 16 – лапаротомная холецистэктомия и внешнее дренирование холедоха. Снижение уровня общего билирубина отмечалось с 2–3 послеоперационных суток, независимо от выбора метода операционного лечения. У больных, в которых проводили эндоскопическую декомпрессию холедоха, на 2–3 сутки активность амилазы выросла в 1,2 раза. После проведения изолированной холецистэктомии без дренирования холедоха, независимо от способа доступа, нами также было отмечено снижение активности амилазы крови. Повышение активности α -глутатион S-трансферазы было транзиторным, связанным именно из развитием острого панкреатита и не зависело от метода операции.

BIOCHEMICAL MARKERS OF THE BLOOD SERUM IN THE DYNAMICS OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS TREATMENT

Vasylyuk S. M., Ivanyna V. V.

Ivano-Frankivsk National Medical University

77 patients having acute biliary pancreatitis have been examined for the level of some biochemical markers of blood serum (bilirubin, amylase, α -glutathione S-transferring enzymes). All patients were after surgery. 14 patients had microcholedocholithiasis, the content of common bile duct of 23 patients was nonhomogenous. 12 patients underwent common bile duct endoscopic decompression and laparoscopic cholecystectomy, 38 patients underwent only laparoscopic cholecystectomy, 11 patients were operated by laparotomy cholecystectomy and 16 patients underwent laparotomy cholecystectomy and external drainage of common bile duct. The decrease of the bilirubin general level was observed on the 2–3 day after surgery irrespective of the method selected for the surgical treatment. The activity of amylase increased in 1, 2 times on the 2–3 days after surgery in patients who had undergone common bile duct endoscopic decompression. After the application of isolated cholecystectomy without common bile duct drainage regardless of access method we also noticed the decrease of the blood amylase activity. The increase of α -glutathione S-transferring enzymes activity was transient and connected mostly with the development of acute pancreatitis and it didn't depend on the surgical method.