

РОЛЬ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18210903>

Рахманова У.У

*Доцент кафедры Ургенчского государственного медицинского института.
Узбекистан.*

Пратова М.Ж

магистр Ургенчского государственного медицинского института. Узбекистан.

Актуальность: По данным ВОЗ, хронический панкреатит (ХП) - самая частая и тяжелая патология среди заболеваний желудочно-кишечного тракта. Средний возраст пациентов с хроническим панкреатитом снизился с 50 до 38 лет. 11% людей с инвалидностью с хронической формой панкреатита. Во всем мире наблюдается неуклонный рост числа заболеваний поджелудочной железы. Смертность после первоначального диагноза ХП увеличилась до 20% в первые 10 лет и более 50% через 20 лет, составляя в среднем 11,9%. Осложнения, связанные с обострением панкреатита, встречаются у 15-20% пациентов с хроническим панкреатитом, летальный исход связан с вторичными нарушениями процесса пищеварения и инфекционными осложнениями

Цель исследования: Изучить клинико-биохимические особенности хронического панкреатита и его осложнений.

Материалы и методы исследования: Обследовано 127 больных с хроническим панкреатитом в возрасте от 25 до 65 лет (87 мужчин и 40 женщин). Длительность заболевания от 2 до 20 лет. Диагноз подтвержден результатами клинико-лабораторных и инструментальных исследований по международной Марсель-Римской классификации (1987-1989гг.). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц сопоставимого возраста.

Результаты и обсуждение: У больных с хроническим панкреатитом значимо преобладают такие клинические симптомы как боль в эпигастральной области с преимущественной локализацией в эпигастрии и левом верхнем квадранте живота, сопровождавшиеся теми или иными диспепсическими симптомами, при объективном исследовании определялась болезненность при пальпации в проекции поджелудочной железы. У 65,5%

больных был хронический алкогольный панкреатит (ХАП), у 34,5% больных – хронический билиарный панкреатит (СБП).

Нашими исследованиями выявлено, что у больных алкогольный хронический панкреатит (АХП) отмечался самый короткий анамнез заболевания $6,31 \pm 0,81$ лет по сравнению с билиарным хроническим панкреатитом (БХП) $13,47 \pm 1,4$ лет, манифестация заболевания в сравнительно раннем возрасте $37,2 \pm 1,80$ лет, с частые обострениями заболевания $3,5 \pm 0,24$ в год и выраженное похудание (на $10,0 \pm 1,62$ кг), при БХП манифестация заболевания соответственно $43,20 \pm 1,80$ года.

Среди обследованных 162 больных у 117 (61,8%) пациентов была установлена II стадия, у 29 (33,5%) - III стадия и у 16 (14,7%) больных - IV стадия заболевания.

Среди клинических признаков преобладали диарея, метеоризм и тошнота. При сравнительной оценке клинических симптомов у больных АХП достоверно преобладала выраженность метеоризма, у 49 (80%) больных, диарея в большей степени беспокоила пациентов с БХП 31 (64%). Потеря веса наблюдалась у обеих групп больных 48 (80%).

Болевой синдром и диспепсические расстройства были более выражены в группах больных алкогольным ХП (АХП) и билиарным ХП (БХП) по сравнению с (идиопатический ХП) ИХП, при этом более яркая клиническая симптоматика сопровождала алкогольным ХП. В оценке длительности заболевания мы ориентировались на анамнестические указания начала болей в животе. Течение болезни у 70% больных БХП и 57% больных АХП характеризовалась рецидивирующим болевым синдромом.

По данным лабораторного исследования, лейкоцитоз наблюдался у 14 (15,1%) больных, у 20 (22,0%) пациентов отмечалось повышение СОЭ. Высокий лейкоцитоз отмечался у больных алкогольным хроническим панкреатитом, наряду с АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ и липазы крови и амилаза мочи, чем у больных БХП, что свидетельствовало о более высокой активности воспалительного процесса и выраженности холестатического синдрома.

Липаза крови была повышена у 82,2%, амилаза мочи – у 42,1%, у 57,8% пациентов отмечалось повышение ГГТ, и у 27,8% пациентов отмечалось повышение ЩФ. У пациентов с билиарным хроническим панкреатитом отмечались высокие уровни амилазы и общего билирубина в сыворотке крови. Уровень липазы крови и щелочной фосфатазы у больных БХП был достоверно выше, чем у больных ИХП. Показатели альбумина в сыворотке у больных АХП были достоверно ниже по сравнению с больными БХП.

Средние показатели уровня эластазы-1 в кале у больных АХП составили $67,8 \pm 39,4$ мкг/г, БХП- $128 \pm 19,9$ мкг/г. Важно отметить что, при осложненном течении ХП имеется прямая корреляционная связь ($r=0,7$) с низким уровнем эластазы и внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы и является неблагоприятным прогностическим признаком в клиническом течении хронического панкреатита. Критерием внешнесекреторной недостаточности является снижение уровня эластазы-1 в кале ниже 200 мкг/г. (1 рисунок.)

