

# Впровадження міжнародних стандартів оцінювання клініки хронічного панкреатиту у сімейній медицині

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

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

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 2-ї групи проти 26,32% 1-ї, виявили випадки вираженого та важкого ступенів тяжкості. Уважаємо за доцільне рекомендувати застосування бальної системи M-ANNHEIM у практиці гастроентерологічних, терапевтичних закладів та сімейного лікаря.

**Ключові слова:** хронічний панкреатит, цукровий діабет, система M-ANNHEIM.

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 важкими ускладненнями та закінчується летально. Це, очевидно, 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, імуніопосередковані 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, 8]. Така велика різниця даних літератури з приводу частоти ЦД при ХП пов'язана з різною вірогідністю розвитку ендокринних порушень при різних формах панкреатиту [4, 7]. 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, враховує 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 –  $49,9\pm 2,0$  року. Середній вік хворих з ХП становив  $45,3\pm 3,4$  року (8 чоловіків та 11 жінок), а хворих з ХП і ЦД –  $53,6\pm 2,2$  року (13 чоловіків і 11 жінок). Діагноз ХП та ЦД верифікували згідно із загальноприйнятими в клініці критеріями [6].

Тяжкість перебігу ХП оцінювали за системою M-ANNHEIM з урахуванням клінічної стадії, індексу та ступеня тяжкості. При цьому було проаналізовано наявність екскреторної та інкреторної панкреатичної недостатності, структурних змін ПЗ за даними УЗД, копрограми, рівнем глікозильованого гемоглобіну в крові, кількості ускладнень. Оцінювання копрограми проводили за збільшенням кількості м'язових волокон, рослинної клітковини, що перетравлюється, жирних кислот, нейтрального жиру, лейкоцитів, появи слизу, яєць гельмінтів. Кожну патологічну ознаку оцінювали як 1 бал. Достовірність відмінностей середніх величин оцінювали за t-критерієм Стьюдента ( $p<0,05$ ).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Пацієнти були розподілені на 2 групи: 1-а група – хворі на ХП та 2-а група – 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 II В, 3 хворих (7,14%) – II С, 19 хворих (45,24%) – III А та 4 хворих (9,52%) – III В клінічну стадію ХП.

Вивчення больового синдрому в обстежених пацієнтів виявило, що в 42,11% з ХП біль зникав при вживанні анальгетиків (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 анальгетиків (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 анальгетики.

Хірургічне лікування у 1-й групі проводили 10,53% хворих, а у 2-й групі – 30,43% хворих, 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 М-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 М-ANNHEIM. Проте серед хворих на ХП і ЦД було виявлено 2 (8,70%) пацієнтів із помірним (В), 16 (69,56%) – із середнім (С), 3 (13,04%) – з вираженим (D) та 2 (8,70%) – з важким (Е) ступенем тяжкості.

Аналізуючи дані копрограми, УЗД та рівня глікозильованого гемоглобіну, було виявлено динаміку зміни, наведену у таблиці. У хворих на ХП із супутнім ЦД зміни копрограми були достовірно більш значущими, ніж у хворих без ЦД, – 5,45±0,18 балу проти 4,73±0,14 балу. Аналогічна тенденція спостерігалася стосовно змін за критеріями УЗД у балах – 5,21±0,23 балу проти 4,05±0,30 балу. 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 М-ANNHEIM і змінами копрограми ( $r=0,67$ ;  $p<0,001$ ), критеріями УЗД ( $r=0,54$ ;  $p<0,01$ ), рівнем глікозильованого гемоглобіну ( $r=0,66$ ;  $p<0,001$ ).

Отримані результати свідчать про те, що застосування бальної системи оцінювання тяжкості пацієнта із ХП за класифікацією М-ANNHEIM дозволяє формалізувати оцінку стану пацієнта з описових критеріїв у кількісну площину, що має важливе значення в умовах реформування 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, технологій лікування, оцінювання її ефективності в динаміці та її фінансового забезпечення. Кількісні критерії класифікації М-ANNHEIM прості у використанні, легко можуть бути внесені у цифровий паспорт здоров'я, що забезпечить об'єктивне ди-

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

Лабораторно-інструментальний показник	Група хворих	
	з ХП, n=19	з ХП+ЦД, n=23
Копрограма, бали	4,73±0,14	5,45±0,18*
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 ( $p<0,05$ ).

намічне 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 М-ANNHEIM із об'єктивними критеріями хронічного ураження ПЗ свідчать про його високу інформативність, що становить новизну нашого дослідження. Таким чином, упровадження визначення тяжкості ХП за класифікацією М-ANNHEIM у практичну діяльність сімейного лікаря є важливою підмогою в об'єктивізації стану пацієнта в умовах його амбулаторного чи стаціонарного лікування, що має важливе значення в умовах страхової медицини.

