

Т.В. МИШАНИЧ, О.М. МОСКАЛЬ, Т.В. МАРКУЛІНА, М.А. ДЕРБАК, Е.Й. АРХІЙ
Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб з курсами валеології і основ медичних знань, Ужгород

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ЛАБОРАТОРНИХ ТА ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ПОЄДНАНУ ПАТОЛОГІЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

У статті наведено дослідження показників загального, біохімічного та імунологічного аналізів крові хворих на поєднану патологію підшлункової залози. Виявлено зв'язок між рівнями формених елементів та інтерлейкінів у крові хворих з коморбідними патологіями. Оцінка інтерлейкінового статусу пацієнтів з поєднаною патологією вказує на вірогідне підвищення прозапальних інтерлейкінів відносно норми, що потребує оптимізації схем їхнього лікування імунокорекцією.

Ключові слова: Хронічний панкреатит, виразкова хвороба, хронічний холецистит, ішемічна хвороба серця

Вступ: Характерною рисою сучасного хворого є поліморбідність. Так, на одного хворого у віці від 21 до 40 років «припадає» одночасно 2,9 захворювань, в інтервалі від 41 до 60 років – 4,5, у віці 61 – 75 років – 5,8. Супутня патологія є самостійним чинником, який впливає на клінічну картину, перебіг, наслідки захворювання. Тому поєднаний перебіг декількох захворювань призводить до виникнення нового самостійного процесу в організмі людини, який має свої патогенетичні механізми розвитку, клінічні симптоми, діагностичні критерії та шляхи лікування.

За даними останніх статистичних досліджень встановлено, що в економічно розвинутих країнах на хронічні поверхневі гастрити та виразки дванадцятипалої кишки протягом життя хворіють від 10 до 20 відсотків всього дорослого населення, а їхня інвалідизація від цих нозологій продовжує займати перші місця серед інших захворювань [2, 4, 5].

Крім того, у останні роки спостерігається ріст кількості коморбідних патологій, але патогенетичні взаємозв'язки даних захворювань не завжди вдається простежити. Незважаючи на це, інколи, поєднаний перебіг різних нозологій дозволяє припустити спільні ланки у їх патогенезі, які, на перший погляд не є очевидними, оскільки розвиваються на субклітинному та клітинному рівнях.

Так, за останні роки в світі спостерігається зростання захворюваності на хронічний панкреатит (ХП), а також на хвороби, що патогенетично з ним пов'язані. Патологія підшлункової залози (ПЗ) розвивається щорічно у 1 особи на 10 тис. населення світу. Захворюваність на хвороби ПЗ в Україні прогресивно зростає. Якщо захворюваність органів травлення за 1991 – 2000 роки збільшилась на 21,8%, то кількість хворих на хвороби ПЗ зросла у 3,17 рази. За даний період поширеність хвороб органів травлення зросла на 53,0%, а хвороб ПЗ – у 4 рази (1991 – 264,0; 2000 – 1061,7 на 100 тис. населення)

[Філіппов Ю.А., 2001]. ХП – найчастіша хвороба ПЗ. Хворі на ХП складають 25% від загальної кількості осіб, які звертаються до гастроентерологічних кабінетів поліклінік України, вони займають до 12% ліжок в гастроентерологічних стаціонарах.

Більшість робіт, які присвячені ХП, обмежена обстеженням даних хворих безвідносно до супутніх хвороб, а про особливості перебігу та лікування панкреатиту на тлі ішемічної хвороби серця (ІХС) існують лише поодинокі відомості [3]. Відсутні дані про етіологічну структуру ХП, недостатньо вивчено механізми розвитку та прогресування патології ПЗ у хворих на ІХС. Погіршення насосної функції серця та атеросклеротичне ураження судин, що забезпечують кровообіг у ПЗ, призводять до патологічних змін органу. Системна гіпоксія при ІХС сприяє фіброзуванню паренхіми ПЗ. З іншого боку, абдомінальний біль та диспептичні явища погіршують в'язковий кровообіг, сприяють розвитку нападів стенокардії, в більшій мірі, ніж при ізольованій ІХС знижують толерантність до фізичних навантажень за рахунок вісцеро-вісцеральних рефлексів та патологічної постпрандіальної гемодинамічної реакції.

