

Э. Р. ПАШИНЯН, Э. Г. БАГДАСАРЯН, Н. Р. КАЛАНТАР,
Р. М. МАНУКЯН, Э. Б. МАРТИРОСЯН

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО И ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Установлено, что гематологическое обследование больных при хроническом панкреатите в сочетании с тестами, указывающими на нарушение экзокринной функции железы, позволяет судить о степени выраженности воспалительного процесса в панкреасе.

Диагностика хронического панкреатита (ХП) остается одной из наиболее сложных проблем клинической медицины. При панкреатите вследствие нарушения физиологической функции железы развиваются изменения в различных звеньях обменных процессов, и поэтому лабораторные исследования приобретают определенное клиническое значение [2, 9, 12].

Из литературных данных известно, что при ХП может развиваться анемия гипер- и гипохромного характера, могут быть явления сгущения крови, лейкоцитоз до 18 г/л с левым сдвигом и лимфопенией, лейкопения (у истощенных больных в конечной фазе), ускорение СОЭ разной степени, изменение содержания тромбоцитов [1, 4—8, 13].

При копрологическом исследовании выявлены стеаторея, креаторея, частота которых, по данным авторов, различна и обуславливается степенью нарушения секреции панкреасом липазы и трипсина [9, 10]. Отмечены нарушения мочевыделения в виде олигурии, реже анурии, иногда полнурии, появление в моче белка, сахара, уробилиногена, индикана, эритроцитов, лейкоцитов, эпителиальных клеток, цилиндров [5].

В настоящем сообщении нами обобщены результаты гематологического и общеклинического исследования 160 больных ХП и ХП в сочетании с рядом заболеваний желудочно-кишечного тракта. Больные подразделены на 8 групп: хронический панкреатит (ХП), хронический рецидивирующий панкреатит (ХРП), хронический холецистопанкреатит (ХХП), хронический рецидивирующий холепанкреатит (ХРХП), хронический гепатопанкреатит (ХГеП), хронический панкреатит с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ХП+ЯБ), хронический панкреатит с хроническим энтероколитом (ХП+ХЭ), хронический панкреатит с хроническим гастритом и хроническим энтероколитом (ХП+ХГа+ХЭ).

Проводился общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов и определением лейкоцитарного индекса интоксикации, общий анализ мочи, изучалась копрограмма. Все показатели рассматривались в динамике.

Результаты исследований выявили при ХП и ХП в сочетании с поражением желудочно-кишечного тракта определенные сдвиги в составе красной крови. Установлены явления нерезко выраженной нормогипохромной анемии в 48% наблюдений. Из общего числа обследованных у 35,6% больных количество эритроцитов колебалось в пределах 3—4 Т/л.

содержание гемоглобина в 17,5% наблюдений находилось в пределах 90—118 г/л. Низкие показатели гемоглобина чаще были при ХП (57%), ХРП (27%), ХРХП (30%). При статистической обработке полученных результатов достоверное снижение содержания гемоглобина отмечено при ХП в чистой форме ($113 \pm 14,3$ г/л) и при ХРХП ($120,4 \pm 9,8$ г/л). Снижение содержания эритроцитов чаще выявлялось в группах больных ХП+ХЭ (50%), ХП (43%). Морфология эритроцитов была в большинстве наблюдений нормальной, у отдельных больных в группах ХП с ХГа и ХЭ отмечалась тенденция к микроцитозу. Цветовой показатель колебался в пределах 0,8—1,1, что характеризовало нормохромный тип выявляемой анемии или указывало на нерезкую гипохромию эритроцитов.

СОЭ в пределах 16—40 мм/ч наблюдалось у 30,5% исследуемых, причем заметное ускорение отмечено лишь в 8,1% случаев (в пределах 31—40 мм/ч). Ускорение СОЭ чаще наблюдалось при ХП и ХРХП—соответственно в 57 и 55%. Количество лейкоцитов в 80,6% наблюдений было в пределах нормы, в 19,4% наблюдений колебалось в пределах 9,0—15 Г/л. Отклонений средних показателей от нормы во всех исследуемых группах не отмечалось. Лейкоцитоз чаще выявлялся при ХХП (34, 8%) и ХРХП (35%).

В лейкоформуле крови палочкоядерный сдвиг до 10% отмечен в 8,75%, нейтрофилез в пределах 73—80%—в 11,2% наблюдений.

Более информативным для выявления воспалительного процесса и определения остроты его оказался лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), который определялся по Кальф-Калифу [3] по формуле:

$$\frac{(4м + 3ю + 2пс) \cdot (пл. кл. + 1)}{(мон. + м) \cdot (\mathcal{E} + 1)}$$

Среди обследованных 160 больных ЛИИ был повышен у 71 больного (44,3%), наиболее часто при ХРП (72, 7%).

При подсчете кровяных пластинок в 65% наблюдений число тромбоцитов колебалось от 200 до 235 Г/л, находясь на уровне нижних границ, в 35%—в пределах 150—199 Г/л. Эти данные свидетельствуют о снижении общего содержания тромбоцитов крови больных.

Исследования больных после лечения выявили тенденцию к нормализации морфологического состава крови. Лишь скорость оседания эритроцитов перед выпиской из стационара несколько превысила норму у ряда больных ХРХП.

При исследовании мочи больных ХП и ХП в сочетании с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта отклонений, характерных для патологии поджелудочной железы, не выявлено. Количество мочи было нормальное, сахар отсутствовал. У ряда больных установлены сдвиги функционального преходящего характера, которые выражались в изменении относительной плотности мочи, появлении небольшого количества белка, в осадке—неизмененных единичных эритроцитов (1—2 в поле зрения), лейкоцитурии.

