

ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ - ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ

Д.О. Гончарюк

Буковинський державний медичний університет

Вступ

Загальновідомим фактом є, що хронічний панкреатит у молодому віці має рецидивуючий характер перебігу, а в подальшому він перебігає з невираженою клінікою, особливо при поєднанні захворювань будь-якої системи внутрішніх органів.

Тому метою роботи було вивчити особливості перебігу хронічного панкреатиту за серцевої недостатності.

Матеріали та методи дослідження

Для вирішення поставлених у роботі завдань обстежено 31 пацієнт. Хворі перебували на стаціонарному етапі лікування в гастроентерологічному відділенні обласної комунальної установи "Чернівецька обласна клінічна лікарня", в стаціонарному відділенні обласного ендокринологічного диспансеру та в кардіологічному відділенні госпіталю інвалідів війни м. Чернівці. Дослідження проведені в перші дні перебування в стаціонарі у 31 хворого на хронічний панкреатит у загостренні (чоловіків -17, жінок -14), віком від 41 до 74 років, середній вік хворих складав 57 років, тобто переважали особи середнього віку. Це можна пояснити тим, що маніфестація хронічного панкреатиту припадає саме на когорту населення працездатного віку, яка потребує лікування в стаціонарі, динамічного спостереження і реабілітації в амбулаторних умовах. Контрольну групу склали 10 практично здорових осіб, з них 6 чоловіків та 4 жінки. Таким чином, стать і вік здорових були порівнянні зі статтю та віком хворих. Всім пацієнтам проводилось ультразвукове дослідження ПЗ. Ультрасонографічними критеріями ХП вважали нечіткість контурів ПЗ, ущільнення та неоднорідність її тканини, наявність ехопозитивних та ехонегативних сигналів, зміни діаметру головної протоки залози, наявність вогнищ фіброзу.

У 11 хворих діагностований хронічний панкреатит, а в 20 - хронічний панкреатит за супутньої хронічної серцевої недостатності ІА-Б стадії ІІ-ІІІ функціонального класу. Серед факторів, що

спричинили розвиток та прогресування ХП і серцевої недостатності було паління цигарок. У хворих на ХП нами не виявлено достовірної відмінності порівняно із групою хворих на ХП за супутньої серцевої недостатності за фактом тютюнопаління, що підтверджує думку інших дослідників про значну роль нікотину у розвитку як хронічного панкреатиту, так і хронічного панкреатиту за супутньої серцевої недостатності [1].

Кількість загострень ХП на рік в середньому склала 3,7 раза у осіб І групи та 4,9 раза у ІІ групі ($p > 0,05$). Щодо давності захворювання, то найбільшу частку становили хворі тривалістю ХП понад 10 років (14), від 5 до 10 років (10), дещо менше (7хв.) припадало на осіб з тривалістю захворювання до 5 років. Тобто, за давності (більше 10 років) і тривалості перебігу захворювання зросла частка хворих на ХП, що може вказувати на ушкодження підшлункової залози (ПЗ) фіброзуючого характеру, особливо при поєднаному перебігу з ІХС [2]. У хворих на ХП і ХП за супутньої серцевої недостатності переважали метаболічні зміни (за індексом маси тіла), що погіршувало клінічний перебіг в обох групах хворих і адаптивні можливості пацієнтів в цілому.

Супутня патологія представлена синдромом хронічної серцевої недостатності ІА-Б стадії ІІ-ІІІ функціонального класу, яка виникла на тлі ІХС, дифузного кардіосклерозу..

Отримані результати та їх обговорення

Встановлено, що хронічний панкреатит характеризувався переважно атипичним перебігом у 83,3% (якщо він розвинувся вторинно на тлі захворювань органів травлення (виразкова хвороба, хронічний гастродуоденіт, хронічний холецистит, гепатит) системи кровообігу. Серед чинників, що спричинили розвиток та прогресування ХП мала місце алкогольна інтоксикація, психоемоційні переваження, а в ряді випадків, мало місце поєднання декількох факторів. У переважній більшості пацієнтів (24%) виявлено паренхіматозний варіант перебігу хронічного панкреатиту, причинами розвитку якого були ІХС, атеросклероз судин (у тому числі підшлункової залози), судинні ураження на стадії атероматозної бляшки або її атеротромбозу (за даними доплерографічного дослідження), гіпертонічна хвороба, синдром гіперв'язкості крові тощо.

