

© Гонцарюк Д. А.

УДК 612.3

Гонцарюк Д. А.

## ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ: СОЧЕТАНИЕ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

ВГУУ «Буковинский государственный медицинский университет»,

г. Черновцы

В статье представлены и систематизированы данные о наиболее частых причинах, способствующих развитию и прогрессированию хронического панкреатита, освещены вопросы значимости кислотозависимых заболеваний гастродуоденальной и билиарной зон для особенностей клинического течения коморбидности заболеваний. Проведен анализ анкет (согласно вопросника GSRS). Установлено, что у больных ХП в сочетании с заболеваниями гастродуоденальной зоны преобладает болевой и диспепсический синдром, которые являются существенными факторами снижения качества жизни. Длительность течения ХП 10 лет и наличие трофологического синдрома также значительно снижает показатели качества жизни. Автором сделан вывод о том, что сочетание хронического панкреатита с заболеваниями гастродуоденальной и билиарной зон часто изменяет клиническую симптоматику, что, удлиняет срок верификации диагноза основного заболевания.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, кислотозависимые заболевания, заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей, качество жизни.

Работа выполнена согласно плана научных исследований ВГУУ «Буковинский государственный медицинский университет» «Генетические, метаболические аспекты, воспаление, дисфункция эндотелия и лечение при сочетанной патологии внутренних органов», № государственной регистрации 0112U003546.

**Введение.** Несмотря на достаточное количество работ, посвященных диагностике и лечению хронического панкреатита (ХП), заболеваемость остается высокой и постоянно увеличивается. Она составляет 4-8 случаев, а распространенность в Европе составляет 25 случаев на 100 000 населения, что и усилило внимание медицинских работников к данной проблеме [16]. Кроме того, рост заболеваемости сопряжен с высоким уровнем временной нетрудоспособности, инвалидизации, что предопределяет одну из трудно разрешимых медицинских и социальных проблем [2, 6, 10].

Курение, избыточное потребление алкоголя, субфабрикатов, которые содержат большое количество консервантов, усилителей вкуса, злоупотребление жирной пищей, белковый дефицит,

гиповитамиоз, неконтролируемое применение медикаментозных средств являются причинами, приводящими к возникновению и прогрессированию ХП [4]. Среди групп острых хирургических заболеваний острые панкреатиты находятся на третьем месте по частоте и составляют 14,6% [12]. Заболевания органов желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы [8, 15], синдром чрезмерного бактериального роста [5], гиперлипидемия [3], генетическая предрасположенность [8], эндокринные заболевания (особенно касающиеся щитовидной и поджелудочной железы) [9] оказывают существенное влияние на течение ХП, чаще всего изменяя, маскируя и утяжеляя клинику коморбидно протекающих заболеваний [11].

Коморбидность гастроэнтерологических заболеваний можно объяснить условиями эмбрионального развития: они сопряжены. Кроме того, их деятельность сопряжена с иннервацией блуждающим нервом, симпатической, неадренергической холинергической систем, с регуляторными возможностями эндокринных органов, к числу которых относится поджелудочная железа (ПЖ) и слизистая двенадцатиперстной кишки (ДПК), о которой А. М. Уголев говорил как об эндокринном органе.

При изучении механизма развития заболеваний органов пищеварения, в том числе при их коморбидности с ХП, достижения в области гастроинтестинальной эндокринологии дают основание к системному подходу в решении вопросов патогенеза, изменений классической клинической картины каждой из этих болезней [13].

**Цель данного исследования** заключалась в определении клинической значимости, частоты встречаемости и особенностей совместного течения хронического панкреатита и заболеваний гастродуоденальной и билиарной систем.

**Материалы и методы.** Объект исследования – хронический панкреатит и его сочетание с заболеваниями гастродуоденальной и билиарной зоны.

**Методы исследования:** опрос, объективные, лабораторные, инструментально-функциональные с использованием эндоскопических, ультрасонографических и рентгенологических методов и вопросника GSRS, определяющего качество жизни пациента. Вопросник включает в себя 15 вопросов, из которых формируются 6 шкал (шкала по болевому,

рефлюкс-синдрому, диарейному, диспепсическому, синдрому запоров, шкала суммарной оценки). Показатели шкал колеблются от 1 до 7 баллов, высшее количество баллов свидетельствует о худшем качестве жизни. Клинически значимой принимали разницу в 0,5 баллов.

#### **Результаты исследования и их обсуждение.**

Обследовано 112 человек, страдающих хроническим панкреатитом (ХП), алкогольный ХП выявлен в 37,5% случаев, вторичный характер поражения поджелудочной железы вследствие гастроэнтерологических заболеваний, перенесенных ранее, или протекающих параллельно отмечен у 61,6% больных.

