

**С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті
Кафедра интернатуры и резидентуры по педиатрии №2**

**«Ұйқы безі патологиясындағы
абдоминальды синдром (Ұйқы безінің эндо-
және экзокринді бұзылыстары). Клиникасы,
диагностикасы, дифференциальды
диагностикасы, емі».**

Орындаған : кафедра асс. Кисленко А.В.

Алматы 2015

Созылмалы панкреатит

Ұйқы безінің ұзақ қабынып ауруы, қайтымсыз морфологиялық өзгерістерімен көрінеді, ол өз кезегінде ауру сезімін және (немесе) мүшенің қызметінің тұрақты бұзылысына алып келеді.

ЭТИОЛОГИЯ

I. Ұйқы безінің паренхимасының міндетті түрде зақымдайтын:

1. Инфекциялар

2. Дозал жарақаттар

II. Панкреатикалық өзектерде қысымды жоғарлататын, обструктивті бұзылыстар:

1. Анатомиялық аномалиялар

2. Жалпы өт өзектерінің және Фатерев емізікшесінің өзгерістері

3. Он екі елі ішек патологиясы

4. Гельминтоздар

5. Гепатобилиарлы патология

III. Дисметаболикалық бұзылыстар.

IV. Жедел қанайналым бұзылыстары.

V. Токсикалық және медикаментозды зақымданулар:

VI. Аллергия: панкреатиттің тағамдық аллергия фонында және рациональды емес вакцинациялардан соң дамуы мүмкін.

Патогенез

Марсельдік-Римскийлық классификацияға сүйене отырып (1988 ж.) созылмалы панкреатитті 3 патогенетикалық нұсқаға бөледі:

- 1)обструктивті СП;
- 2)кальцифицирлеуші СП;
- 3)паринхиматозды СП;

Клинико-морфологическая классификация

I. ЖЕДЕЛ ЖЕҢІЛ ПАНКРЕАТИТ .

1. ІСІКТІК ТҮРІ.

2. СҰЙЫҚТЫҚ ЖИНАЛҒАН ІСІКТІК ТҮРІ (ҰЙҚЫ
БЕЗІНДЕ, ПАРАПАНКРЕАТИКАЛЫҚ
КЛЕТЧАТКАДА, САЛЬНИКТІК ҚАПШЫҚТА).

II. ЖЕДЕЛ АУЫР ПАНКРЕАТИТ.

1. ИНФИЦИРЛЕНБЕГЕН ПАНКРЕОНЕКРОЗ (МАЙЛЫ, ПРОТЕОЛИТИКАЛЫҚ, ГЕМОМРАГИЯЛЫҚ, АРАЛАС):

- МАЙДА ОШАҚТЫҚ
- ОРТАША ОШАҚТЫҚ
- ІРІ ОШАҚТЫҚ
- ТОТАЛЬДЫ

2. ИНФИЦИРЛЕНГЕН ПАНКРЕОНЕКРОЗ

- МАЙДА ОШАҚТЫҚ
- ОРТАША ОШАҚТЫҚ
- ІРІ ОШАҚТЫҚ
- ТОТАЛЬДЫ

III. Жедел ауыр панкреатит, асқынған :

1. Парапанкреатикалық инфилтратпен
2. Некротикалық парапанкреатитпен (жергілікті, жайылған)
 - инфицирленбеген
 - инфицирленген
3. Жедел панкреатикалық қышқылмен
 - инфицирленбеген
 - инфицирленген
4. Перитонитпен(жергілікті, жайылған, диффузды)
 - ферментативті
 - іріңді

III. Жедел ауыр панкреатит, асқынған :

5. Әртүрлі локализацияланған іріңді абсцесстермен
6. Сепсиспен
7. Дигестивті және панкреатикалық жыланкөздермен
8. Қан кетумен (асқазан-ішектік, ішастарлық)
9. Жүйелер мен мүшелердің функциональдық

жетіспеушілігімен:

- жүрек-қантамыр
- тыныстық
- бүйректік
- бауырлық
- көп ағзалардың

Созылмалы панкреатиттің клиникалық көрінісі

- Ауру синдромы
- Диспепсиялық синдромы
- Билиарлы гипертензия синдромы
- Инкреторлы жетіспеушілік синдромы

