

СТАН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ У ПОЄДНАННІ З ІНШИМИ ВНУТРІШНІМИ ХВОРОБАМИ

Бабінець А.С., Квасніцька О.С., Мігенько А.М., Пінкевич О.Я.

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Порушення кісткового й мінерального обміну в пацієнтів з патологією підшлункової залози є закономірним, оскільки цей орган є основним секреторним регулятором роботи шлунково-кишкового тракту, який відіграє головну роль в абсорбції харчових речовин. При хронічному панкреатиті (ХП) одним з головних синдромів є зовнішньосекреторна недостатність підшлункової залози, що являє собою порушення травлення (мальдигестії) й пов'язаного з ним всмоктування (мальабсорбції) внаслідок зниження продукції панкреатичних ферментів і/або розладу реалізації їх дії [2, 10]. У зв'язку із цим порушується всмоктування та обмін вітаміну D і його метаболітів, а також має місце мальабсорбція кальцію та інших мінералів [2, 3]. Таким чином, остеопороз при ХП може мати компоненти як остеопорозу (гіповітаміноз вітаміну D), так і остеопорозу (порушення електролітного балансу). Крім того, при ХП часто має місце гіпоальбумінемія, що спричиняє неповноцінність білкової частини опорно-рухової системи хворого. Серед пацієнтів з ХП нерідким явищем є зловживання алкоголем, що може сприяти розвитку остеопенії [8, 9]. Стан кісткової тканини (КТ) у хворих на ХП вивчено недостатньо, наукові погляди розбіжні [4, 9], що зумовлює актуальність вивчення даної проблеми, тим більше, що захворюваність на ХП в Україні зростає (станом на 2000 р. складає 101,3 випадки на 100 тис. населення [7, 8]), первинна інвалідизація хворих досягає 15%, смертність пацієнтів з ХП протягом 10 років хвороби складає до 30%, а протягом 20 років – 50% [3]. Даних про стан КТ, наявність остеопорозу (ОД), його глибину при поєднаному перебігу ХП із такими складними

захворюваннями, як хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ), артеріальна гіпертензія (АГ), тютюнопаління (ТП), цукровий діабет (ЦД) і метаболічний синдром (МС) ми не знайшли. В той же час кількість поєднаної патології в клініці внутрішніх хвороб останніми роками зростає й складає 50-60% [4, 7]. Цим зумовлена актуальність проведення даного дослідження.

Мета дослідження – вивчити стан кісткової тканини у хворих на ХП, проаналізувати його в залежності від статі та наявності супутніх захворювань.

Матеріал і методи. Об'єктом дослідження були 95 хворих (49 чоловіків і 46 жінок) на ХП, середній вік хворих становив $(43,6 \pm 4,5)$ років. Стаж захворювання – $(17,0 \pm 6,5)$ років. Всі пацієнти знаходились на диспансерному спостереженні поліклінічного відділення Тернопільської міської клінічної лікарні №2. Діагноз ХП встановлювали за даними анамнезу, клінічних проявів, лабораторних даних, результатів УЗД органів черевної порожнини, ЕГДС [6]. Хворі на ХП за наявністю поєднаної патології були поділені на наступні групи: I – ХП; II – ХП+АГ; III – ХП+МС; IV – ХП+ТП; V – ХП+ЦД; VI – ХП+ХОЗЛ. Дослідження показників, що характеризують стан КТ, проводилось за допомогою двофотонного рентгенівського денситометра (Dual Energy X-Ray Absorptiometry – DXA) фірми Lunar corp. (Madison, WI) – Lunar DPX-A №2589 у поперековому відділі хребта. Аналізували наступні параметри: мінеральну щільність КТ (МЩКТ) поперекового відділу (L_1-L_4) з міжхребцевими щілинами, що враховує також і остеоартротичні зміни – в $г/см^2$ з точністю до $0,02 г/см^2$; відносні показники – Т- (peak bone mass – МЩКТ стосовно здоро-

вих молодих людей 20-45 років) та Z- (аналогічний показник стосовно людей своєї вікової групи) в одиницях стандартних відхилень SD (standard deviations); показники T- і Z- у % від рівня МЩКТ здорових молодих людей і людей своєї вікової групи [1, 4]. За T-критерієм визначали ступінь щільності кісткової маси (остеопенія, остеопороз чи остеосклероз) [1]. Оцінку показників проводили згідно рекомендацій Всесвітньої Організації охорони здоров'я (WHO, Geneva, 1994) [10]. Рівні остеопенії визначали за Л.Я. Рожинською [5]. Отримані результати було оброблено статистично за допомогою персонального комп'ютера з використанням стандартного пакета прикладних статистичних програм та оцінено за критеріями Ст'юдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідження встановило наявність різноспрямованих змін КТ у хворих на ХП із значним переважанням пацієнтів зі зниженою кістковою масою - ОД різної глибини виявили в 75,0% випадків: остеопенічний синдром I ст. - в 20,0%, II ст. - в 14,0%, III ст. - в 17,0%, остеопороз - в 24,0%. Остеодефіцит у віці до 45 років виявили переважно в чоловіків (71,4%), у віці 46-60 років - переважно в жінок (68,8%), у старших 60 років - виключно у жінок (100,0%). У хворих на ХП жінок частота й глибина супутніх остеопоротичних змін прогресувала з віком, а також з настанням і збільшенням тривалості менопаузи. Це перевищує епідеміологічні дані стану КТ в Україні в цілому та по Західному регіону [4]. В ході дослідження було проаналізовано дані щодо стану КТ при ХП залежно від наявних у пацієнтів з ХП супутніх нозологій. За отриманими даними можна стверджувати, що рейтинг глибини ОД (за T-критерієм, ум.од.) був наступним: ХП+ХОЗЛ<ХП+ЦД<ХП+ТП<ХП+МС<ХП+АГ<ХП (з різним ступенем достовірності). Причому в групі ХП+ХОЗЛ було констатовано ОД у формі остеопорозу ((-3,461±0,129) ум.од.), в групі ХП+ЦД - остеопенії III ст. ((-2,121±0,155) ум.од.), в групі ХП+ТП - остеопенії II ст. ((-1,729±0,034) ум.од.), в групах ХП+МС і ХП+АГ - остеопенії I ст. з достовірно нижчим рівнем МЩКТ у групі хворих ХП+МС ((-1,393±0,028) ум.од. і (-1,112±0,125) ум.од.).

