

Особливості клінічної маніфестації хронічного обструктивного захворювання легень у хворих на хронічний панкреатит

Н.М. Железнякова, Т.М. Пасієшвілі

Харківський національний медичний університет

У статті представлені результати дослідження особливостей клінічного перебігу ХОЗЛ в умовах коморбідності з хронічним панкреатитом (ХП). Виявлено, що при наявності супутньої патології у хворих на ХОЗЛ клінічна характеристика захворювання мала певні відмінності, які проявлялися значним посиленням задишки й кашлю та зміною характеру мокротиння при приєднанні ХП, що підтверджувало його негативний вплив на перебіг основного захворювання. Під час проведення інтегрального оцінювання сили впливу ХОЗЛ на конкретного пацієнта встановлено, що наявність супутнього ХП зумовлювала необхідність перерозподілу хворих за групами ризику та значно підвищувала ризик формування ускладнень і погіршувала прогноз у даній категорії хворих.

Ключові слова: ХОЗЛ, хронічний панкреатит, коморбідність, перебіг.

На сьогодні набуває особливого значення проблема поєданого перебігу різних захворювань внутрішніх органів. У структурі коморбідних станів лідирують хвороби серцево-судинної та дихальної системи, травного тракту та ревматологічного профілю [1, 3, 5–7]. Їхня поширеність настільки велика, що дані захворювання призводять до найбільшої кількості днів непрацездатності населення в економічно розвинених країнах. Доволі частим коморбідним станом серед неінфекційних захворювань внутрішніх органів є поєднання хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та хронічного панкреатиту (ХП). Даний «патологічний тандем» є не тільки закономірним наслідком значної поширеності обох нозологічних одиниць, але й результатом наявності низки спільних факторів ризику, етіопатогенетичних ланок та кінцевих точок [2, 4, 8, 9]. Серед провокувальних моментів в ініціації обох захворювань доведена велика роль тютюнопаління, надмірного вживання алкоголю, бактеріальних та вірусних інфекцій, впливу низки токсичних речовин та факторів навколишнього середовища [2, 4, 5, 11].

Згідно з останньою редакцією Глобальної ініціативи з ХОЗЛ (GOLD, 2015), ХОЗЛ визначають як «захворювання, що можна попередити та яке піддається лікуванню; характеризується персистивним обмеженням повітряпроводних шляхів, що зазвичай прогресує та асоціюється з незвичайною запальною

відповіддю легень на шкідливі часточки або гази. Загострення та супутні захворювання поглиблюють загальну тяжкість стану в окремих пацієнтів» [10]. Тобто невід'ємною ознакою ХОЗЛ, як і іншої хронічної патології, є постійне, з кожним загостренням, прогресування патологічного процесу, що незмінно призводить до незворотного погіршення легеневої функції, а наявність супутньої патології може негативно впливати на перебіг ХОЗЛ та поглиблювати патологічні зміни у таких хворих. Усе зазначене вище зумовило проведення даного дослідження.

Мета дослідження: виявлення клінічних особливостей перебігу ХОЗЛ у хворих на ХП.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 121 хворого на ХОЗЛ: 67 пацієнтів з поєднаним перебігом ХОЗЛ та ХП (основна група) і 54 особи з ізольованим ХОЗЛ (група порівняння). У роботі брали участь пацієнти з I і II ступенем бронхіальної обструкції: 18 (26,9%) осіб з ХОЗЛ та ХП мали I ступінь, 49 (73,1%) хворих – II ступінь бронхіальної обструкції; в групі порівняння ці значення склали 13 (24,1%) і 41 (75,9%) особу відповідно.

Для оцінювання ступеня вираженості провідних симптомів ХОЗЛ використовували: Модифіковану Шкалу Задишки Modified Medical Research Council (mMRC) Dyspnea Scale (таблиця).

