



Ю. А. Шеховцова

Харьковский национальный медицинский университет

Особенности клинических проявлений хронического панкреатита у больных сахарным диабетом 2 типа в сочетании с ожирением

Цель — изучить особенности клинических проявлений хронического панкреатита (ХП) на фоне сахарного диабета (СД) 2 типа в зависимости от фенотипа.

Материалы и методы. В исследование включено 70 больных с ХП на фоне СД 2 типа с разным фенотипом, а также 21 больного с ХП и нормальной массой тела без СД 2 типа. Всем пациентам проведено клинико-anamnestическое обследование (детальный сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование, антропометрическое обследование с расчетом индекса массы тела для оценки степени ожирения). Выраженность жалоб и пальпаторной болезненности оценивали с помощью показателя средней степени тяжести.

Результаты. Интенсивный болевой синдром преобладал при изолированном течении ХП, умеренный — при сочетании ХП и СД 2 типа с нормальной массой тела, минимальный — при сочетании ХП и СД 2 типа с избыточной массой тела и ожирением. Приступообразный тип абдоминальной боли был более характерен для сочетания ХП и СД 2 типа с нормальной и избыточной массой тела, постоянный тип — для сочетания ХП и СД 2 типа с ожирением. Боли в левом подреберье доминировали при изолированном ХП и сочетании ХП и СД 2 типа с нормальной массой тела, в обеих половинах эпигастральной области — при сочетании ХП и СД 2 типа с избыточной массой тела и ожирением. Иррадиация боли по типу «полного пояса» характерна для изолированного ХП и сочетания ХП и СД 2 типа с нормальной массой тела, по типу «левого полупояса» — для сочетания ХП и СД 2 типа с избыточной массой тела и ожирением. Явления желудочной диспепсии преобладали при сочетании ХП и СД 2 типа с нормальной массой тела, кишечной диспепсии — при сочетании ХП и СД 2 типа с избыточной массой тела и ожирением. Клинические проявления внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы развивались значительно чаще при изолированном ХП и сочетании ХП и СД 2 типа с избыточной массой тела и ожирением.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о наличии особенностей клинических проявлений ХП на фоне СД 2 типа в зависимости от фенотипа.

Ключевые слова: хронический панкреатит, сахарный диабет 2 типа, ожирение, метаболический синдром.

Поджелудочная железа (ПЖ) представляет собой уникальный орган, который благодаря сочетанию инкреторной и экскреторной функций принимает участие во всех физиологических процессах, начиная с пищеварения и заканчивая процессами адаптации [3].

Любые заболевания ПЖ, в том числе хронический панкреатит (ХП), имеет смысл рассматривать как заболевания, поражающие секреторные

и инкреторные отделы органа и приводящие к нарушению постоянства внутренней среды организма [1, 4, 6]. Недостаточность эндокринной функции ПЖ клинически проявляется манифестацией метаболических нарушений. Внешнесекреторная недостаточность ПЖ (ВНПЖ) (особенно легкой и средней степени тяжести) наблюдается при различных заболеваниях, в частности при ХП, сахарном диабете (СД), остеопорозе, после операций на желудке и ПЖ, при ожирении и других патологических состояниях [3, 7, 12].

Ожирение, метаболический синдром и СД (СД) 2 типа — пандемии XXI в. Ожирение рассматривают как глобальную эпидемию неинфекционного генеза [4]. Связь ожирения и СД 2 типа с заболеваниями ПЖ, в том числе с ХП, изучена недостаточно. Результаты исследований весьма противоречивы [9–11]. Алгоритм лечения ХП, протекающего на фоне ожирения и СД 2 типа до сих пор не разработан.

Цель исследования — изучить особенности клинических проявлений ХП на фоне СД 2 типа в зависимости от фенотипа.

