

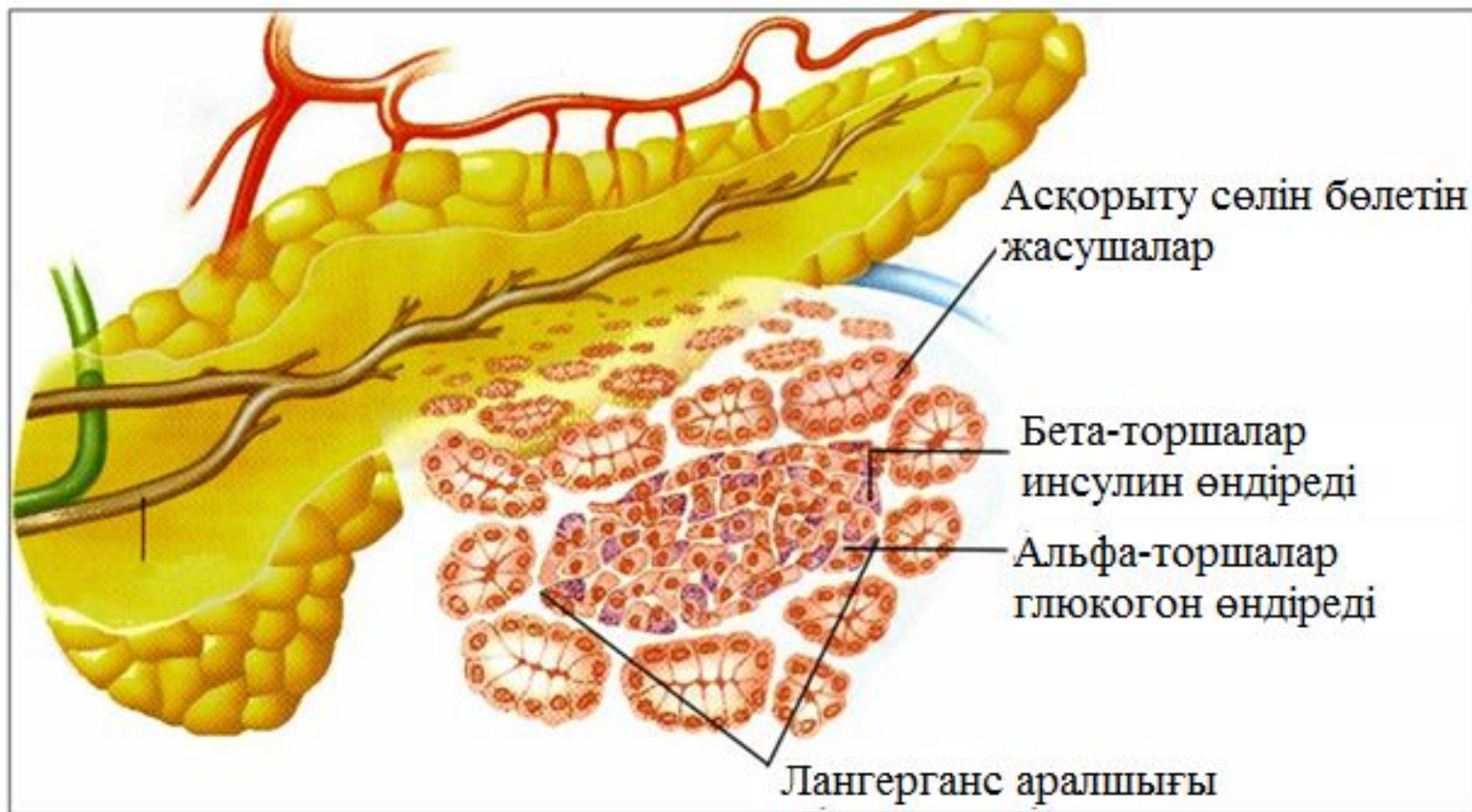
ЖЕДЕЛ ПАНКРЕАТИТ



- Пункреатит – бұл ұйқы безінің пункреатикалық 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.
- Оның түтігі 1642 ж. Вирсунг, 1720 ж. Одди суреттеуі бойынша 75 процент үлкен еміздікшеге ашылады (12 елі ішектің). 4 процент жағдайда Вирсунг түтігі 12 елі ішекке өздігінен ашылады. Вирсунг түтігі холедохпен бірге – Фатер түтігіне 33,6 процент ашылады. 2 түтікте қосылып жалпы ампуланы және Одди сфинктерін 5 проц. құрайды. 2 түтікте Фатер бүршігі мен Одди сфинктерімен алыс орналасқан. Вирсунг түтігі – холедохқа түседі.

