

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Т.Н. Христич, Л.Д. Кушнир

Буковинский государственный медицинский университет

Ключевые слова: хронический панкреатит, хронический бронхит, восстановленный глутатион, малоновый альдегид, антиоксиданты.

При сочетании заболеваний органов пищеварения и бронхолегочной системы важным для практического врача является вопрос о взаимоотношающемся влиянии, диспансеризации, вторичной профилактике и прогнозе у каждого конкретного больного.

Цель нашего исследования — определить клинические особенности течения хронического панкреатита (ХП) и хронического бронхита (ХБ) (в том числе обструктивного (ХОБ)), состояние систем «оксиданты — антиоксиданты» у больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследовано 50 больных и 10 здоровых лиц, среди них 32 мужчин, 28 женщин, сочетаемость заболеваний регистрировалась от 3 до 12 лет. При этом хроническая дыхательная недостаточность II степени была диагностирована у 11 больных, эмфизема — у 9, пневмосклероз — у 7, хроническое легочное сердце — у одного пациента. Снижение внешнесекреторной функции поджелудочной железы наблюдалось в 9 случаях.

Внешнесекреторную функцию поджелудочной железы (ПЖ) исследовали в дуоденальном содержимом по общепринятой методике (стимуляцию производили хлористо-водородной кислотой и оливковым маслом), ферменты поджелудочной железы определяли также в крови и моче (амилаза). Состояние паренхимы ПЖ изучали с помощью ультразвукового исследования на аппарате «Ultramark-9». Критерием хронического панкреатита (ХП) являлась неровность контуров и снижение эхо-сигналов, увеличение органа (особенно головки), наличие очагов фиброза.

Для верификации ХБ (в том числе ХОБ) использовали компьютерную спирографию, рентгенографию, бронхоскопию, электрокардиографию, эхокардиографию.

В целях выявления особенностей изменений в системе перекисного окисления липидов — антиоксидантной защиты (ПОЛ—АОЗ) и способности

организма к компенсации определяли малоновый альдегид (МА) (Ю.А. Владимиров, А.И. Арчанов, 1972), восстановленный глутатион (О.В. Травина в модификации И.Ф. Мещишена, И.В. Петровой, 1983).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Детальный анализ клинической картины у больных ХП в сочетании с ХОБ показал, что одышка, кашель, чаще всего малопродуктивный, диффузный цианоз, изменение формы грудной клетки, сниженные показатели внешнего дыхания (в том числе ОФВ₁), рентгенологические, эндоскопические данные преимущественно встречались у больных с хроническим рецидивирующим панкреатитом, длительностью в 7—10 лет, с переходом в хронический панкреатит.

Анамнестические данные указывают на следующие факторы риска: злоупотребление алкоголем, курение, работа на вредном производстве (машиностроительный, резинообувной завод). Эту группу составили 12 пациентов (I группа).

Во II группу вошли больные, у которых клинические проявления хронической дыхательной недостаточности вплоть до признаков легочной гипертензии развились после лечения в хирургическом стационаре по поводу острого рецидивирующего панкреатита, осложненного левосторонней пневмонией и плевритным выпотом. Анамнестические данные свидетельствуют в пользу последовательного развития пневмофиброза (пневмосклероза), хронического нарушения микроциркуляции реологических свойств крови в малом круге кровообращения, ведущих к гипертензии в нем. Таких больных было 10.

III группу составили больные с хроническим панкреатитом, у которых анамнестически нет связи с развитием сопутствующей хронической обструктивной болезни легких. Чаще всего пациенты отмечали самостоятельность возникновения каждого из них.