

УДК 616.362.12+616.37-002.2

О.О. Крилова, Н.В. Пролом, Б.Ф. Шевченко, В.М. Ратчик

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ У ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

ДУ «Інститут гастроентерології АМН України» (м. Дніпропетровськ)

Дана робота є фрагментом наукової теми «Вивчити механізми розвитку ускладнень хронічного панкреатиту, розробити методи діагностики хірургічного лікування з використанням малоінвазивних технологій» шифр теми ВН.25.01.001.08, номер держреєстрації 0107U012136.

Вступ. Проблема патології підшлункової залози є одним з найбільш складних та актуальних питань у сучасній клінічній медицині, що зумовлено тяжкістю ідентифікації та диференціальної діагностики хронічних захворювань підшлункової залози, а також труднощами лікування даної патології [1, 2, 3, 5].

В різних країнах захворюваність на хронічний панкреатит (ХП) складає 5-7 нових випадків на 100 000 чоловік населення. За останні 40 років відбувся приблизно двократний приріст захворюваності. Це пов'язано не лише з поліпшенням засобів діагностики, але і з іншими факторами (вживання алкоголю, посилення впливу несприятливих факторів зовнішнього середовища, які впливаючи на геном клітини, послаблюють захисні механізми) [4, 6, 7, 10].

Дотепер немає консенсусу в визначенні діагностичних критеріїв ХП. Діагноз ХП встановлюється на основі клінічних даних, інструментальних та лабораторних досліджень. Диференційна діагностика проводиться з іншими захворюваннями, які супроводжуються абдомінальним болем: з пептичною виразкою шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), холециститом, кишковою непрохідністю, абдомінальним ішемічним синдромом, ішемічною хворобою серця, раком ПЗ та ін [8, 9].

Мета роботи – вивчити і проаналізувати особливості клінічних, лабораторних даних у хворих на хронічний панкреатит.

Об'єкт і методи дослідження. Обстежено 71 пацієнт на хронічний панкреатит, що знаходився у клініці Державної установи «Інститут гастроентерології АМН України».

Хворим проводили клінічні, лабораторні інструментальні (сонологічне дослідження, ендоскопічну ретрограду холангіопанкреатографію (ЕРХПГ), малоінвазивну пункцію тканини залози або новоутворення під сонологічним контролем) методи дослідження.

Серед обстежених чоловіки склали 55 (77,5 %) та жінки – 16 (22,5 %). Вік хворих коливався від 26 до 68 років. Середній вік хворих – (47,77±2,00) років. Розподіл хворих за віком і статтю відображено на рис.

Хворих було розподілено на дві групи. У I групі увійшли 42 (59,2 %) пацієнти з тяжким перебігом хронічного панкреатиту, ускладненим псевдокістою ПЗ, з яких 14 (33,3 %) були жінки та 28 (66,7 %) – чоловіки; у II групі увійшло 29 (40,8 %) пацієнтів з тяжким перебігом хронічного панкреатиту, з яких 2 (6,9 %) склали жінки та 27 (93,1 %) – чоловіки.

Тривалість анамнезу захворювання коливалася в межах від 1 до 4 років. Середня тривалість анамнезу (1,57±0,16) років.

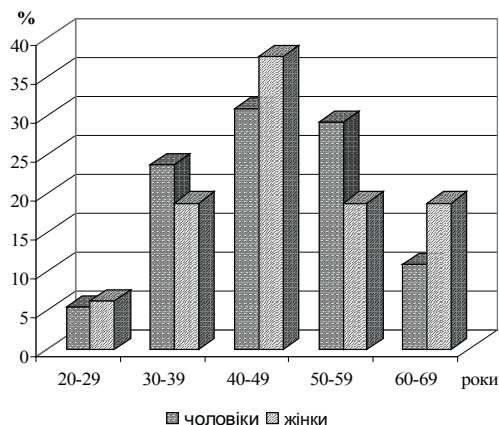


Рис. Розподіл обстежених хворих за віком і статтю.

