УДК 616.37-002-036.12: 616.379-008.64-056.52.

Особенности клинических проявлений хронического панкреатита у больных с сахарным диабетом типа 2 в сочетании с ожирением

Ю.А. Шеховцова
Харьковский национальный медицинский университет

Резюме. *Цель работы - изучить особенности клинических проявлений хронического панкреатита (ХП) на фоне сахарного диабета типа 2 (СД2) в зависимости от фенотипа. Материалы и методы. В исследование включались 70 больных с хроническим панкреатитом на фоне сахарного диабета типа 2 с различным фенотипом, а также 21 больной с хроническим панкреатитом и нормальной массой тела. В исследовании проводилось клинико-анамнестическое обследование (детальный сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование, антропометрическое обследование с последующим расчетом индекса массы тела для оценки степени ожирения, выраженность жалоб и пальпаторной болезненности оценивали с помощью показателя средней степени тяжести (ССТ)). Результаты и обсуждение. Интенсивный болевой синдром преобладал при изолированном течении ХП, умеренный – при ХП и СД2 с нормальной массой тела, минимальный – при ХП и СД2 с избыточной массой тела и ожирением. Приступообразный тип абдоминальной боли был более характерен для ХП и СД типа 2 с нормальной и избыточной массой тела, постоянный тип - для ХП и СД типа 2 с ожирением. Боли в левом подреберье доминировали при ХП и ХП с СД2 с нормальной массой тела, в обеих половинах эпигастральной области - при ХП и СД2 с избыточной массой тела и ожирением. Иррадиация боли по типу «полного пояса» характерна для ХП и ХП с СД2 с нормальной массой тела, по типу «левого полупояса» - для ХП и СД2 с избыточной массой тела и ожирением. Явления желудочной диспепсии преобладали при ХП и СД2 с нормальной массой тела, кишечной диспепсии – при ХП и СД2 с избыточной массой тела и ожирением. Клинические проявления внешнесекреторной недостаточности ПЖ развивались значительно чаще при ХП и ХП с СД2 с избыточной массой тела и ожирением. Выводы. Полученные данные свидетельствуют о наличии определенных особенностей клинических проявлений ХП на фоне СД2 в зависимости от фенотипа.*

Ключевые слова: *хронический панкреатит, сахарный диабет типа 2, ожирение, метаболический синдром.*

Поджелудочная железа (ПЖ) представляет собой уникальный орган, который благодаря сочетанию инкреторной и экскреторной функций принимает участие во всех физиологических процессах, начиная с пищеварения и заканчивая процессами адаптации [3].

В принципе, любые заболевания ПЖ, в том числе и хронический панкреатит (ХП), имеет смысл рассматривать как заболевания, поражающие и секреторные, и инкреторные отделы органа, а, следовательно, приводящие к нарушению постоянства внутренней среды организма [1,4,6]. Недостаточность эндокринной функции ПЖ клинически проявляется в манифестации метаболических нарушений. Внешнесекреторная недостаточность ПЖ (ВНПЖ) (особенно легкой и средней степени тяжести) наблюдается при различных заболеваниях, в том числе при ХП, сахарном диабете, остеопорозе, после операций на желудке и ПЖ, ожирении и других патологических состояниях [3,7,13].

Ожирение, метаболический синдром и сахарный диабет типа 2 (СД2) — пандемия XXI века. Ожирение сейчас рассматривают как глобальную эпидемию неинфекционного генеза [4]. Связь ожирения и СД2 с заболеваниями ПЖ, в том числе и с ХП, в настоящее время, изучена недостаточно. Данные результатов проведенных исследований весьма противоречивы [9,10,11]. Алгоритм лечения ХП, протекающего на фоне ожирения и СД2, на сегодняшний день не разработан.

Цель исследования — изучить особенности клинических проявлений ХП на фоне СД2 в зависимости от фенотипа.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 70 больных СД2 в сочетании с ХП, которые находились на лечении в эндокринологическом и гастроэнтерологическом отделениях КЗОЗ «Областная клиническая больница – центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» г. Харькова, которые являются клинической базой кафедры внутренней медицины №3 Харьковского национального медицинского университета.

Критерии исключения при проведении исследования: наличие у больных онкологической патологии, тяжелых сопутствующих нефропатий, алкоголизма, хронического калькулезного холецистита, тяжелой кардиальной патологии, наличие нейропсихической патологии, которая могла бы повлиять на комплаенс между пациентом и доктором, отсутствие информационного согласия пациента на участие в исследовании.

