



УДК 616.33-008.8.821.1:616.37-002.2-036

ОСОБЛИВОСТІ рН-ШЛУНКОВОГО СОКУ ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Коваль В.Ю.

ДВНЗ "Ужгородський національний університет", медичний факультет, м. Ужгород

Резюме. При комп'ютерному відображенні результатів базальної топографічної рН-метрії по протягу шлунка у хворих на хронічний панкреатит у 57% хворих виявлено гіперацидність різного прояву. Нормоацидність шлункового соку виявляли у 21% хворих: ХПТП – 5%, ХКП – 26%, ХІФП – 27%, ХП з екс- та інкреторною недостатністю – 23%. Гіпоацидність шлункового соку виявлено у 22% хворих різними формами хронічного панкреатиту. Найчастіше знижена рН-шлункового соку спостерігалася при хронічному калькульозному панкреатиті.

У 57% хворих на хронічний панкреатит виявлено гіперацидність шлункового соку різного ступеня виразності, яка частіше у 81% спостерігається при хронічному псевдотуморозному панкреатиті. Нормальні показники рН-шлункового соку спостерігаються у 21% хворих на хронічний панкреатит. Гіпоацидність шлункового соку виявлено у 22% хворих на хронічний панкреатит, частіше – у 35% хворих на хронічний калькульозний панкреатит. У хворих на хронічний панкреатит з порушенням ексреторної та інкреторної функції підшлункової залози спостерігається тенденція до зниження рН-шлункового соку у залежності від тривалості захворювання.

Ключові слова: хронічний панкреатит, рН-шлункового соку, тривалість захворювання.

The features of pH-gastric juice at different forms of chronic pancreatitis

Koval V. Yu.

Abstract. *The aim of investigation* – to study indices of pH-gastric juice at different forms of chronic pancreatitis taking into account its duration.

Materials and methods. 180 patients with chronic pancreatitis (42 – patients having chronic pseudotumorous pancreatitis, 34 – patients having chronic calculous pancreatitis, 44 – patients with chronic infiltrative fibrous pancreatitis, 60 – patients having chronic pancreatitis with the disturbance of exocrine and endocrine function of the pancreas) who were being treated in the gastroenterological department of Transcarpathian Regional Clinical Hospital named after A. Novak have been included into examination. An internally gastric pH-metrics was being applied to all patients on an empty stomach on the apparatus "Acidogastrometer" according to Chernobroviy V.M. method.

Results of research. During computer displaying of results on basal topographical pH-metrics along the stomach hyperacidity of various manifestations has been showed up in 57% of patients having chronic pancreatitis. Normal acidity of gastric juice was being discovered in 23% of patients: 5% of patients were suffering from chronic pseudotumorous pancreatitis, 26% of patients were suffering from chronic calculous pancreatitis, 27% of patients were suffering from chronic infiltrative fibrous pancreatitis, 21% of patients were suffering from chronic pancreatitis with exocrine and endocrine insufficiency. Hypoacidity of gastric juice has been revealed in 22% of patients having different forms of chronic pancreatitis. The most frequently decreased pH-gastric juice was being observed during chronic calculous pancreatitis.

Conclusions

1. Hyperacidity of gastric juice with various degree of manifestations has been discovered in 57% of patients with chronic pancreatitis which is being observed in 81% of patients with chronic pseudotumorous pancreatitis more often.

2. Normal indices of pH-gastric juice take place in 21% of patients having chronic pancreatitis.

3. Hypoacidity of gastric juice has been revealed in 22% of patients having chronic pancreatitis, it is being observed in 35% of patients with chronic calculous pancreatitis more often.

4. There is a tendency to decrease in pH-gastric juice in patients having chronic pancreatitis with the disturbance of exocrine and endocrine function of the pancreas depending on the duration of disease.

Key words: chronic pancreatitis, pH-gastric juice, duration of disease.



Вступ

Хронічний панкреатит відноситься до інвалідизуючих захворювань органів травлення. Вражаючи насамперед осіб працездатного віку, маючи рецидивуючий перебіг з прогресуванням функціональної недостатності підшлункової залози, хронічний панкреатит (ХП) часто є причиною втрати працездатності та інвалідизації хворих [4]. Протягом десяти років після верифікації діагнозу помирає 15-30% пацієнтів. При підвищеному або зниженому надходженні в дванадцятипалу кишку соляної кислоти порушується механізм гормональної регуляції зовнішньосекреторної функції ПЗ, що може бути одним із механізмів розвитку чи прогресування ХП [1, 5, 7]. Тому деякі автори зараховують ХП до кислотозалежних захворювань [3, 8]. Ця патологія характеризується наявністю запального інфільтрату, прогресуючою деструкцією ацинарних клітин і фіброзом, що спричинює руйнування тканини залози [2, 9]. Незважаючи на встановлену роль шлункової гіперхлоргідрії в патогенезі ХП, особливості кислотопродукуючої функції шлунка у хворих на ХП залишаються вивченими недостатньо [3]. Одним з важливих механізмів порушення панкреатичної секреції за умови гіперхлоргідрії є зниження чутливості секретинпродукуючих клітин [5]. Виявлено залежність больового синдрому при хронічному панкреатиті від кислотності шлункового соку. Для хворих на ХП з гіперацидним синдромом характерний нападоподібний біль з переважною локалізацією в епігастрії та правому підребер'ї, висока інтенсивність болю, зменшення інтенсивності болю в першу половину ночі та збільшення в другу половину ночі [6].

