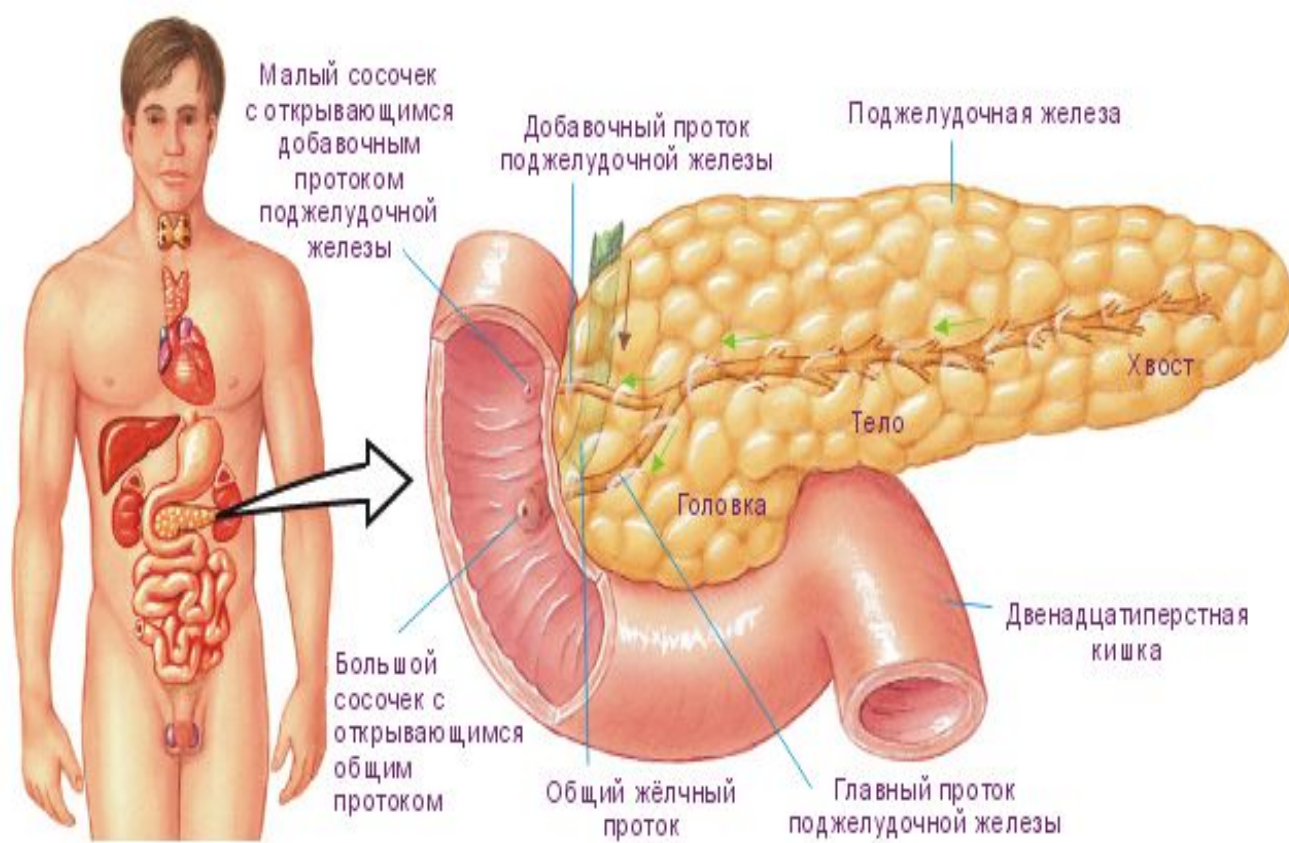





ТАҚЫРЫБЫ:
ОРЫНДАҒАН:
БЕКНИЯЗОВА М. 730 ТОП
ТЕКСЕРГЕН:



ЖОСПАР



Панкреатит — бұл ұйқы безінің панкреатикалық ферменттерінің әсерінен бактериальды емес қабынуы. Ұйқы безі — грек тілінен аударылғанда – «барлығы еттен» деген мағына береді. Ұйқы безі ұзынша келген ағза, асқазанның артында орналасқан. I-II бел омыртқасының алдында, ал құйрығы X-XI қабырға маңайына барып бітеді. Ұзындығы 10-23см, ені 3-9см, қалыңдығы 2-3см, салмағы 70-80гр.