Диагноз СД2 формулировался соответственно классификации нарушений гликемии (ВООЗ, 1999) [2,4,14]. Верификация диагноза СД2 основывалась на определении показателей углеводного обмена (использовались показатели краткосрочного и долгосрочного углеводного балансов - гликемический профиль и гликозилированный гемоглобин).

Диагноз ХП устанавливался на основании жалоб, анамнеза, результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований согласно приказу МОЗ Украины №271 от 13.06.2005г. [4]. В основе классификации ХП использовалась Международная классификация болезней и причин смерти 10-го пересмотра (МКБ-10, 1998 г.) (К86.0 Хронический панкреатит) [5,12,13]. Дизайн обследований предусматривал клинико – лабораторные, биохимические исследования крови, ультразвуковое исследование ПЖ.

Оценку трофологического статуса проводили по рекомендациям ВООЗ (1997) по индексу массы тела (ИМТ). ИМТ определялся по формуле: ИМТ= вес (кг)/рост^2(м) и измерялся в кг/м^2.

При ИМТ 18,5-24,9 кг/м^2 массу тела расценивали как нормальную. При ИМТ 25,0-29,9 кг/м^2 массу тела расценивали как избыточная масса тела (предожирение). Ожирение диагностировалось при ИМТ≥30,0 кг/м^2: I степень ожирения – ИМТ от 30-34,9 кг/м^2, II степень - 34,9-39,9 кг/м^2, III степень – 39,9-44,9 кг/м^2.

В зависимости от уровня ИМТ все больные были разделены на 3 группы (рис.1). В первую группу вошли 20 (28%) больных с ХП и СД2 с нормальной массой тела. Вторую группу составили 19 (27%) больных с ХП и СД2 с избыточной массой тела. Третью группу составили 31 (45%) больной с ХП и СД2 с ожирением. Ожирение I степени было диагностировано у 14 (44%) больных, II степени – у 11 (38%), III степени – у 6 (18%) больных (рис.2). Возраст больных составлял 55,36±1,06 лет. Среди обследованных больных преобладали женщины – их было 46 (65%). Анамнез СД2 от 1 года до 27 лет, а ХП от 0,5 года до 15 лет (табл.1).

Также был обследован 21 больной с ХП без СД 2 с нормальной массой тела (группа сравнения). Состав этой группы был репрезентативным по возрасту и количеству пробандов мужского и женского пола.

Выраженность жалоб и пальпаторной болезненности оценивали с помощью показателя средней степени тяжести (ССТ) [8]. При этом использовали полуколичественную шкалу:

0 баллов — проявления отсутствуют;

1 балл — проявления минимальные;

2 балла — проявления умеренные;

3 балла — проявления выраженные, либо очень выраженные.

С учетом этой шкалы вычисляли ССТ разных клинических проявлений по формуле: $ССТ = (a + 2b + 3c) / (a + b + c + d)$,

где ССТ — средняя степень тяжести проявлений;

a — количество больных с выраженностью симптомов в 1 балл;

b — количество больных с выраженностью симптомов в 2 балла;
c — количество больных с выраженностью симптомов в 3 балла;
d — количество больных с отсутствием симптомов.

В зависимости от степени тяжести СД2 и компенсации углеводного обмена определялся выбор сахароснижающей терапии. 52 (74%) пациента от общего числа больных СД2 принимали гипогликемические препараты, такие как метформин, глимепирид, гликлазид, лираглутид, ситаглиптин, а 18 (26%) больных находились на комбинированной терапии инсулином в сочетании с пероральными сахароснижающими препаратами. Все исследуемые пациенты СД2 были в субкомпенсированном состоянии углеводного обмена.

Результаты и обсуждение

Основная жалоба, которую предъявляли пациенты всех групп была абдоминальная боль, которая встречалась у 88 (98%) случаев. Абдоминальная боль имела определенные отличия по уровню интенсивности во всех группах (рис.3, рис.4). Так, у 11 (55%) больных первой группы боли были интенсивными, у 6 (20%) – умеренными, у 3 (15%) – минимальной интенсивности. ССТ абдоминальной боли в первой группе определялась 2,4.

Во второй группе интенсивные боли встречались у 6 (31,5%) пациентов, умеренные – 12 (63%), минимальные – у 1 (5,5%) пациента. ССТ абдоминальной боли во второй группе составила 2,26.

