



Clinical Case Report: a Patient with acute biliary Pancreatitis

Lika Bedinashvili¹, Rostom Tskhvediani²

1 – Faculty of Medicine, Tbilisi State Medical University, Georgia

2 - Department of General Surgery, Tbilisi State Medical University, Georgia

Abstract

A 75-year-old man was admitted to the hospital with severe pain in the epigastric region of the abdomen, he had nausea and one episode of self-vomiting, the patient related his complaints to taking persimmons. Mayo-Robson sign is negative. The patient has undergone coronary artery bypass grafting and coronary artery stenting twice, including the last 2 months ago. Cardiological consultation, abdominal roentgenoscopy and ultrasound were performed in the hospital. As a result of the examinations carried out in the clinic, concomitant diseases were revealed: diverticular disease of the urinary bladder, diverticular disease of the large intestine without perforation and abscesses, aneurysm of the femoral artery, atherosclerotic heart disease, increased blood glucose level and lipoprotein metabolism disorders were revealed. The patient complains of primary hypertension. Despite the conducted examinations, the diagnosis was complicated by very few clinical complaints. The correct diagnosis was determined by a sharp increase in the concentration of lipase in the blood analysis. Lipase is an enzyme that hydrolyzes triglycerides. It is produced by the pancreas and secreted through the pancreatic duct into the duodenum, where it participates in the digestion of dietary fats.

Lipase analysis is mainly prescribed for diagnosis and monitoring of acute pancreatitis. A lipase assay was performed in the hospital and the reading was 2900 U/L (N 23-300 U/L). Since there were no clinical signs on the face except for abdominal pain, it was necessary to check the lipase level and on repeat analysis it was found to be 2605 U/L (N 23-300 U/L).

On ultrasound, the gallbladder was enlarged and full, with a small effusion. Despite the few clinical signs, the analyzes confirmed the diagnosis of acute biliary pancreatitis and acute cholecystitis. The patient was placed in a surgical ward and started with infusion, spasmolytic,

Gastroprotective, anticoagulant, anti-inflammatory and other symptomatic therapy. The patient was discharged to the apartment in 5 days with satisfactory indicators.

It was believed that the patient's biliary tract was blocked by a biliary concretion, which caused obstruction of the lumen and bile congestion, which in turn manifested as biliary pancreatitis. Since gallstones were not detected on X-ray studies, it was possible that after the use of antispasmodics, they passed into the lumen of the intestine and the patency of the duct was restored. As a result of the treatment, the patient fully recovered.

Key Words: Acute Pancreatitis, Epigastric Pain, Biliary Concretion.

კლინიკური შემთხვევის განხილვა: პაციენტი ბილიარული მწვავე პანკრეატიტით

ლიკა ბედინაშვილი¹, როსტომ ცხვედიანი²

1 - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, მედიცინის ფაკულტეტი

2 - ზოგადი ქირურგიის დეპარტამენტი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

75 წლის მამაკაცი სტაციონარში შემოიყვანეს ძლიერი ტკივილით მუცლის ეპიგასტრიუმის მიდამოში, ჰქონდა გულისრევა და პირღებინების ერთი ეპიზოდი, პაციენტი ჩივილებს უკავშირებდა ხურმის მიღებას. მეიო-რობსონის ნიშანი უარყოფითი. პაციენტს ჩატარებული ჰქონდა კორონარული არტერიების შუნტირება და ორჯერ კორონარული არტერიების სტენტირება, მათ შორის უკანასკნელი 2 თვის წინ. სტაციონარში ჩატარდა კარდიოლოგიური კონსულტაცია, მუცლის ღრუს რენდგენოსკოპია და ექოსკოპია. კლინიკაში ჩატარებული გამოკვლევების შედეგად გამოვლინდა თანმხლები დაავადებები შარდის ბუშტის დივერტიკული, მსხვილი ნაწლავის დივერტიკული ავადმყოფობა პერფორაციის და აბსცესების გარეშე, გამოვლინდა თემოს არტერიის ანევრიზმა, გულის ათეროსკლეროზული დაავადება, გლუკოზის დონის მატება სისხლში და ლიპოპროტეინული მეტაბოლიზმის დარღვევები. პაციენტი უჩივის პირველად ჰიპერტენზიას. ჩატარებული გამოკვლევების მიუხედავად ძალიან მწირი კლინიკური ჩივილებით დიაგნოზის დასმა გართულდა. სწორი დიაგნოზის დასმა განაპირობა სისხლის ანალიზში ლიპაზის კონცენტრაციის მკვეთრმა მატებამ. ლიპაზა არის ფერმენტი, რომელიც ახდენს ტრიგლიცერიდების ჰიდროლიზს. ის პანკრეასის მიერ გამომუშავდება და პანკრეასის სადინრით თორმეტგოჯა ნაწლავში გამოიყოფა, სადაც იგი საკვების სახით მიღებული ცხიმების მონელებაში მონაწილეობს.