Панкреатикалық шырынның құрамы: Амилаза – активті жағдайда бөлінеді, көмірсуларды ыдыратады, крахмальды гидролиздейді және оны мальтозаға айналдырады. Липаза – жартылай активті түрде шығады, оны активтендіретін өт қышқылдары мен кальций тұздары – майларды және май қышқылдарын, глицеринді қорытады. Протеаза – белоктарды аминқышқылдарына дейін ыдырататын фермент. Және протеолизге қатысатын ферменттер – трипсиноген, карбопептидаза, коллагеназа, дезнуклеаза т.б.

Этиологиясы мен патогенезі Жедел панкреатиттің этиологиясы әр түрлі себептерден болуы мүмкін: Өт қабы және өт шығару жолдарының аурулары: Холецистит, өт тас ауруы, холедохтың қабынуы, т.б. Асқазан және ұлтабар аурулары: Созылмалы гастрит, ойық жара аурулары т.б. Алкогольдың жедел панкреатитке әкелу себебі. Этанол асқазанға барғаннан кейін оның секрециясын көбейтеді және ұлтабардың секретин деген ферментінің көбеюіне әсер етеді, ал секретин ұйқы безінің панкреатикалық сөлін көп шығуына мәжбүр етеді. Артық ішкен тағам және зат алмасудың бұзылуы: И.П.Павловтың жұмыстарымен дәлелденген — әсіресе ащы, майлы тағам ішкеннен панкреатикалық сөл көп бөлінеді. Кейбір адамдарда май алмасуының бұзылуынан қан тамырында патологиялық өзгерістер (атеросклероз) және қан тамырының қысымының жоғарлауы, іш қуысы ағзаларында қанның көбеюі ұйқы безінің қан айналысын және паренхимасын бұзады



Ұйқы безіндегі қан айналысының бұзылуы Аллергиялық реакциялар әсерінен Жарақаттардан соң: nVIII. Жүктілік және босанғаннан кейінгі уақыт: Жатырдың ұлғайғандығынан іш қуысындағы қысым жоғарлайды, соның салдарынан өт және ұйқы безінің өзектері қысылып панкреатикалық сөлдің ұлтабарға құюлуы бұзылады және гормональді өзгерістер салдарынан. Химиялық заттармен улану: Қышқыл, сілті, фосфор және т.б. Жұқпалы аурулар: Іш сүзек , қызамық (скарлатина), сепсис, вирустық гепатит және т.б.

Панкреатит патогенез: 1-ші трипсинді кезең (протеолиз) активтенген трипсин өзектерден бездің паренхимасына кіріп калликреинді шығарады, ол барып безде ісіну шақырып және қан құйылтады – ұйқы безінде геморрагиялық ісік пайда болады. 2-ші липазалы кезең – процесс арықарай өршігенде бездің бұзылған клеткаларынан липаза шығады, оның белсенділігін трипсин мен өт қышқылдары арттырады. Липаза майларды ыдыратады, ұйқы безінде майлы некроз – майлы немесе стеаринді некрозды дақтар пайда болады. Патогенезінің негізінде – без өз ферменттері (трипсиноген, химотрипсин және липаза) активтенуі салдарынан тіндері зақымдалады.

Ақпарат көзі: <http://kazmedic.kz/archives/289> Материал көшіргенде, KazMedic.kz сайтына сілтеме міндетті

Жедел панкреатиттің жіктелуі: (1978 жылы Свердловск қаласындағы V-ші жалпыодақтық хирургтар съезді бойынша) Ұйқы безі ісігі Деструктивті: а) геморрагиялық некроз б) майлы некроз Іріңді панкреонекроз Жедел холецисто-панкреатит

Панкреатит классификациясы (хирургтардың XXVIII съезді, 1965ж.)
Бездің интерстициальді тінінің ісінуі Жедел геморрагиялық панкреатит
Жедел панкреанекроз Созылмалы: Рецидивті және рецидивсіз Кезеңдері бойынша: ремиссия, субремиссия, өршу

