

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕАТОГЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

© Куницына М.А., Кашкина Е.И., Чаплыгина С.В.¹

Кафедра госпитальной терапии лечебного факультета
Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского, Саратов;
¹ Кафедра урологии Курского государственного медицинского университета, Курск
E-mail: kounitsyna@mail.ru

Оценивалось влияние медико-социальных факторов на эффективность лечения сахарного диабета (СД) у больных хроническим панкреатитом (ХП). Под наблюдением находились 49 больных с впервые выявленным панкреатогенным СД в период ремиссии ХП. Все пациенты проходили обследование на наличие СД и нарушения толерантности к глюкозе согласно рекомендациям ВОЗ. Оценка степени компенсации углеводного обмена оценивалась по уровню гликозилированного гемоглобина HbA1c. Результаты исследования показали, что невыполнение большинства рекомендаций врача по изменению образа жизни у больных панкреатогенным СД характерно для пациентов с алкогольной формой ХП, длительностью болезни до 1 года. Установлено, что с увеличением длительности ХП, исходного уровня HbA1c перед началом лечения у больных ХП алкогольной этиологии вероятность достижения компенсации углеводного обмена на фоне лечения снижается.

Ключевые слова: панкреатогенный сахарный диабет, оценка эффективности лечения.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH PANCREATOGENIC DIABETES MELLITUS

Kunitsina M.A., Kashkina E.I., Chaplygina S.V.¹

Hospital Therapy Department of Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov;
¹ Urology Department of Kursk State Medical University, Kursk

We estimated the influence of medical and social factors on the efficacy of diabetes mellitus (DM) treatment in patients with chronic pancreatitis (CP). We observed 49 patients with first diagnosed pancreatogenic DM in the remission period of CP. All patients were studied for DM and glucose intolerance according to WHO recommendations. The glucose metabolism was assessed using glycosylated haemoglobin (HbA1c). The results showed that non-compliance of most of doctor's recommendations concerning the life-style changes in patients with pancreatogenic DM was most characteristic for patients with alcoholic form of CP lasting more than 1 year. We detected also that the increase of duration of CP and the initial level of HbA1c before treatment in patients with alcoholic form of CP decreased the efficacy of glucose metabolism compensation during the treatment.

Keywords: pancreatogenic diabetes mellitus, assessment of treatment efficacy.

Панкреатогенный сахарный диабет (СД) в рамках существующей классификации относят к рубрике «другие типы сахарного диабета» [1]. Патогенез СД у больных хроническим панкреатитом (ХП) объясняют главным образом развивающейся по мере прогрессирования заболевания деструкцией и фиброзом ткани поджелудочной железы, что приводит к снижению выработки инсулина, в то время как инсулинорезистентность встречается значительно реже [4, 5, 9, 10]. В целом сочетанное течение ХП и СД следует рассматривать как новое патологическое состояние, имеющее особенности развития, течения и лечения, и требует дальнейшего изучения.

В отличие от СД первого и второго типов лечение панкреатогенного СД не унифицировано и носит описательный характер [2, 6, 8]. Эффективность изменения образа жизни, приема пероральных сахароснижающих средств в плане достижения целевых значений HbA1c при панкреатоген-

ном сахарном диабете в достаточной мере не изучена. Не определено влияние социальных факторов, особенностей течения ХП на приверженность к лечению больных панкреатогенным СД. Идеальной ситуацией, по мнению врачей, являются те случаи, когда все их предписания выполняются точно и полностью [3, 7]. На практике же часто приходится сталкиваться с ошибками или даже отказом от необходимого контроля за течением болезни со стороны пациента. При сахарном диабете эффективность назначаемого лечения всегда опосредовано поведением больного.

Цель исследования: провести анализ эффективности изменения образа жизни и приема пероральных сахароснижающих препаратов (гликлазида) при лечении панкреатогенного СД с учетом особенностей течения ХП и медико-социального статуса пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Обследование и лечение больных ХП проводилось на базе терапевтического и эндокринологического отделений Саратовской областной клинической больницы в период 2006-2012 гг. Критерием включения в исследование было наличие впервые выявленного панкреатогенного СД. Критериями исключения – наличие первого и второго типов СД.