ლიპაზას ანალიზი, ძირითადად, მწვავე პანკრეატიტის დიაგნოსტიკისა და მონიტორინგისთვის ინიშნება. სტაციონარში ჩატარდა ლიპაზის ანალიზი და მაჩვენებელი იყო 2900 U/L (N 23-300 U/L). იქედან გამომდინარე რომ სახეზე კლინიკური ნიშნები არ იყო გარდა მუცლის

ტკივილისა, საჭირო გახდა ლიპაზის დონის გადამოწმება და განმეორებით ანალიზში მისი მაჩვენებელი იყო 2605 U/L (N 23-300 U/L).

ექოსკოპიურად ნაღვლის ბუშტი იყო ზომაში მომატებული და გადავსებული, მცირე გამონაჟონით. მიუხედავად მწირი კლინიკური ნიშნებისა ანალიზებმა დაადასტურა მწვავე ბილიარული პანკრეატიტის და მწვავე ქოლეცისტიტის დიაგნოზი. პაციენტი მოთავსდა ქირურგიულ გამყოფილებაში და დაიწყო ინფუზიური, სპაზმოლიზური, გასტროპროტექციული, ანტიკოაგულაციური, ანთებისსაწინააღმდეგო და სხვა სახის სიმპტომური თერაპია. პაციენტი ბინაზე გაეწერა 5 დღეში დამაკმაყოფილებელი მაჩვენებლებით.

სავარაუდო იყო, რომ პაციენტის სანაღვლე გზებში გაჭედილი იყო ნაღვლოვანი კონკრემენტი, რომელმაც გამოიწვია სანათურის დახშობა და ნაღვლის შეგუბება, რაც თავის მხრივ ბილიარული პანკრეატიტით გამოვლინდა. ვინაიდან რენდგენოლოგიურ კვლევებზე არ გამოიკვეთა ნაღვლოვანი კენჭები, შესაძლებელი იყო, რომ ის სპაზმოლიზური საშუალებების გამოყენების შემდეგ გადასულიყო ნაწლავის სანათურში და სადინრის გამავლობა აღმდგარიყო. მკურნალობის შედეგად პაციენტი სრულად გამოჯანმრთელდა.

საკვანძო სიტყვები: მწვავე პანკრეატიტი, ეპიგასტრული ტკივილი, ნაღვლის შეგუბება.

შესავალი

მწვავე პანკრეატიტი არის ეგზოკრინული პანკრეასის გავრცელებული ანთებითი დაავადება, რომელიც იწვევს მუცლის ძლიერ ტკივილს და მრავალ ორგანოთა დისფუნქციას, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს პანკრეასის ნეკროზი და ორგანოების მუდმივი უკმარისობა, სიკვდილი დგება დაავადებულთა 1-5%-ში [1]. ზავებში ფიქსირდება 10-15 შემთხვევა 100 000 ზავზე [2]. პანკრეატიტი იწვევს მნიშვნელოვან მწვავე და ქრონიკულ ავადობას, რაც იწვევს გახანგრძლივებულ სისუსტეს, მორეციდივე დაავადებას და პანკრეასის ეგზოკრინულ და/ან ენდოკრინულ უკმარისობას.

პანკრეატიტის გამოვლინებები მოიცავს ეპიგასტრიულ ან დიფუზურ ტკივილს მუცლის არეში (80-95%), გულისრევა და ღებინება (40-80%), მუცლის შებერილობა, ცხელება, ქოშინი, გაღიზიანება და ცნობიერების დაქვეითება, პირექსია, ჟანგბადის დაბალი შემცველობა, ტაქიპნოე, ტაქიკარდია, ჰიპოტენზია, გაუვალობა და/ან ოლიგურია [3]. სამედიცინო ანამნეზი უნდა მოიცავდეს საგულდაგულო გამოკვლევას, რომელიც მიმართულია ეტიოლოგიის დადგენაზე. მათ შორის ნაღვლის ბუშტში კენჭების, სიმსუქნის, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების, მოწევის, ჰიპერლიპიდემიის და წამლების მიღება, რომლებსაც შეუძლიათ დაავადების გამოწვევა.