В третьей группе интенсивный характер боли отмечался у 4 (13%), умеренный – у 6 (20%), минимальный – у 19 (61%), отсутствие абдоминальной боли – у 2 (6%). ССТ абдоминальной боли в третьей группе составила 1,39.

В группе сравнения интенсивная боль имела место у 16 (76%), умеренная – у 3 (15%), минимальная – у 2 (9%). ССТ абдоминальной боли в группе сравнения составила 2,67 .

По продолжительности боли в первой и второй группах преобладал приступообразный тип боли – у 17 (85%) и 15 (80%), а в третьей группе преобладал постоянный тип боли – у 28 (90%) больных.

В группе сравнения практически с одинаковой частотой встречались оба типа боли (приступообразная боль у 11 (52,3 %), постоянная — у 10 (47,7%) пациентов).

У всех больных имелась тенденция к усилению или появлению боли через 25 – 35 минут после приема пищи, особенно жирной, длительностью 1 – 3 часа, которая встречалась со сходной частотой во всех группах.

По локализации болевого синдрома у пациентов первой группы определялось наличие или появление боли в левом подреберье – у 16 (80%), в левой эпигастральной области – у 2 (10%), в правой эпигастральной области – у 1 (5%) и в обоих половинах эпигастральной области – у 1 (5%) пациента. По характеру иррадиации у пациентов первой группы наблюдалась иррадиация в левую половину грудной клетки – у 8 (40%), в левую поясничную область по типу «левого полупояса» - у 3 (15%), по типу «полного пояса» - у 7 (35%), в левую руку и лопатку – у 1 (5%) и в прекардиальную область – у 1 (5%) пациента. Купирование или уменьшение боли отмечалось максимальное при применении анальгетиков – у 16 (80%), спазмолитиков – у 15 (75%), прикладывании холода на место проекции ПЖ – у 12 (60%), голоде – у 9 (45%), применении ферментных препаратов – у 9 (45%), применении антисекреторных препаратов – у 4 (20%) пациентов.

У пациентов второй группы преобладало наличие или появление боли в обеих половинах эпигастральной области – у 12 (63%), в левом подреберье – у 5 (26%), в левой эпигастральной области – у 2 (11%) пациентов. По характеру иррадиации доминировала иррадиация в левую поясничную область по типу «левого полупояса» - у 13 (68%), иррадиация в левую половину грудной клетки – у 5 (26%), по типу «полного пояса» - у 1 (5%) пациента. При купировании или уменьшении интенсивности боли больший эффект отмечался при применении анальгетиков – у 14 (74%), спазмолитиков – у 13 (68%), прикладывании холода на место проекции ПЖ – у 9 (47%), голоде – у 7 (37%), применении ферментных препаратов – у 9 (47%), применении антисекреторных препаратов – у 4 (21%) пациентов.

У пациентов третьей группы доминировали наличие или появление боли в обеих половинах эпигастральной области – у 22 (70%), в левом подреберье – у 4 (13%), в левой эпигастральной области – у 3 (10%) и в правой эпигастральной области – у 2 (7%) пациентов. По характеру иррадиации доминировала иррадиация в левую поясничную область по типу «левого полупояса» - у 24 (77%), иррадиация в левую половину грудной клетки – у 3 (10%), по типу «полного пояса» - у 2 (7%), в левую руку и лопатку – у 1 (3%) и в прекардиальную область – у 1 (3%) пациента. Болевой синдром купировался или уменьшался применением анальгетиков – у 23 (74%), спазмолитиков – у 21 (68%), ферментных препаратов – у 19 (61%), прикладыванием холода на место проекции ПЖ – у 9 (29%), голоде – у 5 (16%), применением антисекреторных препаратов – у 6 (19%) пациентов.

У пациентов группы сравнения первенствовали наличие или появление боли в левом подреберье – у 17 (80%), в левой эпигастральной области – у 2 (10%), в правой эпигастральной области – у 1 (5%) и в обоих половинах эпигастральной области – у 1

(5%) пациента. По характеру иррадиации доминировала иррадиация по типу «полного пояса» - у 16 (75%), в левую поясничную область по типу «левого полупояса» - у 4 (20%), иррадиация в левую половину грудной клетки – у 1 (5%). Болевой синдром купировался или уменьшался прикладыванием холода на место проекции ПЖ – у 15 (71%), применением ферментных препаратов – у 13 (61%), антисекреторных препаратов – у 6 (28%), применением анальгетиков – у 3 (14%) пациентов (табл. 2).

