

цер Б.И., Кривенко Л.Е., Невзорова В.А., Лукьянов П.А. Респираторное влаговыделение и значение его исследования в пульмонологии // Терапевтический архив. – 2000. – Т.72, № 3. – С. 46-50. 3. Ерохин В.В. Клеточная и субклеточная морфология репаративных процессов при туберкулезе легких // Проблемы туберкулеза. – 1996. – № 6. – С. 10-14. 4. Зборовская И.А., Банникова М.В. Антиоксидантная система организма, ее значение в метаболизме. Клинические аспекты // Вестник РАМН. – 1995. – № 6. – С. 53-59. 5. Каминская Г.О. Роль биохимических исследований в формировании современных представлений о патогенезе туберкулеза // Проблемы туберкулеза. – 1996. – № 1. – С. 59-62. 6. Королюк М.А., Иванова Л.И., Майорова И.Г., Токарев В.Е. Метод определения активности каталазы // Лабораторное дело. – 1988. – №1. – С. 16-19. 7. Кулакова Н.В., Невзорова В.А., Лукьянов П.А., Гельцер Б.И. Биохимические маркеры воспаления и обструкции бронхов // Клиническая медицина. – 2000. – № 3. – С. 36-39. 8. Кухарчук О.Л. Патогенетична роль та методи корекції інтегративних порушень гормонально-месенджерних систем регуляції гомеостазу натрію при патології широк: Автореф. дис... д. мед. н. – 14.03.05 / Одеський мед. ін-т. – Одеса, 1996. – 37 с. 9. Мецциан И.Ф. Механизм действия четвертичных аммониевых соединений (этония, тиония, додекония и их производных) на обмен веществ в норме и патологии: Автореф. дис... д.биол.н. – 03.00.04 / Киевск. НИИ фармакол. и токсикол. – Киев, 1991. – 37 с. 10. Стальная И.Д., Гаршицки Т.Г. Метод определения малонового диальдегида с помощью тиобарбитуровой кислоты // Современные методы в биохимии. – М.: Медицина, 1977. – С. 66-68. 11. Хьилиткуев Б.С., Хьилиткуева Н.А., Иванов В.Н. Методы определения продуктов перекисного окисления липидов в конденсате выдыхаемого воздуха и их клиническое значение // Клиническая и лабораторная диагностика. – 1996. – № 3. – С. 13-15. 12. Яковлев М.Ю., Зубаирова Л.Д., Крутик А.Н., Пермяков Н.К. Альвеолярные макрофаги в физиологии и патологии легких // Архив патологии. – 1991. – Т.53, № 4. – С. 3-8.

CHARACTERISTICS OF LIPOPEROXIDATION PROCESSES IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS AT DIFFERENT STAGES OF SPECIFIC INFLAMMATION: EXHALED AIR CONDENSATE ANALYSIS

V.P.Shapovalov

Abstract. For the purpose of studying the diagnostic significance of intensity changes of lipoperoxidation processes and the enzymatic activity of the antioxidant defense system in the exhaled air condensate 39 patients with infiltrative and disseminated pulmonary tuberculosis with clinico-roentgenologically established exudative-necrotic and productive-necrotic phases of specific inflammation have been examined. It has been established that excessive activation of lipoperoxidation processes of ischemic genesis occurs during the exudative-necrotic phase in contrast to the productive-necrotic one. The activity of the enzymes of the antioxidant defense system in the condensate is considerably lower in patients with tuberculosis with the exudative-necrotic phase. Thus, the condensate expired air content of dien conjugates, malonic aldehyde, the catalase and glutatione peroxidase activity may be used as the criteria of determining the phase of tuberculosis inflammation.

Key words: tuberculosis, lungs, exhaled air condensate, inflammation, lipoperoxidation.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 24.04.2001 року

УДК 616.37-002:616.12-005.4-053

Г.І.Шумко

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ В ОСІБ ЛІТНЬОГО ВІКУ ІЗ СУПУТНЬОЮ ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Кафедра госпітальної терапії та клінічної фармакології (зав. – проф. М.Ю. Коломoeць)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Клінічний перебіг хронічного панкреатиту у людей літнього віку має переважно атипову картину, а також досить часто маскується клінікою ішемічної хвороби серця, що значно затруднює діагностику.

Ключові слова: хронічний панкреатит, ішемічна хвороба серця, літній вік.