ბილიარული პანკრეატიტის გამომწვევი მიზეზი შეიძლება იყოს (1) ნაღვლის ბუშტის კენჭები, აქ გამაგრებულმა დეპოზიტებმა შეიძლება დაახშოს პანკრეასის სადინარი და გამოიწვიოს

პანკრეატიტი. (2) ნაღვლის ნაწილაკების ნარევა შეიძლება შეაფერხოს ნაღვლის ნორმალური ნაკადი და ხელი შეუწყოს პანკრეატიტს. (3) ოდდის სფინქტერის დისფუნქციის დროს ირღვევა კუნთოვანი სარქველის ფუნქცია და ჩნდება პანკრეატიტის საშიშროება.

მწვავე პანკრეატიტის დიაგნოზი მოითხოვს სამი კრიტერიუმიდან ორს: (1) მუცლის ტკივილი, რომელიც შეესაბამება პანკრეატიტს, (2) შრატის ამილაზა ან ლიპაზა სამჯერ ან მეტჯერ აღემატება ნორმის ზედა ზღვარს და (3) პანკრეატიტთან შესაბამისობის აღმოჩენა ჯვარედინი მუცლის სექციური ტომოგრაფია. მოზარდებში ტარდება კომპიუტერული ტომოგრაფია (CT) ან მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია (MRI); ბავშვებში CT, MRI ან ზოგიერთ შემთხვევაში ტრანსაბდომინალური ულტრაბგერა (TUS)] [4, 5]. საჭიროა სიფრთხილე, რადგან მხოლოდ პირველმა ორმა კრიტერიუმმა შეიძლება ვერ შეძლოს მწვავე პანკრეატიტის მქონე პაციენტების მეოთხედის იდენტიფიცირება, ხოლო მწვავე პანკრეატიტის მქონე ათიდან ერთ პაციენტში არასწორი დიაგნოზი ისმება [6].

ნაღვლის ბუშტში კენჭების სიხშირე იზრდება ასაკთან ერთად [7], ბილიარული პანკრეატიტი ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა ხანდაზმულ პაციენტებში [8]; ქოლეცისტექტომია არის მკურნალობის ერთ-ერთი გზა რეციდივის თავიდან ასაცილებლად, გარდა სუსტი ადამიანებისა, ვისთვისაც ალტერნატივა ენდოსკოპიური სფინქტეროტომიაა [9]. სისუსტე და თანმხლები დაავადებები ზრდის მწვავე პანკრეატიტის გართულებების რისკს [10]. მეოცე საუკუნის ბოლოს ხანდაზმულ პაციენტებში იდიოპათიური მწვავე პანკრეატიტის სიხშირე იყო 30-40% [11, 12]. იდიოპათიური პანკრეატიტის ეს მაღალი მაჩვენებელი ისევ ნარჩუნდება, მიუხედავად თანამედროვე ვიზუალიზაციისა და მოწინავე ენდოსკოპიის ხელმისაწვდომობისა. მნიშვნელოვანია, რომ ამ ასაკობრივ ჯგუფში ავთვისებიანი სიმსივნეების მნიშვნელოვანი რისკი არსებობს. როგორც კეთილთვისებიანი, ისე ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან პანკრეასის სადინრის ობსტრუქციით გამოწვეული მეორადი პანკრეატიტი უფრო მსუბუქი და მორეციდივეა [13, 14], რადგან სადინრის ობსტრუქცია ჩვეულებრივ ნაწილობრივია. მსგავს შემთხვევებში შერჩეული მკურნალობა არის ქირურგიული რეზექცია ან პალიატიური სტენტირება.

