

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ПРОТЕКАЮЩЕГО НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

**О.А. Бондаренко**

*Львовский национальный медицинский университет  
им. Д. Галицкого*

### Введение

Ожирение в настоящее время рассматривают как глобальную эпидемию неинфекционного характера [21]. На нашей планете более 15,0% населения имеют избыточный вес. Ожирение опасно тем, что значительно ухудшает здоровье населения. Причём, оно может быть причиной сердечно-сосудистых, неврологических, кожных, психических заболеваний, патологии опорно-двигательного аппарата, то есть ожирение - междисциплинарная проблема [7, 11, 12, 18]. В то же время, само ожирение может быть не только алиментарно-конституциональным или связанным с малоподвижным образом жизни, но и обусловленным эндокринными нарушениями, приёмом некоторых лекарственных препаратов [17, 19, 20, 22]. Ожирение может провоцировать развитие различных заболеваний органов пищеварения: неалкогольного стеатогепатита, жёлчнокаменной болезни (ЖКБ), гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, функциональных нарушений пищеварительного тракта и др. [1, 2, 3, 5, 9, 14, 15].

Связь ожирения с заболеваниями поджелудочной железы (ПЖ), в т. ч. с хроническим панкреатитом (ХП), изучена недостаточно. Этой проблеме посвящены лишь единичные работы, результаты которых противоречивы [6, 13, 16]. В то же время, в литературе активно обсуждается вопрос о влиянии адипоцитокинов на ПЖ, дискутируются другие возможные механизмы повреждения железы, развития ее аденокарциномы при ожирении [8, 10]. Лечение ХП, протекающего на фоне ожирения, не разработано.

**Цель исследования:** проанализировать особенности клинических проявлений ХП в зависимости от типа ожирения.

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

### Материалы и методы исследования

В исследование включены 362 больных с ХП на фоне ожирения различной степени. I степень ожирения диагностирована у 153 (42,2%) больных, II степень - у 114 (31,5%) больных, III степень - у 73 (20,2%), IV степень - у 22 (6,1%) больных. Возраст больных составлял от 28 до 63 лет. Среди обследованных преобладали женщины: их было 224 (61,9%), обследованы также 138 (38,1%) мужчин. Давность ХП - от 3 до 22 лет.

Обследованы также 82 больных ХП без ожирения (группа сравнения). Возраст, пол больных и давность ХП были сопоставимы с больными, страдающими ХП на фоне ожирения.

Больные с ХП в сочетании с ожирением были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 206 (56,9%) больных с гиноидным (женским) типом ожирения. В этой группе преобладали женщины - их было 182 (88,3% от всех пациентов первой группы). Кроме того, в эту группу вошли 24 (11,7%) мужчин. Вторая группа состояла из 156 (43,1%) пациентов с ХП на фоне висцерального (мужского) типа ожирения, из них 114 (73,1%) мужчин и 42 (26,9%) женщины.

Для установления типа ожирения использовали индекс массы тела [7]. Выраженность жалоб и пальпаторной болезненности оценивали с помощью показателя средней степени тяжести (ССТ) [4]. При этом использовали полуколичественную шкалу: 0 баллов - проявления отсутствуют; 1 балл - проявления минимальные; 2 балла - проявления умеренные; 3 балла проявления выраженные либо очень выраженные.

С учетом этой шкалы вычисляли ССТ разных клинических проявлений по формуле:

$$ССТ = \frac{a + 2b + 3c}{a + b + c + d}, \quad (1)$$

где ССТ - средняя степень тяжести проявлений; a - количество больных с выраженностью симптомов в 1 балл; b - количество больных с выраженностью симптомов в 2 балла; c - количество больных с выраженностью симптомов в 3 балла; d - количество больных с отсутствием симптомов.