Диагноз ХП устанавливался на основании клинических признаков заболевания, а также с помощью традиционного комплекса инструментальных методов диагностики: ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) поджелудочной железы (ПЖ), ЭРХПГ и лабораторных методов, включающих определение уровня α -амилазы крови и мочи, липазы крови.

Распределение больных по этиологическим факторам, лежащим в основе ХП, оказалось следующим: алкогольная форма – 18 больных, билиарная – 31. Критерием включения в определенную этиологическую форму ХП было обязательное наличие одного из двух факторов: злоупотребление алкоголем, заболевание желчевыводящей системы.

Все пациенты, находившиеся под наблюдением, проходили обследование на наличие сахарного диабета и нарушения толерантности к глюкозе согласно рекомендациям ВОЗ (1999). Оценка степени компенсации углеводного обмена с определением гликемического профиля, гликозилированного гемоглобина (HbA1c) осуществлялась на анализаторе IMX фирмы «Abbot» (США) стандартизированными наборами.

Для статистической обработки результатов исследования использовали пакеты программ «MICROSOFT EXCEL», «STATISTICA 6.0» (Stat

Soft Inc, США). Проверка нормальности распределения значений в выборке проводилась с помощью теста Колмогорова-Смирнова. Рассчитывали среднее арифметическое (М), среднюю ошибку среднего арифметического (m), среднеквадратичное отклонение (σ). Показатель достоверности различий (Р) определялся с использованием критериев Стьюдента (t). Различия оценивались как достоверные при вероятности 95% ($p < 0,05$) и выше.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Всем больным с впервые выявленным панкреатогенным СД было рекомендовано изменение образа жизни согласно существующим стандартам ВОЗ, прием креона 30-60 тыс. ед. в сутки. Результаты лечения оценивались через 3 месяца по уровню HbA1c.

Установлено, что к концу наблюдения компенсация углеводного обмена была достигнута у 19 (38,7%) больных и не произошла у 30 (61,3%) пациентов ($p < 0,05$). Не вызывает сомнения, что степень компенсации углеводного обмена, наряду с медикаментозной терапией в значительной мере определяется степенью выполнения рекомендаций врача по изменению образа жизни.

Результаты корреляционного анализа в полной мере подтвердили данное положение. Между уровнем HbA1c и процентом выполнения рекомендаций врача обнаруживалась обратная достоверная корреляционная зависимость ($r = -0,73$, $p < 0,001$). По результатам исследования среди факторов, влияющих на полноту выполнения рекомендаций врача, можно выделить этиологическую форму заболевания, ее длительность и социальный статус больного (таблица 1).

Таблица 1

Степень выполнения рекомендаций врача по изменению образа жизни больными с впервые выявленным панкреатогенным СД

Группы обследованных	Количество больных с учетом степени выполнения рекомендаций по лечению СД (%)		
	Рекомендации не выполнялись	Рекомендации выполнялись частично	Рекомендации выполнялись на 90% и более
Мужчины	41,6*	50,0	8,3*
Женщины	15,0*	46,0	40,0*
Форма ХП:			
- билиарная;	27,7	46,2	25,9
- алкогольная.	37,5	43,7	18,2
Длительность заболевания:			
- < 1 года;	29,0	48,3	22,5
- 1-5 лет;	30,4	47,8	21,7
- > 5 лет.	20,5*	36,0	43,5
В целом	30,2 $\pm$ 4,3	48,1 $\pm$ 4,2	20,2 $\pm$ 6,1

* - достоверность различий со средним значением ($P < 0,05$)

Как следует из таблицы, среди 49 находившихся под наблюдением больных с панкреатогенным СД в течение трех месяцев наблюдения полностью не выполняли рекомендации врача $30,2 \pm 4,3\%$ обследованных, частично – $48,1 \pm 4,1\%$ больных и практически полностью выполняли рекомендации лечения $20,2 \pm 6,1\%$. При более детальном анализе полученных данных можно отметить, что игнорирование рекомендаций врача в значительной мере ассоциировано с мужским полом, алкогольной формой ХП и ее длительностью менее 1 года. Так, мужчины полностью не выполняли рекомендации врача в 41,6% случаев, женщины только в 15,0%. Частота полных невыполнений рекомендаций врача при билиарной форме составила 27,7%, при алкогольной – 37,5%. При длительности заболевания менее 1 года рекомендации врача выполняли 22,2% обследованных, после 5 лет болезни – 43,5%.

На втором этапе выполнения работы при отсутствии нормализации углеводного обмена по уровню HbA1c всем пациентам был рекомендован прием гликлазида в дозе 30 мг в сутки в течение трех месяцев. К концу наблюдения компенсация углеводного обмена по уровню HbA1c достигнута у 23 (57,5%).

При анализе факторов, влияющих на эффективность применения гликлазида, в плане достижения целевых значений HbA1c у больных ХП с впервые выявленным СД в качестве прогностических критериев были отобраны уровень HbA1c на момент обследования, длительность ХП, этиологическая форма ХП.

Установлено, что с увеличением длительности хронического панкреатита эффективность применения гликлазида снижается. При длительности заболевания 1-3 года целевые значения HbA1c достигнуты у 19,4% больных, после 9 лет болезни – в 10,2% случаев ($p < 0,05$). Исходный высокий уровень HbA1c оказывал отрицательное влияние на конечные результаты лечения гликлазидом. При назначении гликлазида лучшие результаты получены при билиарной форме хронического панкреатита. У больных с билиарной формой хронического панкреатита компенсация углеводного обмена достигнута в 21,9% случаев, при алкогольной форме – у 12,6% больных.

Таким образом:

- эффект от изменения образа жизни в плане достижения целевых значений HbA1c при панкреатогенном СД в значительной мере неблагоприятен у больных с алкогольной формой ХП при длительности заболевания менее 1 года;
- с увеличением длительности ХП, уровня HbA1c перед началом терапии и алкогольной этиологии заболевания вероятность достижения компенсации углеводного обмена на фоне приема гликлазида снижается.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом* / под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. – изд. 5-е. М., 2011. – 115 с.
2. Губергриц Н.Б., Лукашевич Г.М., Голубова О.А. и др. Панкреатогенный сахарный диабет // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. колопроктол. – 2007. – Т. 17, № 6. – С. 12-16.
3. Губергриц Н.Б., Лукашевич Г.М., Голубова О.А. и др. Что нужно знать гастроэнтерологу о сахарном диабете третьего типа // Здоровье Украины. – 2007. – № 7/1. – С. 14-15.
4. Моисеев В.С. Должен ли терапевт лечить нарушения углеводного обмена? // Клиническая фармакология и терапия. – 2005. – № 2. – С. 40-44.
5. Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Выполнение больными врачебных назначений и есть ли доказательства: эффективны ли вмешательства, направленные на улучшение этого показателя // Международный журнал медицинской практики. – 2006. – № 1. – С. 48-54.
6. Садоков В.М., Винокурова Л.В. Сахарный диабет у больных хроническим алкогольным панкреатитом // Тер. арх. – 1993. – № 10. – С. 27-29.
7. Joffe S., Manocchia M., Weeks J., Cleary P. What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics // J Med Ethics. – 2003. – Vol. 29. – P. 103-108.
8. Koizumi M. Therapeutic management for complications in chronic pancreatitis // Nippon Naika Gakkai Zasshi. – 2004. – Vol. 93, № 1. – P. 51-57.
9. Nair R.J., Lawler L., Miller M.R. Chronic Pancreatitis // Amer. Fam. Physician. – 2007. – Vol. 76, № 11. – P. 1679-1688.
10. Zildzic M. Diseases of the pancreas // Med. Arh. – 2003. – Vol. 57, Suppl 2. – P. 91-92.