

УДК: 616-008.843.7

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Л.А. АБДУРАХИМОВА

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ ТАШҚИ СЕКРЕТОР ЕТИШМОВЧИЛИГИ КЛИНИК КЕЧИШИННИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Л.А. АБДУРАХИМОВА

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

PECULIARITIES OF THE CLINICAL FLOW OF THE EXTERNAL SECRETARIUM INSUFFICIENCY OF THE PANCREAS

L.A. ABDURAHIMOVA

Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Ташиқи секретор етишмовчилик бўлган сурункали панкреатитнинг клиник кўринишлари орасида кўпроқ диарея синдроми (52,6%) (OR 6,2; 95% CI 2,2 - 17,8; p=0,001) ва астения синдроми (76,3%) (OR 6,8; 95% CI 2,3 - 20,1; p<0,0001) учради. Лаборатор кўрсаткичлар орасида эса кўпроқ қон зардобидаги липазанинг меъерий ёки пасайган даражаси (OR 5,2; 95% CI 2,1-12,4; p< 0,0001) учради. Умумий ўт йўли ва меъда ости беши соҳаси ультра товуш текиширишида меъда ости беши контурларининг нотекислиги (OR 3,6; 95% CI 1,5-8,8; p=0,004) аниқланди.

Калим сўзлар: Сурункали панкреатит, ташиқи секретор етишмовчилик, меъда ости беши.

Among the clinical manifestations of chronic pancreatitis in the presence of exocrine insufficiency, diarrheal syndrome (52.6%) (OR 6.2, 95% CI 2.2 - 17.8; p = 0.001) and asthenia syndrome (76 , 3%) (OR 6.8; 95% CI 2.3 - 20.1; p <0.0001), and among laboratory parameters: normal or reduced serum lipase levels (OR 5.2, 95% CI 2.1-12.4; p <0.0001); irregularity of pancreatic contours during ultrasound examination of the organs of the choledochopancreatic zone (OR 3.6; 95% CI 1.5-8.8; p = 0.004).

Key words: Chronic pancreatitis, exocrine insufficiency, pancreas.

Хронический панкреатит (ХП) - динамическая, плохо поддающаяся диагностике болезнь, эволюция которой обусловлена прогрессирующим деструкции ткани поджелудочной железы (ПЖ) и развитием осложнений. Динамическое наблюдение позволяет определить факты, влияющие на темп прогрессирования, стадию, характер и эффективность лечебных мероприятий. Большинство исследователей рассматривает ХП как прогрессирующее заболевание с повторяющимися обострениями хронического воспаления, развитием склероза и фиброза, приводящего к замещению секреторной ткани железы соединительной тканью и снижению внешнесекреторной функции ПЖ.

Цель исследования. Оценить особенности течения экскреторной недостаточности поджелудочной железы панкреатического происхождения, а также факторы, ассоциированные с ее развитием.

Материал и методы исследования. Исследование было основано на клинко-лабораторном обследовании -100 больных хроническим панкреатитом, находившихся на стационарном лечении в отделении заболевания желудочно-кишечного тракта, сопоставимого возраста в период с 2016 по январь 2018 год. Все обследованные 100 больных были разделены на 2 группы: - группу сравнения составили 48 (48,0%) больных

ХП; основную группу – 52 (52,0%) больных ХП с внешнесекреторной недостаточностью.

Анализ обследованных больных по возрасту показал, что ХП чаще заболевают после 30 лет до 60 лет. Средний возраст в 1 группе составил 39,2±0,7, во 2 группе – 41,6±0,8 года. Основная группа состояла из 30 (57,7%) мужчин и 22 (42,3%) женщин, а группа сравнения – 28 (58,3%) мужчин и 20 (41,7%) женщин.

Результаты и их обсуждение. Ведущими симптомами в клинической картине ХП являются боли и признаки недостаточности экзокринной функции ПЖ. Главное клиническое проявление ХП – болевой синдром, приводит к инвалидизации пациента в физической и трудовой сфере: боль в эпигастральной области в группе сравнения отмечалась у 28 (58,3%) больных, а в основной группе – у 46 (88,5%) (P<0,001; $\chi^2 = 11,78$): боль в подреберье у больных группы сравнения – у 20 (41,7%); в основной – у 35 (67,3%) (P<0,001; $\chi^2 = 6,63$). Среди клинических проявлений ХП при наличии внешнесекреторной недостаточности достоверно чаще встречались диарейный синдром (92,3%) (P<0,001; $\chi^2 = 39,92$) и синдром астении (57,7%) (P<0,001; $\chi^2 = 10,05$).