**ВИСНОВКИ**

1. Наявність інкреторної недостатності підшлункової залози у вигляді цукрового діабету (ЦД) достовірно ускладнювала клінічний перебіг хронічного панкреатиту (ХП) за бальною системою М-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 (С) переважав у 69,56% пацієнтів 2-ї групи проти 26,32% 1-ї; виявили випадки вираженого та важкого ступенів тяжкості.
  3. Уважаємо за доцільне рекомендувати застосування бальної системи М-ANNHEIM у практиці гастроентерологічних, терапевтичних закладів та сімейного лікаря.
- У перспективі подальших досліджень плануємо провести оцінювання запропонованих програм терапії хворих на ХП із супутнім ЦД за бальною системою М-ANNHEIM.

**Внедрение международных стандартов оценки клиники хронического панкреатита в семейной медицине**

**Л.С. Бабинец, У.М. Захарчук, С.Р. Пидручная**

Была проведена оценка степени тяжести хронического панкреатита (ХП) у 42 пациентов по классификации М-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 М-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 2-й группы против 26,32% 1-й. Считаём целесообразным рекомендовать применение бальной системы М-ANNHEIM в практике гастроэнтерологических, терапевтических учреждений и семейного врача.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, сахарный диабет, система М-ANNHEIM.

**The implementation of international standards of evaluation of clinic of chronic pancreatitis in family medicine**

**L.S. Babinets, U.M. Zakharchuk, S.R. Pidruchna**

It was conducted the estimation of chronic pancreatitis degree at 42 patients according to the classification of M-ANNHEIM depending on the presence of endocrine pancreatic insufficiency. The presence of endocrine insufficiency of pancreas in the way of diabetes mellitus complicated a clinical course of chronic pancreatitis according to the M-ANNHEIM scoring system, that correlated with the changes of coprogram ( $r=0,67$ ;  $p<0,001$ ), criteria of USD ( $r=0,54$ ;  $p<0,01$ ), level of glycated hemoglobin ( $r=0,66$ ;  $p<0,001$ ). For patients with chronic pancreatitis with concomitant diabetes mellitus, a CP degree was more expressed than in the case of chronic pancreatitis without endocrine insufficiency. Average severity (S) prevailed in 69,56% of patients in the 2<sup>nd</sup> group vs. 26,32% of the first group. We consider to recommend the use of M-ANNHEIM scoring system in gastroenterological practice, therapeutic institutions and practices of family physicians.

**Key words:** chronic pancreatitis, M-ANNHEIM system, diabetes mellitus.

Сведения об авторах

**Бабинец Лилия Степановна** – Тернопольский государственный медицинский институт имени И.Я. Горбачевского, 46001, г. Тернополь, площадь Воли, 1

**Захарчук Ульяна Михайловна** – Тернопольский государственный медицинский институт имени И.Я. Горбачевского, 46001, г. Тернополь, площадь Воли, 1. E-mail: uljana-2007@mail.ru

**Подручная Светлана Романовна** – Тернопольский государственный медицинский институт имени И.Я. Горбачевского, 46001, г. Тернополь, площадь Воли, 1

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабинець Л.С. Аналіз впливу різних етіологічних чинників на виникнення хронічного панкреатиту /Л.С. Бабинець // Вісник Вінницького держ. мед. університету. – № 7 (2/1). – 2003. – С. 444–445.
2. Винокурова Л.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 (2). – С. 10–25.
4. Губергриц Н.Б. Панкреатогенный сахарный диабет / Н.Б. Губергриц, Г.М. Лукашевич, О.А. Голубова и др. // РЖГК. – 2007. – № 6. – С. 11–16.
5. Ребров А.П. 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. Meier J.J. Functional assessment of pancreatic b-cell area in humans /J.J. Meier, B.A. Menge, T.G. Breuer and & // Diabetes 2009. – P. 595–603.
8. Schrader H. Determinants of glucose control in patients with chronic pancreatitis /H. Schrader, B.A. Menge, C. Zeidler, P.R. Ritter and oth. //Diabetologia 2010. – P. 43–47.

Статья поступила в редакцию 12.02.2014

**Указанные в статье лабораторные исследования выполняются в Медицинской лаборатории Синэво**

**Раздел 8.2 Показатели липидного обмена**

- 1121 Аполипопротеин А-1
- 1122 Аполипопротеин В
- 1143 Липаза
- 1072 Триглицериды
- 1073 Холестерин
- 1094 Пакет 4.5 «Липопротеиды фракционно»

**Раздел 8.3 Показатели углеводного обмена**

- 1112 Пакет 36 «Диабетический» (глюкоза, HbA1, инсулин, C-пептид, фруктозамин)
- 1576 Пакет 134 «Нарушения углеводного обмена» (HbA1, индекс НОМА, C-пептид)
- 1577 Пакет 135 «Дифференциальная диагностика диабетов» (HbA1, глутаминокислая декарбоксилаза, a/m IgG)
- 1181 Пакет 4.12 «Биохимия крови»
- 1165 Пакет 42 «Метаболический»
- 1051 Гаммаглутаматтрансфераза
- 1068 Щелочная фосфатаза
- 2198 Панкреатическая эластаза (кал, количеств.)