Материалы и методы

В исследование были включены 70 больных СД 2 типа в сочетании с ХП, которые находились на лечении в эндокринологическом и гастроэнтерологическом отделениях КЗОЗ «Областная клиническая больница — центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» г. Харькова, являющихся клинической базой кафедры внутренней медицины № 3 Харьковского национального медицинского университета.

Критерии исключения при проведении исследования: наличие онкологической патологии, тяжелых сопутствующих нефропатий, алкоголизма, хронического калькулезного холецистита, тяжелой кардиальной патологии, нейропсихической патологии, которая могла бы повлиять на комплаенс между пациентом и исследователем, отсутствие информированного согласия пациента на участие в исследовании.

Диагноз СД 2 типа устанавливали в соответствии с классификацией нарушений гликемии (ВОЗ, 1999) [2, 4, 13]. Верификация диагноза СД 2 типа основывалась на определении показателей углеводного обмена (гликемический профиль и гликозилированный гемоглобин).

Диагноз ХП устанавливали на основании жалоб, анамнеза, результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований согласно приказу МЗ Украины № 271 от 13.06.2005 г.

[4]. Для классификации ХП использовали Международную классификацию болезней и причин смерти 10-го пересмотра (МКБ-10, 1998) (K86.0 Хронический панкреатит) [5, 12].

Дизайн обследований предусматривал клинико-лабораторные, биохимические исследования крови, ультразвуковое исследование ПЖ.

Оценку трофологического статуса проводили согласно рекомендациям ВОЗ (1997) по индексу массы тела (ИМТ), который определяли по формуле Кетле: $ИМТ = \text{вес (кг)} : \text{рост (м)}^2$.

При величине ИМТ 18,5–24,9 кг/м² массу тела расценивали как нормальную, при 25,0–29,9 кг/м² — как избыточную (предожирение). Ожирение диагностировали при ИМТ ≥ 30,0 кг/м²: I степень — при 30,0–34,9 кг/м², II степень — при 34,9–39,9 кг/м², III степень — при 39,9–44,9 кг/м².

В зависимости от величины ИМТ больных распределили на три группы. В первую группу вошли 20 (28%) больных с сочетанием ХП и СД 2 типа с нормальной массой тела, во вторую — 19 (27%) больных с сочетанием ХП и СД 2 типа с избыточной массой тела, в третью — 31 (45%) больной с сочетанием ХП и СД 2 типа с ожирением. В 3-й группе ожирение I степени диагностировано у 14 (44%) больных, II степени — у 11 (38%), III степени — у 6 (18%) больных.

Возраст больных составил в среднем (55,36 ± 1,06) года. Среди больных преобладали женщины — 46 (65%). Длительность СД 2 типа составляла от 1 года до 27 лет, ХП — от 0,5 года до 15 лет (табл. 1).

Также был обследован 21 больной с ХП без СД 2 типа с нормальной массой тела (группа сравнения). Состав этой группы был репрезентативным по возрасту и количеству пробандов мужского и женского пола.

Выраженность жалоб и пальпаторной болезненности оценивали с помощью средней степени тяжести (ССТ) [8]. Использовали полуколичественную шкалу: 0 баллов — проявлений нет;

Таблица 1. Основные характеристики групп пациентов

Показатель	Группа сравнения (n = 21)	1-я группа (n = 20)	2-я группа (n = 19)	3-я группа (n = 31)
Возраст, годы	53,3 ± 1,89	53,60 ± 2,26	54,20 ± 1,70	57,20 ± 1,57
Длительность СД 2 типа, годы	–	7,20 ± 0,87*	7,05 ± 0,72*	11,00 ± 1,14
Длительность ХП, годы	11,50 ± 1,05	5,10 ± 0,79#	6,04 ± 0,72#	6,26 ± 0,63#
Женщины	12 (57%)	11 (58%)	11 (58%)	24 (77%)
Мужчины	9 (43%)	8 (42%)	8 (42%)	7 (23%)

Примечание. * Различия относительно 3-й группы статистически значимы (p < 0,05).

Различия относительно группы сравнения статистически значимы (p < 0,05).