Ауру синдромы

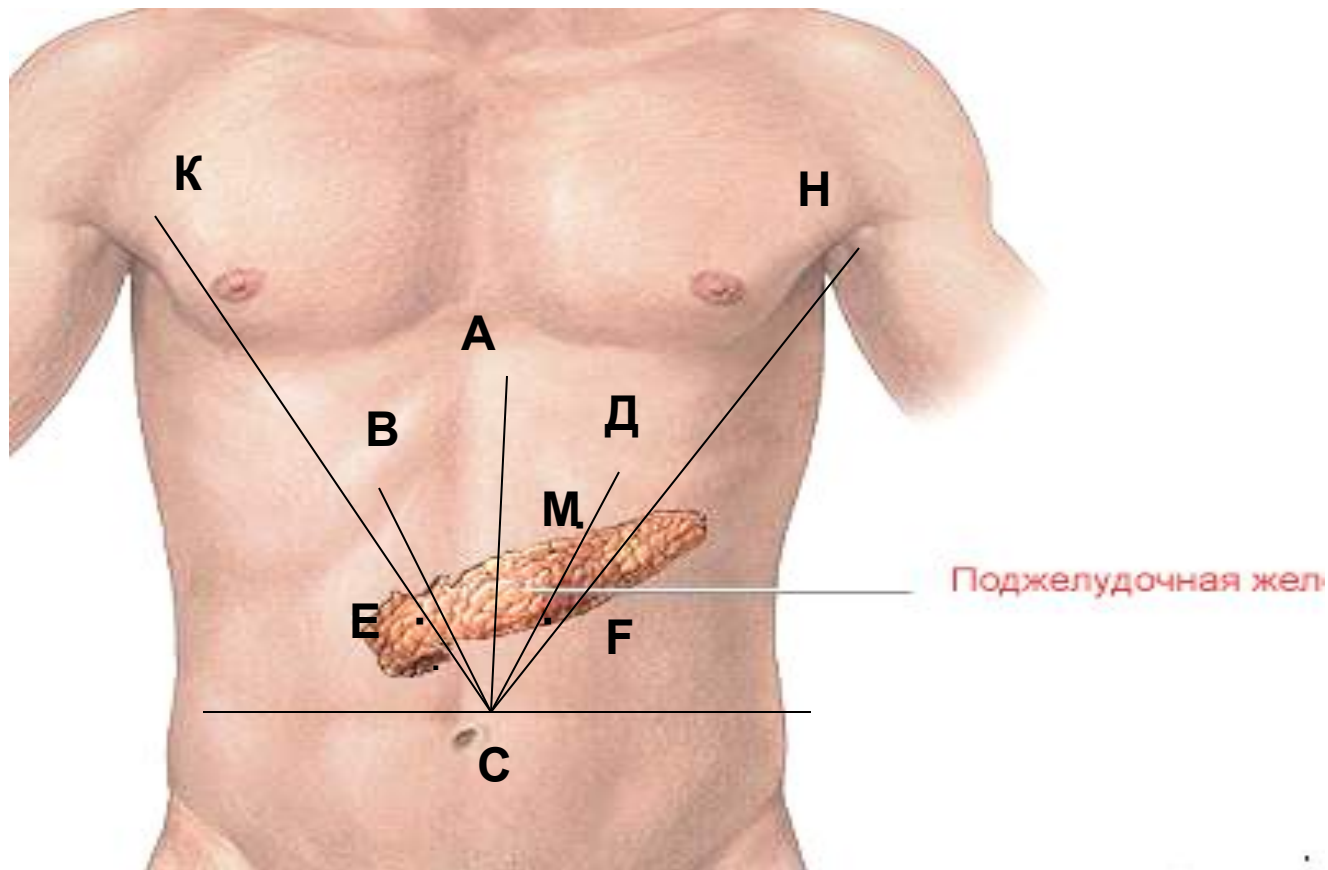
- Ауру белдемелі эпигастрии аймағында, оң және сол қабырға астында, кіндік айналасында орналасады;
- Белге, арқаға, сол жақ жауырынға, иыққа, жүрек аймақтарына беріледі;
- Тұрақты, қинайтын;
- Ауру сезімі күшейеді арқамен жатқанда, әлсірейді алдыға еңкейіңкіреп отырғанда;
- Емдәмдегі селқостық өршітеді: алкогольдік ішімдітерді, майлы, тойымды, ыстық немесе суық тағамдар пайдалану;

Өршітуші факторлар:

- Тойып тамақтану
- майлы, қуырылған, тұздалған, ащы тағамдар
- алкоголь
- Балғын жеміс жидектер
- Газдалған сусындар

Өт айдаушы қасиеті бар тағам(жұмыртқа), билиарлы панкреатит ұстамасын өршітеді, нәтижесінде билиопанкреатикалық рефлюкс күшейеді.

