

Матеріали науково-практичної конференції “Актуальні питання внутрішньої медицини” (21-22 квітня 2011 року, м. Чернівці)

УДК 616.37-002:616.71-007.234

Л.С.Бабінець, О.С.Квасницька, Л.М.Мігенько, О.Я.Пінкевич

ОСТЕОДЕФІЦИТ І ВПЛИВ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ НА ЙОГО ГЛИБИНУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського

Резюме. Серед 95 проаналізованих хворих на хронічний панкреатит у 75 % встановили наявність остеодифіциту різного ступеня тяжкості: остеопенію I ст. – у 20 %, II ст. – у 14 %, III ст. – у 17 %, остеопороз – у 24 %. Остеодифіцит у віці до 45 років виявили переважно в чоловіків (71,4 %), у віці 46-60 років – переважно в жінок (68,8 %), старше 60 років – винятково в жінок (100 %). Наявність проаналізованих супутніх захворю-

вань сприяла поглибленню остеодифіциту від рівня остеопенії I ст. при артеріальній гіпертензії і метаболічному синдромі, остеопенії II ст. – при тютюнокурінні, остеопенії III ст. – при цукровому діабеті, остеопорозу – при ХОЗЛ.

Ключові слова: хронічний панкреатит, мінеральна щільність кісткової тканини, остеодифіцит, остеопенія, остеопороз.

Вступ. Порушення кісткового і мінерального обміну в пацієнтів із 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 із головних синдромів є зовнішньосекреторна недостатність підшлункової залози, яка проявляється порушенням травлення (мальдигестія) і пов'язаного з ним всмоктування (мальабсорбція) внаслідок зниження продукції панкреатичних ферментів і/або розладу реалізації їх дії [2, 10]. У зв'язку з цим порушується всмоктування та обмін вітаміну Д і його метаболітів, а також має місце мальабсорбція кальцію та інших мінералів [2, 3]. Отже, остеодифіцит при ХП може мати компоненти як остеомаліції (гіповітаміноз вітаміну Д), так і остеопорозу (порушення електrolітного балансу). Крім того, при ХП часто має місце гіпоальбумінемія, що спричиняє неповноцінність білкової частини опорно-рухової системи хворого. Серед пацієнтів із 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 суперечливі [4, 9], що зумовлює актуальність вивчення даної проблеми. Тим більше, що захворюваність на ХП в Україні зростає (станом на 2000 р. складає 101,3 випадка на 100 тис. населення [7, 8]), первинна інвалідизація хворих досягає 15 %, смертність пацієнтів з ХП протягом 10 років хвороби становить до 30 %, а протягом 20 років – 50 % [3]. Відсутні дані щодо стану КТ, наявності остеодифіциту (ОД), його глибини при поєднаному перебігу ХП із хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), артеріальною гіпертензією (АГ), тютюнокурінням (ТК),

цукровим діабетом (ЦД) і метаболічним синдромом (МС). У той же час кількість поєднаної патології у клініці внутрішніх хвороб останніми роками зросла і становить 50-60 % [4, 7]. Цим зумовлена актуальність проведення даного дослідження.

Мета дослідження. Вивчити стан кісткової тканини у хворих на ХП, проаналізувати його залежно 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±4,5) років. Стаж захворювання – (17,0±6,5) років. Всі пацієнти перебували 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 розподілені на такі групи: I – ХП; II – ХП+АГ; III – ХП+МС; IV – ХП+ТК; V – ХП+ЦД; VI – ХП+ХОЗЛ. Дослідження показників, що характеризують стан КТ, проводилося 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 такі параметри: мінеральну щільність КТ (МЩКТ) поперекового відділу L1-L4 з міжхребцевими щілинами, що враховує також і остеоартротичні зміни – у г/см² з точністю до 0,02 г/см²; відносні показники – Т (peak bone mass) – МЩКТ стосовно здорових молодих людей 20-45 років в одиницях SD (standart deviations) – одиниця стандартних відхилень і Z – аналогічний показник стосовно людей своєї вікової групи; показники Т і Z у % від рівня МЩКТ здорових молодих людей і людей своєї вікової групи [1, 4]. За

Таблиця

Показники денситометрії поперекового відділу хребта у хворих на хронічний панкреатит у різних групах за супутньою патологією