1 балл — проявления минимальные; 2 балла — умеренные; 3 балла — проявления выраженные либо очень выраженные.

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

$$\text{ССТ} = \frac{a + 2b + 3c}{a + b + c + d},$$

где a — количество больных с выраженностью симптомов 1 балл; b — 2 балла; c — 3 балла; d — количество больных без симптомов.

В зависимости от степени тяжести СД 2 типа и компенсации углеводного обмена выбирали сахароснижающую терапию. 52 (74 %) пациента принимали гипогликемические препараты, такие как метформин, глимепирид, гликлазид, лираглутид, ситаглиптин, остальные находились на комбинированной терапии инсулином в сочетании с пероральными сахароснижающими препаратами. Все пациенты с СД 2 типа имели субкомпенсированное состояние углеводного обмена.

Результаты и обсуждение

Основная жалоба, которую предъявляли пациенты всех групп, была абдоминальная боль — 88 (98 %) случаев. У 11 (55 %) больных первой группы боли были интенсивными, у 6 (20 %) — умеренными, у 3 (15 %) — минимальной интенсивности. ССТ — 2,4 (рис. 1, 2).

Во второй группе интенсивные боли отмечены у 6 (31,5 %) пациентов, умеренные — у 12 (63,0 %), минимальные — у 1 (5,5 %) пациента. ССТ — 2,26.

В третьей группе интенсивный характер боли зафиксирован у 4 (13 %), умеренный — у 6 (20 %), минимальный — у 19 (61 %), отсутствие абдоминальной боли — у 2 (6 %) больных. ССТ — 1,39.

В группе сравнения интенсивная боль имела место у 16 (76 %), умеренная — у 3 (15 %), минимальная — у 2 (9 %) пациентов. ССТ абдоминальной боли в группе сравнения составила 2,67.

В первой и второй группах преобладал приступообразный тип боли — соответственно у 17 (85 %) и 15 (80 %) пациентов, а в третьей группе постоянный тип — у 28 (90 %) больных. В группе сравнения практически с одинаковой частотой встречались оба типа боли (приступообразная боль у 11 (52,3 %), постоянная — у 10 (47,7 %) пациентов).

У всех больных имелась тенденция к усилению или появлению боли через 25–35 мин после приема пищи, особенно жирной, длительностью 1–3 ч, которая встречалась с близкой частотой во всех группах.

Данные о распространенности и локализации основных клинических симптомов приведены в табл. 2.

По характеру диспептического синдрома у пациентов первой группы доминировали проявления желудочной диспепсии в виде длительной тошноты, рвоты, не приносящей облегчения, отрыжки, которые отмечены в 12 (60 %) случаях.

У пациентов второй и третьей групп преобладали проявления кишечной диспепсии в виде метеоризма, урчания, кашицеподобного учащенного стула, которые встречались соответственно у 13 (68 %) и 25 (80 %) пациентов.

В группе сравнения со сходной частотой встречались проявления желудочной и кишечной диспепсий — у 10 (47 %) и 11 (53 %) пациентов соответственно.

Клинические проявления ВВПЖ в виде кашицеподобного стула 2–3 раза в сутки, «большого панкреатического стула», лиентереи, снижения массы тела, проявлений гиповитамино-

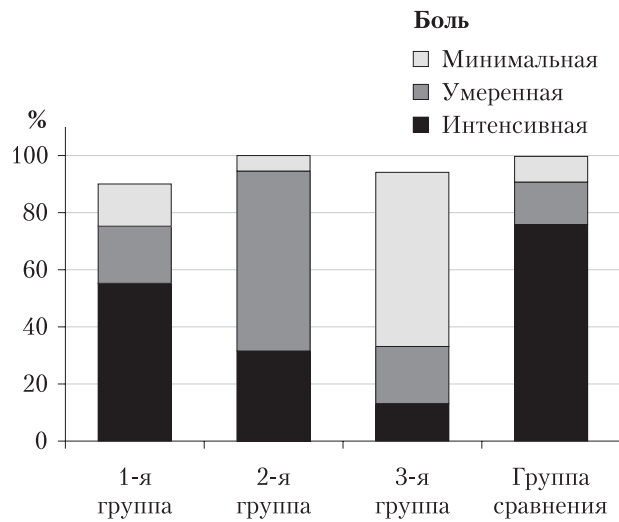


Рис. 1. Распространенность абдоминального болевого синдрома в зависимости от степени интенсивности в группах пациентов