Панкреатит кезіндегі ауру нүктелерімен аумақтары



▽ ABC – Шоффар аумағы

▽ ADC – Губергриц-Скульский аумағы

- E – Дежарден н. – кіндіктен СК сығымен 6 см жоғары
- F – Губергриц н. – кіндіктен СН сығымен 6 см жоғары
- M – Мейо-Робсон н. шекарасы сыртқы және ортаңғы үштік сызықтары , кіндік пен сол жақ ортаңғы қабырғалық доғамен байланыстырушы.

Созылмалы панкреатитте қатты ауру сезімімен пальпацияланатын аумақтар

- **Дежарден нүктесі** - кіндіктен оң жақ қолтық асты ойығы сызығы бойымен кіндіктен 5-7 см жоғары, ұйқы безі басының проекциясына тура келеді
- **Панкреатико-дуоденальді Шоффар аумағы** келесі көрініспен анықтауға болады: Дежарден нүктесінен іштің орта сызығына перпендикуляр жүргізіледі, пайда болған үшбұрыш ең күшті ауру сезімі білінетін аумақ болып табылады
- **Мейо-Робсон нүктесі** - кіндіктен сол жақ қабырға доғасы сызығы бойымен кіндіктен 5-7 см жоғары, ұйқы безі құйрығының проекциясына тура келеді

Диспепсиялық синдром

- Диарея (тәулігіне 3-6 ретке дейін): нәжісі ботқатәріздес, сасық иісті, майлы жылтылдауымен
- Арықтау
- Майлы тағамға жиіркену, тағамнан кейінгі ауыртпалық сезімі, желдену және керу сезімдері, жиі емдәмді бұзғанда және алкогольдік ішімдіктреден пйдаланғанда
- Кекірі, жүрек айну, женілдік алып келмейтін құсу

Билиарлы гипертензия синдромы

Механикалық сарғыштану, ұйқы безі басының ісінуімен негізделген, жалпы өт озегінің таспен бітелуі немесе қосымша холангитпен.

Инкреторлы жетіспеушілік синдромы

- Науқастардың $2/3$ кездесетін көмірсутек алмасуының бұзылысы
- Олардың жартысында – қантты диабеттің клиникалық көріністері
- Гипогликемияға бейімділігі, төменгі дозадағы инсулинға мұқтаждық, сирек жағдайда асқынулардың дамуы

Панкреатиттің асқынулары

- Холестааз
- Реактивті гепатит
- Инфекционды асқынулар:
*қабынулық инфильтраттар,
іріңді холангит,
септикалық жағдай,
реактивті плеврит,
пневмония*
- Сирек асқынулар:
*портальды гипертензияның бүйрекасты түрі
созылмалы дуоденальді өтімсіздік
эрозивті эзофагит
гастродуоденальді қан кетумен майысулар
Мэллори-Вейсс синдромы
гипогликемиялық криз
абдоминальды ишемиялық синдром*