По характеру диспептического синдрома у пациентов первой группы доминировали проявления желудочной диспепсии, в виде длительной тошноты, рвоты не приносящей облегчения, отрыжки, которые встречались у 12 (60%) пациентов.

У пациентов второй и третьей групп преобладали проявления кишечной диспепсии, в виде метеоризма, урчания, кашицеподобного учащенного стула, которые встречались, соответственно, у 13 (68%) и 25 (80%) пациентов.

В группе сравнения со сходной частотой встречались и проявления желудочной и кишечной диспепсий – у 10 (47%) и 11 (53%) пациентов, соответственно.

Клинические проявления ВНПЖ в виде кашицеподобного стула 2 – 3 раза в сутки, «большого панкреатического стула», лиентереи, снижение массы тела, проявлений гиповитаминозов, вздутие и урчание в животе, развивались значительно чаще во второй, третьей группах и группе сравнения – у 5 (26%), 11 (35%) и 12 (57%) пациентов, что составило ССТ - 1,24, 1,37 и 1,58, соответственно (рис. 4).

Клинические проявления астено-невротического синдрома, в виде общей слабости, снижения работоспособности, головных болей, повышенной утомляемости, преобладали во второй и третьей группах, ССТ этих проявлений составили – 1,32 и 1,39, соответственно, по сравнению с первой группой и группой сравнения, где ССТ – 1, 21 и 1,24 (рис. 4).

При физикальном осмотре состояние больных всех групп отмечалось относительно удовлетворительное. На коже груди, спины и живота определялся симптом «красных капелек» - у 31 (34%) , сухость и шелушение кожи – у 43 (47%), признаки глоссита и стоматита – у 29 (32%) среди больных всех групп.

При проведении поверхностной пальпации чувствительность или болезненность в проекции ПЖ определялась у 32 (35%) больных, а при глубокой пальпации — у всех больных. Чаще всего при глубокой пальпации имела место болезненность в зоне Шоффара, то есть в проекции головки ПЖ — у 16 (80%) пациентов первой группы, у 9 (47%) пациентов второй группы, у 10 (32%) пациентов третьей группы и у 18 (85%) больных группы сравнения. Реже определялась болезненность преимущественно в зоне М.М. Губергриц—Скульского, то есть в проекции тела и хвоста ПЖ — у 12 (60%)

больных первой группы, у 8 (42%) больных второй группы, у 11 (35%) и у 16 (76%) больных группы сравнения. В проекции всей ПЖ имела место болезненность у 3 (15%) больных первой группы, у 4 (21%) больных второй группы, у 9 (29%) больных третьей группы и у 7 (33%) группы сравнения. ССТ пальпаторной болезненности в проекции ПЖ составила 2,32, 1,98, 1,56 и 2,42, соответственно.

При изучении дополнительных объективных симптомов было выявлено, что болезненность доминировала в точке Дежардена у 10 (50%) и 14 (66%) больных первой группы и группы сравнения, в точке Мейо — Робсона — у 9 (47%) и 8 (25%) больных второй и третьей групп.

В результате исследования выявлено, что выраженность болевого синдрома у больных с сочетанным течением ХП и СД 2 имеет явные различия. Наиболее выраженный болевой синдром имел место у больных с изолированным течением ХП, наименее выраженный – у пациентов с сочетанным течением ХП и СД типа 2 на фоне ожирения. Выраженность абдоминальной боли была сходна в группах ХП и СД типа 2 с нормальной и избыточной массой тела – умеренной и минимальной интенсивности, соответственно.

Для ХП и СД типа 2 с нормальной и избыточной массой тела более характерен приступообразный тип абдоминальной боли, для ХП и СД типа 2 с ожирением – постоянный тип абдоминальной боли. При изолированном течении ХП два типа боли распределялись приблизительно равномерно.

Для ХП и СД2 с нормальной массой тела характерна локализация боли в левом подреберье, с иррадиацией в левую половину грудной клетки и по типу «полного пояса», купирующиеся приемом анальгетиков и спазмолитиков. Для ХП и СД2 с избыточной массой тела и ожирением характерна локализация боли в обеих половинах эпигастральной области, с иррадиацией в левую поясничную область по типу «левого полупояса», купирующиеся приемом анальгетиков, спазмолитиков и ферментных препаратов. Для изолированного течения ХП характерны боли в левом подреберье, с иррадиацией по типу «полного пояса», купирующиеся прикладыванием холода на место проекции ПЖ и применением ферментных препаратов.

