

# ТЕРАПІЯ

© Л.С. БАБІНЕЦЬ, У.М. ЗАХАРЧУК, 2013

Л.С. Бабінець, У.М. Захарчук

## МОЖЛИВОСТІ ПРАКТИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ БАЛЬНОЇ СИСТЕМИ M-ANNHEIM ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

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

**Вступ.** Поширеність, тяжкість перебігу, супутня патологія хронічного панкреатиту вимагає нових підходів до діагностики та лікування цієї недуги. У світовій практиці для вивчення ступеня тяжкості хронічного панкреатиту використовується бальна система M-ANNHEIM. Мета. Провести оцінку ступеня тяжкості перебігу хронічного панкреатиту за класифікацією M-ANNHEIM в залежності від наявності інкреторної недостатності підшлункової залози.

**Результати.** Дослідження 2-х груп хворих з хронічним панкреатитом (1 група) та хронічним панкреатитом, ускладненим цукровим діабетом (2 група), показало, що вираженість больового синдрому була достовірно більшою у 2 дослідній групі. З анамнезу хворих встановлено, що більшій кількості пацієнтів 2-ої групи проводилося хірургічне втручання. Наявність екзокринної недостатності доведено у хворих обох досліджуваних груп, причому у 2-ій групі - більшою мірою. Ендокринна недостатність проявлялась у хворих у вигляді цукрового діабету. Аналіз даних УЗД та копрограми мав аналогічну тенденцію.

**Висновки.** Наявність інкреторної недостатності підшлункової залози у вигляді цукрового діабету достовірно ускладнювала клінічний перебіг хронічного панкреатиту за бальною системою M-ANNHEIM, який корелював зі змінами копрограми ( $r=0,59$ ;  $p<0,001$ ), критеріями УЗД ( $r=0,48$ ;  $p<0,01$ ), рівнем глюкози ( $r=0,65$ ;  $p<0,001$ ). У хворих з хронічним панкреатитом, ускладненим цукровим діабетом, ступінь тяжкості захворювання був більш вираженим, ніж при хронічному панкреатиті без інкреторної недостатності: середній ступінь тяжкості (С) переважав у 70 % пацієнтів 2-ої групи проти 33 % 1-ої групи. Вважаємо за доцільне рекомендувати застосування бальної системи M-ANNHEIM в практику гастроентерологічних, терапевтичних закладів та практику сімейного лікаря

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

### ВСТУП

Хронічний панкреатит (ХП) залишається складною проблемою клінічної терапії та хірургії, незважаючи на прогрес в діагностиці і лікуванні цієї недуги. Це, очевидно, пов'язано з тим, що ХП є поліетіологічним захворюванням, оскільки в його розвитку відіграють роль одночасно декілька причин [1]. Серед них найбільше значення мають метаболічні зміни, імунітопосередковані фактори, вроджена і набута стриктура панкреатичної протоки та ін. [2]. Крім того, ХП, як і раніше, призводить до тяжких ускладнень і в ряді випадків

закінчується летально. Вагомим чинником у перебігу ХП є розвиток супутнього цукрового діабету (ЦД), перебіг якого при патології підшлункової залози (ПЗ), зокрема, при ХП, 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 нез'ясованими критерії оцінки тяжкості перебігу ХП та ХП з ЦД в залежності від ступеня вираженості порушень екскреторної та інкреторної функції ПЗ. У світовій практиці для вивчення ступеня тяжкості ХП з успіхом використовується бальна система 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 – провести оцінку ступеня тяжкості перебігу хронічного панкреатиту за класифікацією M-ANNHEIM в залежності від наявності інкреторної недостатності підшлункової залози.

### МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Було обстежено 35 хворих (17 чоловіків та 18 жінок) з діагнозом ХП, з них – 15 з ХП і 20 – з ХП і ЦД. Загальний середній вік – (49,6±2,4) років. Середній вік хворих з ХП становив – (43,9 ± 4,2) років (6 чоловіків та 9 жінок), а хворих з ХП і ЦД – (53,8 ± 2,5) років (11 чоловіків і 9 жінок). Діагноз ХП та ЦД верифікували згідно із загальноприйнятими в клініці критеріями [6].