Вік хворих I групи коливався від 26 до 68 років (46,69±3,15), у II групі – від 34 до 61 року (49,00±2,40). Зріст та вага у хворих I групи становили (170,98±1,43) см і (68,75±2,09) кг, а в II групі – (172,69±1,18) см і (62,41±1,52) кг відповідно. Втрата ваги за останній рік у хворих I та II груп представлена у табл. 1.

Таблиця 1
Характеристика втрати ваги за останній рік у обстежених хворих

Зниження ваги	I група n=42		II група n=29	
	n	%	n	%
до 10 кг	6	14,3	5	17,2
10-15 кг	2	4,8	2	6,9
більше 15 кг	4	9,5	-	-

Отже, за останній рік хвороби у 6 (14,3 %) пацієнтів I групи та у 5 (17,2 %) пацієнтів відмічено зниження маси тіла до 10 кг. Зниження маси тіла

більше ніж на 15 кг відмічено у 4 (9,5 %) хворих I групи.

Проведений аналіз причин патології ПЗ у обстежених хворих відображено у табл. 2.

Таблиця 2
Характеристика причин патології ПЗ

Етіологія	I група n=42		II група n=29	
	n	%	n	%
ЖКХ, холелітіаз	6	14,3	5	17,2
порушення режиму харчування (вживання алкоголю)	16	38,1	15	44,8
травма	2	4,8	-	-
причина невідома	18	42,8	9	38,0
всього	42	100	29	100

Найчастішою причиною патології ПЗ у 16 (38,1 %) хворих I та 13 (44,8 %) II груп було порушення режиму харчування та вживання алкоголю. На зловживання алкоголем вказують 16,7 % пацієнтів.

При аналізі скарг хворих можна зазначити, що основними клінічними симптомами у хворих I та II груп були біль і диспепсичні розлади.

У 39 (92,9 %) хворих I групи та 28 (96,6 %) хворих II групи при госпіталізації відзначали різний за інтенсивністю біль. Так, постійний біль спостерігався у 27 (64,3 %) хворих I групи та у 17 (58,6 %) II групи; періодичний з нападами – у 12 (28,6 %) пацієнтів I групи та у 11 (37,9 %) – II групи.

Виявлено, що на посилення больового синдрому у хворих як I, так і II груп впливали порушення дієти та фізичне навантаження. Так, у I групі порушення дієти викликало посилення болю у 12 (28,6 %) хворих, а в II – у 7 (24,1 %) хворих. Фізичне навантаження погіршувало стан пацієнтів в I групі у 8 (19,0 %) осіб, в II – у 6 (20,7 %) осіб.

Частота локалізації болю, як ознаки переважного ураження ПЖ (голівка, тіло, хвіст) наведена в табл. 3.

Таблиця 3
Локалізація болю у хворих з патологією ПЗ

Область локалізації болю	I група		II група	
	n	%	n	%
праве підребер'я	17	40,5	20	68,9
ліве підребер'я	21	50,0	15	51,7
епігастрій	37	88,1	24	82,8
верхня половина живота	15	35,7	14	48,3
іrrадіація в поперекову ділянку	21	50,0	15	51,7

Так, найчастіша локалізація болю у хворих I групи – епігастральна ділянка та ліве підребер'я, а у хворих II групи – епігастрій та праве підребер'я. У 21 (50,0 %) хворих I групи та 15 (51,7 %) пацієнтів II групи відзначали біль з іrrадіацією у спину.