Для ХП и СД2 с нормальной массой тела характерны явления желудочной диспепсии. Для ХП и СД2 с избыточной массой тела и ожирением характерны явления кишечной диспепсии. А у больных с изолированным течением ХП проявления желудочной и кишечной диспепсий встречались со сходной частотой.

Клинические проявления внешнесекреторной недостаточности ПЖ развивались значительно чаще при ХП с СД2 с избыточной массой тела и ожирением, а также при изолированном течении ХП.

Наибольшая пальпаторная болезненность в зоне проекции головки ПЖ наблюдается при ХП и СД2 с нормальной массой тела и изолированном ХП, также почти в половине случаев отмечается болезненность в местах проекции тела и хвоста ПЖ.

Выводы

Полученные данные свидетельствуют о наличии определенных особенностей клинических проявлений ХП на фоне СД2 в зависимости от фенотипа. Знания этих особенностей помогут в выборе адекватного лабораторно-инструментального обследования, постановке диагноза и назначении необходимой терапии, что в дальнейшем приведет к повышению качества жизни больных СД2, уменьшению трат на диагностику и лечение, уменьшению частоты и длительности пребывания больных в стационаре. Перспективы дальнейших исследований в расширении выявлений особенностей клинических проявлений ХП на фоне СД2 и в разработке схем диагностики и медикаментозной терапии сочетанного течения ХП и СД2.

Список литературы:

1. Галаева Т.В. Роль гипергликемии и нарушения обмена глюкозы как фактора развития синдрома инсулинорезистентности / Т.В. Галаева, Т.А. Крячок, Л.Л. Вавилова [и др.] // Укр. кардиол. журнал.- 2009.- №3.- С. 51-62.
2. Гриневич В.Б. Язвенная болезнь и метаболический синдром (механизмы формирования, клинико-инструментальные проявления и подходы к терапии) / В.Б. Гриневич, С.Н. Мехтиев, В.А. Ратников [и др.].- Спб, 2006.- 31 с.
3. Губергриц Н.Б. Метаболическая панкреатология / Н.Б. Губергриц, А.Н. Казюлин.- Донецк: Лебедь, 2011.- 464 с.
4. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит.- Наказ Міністерства охорони здоров`я від 13.06.2005 № 271.- 4 с.
5. Комаров Ф.І. Керівництво по гастроентерології / Під ред. Ф. І. Комарова, С.І. Рапопорта. - М.: Медичне інформаційне агентство. – 2010. – С. 98-128.
6. Комиссаренко И.А. Полиморбидность и метаболический синдром у пожилых / И.А. Комиссаренко // Клин. Геронтология.- 2009.- №1.- С. 29-38.
7. Мартинчук А.А. 13С-Амілазний дихальний тест у діагностиці зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози у хворих з ожирінням / А.А. Мартинчук, О.С. Ларін, С.М. Ткач // Клін. Ендокринологія та ендокрин. Хірургія.- 2006.- №4.- С. 45-48.

8. Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat / Е.Ю. Лях, В.Г. Гурьянов, В.Н. Хоменко, О.А. Панченко // Донецк: Папакица Е.К.-2006.- 214 с.
9. Титов В.Н. Первичный и вторичный атеросклероз. Атероматоз и атеросклероз / В.Н. Титов.- Тверь.- 2008.- 189 с.
10. Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Цукровий діабет 2 типу».- Наказ Міністерства охорони здоров`я від 21.12.2012 №1118.- 56 с.
11. Юрьева А.В. Корреляционные связи между клиническими, лабораторными и инструментальными данными у больных хроническим панкреатитом на фоне постхолецистэктомического синдрома и повышенной массы тела // Укр. Мед. Альманах.- 2008.- №4.- С. 199-203.
12. Guidelines: diagnosis and therapy for chronic pancreatitis / Zhuan Liao, Gang Jin [et al.] // J. Interv. Gastroenterol.- 2013.- № 3(4).- P. 133–136.
13. Lohr J.-M. Exocrine pancreatic insufficiency / J.-M. Lohr.- Bremen: UNI-MED.- 2010.- 91 p.
14. Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines / C. Tsigos, V. Hainer, A. Basdevant [et al.] // Obesity Facts.- 2008.- Vol. 1, No 2.- P. 106-116.