Тяжкість перебігу ХП оцінювалась за системою M-ANNHEIM з урахуванням клінічної стадії, індексу та ступеня тяжкості. При цьому було проаналізовано наявність ендокринної недостатності, структурних змін ПЗ за даними УЗД, копрограми, рівнем глюкози в крові, кількості ускладнень. Оцінка копрограми проводилася за збільшенням кількості м'язових волокон, рослинної клітковини, що перетравлюється, жирних кислот, нейтрального жиру, лейкоцитів, появи слизу, яйця гельмінтів. Кожна патологічна ознака оцінювалась як 1 бал. Достовірність відмінностей середніх величин оцінювали за t-критерієм Ст'юдента ( $p < 0,05$ ).

Пацієнти розділені на 2 групи: хворі на ХП та ХП із супутнім ЦД. За класифікацією M-ANNHEIM всі хворі належали до діагностичної категорії «визначений» ХП. Із 35 досліджуваних пацієнтів 12 (34,20 %) мали II В, 2 хворих (8,57 %) – II С, 16 хворих (45,71 %) – III А та 4 хворих (11,42 %) – III В клінічну стадію.

Вивчення больового синдрому у досліджуваних пацієнтів виявило, що в 60,00 % (9 хворих) з ХП біль втамовувався при прийомі анальгетиків (2 бали). У 6 хворих (40,00 %) біль носив періодичний характер, що відповідало 3 балам. У 4 хворих (20,00 %) з ХП, ускладнений ЦД, біль вщухав після прийому анальгетиків (2 бали), а у 16 пацієнтів (80,00%) біль носив періодичний характер, що відповідало 3 балам. Контроль болю оцінювався за класифікацією M-ANNHEIM в 1 бал в усіх хворих (100 %), оскільки всі пацієнти отримували ненаркотичні анальгетики. Хірургічне лікування у групі хворих на ХП проводилося 2 пацієнтам (13,30%), а у хворих на ХП, ускладнений ЦД – 5 хворим (25,00 %), причому двом з них були проведені повторні операції.

У більшості хворих на ХП, ускладнений ЦД – 16 пацієнтів (80,00 %) – спостерігалася доведена екзокринна недостатність, яка відповідала 2 балам, у 4 хворих (20,00 %) - наявність помірної екзокринної недостатності, яка не потребувала замісної ферментної терапії (1 бал).

## ТЕРАПІЯ

У хворих на ХП 10 хворих (66,00 %) мали доведену - (2 бали) та 5 хворих (34,00 %) – легку (1 бал) - ендокринну недостатність. Хворих без недостатності функцій ПЗ в дослідженні не було. Ендокринна недостатність оцінювалася за відсутністю чи наявністю ЦД і виявлена у 20 хворих (100 %) з ХП, ускладнений ЦД. За даними УЗД, у 10 пацієнтів (66,00 %) з ХП виявили зміни у структурі ПЗ, які відповідали легкому ступеню тяжкості (2 бали за M-ANNHEIM), у 4 (26,70 %) пацієнтів – помірному (3 бали). Значні зміни в структурі ПЗ були відмічені в 1 хворого (6,60 %), що відповідало тяжкому ступеню (4 балам). У хворих з ХП, ускладненим ЦД, зміни при УЗД дослідженні були виражені більшою мірою. Зокрема, у 6 хворих зміни у структурі ПЗ відповідали легкому ступеню тяжкості (2 бали), у 12 хворих – помірному (3 бали). Тяжкі зміни у структурі ПЗ виявлені у 2 хворих на ХП, ускладнений ЦД, і відповідали тяжкому ступеню (4 балам). У хворих на ХП та ХП, на тлі ЦД, виявлялися ускладнення відповідно у 3 проти 4 хворих.

Виявлено 10 хворих на ХП з помірним (В) і 5 – з середнім (С) ступенем тяжкості за класифікацією M-ANNHEIM. Проте серед хворих на ХП і ЦД було виявлено 2 пацієнта із помірним (В), 14 – із середнім (С) та по 2 з вираженим (D) та важким (Е) ступенем тяжкості.