Повышенное выделение слюны у больных с ХП с внешнесекреторной недостаточностью в 2,6 раза чаще чем у больных с ХП без нее (табл. 1).

Средний ИМТ у обследованных больных составил $22,3 \pm 0,9$ кг/м². Среди всех больных ХП недостаточная масса тела была зафиксирована у 3 (6,3%) больных 1 группы и у 24 (46,2%) – 2 группы ($P < 0,001$; $\chi^2 =$), с нормальной массой количество больных 1 группы в 1,4 раза было больше чем во 2 группе. У 12 (25,0%) больных 1 группы и у 3 (5,8%) было ожирение первой степени избыточная масса тела $P < 0,001$; $\chi^2 =$), похудание (от 1 до 10 кг) отмечено у 5 (10,4%) больных ХП 1 группы и у 25 (48,1%); в среднем потеря массы составила $5,3 \pm 1,1$ кг. Похудание отмечалось у больных со всеми этиологическими формами ХП, достоверно более часто у больных с ХП токсической этиологии, по сравнению с билиарнозависимым ХП (табл. 2). По данным УЗИ органов брюшной полости выявлены различные структурные изменения ПЖ. Так, неравномерная эхогенность паренхимы ПЖ была характерна для всех обследуемых больных и встречалась в 100% случаев. Наиболее выраженные структурные изменения были отмечены у больных 2 группы с ХП с внешнесекреторной недостаточностью. Для больных 2 группы можно выделить условную специфику – склонность к панкреатофиброзу, кальцификации, протоковой гипертензии - т.е. наиболее грубым структурным изменениям паренхимы и протоковой системы ПЖ. Панкреатическая эла-

стаза синтезируется в ацинарных клетках поджелудочной железы и вырабатывается в виде неактивного профермента вместе с другими ферментами в 12-перстную кишку, где под действием трипсина превращается в эластазу. Фермент не подвергается воздействию при прохождении по кишечному тракту, поэтому её содержание в кале используют как показатель экзокринной функции поджелудочной железы.

Специфичность теста при исследовании кала составляет 93,9%, чувствительность - 93,2%, что делает этот метод почти идеальным тестом, «золотым стандартом» диагностики нарушений экзокринной функции поджелудочной железы. Клинические проявления недостаточности экзокринной функции поджелудочной железы: чувство тяжести в животе после приема пищи, вздутие, различные расстройства стула (запоры, поносы, полифекалия - более 1 кг), изменение цвета, запаха и консистенции кала (сальный вид, серый цвет, кашицеобразный, вязкий), наличие в кале непереваренной пищи, снижение массы тела. Содержание панкреатической эластазы, низкое у новорожденных, достигает уровня взрослых к 2-недельному возрасту. В кровь панкреатическая эластаза может поступать в повышенных количествах в случае воспаления поджелудочной железы (панкреатита).

Таблица 1.

Жалобы обследованных больных с хроническим панкреатитом

Жалобы	Группа сравнения (n=48)		Основная группа (n=52)		χ^2	P
	абс	%	абс	%		
Боль в эпигастральной области	28	58,3	46	88,5	11,78	<0,001
Боль в подреберье	20	41,7	35	67,3	6,63	<0,01
Снижение аппетита	17	35,4	38	73,1	14,30	<0,001
Метеоризм	36	75,0	48	92,3	5,56	<0,001
Тошнота	21	43,8	33	63,5	3,90	<0,05
Рвота	7	14,6	18	34,6	5,34	<0,05
Отрыжка	16	33,3	38	73,1	15,87	<0,001
Изжога	12	25,0	26	50,0	6,62	<0,01
Повышенное выделение слюны	8	16,7	21	40,4	6,82	<0,01
Диарея	15	31,3	48	92,3	39,92	<0,001
Чувство тяжести в правом подреберье	24	50,0	45	86,5	15,58	<0,001
Чередование запора с поносом	26	54,2	42	80,8	8,12	<0,01
Похудание	12	25,0	30	57,7	10,95	<0,001

Таблица 2.