Вступ. Хронічний панкреатит (ХП) є важливою проблемою сучасної гастроентерології і клінічної медицини. З кожним роком спостерігається ріст захворюваності, що робить вивчення ХП досить актуальним. Певні труднощі викликає діагностика ХП в осіб літнього віку, оскільки цей вік часто характеризується наявністю у пацієнта мікст-захворювань (насамперед ішемічна хвороба серця (ІХС) – ХП, захворювання гастродуоденальної, гепатобіліарної зон, що поєднані з ХП, захворювання органів дихання та ХП), які можуть симулювати або ж маскувати клініку ХП, що потребує більш ретельного вивчення.

Мета дослідження. Дослідити вплив ІХС на клінічний перебіг ХП в осіб літнього віку.

Матеріал і методи. Обстежено 30 осіб (18 (60,0%) чоловіків та 12 (40,0%) жінок) хворих на ХП віком від 60 до 74 років. Середній вік хворих склав 66 років. В 11 (36,7%) хворих діагностовано ХП, у 19 (63,3%) хворих – ХП з супутньою ІХС, стабільною стенокардією напруги, II функціонального класу. Всім пацієнтам проведено клініко-анамнестичне, фізичне обстеження, загальноприйняті клінічні, лабораторні, біохімічні, інструментальні, рентгенологічні дослідження. Для ультразвукового обстеження органів черевної порожнини та серця використовували апарати фірм “Aloka” та “Siemens”. Ендоскопію стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) проводили за допомогою фіброгастроскопів фірми “Olympus” згідно з загальноприйнятими методиками. Активність трипсину в крові та дуоденальному вмісті визначали за методом Ерлангера (1961) у модифікації В.А. Шатернікова (1964), ліпази – за методом Нотмана і співавт. (1948), амілази крові – за методом Сміт-Роя (1949), амілази дуоденального вмісту – за методом Вольгемута (1927), гідрокарбонатну лужність – методом зворотного титрування. Електрокардіографію (ЕКГ) у 12 загальноприйнятих відведень та в ряді випадків Холтерівський моніторинг ЕКГ проводили згідно з загальноприйнятими методиками.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що в переважній кількості пацієнтів наявна інфільтративно-фіброзна форма ХП. Загальновідомо, що вона може бути спричинена ураженнями судинної системи, зокрема атеросклерозом, який призводить до ендовазальної оклюзії судин, порушення мікроциркуляції в залозі [3]. Ураження судин веде до розвитку гіпоксії підшлункової залози (ПЗ), що поєднується зі склеротичними, атрофічними процесами в залозі (за даними ультрасонографії у 8 (26,7%) хворих) та зниженням її секреторної функції. Крім того, до ішемії призводить також загальна гіпоксія органів осіб літнього віку.

Виявлено, що клінічний перебіг ХП має переважно атипичний характер (у 25 (83,3%) хворих), особливо якщо він розвинувся на фоні ІХС та в більш пізній період життя.

Більшість з обстежених хворих відмічали біль у животі, переважно в лівому підребер'ї (23 (76,7%) хворих), рідше в обох підребер'ях (3 (10,0%) хворих) та епігастрії (4 (13,3%) хворих). Інтенсивність больового синдрому була помірною, навіть при тяжкому перебігу захворювання, що значно затруднювало діагностику.

Більшість пацієнтів відмічали іррадіацію болю у поперекову ділянку, хребет (19 (63,3%) хворих). Біль часто іррадіював у ліву руку, ліву підлопаткову ділянку (8 (26,7%) хворих) та ділянку серця (5 (16,7%) хворих). Це вимагало ретельної диференціації, адже така локалізація болю характерна і для ІХС.

У п'ятьох пацієнтів, хворих на ХП поєднаним з ІХС, стабільною стенокардією напруги, II функціонального класу важко було розрізнити характер болю (стенокардитичний чи панкреатичний), оскільки на ЕКГ були ознаки ішемії (зміщення сегмента ST на 1 мм і більше від ізолінії, зменшення амплітуди зубця Т, ізоелектричні, негативні зубці Т, двофазні і високі позитивні “коронарні” зубці Т). В одного хворого спостерігалась пароксизмальна миготлива аритмія, у двох хворих – екстрасистоля та позитивний ефект від прийому нітрогліцерину. Ці хворі спочатку лікувалися в кардіологічному відділенні з основним діагнозом – ІХС: стабільна стенокардія напруги, II функціональний клас, СН I, але без бажаного результату від лікування та наростанням симптомів зовнішньосекреторної недостатності ПЗ. При подальшому лікуванні пацієнтів у терапевтичному відділенні з приводу ХП стан хворих покращувався, відмічалася позитивна динаміка ЕКГ, зменшувалися прояви зовнішньосекреторної недостатності ПЗ, що дозволяло дійти висновку про домінуючі прояви ХП, а не стенокардії. Однак не виключено також одночасне поєднання ХП та ІХС. Складність діагностичного процесу полягала ще й в тому, що клінічний перебіг ІХС у літньому віці має стертий, атипичний характер [2].