Особливості клінічних проявів хронічного панкреатиту у хворих на цукровий діабет типу 2 у поєднанні з ожирінням

Ю.О. Шеховцова

Резюме. *Мета роботи: вивчити особливості клінічних проявів хронічного панкреатиту на тлі цукрового діабету типу 2 залежно від фенотипу. Матеріали і методи дослідження. У дослідження було включено 70 хворих з хронічним панкреатитом на тлі цукрового діабету типу 2 з різним фенотипом, а також 21 хворий з хронічним панкреатитом та нормальною масою тіла. В дослідженні проводилось клініко-анамнестичне обстеження (детальний збір скарг, анамнезу, об'єктивне обстеження, антропометричне обстеження з подальшим розрахунком індексу маси тіла для оцінки ступеня ожиріння, вираженість скарг і пальпаторної болючості оцінювали за допомогою показника середнього ступеня тяжкості (ССТ)). Результати та обговорення: Інтенсивний больовий синдром переважав при ізольованому перебігу ХП, помірний - при ХП та ЦД2 з нормальною масою тіла, мінімальний - при ХП та ЦД2 з надмірною масою тіла та ожирінням. Нападоподібний тип абдомінальної болі був більш характерний для ХП та СД типу 2 з нормальною і надлишковою масою тіла, постійний тип - для ХП та СД типу 2 з ожирінням. Болі в лівому підребер'ї домінували при ХП та ХП з ЦД2 з нормальною масою тіла, в обох половинах епігастральної ділянки - при ХП та ЦД2 з надмірною масою тіла та ожирінням. Іррадіація болю по типу «повного поясу» характерна для ХП та ХП з ЦД2 з нормальною масою тіла, по типу «лівого півпоясу» - для ХП та ЦД2 з надмірною масою тіла та ожирінням. Явища шлункової диспепсії переважали при ХП та ЦД2 з нормальною масою тіла, кишкової диспепсії - при ХП та ЦД2 з надмірною масою тіла та ожирінням. Клінічні прояви зовнішньосекреторної недостатності ПЖ розвивалися значно частіше при ХП та ХП з ЦД2 з надмірною масою тіла та ожирінням. Висновки: Отримані дані свідчать про наявність певних особливостей клінічних проявів ХП на тлі ЦД2 в залежності від фенотипу.*

Ключові слова: *хронічний панкреатит, цукровий діабет типу 2, ожиріння, метаболічний синдром*

The peculiarities of the clinical manifestations of chronic pancreatitis in patients with type 2 diabetes mellitus in combination with obesity

Y.O. Shekhovtsova

Summary. *Purpose - to study the clinical manifestations of chronic pancreatitis and type 2 diabetes mellitus, depending on the phenotype. Materials and methods. 70 patients with chronic pancreatitis on the background of type 2 diabetes mellitus with different phenotypes and 21 patients with chronic pancreatitis and normal body weight have been examined. The study was included clinical and anamnestic examination (detailed collection of complaints, medical history, physical examination, anthropometric datas with subsequent calculation of body mass index to assess the degree of obesity, severity of complaints and palpation pain was assessed using a measure of moderate severity (MMS)). Results and discussion. An intensive pain syndrome dominated in isolated CP, moderate - in CP and DM2 with normal body weight, minimum - in CP and DM2 with overweight and obesity. Paroxysmal type of abdominal pain was more common for CP and DM2 with normal and overweight, permanent type - for CP and DM2 with obesity. Pain in the left upper quadrant dominated in CP and CP with DM2 with normal body weight, in both parts of the epigastric region - in CP and DM2 with overweight and obesity. The "full zone" type of pain irradiation is typical for CP and CP with DM2 with normal body weight, the "left part of zone" type - for CP and DM2 with overweight and obesity. Gastric*

dyspepsia prevailed in CP and DM2 with normal body weight, intestinal dyspepsia - in CP and DM2 with overweight and obesity. Clinical manifestations of exocrine pancreatic insufficiency developed significantly more often in CP and CP with DM2 with overweight and obesity. *Conclusions.* *The present study demonstrated that the presence of certain features of the clinical manifestations of CP on the background of DM2, depending on the phenotype.*

Key words: *chronic pancreatitis, type 2 diabetes mellitus, obesity, metabolic syndrome*

Рисунок 1. **Распределение пациентов основной группы в зависимости от уровня ИМТ**

