

# Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю “Актуальні питання пульмонології: обмін досвідом та перспективи розвитку” (8-9 вересня 2011 року, м. Чернівці)

УДК 616.37-002:616.233-002

*Л.С.Бабінець, О.С.Квасніцька, О.І.Криськів, Ю.М.Герасимець, В.М.Творко*

## СУПУТНЄ ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ЯК ПРЕДИКТОР УСКЛАДНЕННЯ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЗНИЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського

**Резюме.** Проаналізовано клінічний перебіг і деякі лабораторні показники та якість життя у хворих на хронічний панкреатит у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень. Встановлено переважання диспепсичного, больового та астено-вегетатив-

ного синдромів і зниження показників якості життя переважно за фізичним компонентом здоров'я.

**Ключові слова:** хронічний панкреатит, хронічне обструктивне захворювання легень, якість життя.

**Вступ.** На сьогодні розповсюдженість хронічного панкреатиту (ХП) серед населення України, за деякими даними, складає 25-30 чоловік на 100 тис. населення. За останні 30-40 років кількість хворих на ХП збільшилась удвічі, первинна інвалідизація досягла 15 % [3, 10]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щорічно від хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) гине близько 3 млн. людей, а до 2030 року воно може посісти 4-е місце серед провідних причин смерті людини [4]. Перебіг ХП у більшості випадків не є ізольованим, зростає кількість осіб із поєднаною патологією, а ураження органів травлення обтяжують та ускладнюють перебіг інших захворювань. Дослідження низки авторів свідчать про те, що в 70-90 % випадків захворювання шлунково-кишкового тракту поєднуються між собою або супроводжуються захворюваннями інших органів і систем [8]. Останніми роками все більша увага дослідників приділяється вивченню поєднання гастроентерологічних захворювань із ХОЗЛ. Поєднаний перебіг цих нозологій трапляється у 8-50 % випадків [3, 6]. Різні автори описують зміни функції печінки та підшлункової залози (ПЗ), розвиток виразкової хвороби, хронічного гастриту, дуоденіту, гастроєзофагеального і дуоденогастрального рефлюксів. Супутні захворювання при ХОЗЛ можуть бути зумовлені хронічною інфекцією, сенсibiliзацією, змінами газового складу крові, порушенням мікроциркуляції. У свою чергу, захворювання органів травлення негативно впливають на перебіг патологічного процесу в легенях. Важливим фактором є антибіотикотерапія та гормональна терапія загострень ХОЗЛ [1, 3].

Однією із спільних ланок у патогенезі ХП і ХОЗЛ є дисбаланс у системі «оксидативний стрес – антиоксидантний захист» (ПОЛ-АОСЗ) [8]. У хворих на ХП відмічені істотно більш низькі плазмові концентрації селену, вітамінів А, Е,  $\beta$ -каротину, ксантину,  $\beta$ -криптоксантину і лікопену порівняно зі здоровими особами. Крім того, тютюнокуріння як спільний фактор етіопатогенезу ХП і ХОЗЛ виснажує запаси природних антиоксидантів, впливає на активність протеолітичних ферментів та антипротеаз, що також призводить до активації оксидативного стресу [2, 11]. Загальнозстановленим фактором розвитку, хронізації, рецидиву і загострення як ХОЗЛ, так і ХП є порушення рівноваги в системі «протеази-антипротеази» [1, 9, 10]. Порушення в діяльності цієї системи в таких осіб (особливо у курців, у яких завжди наявна набута недостатність  $\alpha_1$ -антитрипсину) впливають на в'язкість і реологічні властивості бронхіального секрету, внаслідок чого порушується захисна бар'єрна функція, що зумовлює прогресування процесу в тканинах бронхолегеневої системи та ПЗ [4].

Важливе значення мають не тільки діагностичні тести, але й оцінка якості життя хворого (ЯЖ). Критерії ЯЖ використовують для визначення ефективності лікування в медичних програмах, для виявлення переваг методу лікування при рівноцінних ефектах як медикаментозних терапевтичних впливів, так і хірургічних втручань [4]. ХП – це захворювання, яке має прогресуючий перебіг з високим рівнем больових відчуттів, різними диспепсичними розладами, що потребує від пацієнта пожиттєвого дотримання дієтичного режиму, іноді постійної замісної та

знеболювальної терапії. ХП не тільки обмежує звичний ритм життя, але і може бути причиною емоційних, психосоматичних розладів, серед яких часто трапляється депресія [5, 6, 7].