Возраст пациентов колебался от 16 до 62 лет. Хронический панкреатит (ХП) диагностирован у 53 больных, хронический рецидивирующий панкреатит (ХРП) – у 59 больных. Длительность течения колебалась от 3 до 10 лет. Сочетанность заболеваний ХП и органов желудочно-кишечного тракта наблюдалась почти в 82,1% случаев первичного обращения больных.

Алкогольная этиология и курение при ХРП (согласно полученным данным) встречалась у 47,3%, у остальных больных (42,3%) диагностирован вторичный характер ХП на фоне заболеваний органов пищеварения (у 19,1% причиной была язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК), у 31,9% хронический первичный гастродуоденит, у 41,1% – хронический холецистит (из них в 9,9% случаев калькулезный), у остальных дополнительно диагностировались синдром раздраженного кишечника (СРК) и дисбиоз.

Алкогольным панкреатитом в большинстве случаев болели мужчины, у женщин чаще встречалось сочетание с заболеваниями билиарной системы, где фигурировал диагноз дискинезий желчного пузыря и желчевыводящей системы. По-видимому, это связано с нарушениями обмена веществ, которые способствовали изменению физико-химических свойств и состава желчи (ожирение, сахарный диабет, гиперлипотеинемии, подагра и др.).

Среди факторов риска алиментарный отмечался у 57 пациентов (50,9%): на нарушение ритма приема пищи указывал 71 (64,3%) обследованный. Хронические нервные перенапряжения отмечали 11 (20,8%) пациентов, а в случае алкогольного характера – острые, имели место у 6 (11,3%). Изложенное выше дало основание рассматривать психозомоциональные перенапряжения у ряда больных в качестве фактора риска рецидивов, либо риска торпидности к лечению [14]. Однако следует также учитывать и ятрогенный фактор в этиологии и патогенезе развития медикаментозного панкреатита (например, при лечении нестероидными противовоспалительными препаратами, приводящими и к гастродуоденальным осложнениям), среди которых особого внимания заслуживает развитие деструктивных изменений слизистой оболочки, клинически проявляющееся эрозивно-язвенными изменениями, а также гастродуоденальными кровотечениями вторичного характера. Таких больных было 3.

Полученные данные позволили оценить особенности клинического течения хронического панкреатита, сочетающегося с хроническим гастродуоденитом, язвенной болезнью, с дисфункцией желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Так, к примеру, тяжесть течения у 34 (30,3%) больных зависела, от непрерывно-рецидивирующего течения, у 30 (26,7%) – от состояния внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, обусловливающей системность прогрессирования трофологического синдрома, что согласуется с данными других авторов [1,6], а также длительностью болевого и диспепсического синдромов [7].

Нарушение внешнесекреторной функции поджелудочной железы (в той или иной степени) встречалось у 70,2% всех обследованных, дискинезии ДПК (чаще всего бульбостаз, выявляемый рентгенологически) – у 16,2%, эрозивно-язвенные поражения двенадцатиперстной кишки выявлялись в 21,4% случаев, неэрозивная ГЭРБ диагностирована у 11 (9,8%) человек, дискинезии желчного пузыря и дисфункция сфинктера Одди по смешанному (билиарному и панкреатическому типу) выявлены – в 38,4% случаев (диагностированных при наличии желчного пузыря). Описанные заболевания желчного пузыря, сфинктерного аппарата и желчевыводящих путей, по-видимому, возникают вторично, вследствие гормональных расстройств, сопровождающихся у ряда больных (преимущественно женщины), недостаточным образованием тиреоидина, окситоцина, либо кортикостероидов или половых гормонов, на что также направлялся диагностический поиск.

Симптоматика, указывающая на трофологическую дисфункцию, включала в себя не только внешнесекреторную недостаточность ПЖ, но и снижение массы тела, анемии легкой и средней тяжести, достоверно низкий уровень общего белка у 27 больных (23,2%), явления остеопороза у 16 (14,7%) человек.

Абдоминальный болевой синдром диагностирован у 57 (50,9%) пациентов в группе больных с течением ХП средней тяжести, где обострения фиксировались до 3 раз в году. Боль была волнообразной, периодически усиливаясь и затихая, от острой до тупой, торпидной к медикаментозной коррекции. Следует подчеркнуть, что характер ее изменялся в зависимости от сопутствующих заболеваний гастродуоденальной зоны: изменялась локализация (при эрозивном гастродуодените она напоминала язвенноподобную, при дисфункциях со стороны билиарного тракта она локализовалась в области правого подреберья), а трофологические нарушения более, чем в 30% случаев не сопровождались выраженным болевым синдромом.