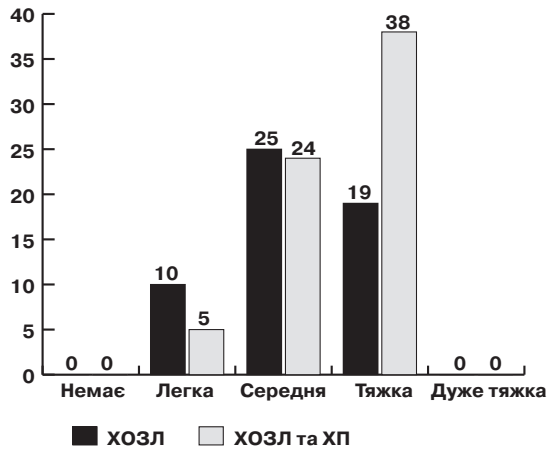
Оцінювання провідних клінічних симптомів, таких, як кашель та кількість і колір мокротиння, проводили за 4-бальною шкалою симптомів хворих на ХОЗЛ (P.L. Paggiaro, 1998): 0 – немає симптому, 1 – слабка вираженість, 2 – помірна вираженість, 3 – сильна вираженість симптому.

При інтегральному оцінюванні сили впливу ХОЗЛ на конкретного пацієнта згідно з рекомендаціями GOLD (2015) виділяли чотири групи хворих:

- група А: «низький ризик», «менше симптомів» – пацієнти зі спірометричним класом GOLD 1 або GOLD 2 та/або 0–1 загострення на рік і ступінь 0–1 за mMRC;
- група В: «низький ризик», «більше симптомів» – пацієнти зі спірометричним класом GOLD 1 або GOLD 2 та/або 0–1 загострення на рік і ступінь ≥ 2 по mMRC;
- група С: «високий ризик», «менше симптомів» – пацієнти зі спірометричним класом GOLD 3 або GOLD 4 та/або ≥ 2 загострень на рік і ступінь 0–1 за mMRC;

Модифікована Шкала Задишки Modified Medical Research Council (mMRC) Dyspnea Scale

Ступінь	Тяжкість	Ознаки
0	Немає	Задишка лише при дуже інтенсивному навантаженні
1	Легка	Задишка при швидкій ходьбі, незначному підйомі
2	Середня	Задишка змушує йти повільніше, ніж люди того самого віку
3	Тяжка	Задишка змушує робити зупинку при ходьбі приблизно кожні 100 метрів
4	Дуже тяжка	Задишка не дозволяє вийти з дому або з'являється при перевдяганні



Мал. 1. Розподіл хворих за експресивністю задишки по групах за шкалою mMRC, кількість хворих

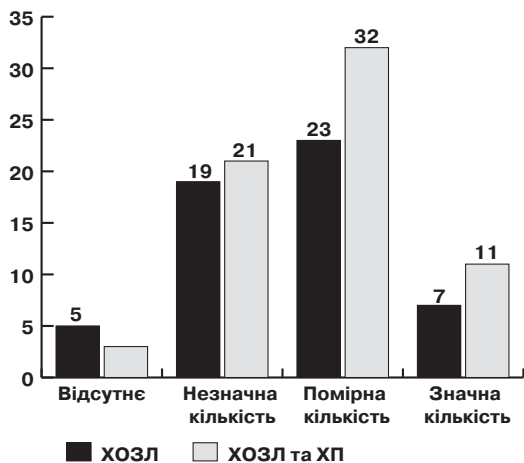
– група D: «високий ризик», «більше симптомів» – пацієнти зі спірометричним класом GOLD 3 або GOLD 4 та/або ≥ 2 загострень на рік і ступінь ≥ 2 за mMRC.

Статистичне оброблення отриманих результатів проводили за допомогою ліцензійних програм «Microsoft Excel» та «Statistica 6.0».