Показник КТ		Групи хворих на ХП за супутньою патологією					
		ХП (n=20)	ХП+АГ (n=15)	ХП+МС (n=15)	ХП+ТК (n=15)	ХП+ЦД (n=15)	ХП+ХОЗЛ (n=15)
МЩКТ, г/см ²	ч	1,126± 0,051	1,009± 0,022*	0,968± 0,021	0,924± 0,012*	0,868± 0,034*	0,728± 0,023*
	ж	1,113± 0,098*	0,988± 0,073	1,003± 0,110	0,933± 0,013	0,910± 0,022	0,703± 0,032*
Т, ум.од.	ч	-0,116± 0,111	-1,112± 0,125*	-1,393± 0,028	-1,729± 0,034*	-2,121± 0,155*	-3,461± 0,129*
	ж	-0,129± 0,031	-1,349± 0,029*	-1,486± 0,065*	-1,867± 0,069*	-2,098± 0,153*	-3,762± 0,253*
Т, %	ч	91,23± 3,26	89,23± 1,99	88,37± 2,23*	82,39± 2,68*	77,38± 1,95*	66,81± 1,34*
	ж	90,99± 2,66	88,53± 2,23	85,56± 1,65*	81,68± 1,37*	76,51± 2,05	64,54± 3,09*
Z, ум.од.	ч	-0,523± 0,261	-1,069± 0,209*	-1,395± 0,119	-1,467± 0,236	-1,921± 0,135*	-2,463± 0,129*
	ж	-0,629± 0,129	-1,238± 0,109*	-1,521± 0,071*	-1,621± 0,116*	-1,993± 0,025*	-2,821± 0,466*
Z, %	ч	92,84± 3,21	90,80± 1,20	86,32± 1,05*	84,03± 0,99*	82,37± 2,35	74,28± 1,32*
	ж	91,86± 2,69	89,06± 2,03	87,22± 2,13*	83,98± 1,93	81,39± 1,98	73,35± 3,38*

Примітка. * - вірогідна відмінність стосовно показників попередньої групи; всі показники достовірні стосовно референтної бази Lunar

Т-співвідношенням визначали ступінь щільності кісткової маси (остеопенія, остеопороз чи остеосклероз) [1]. Оцінку показників проводили згідно з рекомендаціями Всесвітньої Організації охорони здоров'я (WHO, Geneva, 1994) [10]. Рівні остеопенії визначали за методом Л.Я. Рожинської [5]. Отримані результати оброблено статистично за допомогою персонального комп'ютера з використанням стандартного пакета прикладних статистичних програм та оцінено за критеріями Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення.

Дослідження встановило наявність різнонаправлених змін КТ у хворих на ХП з істотним переважанням пацієнтів із зниженою кістковою масою – ОД різної глибини виявили в 75 % випадків: остеопенічний синдром I ст. – у 20 %, II ст. – у 14 %, III ст. – у 17 %, остеопороз – у 24 %. Остеодефіцит у віці до 45 років виявили переважно у чоловіків (71,4 %), у віці 46-60 років – переважно у жінок (68,8 %), у старших 60 років – виключно в жінок (100 %). У хворих на ХП жінок частота і глибина супутніх остеопоротичних змін прогресувала з віком, а також із настанням і збільшенням тривалості менопаузи. Це перевищує епідеміологічні дані стану КТ в Україні в цілому та по Західному регіону [4].

У таблиці наведені отримані дані щодо стану КТ при ХП залежно від проаналізованих наявних супутніх нозологій. За отриманими даними, можна стверджувати, що рейтинг глибини ОД (за рівнем

T% і Tум.од.): ХП+ХОЗЛ<ХП+ЦД<ХП+ТК<ХП+МС<ХП+АГ<ХП (з різним ступенем достовірності). Причому в групі ХП+ХОЗЛ констатовано ОД у формі остеопорозу, у групі ХП+ЦД – остеопенії III ст., у групі ХП+ТК – остеопенії II ст., у групах ХП+МС і ХП+АГ – остеопенії I ст. з достовірно нижчим рівнем МЩКТ у групі хворих на ХП+МС. У групі хворих на ХП без супутньої патології стан КТ у межах норми, однак нижче нуля за відносними показниками Tум.од. і Zум.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 встановлено.

Отже, при ХП наявність проаналізованих супутніх захворювань (артеріальна гіпертензія, метаболічний синдром, тютюнокуріння, цукровий діабет і хронічне обструктивне захворювання легень) призводить до поглиблення ОД відповідно з черговістю у наведеному переліку нозологій, що потребує подальшого вивчення і врахування в комплексних лікувальних програмах.

Висновки

1. За даними двофотонної рентгенівської денситометрії при хронічному панкреатиті встановлено наявність різнонаправлених змін мінеральної щільності кістки з переважанням остеодефіциту (75 %): остеосклероз – у 10 % пацієнтів, остеопенічний синдром I ст. – у 20 %, II ст. – у 14 %, III ст. – у 17 %, остеопороз – у 24 %.

