

УДК: 616.37-002(615.099.036.2)

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Л.А. АБДУРАХИМОВА, А.А. ХАМРАЕВ

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАР КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК ВА АНАМНЕСТИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Л.А. АБДУРАХИМОВА, А.А. ХАМРАЕВ

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

CLINICAL AND ANAMIC PECULIARITIES OF THE DISEASE OF PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

L.A. ABDURAHIMOVA, A.A. KHAMRAYEV

Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Мақолада ошқозон-ичак тракти ва бошқа ички органларнинг патологиялари билан боғлиқ сурункали панкреатитнинг хавф омиллари таҳлил қилинади. Касаллик ривожланишида асосий омиллар спиртли ичимликларни суистеъмол қилиши: ошқозон, ўн икки бармоқли ичак, жигар касалликларига олиб келади. Экзокрин ва эндокрин этишмовчилигини асоратларни вақтида олдини олиш ва сурункали панкреатит билан оғриган беморларда касалликлик оғирлашуви ва асоратлар келтириб чиқариши мумкин бўлган жиҳатларни батафсил таҳлил қилиш зарурати тугилди.

Калит сўзлар: сурункали панкреатит, экзокрин этишмовчилиги, коморбидлик, хавф омиллари.

The article analyzes the risk factors for chronic pancreatitis with associated pathologies of the gastrointestinal tract and other internal organs. The main factors for the development of the disease are alcohol abuse, diseases of the stomach, duodenum, liver. In order to prevent complications in a timely manner and to diagnose exocrine and endocrine insufficiency in time, it became necessary to analyze in more detail the possible aspects causing aggravation and complications in patients with chronic pancreatitis.

Key words: chronic pancreatitis, exocrine insufficiency, comorbidity, risk factors.

Актуальность. За последние лет в мире отмечен двукратный рост числа больных этим заболеванием. Распространенность в Узбекистане среди взрослых за последние 10 лет увеличилась в 1,5 раза, кроме того, хронический панкреатит значительно «помолодел», средний возраст с момента установления диагноза снизился с 55 до 35 лет, на 15% увеличилась доля женщин. Стул кашицеобразный, маслянистый, содержит непереваренные частицы пищи. Экзокринная недостаточность ПЖ трудно корригируется, нередко сохраняется и прогрессирует (несмотря на проведение ферментной заместительной терапии) и неминуемо приводит к нарушениям нутритивного статуса пациентов и дистрофическим изменениям внутренних органов [5,6]. Заболевание характеризуется длительным хроническим, прогрессивным течением, крайне негативно влияющим на качество жизни пациентов и приводящим к частичной или полной утрате трудоспособности. Инвалидизация при ХП достигает 15% [3].

Прогноз болезни определяется характером течения панкреатита: частые обострения болевой формы ХП сопровождаются высоким риском развития осложнений, летальность при которых достигает 5,5% [3, 4].

Цель исследования: ретроспективный анализ пациентов с хроническим панкреатитом.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования были больные 1- клиники Ташкентской медицинской академии пролеченные по поводу обострения хронического панкреатита в течении 2015-2017 гг. В исследовании участвовали 607 больных. Все обследованные больные были разделены на две группы. Первая группа составили 362 (59,6%) больных женского пола и вторая группа – 245 (40,4%) больных мужского пола. Средний возраст составил 46,7±2,4 года.

Результаты и обсуждение. В результате ретроспективного анализа было выявлено, что давность заболевания – 5 и более лет отмечалась у 546 больных (90%), 1-2 года у 43 больных (7%) и до года - у 18 больных (3%), что характеризует необходимость в стационарном лечении больных с длительным ХП в анамнезе. У всех больных была проведена оценка социального статуса и образа жизни. По образованию в первой и во второй группе больных с высшим образованием было 25 (10,2%) и 25 (6,9%) соответственно. Количество лиц со средним образованием было больше в 3 раза чем с высшим образованием. 80% больных в обеих группах были временно без работы и на пенсии.