Аналіз скарг обстежених хворих свідчив, що більшість з них відмічала біль у животі переважно в лівому підребер'ї та епігастрії,

рідше в обох підребер'ях, а у невеликої кількості хворих біль локалізувався в пілорододенальній ділянці, вказуючи на дуоденіт або дуоденостаз, або дисфункцію сфінктера Одді при хронічному панкреатиті, що провокувало інтенсивний характер болю. Слід відмітити, що інтенсивність больового синдрому у більшості пацієнтів була помірною, що було причиною гіподіагностики ХП у цієї групи хворих. Іррадіація болю відмічалася в поперекову ділянку, хребет (19 хворих). При поєднанні хронічного панкреатиту з ІХС, дифузним кардіосклерозом із СН II А-Б стадії II-III функціонального класу біль часто іррадіював у ліву руку, ліву підлопаткову ділянку (8 хворих), передсерцеву ділянку (9 хворих). Це потребувало ретельної диференціації, адже дана локалізація болю характерна і для ІХС, зокрема, стенокардії, інфаркту міокарда. За наявності дискінезії жовчовивідних шляхів переважала правостороння іррадіація болю (5 хворих). У пацієнтів на ХП за СН ІА-Б стадії II-III функціонального класу важко було розрізнити характер болю (пов'язаний із міокардіальним механізмом або панкреатичним), оскільки на ЕКГ наявними були ознаки ішемії, ізоелектричні, негативні зубці Т, одиничні шлуночкові екстрасистоли, які переходили в групові і зникали в динаміці лікування. Ці хворі спочатку лікувалися в кардіологічному відділенні з основним діагнозом ІХС: дифузний кардіосклероз СН II А-Б стадії II-III функціонального класу, але без бажаного результату від лікування та наростанням симптомів зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози, гіперглікемії (14 хворих). При подальшому лікуванні пацієнтів у гастроентерологічному відділенні з приводу ХП стан хворих покращувався, відмічалася позитивна динаміка ЕКГ, ЕхоКГ (однак у післяпрандіальний період з'являлася тахікардія тривалістю до однієї години), зменшувалася гіперглікемія, що дозволяло зробити висновки про домінуючі прояви загострення ХП, які, за посилення гіпоксії, значно погіршували симптоматику серцевої недостатності.

Диспепсичний синдром проявлявся нудотою (у 23% хворих), розладами апетиту (17% хворих), блюванням (5% хворих), печією (11% хворих), здуттям живота (28% хворих), абдомінальним дискомфортом, метеоризмом (11% хворих), відчуттям важкості в епігастрії, розладами стільця (13% хворих). Поряд з цим синдромом шлункової та кишкової диспепсії, на відміну від больового, були значно вираженішими, що мож-

на пояснити наростанням гіпосекреторних явищ, які відбуваються в залозах органів травлення при коморбідності даних захворювань. Часто хворі відмічали вегетативні розлади, зокрема дратівливість (25%), головокружіння (12%, порушення сну (23%), адинамію (15%), коливання артеріального тиску та серцебиття (14% хворих), що, можливо, були спричинені наростаючою гіпоксією внутрішніх органів за хронічної серцевої недостатності та явищами церебрального атеросклерозу (19% хворих). Обстежені хворих об'єктивно найчастіше спостерігали біль у зоні Шоффара (11% хворих) та в точці Дежардена (9% хворих). Дещо рідше хворих турбував біль у зоні Губергріца - Скульського (7% хворих) та у точці Губергріца (7% хворих).

У клінічному аналізі крові хворих на ХП за серцевої недостатності відмічалися ознаки помірної нормохромної анемії (6,6% хворих) що за даними Д.В. Преображенського із співав. (2010) [3] є найбільш частим проявом гемодилуції в хворих із декомпенсованою хронічною серцевою недостатністю, нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво констатований у 3,1% хворих, прискорення ШОЕ - у 7,4% хворих (що найчастіше засвідчувало наявність хронічної запальної реакції, загострення її). Аналіз показників копрологічного дослідження показав наявність у випорожненнях хворих неперетравленої клітковини, м'язових волокон, зерен крохмалю, вільних жирів, причому кількість даних елементів у більшості хворих не перевищувала значення (++).