Аспаптық зерттеу әдістері

УДЗ

Компьютерлік томография

ЭРХПГ

МРХПГ

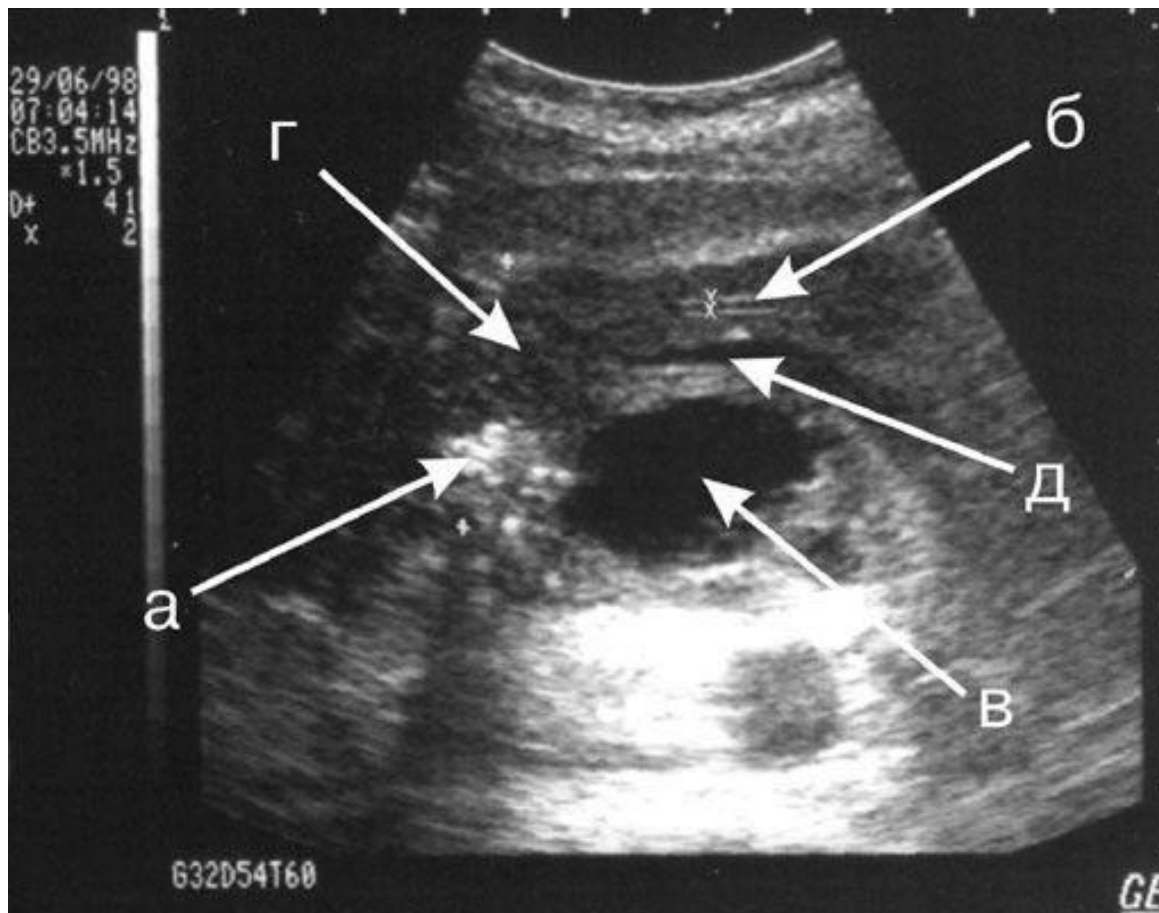
Эндоскопиялық зерттеу әдісі

Созылмалы панкреатиттің ерте ультрадыбыстық белгілері

- паренхима эхогендігінің гомогенді диффузді жоғарлауы , суреттің сақталуы
- Сурет "булыжной мостовой", оны орташа интенсивті эхосигналдар көрсетеді
- Орташа және үлкен эхосигналдар, қалыпты фонда біртекті емес жайылған

