

ХРОНИЧЕСКИЙ НЕНАСЛЕДСТВЕННЫЙ ПАНКРЕАТИТ У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ**Ирина Николаевна ГРИГОРЬЕВА, Татьяна Ивановна РОМАНОВА, Алла Юрьевна ЯМЛИХАНОВА, Владимир Николаевич МАКСИМОВ***НИИ терапии СО РАМН**630089, г. Новосибирск, ул. Б. Богаткова, 175/1*

В ходе одномоментного клинического исследования были обследованы 73 больных хроническим панкреатитом разных возрастных групп. В статье описаны особенности клинических проявлений данного заболевания у пожилых лиц, приведены сравнения с клинической симптоматикой панкреатита у лиц среднего возраста. Показаны различия интенсивности, длительности, локализации болей, частоты симптомов диспепсии у больных хроническим панкреатитом различных возрастных групп. При комплексной оценке показателей качества жизни у больных хроническим панкреатитом пожилого возраста выявлено достоверное ухудшение качества жизни этих лиц по большинству шкал общего (SF-36) и специфического (GIQLI) опросников по сравнению с показателями у здоровых лиц.

Ключевые слова: хронический панкреатит, геронтология, клинические проявления, качество жизни, связанное со здоровьем.

В современном мире отмечена устойчивая демографическая тенденция к старению населения. Доказано, что в течение последних 160 лет ожидаемая продолжительность жизни в экономически развитых странах постепенно увеличивалась со средней скоростью 3 месяца в год. По прогнозам Организации Объединенных Наций к 2025 году численность людей старше 60 лет превысит 1 миллиард, т.е. 15% всего населения планеты; доля пожилых в Российской Федерации достигает 16% [1]. Необходимость создания геронтологии как науки, изучающей закономерности процесса старения живых существ, впервые была высказана И.И. Мечниковым в 1903 году. У пожилых людей питание носит несбалансированный характер, отмечается злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, прием большого количества лекарственных препаратов, они зачастую страдают хронической сердечной недостаточностью, ожирением, сахарным диабетом, атеросклерозом, которые приводят к нарушению кровоснабжения всех органов, в том числе системы пищеварения, — все это способствует развитию патологии соответствующих отделов [2, 3]. До настоящего времени практически отсутствуют данные об эпидемиологии, клинической симптоматике, лечении больных пожилого и старческого возраста, страдающих хроническим панкреатитом (ХП). В связи с этим значительно возрастает актуальность подобных исследований.

Цель: оценить течение, основные клинические признаки, отдельные факторы риска и качество жизни у пожилых больных ХП.

Материалы и методы

В ходе одномоментного клинического исследования нами были обследованы 73 больных ХП (10 мужчин и 63 женщины). Средний возраст обследованных больных составил $58,4 \pm 1,4$ лет. У 3 обследованных больных с ХП были выявлены мутации гена катионного трипсинагена PRSS1, и они не были включены в наше исследование. Пациенты были разделены на две возрастные группы: группу сравнения — больные ХП моложе 60 лет (35 человек, средний возраст $49,4 \pm 1,4$ лет) и группу наблюдения — больные ХП в возрасте 60 лет и старше (35 человек, средний возраст $67,1 \pm 1,0$ лет).

Исследование было выполнено с одобрения Комитета биомедицинской этики ГУ НИИ терапии СО РАМН. От всех пациентов было получено письменное информированное согласие.

Диагноз панкреатита был верифицирован клинико-инструментальными методами (осмотр, биохимический анализ крови, копрограмма, ультразвуковое исследование (УЗИ) поджелудочной железы, определение активности эластазы-1 при копрологическом исследовании, в отдельных случаях — компьютерная томография поджелудочной железы, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография).

Григорьева И.Н. — д.м.н., вед.н.с. лаборатории гастроэнтерологии, врач гастроэнтеролог высшей категории, профессор кафедры терапии ФПК и ППВ НГМУ, e-mail: igrigorieva@ngs.ru

Романова Т.И. — канд.м.н., н.с. лаборатории гастроэнтерологии

Ямлиханова А.Ю. — аспирант

Максимов В.Н. — д.м.н., вед.н.с. лаборатории генетики

Для оценки клинических признаков был использован предложенный нами опросник, охватывающий наиболее значимые клинические признаки панкреатита. Для оценки качества жизни больных панкреатитом мы использовали два опросника: опросник общего типа MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) [4] и специфический гастроэнтерологический опросник Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) [5], такая комбинация является наиболее оптимальной при изучении качества жизни больных с какой-либо определенной нозологией. Все больные заполняли стандартные опросники по курению, употреблению алкоголя, включая опросник CAGE (Cut Annoy Guilty Eye-opener). Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных программ SPSS (10.0). Вычисляли среднее арифметическое значение (M), ошибку среднего арифметического значения (m). Различия между группами оценивали с помощью t -критерия Стьюдента, достоверными считались результаты при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