Активный образ жизни среди больных составил в первой группе 78 больных (21,6%) и во второй группе 167 больных (68,1%), гиподинамия

наблюдалась чаще в первой группе – 284 больных (78,4%). В I группе нерациональное питание наблюдалось – у 340 больных (93,9%) и во II группе – 228 больных (93%). Наиболее чаще употребляемая еда среди больных характеризовалась с преобладанием жирной пищи в первой группе, острой пищи во второй группе, солёностей во второй и мучных продуктов в первой группе (табл. 1).

При определении факторов риска таких как употребление алкоголя и курение в первой группе наблюдалась у 5 больных (1,4%) со стажем от 5 до 20 лет и у 11 больных (3,0%) со длительностью более 10 лет соответственно (табл. 2).

Во второй группе употребление алкоголя наблюдалась – 49 больных (20%), из них 42 больных (17,1%) со стажем менее 10 лет, у 7 больных (2,8%) наблюдалось хроническое употребление алкоголя, курение – 105 больных (42,8%), со стажем от 3 до 25 лет. Среди больных I и II группы психоэмоциональное напряжение наблюдалась наиболее чаще, умственная нагрузка в равном соотношении. Показатели как домашние дела и переохлаждение преобладали в первой группе, другие условия труда такие как физическая нагрузка,

сидячий образ работы, контакт с животными, пылью и химическими веществами и хозяйственные дела наиболее чаще встречались у больных второй группы. У всех больных на основе анамнеза, физикального и лабораторно-инструментального обследования были выявлены заболевания разных органов и систем. При оценки сопутствующих болезней в I группе наиболее чаще встречались – хронический гастрит, хронический холецистит, состояние после ХЭК, во II группе – язвенная болезнь желудка, цирроз печени, синдром раздраженной кишки. Другие болезни наблюдались в равном соотношении без резких колебаний (табл. 3).

Первый раз диагноз устанавливали специалисты, такие как врач общей практики, терапевт, хирург и гастроэнтеролог: в первой группе – 20 (5,52%), 151 (41,7%), 11 (3,0%) и 92 (25,4%), во второй группе – 12 (4,9%), 128 (52,2%), 5 (2,0%) и 75 (30,6) соответственно, в I и II группе – 88 больных (24,3%) и 25 больных (10,2%) диагностировалось со стороны других специалистов. Частота обращаемости в течении года составило в среднем 1 раз в год – 18,5%, 2-3 раз в год – 51%, 3-4 раз в год 28,5%, более 6 раз – 2%.

Таблица 1.

Характер питания больных с хроническим панкреатитом

Показатели	Первая группа		Вторая группа		P
	абс	%	абс	%	
Жирная пища	337	93,1	93	38,0	P<0,001
Острая пища	121	33,4	179	73,1	P<0,001
Солёности	205	56,6	184	75,1	P<0,001
Мучные продукты	107	29,6	205	83,7	P<0,001
Мясные продукты	134	37,0	211	86,1	P<0,001
Сладости	98	27,1	74	30,2	P>0,05
Газированные напитки	87	24,0	168	68,6	P<0,001
2-3 разовое питание	333	92,0	128	52,2	P<0,001
4-5 разовое питание	17	4,7	47	19,2	P<0,001

Таблица 2.

Особенности условий труда и жизни больных

Показатели	Первая группа		Вторая группа		P
	абс	%	абс	%	
Психоэмоциональное напряжение	319	88,1	213	86,9	P>0,05
Физическая нагрузка	1	0,3	42	17,1	P<0,001
Умственная нагрузка	27	7,5	18	7,3	P>0,05
Сидячий образ	54	14,9	72	29,4	P<0,001
Контакт с животными и птицами	33	9,1	81	33,1	P<0,001
Контакт с пылью	94	26,0	153	62,4	P>0,05
Контакт с химическими веществами	13	3,6	48	19,6	P<0,001
Хозяйственные работы	57	15,7	175	71,4	P<0,001
Домашние дела	21	5,8	7	2,9	P>0,05
Переохлаждение	68	18,7	33	13,4	P>0,05