კლინიკური შემთხვევა

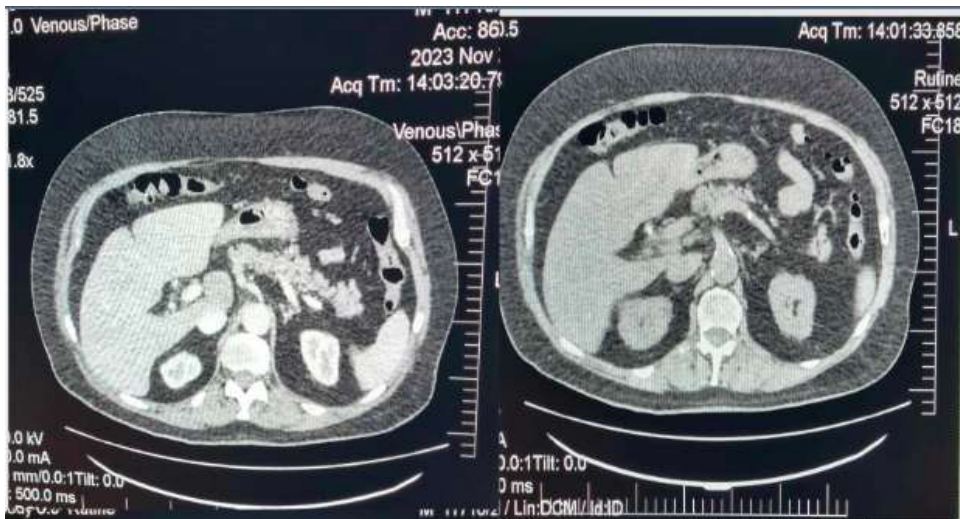
75 წლის მამაკაცი სტაციონარში შემოიყვანეს ძლიერი ტკივილით მუცლის ეპიგასტრალურ მიდამოში. ჰქონდა თვითღებინების ერთი ეპიზოდი. პაციენტი ტკივილს უკავშირებს საკვებს - ხურმას. მიღებული ჰქონდა ნო-შპა. პაციენტს ჰქონდა კუჭის მოქმედება და გავიდა აირებზე, თუმცა ტკივილი არ მოიხსნა. კლინიკაში შემოყვანისას ჰემოდინამიკური პარამეტრები სტაბილურია, RR-18, SpO₂-96%, P-72, T/A-120/80 mmHg, t-37.0C. მუცელი იყო დიდი ზომის, პალპაციით რბილი, მტკივნეულია ეპიგასტრიუმისა და მეზოგასტრიუმის დონეზე. პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები უარყოფითი.

ნაზოგასტრალური ზონდიდან კუჭის გამჭვირვალე ლორწოვანი მასა იქნა ამოღებული. სისხლის საერთო ანალიზმა აჩვენა ნეიტროფილოზი. სტაციონარში შემოყვანისას ჩატარდა

კარდიოლოგიური კონსულტაცია და მუცლის ღრუს ორგანოების რენდგენოლოგიური კვლევა (სურ: 1-2). მუცლის ღრუს ექოსკოპიით პერიტონიუმის ღრუში თავისუფალი სითხე არ აღინიშნება, პერისტალტიკა დუნე. მუცლის ღრუს მიმოხილვით რენტგენოგრამაზე აეროკოლია უმნიშვნელოდ გამოხატული. ორმხრივად სუბდიაფრაგმალური სივრცეები თავისუფალია.

ჩატარდა მუცლის ღრუს ორგანოების ღვიძლის, ნაღვლის ბუშტის, პანკრეასის და ელენთის ექოსკოპიური კვლევა. აღსანიშნავია ცვლილებები პანკრეასზე, სტრუქტურა მცირედ არაერთგვაროვანი, ექოგენობა მცირედ დაქვეითებული, ვირსუნგის სადინარი დილატაციის გარეშე. ნაღვლის ბუშტზე აღინიშნება დეფორმული ნაკეცი ქვედა მესამედის დონეზე.

პაციენტთან ჩატარდა ტროპონინის (ნორმა <0,023 ng/ml) კონტროლი შედეგით <0,01 ng/ml და ლიპაზის ტესტი(ნორმა 13-60 U/L) შედეგით 2605 U/L. საგრძნობლად არის მომატებული ლიპაზის დონე რაც პირდაპირი მინიშნება ბილიარული პანკრეატიტისა.



სურათი 1



სურათი 2

განხილვა და დასკვნა

სწორი დიაგნოზის დასასმელად სახეზე გვქონდა ორი ნიშანი. პირველი ეს იყო მუცლის მწვავე ტკივილი ეპიგასტრალურ მიდამოში და მეორე უმთავრესი ნიშანი ლიპაზის მაღალი კონცენტრაცია 2605 U/L (N 23-300 U/L). მიუხედავად იმისა, რომ მეიო-რობსონის ნიშანი იყო უარყოფითი. ლიპაზის შემცველობა თითქმის ხუთჯერ იყო მომატებული რაც პირდაპირი დადასტურება ბილიაული პანკრეატიტისა.