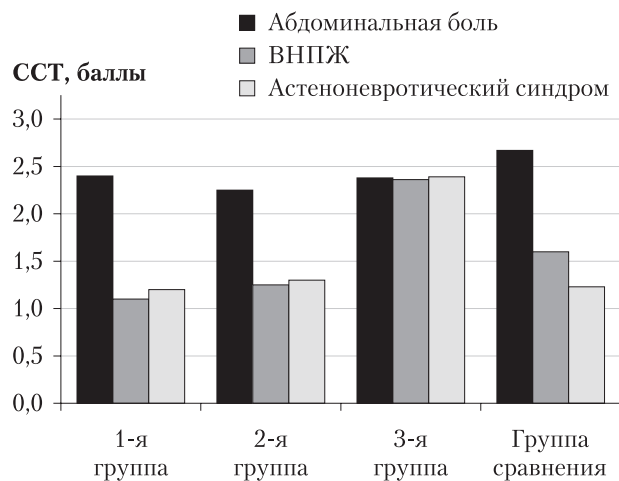


Рис. 2. Средняя степень тяжести жалоб

Таблиця 2. **Распространенность основных клинических симптомов**

Симптом	1-я группа (n = 20)	2-я группа (n = 19)	3-я группа (n = 31)	Группа сравнения (n = 21)
Боль в левом подреберье	16 (80,0%)	5 (26,3%)	4 (12,9%)	17 (81,0%)
Боль в левой эпигастральной области	2 (10,0%)	2 (10,5%)	3 (9,7%)	2 (9,5%)
Боль в правой эпигастральной области	1 (5,0%)	0 (0,0%)	2 (6,5%)	1 (4,8%)
Боль в обеих половинах эпигастральной области	1 (5,0%)	12 (63,2%)	22 (71,0%)	1 (4,8%)
Иррадиация в левую половину грудной клетки	8 (40,0%)	5 (26,3%)	3 (9,7%)	1 (4,8%)
Иррадиация по типу «левого полупояса»	3 (15,0%)	13 (68,4%)	24 (77,4%)	4 (19,0%)
Иррадиация по типу «полного пояса»	7 (35,0%)	1 (5,3%)	2 (6,5%)	16 (76,2%)
Иррадиация в левую руку и лопатку	1 (5,0%)	0 (0,0%)	1 (3,2%)	0 (0,0%)
Иррадиация в прекардиальную область	1 (5,0%)	0 (0,0%)	1 (3,2%)	0 (0,0%)
Купирование анальгетиками	16 (80,0%)	14 (73,7%)	23 (74,2%)	3 (14,3%)
Купирование спазмолитиками	15 (75,0%)	13 (68,4%)	21 (67,7%)	3 (14,3%)
Купирование прикладыванием холода на место проекции ПЖ	12 (60,0%)	9 (47,4%)	9 (29,0%)	15 (71,4%)
Купирование голодом	9 (45,0%)	7 (36,8%)	5 (16,1%)	3 (14,3%)
Купирование ферментными препаратами	9 (45,0%)	9 (47,4%)	19 (61,3%)	13 (61,9%)
Купирование антисекреторными препаратами	4 (20,0%)	4 (21,1%)	6 (19,4%)	6 (28,6%)

зов, вздутия и урчания в животе развивались значительно чаще во второй и третьей группах и группе сравнения — у 5 (26%), 11 (35%) и 12 (57%) пациентов (ССТ — соответственно 1,24, 1,37 и 1,58 (см. рис. 2)).