Панкреатит клиникалық көрінісі: Жедел панкреатиттің клиникалық ағымы жеңіл, орташа, ауыр, өте ауыр болуы мүмкін. Жеңіл түрінде ауырсыну эпигастрий аймағында, белбеу тәрізді, арқаға беріледі. Көп науқастарда жүрегі айнуы, құсуы сирек байқалады. Гемодинамика қалыпты, іш пердесінің тітіркену белгісі жоқ. Жедел панкреатиттің орташа ауырлығында ауырсыну қаттырақ болады, тіпті кейде науқас еңкейіп шынтағын тізесіне дейін жеткізеді; жеңілдік бермейтін көп құсу байқалады. Тері жабындысы ақшыл түсті, рs-90-120, қан қысымы 100/60-90/50с.б.б. Тілі құрғақ, іші кепкен, басқанда ұйқы безі маңайы қатты ауырсынады. Ішек перистальтикасы естілмейді. Іш пердесінің тітіркену белгісі оң. Панкреатиттің осы түрінде дененің әр жерінде ақшыл-көк дақтар пайда болады; Олигоурия байқалады, зәр тәулігіне 1000мл-ден аз; 3-4 ші тәулікте эпигастрий аймағында инфильтрат байқалады, сарғаю пайда болуы мүмкін.

