

# 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 профилактики 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 спирмографию, 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 ОФВ<sub>1</sub>), 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.

Однако при этом со временем (в среднем 10 лет) четко прослеживается взаимообусловленность течения обострений. Больные указывают, что в осенне-весенний период они часто лечатся по поводу обострений ХОБЛ или ее осложнений, а зимой и в весенне-летний период — по поводу обострений хронического панкреатита. Таким образом, эта группа определена как часто и длительно болеющие, что можно квалифицировать как неп-

рерывно-рецидивующее течение. Таких больных было 15.

В IV группу вошли пациенты, у которых выявлялись эпизодические обострения хронического панкреатита и сезонные обострения хронической обструктивной болезни легких, требующие длительного потребления ксантинов и даже курсов кортикостероидной терапии. При этом клинически диагностированы признаки снижения внешнесекреторной функции ПЖ, подтвержденные специальными исследованиями. Таких пациентов было 9.

И наконец у 8 больных отмечены слабо выраженные клинические признаки хронического панкреатита и ХОБЛ. При таком компенсированном состоянии не выявлено ни нарушений внешнесекреторной функции поджелудочной железы, ни объективных признаков недостаточности легочной вентиляции и диффузии газов.

При исследовании состояния пероксидации липидов и антиоксидантной системы защиты у перечисленных групп больных наблюдалась неоднозначность показателей восстановленного глутатиона в крови (как представителя одного из звеньев защиты).

Так, у больных I группы показатели МА были равны ( $7,93 \pm 0,20$ ) мкмоль/л (у здоровых —  $6,64 \pm 0,25$ ), восстановленного глутатиона — ( $5,54 \pm 6,10$ ) мкмоль/г Hb (у здоровых —  $7,19 \pm 0,3$ ). Характерно, что рост малонового альдегида у больных достоверно уменьшал гипоксемию ( $r = 0,569$ ,  $P > 0,05$ ).

У больных второй группы показатели малонового альдегида были равны ( $7,05 \pm 0,44$ ) мкмоль/л и восстановленного глутатиона в крови — ( $6,21 \pm 0,45$ ) мкмоль/г Hb. Параллельно увеличивалось парциальное давление углекислого газа в артериальной крови. Это, по-видимому, влияло на уменьшение малонового альдегида сравнительно с I группой. Полученные данные могут быть расценены как проявление компенсаторной реакции аппарата внешнего дыхания за счет несостоятельности компенсаторного механизма — увеличения частоты дыхания и перенапряжения дыхательного центра.

У больных III группы показатели малонового альдегида равны ( $8,06 \pm 0,15$ ) мкмоль/л, а восстановленного глутатиона — ( $6,14 \pm 0,42$ ) мкмоль/г Hb. Это указывает на одновременное повышение показателей, что может сви-

детельствовать о стремлении держать антиоксидантную систему в компенсации и влиять соответствующим образом на другие компенсаторные механизмы. К примеру, на образование оксида азота, что улучшает микроциркуляцию в малом круге кровообращения. Можно предположить, что этим механизмом частично определяется непрерывно-рецидивирующий характер течения перечисленных выше сочетаемых заболеваний.

Таким образом, у больных хроническим панкреатитом в сочетании с ХОБЛ выявлены четыре варианта клинических особенностей течения заболевания и соответствующей реакции системы «оксиданты — антиоксиданты».

Патогенетически значимыми в лечении таких больных можно считать следующие медикаментозные средства: «Эрбисол», «Аевит», «Вобэнзим».

«Эрбисол» по 2 мл в/м в 21.00 в течение 20 дней, как препарат, обеспечивающий иммунологическую коррекцию и активизирующий антиоксидантную систему защиты у больных I и IV групп.

Аевит по 1 мл в/м через день, 20 дней в качестве истинного антиоксидантного средства, применим во всех группах больных.

«Вобэнзим» может быть предложен в базисном лечении как противовоспалительный, протеолитический и антиоксидантный препарат в лечении больных II и III групп.

## КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ХРОНІЧНОЇ ОБСТРУКТИВНОЇ ХВОРОБИ ЛЕГЕНЬ

Т.М. Христич, Л.Д. Кушнір

Вивчено особливості перебігу поєднання хронічного панкреатиту і хронічного бронхіту, зокрема й обструктивного. Обстежено 50 хворих та 10 практично здорових (контрольна група). Доведено особливості перебігу залежно від стану процесів перекисного окиснення ліпідів, антиоксидантного захисту, запропоновано диференційоване лікування різних груп хворих.

## CLINICAL AND PATHOGENETICAL PECULIARITIES OF COMBINATION OF CHRONIC PANCREATITIS AND CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE

T.M. Khristich, L.D. Kushnir

Peculiarities of the course of combination of chronic pancreatitis and chronic bronchitis including the obstructive form of the disease, have been investigated. 50 patients and 10 practical healthy subjects of control group were involved. The peculiarities of the course depending on the state of lipid peroxidation and anti-oxidative defense processes have been proved, the differentiated schemes of treatment for different patients' groups have been proposed.