

КЛІНІКО - ФЕНОТИПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 2

Ю.О. Шеховцова

Харківський національний медичний університет, м. Харків

За останні роки відмічений неухильний ріст частоти захворюваності підшлункової залози (ПЗ), що уражують щорічно 8-10 осіб із 100 тис. населення. Серед захворювань ПЗ особливе місце займає хронічний панкреатит (ХП). Особливої актуальності ХП набуває в разі поєднання з ожирінням та цукровим діабетом типу 2 (ЦД-2).

Мета дослідження: оцінити клініко-фенотипічні особливості поєднаного перебігу ХП та ЦД-2.

Матеріали і методи. Обстежено 114 хворих на ХП з ЦД-2 та в групах порівняння (43 чоловіків, 71 жінка), середній вік яких складав $57,36 \pm 1,0$ років. Хворі були розподілені на 3 групи: 1 група – хворі на ХП ($n=20$), 2 група – хворі на ЦД-2 ($n=32$), 3 група – хворі на ХП поєднаний з ЦД-2 ($n=62$). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб (10 чоловіків, 10 жінок) середнім віком $49,55 \pm 0,73$ років.

Комплексне клінічне обстеження хворих проводили з урахуванням деталізованих скарг, даних анамнезу хвороби, життя, об'єктивного дослідження з вимірюванням антропометричних показників: маса тіла, зріст. Оцінку інтенсивності больового синдрому проводили за допомогою показника середнього ступеню важкості (ССВ). При цьому використовували напівкількісну шкалу: 0 балів — вияви відсутні; 1 бал — прояви мінімальні; 2 бали — вияви помірні; 3 бали — вияви виразні, або дуже виразні. З урахуванням цієї шкали розраховували ССВ різних клінічних виявів за формулою: $ССВ = (a + 2b + 3c) / (a + b + c + d)$, де ССВ — середня ступінь важкості виявів; a — кількість хворих з виразністю симптомів в 1 бал; b — кількість хворих з виразністю симптомів в 2 бали; c - кількість хворих з виразністю симптомів в 3 бали; d - кількість хворих з відсутністю симптомів.

Наявність підвищеної маси тіла (ПМТ) оцінювали згідно з критеріями IDF (2005р.) на підставі розрахунку індексу маси тіла (ІМТ). Залежно від наявності ПМТ усі групи хворих були розподілені на дві підгрупи: 1а група – 14 хворих на ХП з НМТ; 2а група – 6 хворих на ХП з ПМТ; 2б група – 15 хворих на ЦД-2 з НМТ; 2б група – 17 хворих на ЦД-2 з ПМТ; 3а група – 20 хворих на ХП з ЦД-2 з НМТ; 3б група – 42 хворих на ХП з ЦД-2 з ПМТ.

Результати. У клінічній картині обстежених хворих на ХП переважали прояви больового, диспептичного, астеновегетативного синдромів та прояви зовнішньосекреторної недостатності ПЗ. При синдромальному аналізі у хворих на ХП та ЦД-2 у порівнянні з хворими на ХП без ЦД-2 виявлені ознаки нетипового перебігу ХП: зменшувалась інтенсивність больового, характер диспептичного синдромів та збільшувалась поширеність синдрому мальабсорбції. Причиною таких сенсорних змін можуть бути діабетогенні ураження вегетативної нервової системи.

Наявність ПМТ впливала на симптоматику ХП у хворих на ЦД-2. У хворих на ХП із ЦД-2 та ПМТ зменшувалась інтенсивність больового синдрому у порівнянні з хворими на аналогічну патологію з НМТ (ССВ – 1,71 проти 2,4). Таким чином, наявність ПМТ обумовлює схильність до “безбольового” перебігу ХП при ЦД -2.

У хворих на ЦД-2 та ХП з НМТ наявна гіперчутливість у зонах Шофара, Губергріца-Скульського та Мейо-Робсона (80%, 60%, 60%, відповідно), на відміну підгруп з ПМТ, у яких відмічалось нетипове зниження чутливості в больових точках (39,5%, 38,5%, 38,5%, відповідно). Хворим на ХП та ЦД-2 з ПМТ притаманий постійний характер болю (64%), на відміну від підгрупи з НМТ, які мали домінуючий переймоподібний характер болю (15%). Такі зміни пов'язані з постійним торпідним перебігом запальної реакції у ПЗ при наявності ПМТ..

У всіх хворих відмічалась тенденція до посилення або появи болю через 25-35 хвилин після прийому їжі, особливо жирної, тривалістю 1-3 години, яка зустрічалась з подібною частотою в усіх групах.

У хворих на ХП різних клінічних груп спостерігалися істотні відмінності у характері диспептичного синдрому. Так у хворих на ХП домінували явища шлункової диспепсії, у вигляді тривалої нудоти (60,5%), блювоти, яка не приносить полегшення (57%), відрижки (45%). У хворих на ХП та ЦД-2 з ПМТ переважали прояви кишкової диспепсії у вигляді метеоризму (74%), урчання (71%), кашцеподібного прискороного стулу (57%). У хворих на ХП з НМТ з подібною частотою зустрічалися прояви і шлункової (55%) і кишкової диспепсій (39%). Причиною іншого характеру дискінетичних змін кишечника була супутня вегетативна нейропатія та ПМТ.

У хворих на ХП та ЦД-2 з ПМТ у порівнянні з НМТ клінічні прояви зовнішньосекреторної недостатності ПЗ розвивалися частіше у вигляді кашцеподібного стулу 2-3 рази на добу (55% проти 30%), “великого панкреатичного стулу” (50% проти 20%), ліентереї (40% проти 20%), що було пов'язано з наявністю синдрому мальабсорбції.

Астено-вегетативний синдром в усіх групах обстежених хворих, з найбільшим поширенням астеничних проявів при ХП та ЦД-2, особливо при ПМТ (45,5%). У хворих на ХП та ЦД-2 у порівнянні з хворими на ХП без ЦД-2 збільшувалась поширеність проявів астенизації (31,4% проти 15,4%), а саме збільшувалась частота скарг на підвищену втомлюваність, зниження активності, емоційну лабільність. Загальновідомий негативний вплив ЦД-2 на якість життя хворого. Негативний вплив поєднання ЦД-2 із ХП на самопочуття та соціальну адаптацію хворого більш значний, ніж кожного захворювання окремо.

Висновки. ХП при його поєднанні з ЦД-2 характеризується проявами диспептичного синдрому, переважно кишкової диспепсії, як результату зниження зовнішньосекреторної функції ПЗ, та астено-вегетативного синдрому, а також мінімальною активністю больового синдрому.