Об'єктивне дослідження обстежених хворих дозволило виявити помірний біль при пальпації в верхній половині живота у 15 (35,7 %) пацієнтів I групи та у 14 (48,3 %) – II групи, в епігастральній ділянці та лівому підребер'ї – у 7 (16,7 %) осіб I групи та 3 (10,3 %) II групи, в епігастрії та правому підребер'ї – у 6 (14,3 %) пацієнтів I групи і у II групі у 6 (20,7 %), що було пов'язане з загостренням процесу і збільшенням розміру ПЗ за рахунок паренхіми і кістозних утворень. У хворих I групи утворення округлої форми виявлені у 7 (16,7 %) пацієнтів в ділянці голівки, в ділянці хвоста – у 7 (16,7 %) пацієнтів, у верхній половині живота – у 1 (2,4 %) пацієнтів. У хворих II групи інфільтрат черевної порожнини виявлено у 3 (10,3 %) пацієнтів в лівому підребер'ї та епігастрію, а також у 4 (13,8 %) в правому підребер'ї та епігастрії.

Залежність інтенсивності і характеру (постійний чи приступоподібний) больового синдрому від тривалості захворювання відображені в табл. 4.

Так, найчастіше спостерігався постійний біль у 12 (28,6 %) хворих I групи з тривалістю захворювання до 1 року та приступоподібний біль – у 7 (24,1 %) хворих II групи з тривалістю захворювання до 1 року.

Диспептичний синдром відмічено у 100,0 % хворих і I та II груп. Найбільш часто виявлялись: нудота у 26 (61,9 %) хворих I групи та 20 (68,9 %) – II групи; гіркота в роті – у 6 (14,3 %) пацієнтів I групи та у 5 (17,2 %) пацієнтів II групи; здуття живота – у 16 (38,1 %) пацієнтів I групи та у 8 (27,6 %) пацієнтів II групи. Зміна випорожнення (нестійкий стілець) спостерігався у 8 (19,0 %) пацієнтів I групи та у 6 (20,7 %) пацієнтів II групи.

Жовтяничний синдром із постійним характером жовтяниці мав місце у 5 хворих (7 %): 3 пацієнтів (7,1 %) I групи та у 2 (6,9 %) – II групи. У 1 хворого (2,4 %) I групи останній супроводжувався шкірним свербіжем. Переміжна жовтяниця спостерігалась у 3 (7,1 %) хворих I групи та у 1 (3,5 %) хворих II групи.

Гіпертермічний синдром спостерігався в 14 (33,3 %) пацієнтів I групи та у 11 (37,9 %) – II групи. Лихоманка та підвищення температури тіла до 38 – 39°C відмічено у 8 (19,0 %) хворих I групи та у 6 (20,7 %) хворих II групи, що розцінювалось, як прояви запалення кісти підшлункової залози, а у хворих з механічною жовтяницею – як наслідок розвитку холангіту.

Таким чином, у обстежених хворих клінічна картина характеризувалася больовим синдромом, диспепсичними розладами травлення, тяжкість яких залежала від тривалості захворювання, жовтяницею (постійна – у хворих із збільшенням голівки підшлункової залози за рахунок запалення чи кісти) і гіпертермією.

Таблиця 4

Залежність характеру болю від тривалості захворювання

Тривалість захворювання	I група				II група			
	Постійний біль		Приступо-подібний біль		Постійний біль		Приступо-подібний біль	
	n	%	n	%	n	%	n	%
до 1 року	12	28,6	5	11,9	6	20,7	7	24,1
до 5 років	7	16,7	6	14,3	6	20,7	2	6,9
до 10 років	6	14,3	1	2,4	3	10,3	1	3,4
більше 10 років	2	4,8	-	-	2	6,9	1	3,4

Аналіз показників загального аналізу крові показав, що у 12 (28,6 %) хворих I групи та 7 (24,1 %) хворих II групи відмічена підвищена кількість лейкоцитів, підвищений рівень ШОЕ – у 28 (66,7 %) хворих I групи та у 12 (41,4 %) хворих II групи, у 2 (4,8 %) хворих I групи відмічено зниження кількості еритроцитів, що свідчить про запальний процес в організмі пацієнтів (інтоксикацію).