Здоровая поджелудочная железа



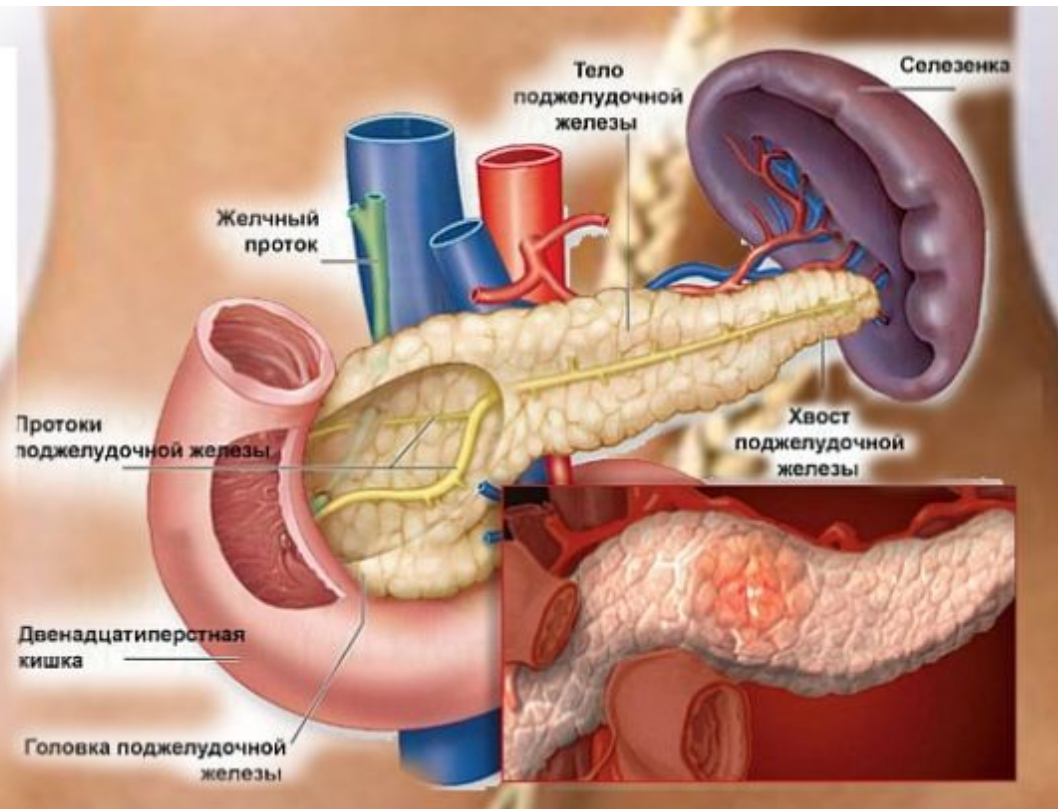
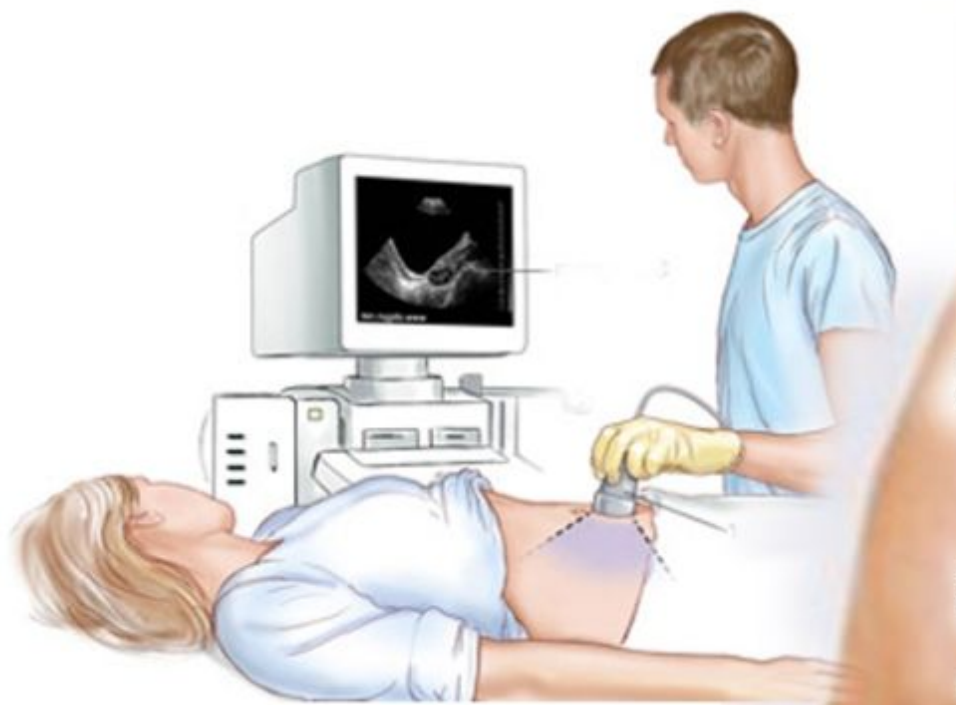
Жедел панкреатиттің ауыр түрі тез, аздаған уақыт ішінде байқалады: Науқастың жағдайы ауыр болады; Ауырсыну күші қатты болғандығы сондай, тіпті наркотикалық аналгетиктер қысқа уақытқа ғана көмек береді; Гемодинамика: қ/қ-90/50с.б.б., рs-120 және одан жоғары, тұрақсыз; Тілі құрғақ, іші кепкен, іштің барлық аймақтарында қатты ауырсыну байқалады, іш пердесінің тітіркену белгісі анық оң; Олигурия: зәр тәулігіне 500-600мл және одан кем болуы мүмкін; Жедел панкреатиттің клиникалық ағымының ауыр түрі тұтас панкреонекроздың болуына байланысты болады. Жедел панкреатиттің клиникалық ағымында 3 сатыны ажыратады: ауырсыну шогі (гемодинамикалық өзгерістер) динамикалық илеус, жедел ішек өтімсіздігі перитонит

