

Л.С. Бабінець, д. мед. н., професор, завідувач кафедри первинної медико-санітарної допомоги та сімейної медицини,
У.М. Захарчук, клінічний ординатор і здобувач кафедри первинної медико-санітарної допомоги та сімейної медицини,
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Можливості комплексної реабілітації хворих на хронічний панкреатит із супутнім цукровим діабетом

Сьогодні спостерігається зростання захворюваності на хронічний панкреатит (ХП) у загальній структурі захворювань органів травлення. Незважаючи на достатню кількість досліджень вітчизняних та зарубіжних вчених, дотепер є нез'ясованими питання діагностики, лікування та реабілітації хворих на ХП із супутнім цукровим діабетом (ЦД). Зокрема, не до кінця вивчений взаємозв'язок між екзокринною та ендокринною функцією підшлункової залози (ПЗ) у хворих на ХП, поєднаний із ЦД. Відомо, що ендокринні порушення при ХП спричинені, головним чином, морфологічними особливостями розташування острівців серед ацинарної тканини, а не ізольовано від неї, що забезпечує взаємодію між екзо- і ендокринними клітинами залози [1].

У зв'язку з особливостями кровопостачання ПЗ виділяють інсулоацинарну судинну систему. У ПЗ кровотік спрямований від острівців до екзокринної тканини. Таке специфічне кровопостачання ПЗ (її інсулоацинарна система) є однією з основ функціональної взаємодії між ендо- і екзокринною тканинами, тобто гормони ПЗ впливають на її зовнішню секрецію і навпаки [3]. Сучасне протокольне лікування (ПЛ) ХП проводять згідно із протоколами МОЗ України. Його мета — усунення, за можливості, агресивних провокуючих факторів (алкоголю та тютюну); дотримання дієти з урахуванням супутніх патологій; зменшення больового синдрому; корекція секреторної та інкреторної недостатності ПЗ; лікування супутніх захворювань; професійна та соціальна реабілітація; призначення спазмолітиків та прокінетиків; за необхідності — нейролептиків, анальгетиків, у тому числі наркотичних; адекватна замісна терапія. Пероральна ензимотерапія показана пацієнтам із наявною зовнішньосекреторною недостатністю ПЗ або з іншими клінічними та лабораторними ознаками недостатності поживних речовин. Слід надавати перевагу мінімікросферам або мікросферам з ентеророзчинним покриттям, які продемонстрували вищу ефективність при лікуванні пацієнтів із екзокринною недостатністю ПЗ [5].

Стандартна базисна терапія коморбідності ХП із ЦД є недостатньо ефективною для корекції екзокринної та ендокринної недостатності ПЗ. Тіктова, або α -ліпоева кислота, бере участь у багатьох фізіологічних процесах, пов'язаних з обміном речовин. Вона є коферментом у реакціях окислювального декарбоксилювання пірвіноградної та кетоглутарової кислот, що відбуваються в матриксі мітохондрій. Альфа-ліпоева кислота сприяє утворенню коензиму А, що зумовлює її гіпоглікемічну дію, забезпечує перенос ацетату й жирних кислот із цитозолу до матриксу мітохондрій для подальшого окислення. Вона також прискорює окислення жирних кислот, що сприяє корекції дисліпідних порушень та активації антиоксидантних властивостей.

На основі оздоровчого методу східної медицини — класичної акупунктури — було впроваджено метод поверхневої багатоголчастої різнометалевої аплікації (ПБРА). Високий лікувальний ефект аплікаторів зумовлений вираженими рефлекторно-механічними, гальвано-електричними та імунологічними властивостями. При контакті зі шкірою на поверхні голок аплікатора Ляпка відбувається низка фізико-хімічних змін, характерних для дії постійного струму,

що сприяє поліпшенню обміну речовин, посиленню репаративних процесів, чинить знеболювальну, заспокійливу і судинорозширювальну дію [2]. Отже, застосування α -ліпоевої кислоти та ПБРА є патогенетично обґрунтованим.