Висновки

1. Аналіз клініко-лабораторних показників засвідчив про те, що в хворих на хронічний панкреатит за супутньої серцевої недостатності різних форм і функціональних класів, яка викликана ІХС, дифузним кардіосклерозом клінічна картина більш стерта порівняно з хронічним панкреатитом без супутньої патології.

2. У фазі загострення ХП за супутньої СН погіршується ЕКГ (елевація сегмента ST і зміна зубця Т, одиничні шлуночкові екстрасистоли, які переходять в групові і зникають після лікування), але в післяпрандіальний період з'являється тахікардія тривалістю до однієї години. При цьому абдомінальний больовий синдром був невираженим, частіше переважав диспепсичний синдром.

3. При такій коморбідності діагностика хронічного панкреатиту утруднена, завдяки тому, що симптоматика частіше про-

являється диспепсичним синдромом, який розцінюється як такий за серцевої недостатності.

4. Перспективою подальших досліджень є патогенетичне обґрунтування раціональних підходів до лікування хворих на ХП, в тому числі з наявністю супутньої СН.

Література

1. Григорьева И.Н. Никотин и поджелудочная железа / И.Н. Григорьева // Вестник Клуба Панкреатологов. - № 4. - С.21-22.

2. Христич Т.Н. Особенности клинического течения хронического панкреатита в сочетании с ИБС / Т. Н. Христич // Сборник научных работ співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупіка. - Київ, 2005. - С.167-171.

3. Преображенский Д.В. Гемодиализация - самая частая причина анемии у госпитализированных больных с хронической сердечной недостаточностью / Д.В. Преображенский, Н.И. Некрасова, П.А. Воробьев // Проблемы старения и долголетия. - 2010. - Т. 19, № 3. - С. 293.

Резюме

Гончарук Д.О. Хронічний панкреатит - особливості клінічного перебігу.

У статті подаються оригінальні дані про особливості перебігу хронічного панкреатиту (ХП) при наявності хронічної серцевої недостатності (ХСН) в порівнянні з ХП без ХСН.

Ключові слова: хронічний панкреатит, хронічна серцева недостатність, клініка.

Резюме

Гончарук Д.О. Хронический панкреатит - особенности клинического течения.

В статье освещаются вопросы особенности клинического течения хронического панкреатита (ХП), сочетающегося с синдромом хронической сердечной недостаточности (ХСН), в сравнении с ХП без ХСН.

Ключевые слова: хронический панкреатит, хроническая сердечная недостаточность, клиника.

Summary

Goncharuk D.O. Chronic pancreatitis - descriptions of clinical maintains.

The article shows the descriptions of clinical maintains of chronic pancreatitis (CP) combined with chronic heart failure syndrome (CHFS) with difference of CP without CHFS.

Key words: chronic pancreatitis, chronic heart failure syndrome, clinic.

Рецензент: д. мед. н., проф. Я. А. Соцька

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ОФТАЛЬМООНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА ПЕРВИННО-МНОЖИННІ ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ

А.С. Гудзь

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького (Львів)

Вступ

Щороку кількість хворих із первинно-множинними злоякісними новоутвореннями у світі стрімко зростає. Зокрема, рівень захворюваності цією патологією у Російській Федерації становив у 2003-2004 р.р. - 7,5-8,3 на 100 тис. населення, а частка серед хворих із вперше встановленим онкологічним захворюванням збільшилась із 1,1 % (1994 р.) до 2,7 % (2007 р.). Частота злоякісних первинно-множинних новоутворень певної локалізації може бути значно вищою (10-13 %) [1].

У теперішній час під терміном "первинно-множинні злоякісні новоутворення" розуміють виникнення у одного хворого незалежних двох або більше пухлин. Умовно розрізняють синхронні (виявляють одночасно чи з інтервалом до 6 місяців) та метакронні (верифікуються у різний час) пухлини. Сучасні публікації свідчать, що близько 34 % первинно-множинних злоякісних новоутворень є синхронними [1].

Збільшення захворюваності на первинно-множинні злоякісні новоутворення пов'язують як із покращенням статистичного обліку онкологічних хворих, так із широким впровадженням у клінічну практику сучасних методів діагностики (зокрема, променевої). Окремі дослідники вказують на те, що зростання кількості таких хворих є наслідком постаріння населення, глобальним погіршенням екологічного стану довкілля та значним забрудненням його канцерогенними агентами. Також встановлено, що хворі із первинно-множинними злоякісними новоутвореннями частіше зустрічаються у високо індустріальних