У 4 (9,5 %) пацієнтів I групи та у 2 (6,8 %) II групи відмічено підвищення рівня глюкози крові що вказувало на порушення інкреторної функції підшлункової залози (табл. 5).

Так, у хворих I групи підвищення рівня глюкози крові відмічалось у 2 (4,8 %) хворих з тривалістю захворювання до 1 року та у 2 (4,8 %) – з тривалістю захворювання до 5 років. У хворих II групи відмічено підвищення глюкози крові у 2 (6,8 %) пацієнтів з тривалістю захворювання до 5 років.

Таблиця 5

Залежність гіперглікемії від тривалості захворювання

Тривалість захворювання	I група		II група	
	n	%	n	%
до 1 року	2	4,8	-	
до 5 років	2	4,8	2	6,8

Виявлені функціональні порушення ПЗ (за даними клінічного та лабораторного обстежень) у хворих представлені у табл. 6.

Рівень білірубину був підвищеним у 3 пацієнтів (7,1 %) I групи та у 2 (6,9 %) – II групи. Активність лужної фосфатази в сироватці крові була підвищеною у 4 (9,5 %) пацієнтів I групи та у 2 (6,8 %) пацієнтів II групи, а саме – у хворих з механічною жовтяницею. Підвищення активність сироваткових аміно-трансфераз, що свідчить про

цитолітичні процеси, відмічено у 8 (19,0 %) хворих I групи та у 9 (31,0 %) хворих II групи.

Висновки. Отже, аналіз клінічної картини і причин захворювання показав, що тяжкість патологічних змін в ПЗ, яка обумовлює розвиток функціонального та структурного дисбалансу залежить від тривалості патології і впливає на вираженість симптоматики. У обстежених хворих клінічна картина характеризувалася больовим синдромом (94,4 % пацієнтів), диспепсичними розладами травлення (100,0 % пацієнтів), жовтяничним синдромом (11,3 % пацієнтів).

Перспективи подальших досліджень. В подальшому планується отримати нові знання про особливості розвитку різних форм хронічного панкреатиту, маркерів літогенезу, апоптоза та стану процесів фіброзу в тканині підшлункової залози, цитокінового профілю хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Губергриц Н.Б. Хронический панкреатит. Современные методы диагностики / Н.Б. Губергриц // Лікування та діагностика. – 2002. – № 4. – С. 47-58.
2. Губергриц Н.Б. Клиническая панкреатология / Н.Б. Губергриц, Т.Н. Христинич. – Донецк: ООО «Лебедь», 2000. – 416 с.
3. Казюлин А.Н.. Хронический билиарнозависимый панкреатит / А.Н. Казюлин, Ю.А. Кучерявый // Учебно-методическое пособие: Москва, ГОУ ВУНМЦ МЗиСР, 2005 г. – 45 с
4. Минушкин О.Н. Хронический панкреатит: эпидемиология, этиология, классификация / О.Н. Минушкин // Фарматека. – 2007. – №2. – С. 53-56.
5. Харченко Н.В. Гастроэнтерология / Н.В. Харченко, О.Я. Бабак. – К.: 2007. – 720 с.
6. B. Etemad. Chronic pancreatitis: diagnosis, classification, and new genetic developments / B. Etemad, D.C. Whitcomb. // Gastroenterology. – 2001. – Vol.120. – P. 682-707.
7. Nationwide epidemiological survey of chronic pancreatitis in Japan / Y. Lin, A. Tamakoshi, S. Matsuno, K. Takeda // J Gastroenterol. – 2000. – Vol.35. – P.136-41.