При оценке клинических признаков ХП нами было выявлено, что болевой синдром отмечают все обследованные пациенты, но имеются некоторые различия в его характере болевого синдрома. Так, пациенты группы наблюдения не предъявляли жалоб на постоянные боли высокой интенсивности в отличие от пациентов группы сравнения, среди которых все отметили наличие болей такого типа. При этом 90% пациентов группы наблюдения жаловались на умеренные и слабой интенсивности боли в левом подреберье. У пациентов группы наблюдения боли в данной области более продолжительны и составляют в среднем $10,9 \pm 4,6$ часов (у пациентов группы сравнения — $6,4 \pm 1,5$ часа). У пациентов группы наблюдения абдоминальный болевой синдром чаще поддается консервативной терапии (у 62,5% лиц), чем у больных ХП группы сравнения (37,5% лиц, $p < 0,05$). Кроме типичных болей в левом подреберье, 96,7% пациентов группы наблюдения отметили у себя эпизоды болей в подложечной области, 86,7% лиц жаловались на боли в правом подреберье. Практически у половины пациентов группы наблюдения были выявлены такие симптомы диспепсии, как тошнота и рвота (47,6% лиц), в отличие от большей частоты этих симптомов (78,9%) у больных ХП группы сравнения ($p < 0,05$). Практически все больные ХП группы наблюдения предъявляли

жалобы на вздутие живота (96,3%) и неустойчивый стул с остатками непереваренной пищи (92,9%). Онучина Е.В. и соавт. при обследовании пожилых больных ХП также выявили, что у этих лиц боли преимущественно локализируются в надчревной области и левом подреберье, у них часто выявляются вздутие живота, потеря аппетита [6].

Кроме гастроэнтерологической симптоматики, у 50% больных ХП группы наблюдения были выявлены сопутствующие нарушения углеводного обмена. Уровень общего холестерина в крови составил у лиц этой группы $223,8 \pm 12,2$ мг/дл, а триглицеридов — $176,1 \pm 10,8$ мг/дл. У больных ХП группы сравнения уровень общего холестерина в крови был равен $208,8 \pm 10,2$ мг/дл, а триглицеридов — $150,9 \pm 14,7$ мг/дл. У пациентов обеих групп эти показатели превышали норму, и все же количество больных с дислипотеинемией среди пациентов группы наблюдения было больше, чем среди больных группы сравнения (82,9 и 45,7% соответственно, $p < 0,05$). У больных ХП в группе наблюдения индекс массы тела в среднем составлял $26,6 \pm 1,0$ кг/м², а в группе сравнения — $31,1 \pm 5,0$ кг/м², но количество лиц, страдающих ожирением, составляло 25,7 и 20,0% соответственно ($p > 0,05$).

Вероятно, эти различия в частоте дислипотеинемии и ожирения в большей мере обусловлены возрастом, а не наличием панкреатита. Однако повышение содержания холестерина при снижении продукции желчных кислот и органических анионов влечет за собой повышение литогенности желчи и уменьшение ее концентрационной способности, а при наличии нарушения сократительной функции желчного пузыря (с возрастом сократительная функция снижается) — формирование сладжа, что может способствовать развитию билиарнозависимого панкреатита [7]. Доказано, что у лиц пожилого возраста наиболее часто отмечается именно билиарная этиология панкреатита [8].

Таким образом, среди пожилых больных ХП клиническая симптоматика менее выражена, однако признаки поражения поджелудочной железы — экзокринная и эндокринная недостаточность — у этих больных проявляется в той же мере, что и у больных ХП в средней возрастной группе. Сходные данные получены Молдобаевой М.С. и соавт. [9] при исследовании рефлюкс-эзофагита у больных разного возраста. Меньшая, чем у более молодых пациентов, выраженность и частота диспепсических

проявлений рефлюкс-эзофагита у лиц пожилого и старческого возраста сопровождалась одинаковой выраженностью воспалительных изменений слизистой пищевода при эндоскопии. Авторы приходят к выводу, что, несмотря на маловыраженные признаки диспепсического синдрома, пациентов пожилого возраста все же необходимо тщательно обследовать с целью выявления и других поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Этот вывод правилен и в отношении больных ХП пожилого возраста.