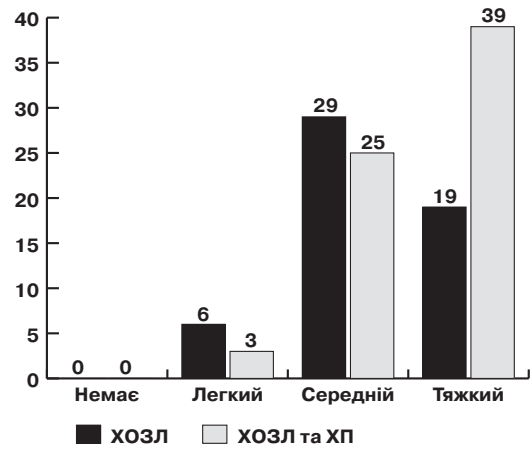
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Більшість обстежених хворих (45 осіб – 67,2%) основної групи мали інфекційне загострення ХОЗЛ. У групі порівняння 26 (48,1%) пацієнтів свідчили про передування загостренню ХОЗЛ гострої респіраторно-вірусної інфекції. Під час співставлення даного показника за групами було виявлено достовірні відмінності у його розподілі ($df=1$, $\chi^2=4,459$; $p=0,03$). Тобто наявність супутнього ХП робить хворих на ХОЗЛ більш сприйнятливими до інфекційних агентів.

В обох групах спостерігався сезонний весняно-осінній характер загострення, однак під час поглибленого аналізу цього показника встановлено, що у хворих на ізольоване ХОЗЛ на даний період припадало 88,9% (48 випадків) загострення, в той самий час при поєднаній патології ця тенденція була дещо меншою – у весняно-осінній період зареєстровано 49 випадків загострень (73,1%) ($df=1$, $\chi^2=4,667$; $p=0,03$). Ця



Мал. 3 Розподіл хворих за експресивністю мокротиння по групах за шкалою симптомів хворих на ХОЗЛ (P.L. Paggiaro, 1998), кількість хворих

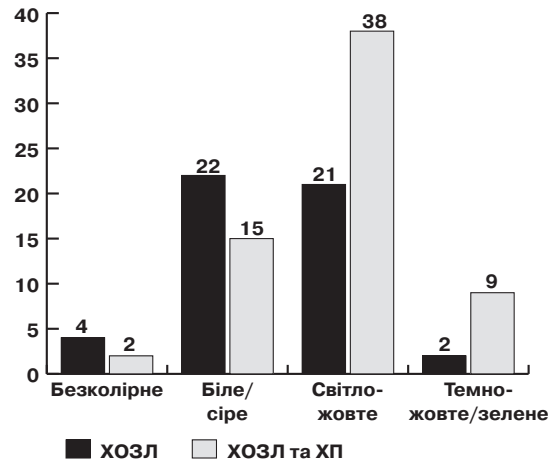


Мал. 2 Розподіл хворих за експресивністю кашлю по групах за шкалою симптомів хворих на ХОЗЛ (P.L. Paggiaro, 1998), кількість хворих

обставина, ймовірно, пов'язана з тим, що ХП може виступати в якості додаткового провокувального фактора.

Також були визначені вірогідні відмінності у кількості загострень ХОЗЛ на рік. Так, у хворих групи порівняння даний показник в середньому складав $1,4 \pm 0,2$ рази на рік, а у пацієнтів основної групи – $2,3 \pm 0,4$ рази на рік ($t=2,227$; $p=0,03$). Загострення 3 та більше разів на рік в основній групі спостерігалися у 27 (40,3%) хворих, із яких 20 (74,1%) мали II ступінь ХОЗЛ та 7 (25,9%) – I ступінь. У групі порівняння даний показник мав вірогідні відмінності від основної групи – спостерігався лише у 7 (12,9%) пацієнтів, що мали II ступінь ХОЗЛ ($t=4,521$; $p<0,001$).

Під час аналізу основних клінічних проявів ХОЗЛ були виявлені певні відмінності в експресивності основних симптомів, що характеризують загострення ХОЗЛ, – задишка, кашель та мокротиння. Так, під час аналізу даних за шкалою mMRC виявлено, що вираженість задишки, яка є провідним показником бронхіальної обструкції, у хворих основної групи склала $2,4 \pm 0,5$ бала, в той самий час показник групи порівняння склав $2,1 \pm 0,6$ бала. При порівнянні розподілу експресивності задишки виявлені достовірні розбіжності між групами за рахунок переважання більш тяжких ступенів у хворих з поєднаним перебігом ХОЗЛ та ХП ($df=2$, $\chi^2=6,701$; $p=0,03$) (мал. 1).