ХОЗЛ – єдине захворювання, смертність від якого продовжує збільшуватись. До так званих системних ефектів при ХОЗЛ відносять зниження харчового статусу, дисфункцію скелетних м'язів, остеопороз, анемію та серцево-судинні ефекти, в основі яких лежать гіпоксемія, тютюнокуріння, малорухливий спосіб життя та системне запалення [4, 9]. Крім того, усім хворим на ХОЗЛ властиві високі претензії до життя, внутрішня дисгармонія, песимізм, швидка втомлюваність, астенізація, зниження комунікації. У літературі трапляються дані про дослідження якості життя у хворих на ХП і ХОЗЛ за опитувальниками MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), Sickness Impact Profile, McMaster Health Index Questionnaire, Nottingham Health Profile, Gastrointestinal Symptom Rating Scale, Melsac Pain Scale, Pain Treatment Responsivity Scale, St. George's Respiratory Questionnaire та ін. [5]. На сьогоднішній день недостатньо висвітленими залишаються питання поєднаного перебігу ХП і ХОЗЛ, зокрема впливу ХОЗЛ на клінічний перебіг та якість життя при ХП.

**Мета дослідження.** Проаналізувати клінічний перебіг та якість життя хворих на ХП залежно від наявності супутнього ХОЗЛ та його стадії.

**Матеріал і методи.** Обстежено 98 амбулаторних хворих на ХП у фазі стійкої або нестійкої ремісії в поєднанні із ХОЗЛ у фазі стійкої або нестійкої ремісії. Вік хворих – 35-86 років, середній вік –  $58,18 \pm 1,33$ . Серед пацієнтів – 49 жінок (50,0 %) і 49 чоловіків (50,0 %). Серед обстежених пацієнтів із ХП супутнє ХОЗЛ I ст. діагностовано в 34 осіб (34,7 %), ХОЗЛ II ст. – у 64 (65,3 %). Середній вік обстежених із ХОЗЛ I ст. –  $52,21 \pm 2,21$ , із ХОЗЛ II ст. –  $61,36 \pm 1,53$  року. Діагнози ХП і ХОЗЛ верифікували згідно із загальноприйнятими критеріями. Тривалість захворювань – від 1 до 25 років, поєднання захворювань – від 1 до 10 років. Крім загальноклінічних обстежень, проводили оцінку харчового статусу пацієнтів шляхом визначення індексу маси тіла (ІМТ). Вивчення ЯЖ проводили за допомогою загального опитувальника SF-36. Контрольну групу склали 30 здорових осіб, репрезентативних за віком і статтю, які пройшли поліклінічний медичний огляд. Опитувальник SF-36 складається із 36 запитань, згрупованих у 8 шкал. Показники кожної шкали варіюють від 0 до 100 балів, де максимум відповідає повному здоров'ю. Усі шкали формують два показники: фізичне і психологічне здоров'я. Кількісно оцінювались наступні показники: 1) фізичне функціонування (ФФ), що відображає ступінь, в якому фізичний стан обмежує виконання фізичних навантажень (ходьба, підйом сходами і т.д.); 2) рольове функціонування (РФ), зумовлене фізичним станом, тобто вплив фізичного стану на повсякденну діяльність (робота, повсякденні обов'язки); 3) інтенсивність болю та больових

відчуттів (Б); 4) загальний стан здоров'я (ЗЗ) – оцінка пацієнтом свого стану здоров'я в теперішній час і перспектива лікування; 5) життєва активність (Ж); 6) соціальне функціонування (СФ); 7) рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (шкала передбачає оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності) (РЕФ); 8) психічне здоров'я (ПЗ) – характеризує настрій, наявність депресій, тривоги, загальний показник позитивних емоцій. Перші чотири шкали відображають фізичний компонент здоров'я, решта чотири – психологічний.

Статистичне опрацювання показників проводили методом варіаційної статистики Fisher-Student z визначенням середнього арифметичного (M), середньоквадратичного відхилення (q), похибку середньоарифметичного (m). Середні величини представлені як  $M \pm m$ . Для порівняння двох незалежних вибірок застосовували непарний t-тест Стьюдента, який входить до складу додаткового пакета аналізу даних програми Microsoft Excel 2007. При цьому застосовувалася формула для апроксимації числа ступенів свободи. Результати вважали достовірними при  $p < 0,05$ .

**Результати дослідження та їх обговорення.** Результати дослідження показали, що серед клінічних проявів ХП із супутнім ХОЗЛ найчастішим був диспепсичний синдром (85,7 %), причому найбільш типові скарги – метеоризм і бурчання (45,9 %), нудота (42,9 %), відчуття тяжкості у верхніх відділах живота (37,8 %), проноси (32,7 %) та нестійкі випорожнення (27,5 %). Другим за частотою був больовий синдром (83,7 %) різної локалізації, інтенсивності зони іррадіації та тривалості. Так, періодичний біль помірної чи вираженої інтенсивності, який часто мав оперізувальний характер, зареєстрований у 37 хворих (37,8 %). 45 пацієнтів (45,9 %) скаржилися на постійний біль помірної чи мінімальної інтенсивності, який частіше локалізувався в лівому підребер'ї, рідше в обох підребер'ях та/або епігастральній ділянці. 16 пацієнтів (16,3 %) вказували на наявність «еквівалентів» болю у вигляді абдомінального дискомфорту, тяжкості, здуття та розпирання у верхній частині живота. Прояви астено-невротичного синдрому притаманні практично всім пацієнтам (94,9 %). Отже, у хворих на ХП у поєднанні із ХОЗЛ у клінічній картині виявлено переважання диспепсичного синдрому.

При подальшому обстеженні у 12 осіб (12,2 %) виявлено дефіцит маси тіла ( $ІМТ < 19 \text{ кг/см}^2$ ), у 17 осіб (17,3 %) – надлишок маси тіла ( $ІМТ > 25 \text{ кг/см}^2$ ). 69 осіб (70,4 %) мали збережену масу тіла ( $ІМТ 19,1-24,9 \text{ кг/см}^2$ ). Проаналізувавши результати загальноклінічних і біохімічних обстежень, виявили їх достовірну відмінність стосовно таких у здорових осіб. Відмічали анемію легкого ступеня (еритроцити  $3,48 \pm 0,04 \times 10^{12}/\text{л}$  проти  $4,36 \pm 0,04 \times 10^{12}/\text{л}$ ,  $p < 0,01$ ; гемоглобін  $105,64 \pm 1,24 \text{ г/л}$  проти  $130,75 \pm 1,73 \text{ г/л}$ ,  $p < 0,01$ ), відносне підвищення швидкості осідання еритроцитів

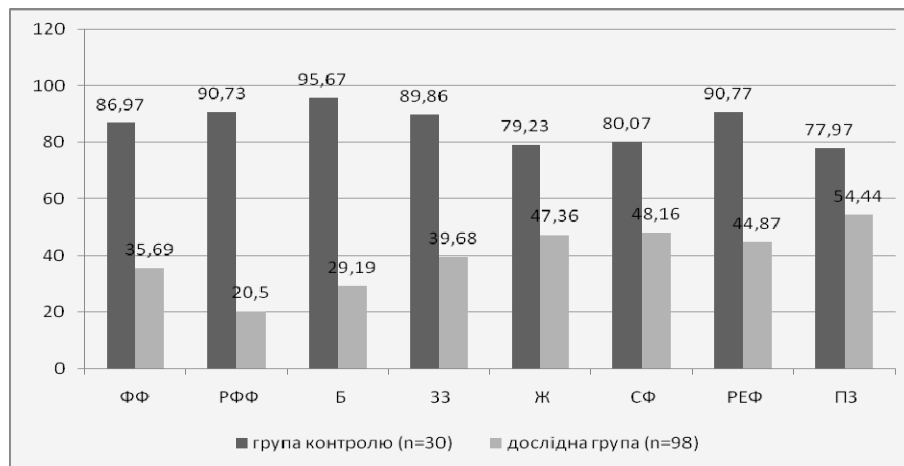


Рис. 1. Показники якості життя (за шкалою опитувальника SF-36, бали) у хворих на хронічний панкреатит у поєднанні із хронічним обструктивним захворюванням легень

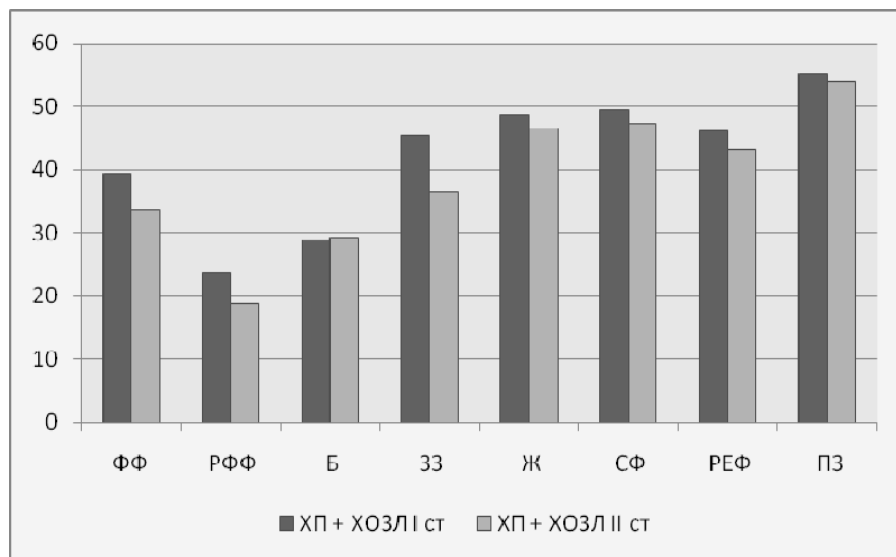


Рис. 2. Показники якості життя (за шкалою опитувальника SF-36, бали) у хворих на хронічний панкреатит залежно від стадії супутнього хронічного обструктивного захворювання легень

( $10,84 \pm 0,54$  мм/год проти  $5,95 \pm 0,39$  мм/год,  $p < 0,01$ ), зниження вмісту білка в крові ( $71,00 \pm 0,89$  г/л проти  $82,93 \pm 0,48$  г/л,  $p < 0,01$ ), підвищений рівень діастази сечі ( $128,72 \pm 7,23$  мг/годхмл проти  $77,54 \pm 3,42$  мг/годхмл,  $p < 0,01$ ). Отримані результати (зниження харчового статусу, анемія легкого ступеня, гіпоальбумінемія) свідчать про білкову недостатність (зокрема вісцерального пулу білка), а також про наявність постійного торпідного запального процесу (підвищення ШОЕ) в організмі хворих на ХП у поєднанні із ХОЗЛ. У результаті обробки анкет опитувальника SF-36 (табл. 1) виявлено достовірне зниження показників усіх шкал, які характеризують як фізичний компонент здоров'я, так і психічний, стосовно групи контролю. Найбільш зниженими виявилися показники, що характеризують фізичний компонент здоров'я ( $p < 0,05$ ).

При порівнянні отриманих показників у хворих на ХП залежно від стадії ХОЗЛ (табл. 2) виявлено достовірне зниження показників, що характеризують фізичний компонент здоров'я в групі осіб із супутнім ХОЗЛ II стадії стосовно пацієнтів із супутнім ХОЗЛ I ст., а саме: шкал ФФ

( $39,41 \pm 1,03$  проти  $33,72 \pm 1,12$ ,  $p < 0,05$ ), РФФ ( $23,76 \pm 0,49$  проти  $18,76 \pm 0,41$ ,  $p < 0,05$ ) та ЗЗ ( $45,53 \pm 0,72$  проти  $36,58 \pm 0,92$ ,  $p < 0,05$ ).

Показник Б ( $28,91 \pm 0,63$  проти  $29,34 \pm 0,51$ ) та параметри психічного здоров'я – Ж ( $48,79 \pm 0,92$  проти  $46,59 \pm 0,87$ ), СФ ( $49,56 \pm 0,80$  проти  $47,42 \pm 0,81$ ), РЕФ ( $46,39 \pm 1,37$  проти  $43,28 \pm 0,94$ ) та ПЗ ( $55,15 \pm 0,73$  проти  $54,06 \pm 0,69$ ) достовірно не відрізнялись ( $p > 0,05$  у всіх випадках).

### Висновки

1. У клінічній картині хронічного панкреатиту у поєднанні із хронічним обструктивним захворюванням легень переважають диспепсичний та больовий синдроми.

2. При хронічному панкреатиті у поєднанні із хронічним обструктивним захворюванням легень порушення різних ланок обміну речовин наявні навіть у фазі ремісії, що поглиблює трофологічні порушення, зокрема зниження харчового статусу, анемічний синдром та ін.

3. Наявність супутнього хронічного обструктивного захворювання легень знижує показники

якості життя при хронічному панкреатиті переважно за фізичним компонентом.

4. Рівень показників якості життя при хронічному панкреатиті у поєднанні із хронічним обструктивним захворюванням легень знижується із поглибленням стадії хронічного обструктивного захворювання легень.

У перспективі подальших досліджень вважаємо за доцільне вивчення впливу хронічного обструктивного захворювання легень на формування трофологічних розладів при хронічному панкреатиті.

#### Література

1. Авдеев С.Н. Хроническая обструктивная болезнь легких как системное заболевание / С.Н.Авдеев // Пульмонология. – 2007. – № 2. – С. 38-100.
2. Васильев Ю.В. Табакокурение как возможный фактор развития хронического панкреатита и рака поджелудочной железы / Ю.В.Васильев // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. – 2007. – № 6. – С. 78-81.
3. Маев И.В. Состояние органов пищеварения при хроническом бронхите, бронхиальной астме и эмфиземе легких / И.В.Маев, Л.П.Воробьев, Г.А.Бусарова // Пульмонология. – 2002. – № 4. – С. 85-92.
4. Масік Н.П. Етіопатогенетичні механізми полісистемних порушень у хворих на хронічні обструктивні захворювання легень / Н.П.Масік // Укр. терапевт. ж. – 2007. – № 4. – С. 118-123.
5. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / А.А.Новик, Т.И.Ионова; под ред. акад. РАМН Ю.Л.Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа-Групп», 2007. – 320 с.
6. Телекі Я.М. Клініко-патогенетичне обґрунтування діагностики та лікування хронічного обструктивного захворювання легень із супутнім хронічним панкреатитом: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.02 «Внутрішні хвороби» / Я.М.Телекі. – Донецьк, 2010. – 20 с.
7. Якість життя у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень із супутнім хронічним панкреатитом / Т.М.Христич, Я.М.Телекі, С.Л.Марунчик, Н.Г.Мацуляк: зб. наук. праць співробітників НМАПО імені П.Л.Шупика. – Випуск 18. – Книга 2. – К., 2009. – С. 129-133.
8. Христич Т.Н. Хронический панкреатит в сочетании с хроническим обструктивным заболеванием легких: метаболические проявления / Т.Н.Христич // Укр. терапевт. ж. – 2011. – № 2. – С. 92-96.
9. Anemia and inflammation in COPD / John M., Hoernig S., W. Doehner [et al.] // Chest. – 2005. – Vol. 127. – P. 825-829.
10. Diseases of pancreas / Ed. M.W.Buchler et al. – Karger, 2004. – 212 p.
11. Smoking and risk of acute and chronic pancreatitis among women and men: a population-based cohort study / Tolstrup J.S., Kristiansen L., Becker U., Gronbaek M. // Arch. Intern. Med. – 2009. – Vol. 169. – P. 603-609.
12. World Health Organization Website. Chronic Obstructive Pulmonary Disease <http://www.who.int/respiratory/copd>.

### СОПУТСТВУЮЩЕЕ ХРОНИЧЕСКОЕ ОБСТРУКТИВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕГКИХ КАК ПРЕДИКТОР ОСЛОЖНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Л.С.Бабинец, О.С.Квасницкая, О.И.Крыськив, Ю.М.Герасимец, В.М.Творко*

**Резюме.** Проанализировано клиническое течение, некоторые лабораторные показатели и качество жизни у больных хроническим панкреатитом в сочетании с хроническим обструктивным заболеванием легких. Установлено преобладание диспепсического, болевого и астено-вегетативного синдромов, а также снижение показателей качества жизни преимущественно по физическому компоненту здоровья.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, хроническое обструктивное заболевание легких, качество жизни.

### CONCOMITANT CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AS A PREDICTOR OF A CLINICAL COURSE COMPLICATION AND A DECREASE OF THE QUALITY OF LIFE IN CHRONIC PANCREATITIS

*L.S.Babinets', O.S.Kvasnyts'ka, O.I.Kryskiv, Yu.M.Herasymets', V.M.Tvorko*

**Abstract.** The clinical course, some laboratory indices and the quality of life were analysed in patients with chronic pancreatitis in combination with chronic obstructive pulmonary disease. Dyspeptic, abdominal pains and astheno-vegetative syndromes and also a decline of the indices of the quality of life mainly based on the physical component of health have been primarily established.

**Key words.** chronic pancreatitis, chronic obstructive pulmonary disease, quality of life.

State Medical University Named after I.Ya.Horbachevskyi (Ternopil')

Рецензент – проф. Т.М.Христич

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 3 (59). – P. 153-156

Надійшла до редакції 1.06.2011 року