

Впровадження міжнародних стандартів оцінювання клініки хронічного панкреатиту у сімейній медицині

Л. С. Бабінець, У. М. Захарчук, С. Р. Підручна

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського, Україна

КЛЮЧОВІ СЛОВА

хронічний панкреатит, цукровий діабет, система M-ANNHEIM, діагностика, сімейна медицина

Незважаючи на прогрес у діагностиці і лікуванні хронічного панкреатиту (ХП), в сучасних умовах він залишається складною проблемою клінічної терапії та хірургії, оскільки в багатьох випадках супроводжується тяжкими ускладненнями та закінчується летально. Це, вочевидь, пов'язано з тим, що ХП є поліетіологічним захворюванням, оскільки в його розвитку відіграють роль одночасно декілька причин [1]. Серед них основне значення мають зовнішні токсини, метаболічні зміни, імунноопосередковані фактори, вроджена і набута стриктури панкреатичної протоки та ін. [2]. При ХП пошкоджуються як секреторні, так і інкреторні відділи підшлункової залози (ПЗ), що на пізніх стадіях призводить до розвитку супутнього цукрового діабету (ЦД), перебіг якого при цій патології вивчений недостатньо. Він виникає у 10–90% хворих на ХП [5, 7]. Така велика різниця даних літератури з приводу частоти ЦД при ХП пов'язана з різною вірогідністю розвитку ендокринних порушень при різних формах панкреатиту [4, 8]. На сьогодні залишаються до кінця не з'ясованими критерії оцінювання тяжкості перебігу ХП та ХП із супутнім ЦД залежно від ступеня вираженості порушень екскреторної та інкреторної функцій ПЗ. У світовій практиці для вивчення ступеня тяжкості ХП з успіхом використовують бальну систему M-ANNHEIM, яка враховує множинність факторів ризику розвитку ХП [3]. Багатофакторна класифікація M-ANNHEIM проста, об'єктивна, точна, не вимагає проведення багатьох інвазивних діагностичних методів, ураховує етіологію, стадію захворювання, а також тяжкість клінічного перебігу, що відкриває перспективи більш широкого застосування в практиці сімейного лікаря.

Мета дослідження — проведення оцінювання ступеня тяжкості перебігу ХП за класифікацією M-ANNHEIM залежно від наявності інкреторної недостатності ПЗ.

Матеріали та методи

Було обстежено 42 хворих (21 чоловік та 21 жінка) з діагнозом ХП, з них 19 — з ХП і 23 — з ХП і ЦД. Загальний середній вік — 49,9±2,0. Середній вік хворих з ХП становив 45,3±3,4 (8 чоловіків та 11 жінок), а хворих з ХП і ЦД — 53,6±2,2 (13 чоловіків і 11 жінок). Діагноз ХП та ЦД верифікували згідно з загальноприйнятими в клініці критеріями [6].

Тяжкість перебігу ХП оцінювали за системою M-ANNHEIM з урахуванням клінічної стадії, індексу та ступеню тяжкості. При цьому було проаналізовано наявність екскреторної та інкреторної панкреатичної недостатності, структурних змін ПЗ за даними УЗД, копрограми, рівнем глікозильованого гемоглобіну в крові, кількістю ускладнень. Оцінювання копрограми проводили за збільшенням кількості м'язових волокон, рослинної клітковини, що перетравлюється, жирних кислот, нейтрального жиру, лейкоцитів, появою слизу, яєць гельмінтів. Кожну патологічну ознаку оці-

нювали як 1 бал. Достовірність відмінностей середніх величин оцінювали за критерієм Стьюдента ($p < 0,05$).

Результати дослідження та їх обговорення

Пацієнти були розподілені на дві групи: група 1 — хворі на ХП, група 2 — хворі на ХП із супутнім ЦД. За класифікацією M-ANNHEIM, усі пацієнти належали до діагностичної категорії «визначений ХП». Із 42 обстежених пацієнтів 16 (38,10%) мали ІІВ, 3 хворих (7,14%) — ІІС, 19 хворих (45,24%) — ІІІА та 4 хворих (9,52%) — ІІІВ клінічну стадію ХП.