При копрологическом исследовании у подавляющего большинства больных заметных отклонений не установлено. Микроскопическое исследование препаратов в 5% наблюдений выявило признаки нарушения пищеварения разной степени выраженности: у 8 больных (5%) наблюдались резко выраженные признаки стеатореи, у 5 (3,1%) — легкие проявления креатореи и у 2 (1,2%) — признаки амилореи. Изменения эти отмечались при ХП, сочетающемся с энтероколитом и гастритом. Стеаторея проявлялась в наличии в препаратах умеренного количества капель нейтрального жира, креаторея — в значительном количестве переваренных и небольшом количестве слабопереваренных мышечных волокон, амилорея — в наличии небольшого количества крахмальных зерен. Выявленные нарушения кишечного переваривания и всасывания не имеют определенного диагностического значения, т. к. развитие их обуславливается не только ХП, но и сопутствующими заболеваниями. Следует отметить, что выявленные нарушения процесса пищеварения у больных отмечены в период обострения заболевания. С улучшением клинического состояния больных и в фазе ремиссии отклонений при копрологическом исследовании не установлено.

Таким образом, можно заключить, что гематологическое обследование при ХП в сочетании с тестами, указывающими на нарушение экзокринной функции железы, позволяет определить степень выраженности воспалительного процесса в поджелудочной железе, а также проследить за динамикой заболевания.

Кафедра клинической лабораторной
диагностики Ереванского ГИУВа

Поступила 15/II 1985 г.

Է. Ռ. ՓԱՇԻՆՅԱՆ, Է. Գ. ԲԱՂԴԱՍԱՐՅԱՆ, Ն. Ռ. ՔԱՆԹՐԱՐ,
Ռ. Մ. ՄԱՆՈՒԿՅԱՆ, Է. Բ. ՄԱՐՏԻՐՈՍՅԱՆ

**ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՊԱՆԿՐԵԱՏԻՏՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՀԵՄԱՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ
ԵՎ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆԸ**

Խրոնիկական պանկրեատիտով և ստամոքս-աղիքային տրակտի այլ հիվանդությունների հետ զուգակցված խրոնիկական պանկրեատիտով հիվանդների ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ հեմատոլոգիական հետազոտությունները, զեղծի էկզոկրինային ֆունկցիաների խախտումը արտահայտող տեստերի հետ զուգակցված, բացահայտում է ենթաստամոքսային գեղձում գտնվող բորբոքային պրոցեսները: Նկատվում է լեյկոցիտար թունավորման ինդեքսի բարձրացում, ոչ խիստ արտահայտված նորմոխրոմ անեմիա, որը հակում ունի դեպի հիպոխրոմիան և թրոմբոցիտների իջեցում: Կոպրոլոգիական ուսումնասիրությունները բացահայտում են ճարպերի, սպիտակուցների և ածխաջրատների մարսողականության խանգարում:

CLINICAL ESTIMATION OF HEMATOLOGICAL AND OVERALL CLINICAL ANALYSIS OF PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

Examination of patients with chronic pancreatitis alone or combined with a number of gastrointestinal diseases has shown that hematological examination and tests revealing the glands exocrine function disturbance reveal the inflammatory process in pancreas.

The increase in leucocytes index of intoxication, symptoms of weakly expressed normachronic anemia with the tendency to hypochromium and the reduction of thrombocytes have been noted.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байкова Э. З., Сефаровская Л. Е., Липницкий Е. М. Хирургия, 1976, II, с. 109.
2. Бобоходжаев И. Я. Клин. мед., 1980, 3, с. 64.
3. Кальф-Калиф Я. Я. Врач. дело, 1941, 1, с. 31.
4. Лащевкер В. Хирургия, 1969, 4, с. 128.
5. Маждракова Г. М. В кн.: Болезни поджелудочной железы. М., 1961, с. 36.
6. Метропольский А. Н. Тер. архив, 1977, 2, с. 88.
7. Нечипоренко О. Г. Врач. дело, 1976, 3, с. 82.
8. Питер Бенкс В кн.: Панкреатиты. М., 1982, с. 74.
9. Шелагуров А. А. В кн.: Панкреатиты. М., 1967, с. 309.
10. Dreiling D. A. Chicago Med. Lo May, 1961, 63, 11.
11. Herfort K. et al. Ces. gastroenterol. Vyz., 1974, 28, 18.
12. Pusch H., Fleischer K. Therapiewoche, 1976, 26, 45, 7338.
13. Robertson Y., Chowla S., Switz D. et al. New Engl. J. Med., 1976, 297, 512.

УДК 614.23 : 613.632(47.925)

Ш. П. ПАПОЯН, А. М. АРУТЮНЯН, А. М. АВАКЯН, О. Г. ДИНЬДИНЯН

НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ У РАБОЧИХ ЛЮМИНЕСЦЕНТНОГО ЦЕХА ЭЛЕКТРОЛАМПОВОГО ЗАВОДА Г. ЕРЕВАНА

Представлены результаты анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности у рабочих люминесцентного цеха электролампового завода в связи с некоторыми социально-гигиеническими факторами. Установлено, что профессиональные вредности люминесцентного цеха могут быть «факторами риска» в отношении заболеваний периферической нервной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечных и аллергических заболеваний кожи.

Санитарно-гигиенические условия труда рабочих электроламповых заводов характеризуются наличием неблагоприятных факторов, связанных с особенностями технологического процесса в цехах по производству ламп дневного света (различные химические и физические фак-