Мал. 4 Розподіл хворих за характером (кольором) мокротиння по групах за шкалою симптомів хворих на ХОЗЛ (P.L. Paggiaro, 1998), кількість хворих

При співставленні по групах вираженості кашлю, що був притаманний усім хворим, спостерігалися закономірності, аналогічні показникам задишки. Так, у пацієнтів із ізольованим ХОЗЛ цей показник склав $2,3 \pm 0,5$ бала, а при коморбідній патології – $2,6 \pm 0,6$ бала, розподіл ступенів вираженості кашлю також мав достовірні розбіжності ($df=2$, $\chi^2=6,876$; $p=0,03$) (мал. 2).

Під час вивчення характеру кашлю, який був першим проявом захворювання, виявлено, що у пацієнтів мав місце як сухий, так і вологий кашель. Так, 5 пацієнтам (9,3%) з ізольованим ХОЗЛ був притаманний сухий кашель, у решті випадків (49 хворих – 90,7%) спостерігався вологий кашель з виділенням мокротиння. У хворих з коморбідністю ХОЗЛ та ХП сухий кашель мав місце у 3 випадках (4,5%), решта хворих – 64 (95,5%) відзначали кашель з виділенням мокротиння.

Під час детального аналізу вираженості мокротиння по групах встановлено, що у хворих основної групи даний показник сягав $1,7 \pm 0,6$ бала, в групі порівняння – $1,6 \pm 0,7$ бала, вірогідних відмінностей по групах не спостерігалось ($df=3$, $\chi^2=1,583$; $p=0,66$) (мал. 3).

У той самий час, під час аналізу характеру мокротиння було встановлено, що даний показник в основній групі склав $1,8 \pm 0,6$ бала, при цьому в групі порівняння він сягав лише $1,4 \pm 0,7$ бала ($df=3$, $\chi^2=9,52$; $p=0,02$) (мал. 4). У пацієнтів з ізольованою патологією домінуючим був білий/сірий (22 особи – 44,9%) та світло-жовтий (21 хворий – 42,9%) колір мокротиння. Тоді як у групі з поєднаним перебігом ХОЗЛ та ХП превалювали пацієнти зі світло-жовтим кольором мокротиння – 38 (59,4%) чоловік, тобто спостерігалось збільшення гнітності мокротиння.

Під час проведення інтегрального оцінювання сили впливу ХОЗЛ на конкретного пацієнта згідно з рекомендаціями GOLD (2015) встановлено, що у хворих з I ступенем бронхіальної обструкції у групі з ізольованим ХОЗЛ 11 (84,6%) пацієнтів потрапили до групи А та 2 (15,4%) – до групи В, при цьому у групі з поєднаним перебігом ХОЗЛ та ХП в групу А увійшло 3 (16,7%), у групу В – 13 (72,2%) хворих та 2 (11,1%) хворих потрапили у групу С. При цьому розподіл пацієнтів основної групи мав вірогідні відмінності від такого у групі порівняння ($df=2$, $\chi^2=14,201$; $p<0,001$).

Особенности клинической манифестации хронического обструктивного заболевания легких у больных с хроническим панкреатитом
Н.М. Железнякова, Т.М. Пасиешвили

В статье представлены результаты исследования особенностей клинического течения ХОЗЛ в условиях коморбидности с хроническим панкреатитом (ХП). Выявлено, что наличие сопутствующей патологии у больных ХОЗЛ вносило определенные различия в клиническую характеристику заболевания, которые проявлялись значительным усилением одышки и кашля и изменением характера мокроты при присоединении ХП, что подтверждало его негативное влияние на течение основного заболевания. При проведении интегральной оценки силы влияния ХОЗЛ на конкретного пациента установлено, что наличие сопутствующего ХП приводило к необходимости перераспределения больных по группам риска и значительно повышало риск формирования осложнений и ухудшало прогноз у данной категории больных.

Ключевые слова: ХОЗЛ, хронический панкреатит, коморбидность, клиническое течение.