Мета дослідження

Вивчити показники рН-шлункового соку при різних формах хронічного панкреатиту з урахуванням його тривалості.

Матеріали та методи

В обстеження включено 180 хворих на ХП (42 – на хронічний псевдотуморозний панкреатит (ХПТП), 34 – на хронічний калькульозний панкреатит (ХКП), 44 – на хронічний ін-

фільтративно-фіброзний панкреатит (ХІФП), 60 – на хронічний панкреатит із порушенням екзокринної та ендокринної функції підшлункової залози, які знаходилися на лікуванні в гастроентерологічному відділенні Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака. Усім хворим натщесерце проводили внутрішньо-шлункову рН-метрію на апараті „Ацидогастрометр” за методикою Чернобрового В.М.

При комп'ютерному відображенні результатів базальної топографічної рН-метрії по протягу шлунка потрібно орієнтуватися в термінах рН-метрії, зокрема в запропонованих Чернобровим В.М. функціональних інтервалах рН (ФІ рН) від 0 до 5 (у напрямку зростання внутрішньо-порожнинної кислотності шлунка): рН 7,0–7,5 (ФІ рН0 – анацидність); рН 3,6–6,9 (ФІ рН1 – гіпоацидність виражена); рН 2,3–3,5 (ФІ рН2 гіпоацидність помірною); рН 1,6–2,2 (ФІ рН3 – нормаацидність); рН 1,3–1,5 (ФІ рН4 – гіперацидність помірною); рН 0,9–1,2 (ФІ рН5 – гіперацидність виражена).

При комп'ютерному відображенні результатів базальної топографічної рН-метрії по протягу шлунка у хворих на хронічний панкреатит у 57% хворих виявлено гіперацидність різного прояву. Нормаацидність виявляли у 21% хворих: ХПТП – 5%, ХКП – 26%, ХІФП – 27%, ХП з екс- та інкреторною недостатністю – 23%. Гіпоацидність шлункового соку виявлено у 22% хворих різними формами хронічного панкреатиту. Найчастіше знижена рН-шлункового соку спостерігалася при хронічному калькульозному панкреатиті.

У хворих на ХПТП у 43% пацієнтів спостерігали гіперацидність виражену, 38% – гіперацидність помірною, 5% – нормаацидність, 14% – гіпоацидність помірною. У хворих на ХКП гіперацидність виражену виявлено у 2,25 разу менше порівняно з ХПТП, в 1,6 разу менше порівняно з ХІФП та у 1,5 разу порівняно з ХП із порушенням екс- та інкреторної функції підшлункової залози (табл. 1). При ХІФП показники рН майже з однаковою частотою траплялися в функціональних інтервалах 5–3. У хворих на хронічний панкреатит із порушенням екс- та інкреторної функції 35% хворі мали гіперацидність помірною; 23% – нормаацидність; 20% – гіперацидність виражену; 21% – гіпоацидність.



Таблиця 1

Показники рН-шлункового соку при різних формах ХП

Форми ХП	ФІ рН5	ФІ рН4	ФІ рН3	ФІ рН2	ФІ рН1
ХПТП (n=42)	18 (43%)	16 (38%)	2 (5%)	6 (14%)	-
ХКП (n=34)	8 (24%)	5 (15%)	9 (26%)	12 (35%)	-
ХІФП (n=44)	13 (29%)	11 (25%)	12 (27%)	7 (16%)	1 (2%)
ХП+ЦД 2 тип (n=60)	12 (20%)	21 (35%)	14 (23%)	11 (18%)	2 (3%)
Всього: (n=180)	51 (28%)	53 (29%)	37 (21%)	36 (20%)	3 (2%)

Залежно від тривалості хронічного панкреатиту виявлено достовірну різницю між показниками рН шлункового соку між хворими на ХПТП та ХІФП. При тривалості захворювання від 1 до 5 років спостерігаються

відмінності між групами ХІФП та хронічним панкреатитом з екскреторною та інкреторною недостатністю у показниках помірної гіпоацидності (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка показників рН залежно від тривалості хронічного панкреатиту