### Полученные результаты и их обсуждение

У всех больных основной жалобой была абдоминальная боль, однако, ее интенсивность различалась у больных двух основ-

І. екологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини

ных групп и в группе сравнения. Так, у 82 (39,8%) больных первой группы боли были интенсивными, у 96 (46,6%) больных - умеренными, у 28 (13,6%) больных - минимальными. ССТ абдоминальной боли в этой группе составила 2,26. Во второй группе боли были интенсивными у 35 (22,4%) пациентов, умеренными - у 60 (38,5%) пациентов, минимальными - у 61 (39,1%) пациентов. ССТ болевого синдрома в этой группе - 1,83. В группе сравнения интенсивная боль имела место у 29 (35,4%) больных, умеренная - у 38 (46,3%) больных, минимальная - у 15 (18,3%) больных; ССТ - 2,17. В первой группе преобладала приступообразная боль - у 141 (68,4%) больного; во второй группе - постоянная боль - у 96 (61,5%) больных, в группе сравнения со сходной частотой встречались оба варианта течения болевого синдрома (приступообразная боль у 43 (52,4%) больных, постоянная боль - у 39 (47,6%) больных). Во всех случаях постоянной боли она усиливалась через 20-35 мин. после еды. В случае приступообразной боли она также провоцировалась приемом пищи и возникала в такое же время после еды и/или приема алкоголя. Особенно боль усиливалась после приема жирной, жареной, острой, соленой, копченой пищи. Кроме того, у 87 (24,0%) больных отмечалось усиление боли после приема свежепеченого, у 92 (25,4%) больных - после приема сладкого, шоколада. Частота этих случаев была сходной во всех трех группах больных. Следует отметить, что в первой группе у 14 (6,8%), во второй группе у 9 (5,8%), в группе сравнения у 5 (6,1%) пациентов боль провоцировалась не только приемом пищи и/или алкоголя, но и сильным волнением.

Среди пациентов первой группы преобладала иррадиация боли по типу полного пояса - у 112 (54,4%) больных, реже наблюдалась иррадиация по типу левого полупояса - у 58 (28,1%) больных, по типу правого полупояса - у 36 (17,5%) больных. Во второй группе доминировала иррадиация боли по типу левого полупояса - у 86 (55,1%) больных, реже пациенты отмечали иррадиацию по типу полного пояса - у 48 (30,8%) больных, по типу правого полупояса - у 22 (14,1%) больных. В группе сравнения также самым частым вариантом иррадиации была иррадиация по типу левого полупояса - у 39 (47,6%) больных, реже по типу полного пояса - у 32 (39,0%) больных, по типу правого

полупояса - у 11 (13,4%) больных. Кроме того, у 28 (7,7%) больных отмечалась иррадиация боли в предсердечную область, у 25 (6,9%) больных - в левое плечо, у 23 (6,4%) больных - в левую ключицу, у 17 (4,7%) больных - под левую лопатку, у 12 (3,3%) больных - в левую половину шеи, в левую половину нижней челюсти. Частота такой иррадиации равномерно распределялась между группами больных.

Больные первой группы отмечали, что боль облегчается после инъекции или приема спазмолитиков (у 122 (59,2%) пациентов), анальгетиков (у 138 (67,0%) пациентов), приема ферментных препаратов (у 69 (33,5%) пациентов), прикладывания холода на проекцию ПЖ (у 54 (26,2%) пациентов), приема антисекреторных средств, антацидов (у 39 (18,9%) пациентов). Во второй группе частота уменьшения боли составила соответственно 30,8% (48 больных), 69,2% (108 больных), 44,2% (69 больных), 41,0% (64 больных), 32,1% (50 больных). В группе сравнения боль чаще всего купировалась или уменьшалась после прикладывания холода на эпигастрий и левое подреберье - у 42 (56,1%) больных, после приема ферментных препаратов - у 34 (41,5%) больных, антисекреторных средств и/или антацидов - у 32 (39,0%) больных.

У больных всех трех обследованных групп был выражен и диспептический синдром. Его ССТ в первой группе - 2,12, во второй группе - 2,08, в третьей группе - 2,34.

У больных первой группы преобладали проявления желудочной (тошнота, отрыжка, изжога) и билиарной (горечь во рту) диспепсии - соответственно у 121 (58,7%) и у 109 (52,9%) больных, во второй группе - симптомы кишечной диспепсии (метеоризм, урчание, неустойчивый стул, склонность к послаблению) - у 82 (52,6%) больных, в третьей группе со сходной частотой имели место проявления желудочной (у 45 (54,9%) больных) и кишечной (у 39 (47,6%) больных) диспепсии, а билиарная диспепсия развивалась реже (у 23 (28,0%) больных).