Диспепсичний синдром проявлявся нудотою (17 (56,7%) хворих), блювотою (13 (43,3%) хворих), відрижкою (23 (76,7%) хворих), печією (11 (36,7%) хворих), здуттям кишечника (21 (70,0%) хворих), абдомінальним дискомфортом, відчуттям важкості в епігастрії, розладами випорожнення (15 (50,0%) хворих). Поряд з цим

синдрому шлункової та кишкової диспепсій, на відміну від больового синдрому, були значно вираженими, що пояснюється наростанням гіпосекреторних явищ.

Часто хворі літнього віку відмічали вегетативні розлади, зокрема дратливість (25 (83,3%) хворих), запаморочення (24 (80,0%) хворих), порушення сну (19 (63,3%) хворих), адинамію (6 (20,0%) хворих), коливання АТ та серцебиття (19 (63,3%) хворих), що спричинені наростаючою гіпоксією внутрішніх органів у літньому віці та явищами церебрального атеросклерозу (23 (76,7%) хворих).

Обстежуючи хворих об'єктивно найчастіше спостерігали біль у зоні Шофара (22 (73,33%) хворих) та в точці Дежардена (17 (56,7%) хворих). Дещо рідше турбував біль у зоні Губерґріца-Скульського (13 (43,3%) хворих) та в точці Губерґріца (5 (16,7%) хворих).

У клінічному аналізі крові відмічали ознаки помірної нормохромної анемії (2 хворих (6,7%)), наявність досить слабкої запальної реакції (нейтрофільний лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво – один хворий (3,3%), прискорення ШЗЕ – троє хворих (10,0%)), яка можливо пов'язана з існуванням феномена апоптозу, що розвивається у кардіоміоцитах та панкреатоцитах при старінні організму [1].

При дослідженні активності панкреатичних ферментів у крові переважало зниження активності трипсину, ліпази та незначно амілази. Ймовірно, це зумовлено розвитком дифузних склеротичних змін у ПЗ, що могло відбуватися не тільки внаслідок старечої атрофії, але й порушення мікроциркуляції, гіпоксії тканини ПЗ при ХП із супровідним атеросклерозом судин та ІХС.

Досліджуючи зовнішньосекреторну функцію ПЗ за даними дуоденального зондування, виявлено помірне зниження об'єму панкреатичної секреції (на 13,4%), гідрокарбонатної лужності (на 16,3%) та активності панкреатичних ферментів: амілази – на 18,1%, трипсину – на 6,0%, ліпази – на 39,8%.

Характерними особливостями ультразвукової картини при ХП були: переважно зазублені, нечіткі контури ПЗ, ущільнення та неоднорідність її тканини, наявність ехопозитивних та ехонегативних сигналів, зміни діаметра головної протоки залози, наявність вогнищ фіброзу та зрідка (двоє хворих) ехощільних порожнистих утворень у ділянці головки підшлункової залози.

Висновок. Клінічний перебіг ХП із супутньою ІХС у хворих літнього віку має переважно атипову картину, часто маскується клінікою ІХС, що значно затруднює діагностику.

Література. 1. Аруин Л.И. Апоптоз при патологических процессах в органах пищеварения // Клини. мед. – 2000. – №1. – С.5-10. 2. Мартынов А.И., Остроумова О.Д., Шариф С.Ф. Ишемическая болезнь сердца у лиц пожилого и старческого возраста: клиника, диагностика, лечение, профилактика // Клини. мед. – 1998. – №1. – С.5-10. 3. Христин Т.М., Шестакова К.Г. Организация реабилитационного лечения в поликлинике больных на хронический панкреатит старшего возраста // Гастроэнтерология. Міжвідомчий збірник. – Дніпропетровськ, 1999. – Вип.29. – С.239-243. 4. Шевчук В.В. Влияние скрытых нарушений углеводного обмена на липидный спектр сыворотки крови у больных ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью // Врачебное дело. – 1997. – №3. – С.55-57.

CLINICAL PECULIARITIES OF THE COURSE OF CHRONIC PANCREATITIS IN PERSONS OF ELDERLY AGE WITH CONCOMITANT ISCHEMIC HEART DISEASE

G.I.Schumko

Abstract. The results of the study have shown that the clinical course of chronic pancreatitis in patients of elderly age is primarily characterized by an atypical disease pattern and is also very frequently masked by the disease pattern of ischemic heart disease, the latter hampering making the diagnosis.

Key words: chronic pancreatitis, ischemic heart disease, disease pattern, diagnosis, elderly age.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 2.04.2001 року