Созылмалы панкреатиттің кеш ультрадыбысты белгілері

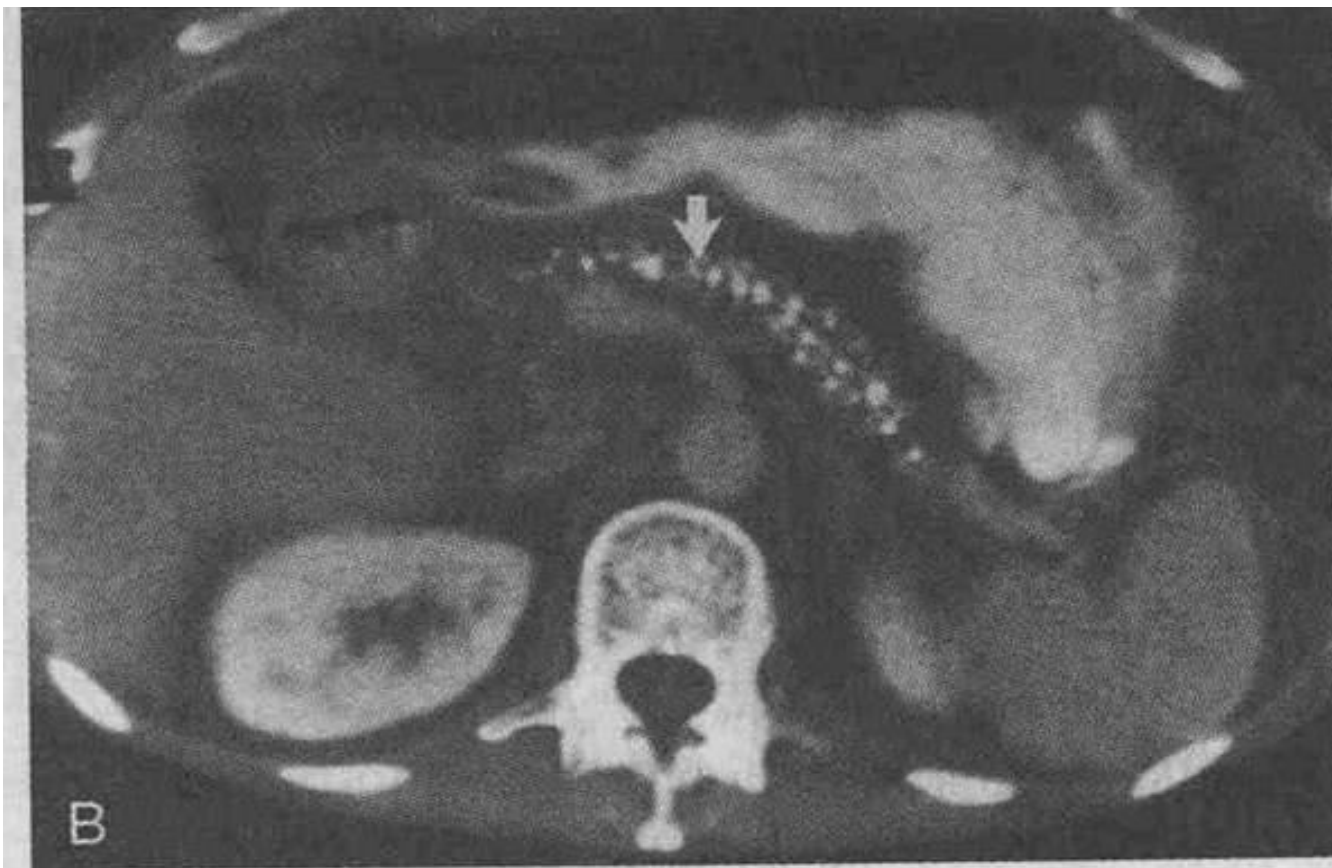
- Эхосигналдардың гомогенді емес жайылуы, тығыз және кистозды аумақтардың кезектілігі
- Амплитудалардың тым вериабильділігі және эхосигналдардың ұзақталуы
- Мүшенің өлшемінің өзгерісі. Кейде ішінара ұлғаюы (алдыңғыартқы өлшемдері: басы - 3 см аса , денесі - 2,5 см, құйрығы 3 см аса)
- Без тіндерінің кальцификациялануы
- Панкреатикалық өзекте конкеременттің болуы
- Кисталар
- Панкреатикалық өзектің кеңеюі (2,5 мм аса)
- Мүшенің деформациясы (ішкі контурдың өзгеруі)
- Ұйқы без тіні тығыздығының жоғарлауы



Ұйқы безі басы зақымдалған созылмалы панкреатит эхограммасы: а) ҰБ басындағы кальцинаттар; б) кеңеймеген Вирсунгов өзегі; в) ҰБ псевдокистасы; г) ҰБ басының ұлғаюы; д) көкбауыр венасы

Компьютерлік томография

Асқынбаған созылмалы панкреатиттің анық белгісін анықтауға мүмкіндік беретін компьютерлік томография – бездің ірі өзектерінің өзгерістерін көрсетеді (дилятация немесе стеноздалу).



Комьютерлік томограмма:

Созылмалы кальцифицирлеуші панкреатит. Ұйқы безіндегі көптеген кальцинаттар.

Эндоскопиялық ретроградты холангиопанкреатография

- Созылмалы панкреатит диагностикасындағы «Алтын стандарт».
- Өзектегі стенозды және обструкция орналасқан орынды, майда өзектердегі құрылымдық өзгерістерді анықтайды, өзекішілік кальцинаттар мен ақуыздық тіремелерді.



Созылмалы панкреатиттің белгілері:
панкреатикалық өзектің және 2-3 кезектегі
бұтақтарды кеңеюі,
Өзек және бұтақ контурларының тегіс еместігі.