Клинические проявления внешнесекреторной недостаточности ПЖ (снижение массы тела, непереваренная пища в кале, гиповитаминозы А, D) развивались редко у пациентов первой (16,5%) и второй (16,0%) групп, а ССТ составила соответственно 1,14 и 1,21. В группе сравнения симптомы экзокрин-

ной недостаточности ПЖ встречались чаще - у 49 (59,8%) больных, ССТ - 1,63. Выраженность симптомов сахарного диабета (жажда, полиурия, зуд кожи) была выше во второй группе - ССТ 1,65; несколько ниже в первой группе - ССТ 1,41. В группе сравнения ССТ клинических проявлений сахарного диабета - 1,18. Кроме того, 26 (12,6%) больных первой группы, 13 (8,3%) больных второй группы, 7 (8,5%) больных группы сравнения обращали внимание на желтушность кожи и склер, что мы объясняли в ряде случаев сдавлением интрапанкреатической части общего желчного протока увеличенной головкой ПЖ, а в части случаев - сопутствующей билиарной патологией. Все больные жаловались на явления астении: общую слабость, снижение работоспособности. ССТ этих жалоб - 1,24 (значительных различий между группами не выявлено). 193 (53,3%) больных указывали на субъективные симптомы, обусловленные ожирением (эстетические проблемы, одышка, сонливость). ССТ - 1,22 (различий между группами также не было).

По данным осмотра у всех больных степень питания была повышенной, состояние - относительно удовлетворительным. Субиктеричность или лёгкая иктеричность слизистых и кожи определялась у 58 (16,0%) больных, причем чаще мы наблюдали этот симптом у больных первой группы (28 пациентов - 13,6%). Язык был в различной степени обложен беловатым, сероватым или желтоватым налётом у 341 (94,2%) больных. Отпечатки зубов по краям языка выявлены у 248 (68,5%) больных. Периферические лимфоузлы не были увеличены ни в одном случае. У 69 (19,1%) больных был положителен симптом Тужилина, у 3 (0,8%) больных - симптом Грея-Турнера, у 2 (0,6%) больных - симптом Куллена, у 2 (0,6%) больных - симптом Холстеда. При объективном исследовании органов грудной клетки определялись изменения, характерные для сопутствующих заболеваний (артериальная гипертензия, ИБС).

При поверхностной пальпации чувствительность или болезненность в проекции ПЖ определялась у 91 (25,1%) больного, а при глубокой пальпации - у всех больных. Чаще всего при глубокой пальпации имела место болезненность в зоне Шоффара, то есть в проекции головки ПЖ - у 138 (67,0%) больных первой группы, у 80 (51,3%) больных второй группы и у 46 (56,0%) больных груп-

пы сравнения. Реже определялась болезненность преимущественно в зоне М.М. Губергрица-Скульского, то есть в проекции тела и хвоста ПЖ - у 52 (25,2%) больных первой группы, у 64 (41,0%) больных второй группы и у 18 (22,0%) больных группы сравнения. В проекции всей ПЖ имела место болезненность у 16 (7,8%) больных первой группы, у 12 (7,7%) больных второй группы и у 18 (22,0%) больных группы сравнения. ССТ пальпаторной болезненности в проекции ПЖ составила соответственно 2,53, 1,96 и 2,31. Нам не удалось пропальпировать ПЖ ни у одного из наших больных. Кроме того, у обследованных пациентов определялись дополнительные объективные симптомы ХП. Так, болезненность в точке Дежардена выявлена у 143 (39,5%) больных, в точке Мейо-Робсона - у 124 (34,3%) больных, в точке А.Я. Губергрица - у 119 (32,9%) больных. Положительный френикус-симптом слева имел место у 34 (9,4%) больных, симптом Чухриенко - у 33 (9,1%) больных, симптом Воскресенского - у 6 (1,7%) больных. Определялись также симптомы, подтверждающие наличие билиарной патологии, причём эти симптомы были слабopоложительными и выявлялись преимущественно у больных первой группы. Среди них чаще определялись симптом Мерфи - у 65 (18,0%) больных, симптом Кера - у 81 (22,4%) больных, симптом Ортнера - у 90 (24,9%) больных. В первой группе симптом Мерфи был положительный у 51 (24,8%) больных, симптом Кера - у 63 (30,6%) больных, симптом Ортнера - у 67 (32,5%) больных. Умеренное увеличение печени (она выступала на 1,0-2,0 см из-под края правой рёберной дуги) определялось у всех обследованных больных. Однако, заострение края печени имело место только у 65 (18,0%) больных, а уплотнение консистенции печени - у 90 (24,9%) больных. Селезёнка не пальпировалась ни в одном случае. Кроме того, ни у одного больного не определялась свободная жидкость в брюшной полости. Пастозность голеней и стоп отмечена у 18 (5,0%) пациентов, однако она была связана с сопутствующей патологией, так как больных с циррозом печени мы в исследование не включали.