У всех обследованных больных ХП отсутствовали признаки уклонения ферментов в кровь. Наиболее информативным диагностическим признаком ХП оказалась копроскопия (бродильная диспепсия, остатки непереваренных мышечных волокон, нейтральный жир): признаки внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы были обнаружены у 100% больных ХП группы сравнения и у 93% больных ХП группы наблюдения ($p > 0,05$). При УЗИ поджелудочной железы у всех больных ХП группы наблюдения были выявлены нечеткие контуры железы, умеренное равномерное повышение эхогенности ткани железы, в половине случаев — увеличение размеров головки железы, не достигающее, однако, двукратного превышения, что по Кембриджской классификации не является облигатным признаком панкреатита [10]. Сонографические признаки поражения поджелудочной железы достоверно реже — более чем вдвое — встречались среди 143 китайских больных острым и ХП по сравнению с 223 больными панкреатитом, проживающими в Японии [11], что демонстрирует не только этнические особенности, но и некоторую вторичность сонографии в установлении диагноза панкреатита по отношению к клиническим проявлениям этого заболевания.

Среди больных ХП в группе наблюдения курят 6,7%, а в группе сравнения — 17,2% ($p > 0,05$), злоупотребляют алкоголем (т.е. лица, набравшие более 8 баллов по опроснику CAGE) — 6,6 и 0% соответственно.

В ходе проведенного нами исследования не было выявлено достоверных различий показателей качества жизни, оцененных с помощью опросника SF-36, у больных ХП различного возраста. Следует отметить, что по шкалам физического ролевого функционирования ($5,2 \pm 3,7$) и эмоционального ролевого функционирования ($8,3 \pm 5,8$) у больных ХП в группе сравнения отмечается более выраженное сни-

жение качества жизни, чем у в группе наблюдения ($13,4 \pm 6,4$ и $14,3 \pm 6,3$ соответственно), хотя данные различия не достигли достоверных значений, вероятно, в силу малочисленности групп. Wehler M. и соавт. при оценке качества жизни у больных ХП с помощью опросника SF-36 выявили его достоверное снижение по всем шкалам опросника [12]. При этом исследователи отмечают наиболее выраженное снижение по шкалам ролевого физического (-25%) и эмоционального функционирования (-15%) у больных ХП [12].

Мы также сравнили показатели качества жизни у больных ХП группы наблюдения с показателями качества жизни в популяции города Санкт-Петербурга, условно принятыми за норматив ($n = 2114$) [4]. По всем шкалам опросника (рис. 1), кроме шкалы социального функционирования и ментального здоровья, у этих лиц показатели качества жизни были достоверно ниже ($p < 0,05$). Сходные данные были выявлены итальянскими исследователями. Pezzilli R. и соавт. сообщают о результатах обследования 190 больных ХП, средний возраст $58,6 \pm 12,7$ лет. Для оценки качества жизни был использован опросник SF-36. В результате было выявлено, что у пациентов с ХП показатели качества жизни были достоверно ниже по сравнению с нормативами, рассчитанными для итальянской популяции [13].

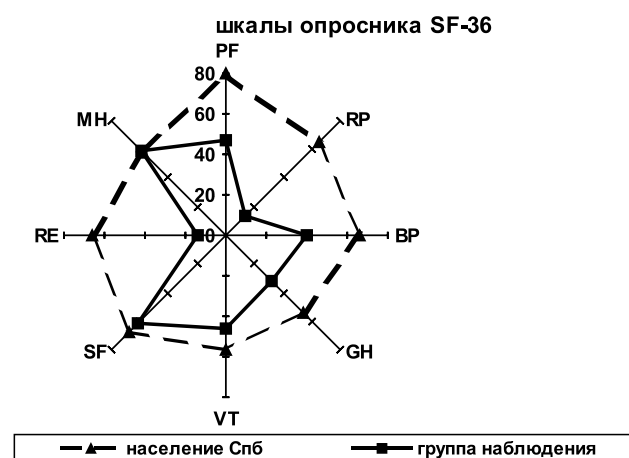


Рис. 1. Средние показатели качества жизни, оцененные с помощью опросника SF-36, у больных группы наблюдения и у населения Санкт-Петербурга. Шкалы опросника SF-36: физическое функционирование (PF), физическое ролевое функционирование (RP), физическая боль (BP), общее здоровье (GH), жизненная сила (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное ролевое функционирование (RE), ментальное здоровье (MH).

При оценке качества жизни с помощью специфического гастроэнтерологического опросника GIQLI нами не было выявлено достоверных различий показателей качества жизни у больных ХП различного возраста. У больных ХП группы сравнения уровень качества жизни по шкале симптомов составил $45,8 \pm 1,8$ баллов (б), $47,1 \pm 2,0$ б — у лиц группы наблюдения ($p > 0,05$). Показатели качества жизни по шкале эмоций и по шкале физической активности у больных ХП группы сравнения были равны $9,4 \pm 0,7$ и $12,5 \pm 1,1$ б, а у больных ХП группы наблюдения — $8,8 \pm 0,7$ и $10,5 \pm 1,1$ б соответственно, во всех случаях $p > 0,05$. По шкале медицинского вмешательства, достоверного различия показателей качества жизни у лиц разных возрастных групп не было выявлено ($3,8 \pm 0,1$ б и $3,4 \pm 0,2$ б, во всех случаях $p > 0,05$). По шкале общего счета качество жизни у больных ХП группы сравнения было незначительно выше ($82,4 \pm 3,0$ б), чем у больных ХП группы наблюдения ($80,5 \pm 3,5$ б, $p > 0,05$).

Автором опросника GIQLI Eypasch E.P. были рассчитаны показатели качества жизни по всем шкалам данного опросника у здоровых лиц, которые автор рекомендовал использовать в качестве нормативных [5]. При сравнении с данными нормативами показателей качества жизни у больных ХП (рис. 2) нами было выявлено, что у лиц группы наблюдения качество жизни достоверно хуже по всем шкалам этого опросника ($p < 0,001$, для шкалы медицинского вмешательства — $p < 0,006$).

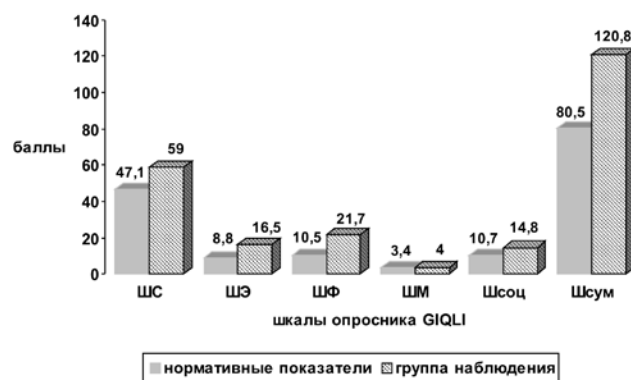


Рис. 2. Средние показатели качества жизни, оцененные с помощью опросника GIQLI, у больных группы наблюдения и нормативные показатели; отличие от нормативных показателей достоверно: * — при $p < 0,05$, ** — при $p < 0,001$. Шкалы опросника GIQLI: шкала симптомов (ШС), шкала эмоций (ШЭ), шкала физического функционирования (ШФ), шкала медицинского вмешательства (ШМ), шкала социального функционирования (ШСоц), суммарная шкала (ШСум).

Заключение

Таким образом, нами выявлены некоторые особенности клиники ХП у лиц пожилого возраста. Эти больные не предъявляли жалоб на типичные боли высокой интенсивности, хотя более 80% из них беспокоят слабые или умеренные боли в подложечной области и правом подреберье, причем более длительные, чем у лиц группы сравнения. Практически все больные ХП группы наблюдения предъявляли жалобы на вздутие живота и неустойчивый стул с остатками непереваренной пищи, а симптомы диспепсии встречались у них достоверно реже, чем у больных ХП группы сравнения. Кроме гастроэнтерологической симптоматики у половины больных ХП группы наблюдения были выявлены сопутствующие нарушения углеводного обмена и у 82,9% лиц — дислипотеиemia. Среди больных ХП в группе наблюдения курят 6,7%, а злоупотребляют алкоголем 6,6% лиц. Качество жизни у больных ХП снижено независимо от возраста при анкетировании как по общему (SF-36), так и по специализированному гастроэнтерологическому (GIQLI) опросникам. Показатели качества жизни у больных ХП группы наблюдения были достоверно ниже по всем шкалам опросника SF-36, кроме шкалы социального функционирования и ментального здоровья, чем у населения Санкт-Петербурга. При оценке качества жизни с помощью специфического опросника GIQLI нами также было выявлено, что у лиц группы наблюдения качество жизни достоверно хуже по всем шкалам данного опросника по сравнению с аналогичными показателями у здоровых людей.

Принимая во внимание полиморбидность, характерную для людей пожилого возраста, в оценке статуса следует учитывать клинические проявления сопутствующей патологии и их вклад в развитие поражений поджелудочной железы. Возрастные изменения паренхимы и протоков поджелудочной железы разной степени выраженности, сосудистая окклюзия как проявление атеросклероза и диабетической ангиопатии, нарушения нервной и эндокринной регуляции, генетические мутации — все это обуславливает особенности течения хронического панкреатита у пожилых пациентов, которые требуют дальнейшего изучения.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта РГНФ «Генетические маркеры панкреатита различной этиологии и социальные факторы риска», проект № 08-06-00519а.

Литература

1. Шабалин А.В. Основы геронтологии. Новосибирск, 2005. 73 с.
2. Lazebnik L., Drozdov V.N. Digestive diseases in elderly. M.: Anacharsis, 2003. 208 p.
3. Lyon C., Clark D.C. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients // Am. Fam. Physician. 2006. 74. 1537–1544.
4. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб: Издательский дом «Нева»; М.: Олма-пресс, 2002. 320 с.
5. Eypasch E., Williams J.I., Wood-Dauphinee S. et al. Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument // Br. J. Surg. 1995. 82. 216–222.
6. Онучина Е.В., Рожанский А.А., Казакова Р.В. Гериатрические аспекты хронического панкреатита // Клиническая геронтология. 2003. 9 (9). 47.
7. Ильченко Л.Ю. Гепабене в лечении патологии гепатобилиарной системы у пожилых // Российский медицинский журнал. Приложение: Болезни органов пищеварения. 2003. (1). 24–27.
8. Gullo L., Sipahi H.M., Pezzilli R. Pancreatitis in the elderly // J. Clin. Gastroenterol. 1994. 19 (1). 64–68.
9. Молдобаева М.С., Толombaева Н.Т., Аммокурова Р.М., Акматкулова Д.А. Особенности течения рефлюкс-эзофагита у больных пожилого и старческого возраста. <http://www.gastroportal.ru/php/content>
10. Maev I.V., Kasulin A.N., Kutcheriav Y.A. Chronic pancreatitis. M.: Medicina, 2005. 504 p.
11. Xie Xiao-yan, Xu Hui-xiong, Luy Ming-de et al. Ultrasonic displays of a pancreatitis: comparison of two groups of Chinese and Japanese // Chin. J. Med. Imag. Technol. 2004. 20. (4). 586–588.
12. Wehler M., Nichterlein R., Fischer B. et al. Factors associated with health-related quality of life in chronic pancreatitis // Am. J. Gastroenterol. 2004. 99. 138–146.
13. Pezzilli R., Morselli Labate A.M., Ceciliato R. et al. Quality of life in patients with chronic pancreatitis // Dig. Liver Dis. 2005. 37 (Suppl. 3). 181–189.

CHRONIC NONHEREDITARY PANCREATITIS IN ELDERLY

Irina Nikolaevna GRIGORIEVA, Tatyana Ivanovna ROMANOVA, Alla Yurievna YAMLICHANOVA, Vladimir Nikolaevich MAXIMOV

Institute of Internal Medicine SB RAMS
175/1, Boris Bogatkov st., Novosibirsk, 630089

During one-stage clinical research 73 patients with chronic pancreatitis in different age groups has been surveyed. There was a description of clinical features of this disease at elderly patients, it was demonstrated some differences in clinical signs in compare with middle age persons. Data about intensity and localizations of pains, about frequency of symptoms dyspepsia at elderly patients with chronic pancreatitis was shown. This patients have significantly worsening of quality of life on the majority of scales of the common (SF-36) and specific (GIQLI) questionnaires, in comparison with parameters at healthy persons.

Key words: chronic pancreatitis, gerontology, symptoms, health-related quality of life.

Grigorieva I.N. — doctor of medical sciences, leading scientific researcher of gastroenterology laboratory, gastroenterologist of high qualification, e-mail: igrigorieva@ngs.ru

Romanova T.I. — candidate of medical sciences, scientific researcher of gastroenterology laboratory

Yamlichanova A.Y. — Post-Graduate student.

Maximov V.N. — doctor of medical sciences, leading scientific researcher of genetics laboratory