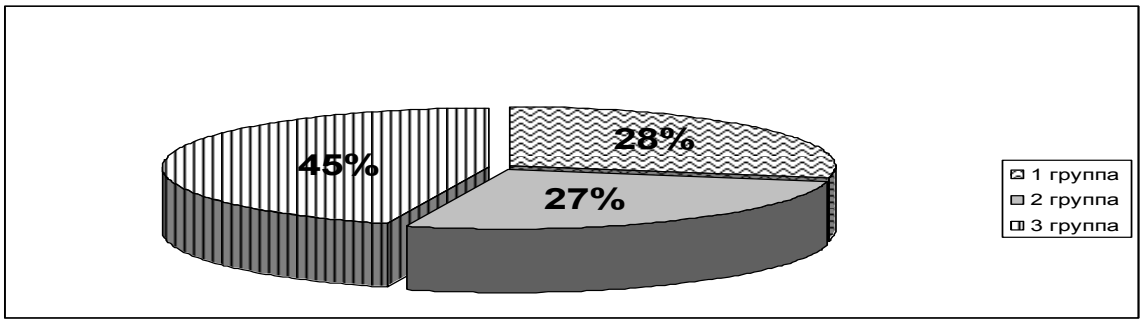

Рисунок 2. **Распределение пациентов 3 группы в зависимости от степени ожирения**

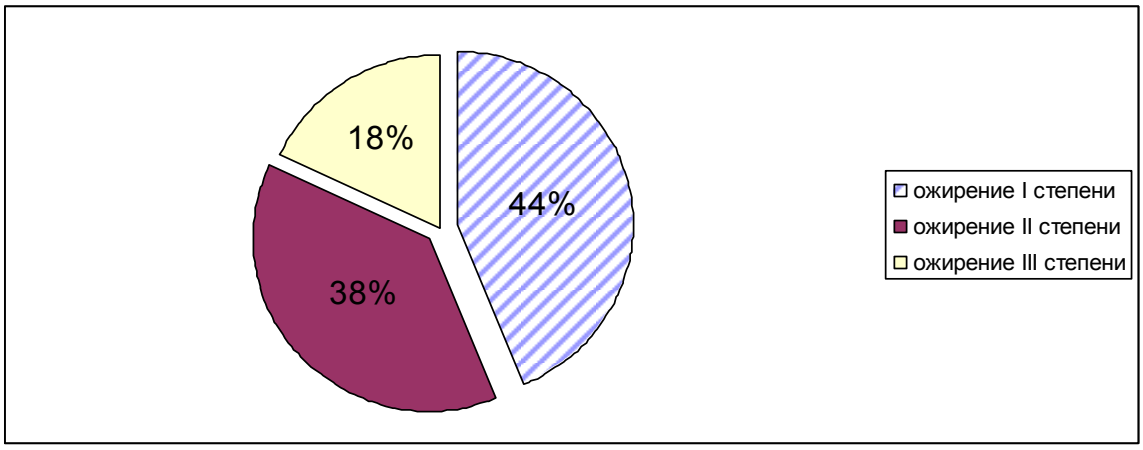

Рисунок 3. **Распространенность абдоминального болевого синдрома в зависимости от степени интенсивности у исследуемых пациентов**

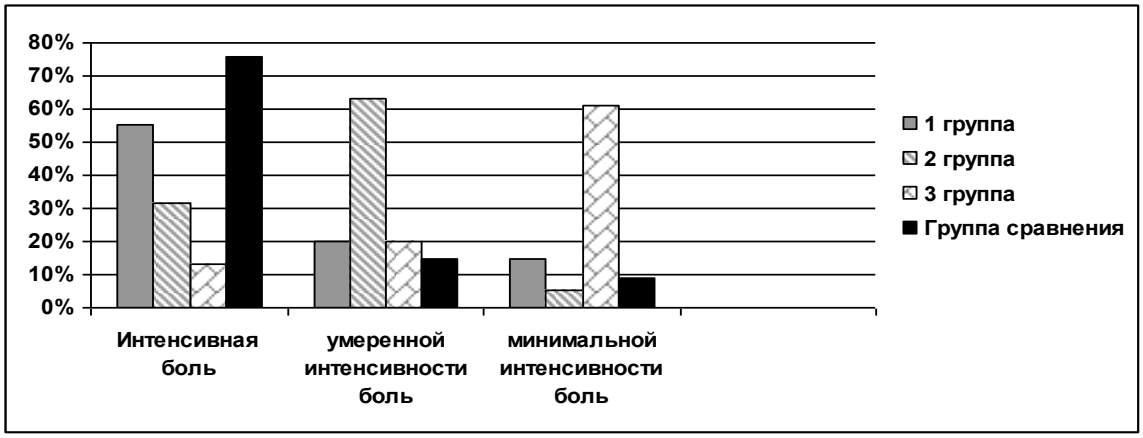

Рисунок 4. **Характеристика показателя средней степени тяжести в исследуемых группах пациентов**

