

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ И ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

Колоцей В.Н.¹, Климович И.И.¹, Страпко В.П.², Юркевич С.В.²

Гродненский государственный медицинский университет¹,

Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно²

Актуальность. Успехи диагностики и лечения острого панкреатита (ОП) в настоящее время очевидны, однако летальность остаётся довольно высокой, достигая 35-70% при хирургическом лечении. Результаты лабораторных методов исследования у пациентов с ОП зачастую имеют решающее значение в постановке диагноза и тяжести его течения, что позволяет определиться в тактике лечения пациента [1,2].

Цель. Выявить и оценить изменения основных ферментов поджелудочной железы в крови, моче, выпоте брюшной и плевральной полостей, а также в общем и биохимическом анализе крови для диагностики и лечения ОП.

Методы исследования. Нами ретроспективно изучены изменения основных ферментов поджелудочной железы в крови, моче, выпоте брюшной и плевральной полостей, а также в общем и биохимическом анализе крови у 128 пациентов острым панкреатитом, которые находились на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно в 2016-2019 г. Мужчин было 88(68,7%), женщин 40(31,3%). Возраст пациентов от 19 до 81 лет, средний возраст составил 41,8 лет. У всех пациентов при поступлении и в процессе лечения определяли показатели общего анализа крови, мочи и основных ферментов поджелудочной железы (амилазы, липазы, диастазы). Биохимический анализ крови включал также: исследование уровня общего белка, билирубина и его фракций, активности трансфераз АСТ, АЛТ, концентрации мочевины, глюкозы, креатинина, С-реактивного белка, коагулограмму. Для определения альфа-амилазы (общей) применялся кинетический метод GNPG₃ -единицы измерения-Ед/л. Липаза определялась калориметрическим методом-единицы измерения- Ед/л и С-реактивный белок иммунотурбодиметрическим методом, единицы измерения - мг/л. Для диагностики острого деструктивного панкреатита (ОДП) использовали данные вышеуказанных лабораторных и биохимических показателей, а также дополнительные методы ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию (КТ), магниторезонансную томографию (МРТ), лапароскопию.

Результаты и их обсуждение. При поступлении диагноз острого панкреатита был установлен у 120(93,7%) пациентов. Причинами относительно несколько запоздалой диагностики ОП были реальные трудности, обусловленные неинформативностью основных лабораторных и биохимических показателей крови, мочи, первичного УЗИ, и наличия сопутствующих заболеваний. Из всех пациентов ОДП наблюдался у 74 (57,8%) пациентов, уровень амилазы у которых