Перенесенные и сопутствующие заболевания пациентов с ХП

Показатели	Первая группа		Вторая группа		P
	абс	%	абс	%	
ОРЗ, ОРВИ	360	99,4	241	98,4	P>0,05
Гепатит А	40	11,0	25	10,2	P>0,05
Гепатит В	13	3,6	10	4,1	P>0,05
Гепатит С	1	0,3	2	0,8	P>0,05
Хронический гастрит	210	58,0	114	46,5	P<0,01
Язвенная болезнь 12.п.к.	46	12,7	61	24,9	P>0,05
Язвенная желудка	4	1,1	2	0,8	P>0,05
Хронический холецистит	214	59,1	113	46,1	P>0,05
Желчекаменная болезнь	5	1,4	4	1,6	P>0,05
Цирроз печени	1	0,3	5	2,0	P>0,05
Состояние после ХЭК	13	3,6	2	0,8	P>0,05
Сахарный диабет	5	1,4	3	1,2	P<0,05
Синдром раздраженной кишки	5	1,4	17	6,9	P>0,05
Ишемическая болезнь сердца	22	6,1	15	6,2	P>0,05
Гипертоническая болезнь	43	11,9	30	12,2	P>0,05
НЦД	178	49,2	145	59,2	P<0,05
Хронический пиелонефрит	11	3,0	7	2,9	P>0,05

Выводы. Хронический панкреатит наиболее часто наблюдалось у больных женского пола и жителей сельской местности. При рациональном анамнезе необходимо обратить внимание на факторы риска – употребление алкоголя и курение, условия труда и жизни, которые влияют на течение болезни. Очень часто обострение ХП связано с нерациональным питанием и при консультации необходимо тщательно объяснить больным о соблюдении диеты. У больных ХП развивается на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта и наиболее часто встречающиеся сопутствующие состояние - нейроциркуляторная дистония приводят наиболее отягощённому течению болезни.

Литература:

1. Минушкин О.Н., Масловский Л.В. Болезни поджелудочной железы. Этиологические аспекты терапии хронических панкреатитов // Consilium medicum. – 2005. - №6. – С. 444-447.
2. Маев И.В., Кучерявый Ю.А. Болезни поджелудочной железы. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 736 с.
3. Babak E., David C.W. Chronic pancreatitis: diagnosis, classification, and new genetic developments // Gastroenterol. – 2001. – Vol.120. – P. 682-707.
4. Schneider A., Lohr J.M., Singer M.V. The M-ANNHEIN - classification of chronic pancreatitis: Introduction of a unifying classification system based on review of previous classification of the disease // J Gastroenterol. – 2007. –Vol. 42: 101-119.

5. Винокурова Л.В. Клинико-патогенетические механизмы развития внешне- и внутрисекреторной недостаточности при хроническом панкреатите. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2009; 43.
6. Buchler M., Martignoni M., Friess H., Malfertheiner P. A proposal for a new clinical classification of chronic pancreatitis. BMC // Gastroenterol. – 2009. - №9. – P. 93-101.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Л.А. АБДУРАХИМОВА, А.А. ХАМРАЕВ

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

В статье анализируются факторы риска хронического панкреатита с сопутствующими патологиями желудочно-кишечного тракта и других внутренних органов. Основными факторами развития заболевания являются злоупотребление алкоголем, заболевания желудка, двенадцатиперстной кишки, печени. С целью своевременного предотвращения осложнений и для своевременной диагностики экзокринной и эндокринной недостаточности возникла необходимость более детально анализировать возможные аспекты, вызывающие обострение и осложнения у больных хроническим панкреатитом.

Ключевые слова: хронический панкреатит, экзокринная недостаточность, сопутствующая патология, факторы риска.