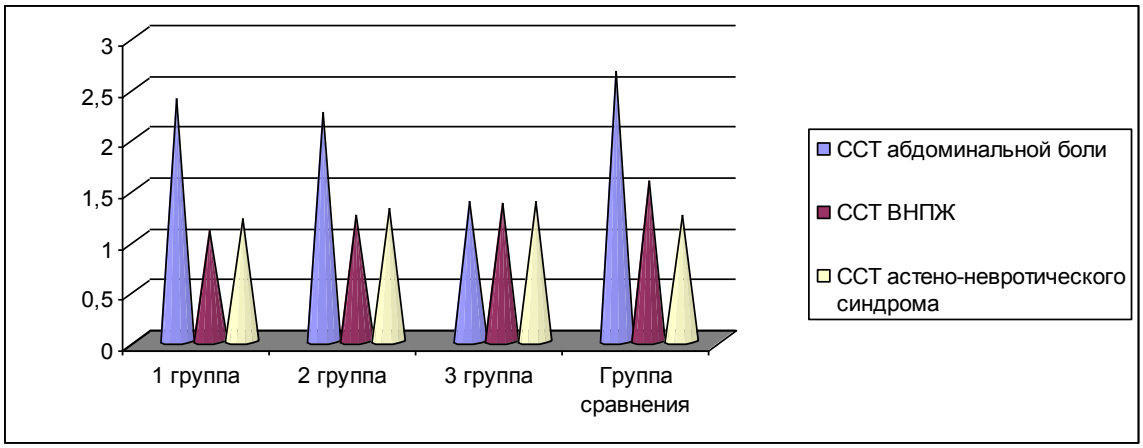

Таблица 1. **Основные антропометрические характеристики исследуемых групп пациентов**

Показатель	**Группа сравнения n=21**	**Основная группа n=70**		
		1 группа n=20	**2 группа n=19**	**3 группа n=31**
Возраст (года)	53,3±1,89	53,6±2,26	54,2±1,70	57,2±1,57
Длительность СД2 (года)		7,2±0,87	7,05±0,72	11±1,14**
Длительность ХП (года)	11,5±1,05*	5,1±0,79	6,04±0,72	6,26±0,63
Пол (количество)	Ж.-12 М.-9	Ж.-11 М.-8	Ж.-11 М.-8	Ж.-24 М.-7
Пол ж% / м%	57/43	58/42	58/42	77/23

Примечание: * показатели различаются достоверно (p<0,05) между больными ХП и ХП в сочетании с СД
** показатели различаются достоверно (p<0,05) между больными ХП в сочетании с СД с различными фенотипами

Таблица 2. **Распространенность основных клинических симптомов у исследованных пациентов**

Симптом	**Основная группа n=70**						**Группа сравнения n=21**	
	1 группа n=20		**2 группа n=19**		**3 группа n=31**		**Абс.**	**%**
	Абс.	**%**	**Абс.**	**%**	**Абс.**	**%**		
Боль в левом п/р	16	80	5	26	4	13	17	80
Боль в левой эпигастральной области	2	10	2	11	3	10	2	10
Боль в правой эпигастральной области	1	5	0	0	2	7	1	5
Боль в обеих половинах эпигастральной области	1	5	12	63	22	70	1	5
Иррадиация в левую половину грудной клетки	8	40	5	26	3	10	1	5
Иррадиация по типу «левого полупояса»	3	15	13	68	24	77	4	20
Иррадиация по типу «полного пояса»	7	35	1	5	2	7	16	75
Иррадиация в левую руку и лопатку	1	5	0	0	1	3	0	0
Иррадиация в прекардиальную	1	5	0	0	1	3	0	0

область								
Купирование анальгетиками	16	80	14	74	23	74	3	14
Купирование спазмолитиками	15	75	13	68	21	68	3	14
Купирование прикладыванием холода на место проекции ПЖ	12	60	9	47	9	29	15	71
Купирование голодом	9	45	7	37	5	16	3	14
Купирование ферментными препаратами	9	45	9	47	19	61	13	61
Купирование антисекреторными препаратами	4	20	4	21	6	19	6	28