Клинические проявления астеноневротического синдрома в виде общей слабости, снижения работоспособности, головных болей и повышенной утомляемости преобладали во второй и третьей группах. ССТ этих проявлений составили 1,32 и 1,39 соответственно по сравнению с первой группой и группой сравнения — 1, 21 и 1,24 (см. рис. 2).

При физикальном осмотре состояние больных всех групп было относительно удовлетворительным. На коже груди, спины и живота отмечен симптом «красных капелек» — у 31 (34%), сухость и шелушение кожи — у 43 (47%), признаки глоссита и стоматита — у 29 (32%) больных.

При проведении поверхностной пальпации чувствительность или болезненность в проекции ПЖ определялась у 32 (35%) больных, 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 16 (80%) пациентов первой группы, у 9 (47%) второй, у 10 (32%) — третьей и у

18 (85%) — группы сравнения. Реже определялась болезненность преимущественно в зоне Гурбергрица–Скульского, то есть в проекции тела и хвоста ПЖ, — соответственно у 12 (60%), 8 (42%), 11 (35%) и 16 (76%) больных. В проекции всей ПЖ имела место болезненность у 3 (15%), 4 (21%), 9 (29%) и 7 (33%) пациентов. ССТ пальпаторной болезненности в проекции ПЖ составила 2,32, 1,98, 1,56 и 2,42 соответственно.

При изучении дополнительных объективных симптомов установлено, что болезненность доминировала в точке Дежардена у 10 (50%) и 14 (66%) больных первой группы и группы сравнения, в точке Мейо–Робсона — у 9 (47%) и 8 (25%) больных второй и третьей групп.

Согласно результатам исследования выраженность болевого синдрома у больных с сочетанным течением ХП и СД 2 типа неодинакова. Наиболее выраженный болевой синдром имел место у больных с изолированным течением ХП, наименее выраженный — у пациентов с сочетанным течением ХП и СД 2 типа на фоне ожирения. Выраженность абдоминальной боли была сходна в группах с сочетанным течением ХП и СД 2 типа с нормальной и избыточной массой тела — умеренной и минимальной интенсивности соответственно.

Для сочетания ХП и СД 2 типа с нормальной и избыточной массой тела более характерен приступообразный тип абдоминальной боли, для сочетания ХП и СД 2 типа с ожирением — постоянный тип. При изолированном течении ХП оба типа боли встречались с приблизительно одинаковой частотой.

Для сочетания ХП и СД 2 типа с нормальной массой тела характерна локализация боли в левом подреберье с иррадиацией в левую половину грудной клетки и по типу «полного пояса», купирующаяся приемом анальгетиков и спазмолитиков, для сочетания ХП и СД 2 типа с избыточной массой тела и ожирением — в обеих половинах эпигастральной области с иррадиацией в левую поясничную область по типу «левого полупояса», купирующаяся приемом анальгетиков, спазмолитиков и ферментных препаратов, для изолированного течения ХП — в левом подреберье с иррадиацией по типу «полного пояса», купирующаяся прикладыванием холода на место проекции ПЖ и применением ферментных препаратов.

Для сочетания ХП и СД 2 типа с нормальной массой тела характерны явления желудочной диспепсии, для сочетания ХП и СД 2 типа с избыточной массой тела и ожирением — кишечной диспепсии. У больных с изолированным течением ХП проявления желудочной и кишечной диспепсий встречались с примерно одинаковой частотой.

Клинические проявления внешнесекреторной недостаточности ПЖ развивались значительно чаще при сочетании ХП с СД 2 типа с избыточной массой тела и ожирением, а также при изолированном течении ХП.

Наибольшая пальпаторная болезненность в зоне проекции головки ПЖ наблюдалась при сочетании ХП и СД 2 типа с нормальной массой тела и изолированном ХП, почти в половине случаев отмечена болезненность в местах проекции тела и хвоста ПЖ.