У групі хворих на ХП без супутньої патології стан КТ був у межах норми ((-0,116±0,111) ум.од.), однак нижче нуля за відносними показниками T- і Z- (ум.од.) і в межах 90,0-92,0% за показниками T- і Z- (%). Суттєвої різниці між аналогічними показниками КТ у групах чоловіків і жінок залежно від супутніх захворювань не було встановлено.

Таким чином, при ХП наявність проаналізованих супутніх захворювань (артеріальна гіпертензія, метаболічний синдром, тютюнопаління, цукровий діабет і хронічні обструктивні захворювання легень) сприяла поглибленню ОД відповідно з черговістю в наведеному переліку нозологій, що потребує подальшого вивчення й врахування в комплексних лікувальних програмах.

Висновки.

1. За даними двофотонної рентгенівської денситометрії при ХП встановлено наявність різноспрямованих змін мінеральної щільності кістки з переважанням остеодефіциту (75,0%): остеосклероз - у 10,0% хворих, остеопенічний синдром I ст. - в 20,0%, II ст. - в 14,0%, III ст. - в 17,0%, остеопороз - в 24,0%.

2. Серед 95 хворих на ХП супутній остеодефіцит у віці до 45 років був притаманний переважно чоловікам (71,4%), у віці 46-60 років - переважно жінкам (68,8%), у старших 60 років - виключно жінкам (100,0%).

3. При ХП наявність проаналізованих супутніх захворювань (артеріальна гіпертензія, метаболічний синдром, тютюнопаління, цукровий діабет і хронічні обструктивні захворювання легень) сприяла поглибленню ОД відповідно з черговістю в наведеному переліку нозологій від рівня остеопенії I ст. при перших двох нозологіях, остеопенії II ст. - при тютюнопалінні, остеопенії III ст. - при цукровому діабеті, остеопорозу - при ХОЗЛ.

Перспективи подальших досліджень - вважаємо актуальним проаналізувати залежність трофологічного статусу хворих на хронічний панкреатит від супутньої патології.

Література

1. *Войташшак Й.* Диагностика остеопороза в ортопедии – базис точного лечения / *Й. Войташшак, А. Швец* // Словакофарма ревью. – 1997. – № 2. – С. 50-55.
2. *Губергриц Н.Б.* Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы: этиопатогенетические варианты и лечение / *Н.Б. Губергриц* // Сучасна гастроентерологія. – 2003. – №3 (13). – С. 24-32.
3. *Губергриц Н.Б.* Клиническая панкреатология / *Н.Б. Губергриц, Т.Н. Христинич*. – Донецк: ООО «Лебедь», 2000. – 416 с.
4. *Поворознюк В.В.* Остеопороз на Украине / *Е.П. Подрушняк, Е.В. Орлова* и др. – Киев: Институт геронтологии АМН Украины, 1995. – 48 с.
5. *Рожинская Л.Я.* Системный остеопороз / *Л.Я. Рожинская* – М.: Издатель Мокеев, 2000. – 196 с.
6. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. д.м.н., проф. Ю.М. Мостового. – 11-е вид., доп. і перероб. – Вінниця, 2009. – 589 с.
7. *Христинич Т.М.* Роль поджелудочной железы в патогенезе метаболического синдрома / *Т.М. Христинич, Т.Б. Кендзерская, З.А. Мельничук* // Сучасна гастроентерологія. – 2004. – №1 (15). – С. 10-16.
8. *Христинич Т.М.* Хронический панкреатит: нерешенные проблемы / *Христинич Т.М., Пишак В.П., Кендзерская Т.Б.* – Черновцы: Медуниверситет, 2006. – 280 с.
9. *Rao O.S.* Metabolic bone diseases in gastrointestinal and billiary disorders / In: *F. Favus (Ed.) Primer Metabolic bone diseases and Disorders of Mineral Metabolism.* – New York: Raven Press, 1993. – P. 268-274.
10. World Health Organization: Assesment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: World Health Organization Technical Report Series 843 / WHO, Geneva, 1994. – P. 1-129.