2. Серед 95 хворих на хронічний панкреатит супутній остеодифіцит у віці до 45 років притаманний переважно чоловікам (71,4 %), у віці 46-60 років – переважно жінкам (68,8 %), у старших 60 років – виключно жінкам (100 %).

3. При хронічному панкреатиті наявність проаналізованих супутніх захворювань (артеріальна гіпертензія, метаболічний синдром, тютюнокуріння, цукровий діабет і хронічне обструктивне 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 тютюнокурінні, остеопенії III ст. – при цукровому діабеті, до остеопорозу – при хронічному обструктивному захворюванні легень.

Перспективи подальших досліджень. Актуальним є аналіз залежності 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 гастроентерол. – 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. Остеопороз на Украине / В.В.Поворознюк, Е.П.Подрушняк, Е.В.Орлова [и др.]. – К.: Институт геронтологии АМН Украины, 1995. – 48 с.
5. Рожинская Л.Я. Системный остеопороз / Л.Я.Рожинская. – М.: Мокеев, 2000. – 196 с.
6. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. д.мед.н., проф. Ю.М.Мостового. – 11-е вид., доп. і перероб. – Вінниця, 2009. – 589 с.
7. Христинич Т.Н. Роль поджелудочной железы в патогенезе метаболического синдрома / Т.Н.Христинич, Т.Б.Кендзерская, З.А.Мельничук // Сучасна гастроентерол. – 2004. – № 1 (15). – С. 10-16.
8. Христинич Т.Н. Хронический панкреатит: нерешенные проблемы / Т.Н.Христинич, В.П.Пишак, Т.Б.Кендзерская – Черновцы: Медуниверситет, 2006. – 280 с.
9. Rao O.S. Metabolic bone diseases in gastrointestinal and biliary disorders / O.S.Rao // Primer Metabolic bone diseases and Disorders of Mineral Metabolism. – Raven Press, New York, 1993. – P. 268-274.
10. World Health Organization: Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. – WHO Technical Report Series 843. WHO, Geneva, 1994.

ОСТЕОДЕФИЦИТ И ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ НА ЕГО ГЛУБИНУ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Л.С.Бабинец, О.С.Квасницкая, Л.М.Мигенько, О.Я.Пинкевич

Резюме. Среди 95 проанализированных больных хроническим панкреатитом в 75 % установили наличие остеодифицита разной степени тяжести: остеопению I ст. – в 20 %, II ст. – в 14 %, III ст. – в 17 %, остеопороз – в 24 %. Остеодифицит в возрасте до 45 лет выявили преимущественно у мужчин (71,4 %), в возрасте 46-60 лет – преимущественно у женщин (68,8 %), старше 60 лет – исключительно у женщин (100 %). Наличие проанализированных сопутствующих заболеваний способствовало углублению остеодифицита от уровня остеопении I ст. при артериальной гипертензии и метаболическом синдроме, остеопении II ст. – при табакокурении, остеопении III ст. – при сахарном диабете, остеопороза – при ХОБЛ.

Ключевые слова: хронический панкреатит, минеральная плотность костной ткани, остеодифицит, остеопения, остеопороз.

OSTEODEFICIENCY AND THE INFLUENCE OF CONCOMITANT PATHOLOGY ON ITS DEPTH IN CHRONIC PANCREATITIS

L.S.Babinets, O.S.Kvasnitska, L.M.Mihenko, O.Ya.Pinkevych

Abstract. Among the analysed 95 patients with chronic pancreatitis the presence of osteodeficiency of a diverse degree of gravity has been established in 75 % osteopenia of the 1st degree – in 20 %, degree II – in 14 %, degree III – in 17 %, osteoporosis – in 24 %. Osteodeficiency was identified at the age of under 45 years primarily in men (71,4 %) at the age of 46-60 years – mainly in women (68,8 %), older than 60 years – exceptionally in women (100 %). The presence of analysed concomitant diseases was conducive to an intensification of osteodeficiency from the level of osteopenia of the 1st degree – in arterial hypertension and metabolic syndrome, osteopenia of the IInd degree – in case of tobacco smoking, osteopenia of degree III – in diabetes mellitus, osteoporosis – in COPD.

Key words: chronic pancreatitis, mineral density of bone tissue, osteodeficiency, osteopenia, osteoporosis.

State Medical University named after I.Ya.Horbachevskyi (Ternopil')

Рецензент – проф. О.І.Федів

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 2 (58). – P. 183-185

Надійшла до редакції 12.04.2011 року