Таблиця 6

Функціональні порушення ПЗ

Досліджені групи	Порушення ендокринної функції		Порушення екзокринної функції		Компенсовані функціональні порушення	
	n	%	n	%	n	%
I група	4	9,5	8	19,0	30	71,5
II група	2	6,8	6	20,7	21	74,5

8. Makoto O. Symposium 3. Chronic pancreatitis: current problems of the diagnostic criteria / O. Makoto // J Gastroenterol. – 2007. – Vol.42 [Suppl. XVII]. – 52–54.
9. Otsuki M. Chronic pancreatitis in Japan: epidemiology, prognosis, diagnostic criteria, and future problems / J. Gastroenterol. – 2003. Vol.38. – P. 315–26.
10. Yaksh P. Хронічний панкреатит / P. Yaksh // Медицина світу. – 2005. – №. 2. – С. 77-87.

УДК 616.362.12+616.37-002.2

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ У ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Крилова О.О., Пролом Н.В., Шевченко Б.Ф., Ратчик В.М.

Резюме. Обстежено 71 хворий хронічним панкреатитом. Клінічна картина характеризувалась болювим синдромом (94,4 % хворих), диспепсією (100,0 %), жовтяничним синдромом (11,3 %). Аналіз клінічної картини та причин захворювання показав, що тяжкість патологічних змін підшлункової залози, яка обумовлює функціональний і структурний дисбаланс, залежить від тривалості захворювання, і впливає на вираженість симптоматики.

Ключові слова: підшлункова залоза, хронічний панкреатит, клініка.

УДК 616.362.12+616.37-002.2

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Крылова Е.А., Пролом Н.В., Шевченко Б.Ф., Ратчик В.М.

Резюме. Обследованы 71 больной хроническим панкреатитом. Клиническая картина характеризовалась болевим синдромом (94,4 % больных), диспепсией (100,0 %), желтушным синдромом (11,3 %). Анализ клинической картины и причин заболевания показал, что тяжесть патологических изменений поджелудочной железы, которая обуславливает функциональный и структурный дисбаланс зависит от длительности заболевания и влияет на выраженность симптоматики.

Ключевые слова: поджелудочная железа, хронический панкреатит, клиника.

UDK 616.362.12+616.37-002.2

THE CHARACTERISTICS of a CLINICAL DATA at PATIENTS with the DIFFERENT FORMS of CHRONIC PANCREATITIS

Krylova O., Prolom N., Shevchenko B., Ratchik V.

Summary. 71 patients with chronic pancreatitis were studied. A clinical data was characterized by a pain syndrome (94,4 % patients), dyspepsia (100,0 %), icteric syndrome (11,3 %). The analysis of clinical data and causes of illness has shown that expressiveness of pathological changes of pancreas which causes a functional and structural disbalance depends on duration of disease and influences on expressiveness of symptoms.

Key words: pancreas, chronic pancreatitis, clinic.

Стаття надійшла 20.10.2010 р.

УДК 615.01.547:615.461.2

О. М. Литвинова

ВИВЧЕННЯ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ НОВИХ ПОХІДНИХ БЕНЗОЛМЕТИЛОКСАМІНОВИХ КИСЛОТ

Національний фармацевтичний університет (м. Харків)

Дана робота є фрагментом наукової теми «Створення високоефективних протизапальних і діуретичних лікарських препаратів», номер держ.реєстрації: 02.93.0002479, шифр теми: ВН 10.08.0029.93

Вступ. Запалення є захисно-приспосованою функцією організму, яка включає судинно-мезенхімальну реакцію на пошкодження, що спрямована на ліквідацію ушкоджувального агенту і відновлення пошкодженої тканини. У осередку запалення відбувається зміна клітин-

них корпорацій, здійснюється трансформація клітин і судин, що направлена на утворення регенеративного проліферату і завершується диференціюванням клітин та репарацією [6].

Фармакологічна регуляція запального процесу відноситься до числа найбільш важливих і складних проблем фармакології. В теперішній час в клінічній практиці застосовується велика кількість лікарських засобів для лікування запального процесу. Провідним класом медикаментозних засобів для лікування запальних