

**ТЕЧЕНИЕ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ И
МЕТОДЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ**

Юлдашева Г.Б.

Доцент кафедры «Внутренние болезни»

Андижанский государственный медицинский институт

Узбекистан, Андижан

Резюме: Представлены основные сведения по этиопатогенезу, диагностике билиарного панкреатита и лекарственному лечению больных с холецистолитиазом, а также профилактике билиарного панкреатита.

Обсуждается проблема панкреатита у лиц пожилого возраста. Процесс старения неизбежно влияет на течение заболеваний поджелудочной железы, видоизменяет их клиническую картину и лечебные подходы в старшей возрастной группе.

В статье раскрываются особенности пожилого пациента, знание которых обеспечивает своевременность диагностики и адекватность лечения, позволяет избежать осложнений и улучшить качество жизни больных.

Ключевые слова: Билиарный панкреатит, пожилой возраст, лечения, профилактика.

Резюме: Холецистолитиазли беморларни этиопатогенези, билиар панкреатит ташхиси ва дори билан даволаш ҳамда билиар панкреатитнинг олдини олиш бўйича асосий маълумотлар келтирилган.

Кексаларда панкреатит муаммоси муҳокама қилинади. Қариш жараёни муқаррар равишда панкреатит касалликларнинг кечишига таъсир қилади, катта ёшдаги гуруҳдаги клиник кўриниши ва терапевтик ёндашувларини ўзгартиради.

Мақола кекса беморнинг хусусиятларини очиб беради, унинг билимлари ўз вақтида ташхис қўйиш ва етарли даволанишни таъминлайди, асоратлардан қочади ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайдди.

Калит сўзлар: Билиар панкреатит, қарилик, даволаш, олдини олиш.

Resume: The basic information on etiopathogenesis, diagnosis of biliary pancreatitis and drug treatment of patients with cholecystolithiasis, as well as prevention of biliary pancreatitis is presented.

The problem of pancreatitis in the elderly is discussed. The aging process inevitably affects the course of pancreatic diseases, alters their clinical picture and therapeutic approaches in the older age group.

The article reveals the features of an elderly patient, the knowledge of which ensures timely diagnosis and adequate treatment, avoids complications and improves the quality of life of patients.

Key words: Biliary pancreatitis, old age, treatment, prevention.

Актуальность. В среднем заболеваемость острым панкреатитом (ОП) в странах Европы и США колеблется в интервале 11–23 человека на 100 тыс. населения в год; в 2000 г. зафиксирована максимальная заболеваемость – 40 человек на 100 тыс. населения, включая тяжелые случаи обострения хронического панкреатита [2,6]. Основными причинами ОП в

большинстве стран считают желчекаменную болезнь (ЖКБ, 30–50 %) и алкоголь (20–30 %) с небольшими вариациями по странам [4]. Вместе эти две причины составляют 80–90 % всех ОП, при этом пик заболеваемости билиарнозависимым ОП приходится на женщин в возрасте 50–70 лет, а алкогольным ОП – на мужчин 30–40 лет [1]. По данным разных авторов, 5–20 % всех ОП составляет идиопатический ОП, причиной возникновения которого могут быть такие факторы, как гиперлипидемия, гиперкальциемия, острые инфекции и инвазии, лекарственные средства [7,9].

Заболеваемость хроническим панкреатитом (ХП) составляет в среднем 7–10, а распространенность – 27 случаев на 100 тыс. жителей [3,5]. Риск развития панкреатической аденокарциномы у больных ХП увеличивается с возрастом и длительностью заболевания. При 10-летнем анамнезе риск достигает 1,8 % (пределы колебаний – 1,0–2,6), а при длительности ХП до 20 лет увеличивается до 4 % (пределы колебаний – 2,0–5,9) [5]. Причинами развития ХП в 66–80 % случаев является длительное употребление алкоголя [2,8]. Билиарнозависимый ХП, по данным большинства англоязычных источников, встречается редко по причине раннего проведения холецистэктомии [5]. По другим данным, билиарный ХП отмечается у 10–20 % больных [3]. В последние годы в связи с более широким проведением генетического тестирования отмечено увеличение выявляемости наследственного ХП, который диагностируют в 2–5 % всех случаев ХП [4,6].

Обширную группу составляет идиопатический ХП, т. е. панкреатит с неизвестной этиологией. Об идиопатическом панкреатите, как остром, так и хроническом, говорят в тех случаях, когда в анамнезе нет указаний на алкоголь, ЖКБ, употребление панкреатотоксичных лекарственных средств и другие, более редкие причины.

К сожалению, значительная часть пациентов с идиопатическим панкреатитом просто не дообследованы и возможные редкие факторы (гиперкальциемия, гиперлипидемия) не определяются. Это касается как ОП, так и ХП. Нередко причиной развития ОП или ХП являются невыявленные микролиты желчи. Часто технические или финансовые затруднения с проведением рентгеновской компьютерной и магнитно-резонансной томографий, а также ретроградной панкреатохолангиографии не позволяют выявить обструкцию на уровне протоков или фатерова сосочка. Таким образом, больные с механической (частичной или полной) обструкцией панкреатических протоков попадают в группу пациентов с идиопатическим панкреатитом, что неизбежно сказывается на эффективности лечения, прежде всего на купировании боли.

Клинические симптомы ОП включают интенсивный болевой синдром с локализованной в эпигастрии или разлитой болью, рвоту, часто лихорадку, лейкоцитоз, увеличение СОЭ и уровня С-реактивного белка.

У 30–50 % больных отмечены системные нарушения разной степени выраженности, такие как сосудистая недостаточность (возможно с коллапсом), дыхательная, почечная и печеночная недостаточность, кровотечения и ДВС (диссеминированное внутрисосудистое свертывание)-синдром. Эти нарушения являются основной причиной смерти при ОП [6].

Клиническую картину ХП составляет триада главных синдромов: боль, экзокринная недостаточность поджелудочной железы (ЭНПЖ) и нарушения углеводного обмена в латентной форме или в виде панкреатогенного сахарного диабета разной тяжести. Все три синдрома вместе или порознь могут привести к нарушению переваривания и всасывания пищевых веществ (мальабсорбции). Боль – ведущий и наиболее упорный симптом ХП – встречается в 85 % случаев, трудно поддается купированию из-за необратимости изменений в паренхиме и протоках. Боль при ХП является основной клинической проблемой, часто приводит к наркомании, недоеданию и кахексии, может быть прямым показанием к оперативному лечению [7]. Примерно у 15 % больных ХП протекает без

болевого синдрома, но с преимущественным нарушением экзокринной или эндокринной функции.

Цель исследования. Установить фармакологическую эффективность комбинированного применения иммуномодуляторов, антиоксидантов и мембранопротекторов при остром билиарном панкреатите различной степени тяжести в эксперименте и клинике.

Материалы и методы исследования. Объектом настоящего исследования стал анализ результатов лечения 48 пациентов с протоковыми осложнениями желчнокаменной болезни и блоком на уровне дистальной части общего желчного протока доброкачественной этиологии за период 2023-2024 гг.

Результаты исследования. Клинические исследования проведены у небольшой группы пациентов с острым панкреатитом билиарной этиологии. В день госпитализации все больные с ОП билиарной этиологии легкой степени, получавшие консервативное лечение, предъявляли жалобы на боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, диспептические расстройства, выраженную слабость.

При обследовании у лиц с ОП билиарной этиологии легкой степени тяжести, не нуждавшихся в операции, дыхательных и гемодинамических расстройств не было, при пальпации живота отмечались боли и напряжение в эпигастрии, у 13 человек (6 больных в группе, получавшей базисное лечение и 7 пациентов, дополнительно получавших полиоксидоний, эмоксипин и эссенциале Н) пальпировалось дно желчного пузыря. Симптомы перитонита у всех больных были отрицательные.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости микрохолецистолитиаз отмечался у 21 пациента (10 больных, получавших базисное лечение и 11 пациентов, получавших иммуномодулирующую, антиоксидантную и мембранопротекторную терапию), крупные конкременты обнаружены у 7 пациентов (3 и 4 пациента в соответствующих группах). В 12 (по 6 больных в каждой группе) из 28 случаев выявлены признаки острого холецистита, у остальных - признаки хронического холецистита.

Признаки желчной гипертензии у обследуемых не определялись. Увеличение размеров поджелудочной железы по сравнению с нормой отмечалось в 1,2-1,3 раза у всех больных.

При фиброгастродуоденоскопии у 28 больных в двенадцатиперстной кишке были обнаружены следы желчи, что косвенно свидетельствовало о проходимости желчных протоков, а у 23 (10 в группе, лечившейся в соответствии с НКР, 13 - в группе, дополнительно получавшей иммуномодулятор, мембранопротектор и антиоксидант) - обнаружены явления папиллита и косвенные признаки панкреатита. В 8 случаях (по 4 пациента каждой группы) большой сосочек двенадцатиперстной кишки располагался в парапапиллярном дивертикуле.

Учитывая отсутствие осложнений желчнокаменной болезни, больным этой группы проводилось только медикаментозное лечение, а хирургические вмешательства были выполнены - в отсроченном порядке после купирования симптомов острого воспаления поджелудочной железы. Летальных исходов не было. При поступлении в клинику у всех пациентов с ОП легкой степени тяжести билиарной этиологии обнаружено значительное повышение в плазме крови уровня провоспалительных цитокинов, противовоспалительного IL-4, кислородзависимой активности полиморфноядерных лейкоцитов в спонтанном и стимулированном НСТ-тесте, концентрации промежуточных и конечных продуктов ПОЛ, общей антиокислительной активности плазмы крови, снижение концентрации C3- и C4-компонентов комплемента, количества фагоцитирующих гранулоцитов и числа поглощенных ими частиц (снижение ФП, ФЧ), при нормальном уровне IL-10, нормальной активности ферментов антиоксидантной защиты (СОД и каталазы).

Стандартное медикаментозное лечение больных с билиарной этиологией ОП легкой степени тяжести корректировало содержание в плазме крови TNF, IL-6, IL-4, C4-компонента комплемента, не влияло на уровень IL-1P, IL-8, G-КСФ, C3-компонента комплемента, ОАА, повышало концентрацию IL-10, уровень продуктов перекисного окисления липидов.

В сравнении с исходными показателями и здоровыми донорами стандартное лечение снижало функциональную активность нейтрофилов периферической крови. Включение в терапию пациентов с легкой степенью тяжести ОП билиарной этиологии сочетания полиоксидония, эмоксипина и эссенциале Н по сравнению со стандартным лечением нормализовало концентрацию TNF, IL-6, IL-8, IL-4, параметры функциональной активности нейтрофилов периферической крови, содержание промежуточных и конечных продуктов ПОЛ, ОАА, корректировало содержание G-КСФ, уровень C4-компонента системы комплемента.

Все пациенты этой группы были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Купирование болевого синдрома на фоне консервативной инфузионной и спазмолитической терапии наблюдалось в течение суток с момента начала лечения, что позволило воздержаться от активной хирургической тактики у пациентов данной группы с легким ОБП.

Сроки лечения в стационаре у больных, получавших базисное лечение (в соответствии с национальными клиническими рекомендациями) составляли от 7 до 14 суток, что напрямую зависело от сроков купирования клинической симптоматики и инструментальных (данные УЗИ и КТ) признаков нормализации размеров поджелудочной железы, отсутствия развития осложнений.

Вывод. Диагностика и лечение панкреатита у лиц пожилого возраста представляют сложную проблему в связи с рядом дополнительных обстоятельств: полиморбидностью, изменением фармакокинетики лекарственных средств, атипичным течением заболевания, необходимостью избегать полипрагмазии и др.

Знание этих особенностей пожилого пациента обеспечивает своевременность диагностики и адекватность лечения, позволяет избегать осложнений и улучшать качество жизни больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Васильев Ю.В., Живаева Н.С. Желчнокаменная болезнь и билиарный панкреатит: патогенетические аспекты, лечение больных // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2008. — № 7. — С. 9-17.
2. Ильченко А.А. Билиарный панкреатит // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2005. — № 5. — С. 13.
3. Ильченко А.А. Билиарный сладж как начальная стадия желчнокаменной болезни // Consilium medicum. — 2004. — Т. 6. — С. 32-36.
4. Carritho-Ribeiro L., Pimto-Corria A., Velosa J. Long-term gallbladder stone recurrence and risk factors after successful lithotripsy // Eur. J. Gastroenterol. — 2000. — Vol. 12. — P. 209-215.
5. De Waele B., Wammiere B. et al. Impact of body overweight and class, I, II and III obesity on the outcome of acute biliary pancreatitis // Pancreas. — 2006. — Vol. 32. — P. 343-345.
6. Fracchia M., Pellegrino S., Secreto P. et al. Biliary lipid composition in cholesterol microlithiasis // Gut. — 2001. — Vol. 48. — P. 702-706.
7. Testoni H.A., Caporuscio S., Bagnolo F. et al. Idiopathic recurrent pancreatitis: Long-term results after ERCP, endoscopic sphincterotomy, or ursodeoxycholic acid treatment // Am. J. Gastroenterol. — 2000. — Vol. 95. — P. 1702-1707.

8. Veneman N.G., Buskens E., Besselink M.G.H. et al. Small gallstones are associated with increased risk of acute pancreatitis: Potential benefits of prophylactic cholecystectomy? // Am. J. Gastroenterol. — 2005. — Vol. 100. — P. 2540-2550.
9. Tomida S., Abei M, Yamaguvhi T. et al. Long-term ursodeoxycholic acid therapy is associated with reduced risk of biliary pain and acute cholecystitis in patients with gallbladder stones: a cohort analysis // Hepatology — 1999. — Vol. 30. — P. 6-13.