Аналізуючи дані копрограми, УЗД та рівня глюкози в крові, було виявлено наступні зміни, які наведені у таблиці 1. У хворих на ХП із ЦД зміни копрограми були достовірно більш значущими, ніж у хворих без ЦД ( $5,45 \pm 0,20$ ) проти ( $4,51 \pm 0,16$ ) балів). Аналогічна тенденція спостерігалася стосовно змін за критеріями УЗД у балах ( $5,25 \pm 0,27$ ) проти ( $4,33 \pm 0,33$ ) балів). Рівень глюкози у хворих з ЦД ( $7,09 \pm 0,42$ ) суттєво перевищував такий у хворих на ХП без інкреторної недостатності ( $5,31 \pm 0,23$ ) ммоль/л.

При проведенні кореляційно-регресійного аналізу були виявлені прямі кореляційні зв'язки між ступенем тяжкості ХП за M-ANNHEIM і змінами копрограми ( $r=0,59$ ;  $p<0,001$ ), критеріями УЗД ( $r=0,48$ ;  $p<0,01$ ), рівнем глюкози ( $r=0,65$ ;  $p<0,001$ ).

Таблиця 1

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

Показник	Групи хворих на ХП	
	ХП	ХП+ЦД
	M±m; n=15	M±m; n=20
Копрограма, бали	4,60±0,16	5,45±0,20*
УЗД, бали	4,33±0,33	5,25±0,27*
Глюкоза, ммоль/л	5,31±0,23	7,09±0,42*

Примітка: \* -  $p<0,05$ .

### ВИСНОВКИ

• Наявність інкреторної недостатності ПЗ у вигляді ЦД достовірно ускладнювала клінічний перебіг ХП за бальною системою M-ANNHEIM, який корелював зі змінами копрограми ( $r=0,59$ ;  $p<0,001$ ), критеріями УЗД ( $r=0,48$ ;  $p<0,01$ ), рівнем глюкози ( $r=0,65$ ;  $p<0,001$ ).

• У хворих з ХП, ускладненим ЦД, ступінь тяжкості захворювання був більш вираженим, ніж при ХП без інкреторної недостатності: середній ступінь тяжкості (С) переважав у 70 % пацієнтів 2-ої групи проти 33 % 1-ої, з'явилися випадки вираженого та важкого ступеня тяжкості.

• Вважаємо за доцільне рекомендувати застосування бальної системи M-ANNHEIM в практику гастроентерологічних, терапевтичних закладів та практики сімейного лікаря.

Перспективи подальших досліджень – продовжувати досліджувати ступінь тяжкості за системою M-ANNHEIM для передбачення перебігу ХП та ХП з ЦД та оцінки якості лікувальних програм.

### Літератури

1. Бабінець Л.С. Аналіз впливу різних етіологічних чинників на виникнення хронічного панкреатиту. Вісник Вінницького держ. мед. університету. 2003, 7 (2/1): 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. Москва. 2009.

3. Губергриц Н.Б. Новая международная классификация хронического панкреатита (2007) M-ANNHEIM. Вестник Клуба Панкреатологов. 2008, 1 (2): 10 – 25.

4. Губергриц Н.Б., Лукашевич Г.М., Голубова О.А. и др.. Панкреатогенный сахарный диабет. РЖГК. 2007, 6: 11-16.

5. Ребров А. П., Куницына М. А., Кашкина Е. И., Архангельская Е. Е. Панкреатогенный сахарный диабет: актуальные проблемы патогенеза и лечения (обзор). Саратовский научно-медицинский журнал. 2012, 8 (3): 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.

7. Meier J. J., Menge B. A., Breuer T. G. Functional assessment of pancreatic b-cell area in humans. Diabetes. 2009: 595–603.

8. Schrader H., Menge B.A., Zeidler C., Ritter P.R., and oth. Determinants of glucose control in patients with chronic pancreatitis. Diabetologia. 2010: 43-47.