Вивчення больового синдрому в обстежених пацієнтів виявило, що в 42,11% з ХП біль зникав при вживанні аналгетиків (2 бали). У 52,63% біль мав періодичний характер, що відповідало 3 балам. Відзначали періоди без болю незалежно від наявності або відсутності медикаментозного лікування. У 5,26% пацієнтів біль відповідав одночасно 2 та 3 балам. У 30,43% хворих з ХП, ускладненим ЦД, біль вщухав після вживання аналгетиків (2 бали), а у 69,57% біль мав періодичний характер, що відповідало 3 балам. Контроль болю оцінювали за класифікацією M-ANNHEIM в 1 бал в усіх хворих (100%), оскільки усі пацієнти вживали ненаркотичні аналгетики.

Хірургічне лікування у групі 1 проводили 10,53% хворим, а у групі 2 — 30,43% хворим, причому двом з них були проведені повторні операції.

У більшості хворих на ХП з супутнім ЦД — 52,17% — спостерігалася доведена екзокринна недостатність, яка відповідала 2 балам, у 47,83% — наявність помірної екзокринної недостатності, яка не потребувала замісної ферментної терапії (1 бал). У хворих на ХП 84,21% мали доведену (2 бали) та 15,79% — легку (1 бал) екзокринну недостатність. Хворих без недостатності функцій ПЗ в дослідженні не було.

Ендокринну недостатність оцінювали за відсутністю чи наявністю ЦД, і вона виявлена у 100% хворих з ХП і супутнім ЦД.

За даними УЗД, у 73,68% хворих з ХП виявили зміни у структурі ПЗ, які відповідали легкому ступеню тяжкості (2 бали за M-ANNHEIM), у 21,06% пацієнтів — помірному (3 бали). Значні зміни у структурі ПЗ на УЗД були відзначені у 5,26% хворих, що відповідало тяжкому ступеню (4 балам). У хворих на ХП з супутнім ЦД зміни при УЗД-дослідженні були виражені більшою мірою. Зокрема, у 43,48% хворих зміни у структурі ПЗ відповідали легкому ступеню тяжкості (2 бали), у 56,52% хворих — помірному (3 бали). У хворих на ХП та ХП на тлі ЦД виявили ускладнення відповідно у 3 та 4 хворих.

Було виявлено 14 (73,68%) хворих на ХП з помірним (В) і 5 (26,32%) — із середнім (С) ступенем тяжкості за класифікацією M-ANNHEIM. Проте серед хворих на ХП і ЦД

було виявлено 2 (8,70%) пацієнти із помірним (B), 16 (69,56%) — із середнім (C), 3 (13,04%) — з вираженим (D) та 2 (8,70%) — з важким (E) ступенем тяжкості.

Аналізуючи дані копрограми, УЗД та рівня глікозильованого гемоглобіну, було виявлено динаміку зміни, наведену у таблиці 1. У хворих на ХП із супутнім ЦД зміни копрограми були достовірно більш значущими, ніж у хворих без ЦД, — (5,45±0,18) проти (4,73±0,14) балів. Аналогічна тенденція спостерігалася стосовно змін за критеріями УЗД

у балах — (5,21±0,23) проти (4,05±0,30) балів. Рівень глікозильованого гемоглобіну у хворих з ЦД (7,13±0,36) ммоль/л суттєво перевищував такий у хворих на ХП без інкреторної недостатності — (5,15±0,19) ммоль/л.

Під час проведення кореляційно-регресійного аналізу були виявлені прямі кореляційні зв'язки між ступенем тяжкості ХП за M-ANNHEIM і змінами копрограми ($r=0,67$; $p<0,001$), критеріями УЗД ($r=0,54$; $p<0,01$), рівнем глікозильованого гемоглобіну ($r=0,66$; $p<0,001$).

Таблиця 1

Динаміка змін копрограми, даних УЗД та рівня глюкози в крові у хворих на ХП та ХП, ускладнений ЦД

Лабораторно-інструментальний показник	ХП n=19	ХП+ЦД n=23
УЗД, бали	4,05±0,30	5,21±0,23*
Глікозильований гемоглобін, %	5,15±0,19	7,13±0,36*

Примітка: * — достовірність різниць показників у групі ХП+ЦД стосовно таких у групі ХП ($p<0,05$).

Отримані результати свідчать про те, що застосування бальної системи оцінювання тяжкості пацієнта із ХП за класифікацією M-ANNHEIM дозволяє формалізувати оцінку стану пацієнта з описових критеріїв у кількісну площину, що має важливе значення в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні, зокрема її первинної ланки. Це дасть змогу медичним працівникам, а також страховим компаніям, лікарняним касамам та іншим фондам, які фінансують лікування пацієнта, об'єктивно підійти до вибору діагностичного алгоритму, технології лікування, оцінювання її ефективності в динаміці та її фінансового забезпечення. Кількісні критерії класифікації M-ANNHEIM прості у використанні, легко можуть бути внесені у цифровий паспорт здоров'я, що забезпечить об'єктивне динамічне спостереження за станом пацієнта, своєчасність застосування не тільки лікувальних, але й профілактичних програм в умовах диспансеризації та поточного нагляду, що доведено в умовах їхнього застосування у клінічній практиці. Тісний кореляційний зв'язок ступеня тяжкості ХП за класифікацією M-ANNHEIM із об'єктивними критеріями хронічного ураження ПЗ свідчить про його високу інформативність, що становить новизну нашого дослідження. Таким чином, упровадження визначення тяжкості ХП за класифікацією

M-ANNHEIM у практичну діяльність сімейного лікаря є важливою підмогою в об'єктивізації стану пацієнта під час амбулаторного чи стаціонарного лікування, що має важливе значення в умовах страхової медицини.

Висновки

1. Наявність інкреторної недостатності підшлункової залози у вигляді ЦД достовірно ускладнювала клінічний перебіг ХП за бальною системою M-ANNHEIM, який корелював зі змінами копрограми ($r=0,67$; $p<0,001$), критеріями УЗД ($r=0,54$; $p<0,01$), рівнем глікозильованого гемоглобіну ($r=0,66$; $p<0,001$).

2. У хворих з ХП та супутнім ЦД ступінь тяжкості захворювання був більш виражений, ніж при ХП без інкреторної недостатності: середній ступінь тяжкості (C) переважав у 69,56% пацієнтів групи 2 проти 26,32% групи 1; виявили випадки вираженого та важкого ступенів тяжкості.

3. Вважаємо за доцільне рекомендувати застосування бальної системи M-ANNHEIM у практиці гастроентерологічних, терапевтичних закладів та сімейних лікарів.

У перспективі подальших досліджень плануємо провести оцінювання запропонованих програм терапії хворих на ХП із супутнім ЦД за бальною системою M-ANNHEIM.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабінець Л. С. Аналіз впливу різних етіологічних чинників на виникнення хронічного панкреатиту / Л. С. Бабінець // Вісник Вінницького держ. мед. університету. — 2003. — № 7. — С. 444–445.
 2. Винокурова А. В. Клинико-патогенетические механизмы развития внешне- и внутрисекреторной недостаточности при хроническом панкреатите : автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.47. — М., 2009. — 24 с.
 3. Губергриц Н. Б. Новая международная классификация хронического панкреатита (2007) M-ANNHEIM / Н. Б. Губергриц // Вестник Клуба Панкреатологов. — 2008. — № 1. — С. 10–25.
 4. Панкреатогенный сахарный диабет / Н. Б. Губергриц, Г. М. Лукашевич, О. А. Голубова [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 2007. — № 6. — С. 11–16.

5. Панкреатогенный сахарный диабет: актуальные проблемы патогенеза и лечения (обзор) / А. П. Ребров, М. А. Куницына, Е. И. Кашкина, Е. Е. Архангельская // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2012. — Т. 8, № 3. — С. 862–867.
 6. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. Ю. М. Мостового. — 11-те вид. доп. і перероб. — Вінниця, 2011. — 511 с.
 7. Determinants of glucose control in patients with chronic pancreatitis / H. Schrader, B. A. Menge, C. Zeidler [et al.] // Diabetologia. — 2010. — Vol. 53, No 6. — P. 43–47.
 8. Functional assessment of pancreatic β -cell area in humans / J. J. Meier, B. A. Menge, T. G. Breuer [et al.] // Diabetes. — 2009. — Vol. 58, No 7. — P. 595–603.

УДК 616.37:612.343+616.37-002

ВПРОВАДЖЕННЯ МІЖНАРОДНИХ СТАНДАРТІВ ОЦІНЮВАННЯ КЛІНІКИ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІЛ. С. Бабінець, У. М. Захарчук, С. Р. Підручна
Тернопільський державний медичний
університет ім. І. Я. Горбачевського, Україна**Ключові слова:** хронічний панкреатит, цукровий діабет, система M-ANNHEIM, діагностика, сімейна медицина

Було проведено оцінювання ступеня тяжкості перебігу хронічного панкреатиту (ХП) у 42 пацієнтів за класифікацією M-ANNHEIM залежно від наявності інкреторної недостатності підшлункової залози (ПЗ). Наявність інкреторної недостатності ПЗ у вигляді цукрового діабету (ЦД) достовірно ускладнювала клінічний перебіг ХП за бальною системою M-ANNHEIM, який корелював зі змінами копрограми ($r=0,67$; $p<0,001$), критеріями УЗД ($r=0,54$; $p<0,01$), рівнем глікозильованого гемоглобіну ($r=0,66$; $p<0,001$). У хворих з ХП і супутнім ЦД ступінь тяжкості захворювання був більш вираженим, ніж при ХП без інкреторної недостатності: середній ступінь тяжкості (С) переважав у 69,56% пацієнтів групи 2 проти 26,32% групи 1, виявили випадки вираженого та важкого ступенів тяжкості. Вважаємо за доцільне рекомендувати застосування бальної системи M-ANNHEIM у практиці гастроентерологічних, терапевтичних закладів та сімейних лікарів.

УДК 616.37:612.343+616.37-002

ВНЕДРЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНЫХ СТАНДАРТОВ ОЦЕНКИ КЛИНИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕЛ. С. Бабінець, У. М. Захарчук, С. Р. Підручна
Тернопільський державний медичний
університет
ім. І. Я. Горбачевського, Україна**Ключевые слова:** хронический панкреатит, сахарный диабет, система M-ANNHEIM, диагностика, семейная медицина

Была проведена оценка степени тяжести хронического панкреатита (ХП) у 42 пациентов по классификации M-ANNHEIM в зависимости от наличия инкреторной недостаточности поджелудочной железы (ПЖ). Наличие инкреторной недостаточности ПЖ в виде сахарного диабета (СД) достоверно затрудняло клинику ХП по бальной системе M-ANNHEIM, которая коррелировала с изменениями копрограммы ($r=0,67$; $p<0,001$), критериями УЗИ ($r=0,54$; $p<0,01$), уровнем гликозилированного гемоглобина ($r=0,66$; $p<0,001$). У больных с ХП и сопутствующим СД степень тяжести заболевания была более выражена, чем при ХП без инкреторной недостаточности: средняя степень тяжести (С) преобладала у 69,56% пациентов группы 2 против 26,32% группы 1. Считаем целесообразным рекомендовать применение бальной системы M-ANNHEIM в практике гастроэнтерологических, терапевтических учреждений и семейных врачей.

THE IMPLEMENTATION OF INTERNATIONAL STANDARDS OF EVALUATION OF CLINIC OF CHRONIC PANCREATITIS IN FAMILY MEDICINEL. S. Babinets, U. M. Zakharchuk, S. R. Pidruchna
Ternopil State Medical University
n. a. I. Y. Gorbachevsky, Ukraine**Key words:** chronic pancreatitis, M-ANNHEIM system, diabetes mellitus, diagnostics, family medicine

The estimation of chronic pancreatitis degree was conducted in 42 patients according to the M-ANNHEIM classification, depending on the presence of endocrine pancreatic insufficiency. Endocrine pancreatic insufficiency upon diabetes mellitus complicated a clinical course of chronic pancreatitis according to the M-ANNHEIM scoring system, that correlated with the changes of coprogram ($r=0,67$; $p<0,001$), USD criteria ($r=0,54$; $p<0,01$), level of glycosylated hemoglobin ($r=0,66$; $p<0,001$). CP degree was more expressed in patients with chronic pancreatitis and concomitant diabetes mellitus than in the case of chronic pancreatitis without endocrine insufficiency. Average severity (S) prevailed in 69.56% of patients in the group 2 vs. 26.32% in the group 1. We recommend to use the M-ANNHEIM scoring system in gastroenterological practice, at therapeutic institutions and in practice of family physicians.