Магнитті-резонансты холангиопанкреатография (МРХПГ)

Өт өзектерінің және
ұйқы безі өзектерінің
ешбір инвазивті
араласуларсыз және
контрастты зат
енгізбегендегі тікелей
суреті



Эндоскопиялық зерттеу әдісі

ФЭГДС:

- панкреатикалық шырыштан ферментті және морфологиялық зерттеуге алынған селективті жиынтық ;
- Үлкен дуоденальды емізікшенің патологиясының диагностикасы;
- Асқазан жіне он екі елі ішек ауруының анықталуы, олардың кезегімен созылмалы панкреатиттің дамуының себепшісі болуы мүмкін.

Қан және зәрдегі ұйқы безі ферменттерінің мөлшерін зерттеу

Қандағы амилазаның қалыпты концентрациялық мөлшері ерлер мен әйелдер үшін бірдей: **25 тен 125 Б/л дейін**

Зәрдегі амилазаның қалыпты тәуліктік мөлшері: **1 ден 17 Б/с дейін**

Жедел панкреатит жағдайында қан және зәрдегі альфа-амилаза активтілігі 10-30 есе жоғарылайды.

Гиперамилаземия ауру басында басталады (4-6 с кейін), жоғарғы шегіне 12-24 с кейін, содан 2-6 күнге тез төмендеп қалпына келеді.

Гиперамилазурия сарысудағы активті ферменттің жоғарылауына қарағанда, зәрде ұзаққа созылады. Сарысудағы альфа-амилазаның мөлшері панкреатиттің ауырлығымен реттелінбейді. Нақты ақпаратты зәрдегі амилазаның тәуліктік мөлшердегі активтілігін анықтау арқылы білеміз.

Нәжісті зерттеу

- Полифекалия анықталынады, егер нәжіс көлемі 400г/тәу. жоғары болғанда.
- Стеаторея анықталынады: қалыпты жағдайда тәулігіне 100 г майлы тағамнан соң 7 г нейтральді майлар мен майлы қышқылдар бөлінеді.

Полифекалия және стеаторея ұйқы безінің сыртқы секреторлы қызметі бұзылысының ерте көріністеріне жатпайды.

СП емі:

Ферментативті терапия

СП ауыратын науқастардың ферментативті терапияның негізгі мақсаты:

- ауруды басу («кері байланыс» механизмі бойынша)
- сыртқысекреторлы жетіспеушілікті коррекциялау
- антифиброздаушы әрекет (трансформациялаушы өсу факторы(TGF- β) концентрациясын төмендетуге негізделген, ол өз кезегінде фибробласттар пролиферациясын ынталандырады, коллагеназа мен стромолизин секрециясын төмендетеді, дәнекер тіндерінің түзілуін жоғарлатады.

Ферментті препараттармен ауру механизмін басу

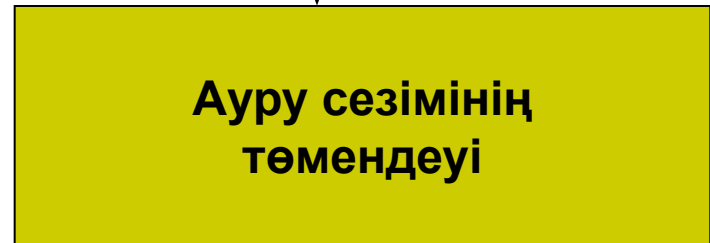
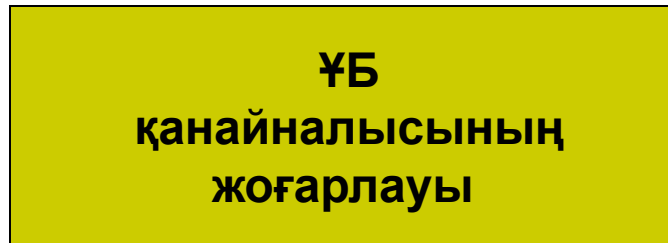
Экзо- және эндогенді панкреатикалық
ферменттердің протеазалары



Ферменттердің және панкреатикалық секреттің
бөлінуінің төмендеуі



Капсуланың және өзектің керілуі, ісіктің төмендеуі



Муковисцидоз

Жүйелі тұқым қуалайтын ауру, CFTR(трансмембрандық реттеуші белок) гені мутациясымен байланысты шығатын, экзокринді бездер мен ағза жүйелердің ағымы ауыр моногенді дерт.