კვლევებით გამოძიებები მიზეზი ვერ დადგინდა, სავარაუდოა, რომ პაციენტის სანაღვლე გზებში გაჭედული იყო ნაღვლოვანი კონკრემენტი, რომელმაც გამოიწვია სანათურის დახშობა და ნაღვლის შეგუბება, რაც თავის მხრივ ბილიარული პანკრეატიტით გამოვლინდა. ვინაიდან რენდგენოლოგიურ კვლევებზე არ გამოიკვეთა ნაღვლოვანი კენჭები, შესაძლებელი იყო, რომ ის სპაზმოლიზური საშუალებების გამოყენების შემდეგ გადასულიყო ნაწლავის სანათურში და სადინრის გამავლობა აღმდგარიყო.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Petrov MS, Yadav D. Global epidemiology and holistic prevention of pancreatitis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2019;16(3):175–184. doi: 10.1038/s41575-018-0087-5.
2. Della Corte C, Faraci S, Majo F, Lucidi V, Fishman DS, Nobili V. Pancreatic disorders in children: new clues on the horizon. *Dig Liver Dis*. 2018;50(9):886–893. doi: 10.1016/j.dld.2018.06.016.
3. Kiriya S, Gabata T, Takada T, Hirata K, Yoshida M, Mayumi T, et al. New diagnostic criteria of acute pancreatitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2010;17(1):24–36. doi:10.1007/s00534-009-0214-3.
4. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013;62(1):102–111. doi: 10.1136/gutjnl-2012-302779.
5. Working Group IAPAPAAPG IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatology*. 2013;13(4 Suppl 2):e1–15.
6. Rompianesi G, Hann A, Komolafe O, Pereira SP, Davidson BR, Gurusamy KS. Serum amylase and lipase and urinary trypsinogen and amylase for diagnosis of acute pancreatitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;4(4):Cd012010.
7. Shabanzadeh DM. Incidence of gallstone disease and complications. *Curr Opin Gastroenterol*. 2018;34(2):81–89. doi: 10.1097/MOG.0000000000000418.
8. Somasekar K, Foulkes R, Morris-Stiff G, Hassn A. Acute pancreatitis in the elderly—can we perform better? *Surgeon*. 2011;9(6):305–308. doi: 10.1016/j.surge.2010.11.001.
9. Qayed E, Shah R, Haddad YK. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography decreases all-cause and pancreatitis readmissions in patients with acute gallstone pancreatitis who do not undergo cholecystectomy: a nationwide 5-year analysis. *Pancreas*. 2018;47(4):425–435. doi: 10.1097/MPA.0000000000001033.

10. Baeza-Zapata AA, García-Compeán D, Jaquez-Quintana JO. Acute pancreatitis in elderly patients. *Gastroenterology*. 2021;161(6):1736–1740. doi: 10.1053/j.gastro.2021.06.081.
11. Park J, Fromkes J, Cooperman M. Acute pancreatitis in elderly patients. Pathogenesis and outcome. *Am J Surg*. 1986;152(6):638–642. doi: 10.1016/0002-9610(86)90440-X
12. Browder W, Patterson MD, Thompson JL, Walters DN. Acute pancreatitis of unknown etiology in the elderly. *Ann Surg*. 1993;217(5):469–474. doi: 10.1097/00000658-199305010-00006.
13. Minato Y, Kamisawa T, Tabata T, Hara S, Kuruma S, Chiba K, et al. Pancreatic cancer causing acute pancreatitis: a comparative study with cancer patients without pancreatitis and pancreatitis patients without cancer. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2013;20(6):628–633. doi: 10.1007/s00534-013-0598-y.
14. Venkatesh PG, Navaneethan U, Vege SS. Intraductal papillary mucinous neoplasm and acute pancreatitis. *J Clin Gastroenterol*. 2011;45(9):755–758. doi: 10.1097/MCG.0b013e31821b1081.
15. Szatmary P, Grammatikopoulos T, Cai W, Huang W, Mukherjee R, Halloran C, Beyer G, Sutton R. Acute Pancreatitis: Diagnosis and Treatment. *Drugs*. 2022 Aug;82(12):1251-1276. doi: 10.1007/s40265-022-01766-4. Epub 2022 Sep 8. PMID: 36074322; PMCID: PMC9454414.