ҰЙҚЫ БЕЗІ



ЭТИОЛОГИЯСЫ

Жедел панкреатиттің этиологиясы әр түрлі себептерден болуы мүмкін:

1. Өт қабы және өт шығару жолдарының аурулары: Холецистит, өт тас ауруы, холедохтың қабынуы, т.б.
2. Асқазан және ұлтабар аурулары: Созылмалы гастрит, ойық жара аурулары т.б.
3. 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.
4. 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.

5. Ұйқы безіндегі қан айналысының бұзылуы
6. Аллергиялық реакциялар әсерінен
7. Жарақаттардан соң: 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.
8. Химиялық заттармен улану: Қышқыл, сілті, фосфор және т.б.
9. Жұқпалы аурулар: Іш сүзек , қызамық (скарлатина), сепсис, вирустық гепатит және т. б.

Панкреатит патогенезі:

- **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.

Жедел панкреатитті клиникалық және морфологиялық негізде жіктеу (Атланта, 1992)

- Сулы ісікті (интерстициалды) панкреатит.
- Стерильді (залалсыз) панкреонекроз.
- Инфекцияланған (залалды) панкреонекроз.
- Панкреотогенді абсцесс.
- Псевдо (жалған) киста (инфекцияланған жалған киста).

Жедел панкреатитті жіктеу

1. Клинико – морфологиялық түрлері:

- – сулы ісікті панкреатит (абортативті панкреонекроз)
- – майлы панкреонекроз
- – геморрагиялық панкреонекроз

2. Таралуына қарай:

- – ұйқы безінің локальді (ошақты) зақымдануы
- – ұйқы безінің субтотальді зақымдануы
- – ұйқы безінің тотальді (толық) зақымдануы

3. Клиникалық барысына қарай:

- ▣ – абортивті (кері қайтатын)
- ▣ – прогрессивті

4. Ауру кезеңіне қарай:

- ▣ – гемодинамикалық өзгерістер кезең (1 – 3 тәулік);
- ▣ – паренхиматоздық ағзалардың функционалдық жетіспеушілік кезеңі (5 – 7 тіулік)
- ▣ – некроздан соң туатын (постнекротикалық) асқынулар кезеңі (3 – 4 апта);

5. Морфологиялық өзгерістер сатылары:

- сулы ісік,
- өліеттену (некроз),
- іріңді асқынулар;

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.

- 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.

Панкреатит диагностикасындағы маңызды сынамалар:

- **Мондора белгісі** – денеде және бетте күлгін (фиолетовый) түсті дақтар пайда болуы;
- **Грея-Турнера белгісі** – іштің шеткі аймақтарында цианоз байқалуы
- **Хольстед** – 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.
- **Махов белгісі** – кіндіктің жоғары жағында тері гиперэстезиясы.
- **Чухриенко белгісі** – алақанды кіндіктен төмен көлденең қойып түрткілегенде эпигастрий аймағында ауырсыну.
- **Раздольский** (перкуссия без проекцияланатын жерде ауру сезімін тудырады)

Дифференциальді диагностикасы

- Іш қуысының аурулары (перфоративті жара, жедел холецистит, жедел ішек өтімсіздігі, жедел аппендицит)
- Іш астар арты аурулары (бүйрек патологиясы, паранефрит, флегмона)
- Кеуде клеткасының аурулары (миокард инфарктісі, плеврит, пневмония)
- Инфекциялық аурулар – іш сүзегі
- Қан аурулары – Шенлейн-Генох ауруы.