составил $632 \pm 18,1$ МЕ/л, а липазы $2013 \pm 31,4$ МЕ/л. Оперированы 29 (39,2%) пациента, уровень амилазы у оперированных пациентов был $738 \pm 37,9$ МЕ/л, а липазы $2428 \pm 43,1$ МЕ/л. Среди пациентов с ОДП и ферментативным перитонитом было 39 (52,7%), которым проводилась диагностическая лапароскопия, которая заканчивалась санированием и дренированием брюшной полости и определением активности ферментов в жидкостном содержимом. Активность амилазы у этих пациентов в плазме крови составила $687 \pm 29,3$ МЕ/л, а липазы $1821 \pm 18,5$ МЕ/л. В содержимом из брюшной полости активность амилазы составила $631 \pm 26,2$ МЕ/л, а липазы $1491 \pm 18,4$ МЕ/л. Остальные 60 (46,9%) пациента получали консервативное лечение согласно протоколам лечения. После оперативного лечения умерли 3 пациента, послеоперационная летальность 10,3%. Самые высокие цифры активности сывороточной амилазы отмечены нами в течение первых суток от начала заболевания, а активность липазы наблюдалась в более поздние сроки. При этом прямой зависимости между активностью амилазы и формой острого панкреатита нами не отмечалось. Необходимо отметить, что изменения показателей общего анализа крови у пациентов не были специфичными. Однако повышение уровня лейкоцитоза со сдвигом влево, если оно наблюдалось в динамике лечения, указывало в пользу развития инфицированного панкреонекроза. Чаще всего регистрировался лейкоцитоз $11-22 \times 10^9$ /л. При средне- и крупноочаговом, а также тотально-субтотальных панкреонекрозах, особенно при развитии септических осложнений, наблюдали значительный лейкоцитоз с выраженным сдвигом влево и появлением токсической зернистости нейтрофилов, отмечались также тромбоцитопения и повышался уровень С-реактивного белка, который составлял $973 \pm 34,1$ мг/л. В биохимическом анализе крови наблюдались: гипопротейнемия за счет снижения альбуминов, диспротеинемия, гипергликемия. Отмечено, что наиболее постоянно при панкреонекрозе регистрировались повышенные активности АСТ и АЛТ. При обширных формах панкреонекроза отмечалось снижение уровня сывороточного кальция, что может быть обусловлено его депонированием в очагах стеатонекроза в виде солей желчных кислот. При анализе историй болезни умерших пациентов выявлено, что, ухудшение состояния у всех пациентов происходило довольно быстро после поступления в стационар, несмотря на адекватное комплексное лечение в условиях реанимационного отделения. У них имело место повышение уровня лейкоцитоза до 21×10^9 /л. со сдвигом влево и появлением молодых форм с выраженной токсической зернистостью нейтрофилов, отмечались также выраженная тромбоцитопения и повышение С-реактивного белка, который составлял $1167 \pm 47,3$ мг/л. В биохимическом анализе крови наблюдались: резко выраженная гипопротейнемия $40 \pm 6,4$ г/л. за счет снижения альбуминов, диспротеинемия, гипергликемия, имелось также снижение уровня кальция и повышение калия. При этом необходимо отметить, что на первое место среди других осложнений ОДП у них развился ДВС- синдром. При этом не только развитие коагулопатии, но и тяжелой гипоксии всех тканей

вследствие чего развивается тяжелое нарушение микроциркуляции, что приводит к внутрисосудистой коагуляции, которая является причиной полиорганных функциональных и органических повреждений, в том числе развития дыхательной недостаточности, которая требует необходимости проведения продленной искусственной вентиляции легких, которая создает практически абсолютный риск развития госпитальной пневмонии и финал исхода.

Выводы. 1. Повышение концентрации липазы у пациентов с острым панкреатитом наступает раньше, чем амилазы, и остается повышенным в течение 8-13 суток.

2. Прогноз при ОП считается плохим, если уровень липазы в крови повышается в 9 раз и более.

3. Увеличение и рост уровня С-реактивного белка более чем 220 мг/л указывает на развитие ОДП, а увеличение его концентрации в динамике заболевания более чем на 25- 30 % от исходного уровня свидетельствует о развитии гнойных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельев В.С. Острый панкреатит как проблема urgentной хирургии и интенсивной терапии / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд и др. //Интенсивная терапия в хирургии. 2000. - Т. 2, №9. - С.11-16.

2. Климович, И.И. Роль лабораторных показателей при диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита / И.И. Климович, В.Н. Колоцей, В.П. Страпко, С.В. Юркевич // Актуальные проблемы биохимии: сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 60-летию создания кафедры биологической химии ГрГМУ, 31 мая 2019 г. - Гродно, 2019. - С.143-146

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Колоцей В.Н.¹, Страпко В.П.²

Гродненский государственный медицинский университет¹,

Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно²

Актуальность. В настоящее время острый холецистит является одним из самых распространенных urgentных хирургических заболеваний. Современные экономические условия требуют точной диагностики и быстрого лечения пациента с максимально коротким сроком пребывания в стационаре. Уходит в прошлое длительное консервативное лечение в хирургическом стационаре. Современный этап развития хирургии характеризуется широким внедрением в клиническую практику новых высокотехнологичных диагностических методов и малоинвазивных хирургических вмешательств, расширяющих возможности