Выводы

Полученные данные свидетельствуют о наличии особенностей клинических проявлений ХП на фоне СД 2 типа в зависимости от фенотипа. Знания этих особенностей помогут в выборе адекватного лабораторно-инструментального обследования, постановке диагноза и назначении необходимой терапии, что будет способствовать повышению качества жизни больных СД 2 типа, снижению затрат на диагностику и лечение, уменьшению частоты и длительности пребывания больных в стационаре.

Перспективы исследований заключаются в продолжении исследований по выявлению особенностей клинических проявлений ХП на фоне СД 2 типа и в разработке схем диагностики и медикаментозной терапии сочетанного течения ХП и СД 2 типа.

Список литературы

1. Галаева Т.В., Крячок Т.А., Вавилова Л.Л. и др. Роль гипергликемии и нарушения обмена глюкозы как фактора развития синдрома инсулинорезистентности // Укр. кардиол. журн. — 2009. — № 3. — С. 51—62.
2. Гриневич В.Б., Мехтиев С.Н., Ратников В.А. и др. Язвенная болезнь и метаболический синдром (механизмы формирования, клинико-инструментальные проявления и подходы к терапии). — СПб, 2006. — 31 с.
3. Губергриц Н.Б., Казюлин А.Н. Метаболическая панкреатология. — Донецк: Лебедь, 2011. — 464 с.
4. Клинічний протокол надання медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 271 від 13.06.2005 р. — 4 с.
5. Комаров Ф.И. Руководство по гастроэнтерологии / Под ред. Ф.И. Комарова, С.И. Рапопорта. — М.: Мед. информ. агентство. — 2010. — С. 98—128.
6. Комиссаренко И.А. Полиморбидность и метаболический синдром у пожилых // Клинический геронтолог. — 2009. — № 1. — С. 29—38.
7. Мартинчук А.А., Ларін О.С., Ткач С.М. ¹³C-Амлазний дихальний тест у діагностиці зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози у хворих з ожирінням // Клініч. ендокринолог. та ендокринолог. хірургія. — 2006. — № 4. — С. 45—48.
8. Основы компьютерной биostatистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat. — Донецк: Папакица Е.К., 2006. — 214 с.
9. Титов В.Н. Первичный и вторичный атеросклероз. Атероматоз и атеросклероз. — Тверь, 2008. — 189 с.
10. Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Цукровий діабет 2 типу»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1118 від 21.12.2012 р. — 56 с.
11. Юрьева А.В. Корреляционные связи между клиническими, лабораторными и инструментальными данными у больных хроническим панкреатитом на фоне постхолестеромиического синдрома и повышенной массы тела // Укр. мед. альманах. — 2008. — № 4. — С. 199—203.
12. Lohr J.-M. Exocrine pancreatic insufficiency. — Bremen: UNIMED, 2010. — 91 p.
13. Tsigos C., Hainer V., Basdevant A. et al. Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines // Obesity Facts. — 2008. — Vol. 1, N 2. — P. 106—116.
14. Zhuan Liao, Gang Jin. et al. Guidelines: diagnosis and therapy for chronic pancreatitis // J. Interv. Gastroenterol. — 2013. — N 3 (4). — P. 133—136.

Ю. О. Шеховцова

Харківський національний медичний університет

Особливості клінічних виявів хронічного панкреатиту у хворих на цукровий діабет 2 типу у поєднанні з ожирінням

Мета — вивчити особливості клінічних виявів хронічного панкреатиту (ХП) на тлі цукрового діабету (ЦД) 2 типу залежно від фенотипу.

Матеріали та методи. У дослідження залучено 70 хворих з ХП на тлі ЦД 2 типу з різним фенотипом, а також 21 хворого з ХП та нормальною масою тіла без ЦД 2 типу. Пацієнтам проводили клініко-анамнестичне обстеження (детальний збір скарг, анамнезу, об'єктивне обстеження, антропометричне обстеження з розрахунком індексу маси тіла для оцінки ступеня ожиріння). Вираженість скарг і пальпаторної болючості оцінювали за допомогою показника середнього ступеня тяжкості.