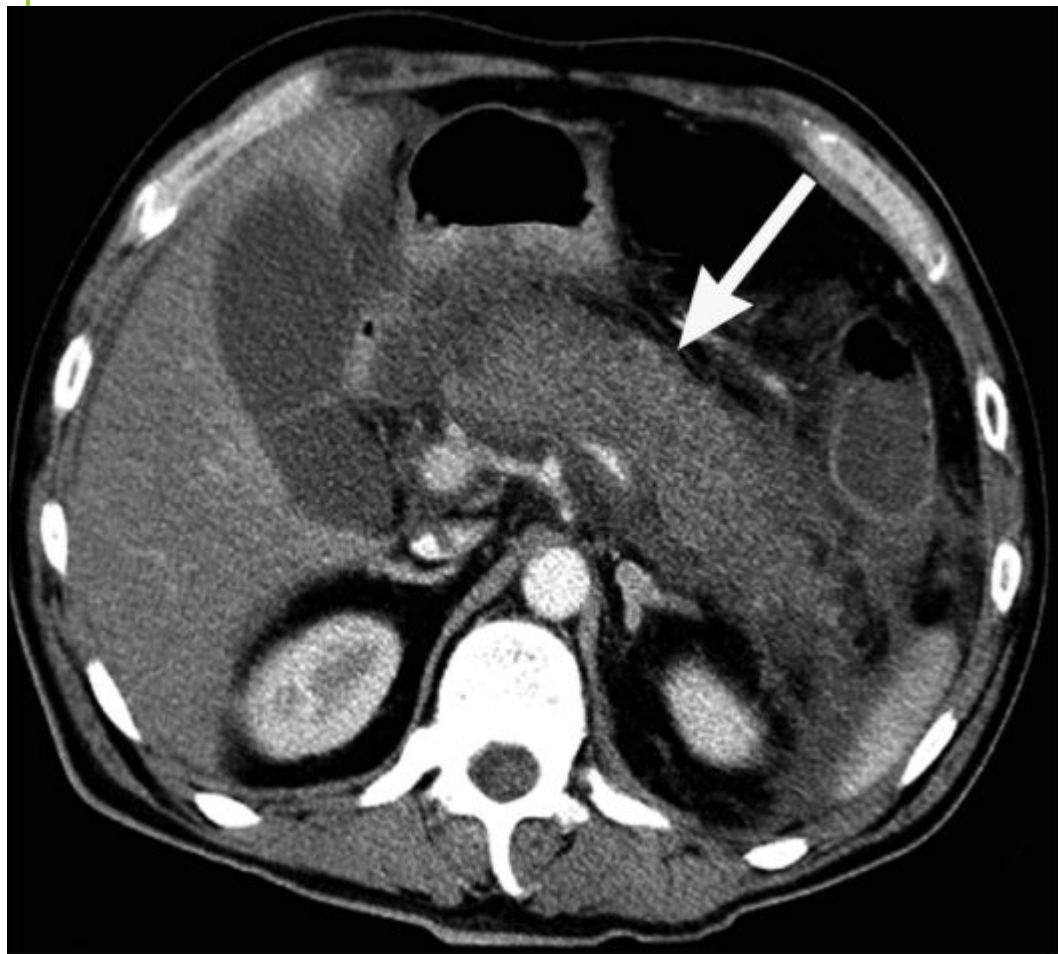
Панкреатит диагностикасындағы маңызды сынамалар: Мондора белгісі — денеде және бетте күлгін (фиолетовый) түсті дақтар пайда болуы; Грея-Турнера белгісі — іштің шеткі аймақтарында цианоз байқалуы: — бұл белгілер ферменттердің әсері және гемодинамиканың бұзылуынан деп түсіндіріледі. Хольстед (1901 ж.) – іш терісінің цианозы Керте белгісі— кіндіктен 6-7см жоғары эпигастрий аймағында көлденең сызық болып ауырсыну. Воскресенский белгісі – эпигастрий аймағының пальпация кезінде қолқа тамырының пульсациясының әлсіреуі немесе анықталмауы. Мейо-Робсон – сол жақ омыртқа-қабырға бұрышын саусақтың үшімен басқанда ауырсыну.

