

ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Н.У.Худайбергенов

И.М.Алланазаров

Н.Х.Холиева

Студент 3 курса 1-лечебного факультета

Кафедра патологической анатомии Ташкентской медицинской академии

Научный руководитель: Турсунов Х.З

Вступление. В основе формирования изменений поджелудочной железы при хронической абдоминальной ишемии лежит нарушение кровоснабжения органа и изменение микроциркуляции, связанное с повышением в крови концентрации эндотелина-1 и снижением метаболитов оксида азота. Оптимальной схемой лечения хронического ишемического панкреатита у пациентов с ХИБС является сочетание ферментных препаратов, спазмолитиков с периндоприлом, бисопрололом и амлодипином. На фоне указанной терапии регистрируются стабильное течение ХИБС, ремиссия панкреатита с улучшением экзокринной функции поджелудочной железы.

Ключевые слова: хронический ишемический панкреатит, эндотелиальная дисфункция, лечение.

Актуальность:

Хроническая абдоминальная ишемия — это следствие расстройства кровоснабжения органов брюшной полости, вызванного нарушением проходимости непарных висцеральных артерий брюшной аорты. Наиболее частой причиной хронической абдоминальной ишемии является атеросклероз брюшного отдела аорты и ее непарных ветвей (55—88 %). Больные с хронической абдоминальной ишемией в клинической практике встречаются значительно чаще, чем диагностируется эта патология. Среди умерших от ИБС, гипертонической болезни, атеросклероза церебральных артерий, артерий нижних конечностей и от их осложнений при аутопсии в 75,5 % случаев выявляют атеросклероз брюшного отдела аорты и его ветвей. Частое бессимптомное течение (32,2—98 %) абдоминальной ишемии, неопределенная клиническая картина с различными «масками» затрудняют своевременную диагностику. Хронический дефицит артериального кровообращения по непарным висцеральным артериям брюшной аорты в той или иной степени приводит к морфофункциональным изменениям практически всех отделов желудочно-кишечного тракта. Локализация ишемического повреждения органов пищеварения зависит от питающей их висцеральной артерии. Так, при поражении чревного ствола преимущественно страдают органы верхнего этажа брюшной

полости: печень, поджелудочная железа, желудок, двенадцатиперстная кишка и селезенка. Стеноз или окклюзия верхней брыжеечной артерии проявляются в нарушениях функций поджелудочной железы, тонкой кишки, а поражение нижней брыжеечной артерии чаще обуславливает ишемию толстой кишки. Наиболее яркая клиническая картина хронической ишемии органов пищеварения наблюдается при поражении двух или трех висцеральных артерий. Важным механизмом прогрессирования ишемических поражений органов пищеварения являются изменения микроциркуляции.

Для хронической абдоминальной ишемии атеросклеротического генеза, как и в целом для атеросклероза, характерны эндотелиальная дисфункция, нарушение реологических свойств крови, гиперкоагуляция, повышение агрегационной способности тромбоцитов, генерализованный спазм артериол, что предрасполагает к микротромбозу и усугубляет гипоксию тканей.

Цель исследования: повышение эффективности лечения хронического панкреатита, ассоциированного со стенозирующим атеросклерозом брюшного отдела аорты, у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы. Обследованы 10 пациентов со стенозирующим атеросклерозом висцеральных ветвей брюшной аорты и ишемической болезнью сердца, группу сравнения составили 2 пациентов старше 60 лет с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) без клинико-инструментальных признаков стенозирующего атеросклероза висцеральных ветвей брюшной аорты.

Методы исследования включали ультразвуковую доплерографию (брюшного отдела аорты, эхокардиографию, фиброгастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерную томографию, копрологическое исследование и определение активности эластазы-1 в кале. С учетом степени гемодинамических нарушений по брюшной аорте и ее непарным висцеральным ветвям и оценки дисфункции органов пищеварения выделяли IV функциональных класса абдоминальной ишемической болезни. Определение концентрации эндотелина-1 в сыворотке крови выполняли методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты. Среди обследованных пациентов у 80 % диагностировали стабильную стенокардию II—III функциональных классов, у 20 % — постинфарктный кардиосклероз или атеросклеротическую болезнь сердца с нарушением ритма. У всех пациентов коронарная патология имела стабильный характер. В клинической картине хронического ишемического панкреатита преобладал болевой абдоминальный синдром. У 80 % пациентов чаще регистрировались ранние боли, 20 % - отмечали постоянную абдоминальную боль. Боль наиболее часто локализовалась в эпигастральной области (50 %) или в левом подреберье (20 %) у 30 % пациентов имела опоясывающий характер.

По данным ультразвукового исследования поджелудочной железы все пациенты имели признаки хронического панкреатита: повышенная эхогенность и неоднородность паренхимы поджелудочной железы, неровность и нечеткость ее контуров. %). При анализе показателей копрограммы были выявлены признаки экзокринной недостаточности поджелудочной железы. У пациентов с ишемическим хроническим панкреатитом установлено двухкратное увеличение уровня эндотелина-1 и достоверное снижение нитритов плазмы крови по сравнению с показателями у практически здоровых лиц и пациентов с ХИБС без клинико-инструментальных признаков стенозирующего атеросклероза висцеральных ветвей брюшной аорты. Уровень эндотелина-1 крови коррелировал со степенью недостаточности экзокринной функции поджелудочной железы.

При обследовании, проведенном через 12 месяцев от начала лечения, среди пациентов с хроническим ишемическим панкреатитом и ХИБС (группы I), получавших в комплексном лечении ингибитор АПФ (периндоприл) в сочетании с бисопрололом и амлодипином, в 86 % случаев сохранялась клинико-инструментальная ремиссия панкреатита. Ремиссии панкреатита соответствовало повышение уровня эластазы-1 кала до $167,5 \pm 48,3$ мкг/г кала, уменьшение концентрации эндотелина-1 и некоторое нарастание уровня нитритов крови. Среди пациентов, получающих терапию, включающую периндоприл, бисопролол и изосорбида мононитрат, сохранялся диспепсический синдром различной степени выраженности, уровень панкреатической эластазы в кале и показатели эндотелиальной дисфункции оставались без существенной динамики.