В группе с хроническим панкреатитом легкого течения (55 пациентов) болевой и диспепсический синдромы беспокоили периодически. Они были кратковременными, иногда при нарушении режима, иногда без видимых причин. Признаки дискинезий двенадцатиперстной кишки по типу дуоденогастрального рефлюкса отмечены у 15,7%

пациентов, гастроэзофагеальный рефлюкс встречался у 28,07%, чаще в ночное время суток. Дискинезии желчного пузыря и дисфункция сфинктера Одди по смешанному (билиарному и панкреатическому типу) выявлены – у 12,2%, трофологические нарушения – у 10,5%, психоэмоциональная нестабильность регистрировалась у 42,10%.

При изучении качества жизни было выявлено, что болевой синдром различной интенсивности доминировал у 77,5%, диспепсический – у 18,1% пациентов, по 12,5% приходилось на рефлюкс-синдром и запоры. Значительно меньшее количество пациентов 5 больных (9,09%) указывало на периодически возникающую диарею.

Шкалы абдоминальной боли были повышены у больных с кислотозависимым течением сопутствующих заболеваний. Показатели значительно снижались при наличии трофологического синдрома и длительности течения ХП около 10 лет. Таким образом, при анализе анкетных данных у больных ХП было установлено преобладание болевого и диспепсического синдрома, которые являются существенными факторами снижения качества жизни, особенно при сочетанном течении, что согласуется с данными Я. С. Циммермана [14].

Следовательно, полученные результаты свидетельствуют в пользу того, что хронический панкреатит очень редко протекает самостоятельно, часто сочетаясь с заболеваниями гастродуоденальной зоны. Сопутствующими заболеваниями были хронический гастродуоденит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с интенсификацией кислотообразования, заболевания билиарной системы, а также дуодено-гастральный и гастроэзофагеальный рефлюксы, что маскировало клинику ХП и затрудняло установление диагноза.

#### Выводы.

1. Среди причин развития хронического панкреатита, его обострений значение имеют как вредные привычки (злоупотребление алкоголем, курение), так и периодические обострения сопутствующих заболеваний гастродуоденальной зоны.

2. Сочетание хронического панкреатита с заболеваниями гастродуоденальной и билиарной зоны часто изменяет клиническую симптоматику, что, удлиняет срок верификации диагноза основного заболевания.

**Перспективы дальнейших исследований** заключаются в исследовании возможности общепринятой рекомендуемой комплексной терапии в достижении клинической эффективности лечения в требуемые сроки для данной группы больных.

### Список литературы

1. Бабінець Л. С. Вплив супутніх захворювань на про- та антиоксидантний статус хворих на хронічний панкреатит/ Л. С. Бабінець, О. С. Квасницька, Л. М. Мігенько [та ін.] // Гастроентерологія: міжвідомчий збірник. – Дніпропетровськ: Інновація, 2010. – Вип. 44. – С. 72-77.
2. Бабінець Л. С. Патогенетические аспекты формирования дисфункции поджелудочной железы при хроническом панкреатите с дислипидемией / Л. С. Бабінець, Л. М. Мігенько, Б. О. Мігенько // Наука в центральной России. – 2012. – № 2. – С. 45-52.
3. Бойко В. В. Переваги люмбоскопії в хірургії некрозів перипанкреатичної жирової клітковини / В. В. Бойко, В. І. Щербачков, О. В. Кузнецов [та ін.] // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2013. – Т. 14, № 3. – С. 311-314.
4. Бордин Д. С. Клинико-патогенетическое значение синдрома избыточного бактериального роста при хроническом панкреатите / Д. С. Бордин, Ю. В. Осипенко, Л. В. Винокурова, Е. А. Дубцова // Вестник клуба панкреатологов. – 2013. – № 4. – С. 25-28.
5. Губергриц Н. Б. Лабиринты панкреатологии / Н. Б. Губергриц, А. Д. Зубов, П. Г. Фоменко, Г. М. Лукашевич // Вестник клуба панкреатологов. – 2012. – № 4. – С. 8-15.
6. Губергриц Н. Б. И снова о лекарственном панкреатите / Н. Б. Губергриц, О. А. Голубова, А. Е. Клочков // Вестник клуба панкреатологов. – 2013. – № 4. – С. 50-57.
7. Железнякова Н. М. Роль генетических факторов в оценке кардиоваскулярного риска у пациентов с сочетанным течением хронического обструктивного заболевания легких и хронического панкреатита / Н. М. Железнякова, М. С. Кишеня // Вестник клуба панкреатологов. – 2013. – № 4. – С. 45-49.
8. Радченко О. М. Підшлункова залоза та метаболічний синдром / О. М. Радченко, Л. М. Радченко // Сучасна гастроентерологія. – 2013. – № 5 (73). – С. 21-26.
9. Спесивцев В. Н. Факторы риска развития хронического панкреатита и рака поджелудочной железы / В. Н. Спесивцев, А. В. Калинин // Клинические перспективы гастроэнтерологии и гепатологии. – 2008. – № 32. – С. 44-47.
10. Ткач С. М. Достижения гастроэнтерологии в 2012 году / С. М. Ткач // Здоров'я України. Тематичний номер. – 2013. – № 1 (27). – С. 20-24.
11. Харченко Н. В. Клиническая гастроэнтерология / Н. В. Харченко, Г. А. Анохина, Н. Д. Опанасюк [и др.]. – Киев : Здоров'я, 2000. – 448 с.
12. Христич Т. Н. Психофизиологический статус у больных хроническим панкреатитом и его коррекция / Т. Н. Христич // Гастроентерологія. Міжвідомчий збірник. – 2006. – Дніпропетровськ. – С. 407 – 411.
13. Христич Т. Н. Хронический панкреатит: нерешенные проблемы / Т. Н. Христич, В. П. Пишак, Т. Б. Кендзерская. – Черновцы, 2006. – 280 с.
14. Циммерман Я. С. Хронический панкреатит / Я. С. Циммерман // Вестник Клуба Панкреатологов. – 2009. – № 1. – С. 38-41.