Хронічний холецистит (ХХ) є найпоширенішим захворюванням органів травлення. Слід зазначити, що при ІХС розвивається порушення ділянкового кровообігу у різних органах та системах, зокрема в печінці та жовчовивідній системі, у той же час захворювання гепатобіліарної системи ведуть до порушення внутрішньосерцевої та системної гемодинаміки, прискорюють розвиток атеросклеротичного процесу. Встановлені зв'язки між атеросклерозом, процесами вільнорадикального окиснення ліпідів (ВРОЛ), хронічними захворюваннями гепатобіліарної системи. Зв'язок між розвитком атеросклерозу та дисфункцією гепатобіліарної системи може відбуватись через розвиток вісцеро-вісцеральних рефлексів і вегетативної дистонії, які обумовлюють поглиблення змін в стінці

коронарних судин, що змінені атеросклерозом. Значна поширеність, висока смертність та інвалідизація від хронічного некалькульозного холециститу та ІХС серед населення працездатного віку, великі економічні витрати суспільства обумовлюють актуальність проблеми поєднаного перебігу цих захворювань.

Мета роботи. Дослідити показники загального, біохімічного та імунологічного аналізів крові пацієнтів на виразкову хворобу та виразкову хворобу, що перебігає на тлі хронічного панкреатиту чи холециститу, коморбідних з ІХС, а також визначення їх ролі та динаміки.

Матеріали та методи. Для виконання поставленої мети нами відібрано 80 пацієнтів. Всім пацієнтам виконали таку програму обстеження:

- Загальний аналіз крові;
 - біохімічний аналіз крові;
 - глюкоза крові;
 - загальний аналіз сечі;
 - визначення анти-Нр Ig G у сироватці крові;
 - ЕКГ;
 - ехокардіоскопія;
 - велоергометрія з дозованим фізичним навантаженням;
 - УЗД органів черевної порожнини;
 - визначення інтерлейкінів 1, 6, 8.
- Концентрацію інтерлейкінів в сироватці крові

визначали за допомогою ІФА на апараті «Humanreader», використовуючи набори реагентів фірми «Вектор – Бест» (Новосибірськ, Росія).

Згідно отриманих даних серед пацієнтів було виділено 5 тематичних груп: перша тематична група включала 17 хворих на хронічний панкреатит, друга – 14 пацієнтів з діагнозом «Хронічний панкреатит поєднаний з ІХС», третя тематична група включала 17 осіб з діагнозом «Виразкова хвороба», четверта тематична група – 16 пацієнтів з виразковою хворобою шлунку, яка поєднувалась із холециститом, та п'ята тематична група – 16 осіб з діагнозом «Виразкова хвороба, поєднана з хронічним панкреатитом».

Завдання дослідження:

1. Порівняти показники загального аналізу крові у хворих на виразкову хворобу, асоційовану з хронічним панкреатитом та холециститом, коморбідних з ІХС.
2. Провести порівняльну оцінку показників біохімічних аналізів крові при даних патологіях.
3. Визначити інтерлейкіновий статус і взаємозв'язк його змін залежно від наявних нозологій.

Результати досліджень та їх обговорення. При аналізі показників загального та біохімічного аналізів крові пацієнтів тематичних груп виявлено наступні закономірності (табл. 1).

Таблиця 1

Показники загальних та біохімічних аналізів крові

Параметри	Виразкова хвороба	Виразкова хвороба + ХП	Виразкова хвороба + хронічний холецистит
Нь, г/л	117±6,43	138,26±3,5	137,68±7,84
Ер, 10 ^{*12} /л	3,7±0,15	4,27±0,07	4,33±0,08
Сегментоядерні нейтрофіли, %	64,94±1,58	60,26±1,64	59,18±1,42
Лімфоцити, %	22,52±1,15	26,33±1,07	23,81±1,88
Моноцити, %	3,64±0,59	4,06±0,33	5,62±0,56

При оцінці середніх показників Нь по ЗАК пацієнтів тематичної групи «Виразкова хвороба з холециститом» та у осіб тематичної групи «Виразкова хвороба з панкреатитом» вірогідної різниці виявлено не було. ($M \pm m$ «виразкова хвороба з холециститом»/ «виразкова хвороба з панкреатитом» = 137,68±7,84 г/л / 138,26±3,5). ($t=0,06$).