#### Выводы

1. Выраженность абдоминальной боли различается у больных ХП в зависимости от типа ожирения. Наиболее выраженный болевой синдром имеет место при гиноидном типе, менее

выраженный - при висцеральном типе ожирения. Интенсивность боли сходна при ХП на фоне женского типа ожирения и при ХП у больных с нормальной массой тела. Для ХП в сочетании с гиноидным типом ожирения более характерна приступообразная боль, а при сочетании с мужским типом ожирения - постоянная боль; в первом случае чаще развивается иррадиация боли по типу полного пояса, во втором - по типу левого полупояса.

2. Диспептический синдром при сочетании ХП с ожирением выражен меньше, чем у больных с ХП и нормальной массой тела. У больных, страдающих ХП на фоне гиноидного ожирения преобладают симптомы желудочной и билиарной диспепсии, а у больных с ХП на фоне абдоминального ожирения - симптомы кишечной диспепсии.

3. Клинические проявления внешнесекреторной недостаточности ПЖ определяются со сходной частотой у больных ХП в сочетании с обоими типами ожирения, но реже, чем у больных ХП с нормальной массой тела.

4. Клинические симптомы сахарного диабета более выражены при сочетании ХП с абдоминальным ожирением.

5. У больных с ХП на фоне обоих типов ожирения преобладает пальпаторная болезненность в зоне Шоффара, но у пациентов с ХП в сочетании с абдоминальным ожирением почти в половине случаев имеет место также болезненность в зоне М.М. Губергрица-Скульского. Наиболее выраженная пальпаторная болезненность характерна для ХП на фоне женского типа ожирения.

6. Симптомы сопутствующей билиарной патологии чаще определяются при сочетании ХП с гиноидным типом ожирения.

7. Перспективы исследования состоят в разработке лечения ХП у больных с ожирением.

#### Литература

1. Бирюков А. А. Коррекция липопероксидации у больных с ишемической болезнью сердца на фоне ожирения и хронической патологии печени / А. А. Бирюков // Укр. мед. альманах. - 2007. - Т. 10, № 3. - С. 22-24.

2. Гапонова О. Г. Надлишкова маса тіла та функціональні розлади травного каналу / О.Г. Гапонова, К.О. Просоленко // Сучасна гастроентерологія. - 2007. - № 5. - С. 37-41.

3. Драпкина О. М. Неалкогольная жировая болезнь печени и метаболический синдром / О. М. Драпкина // Consilium Medicum. - 2008. - Прилож. Гастроентерология, № 1. - С. 31-33.

4. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. - Киев : Морион, 2000. - 320 с.

5. Львова Л. В. Вплив ожиріння на активність ферментів системи антиоксидантного захисту у хворих на хронічний некалькульозний холецистит / Л. В. Львова // Український медичний альманах. - 2008. - № 4. - С. 96-97.

6. Мартинчук А. А. 13С-Амілазний дихальний тест у діагностиці зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози у хворих з ожирінням / А. А. Мартинчук, О. С. Ларін, С. М. Ткач // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. - 2006. - № 4. - С. 45-48.

7. Ожирение : руководство для врачей / Е. Н. Андреева, М. Б. Бабарина, Е. В. Бирюкова [и др.]; под общ. ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - М. : МИА, 2004. - 456 с.

8. Ожирение и болезни поджелудочной железы / И. В. Маев, А. Б. Москалёва, Е. А. Сальникова, Ю. А. Кучерявый // Consilium medicum. - 2008. - Прилож. гастроентерология, № 1. - С. 24-29.

9. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных с ожирением / Е. Ю. Бондаренко, Ю. В. Таранченко, Б. З. Чикунова, С. Г. Хомерики // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2007. - № 1. - С. 47-50.

10. Передерий В. Г. Возможные механизмы развития неалкогольной жировой болезни поджелудочной железы / В. Г. Передерий, С. М. Ткач // Вестник клуба панкреатологов. - 2011. - № 1. - С. 50-54.

11. Передерий В. Г. Ожирение: междисциплинарный вызов медицине XXI века / В. Г. Передерий // Здоров'я України. - 2010. - № 10(239). - С. 22-24.

12. Потемкин В. В. Лечение ожирения / В.В.Потемкин, С.Ю. Троицкая // Рус. медицинский журнал. - 2008. - № 2. - С. 52-56.

13. Свиридюк В. З. Корекція розладів внутрішньоклітинного травлення і дисліпідемії при хронічному панкреатиті, поєднаному з метаболічним синдромом, ліпосомними фосфоліпідами / В. З. Свиридюк // *Практична медицина*. - 2006. - Т. 12, № 3. - С. 90-100.

14. Ткач С. М. Гастроэнтерологические последствия избыточной массы тела и ожирения / С. М. Ткач, В. Г. Педерий // *Здоров'я України*. - 2007. - № 1. - С. 54-55.

15. Харченко Н. В. Метаболический синдром в практике гастроэнтеролога / Н. В. Харченко // *Здоров'я України*. - 2008. - № 19/1. - С. 5-6.

16. Юрьева А. В. Корреляционные связи между клиническими, лабораторными и инструментальными данными у больных хроническим панкреатитом на фоне постхолецистэктомического синдрома и повышенной массы тела / А. В. Юрьева // *Український медичний альманах*. - 2008. - № 4. - С. 199-203.

17. Annesi J. J. Relations of mood a body mass index changes in severely obese women enrolled in a supported physical activity treatment / J. J. Annesi // *Obesity Facts*. - 2008. - Vol. 1, № 2. - P. 88-92.

18. Hainer V. Ожиріння: у чому причина / V. Hainer // *Внутрішня медицина*. - 2007. - № 6. - С. 86-92.

19. Hypothalamic thyroid hormone in energy balance regulation / A. Herwig, A. W. Ross, K. N. Nilaweera [et al.] // *Obesity Facts*. - 2008. - Vol. 1, № 2. - P. 71-79.

20. Lifestyle factors associated with BMI in a Spanish graduate population: The SUN Study / M. A. Alcacera, I. Marques-Lopes, M. Fajo-Pascual [et al.] // *Obesity Facts*. - 2008. - Vol. 1, № 2. - P. 80-87.

21. Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines / C. Tsigos, V. Hainer, A. Basdevant [et al.] // *Obesity Facts*. - 2008. - Vol. 1, № 2. - P. 106-116.

22. Myslobodsky M. Ingenuity pathway analysis of clozapine-induced obesity / M. Myslobodsky // *Obesity Facts*. - 2008. - Vol. 1, № 2. - P. 93-102.

### Резюме

**Бондаренко О.А.** *Клинические особенности хронического панкреатита, протекающего на фоне ожирения.*

Автор обследовала 362 больных с хроническим панкреатитом на фоне ожирения и 82 больных с хроническим панкреатитом и нормальной массой тела. Выделены особенности клинических проявлений хронического панкреатита в зависимости от типа ожирения. Различия касаются интенсивности, течения, локализации боли, ее иррадиации, средств купирования, а также частоты различных диспептических явлений, результатов пальпации.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, ожирение, гинеоидный (женский) тип, андронидный (мужской) тип, клиника.

### Резюме

**Бондаренко О.О.** *Клінічні особливості хронічного панкреатиту, що перебігає на тлі ожиріння.*

Автор обстежила 362 хворих із хронічним панкреатитом на тлі ожиріння й 82 хворих із хронічним панкреатитом і нормальною масою тіла. Виділено особливості клінічних проявів хронічного панкреатиту залежно від типу ожиріння. Різниця стосується інтенсивності, перебігу, локалізації болю, його іррадіації, засобів пригнічення, а також частоти різних диспептичних явищ, результатів пальпації.

**Ключові слова:** хронічний панкреатит, ожиріння, гіноїдний (жіночий) тип, андронідний (чоловічий) тип, клініка.

### Summary

**Bondarenko O. A.** *Clinical peculiarities of chronic pancreatitis occurring on the background of obesity.*

The author examined 362 patients with chronic pancreatitis on a background of obesity and 82 patients with chronic pancreatitis and normal body weight. Peculiarities of clinical manifestations of chronic pancreatitis, depending on the type of obesity were distinguished. The differences relate to the intensity, course, location of pain, its irradiation, relief preparations, as well as the frequency of different dyspeptic complaints, results of palpation.

**Key words:** chronic pancreatitis, obesity, gynoid (female) type, androgynous (male) type, clinic.

**Рецензенти:** д.мед.н., проф.Л.М.Іванова  
д.мед.н., проф.Т.М.Христюк