Мета дослідження — вивчити ефективність реабілітації із застосуванням препарату α -ліпоевої кислоти та ПБРА у хворих на ХП із супутнім ЦД.

Матеріал та методи дослідження

Для виконання основного завдання обстежено 77 хворих на ХП із супутнім ЦД, які перебували на диспансерному обліку в центрі первинної медико-санітарної допомоги м. Тернополя та у гастроентерологічному відділенні Тернопільської міської клінічної лікарні № 2.

Джерелом інформації для клініко-анамнестичного аналізу були: «Медична карта амбулаторного хворого» (ф. 025/о) і «Медична карта стаціонарного хворого» (ф. 003/о) досліджуваних пацієнтів із ХП, а саме — дані за 2013–2017 рр. Вік пацієнтів — від 25 до 65 років. Середній вік хворих ХП із ЦД становив $52,86 \pm 0,83$ років. Середня тривалість захворювання у групі хворих на ХП із ЦД — $10,96 \pm 0,39$ років.

Залежно від програми лікування пацієнтів розподілили на 3 групи: 1-ша група (ПЛ — 26 хворих) — отримувала ПЛ (ферменти, спазмолітики, інгібітори протонної помпи, прокінетики, метформін); 2-га група (ПЛ+АЛК — 26 хворих) — отримувала, крім ПЛ, препарат α -ліпоевої кислоти за такою схемою: по 20 мл (600 мг), попередньо розведених у 250 мл ізотонічного розчину, вводили внутрішньовенно краплинно (тривалістю не менш ніж 30 хв) 1 р/добу протягом 10 днів із подальшим прийомом по 2 капсули (600 мг) 1 р/добу протягом 2 міс; 3-тя група (ПЛ+АЛК+ПБРА) — отримувала ПЛ із курсом препарату α -ліпоевої кислоти за вказаною схемою, що був підсилений додатково призначенням курсом ПБРА: 14 сеансів за гальвінним методом (20–30 хв), із застосуванням аплікатора на ділянки нижнього грудного і поперекового відділів хребта, які проводили у такому порядку: 1-й курс — під час лікування; 2-й курс — через 2 тижні після завершення 1-го; 3-й курс — через півроку після початку лікування.

Діагноз ХП верифікували на підставі протоколу, затвердженого наказом МОЗ України від 10.09.2014 № 638 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному панкреатиті».



Л.С. Бабінець

Діагноз ЦД встановлювали згідно із протоколом, затвердженим наказом МОЗ України від 21.12.2012 № 1118 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу» [4, 5]. Для оцінки зовнішньосекреторної функції ПЗ, відповідно до наказу МОЗ України від 10.09.2014 № 638, використовували новий неінвазивний тест — визначення рівня фекальної панкреатичної еластази-1 імуноферментним методом. Для діагностики порушень ендокринної функції ПЗ використовували визначення рівня глюкози крові натще глюкозооксидазним методом та глікозилизованого гемоглобіну (HbA1c) методом іонообмінної хроматографії.

Отримані дані були статистично опрацьовані за допомогою програм «Microsoft Excel» та «Statistica 6.0».

Обчислювалися середні арифметичні величини (М) із середньою квадратичною похибкою (m). Для перевірки гіпотез про достовірність різниці двох середніх (р) використано U-критерій Манна-Уїтні. Результати вважали достовірними при рівні їх статистичної значущості $p < 0,05$.

Результати й обговорення

Отримані нами результати дослідження ефективності програм корекції хворих на ХП із супутнім ЦД за динамікою показників екзокринної та ендокринної функції ПЗ наведено у таблиці.