Л.С. Бабинец, У.М. Захарчук

## Возможности практического применения балльной системы M-ANNHEIM при хроническом панкреатите в практике семейного врача

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я.Горбачевского МЗ Украины»

Введение. Распространенность, тяжесть, сопутствующая патология хронического панкреатита требует новых подходов к диагностике и лечению этой болезни. В мировой практике для изучения степени тяжести хронического панкреатита используется балльная система M-ANNHEIM.

Цель. Провести оценку степени тяжести хронического панкреатита по классификации M-ANNHEIM в зависимости от наличия инкреторной недостаточности поджелудочной железы. Результаты. Исследование 2-х групп больных с хроническим пнкреатитом (1 группа) и хроническим панкреатитом, осложненным сахарным диабетом (2 группа), показало, что выраженность болевого синдрома была достоверно больше во 2-ой группе. Из анамнеза больных было установлено, что большему числу пациентов 2-ой группы проводилось

хирургическое вмешательство. Наличие экзокринной недостаточности доказано у больных обеих исследуемых групп, причем во 2-ой группе - в большей степени. Эндокринная недостаточность проявлялась у больных в виде сахарного диабета. Анализ данных УЗИ и копрограммы имел аналогичную тенденцию.

Выводы. Наличие инкреторной недостаточности поджелудочной железы в виде сахарного диабета достоверно затрудняла клинику хронического панкреатита по балльной системе M-ANNHEIM, которая коррелировала с изменениями копрограммы ( $r = 0,59$ ,  $p < 0,001$ ), критериями УЗИ ( $r = 0,48$ ,  $p < 0,01$ ), уровнем глюкозы ( $r = 0,65$ ,  $p < 0,001$ ). У больных с хроническим панкреатитом, осложненным сахарным диабетом, степень тяжести заболевания была более выражена, чем при хроническом панкреатите без инкреторной недостаточности: средняя степень тяжести (С) преобладала у 70% пациентов 2-ой группы против 33% 1-ой. Считаем целесообразным рекомендовать применение балльной системы M-ANNHEIM в практику гастроэнтерологических, терапевтических учреждений и практику семейного врача.

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

L. S. Babinets, U. M. Zakharchuk

### Possibilities of practical application of the M-ANNHEIM scoring system at chronic pancreatitis in practice of a family physician

I.Ya.Horbachevsky Ternopil State Medical University of MH of Ukraine

Introduction. Prevalence, motion difficulties and concomitant pathology of chronic pancreatitis, require the new ways of diagnostics and treatment. In worldwide practice the study of chronic pancreatitis (CP) degree is performed according to M-ANNHEIM scoring system, that takes into account multiplicity of risk factors of chronic pancreatitis development.

Aim. To estimate chronic pancreatitis degree according to the classification of M-ANNHEIM depending on the presence of endocrine pancreatic insufficiency.

Results. The study of 2 groups of patients; with chronic pancreatitis (1 group) and chronic pancreatitis, complicated by diabetes mellitus (2 group), showed that the pain syndrome was more expressed in the 2<sup>nd</sup> experience group. It was established from anamnesis of patients, that surgical interference was conducted more frequently in the patients of the 2<sup>nd</sup> group. The presence of exocrine insufficiency is well-proved for the patients of both investigated groups, thus, in the 2<sup>nd</sup> experience group – in a greater degree. Endocrine insufficiency manifested as diabetes mellitus in the patients. The analysis of the USD and coprogram had an analogical tendency.

Conclusions. 1. 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 ( $r=0,59$ ;  $p<0,001$ ), criteria of USD ( $r=0,48$ ;  $p<0,01$ ), level of glucose ( $r=0,65$ ;  $p<0,001$ ). 2. For patients with chronic pancreatitis, complicated with diabetes mellitus, a CP degree was more expressed than in the case of chronic pancreatitis without endocrine insufficiency. Average severity (S) prevailed in 70 % of patients in the 2<sup>nd</sup> group vs. 33 % of the first group. 3 The use of M-ANNHEIM scoring system is recommended in gastroenterological practice, therapeutic institutions and practice of family physicians.

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