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 (диметидин 1таб 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

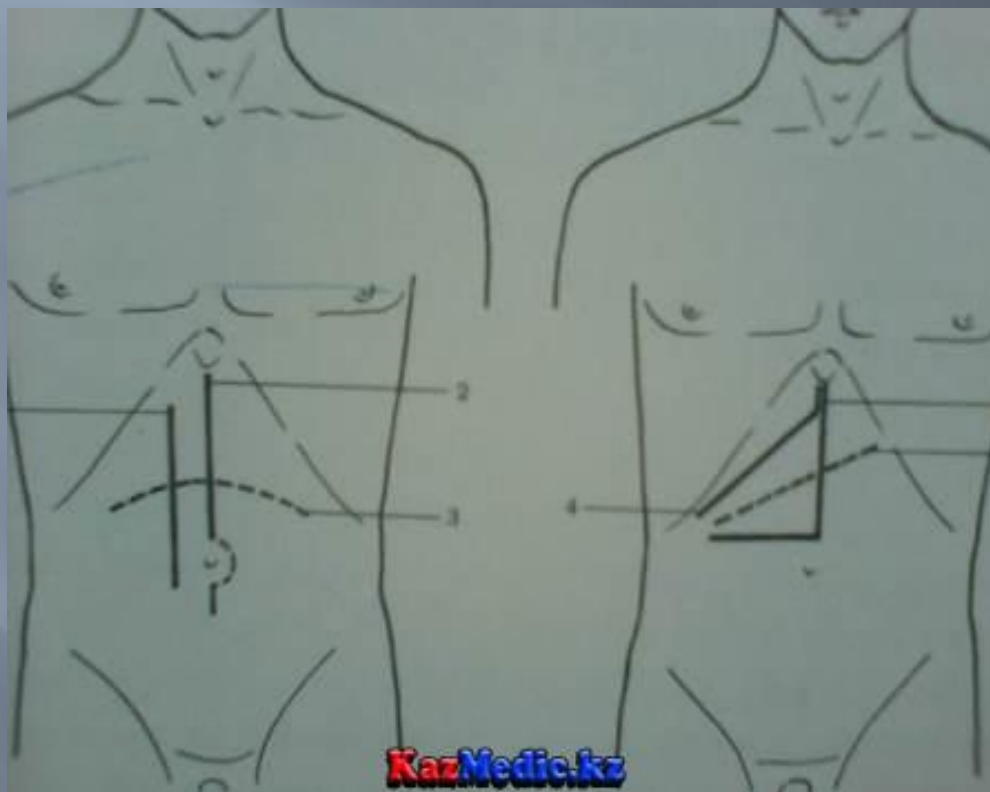
Панкреатит кезінде операцияға көрсеткіш:

- Без деструкциясы, перитонитпен бірге
- Жедел панкреатит деструктивті холециститпен бірге
- Панкреатиттің асқынған формалары.
- Терапиялық ем нәтижесіз болған жағдайда

Панкреатит кезіндегі жасалатын операция түрлері:

- Құйрық, денесінің резекциясы, некроз ошақтарын алып тастау.
- Панкреатэктомия (тотальді панкреанекроз)
- Іш шарбысын дренаждау және тампондалау
- Өт шығару жолдарын декомпрессиялау

Ұйқы безін ашып көрінуі үшін кіру тәсілі 2-топқа бөлінеді:



Алдыңғы іш қабырғасы арқылы



Бел аймағы арқылы (жедел ірінді панкреатитте)

Жедел панкреатит асқынулары:

- ▣ Жалпы:
 - ▣ гемодинамикалық шок
 - ▣ өкпенің жедел асқыну синдромы (бронхит, пневмония, плеврит)
 - ▣ асқазан – ішектен жолдарынан қан кету
 - ▣ сепсис
 - ▣ екіншілік анемия
 - ▣ Уремия
 - ▣ механикалық сарғаю
 - ▣ алиментарлы дистрофия
 - ▣ диабет

- **Жергілікті асқынулар:**
- Холецистопанкреатит
- бездің абсцесстенуі (ошақты, субтотальді, бездің тотальды некрозы)
- Перитонит
- іш астары арты флегмонасы
- киста (жалған, шынайы)
- жыланкөздер (ішкі, сыртқы) — тері мацерациясы
- аррозивті қан кетулер