Середній показник Нь групи «Виразкова хвороба» вірогідно відрізнявся від середніх показників двох попередніх тематичних груп: «Виразкова хвороба в поєднанні з холециститом» та «виразкова хвороба в поєднанні з панкреатитом» ($M \pm m$ «виразкова хвороба»/ «виразкова хвороба з холециститом»/ «виразкова хвороба з панкреатитом» = 117±6,43г/л / 137,68±7,84 г/л / 138,26±3,5), ($t \geq 2,0$).

Така тенденція виявлена і при порівнянні середніх значень еритроцитів у крові тематичних груп «Виразкова хвороба», «Виразкова хвороба в поєд-

нанні з холециститом» та «виразкова хвороба в поєднанні з панкреатитом» ($M \pm m$ «виразкова хвороба» / «виразкова хвороба з холециститом»/ «виразкова хвороба з панкреатитом» = 3,7±0,15 / 4,33±0,08 / 4,24±0,07), ($t \geq 2,0$).

Порівнюючи середні значення сегментоядерних нейтрофілів у групах «Виразкова хвороба» та «Виразкова хвороба з холециститом» ($M \pm m$ «виразкова хвороба»/ «виразкова хвороба з холециститом» = 64,94±1,58 / 59,18±1,42) була виявлена вірогідна різниця. Крім того, середній показник с/я у групі «Виразкова хвороба» вірогідно відрізнявся від середнього значення с/я у групі «Виразкова хвороба з панкреатитом» ($M \pm m$ «виразкова хвороба»/«виразкова хвороба з панкреатитом» = 64,94±1,58 / 60,26±1,64), ($t \geq 2,0$).

Отже, виходячи з отриманих результатів відзначено вірогідне зниження показників Нь та

еритроцитів у крові пацієнтів з виразковою хворобою, причиною чого могли бути часті хронічні кровотечі під час загострень. Проаналізувавши середні значення у трьох тематичних групах було виявлено підвищення рівнів с/я у крові осіб з виразковою хворобою в порівнянні з групами, де дана патологія поєднана з холециститом чи панкреатитом.

При аналізі змін біохімічних показників цих груп хворих виявлено, що середнє значення ГГТ достовірно більше у групі «Виразкова хвороба з панкреатитом» порівняно з особами тематичних груп «Виразкова хвороба» та «Виразкова хвороба з холециститом», $t \geq 2,0$, але інших суттєвих відмін-

ностей по біохімічному аналізу крові не виявлено, ($t \leq 2,0$).

Дослідження лімфоцитів та моноцитів периферичної крові у цих групах хворих наводило на думку про більш виражені імунологічні зрушення при даних патологіях, оскільки вірогідне підвищення середніх значень лімфоцитів було у групі «виразкова хвороба в поєднанні з панкреатитом», а вірогідне підвищення середніх показників моноцитів виявлено у групі «Виразкова хвороба в поєднанні з холециститом», $t \geq 2,0$.

Враховуючи ці зміни доцільним була більш детальна оцінка імунологічного статусу пацієнтів з поєднаною патологією (табл. 2).

Таблиця 2

Стан цитокінової ланки імунітету у різних тематичних групах

Параметр, пг/мл	1 група, n=17 (хронічний панкреатит)	2 група, n=14 (ХП поєднаний з ІХС)	3 група, n=17 (виразкова хвороба)	4 група, n=16 (виразкова поєднана з холециститом)
IL-1(N до 1,6)	2,36+/-0,26	2,86+/-0,16	28,1+/-1,4	40,27+/-6,84
IL-6 (N до 10)	18,92+/-9,6	19,7+/-11,13		
IL- 8 (N до 30)			61,94+/-3,8	128,79+/-31,01

Середні значення прозапальних інтерлейкінів: IL-1, IL-6 та IL- 8 у всіх тематичних групах були вищими відносно норми.

Порівнюючи середні значення IL-1 між тематичними групами «Хронічний панкреатит» і «Хронічний панкреатит поєднаний з ІХС» вірогідної різниці виявлено не було, $t \leq 2,0$, але дані показники вірогідно відрізнялися від середніх значень IL-1 у групах «Виразкова хвороба» та «Виразкова хвороба поєднана з холециститом», $t \geq 2,0$, де вони були суттєво вищими.

При оцінці середніх показників IL-6 груп «Хронічний панкреатит» та «Хронічний панкреатит поєднаний з ІХС» вірогідної різниці виявлено не було.