15. Шалимов А. А. Хронический панкреатит: современные концепции патогенеза, диагностики и лечения / А. А. Шалимов, В. В. Грубник, Дж. Горовиц [и др.]. – Киев : Здоров'я, 2000. – 255 с.
16. Apte M. V. Pancreatic stellate cells: a starring role in normal and diseased pancreas / M. V. Apte, R. C. Pirola, J. S. Wilson // Front Physiol. – 2012. – Vol. 3. – P. 344-3543.

УДК 612.3

### **ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ: ПОЄДНАННЯ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ**

**Гонцарюк Д. О.**

**Резюме.** У статті представлено і систематизовано дані про найчастіші причини, які сприяють розвитку та прогресуванню хронічного панкреатиту, висвітлено питання значущості кислотозалежних захворювань гастроудоденальної та біліарної зон для особливостей клінічного перебігу даної коморбідності. Проведено оцінку даних анкет (відповідно опитувальника GSRS), встановлено превалювання больового та диспепсичного синдрому, які є суттєвими факторами зниження якості життя. Перебіг ХП тривалістю 10 років, наявність трофологічного синдрому також значно знижувало показники якості життя. Автором зроблено висновок про те, що поєднання хронічного панкреатиту із захворюваннями гастроудоденальної та біліарної зон часто змінює клінічну симптоматику, що подовжує термін встановлення основного діагнозу.

**Ключові слова:** хронічний панкреатит, кислотозалежні захворювання, захворювання жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, якість життя.

UDC 612.3

### **Chronic Pancreatitis: Combined with Gastroduodenal Zone Diseases**

**Gontsaryuk D. A.**

**Abstract.** *The purpose* of the study is to determine the clinical significance, frequency and characteristics of chronic pancreatitis combined with gastroduodenal and biliary systems disease.

*The object of study* – chronic pancreatitis and its combination with gastroduodenal and biliary zone diseases.

*Methods:* objective, laboratory, instrumental and functional, using endoscopic, ultrasonographic and radiological techniques, questionnaire GSRS, determines the quality of life of the patient. The questionnaire includes 15 questions, of which 6 are formed of scales (scale in the pain, reflux syndrome, dyspeptic, constipation syndrome, total scale score). Performance scales ranging from 1 to 7 balls, the highest number of points indicates the worst quality of life. Clinically significant taking difference in 0.5 balls.

*Results and discussion.* The study involved 112 people aged 16 to 62 years with chronic pancreatitis (CP). Chronic pancreatitis (CP) was diagnosed in 53 patients with chronic relapsing pancreatitis (CRP) – 59 patients. Flow duration was ranged from 3 to 10 years. The combination of CP and diseases of gastroduodenal zone of the digestive tract was observed in almost 82.1% of the primary treatment of the patients. Alcoholic CP detected in 37.5% cases, the secondary lesion factor of the pancreas due to gastrointestinal diseases transferred earlier, or proceeding parallel noted in 61.6% of patients. In the study of quality of life according to the questionnaire GSRS found that pain dominated at 77.5%, dyspeptic – at 18.1%, reflux syndrome and constipation troubled by 12.5% of patients. Significantly fewer patients indicated periodically arise diarrhea (5 patients (9.09%)). Most abdominal pain scales were increased in patients with acid-related diseases course. With prolonged duration 10 years, CP and availability trophological syndrome indicators significantly reduced. It was concluded that the combination of chronic pancreatitis with gastroduodenal diseases and biliary zones diseases often changes the clinical symptoms, which prolongs the verification of the diagnosis of the basic disease.

**Keywords:** chronic pancreatitis, acid disorders, diseases of the gallbladder and biliary tract, quality of life.

Стаття надійшла 24. 11. 2015 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування