

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, короткі повідомлення

УДК 616.37-002-036.2

DOI 10.11603/1811-2471.2017.v0.i2.7747

ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ ОСТЕОДЕФІЦИТУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

©І. В. Семенова, Л. С. Бабінець, Ю. Я. Коцаба, О. І. Криський, О. Б. Велика, Т. А. Заць

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

РЕЗЮМЕ. Актуальність проблеми розвитку остеопорозу при хронічному панкреатиті зумовлена розладами процесів травлення, що виявляється синдромами мальдигестії та мальабсорбції з порушенням засвоєння мінеральних і органічних речовин. Ключовим моментом у розвитку остеопорозу при хронічному панкреатиті, безумовно, є дефіцит кальцію та вітаміну D₃. Остеопороз при ХП може мати компоненти як остеопорозу (внаслідок гіповітамінозу вітаміну D₃), так і остеопорозу (порушення кальцієво-фосфорного, білкового обміну вторинно, а також внаслідок первинного остеопорозу – вікового, постменопаузального). З метою оцінки стану мінеральної щільності кісткової тканини хворим проводили обстеження поперекового відділу хребта за допомогою двофотонного рентгенівського денситометра. Встановлено, що у 75 % обстежених хворих на хронічний панкреатит спостерігаються порушення мінералізації кісткової тканини.

Проведені дослідження обґрунтовують доцільність спільного використання кальцієвмісного вітамінно-мінерального препарату та бісфосфонату ризендронові кислоти за запропонованою схемою у лікуванні супутнього остеопорозу у хворих на хронічний панкреатит. Доведено доцільність використання препаратів Вітрум Кальцій 600+D400 та Ризендрол в комплексному лікуванні хворих на хронічний панкреатит із супутнім остеопорозом, що привело до суттєвого достовірного покращення стану мінералізації кістки – приросту мінеральної щільності кісткової тканини.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хронічний панкреатит; остеопороз; мінеральна щільність кісткової тканини; мінеральний обмін; Вітрум Кальцій 600+D400; Ризендрол.

Вступ. Хронічний панкреатит (ХП) часто перебігає у коморбідному поєднанні з остеопорозом (ОП) і навіть з остеопорозом (ОП), який являє собою системне метаболічне захворювання скелета, що характеризується зниженням кісткової маси в одиниці об'єму, порушенням мікроархітектури кістки з підвищенням ризику виникнення переломів. Часто лікарі стикаються з вторинними формами ОП, які розвиваються у пацієнтів з різними нозологіями, що перебігають із порушеннями обмінних процесів, зокрема з хворобами системи травлення, включаючи ХП. Актуальність проблеми розвитку остеопорозу при ХП зумовлена розладами процесів травлення, що виявляється синдромами мальдигестії та мальабсорбції з порушенням засвоєння мінеральних і органічних речовин. Крім того, такі пацієнти змушені дотримуватися дієти, що призводить до незбалансованості харчування.

Ключовим моментом у розвитку ОП при ХП, безумовно, є дефіцит кальцію та вітаміну D₃. ОП при ХП може мати компоненти як остеопорозу (внаслідок гіповітамінозу вітаміну D₃), так і ОП (порушення кальцієво-фосфорного, білкового обміну вторинно, а також внаслідок первинного ОП – вікового, постменопаузального). Серед пацієнтів з ХП нерідкішим явищем є зловживання алкоголем, що може сприяти розвитку остеопорозу. Поглиблення синдрому панкреатичної та інших видів зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози і/або розвитку панкреатогенного цукрового діабету також обумовлюють ризик формування супутнього ОП.

Матеріал та методи дослідження. Об'єктом дослідження були 124 пацієнти з ХП, які перебували на диспансерному спостереженні в центрі первинної медико-санітарної допомоги м. Тернополя.

Діагноз ХП встановлювали на підставі даних анамнезу, клінічних проявів (наявність больового, диспепсичного синдромів, зовнішньосекреторної недостатності ПЗ, алергічного, астено-вегетативного, ентеропанкреатичного синдромів і синдрому ендокринних порушень), лабораторних даних, результатів ультразвукового дослідження органів черевної порожнини, езофагогастроуденоскопії. Критерієм виключення була наявність іншої патології, яка б могла викликати розвиток ОП.

Серед аналізованих хворих було 72 жінки (58,1 %) і 52 чоловіки (41,9 %). Вік пацієнтів коливався від 18 років до 79 років. Проведений аналіз показав значне переважання хворих на ХП чоловіків у віковій групі до 45 років над жінками в аналогічній групі і протилежну тенденцію в групі хворих, старших 60 років. Пояснити це можна більш ранньою ураженістю чоловіків ХП і високим рівнем смертності в молодому і середньому віці.

Середній вік хворих становив (46,83±0,89) років. Хворих працездатного віку (25–60 років) було 84 (68,9 %), тобто вибірка відображала найактивнішу в соціальному плані частку людей. Такий розподіл вказує на більшу поширеність захворювання серед осіб середнього та зрілого віку, на які припадає період максимального розквіту трудової і соціальної активності людини.

З метою оцінки стану мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) хворим на ХП проводили обстеження поперекового відділу хребта за допомогою двофотонного рентгенівського денситометра (Dual Energy X-Ray Absorptiometry – DXA) фірми Lunar corp. (Madison, WI) – LunarDPX-A № 2589. Аналіз МЩКТ проводили методом порівняння даних денситометрії досліджених хворих і здорових людей, отриманих при популяційних дослідженнях, статистично достатніх за об'ємом груп, репрезентативних за расою, статтю, віком та ін. Рівні остеопенії визначали за Л. Я. Рожинською.

Встановлено, що у 93 (75 %) обстежених хворих на ХП були порушення мінералізації КТ. Ці зміни характеризувались зниженням показників МЩКТ і трактувались як диференційована остеопенія та ОП.

Так, остеопенія діагностована в 59 (47,6 %) хворих, ОП – у 30 (24,2 %) пацієнтів. Показники МЩКТ, які відповідають нормі, спостерігались у 28 хворих, що становить 22,6 % усіх хворих на ХП.

Пацієнтів з ХП і супутнім ОД поділили на три групи за програмами корекції. Під час розподілу пацієнтів на групи керувались консенсусом 2005 року, який рекомендує розглядати необхідність призначення бісфосфонатів (БФ) тільки у хворих з низькою кістковою масою (T/Z – критерій (-2)SD).

I група отримувала загальноприйнятий в гастроентерології лікувальний комплекс (ЗЛ) за вимогою, згідно із станом пацієнтів. Він включав нормотрофне харчування (дієта №5п за Певзнером), пантопразол 20 мг 1 р/д, ферментний препарат чистого панкреатину Креон 25000 3 р/д під час їди, но-шпа форте 80 мг 2 р/д і/або мотиліум 10 мг 3 р/д до їди.

II група (15 хворих) отримувала ЗЛ комплекс, посилений використанням кальцієвмісного вітамінно-мінерального препарату Вітрум Кальцій 600+D400 за наступною лікувальною схемою – по 1 таблетці 2 рази на добу під час або після їди протягом 1 місяця, пізніше – по 1 таблетці 1 раз на добу протягом 2 місяців. Вітрум Кальцій 600+D400 – реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/1721/01/01 – являє собою комплекс препаратів кальцію (у вигляді кальцію карбонату з раковин устриць) 600 мг та вітаміну D₃ (холекальциферолу) 10 мкг (400 МО).

Хворі III групи протягом 3 місяців приймали разом із ЗЛ перорально 1 раз в тиждень за 30 хвилин до їди БФ – препарат ризендронової кислоти (Ризендрос) в дозі 35 мг, а також кальцієвмісний вітамінно-мінеральний препарат (Вітрум Кальцій 600+D400) за наступною лікувальною схемою – по 1 таблетці 2 рази на добу під час або після їди протягом 1 місяця, пізніше – по 1 таблетці 1 раз на добу протягом 2 місяців.

Результати й обговорення. Під впливом ЗЛ у хворих на ХП із супутнім ОД I групи (вихідні дані відповідали рівню остеопенії II ст.) показники кісткової тканини дещо знизились, хоча зміни були недостовірними (p>0,05).

У пацієнтів II групи (вихідний стан відповідав рівню остеопенії III ст.) було констатовано наявність приросту МЩКТ на (0,279±0,020) г/см² і на (3,31±0,47) %. Таким чином, використання Вітрум Кальцій 600+D400 за запропонованою схемою через півроку від початку лікування привело до суттєвого достовірного (p<0,05) покращення стану мінералізації кістки. Зазначимо, що рівень загального кальцію в крові у пацієнтів I групи в ході лікування практично не змінився і знаходився в межах норми. Аналогічний показник в II групі перед лікуванням був дещо нижчим стосовно групи контролю (p<0,05), після проведеної корекції достовірно збільшився і знаходився в межах норми. Рівень неорганічного фосфору в обох групах дослідження був в межах норми як до, так і після лікування, хоч необхідно зазначити достовірне збільшення цього показника (p<0,05) в II групі після проведеної корекції. Показник лужної фосфатази як маркера кісткового метаболізму в групах порівняння знаходився в межах норми, хоча необхідно зазначити достовірне зниження цього показника в II групі після лікування стосовно такого на вході (p<0,05). Це свідчить про позитивний баланс кісткового ремоделювання на користь остеоформування після проведеної корекції.

Проведений аналіз отриманих даних свідчить на користь доцільності використання препарату Вітрум Кальцій 600+D400 в комплексному лікуванні хворих на ХП для корекції супутнього ОД, порушень мінерального обміну та їх профілактики.

У пацієнтів III групи було констатовано наявність приросту МЩКТ на (0,291±0,051) г/см² і показника T на (4,72±0,34) %. Отже, використання препаратів Ризендрос та Вітрум Кальцій 600+D400 за запропонованими схемами через півроку від початку лікування привело до суттєвого достовірного (p<0,05) покращення стану мінералізації кістки. Це свідчить про позитивний баланс кісткового ремоделювання на користь остеоформування після проведеної корекції.

Проведене порівняльне дослідження продемонструвало високу ефективність терапії ризендронієвою кислотою/кальцій/вітамін D, порівняно з терапією кальцій/вітамін D у хворих з ОД, особливо враховуючи гірший вихідний стан КТ у пацієнтів III групи, порівняно з таким у II групі.

Проведений аналіз отриманих даних свідчить на користь доцільності використання препа-

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, короткі повідомлення

ратів Ризендрос та Вітрум Кальцій 600+D400 в комплексному лікуванні хворих на ХП для корекції супутнього ОП, порушень мінерального обміну та їх профілактики.

Висновки. 1. Проведені дослідження обґрунтовують доцільність спільного використання кальцієвмісного вітамінно-мінерального препарату та бісфосфонату ризендронової кислоти за запропонованою схемою у лікуванні супутнього остеодefіциту у хворих на хронічний панкреатит.

2. Прийом Ризендрос 35 мг 1 раз на тиждень у комплексі з вітамінно-мінеральним препаратом ефективніший, порівняно з лікуванням вітамінно-мінеральним препаратом у хворих на ХП з остеодefіцитом, часто на рівні остеопорозу.

3. Препарат Вітрум Кальцій 600+D400 доцільно призначати для профілактики розвитку остеодefіциту у хворих на ХП за наступною лікувальною схемою – по 1 таблетці 2 рази на добу під час або після їди протягом 1 місяця, пізніше – по 1 таблетці 1 раз на добу протягом 2 місяців.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабінець Л. С. Порушення екскреторної функції підшлункової залози як фактор формування мінеральної недостатності при хронічному панкреатиті / Л. С. Бабінець // Український морфологічний альманах. – 2006. – № 2. – С. 7–9.

2. Бабінець Л. С. Порушення балансу вітамінів і мінералів у хворих на хронічний панкреатит із супутнім остеодefіцитом / Л. С. Бабінець, С. І. Сміян // Проблеми остеології. – 2005–2006. – Т. 8–9, № 4 (1). – С. 83–86.

3. Древал А. Н. Современный взгляд на роль кальция и витамина Д в профилактике и лечении остеопороза / А. Н. Древал // Український ревматологічний журнал. – 2009. – № 3. – С. 81–85.

4. Малик Н. В. Проблема остеопорозу очима лікаря загальної практики / Н. В. Малик, І. П. Пасічник, І. М. Марченко // Вісник проблем біології та медицини. – 2009. – № 4. – С. 13–17.

5. Палій І. Г. Зовнішньосекреторна недостатність підшлункової залози як предиктор розвитку остеодefіцитних станів: нові можливості у лікуванні / І. Г. Палій, С. П. Колісник // Новости медицины и фармации. Гастроэнтерология. – 2010. – № 323 (тематичний номер).

6. Якушевская О. В. Влияние медикаментозной терапии на костный метаболизм / О. В. Якушевская // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 1. – С. 84–88.

REFERENCES

1. Babinets, L.S. (2006). Porushennia ekskretornoї funktsii pidshlunkovoi zalozy yak faktor formuvannia mineralnoi nedostatnosti pry khronichnomu pankreatyti [Violation excretory pancreatic function as a factor in the formation of mineral deficiency in chronic pancreatitis]. *Ukrainskyi morfologichnyi almanakh – Ukrainian Morphological Almanac*, 2, 7-9 [in Ukrainian].

2. Babinets, L.S., & Smiiian, S.I. (2006). Porushennia balansu vitaminiv i mineraliv u khvorykh na khronichnyi pankreatyt iz suputnim osteodefitsytom [Violation of balance of vitamins and minerals in patients with chronic pancreatitis with concomitant osteodefitsytom]. *Problemy osteolohii – Problems of Osteology*, 8-9, 4 (1), 83-86 [in Ukrainian].

3. Dreval, A.N. (2009). Sovremennyi vzglyad na rol kaltsyia i vitamyna D v profilaktike i lechenii osteoporoza [Modern view on the role of calcium and vitamin D in the prevention and treatment of osteoporosis]. *Ukrainskyi revmatologichnyi zhurnal – Ukrainian Journal of*

Rheumatology, 3, 81-85 [in Russian].

4. Malik, N.V., Pasechnik, I.P., & Marchenko, I.M. (2009). Problema osteoporoza ochyma likaria zahalnoi praktyky [The problem of osteoporosis eyes GP]. *Visnyk problem biolohii ta medytsyny – Journal of Problems of Biology and Medicine*, 4, 13-17 [in Ukrainian].

5. Paliy, I.H., & Kolisnyk, S.P. (2010). Zovnishnosekretorna nedostatnist pidshlunkovoi zalozy yak predyktor rozvytku osteodefitsytnykh staniv: novi mozhlyvosti u likuvanni [Exocrine pancreatic insufficiency as a predictor of osteodefitsytnykh states: new opportunities for treatment]. *Novosti medytsyny i farmatsyi. Gastroenterologiya – News of Medicine and Pharmacy. Gastroenterology*, 323 [in Ukrainian].

6. Yakushevskaya, O.V. (2011). Vliyanie medikamentoznoy terapii na kostnyi metabolizm [Influence of drug therapy on bone metabolism]. *Akusherstvo y ginekologiya – Obstetrics and Gynecology*, 1, 84-88 [in Russian].

ПУТИ КОРРЕКЦИИ ОСТЕОДЕФИЦИТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

©И. В. Семенова, Л. С. Бабинец, Ю. Я. Коцаба, О. И. Крыськив, О. Б. Велика, Т. А. Заец

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины»

РЕЗЮМЕ. Актуальность проблемы развития остеодифицитных состояний при хроническом панкреатите обусловлена расстройствами процессов пищеварения, синдромами мальдигестии и мальабсорбции с нарушением усвоения минеральных и органических веществ. Ключевым моментом в развитии остеодифицита при хроническом панкреатите, безусловно, является дефицит кальция и витамина D₃. Остеодифицит при ХП может иметь компоненты как остеомаляции (вследствие гиповитаминоза витамина D₃), так и остеопороза (нарушения кальциево-фосфорного, белкового обменов вторично, а также вследствие первичного остеопороза – возрастного, постменопаузального). С целью оценки состояния минеральной плотности костной ткани больным проводили обследование поясничного отдела позвоночника с помощью двофотонного рентгеновского денситометра. Установлено, что у 75 % обследованных больных хроническим панкреатитом наблюдаются нарушения минерализации костной ткани.

Проведенные исследования обосновывают целесообразность совместного использования кальцийсодержащего витаминно-минерального препарата и бисфосфоната – ризендроновой кислоты по предложенной схеме в лечении сопутствующего остеопороза у больных хроническим панкреатитом. Доказана целесообразность использования препаратов Витрум Кальций 600+D400 и Ризендрол в комплексном лечении больных хроническим панкреатитом с сопутствующим остеодифицитом, что привело к существенному достоверному улучшению состояния минерализации кости – приросту минеральной плотности костной ткани.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хронический панкреатит, остеодифицит, минеральная плотность костной ткани, минеральный обмен, Витрум Кальций 600+D400, Ризендрол.

WAYS OF OSTEODEFICIENCY CORRECTION AT CHRONIC PANCREATITIS

©I. V. Semenova, L. S. Babinets, Yu. Ya. Kotsaba, O. I. Kryskiv, O. B. Velyka, T. A. Zayec

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

SUMMARY. Background osteodeficiency states at chronic pancreatitis is caused by disorders of digestion that appears malabsorbption and maldigestion syndromes and in violation of assimilation of mineral and organic matter. A key point in the development osteodeficiency in chronic pancreatitis is certainly a deficiency of calcium and vitamin D₃. Osteodeficiency in CP components can be as osteomalacia (vitamin deficiencies due to vitamin D₃), and osteoporosis (violation of calcium-phosphorus, protein metabolism, secondary, and because primary osteoporosis – age, postmenopausal). In order to assess the status of bone mineral density examination of patients underwent lumbar spine using two-photon X-ray densitometer. Found that in 75 % of patients with chronic pancreatitis observed violations of bone mineralization.

Past studies substantiate the feasibility of sharing calcium-vitamin and mineral preparations and bisphosphonate rizedronic acid in the proposed scheme concomitant treatment of osteoporosis in patients with chronic pancreatitis. The expediency of using drugs Vitrum Kaltsium 600+D400 and Risendros in treatment of patients with chronic pancreatitis with concomitant osteodeficiency, leading to substantial significant improvement in bone mineral – growth of bone mineral density.

KEY WORDS: a chronic pancreatitis; the osteodeficiency; a mineral exchange; the mineral density of the bone tissue; Vitrum Calcium 600+D400, Risendros.

Отримано 22.04.2017