Група	Характер підгрупи	К-ть хворих	Тривалість захворювання			
			До 1 року	Від 1 до 5 років (n=7)	Від 5 до 10 років	Більше 10 років
ХПТП	Гіперацидність виражена	18	1,03±0,02 (n=10)	0,96±0,07 (n=9)	1,14±0,09 (n=2)	-
	Гіперацидність помірна	16	1,37±0,04 (n=6)	1,41±0,02* (n=8)	1,36±0,02 (n=2)	-
	Нормоацидність	2	-	1,86±0,12 (n=2)	-	-
	Гіпоацидність помірна	6	3,01±0,03 (n=2)	3,11±0,13** (n=4)	-	-
ХКП	Гіперацидність виражена	8	-	1,04±0,01 (n=5)	1,11±0,03 (n=3)	-
	Гіперацидність помірна	5	-	1,37±0,04 (n=5)	-	-
	Нормоацидність	9	-	1,82±0,03 (n=4)	2,04±0,04 (n=5)	-
	Гіпоацидність помірна	12	-	2,98±0,12 (n=4)	3,12±0,14 (n=5)	2,86±0,18 (n=3)



ХФП	Гіперацидність виражена	13	-	1,04±0,03 (n=6)	1,06±0,05 (n=4)	1,03±0,05 (n=3)
	Гіперацидність помірна	11	-	1,28±0,06* (n=4)	1,36±0,04 (n=7)	-
	Нормоацидність	12	-	1,6±0,25 (n=4)	1,93±0,04 (n=4)	1,7±0,21 (n=4)
	Гіпоацидність помірна	7	-	2,7±0,21* (n=7)	-	-
	Гіпоацидність виражена	1	-	-	5,4±0,02	-
ХП+ЦД	Гіперацидність виражена	12	-	1,04±0,03 (n=7)	1,23± 0,11 (n=5)	-
	Гіперацидність помірна	21	1,33± 0,05 (n=3)	1,34± 0,07 (n=9)	1,39± 0,02 (n=7)	1,24± 0,06 (n=4)
	Нормоацидність	14	1,86± 0,12 (n=2)	2,12± 0,08 (n=7)	1,94± 0,06 (n=4)	1,98± 0,11 (n=2)
	Гіпоацидність помірна	11	-	2,84±0,04** (n=4)	3,12±0,08 (n=7)	-
	Гіпоацидність виражена	2	-	5,6± 0,98 (n=2)	-	-

Примітка.* – достовірність відмінностей між ХПТП та ХФП на рівні <0,05;

** достовірність відмінностей між ХПТП та ХП+ЦД на рівні <0,05.

Висновки

1. У 57% хворих на хронічний панкреатит виявлено гіперацидність шлункового соку різного ступеня виразності, яка частіше у 81% спостерігається при хронічному псевдотуморозному панкреатиті.

2. Нормальні показники рН-шлункового соку спостерігаються у 21 % хворих на хронічний панкреатит.

3. Гіпоацидність шлункового соку виявлено у 22% хворих на хронічний панкреатит, частіше – у 35 % хворих на хронічний калькульозний панкреатит.

4. У хворих на хронічний панкреатит із порушенням екскреторної та інкреторної функції підшлункової залози спостерігається тенденція до зниження рН-шлункового соку в залежності від тривалості захворювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Губергриц Н.Б., Христюк Т.Н. Клиническая панкреатология. – Донецк: Лебедь, 2000. – 416 с.
2. Клименко А.В. Анализ причин хронического панкреатита у оперированных больных // Запорож. мед. журн. – 2011. – Т. 13, № 4. – С. 108–109.
3. Кучерявый Ю.А. Хронический панкреатит как кислотозависимое заболевание / Ю.А. Кучерявый // Экспериментальная клиническая гастроэнтерология. – 2010. – №9. – С. 107–115.
4. Склярів Є.Я., Курляк Н.В., Шалько І.В. Деякі аспекти діагностики хронічного панкреатиту // Експеримент. та клін. фізіол. та біохім. – 2010. – № 2. – С. 79–83.
5. Скрипник І.М. Особливості патогенезу, клінічний перебіг та обґрунтування принципів лікування пептичної виразки, асоційованої з *Helicobacter pylori* у поєднанні з хронічним панкреатитом // Сучасна гастроентерол. – 2002. – № 2 (8). – С. 38–45.
6. Феджага І.В. Характеристика больового синдрому в хворих на хронічний панкреатит у період загострення / І.В. Феджага // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2013. – №1, Т.17. – С. 131–134.



7. Христич Т.Н. Хронический панкреатит: возможные механизмы развития и хронизации // Сучасна гастроентерол. – 2011. – № 1 (57). – С. 98-102.
8. Чернобровий В.М., Феджага І.В. Роль шлункової секреції в патогенезі хронічного панкреатиту // Буковин. мед. вісн. – 2008. – Т. 12, № 1. – С. 156-162.
9. Tandon R. K. Oxidative stress in chronic pancreatitis: Pathophysiological relevance and management / R. K. Tandon, P. K. Garg // Antioxid Redox Signal. – 2011. – Vol. 10, № 15. – P. 2757-2766.