Чухриенко белгісі – алақанды кіндіктен төмен көлденең қойып түрткілегенде эпигастрий аймағында ауырсыну. Кача белгісі-спонтанды ауырсыну, I-III аймақ гиперестезиясы Күлен-кіндік айналасының сарғыштанып тұруы Грюнвельд – кіндік маңындағы петехиялар Гобье – көлденен тоқ ішектің кебуі Гусенбауэр – асқазанның жоғарғы ығысуы, көлденең тоқ ішектің төменге ығысуы – панкреас кистасы. Джанелидзе – панкреатиттің инфарктан айырмашылығы – ауырсыну басқанда күшееді. Шоффар – оң жақ ұшбұрыштағы ауырсыну – ұйқы безі басының проекциясы Фитц – жедел геморрагиялық панкреатит Перитонит кезіндегі іштің жұмсақ болуы Динамикалық илеуіс — ішектердің парезы Іштің жоғарғы бөлігіндегі белдеуленген ауырсыну

Ақпарат көзі: <http://kazmedic.kz/archives/289> Материал көшіргенде, KazMedic.kz сайтына сілтеме міндетті

Емі: Ауырсыну синдромын жою, ұйқы безі өзегі және өт жолдары гипертензиясын жою: к/т-ға глюкоза-новокаин қоспасын жіберу, новокаин блокадасы, спазмолитиктер енгізу; Функциональдық тыныштық және ұйқы безінің секреторлы-ферментті белсенділігін тежеу (аштық, жергілікті гипотермия, антацидті заттар, H₂-рецепторларының блокаторлары (циметидин 1 таб х3рет немесе 2мл х 4рет к/т), протез ингибиторлары (контрикал 100-200 мг/тәулігіне №7-10 күн), цитостатиктер (5-фторурацил 5% 5мл күн ара №3 рет. Панкреатикалық ферменттерді инактивациялау: протеаз ингибиторлары (контрикал, цалол, гордокс т.б.) тәуліктік дозасын жіберу. Су-электролиттік және сілтілі-қышқылды тепе-теңдіктің бұзылыстарын жою, белок және заталмасу процесін түзету: натрий гидрокарбонаты, плазма, альбумин және т. б. Интро және экстракорпаральді детоксикация: диурезді жылдамдату, лапороскопиялы перитональді диализ, плазмоферез. Аурудың іріңді асқынуларының алдын алу: кең спекторлі антибиотиктерді қолдану (цефалоспориндер, макролиттер пенициллин қатырының преператтары және т.б.).





Диагностика паренхиматозного панкреатита



В АНАМНЕЗЕ - МЕДЛЕННО ПРОГРЕССИРУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И
ОТСУТСТВИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

АНАЛИЗ КРОВИ И МОЧИ

 Амилаза
Липаза
Трипсин

УЗИ

Поджелудочная уплотнена,
проток в норме

ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ

 Глюкоза

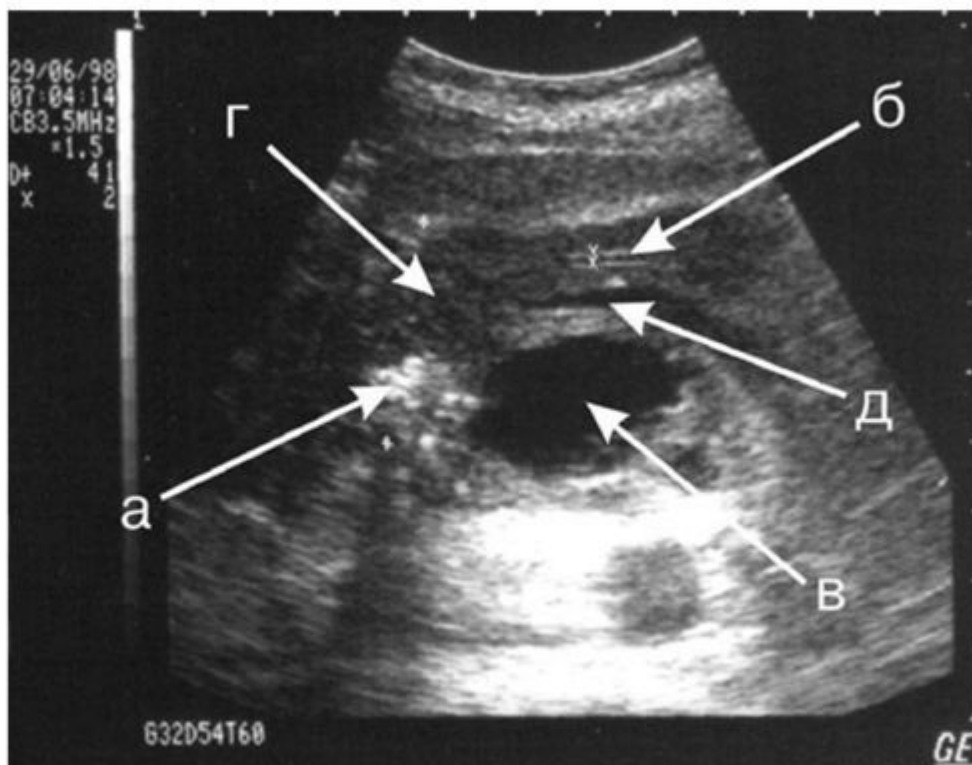




Инструментальные методы диагностики



- УЗС
- Компьютерная томография
- ЭРХПГ
- МРХПГ
- Эндоскопическое исследование



Эхограмма хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы: а) кальцинаты в головке ПЖ; б) нерасширенный Вирсунгов проток; в) псевдокиста ПЖ; г) увеличенная головка ПЖ; д) селезеночная вена