У пацієнтів з II ступенем ХОЗЛ групи порівняння розподілення хворих за групами ризику відповідало наступному: група А – 6 (14,6%), група В – 17 (41,5%), група С – 18 (43,9%) осіб. У той самий час у хворих з коморбідною патологією до групи А не увійшло жодного пацієнта, до групи В – 14 (28,6%) осіб, до групи С – 29 (59,2%) та 6 (12,2%) хворих потрапило до групи С. Такий перерозподіл пацієнтів за градаціями ризику надавав розбіжностям поміж групами вірогідного характеру ($df=3$, $\chi^2=14,266$; $p=0,003$). Тобто наявність супутнього ХП значно підвищує ризик формування ускладнень та погіршує прогноз у даної категорії хворих.

ВИСНОВКИ

На підставі отриманих даних можна констатувати, що наявність супутнього хронічного панкреатиту (ХП) у хворих на ХОЗЛ вносила певні відмінності у клінічну характеристику захворювання.

Так, під час аналізу етіологічних факторів встановлено, що у пацієнтів з коморбідною патологією достовірно частіше у якості пускового механізму виступали гострі респіраторно-вірусні інфекції, що, мабуть, було наслідком пригнічення резистентності організму до інфекційних агентів в умовах поєднаної патології. При цьому сезонний характер загострення у таких хворих був менш виражений. Ймовірно, ця обставина пояснюється тим, що ХП виступав у якості додаткового провокувального фактора загострення ХОЗЛ. Дана теза мала підтвердження під час аналізу кількості загострень на рік – в основній групі цей показник перевищував такий у групі порівняння.

Наявність супутнього ХП привносила певні особливості і в клінічну картину захворювання. Так, під час оцінювання провідних симптомів ХОЗЛ встановлено значне посилення задишки, кашлю та зміни характеру мокротиння при приєднанні ХП, що підтверджувало його негативний вплив на перебіг основного захворювання.

Під час проведення інтегрального оцінювання сили впливу ХОЗЛ на конкретного пацієнта встановлено, що наявність супутнього ХП зумовлювала необхідність перерозподілу хворих за групами ризику та значно підвищувала ризик формування ускладнень і погіршувала прогноз у даної категорії хворих.

Features of clinical manifestation of chronic obstructive pulmonary disease in patients with chronic pancreatitis
N.M. Zhelezniakova, T.M. Pasiyeshvili

The article presents the results of studies of the clinical course of COPD in terms of comorbidity with chronic pancreatitis. Found that the presence of comorbidity in patients with COPD make some differences in clinical characteristics of the disease, which was manifested by a significant increase of dyspnea and cough and changing in the character of sputum, which confirmed negative impact of chronic pancreatitis on the course of the disease. When carrying out an integrated assessment of the impact of COPD on the strength of the particular patient found that the presence of concomitant chronic pancreatitis led to a redistribution of patients into risk groups and, thus, greatly increasing the risk of developing complications and worsens the prognosis in these patients.

Key words: COPD, chronic pancreatitis, comorbidity, clinical course.

Сведения об авторах

Железнякова Наталья Мерабовна – кафедра внутренней медицины № 1 Харьковского национального медицинского университета, 61022, г. Харьков, пр. Ленина, 4