Середні значення IL – 8 у групі «Виразкова хвороба поєднана з холециститом» були вірогідно вищими за такі ж показники групи «Виразкова хвороба», $t=2,1$.

Отже у хворих поєднаною патологією підшлункової залози спостерігається вірогідне підвищення прозапальних інтерлейкінів, що засвідчує про

суттєве значення імунологічного компоненту у патогенезі коморбідних патологій і потребує подальшого вивчення.

Виходячи з результатів наших досліджень слід зауважити, що лікування цих коморбідних патологій, спільних по патогенезу, потребує оптимізації за рахунок імунокорекції.

Висновки: 1. Встановлено вірогідне підвищення середніх значень кількості лімфоцитів у групі «виразкова хвороба в поєднанні з панкреатитом» та вірогідне збільшення середніх показників кількості моноцитів характерне для групи «Виразкова хвороба в поєднанні з холециститом», на відміну від хворих групи «Виразкова хвороба», для яких у загальному аналізі крові виявлено лише вірогідне зменшення середніх значень Hb та кількості еритроцитів.

2. Оцінка інтерлейкінового статусу пацієнтів з поєднаною патологією вказує на вірогідне підвищення прозапальних інтерлейкінів відносно норми, що потребує оптимізації схем їхнього лікування імунокорекцією.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабак О.Я. Коррекция недостаточности экзокринной функции поджелудочной железы / Бабак О.Я. // Заболевания поджелудочной железы: материалы V Национальной Школы гастроэнтерологов, гепатологов Украины. — К., 2003. — С. 67—71.
2. Бабак О.Я. Helicobacter pylori. Досягнення, проблеми, стратегія боротьби на Україні / Бабак О.Я. Фаденко Г.Д. — К.: Вид. АМН, 1997. — 42 с.
3. Губергриц Н.Б. Клінічна панкреатологія / Губергриц Н.Б., Христин Т.М. — Донецьк: ВАТ «Лебедь», 2000. — 416 с.
4. Клиническая гастроэнтерология / [Анохина Г.А, Опанасюк Н.Д., Родонежская О.В., Черненко В.В.]. — К.: «Здоров'я», 2000. — 448 с.
5. Кляритская И.Л. Достаточны ли существующие показания для эрадикации хеликобактерной инфекции? / Кляритская И.Л., Тищенко В.В. // Сучасна гастроентерологія. — 2001. — №1. — С. 10.
6. Передерий О.В. Современное обследование и лечение больных неосложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / Передерий О.В. // Здоровье и питание. — 1998. — №3 — С. 7.

7. Христин Т.М. Возможна роль функционального stanu підшлункової залози у розвитку та прогресуванні метаболічного синдрому / Христин Т.М., Кендзерська Т.Б. — Чернівці, 2002. — 450 с.
8. Циммерман Я. С. Helicobacter pylori и их роль в развитии хронического гастрита и язвенной болезни / Циммерман Я. С., Зиннатуллин М. Р. // Клини. медицина. — 1997. — N 4. — С. 8—13.
9. Helicobacter pylori infection in spouses of patients with duodenal ulcers and comparison of ribosomal RNA gene patterns / S.D. Georgopoulos, A.F. Mentis, C.A. Spidialis et al. // Gastroent. Hepatol. — 1997. — № 2. — P. 2.

T.V. MUCHANUCH, O.M. MOSKAL, T.V. MARKULINA, M.A. DERBAK, E.J. ARHIJ

Uzhhorod Nationali University, Medical Faculty, Department of Propaedeutics, Uzhhorod

PARTICULARITIES OF LABORATORY AND IMMUNOLOGICAL PARAMETERS IN PATIENTS WITH COMBINED PATHOLOGY OF THE PANCREAS

A significant increase in the average values of lymphocytes is established in the patients with peptic "ulcer disease in combination with pancreatitis", and a significant increase in the average of monocytes characteristic of "ulcer combined with cholecystitis" was studied. Significant decrease in the average values of Hb and red blood cells of patients with peptic ulcer disease, the cause of which could be frequent chronic bleeding was revealed.

The immunological status of patients with combined pathology indicates the probable increase of interleukins in the norm and this changes needs the optimization of a treatment regimens – immunocorrection.

Key words: Chronic pancreatitis, peptic ulcer, chronic cholecystitis, coronary heart disease (CHD).

Стаття надійшла до редакції: 3.06.2011 р.