Ультразвуковые признаки ХП

диффузное повышение эхогенности паренхимы, сохранение

структуры "мостовой", которую дают эхосигналы средней

частоты эхосигналы, неравномерно распределенные на

всех участках железы

неравномерное распределение эхосигналов с чередованием плотных и рыхлых участков
 вариабельность амплитуды и протяженности эхосигналов
 увеличение размера органа. Иногда лишь частичное увеличение
 размеры: головка - более 3 см, тело - 2,5 см, хвост более 3

см

увеличение тканей железы
 расширение панкреатического протока

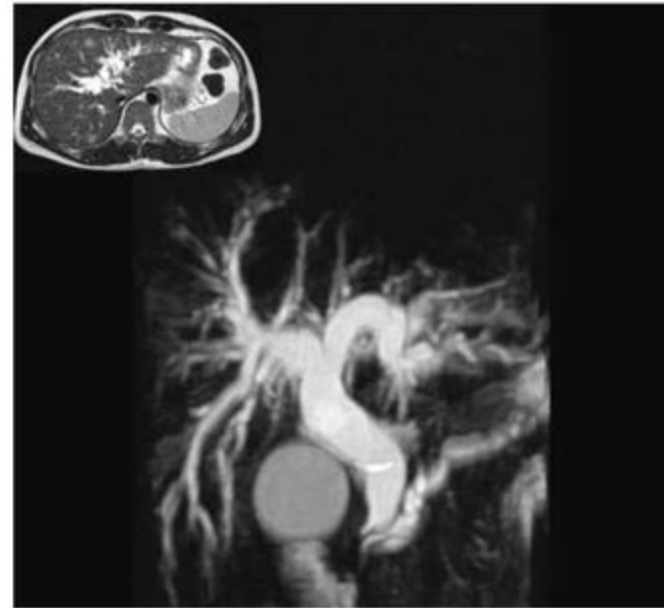
расширение панкреатического протока (более 2,5 мм)
 изменение внешнего контура
 изменение эхогенности ткани ПЖ



Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ)



- «Золотой стандарта» для диагностики хронического панкреатита
- Позволяет выявить локальные изменения, обнаружить струтуры протоков, внутрипротоковые белковые пробки
- Прямое изображение желчных протоков и протоков ПЖ без инвазивного вмешательства и введения контрастных веществ



Исследование содержания ферментов поджелудочной железы в крови и моче



- Определение уровня амилазы в крови и моче
- Определение панкреатической Р-амилазы
- Определение активности трипсина в сыворотке крови
- Определение активности липазы в сыворотке крови
- Фосфолипаза А2
- Холестеролэстераза
- Эластаза-1

Лабораторная диагностика острых панкреатитов



Определение содержания (активности) ферментов ПЖ

для изучения экзокринной функции ПЖ:

Способы выявления внешнесекреторной
ПЖ

Беззондовые методы диагностики внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы



- Тесты на активность панкреатических ферментов, при которых в моче или выдыхаемом воздухе определяют продукты гидролиза разных субстратов;
- Тесты на недорасщепленные и не всосавшиеся компоненты пищи в кале (копрограмма содержания жира в кале);
- Оценка содержания панкреатических ферментов (эластазы, липазы, химотрипсина) в кале;

Методы изучения функции поджелудочной



Методы:

Секретин-панкреозимин-стимулирующий секретин-панкреозимин-стимулирующий

Методы:

1. За

Лунда: 300 мл смеси (5% протеин, 6% растительное масло, 15% углеводы).



Основаны на перорально ферментов ПЖ субстрата последних с ферментами крови определяются по количеству которых судят функции ПЖ.

- NBT-РАВА тест.
- Панкреато-лаурил
- Йодолиполовый тест
- Дыхательные тест триолеина или ^{13}C

Исследование кала

- Полифекалия определяется в тех случаях, когда вес кала превышает 400 г/сут.
- Определение стеатореи: в норме после приема 100 г жира с пищей за сутки выделяется до 7 г нейтрального жира и жирных кислот.

Полифекалия и стеаторея не относятся к ранним проявлениям внешнесекреторной недостаточности ПЖ. Явные признаки недостаточности продукции липазы свидетельствует о поражении 70-90% паренхиматозных элементов ПЖ.



Оценка содержания панкреатических ферментов в кале



- Определение химотрипсина в кале
- Определение фекальной эластазы-1