Пасиешвили Тамара Мерабовна – кафедра общей практики–семейной медицины и внутренних болезней Харьковского национального медицинского университета, 61022, г. Харьков, пр. Ленина, 4. E-mail: nmz25@mail.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кириллов С.М. Патология пищеварительной системы у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких / С.М. Кириллов, И.И. Минченко, А.Ю. Рябова // Вестник новых медицинских технологий. – 2007. – Т. XIV, № 3. – С. 121–123.
2. Савустьяненко А.В. К вопросу о хроническом панкреатите /А.В. Савустьяненко// Новости медицины и фармации. – 2011. – № 18 (387). – С. 14–15.
3. Санникова М.В. Клинико-функциональная характеристика поджелудочной железы при хронической обструктивной болезни легких / М.В. Санникова, С.В. Климентова, Я.М. Вахрушев // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. – 2007. – № 6. - С. 35–37.
4. Христин Т.М. Патогенетичні механізми розвитку хронічного обструктивного захворювання легень із супутнім хронічним панкреатитом /Т.М. Христин, Я.М. Телекі // Новости медицины и фармации. – 2008. – № 239. – С. 99–100.
5. Христин Т.Н. К вопросу о патогенезе сочетанных заболеваний органов пищеварения и бронхолегочной системы / Т.Н. Христин // Укр. терапевт. журн. – 2006. – № 2. – С. 88–91.
6. Aryal S. Prevalence of COPD and comorbidity / S. Aryal, E. Diaz-Guzman, D.M. Mannino //Eur Respir Mon. – 2013. – 59. – P. 1–12.
7. Chatila W.M. Comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease / W.M. Chatila, B.M. Thomashow, O.A. Minai // Proc. Am.Thorac. Soc. – 2008. – Vol. 5. – P. 549–555.
8. Convell D. Chronic pancreatitis / D. Convell, P. Banks // Curr. Opin. Gastroenterol. – 2008. – Vol. 24 (5). – P. 586–590.
9. Fabbri L.M. Complex chronic comorbidities of COPD / L.M. Fabbri, F. Luppi, B. Beghe [et al.] // Eur. Respir. J. – 2008. – Vol. 31. – P. 204–212.
10. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). NHLBI/WHO workshop report. Updated 2015. – www.goldcopd.org.
11. Molero Richard X. Chronic pancreatitis /X. Molero Richard // Gastroenterol. Hepatol. – 2008. – Vol. 31, Suppl. 4. – P. 76–82.

Статья поступила в редакцию 27.02.2015

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

МОЖНО ЛИ ИЗБАВИТЬСЯ ОТ ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА, ПОХУДЕВ ВСЕГО НА 1 ГРАММ?

Ученые совершили одной из важнейших открытий в области диабетологии, которое изменит взгляд на природу диабета 2-го типа. Ведущую роль в развитии этого заболевания играет не общее ожирение, а несколько граммов жира в области поджелудочной железы.

Как утверждают британские ученые из университета города Ньюкасл (Newcastle University), вылечиться от диабета 2-го типа похудев "всего на 1 грамм" действительно можно - однако только при условии, что это будет 1 грамм жира из поджелудочной железы.

Исследователи из Ньюкасла благодаря созданному ими новому методу магнитно-резонансной томографии научились определять количество жира в поджелудочной железе, которое исчисляется несколькими граммами, играющими, однако, ключевую роль в развитии этой формы диабета.

Английские ученые наблюдали

18 жителей страны, страдавших диабетом 2-го типа, и 9 англичан, у которых эндокринологических болезней не было (контрольная группа), однако они, как и 18 испытуемых из экспериментальной группы, страдали ожирением.

Использование нового метода МРТ позволило определить, что у всех участников исследования, страдавших диабетом, имелось повышенное количество жира в области поджелудочной железы.

Всем 27 участникам были выполнены бариатрические операции, которые обеспечили снижение веса в среднем на 13% от первоначального.

Повторное исследование с помощью нового метода МРТ показало, что количество жира в поджелудочной железе осталось без изменений у испытуемых из контрольной группы, а у участников, страдавших диабетом, жировые отложения в железе "похудели" в среднем на 1 грамм.

Вместе с тем все диабетики сразу же после операции прекратили прием противодиабетических лекарств (метформин и другие), однако симптомов диабета у них больше не было.

Руководитель этого исследования профессор Рой Тейлор (Roy Taylor) подчеркивает, что полученные результаты свидетельствуют о том, какую огромную роль в развитии диабета 2-го типа играет ожирение поджелудочной железы - жир препятствует нормальному функционированию органа, но этот процесс является, к счастью, обратимым.

Однако, конечно же, невозможно удалить "избирательно" 1 грамм жира только из поджелудочной железы - наиболее эффективный рецепт лечения диабета 2-го типа остается прежним: похудание с помощью любого доступного способа.

Источник: www.health-ua.org