Мутации гена муковисцидоза



Дисфункция кодируемого белка (Cl-канала) МВТР



Нарушение водно-электролитного баланса в эпителиальных клетках бронхолегочной системы



Изменения вязкоэластических свойств бронхиального секрета



Продукция
слизи

Инфекция

Обструкция



Деструкция тканевых структур бронхолегочного аппарата

Клиникалық көрінісі

Ішектік түрі

- Іштің кебуі;
- полифекалия;
- Ауыз қуысының құрғауы;
- бұлшықет тонусының төмендеуі және тіндердің тургоры;
- Іштегі ауру сезімі;
- Он екі елі ішектің ойық жара ауруы және аш ішектегі ойықтардың дамуы;
- гепатомегалия, сарылық, тері қышынуы, порталды гипертензия белгілері, асцит;
- асқынулар: дисахаридті жетіспеушілік, ішек өтімсіздігі, екіншілік пиелонефрит және зертас ауруы, қант диабеті, бауыр циррозы.



Муковисцидоз диагностикасы

Жалпы белгілер: физикалық дамуы артта қалуы, тыныс алу жолдарының созылмалы рецидивтеуші аурулары, мұрын полиптері, созылмалы гайморит, созылмалы бронхит, рецидивтеуші панкреатит, тыныс алу жеткіліксіздігі.

Терілік тест: пилокарпинмен ионофорез. Хлоридтердің 60 ммоль/л жоғары болуы — ықтимал диагноз; хлорид концентрациясының 100 ммоль/л жоғары болуы — анық диагноз. Сонда хлор мен натрий концентрацияларының айырмасы 8—10 ммоль/л жоғары болмауы керек. Терілік тест диагнозды нақты қою үшін кемінде үш рет оң болуы керек. Осы тестті созылмалы жөтелі бар әрбір балаға жасалынуы қажет.

Муковисцидоз диагностикасы

Май қышқылдарын нәжісте анықтау: қалыпта тәулігіне кемінде 20 ммоль/күн. аспау қажет. Шекаралық белгілер — 20—25 ммоль/күн. Сынақ оң, егер ұйқы безі қызметі 75 % кем емес төмендеген жағдайда.

ДНК-диагностика аса сезімтал және спецификалық. Жалған нәтижелер 0,5—3 % жағдайда ғана кездеседі. Пренатальды ДНК-диагностика: ішіктік сілтілік фосфатаза изоэнзимдерін қағанақ суынан анықтау, жүктіліктің 18—20 аптасынан мүмкін.

Емі

- Муковисцидоз емі симптоматикалық. Үлкен маңызға ие ол науқастың тамақтануы. Ақуыз компоненттерін тағам рационында қосып көтеру тәуліктік калоражы жас қалпынан 10—30 % жоғары болу керек.
- Міндетті түрде ұйқы безінің бұзылған қызметін панкреатин немесе комбинирленген препараттар беру арқылы қалпына келтіреді. Олардың құрамында панкреатинмен қоса басқада ішектік ферменттер мен липотропты заттар бар (полизим, панзинорм, мексаза және т.б.). Ферментты препараттардың дозасын копрологиялық зерттеу нәтижелеріне сүйене отырып әр науқасқа жеке тағайындалады.
- Муколитикалық терапия күн сайын науқастың өмір бойында жүргізіледі. Емнің эффективтілігі жоғарылайды аэрозольды ингаляциялар, ЛФК, вибрационды массажа, постуральды дренаждармен қатарласып жүргізгенде.

Емі

- Муколитикалық препараттар ретінде тұзды-сілтілі қоспаларды қолдануға болады (1—2%-ды тұзды ерітінді — хлорид және карбонат натрия), бронхолитикалық препараттар, ацетилцистеин (бір ингаляцияға 2—3 мл 7—10%-ды ерітінді), пульмозим (дорназа альфа). Постуральды дренаж әр күні таң ертең жүргізіледі, вибрационды массаж — тәулігіне 3 реттен кем емес.
- Антибактериальды дәрілерді парентеральді енгізеді (жартылай синтетикалық пенициллиндер, цефалоспориндердің екінші және үшінші қатардағы ұрпақтары, аминогликозидтер, хинолондар) және аэрозоль түріндегі (аминогликозидтер: гентамицин, тобрамицин). Ем ұзақтығы 1 айдан кем емес.
- Ауыр ағымды пневмония жағдайында кортикостероидты дәрілерді 1,5—2 ай көлемінде қолданылады (преднизолон).
- Витаминотерапия (А, D, E) ерітінде ретінде.

**Назарлараңызға
рахмет !**