Характеристика массы тела обследуемых больных с ХП

Показатели	Группа сравнения (n=48)		Основная группа (n=52)		χ^2	P
	абс	%	абс	%		
Недостаточная масса тела	3	6,3	24	46,2	8,55	<0,001
Нормальная масса тела	33	68,8	25	48,1	11,53	<0,05
Ожирение первой степени	12	25,0	3	5,8	0,67	<0,01
Похудание	5	10,4	25	48,1	2,72	<0,001

Результаты исследования кала на определение уровня панкреатической эластазы у обследованных больных

Показатели	Группа сравнения (n=48)		Основная группа (n=52)		χ^2	P
	абс	%	абс	%		
>200 пг/г - норм	48	100,0	0	0,0		-
Умеренная нед-ть	0	0,0	29	55,8		<0,001
<100пг/г -тяжёлая экзокринная недостаточность	0	0,0	27	51,9		<0,001

Только ранняя диагностика позволяет предотвратить летальный исход этого заболевания. Определение панкреатической эластазы в стуле ценно для подтверждения или исключения наличия недостаточности экзокринной функции поджелудочной железы, обусловленной хроническим панкреатитом.

Преимуществами выявления панкреатической эластазы в кале является то, что панкреатическая эластаза абсолютно специфична для поджелудочной железы, стабильна в процессе кишечного транзита, концентрация в кале отражает секреторную функцию поджелудочной железы, заместительная ферментная терапия не влияет на её концентрацию, по результатам можно судить не только об уровне ферментной недостаточности поджелудочной железы, но и оценить в динамике экзокринную функцию.

На уровень концентрации панкреатической эластазы в кале практически не влияет наличие у пациента каких-либо сопутствующих заболеваний. Перорально принятые ферментные препараты также не влияют на концентрацию ФЭ, поскольку определяется лишь эндогенная человеческая эластаза (табл. 3).

Выводы. Экскреторная недостаточность поджелудочной железы у пациентов с хроническим панкреатитом ассоциирована с длительностью заболевания (OR 1,09; 95% CI 1,025-1,15; p=0,005). Среди клинических проявлений хронического панкреатита при наличии внешнесекреторной недостаточности достоверно чаще встречались диарейный синдром (52,6%) (OR 6,2; 95% CI 2,2 - 17,8; p=0,001) и синдром астении (76,3%) (OR 6,8; 95% CI 2,3 - 20,1; p<0,0001), а среди лабораторных показателей: нормальный или сниженный уровень липазы сыворотки крови (OR 5,2; 95% CI 2,1-12,4; p< 0,0001); неровность контуров поджелудочной железы при ультразвуковом исследовании органов холедохопанкреатической зоны (OR 3,6; 95% CI 1,5-8,8; p=0,004).

Литература:

1. Александрова Р.А., Нутфуллина Г.М. Трудности распознавания болезней поджелудочной железы в практике терапевта // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. - 2012. - №2. - С. 33-41.
2. Банадыга Н.В. Выявление и ликвидация нарушений внешнесекреторной функции поджелудочной железы у детей // Перинатология и педиатрия. - 2010. - №2(42). - С. 76.
3. Бельмер С.В., Гасилина Т.В. Энтеропанкреатический синдром // Лечащий врач. - 2015. - №8. - С. 26-30.
4. Бордин Д. Хронический панкреатит и синдром избыточного бактериального роста: лекция: научное издание / Д. Бордин, Л. Винокурова, Е. Дубцова, Ю. Осипенко // Врач. - Москва, 2011. - №13. - С. 5-10.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Л.А. АБДУРАХИМОВА

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Среди клинических проявлений хронического панкреатита при наличии внешнесекреторной недостаточности достоверно чаще встречались диарейный синдром (52,6%) (OR 6,2; 95% CI 2,2 - 17,8; p=0,001) и синдром астении (76,3%) (OR 6,8; 95% CI 2,3 - 20,1; p<0,0001), а среди лабораторных показателей: нормальный или сниженный уровень липазы сыворотки крови (OR 5,2; 95% CI 2,1-12,4; p< 0,0001); неровность контуров поджелудочной железы при ультразвуковом исследовании органов холедохопанкреатической зоны (OR 3,6; 95% CI 1,5-8,8; p=0,004).

Ключевые слова: Хронический панкреатит, внешнесекреторная недостаточность, поджелудочная железа.