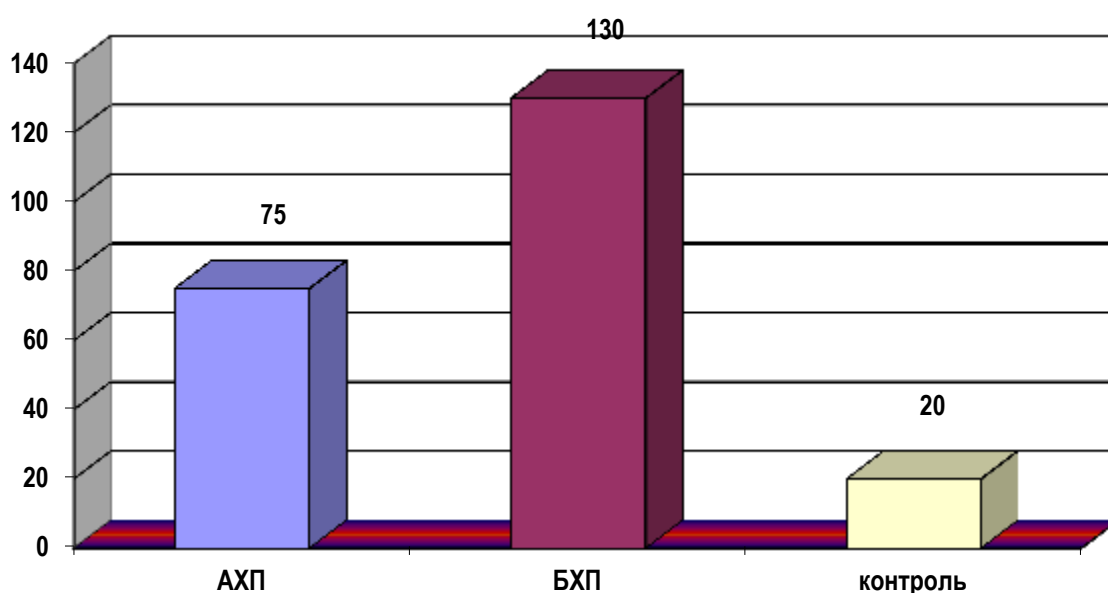


Рис. 1. Показатели фекальной эластазы у больных ХП (мкгЭ/г)

Степень тяжести внешнесекреторной недостаточности зависит от концентрации эластазы в фекалиях: тяжелая степень недостаточности функции ПЖ наблюдается при концентрации эластазы менее 100 мкг Э/г фекалий, средняя степень - 100-200 мкг Э/г фекалий, а нормальная функция ПЖ соответствует - свыше 200 мкг Э/г фекалий.

Симптоматика АХП, протекающая без снижения внешнесекреторной функции поджелудочной железы отличается большей выраженностью болевого синдрома. Можно предполагать, что АХП, по сути, являются стадиями одного заболевания, с сохраненной или сниженной внешнесекреторной функцией железы. В то же время, БХП характеризуется билиарными дисфункциями, что подтверждает вторичный его характер.

В Узбекистане ранняя диагностика хронического панкреатита в стадии обострения остаётся актуальной проблемой. Прогрессирующий характер заболевания обосновывают необходимость применения врачу скрининговые

тесты, как в поликлинике, так и в стационаре для успешной ранней диагностики панкреатита, что способствует снижению летальности, которая при тяжёлых клинических формах панкреатита может достигать 45-70%.

Учитывая что, в клинической практике применяется только определение активности амилазы и липазы крови, нами был предложен альтернативный скрининговый тест определение трипсиногена-2 в моче при обострении хроническом панкреатита, обладающий высокой специфичностью и чувствительностью. Трипсиноген синтезируется в ацинарных клетках поджелудочной железы и является проферментом трипсина. При воспалительном процессе в поджелудочной железе на ранней стадии трипсиноген-2 выделяется в мочу в значительных количествах и его содержание остается высоким на протяжении 10-14 суток.

При УЗИ поджелудочной железы выявлено увеличение ее размеров у 60% больных алкогольным ХП и билиарном ХП. У 53% АХП и 30% билиарном ХП отмечена повышенная эхогенность паренхимы железы, у 50% больных и 28% соответственно, обнаружены гиперэхогенные включения.

Вывод: Определение количества фекальной эластазы-1 даёт возможность судить о внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, что является важным прогностическим маркером для дальнейшей тактики ведения больных с хроническим панкреатитом в реабилитационном периоде заболевания.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Шамсутдинова М.И., Зокирходжаев Ш.Я. «Современные аспекты иммунодиагностики хронических панкреатитов» // Журнал теоретической и клинической медицины. Ташкент, 2014. - Том.1. - №3. - с.130-133.
2. Шамсутдинова М.И., Зокирходжаев Ш.Я., Таджиева З.М. «Иммунокорригирующая терапия хронических панкреатитов» // Журнал теоретической и клинической медицины. Ташкент. 2014. - Том.1. - №3. - с.56-59.
3. Шамсутдинова М.И., Зокирходжаев Ш.Я., и др. Корреляция активности иммунных клеток в зависимости от течения хронического панкреатита // Журнал теоретической и клинической медицины. Ташкент, 2015. - №4. - с.136-139.