Результати. Інтенсивний біль переважав при ізольованому перебігу ХП, помірний — при поєднанні ХП та ЦД 2 типу з нормальною масою тіла, мінімальний — при поєднанні ХП і ЦД 2 типу з надлишковою масою тіла та ожирінням. Нападopodobний тип абдомінального болю був характернішим для поєднання ХП та ЦД 2 типу з нормальною і надлишковою масою тіла, постійний тип — для поєднання ХП та ЦД 2 типу з ожирінням. Біль у лівому підребер'ї домінував при ізольованому ХП та поєднанні ХП і ЦД 2 типу з нормальною масою тіла, в обох половинах епігастральної ділянки — при поєднанні ХП і ЦД 2 типу з надлишковою масою тіла та ожирінням. Іррадіація болю за типом «повного поясу» характерна для ізольованого ХП та поєднання ХП і ЦД 2 типу з нормальною масою тіла, за типом «лівого напівпоясу» — для поєднання ХП і ЦД 2 типу з надлишковою масою тіла та ожирінням. Явища шлункової диспепсії переважали при поєднанні ХП та ЦД 2 типу з нормальною масою тіла, кишкової диспепсії — при поєднанні ХП і ЦД 2 типу з надлишковою масою тіла та ожирінням. Клінічні вияви зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози значно частіше спостерігали при ізольованому ХП та поєднанні ХП і ЦД 2 типу з надлишковою масою тіла та ожирінням.

Висновки. Отримані дані свідчать про наявність особливостей клінічних виявів ХП на тлі ЦД 2 типу залежно від фенотипу.

Ключові слова: хронічний панкреатит, цукровий діабет 2 типу, ожиріння, метаболічний синдром.

Yu. O. Shekhovtsova

Kharkiv National Medical University

The peculiarities of the clinical manifestations of chronic pancreatitis in patients with type 2 diabetes mellitus in combination with obesity

Objective — to study specific clinical manifestations of chronic pancreatitis (CP) and type 2 diabetes mellitus (DM), depending on the phenotype.

Materials and methods. The study involved 70 patients with CP against the background of type 2 DM with different phenotypes and 21 patients with CP and normal body weight have. All patients were undergone clinical and anamnestic examination (detailed collection of complaints, medical history, physical examination, anthropometric data with subsequent calculation of body mass index to assess the degree of obesity, severity of complaints and palpation pain was assessed using a measure of moderate severity (MMS)).

Results. The intensive pain syndrome dominated in isolated CP, the moderate syndrome was established at CP and DM2 with normal body weight, and minimal at CP and DM2 with overweight and obesity. The paroxysmal type of abdominal pain was more common for CP and DM2 with normal and overweight, permanent type for CP and DM2 with obesity. Pain in the left upper quadrant dominated in CP and CP with DM2 with normal body weight, in both parts of the epigastric region at CP and DM2 with overweight and obesity. The «full zone» type of pain irradiation is typical for CP and CP with DM2 with normal body weight, the «left part of zone» type for CP and DM2 with overweight and obesity. Gastric dyspepsia prevailed in CP and DM2 with normal body weight, intestinal dyspepsia in CP and DM2 with overweight and obesity. Clinical manifestations of exocrine pancreatic insufficiency developed significantly more often in CP and CP with DM2 with overweight and obesity.

Conclusions. The obtained data demonstrated peculiarities of the CP clinical manifestations against the background of DM2, depending on the phenotype.

Key words: chronic pancreatitis, type 2 diabetes mellitus, obesity, metabolic syndrome.

Контактна інформація

Шеховцова Юлія Олександрівна, аспірант

61022, м. Харків, просп. Леніна, 4. E-mail: shekhovtsova2004@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 16 жовтня 2014 р.