REFERENCES

1. Huberhryts NB., Khrystych TN. The clinical pancreatology. – Donetsk: LLC “Swan”, 2000: 416.[In Ukrainian].
2. Klymenko AV. An analysis of reasons for chronic pancreatitis in operated patientsю Zaporozhian Medical Journal. 2011;13(4):108-109.[In Ukrainian].
3. Kucheryavyi YA. Chronic pancreatitis as an acid-dependent diseaseю. Experimental clinical gastroenterology. 2010; 9:107-115.[In Russian].
4. Sklyarov YY, Kurlyak NV, Shalko IV. Some aspects of diagnostics of chronic pancreatitis // Experimental and clinical physiology and biochemistry. 2010;2:79-83.[In Ukrainian].
5. Skrypnyk IM. The features of pathogenesis, clinical course and substantiation of the principles of treatment of peptic ulcer associated with Helicobacter pylori in combination with chronic pancreatitis. Modern gastroenterology. 2002;2(8):38-45.[In Ukrainian].
6. Fedzhaha IV. Characteristics of pain syndrome in the patients with chronic pancreatitis during exacerbation period. Bulletin of Vinnytsia National Medical University.2013;1:131-134.[In Ukrainian].
7. Khrystych TN. Chronic pancreatitis: possible mechanisms of development and chronization. Modern gastroenterology. 2011;1 (57):98-102.[In Ukrainian].
8. Chernobrovyy VM., Fedzhaha IV. The role of gastric secretion in pathogenesis of chronic pancreatitis. Bukovina Medical Bulletin. 2008;12(1):156-162.[In Ukrainian].
9. Tandon RK. Oxidative stress in chronic pancreatitis: Pathophysiological relevance and management. Antioxid Redox Signal.2011;10(15):2757-2766.

Отримано 25.09.2018 р.



ЗМІСТ

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Адаптаційно-резервні можливості організму у дітей із патологією органів дихання на тлі дисплазії сполучної тканини <i>Юрцева А.П., Левчук А.Є., Павликівська Б.М., Фофанова О.В., Лотовська Т.В., Костишин Н.С., Мотрюк В.Б.</i>	6
Клінічні особливості менінгітів у дітей, госпіталізованих до Львівської обласної інфекційної клінічної лікарні впродовж 2017 року <i>Хомин О.Я.</i>	13
Концепція керованого лікування – практична реалізація принципів аналітичної медицини – розрахункова корекція клінічного стану <i>Торохтін О.М.</i>	18
Сучасні методи прогнозування прееклампсії <i>Бисага Н.Ю., Корчинська О.О.</i>	25
Екологічно залежні стани у дітей та корекція їх порушень <i>Горленко О.М., Пушкаш Л.Ю., Марковцїй Л.Ю., Піриді В.Л., Студеняк В.М., Белей Г.М.</i>	35
Застосування 3D-моделювання для вдосконалення стоматологічної діагностики та усунення ускладнень у стоматології <i>Локота Ю.Є., Кухарчук Л.В., Локота Є.Ю., Вовчок Р.В., Маляр А.В., Гричак М.Є., Палійчук І.В., Палійчук В.І., Палійчук М.І.</i>	47
Фоноспірографічна характеристика рецидивного та хронічного бронхіту у дітей (частина 2) <i>Макян С.В., Майданник В.Г., Макаренкова А.А.</i>	51
Стан здоров'я дітей шкільного віку гірських районів Закарпатської області в динаміці впродовж 2013 – 2017 років <i>Микита Х.І., Рогач І.М.</i>	57
Особливості рН-шлункового соку при різних формах хронічного панкреатиту <i>Коваль В.Ю.</i>	63
“Ліпідний дистрес-синдром” у пацієнтів, хворих на хронічний панкреатит у поєднанні з гіпертонічною хворобою <i>Архїй Е.Й., Прилипко Л.Б., Москаль О.М., Галай Б.М.</i>	68
Особливості клінічного перебігу сучасної скарлатини у дітей Львівської області <i>Прокопів О.В., Прикуда Н.М., Задорожний А.М.</i>	75
Особливості системи гемостазу у вагітних із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі <i>Чонко О.Ю., Корчинська О.О.</i>	82
The influence of Profunda Popliteal Collateral Index on the results of profundoplasty <i>Horlenko F.V.</i>	87
Вміст стероїдних та гонадотропних гормонів у сироватці крові як прогностичний критерій репродуктивної функції у жінок із поєднаною печінково-ендокринною патологією <i>Фучко О.Л.</i>	91