За результатами дослідження встановлено наявність позитивної динаміки у пацієнтів усіх груп, однак ступінь її вираженості відрізнявся у цих групах. Відмічено поліпшення секреторної та інкреторної функцій ПЗ: рівень фекальної α -еластази зріс на 58,5% у 1-й групі, на 82,6% у 2-й та на 93,4% у 3-й; рівень глюкози в крові зменшився на 9,2% у 1-й групі, на 13,3% у 2-й та на 19,5% у 3-й; рівень HbA1c — зменшився на 4,9% у 1-й групі, на 9,2% у 2-й та на 12,2% у 3-й; зміни у копрограми — зменшення суми балів на 24,5% у 1-й групі, на 38,6% у 2-й та на 55,2% у 3-й групі.

Отже, було відмічено статистично значиме поліпшення результатів лікування у пацієнтів 2-ї групи порівняно з 1-ю ($p < 0,05$), що свідчить про ефективність застосування α -ліпоевої кислоти в комплексній програмі корекції у хворих на ХП із ЦД. Однак найбільш виражену позитивну динаміку за показниками екзокринної та ендокринної функції ПЗ відмітили у пацієнтів 3-ї групи порівняно з відповідними показниками 2-ї та 1-ї груп, що вказує на доцільність додаткового призначення курсу ПБРА за запропонованою схемою.

Висновки

Доведено ефективність включення до комплексної програми корекції хворих на ХП із супутнім ЦД α -ліпоевої кислоти та курсу ПБРА за статистично значимим поліпшенням оцінюваних показників екзокринної та ендокринної функції ПЗ ($p < 0,05$).

У перспективі у подальших дослідженнях плануємо визначити динаміку показників калікреїн-кінінової системи у таких хворих залежно від програми лікування.

Література

- Бабінець Л.С. Аналіз впливу різних етіологічних чинників на виникнення хронічного панкреатиту / Л.С. Бабінець // Вісник Вінницького держ. мед. університету. — № 7 (2/1). — 2003. — С. 444–445.
- Бабінець Л.С. Многоигольчатая разнометаллическая аппликация в лечении гипертонии. Клинико-патогенетические аспекты и использование аппликации / Л.С. Бабінець, И.И. Медвідь, А.И. Бабінець. — Saarbrücken: Lambert Academic Publishing, 2013. — 46 с.
- 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. — 24 с.
- Губергитц Н.Б. Клиническая панкреатология / Н.Б. Губергитц, Т.М. Христин. — Донецк: ООО «Лебедь», 2013. — С. 236.
- Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. Ю.М. Мостового. — 16-те вид., доп. і перероб. — Вінниця, 2016. — 511 с.
- 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.
- 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.

Показник оцінки функції ПЗ	Група порівняння					
	1-ша група (n=26)		2-га група (n=26)		3-тя група (n=25)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
α -Еластаза, мкг/г	97,84± 3,17	155,11± 6,16 * $p < 0,05$	93,43± 3,45	170,57± 6,20 * $p < 0,05$ ** $p < 0,05$	97,59± 3,30	188,74± 7,89 * $p < 0,05$ *** $p < 0,05$
Глюкоза в крові, ммоль/л	8,93± 0,46	8,12± 0,26 * $p < 0,05$	8,93± 0,43	7,74± 0,28 * $p < 0,05$ ** $p < 0,05$	8,93± 0,43	7,19± 0,25 * $p < 0,05$ *** $p < 0,05$
HbA1c, %	7,77± 0,32	7,39± 0,26 * $p < 0,05$	7,79± 0,23	7,07± 0,14 * $p < 0,05$ ** $p < 0,05$	7,90± 0,33	6,94± 0,18 * $p < 0,05$ *** $p < 0,05$
Копрограма, бали	4,58± 0,18	3,46± 0,19 * $p < 0,05$	4,58± 0,11	2,81± 0,18 * $p < 0,05$ ** $p < 0,05$	4,64± 0,21	2,08± 0,18 * $p < 0,05$ *** $p < 0,05$

Примітки: * p — достовірність різниці стосовно відповідних показників своєї групи пацієнтів до лікування;
** p — достовірність різниці стосовно відповідних показників 1-ї групи пацієнтів;
*** p — достовірність різниці стосовно відповідних показників 2-ї групи пацієнтів.