

ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Журавльова Л.В., Александрова Н.К., Летік І.В., Федоров В.О.

Харківський національний медичний університет

Ураження підшлункової залози (ПЗ) при ревматоїдному артриті (РА) зустрічається досить часто. Це зумовлено як розростанням сполучної тканини в ПЗ і розвитком ревматоїдних васкулітів, так і з різноплановою, а іноді і токсичною дією лікарських препаратів.

Мета: визначення стану зовнішньосекреторної функції ПЗ у хворих на РА.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилося 43 хворих на РА в фазі загострення у віці від 35 до 58 років. Із них 28 жінок та 15 чоловіків з тривалістю захворювання від 5 до 20 років. Діагноз РА встановлювали згідно критеріїв Американської ревматологічної асоціації. У всіх хворих була суглобова повільно прогресуюча форма РА. Серопозитивний варіант РА – у 27 хворих (42,2%). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Хворі одержували базисну терапію (13 – мнотриксат, 11 – азатіоприн, 12 – сульфасалазин, 7 – сульфасалазин та преднізолон 10 мг).

Результати. У всіх хворих виявили ураження ПЗ. Але клінічні проявлення порушення екзокринної функції ПЗ були лише у 29 (67,4%), які проявлялися болями в мезогастрії (15 – 34,7%), здуттям живота (24 – 55,8%), порушення випорожнення (14 – 32,5%). При УЗД ПЗ виявлено неоднорідність структури з ділянками підвищеної ехо-щільності (17 – 39,5%), нерівномірність контуру (9 – 20,9%) та зменшення розмірів (6 – 13,9%). При дослідженні дуоденального вмісту відмічено зниження вмісту основних компонентів панкреатичного соку натще та після стимуляції ($p < 0,05$) при нормальній концентрації цих ферментів в крові ($p > 0,01$). Дослідження імунореактивної фекальної еластази-1 показало зниження її рівня нижче 200 мкг/г кала (стандартний показник норми) у всіх пацієнтів, що свідчило про порушення екзокринної функції ПЗ ($p < 0,05$).

Висновки. У хворих на РА визначено порушення екзокринної функції ПЗ. Це зумовлено як розростанням сполучної тканини в ПЗ (дані УЗД) в результаті аутоімунних процесів, розвитком васкулітів (погіршення кровообігу в ПЗ), так і токсичною дією ліків (азатіоприн, метотриксат) на ацинарні клітини, що призводить до підвищення в'язкості секрету. Глюкортикоїди (преднізолон) з одного боку стимулюють екзокринну активність ПЗ, з другого – сприяють гіперкоагуляції та підвищенню в'язкості її секрету. Дані порушення можна розцінити як розвиток хронічного панкреатиту: медикаментозного – у випадках негативного впливу лікарських препаратів, ішемічного – в випадках наявності ревматоїдного васкуліту. При цьому незалежно від етіології дані зміни потребують коригуючої терапії ферментними препаратами.