

М.Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медициналы университеті.

Тақырыбы: Созылмалы панкреатит

Орындаған: Мамышова И.

Факультет: Жалпы медицина

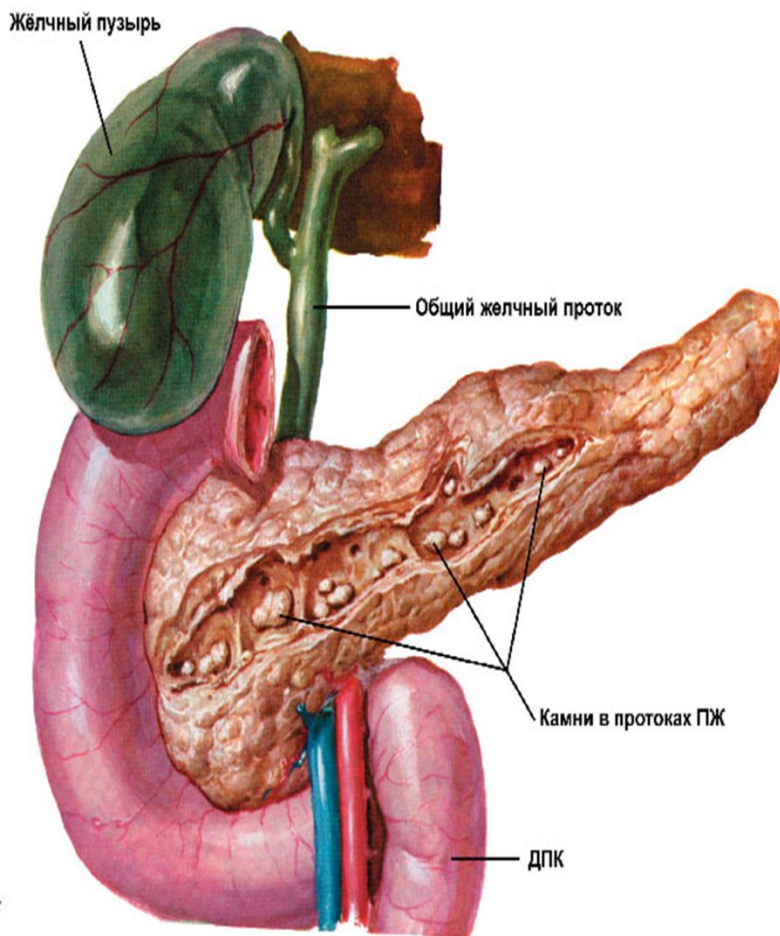
Курс: 5,

Тобы: 515 Б

Тексерген: Есенғалиева И.Е.

ЖОСПАР

- ▶ 1. Созылмалы панкреатит
 - ▶ Жіктелуі
 - ▶ Этиологиясы
 - ▶ Патогенезі
 - ▶ Клиникалық көрінісі
 - ▶ Диагностикасы
 - ▶ Емі
- ▶ 2. Қорытынды
- ▶ 3. Пайдаланылған әдебиеттер



- Созылмалы панкреатит - диффузды немесе сегментарлы фиброзбен қосарланған, функционалды жеткіліксіздік пен этиологиялық факторлардың әсері тоқтағаннан кейін үдеумен дамитын, фокальдық некрозбен мінезделетін ұйқы безіндегі қабынулық - деструктивті процессі. Ұйқы безіндегі қабыну процесінің 6 айдан ұзақ уақытқа созылуы; оның нәтижесінде ұйқы безі өзектерінің өткізгіштігі нашарлап, ұйқы безі паренхимасында склероздық процестер ұлғая түседі, ұйқы безінің экзо- және эндокриндік функциялары нашарлайды.

Созылмалы панкреатиттің

жіктелуі:

I. Этиологиясына қарай:



2. Екінші ретті СП- асқазан-ішек жолының ауруларында кездесетін СП.

Созылмалы панкреатиттің жіктелуі:

► *II. Клиникалық түріне қарай:*

- Қайталамалы СП
- Ауырғаны басым СП
- Ісікке ұқсас СП
- Склерозды СП
- Бүркемелі /патентті/ СП

Даму барысына қарай



Даму фазасы

Қайталау /рецидив/



Бәсеңдеген қайталау
/неполная ремиссия/



Саябыр кез
/ремиссия/

СП этиологиясы

- ▶ Тамақта белок жетіспеушілігі
- ▶ Зат алмасудың және ішкі секреция бездерінің аурулары /гиперпаратиреоз, эссенциальдық гиперлиппротеинемиялар/
- ▶ Кейбір дәрілерді / тетрациклиндер, сульфаниламидтер, цитостатиктер т. б./ қабылдау.
- ▶ Бұрын болған жедел панкреатит. Ұйқы безінің жарақаты.
- ▶ Өт жолдарының аурулары / өт тас ауруы, калькулезсіз холицистит, өт жолдарының аномалиялары/ және бауырдың аурулары /созылмалы гепатит, бауыр циррозы /
- ▶ Он екі елі ішек аурулары /жара ауруы, дуоденит, дискинезия, дивертикул/ және асқазан аурулары /секреция жетіспеушілік бар созылмалы гастрит/
- ▶ Он екі елі ішектің үлкен емізігінің аурулары /папиллит, Одди сфинктерінің түйілуі, стриктура, таспен, ісікпен және паразиттермен бітелуі/.

Гудзенко Ж. П. (1980) панкреатит дамуына қатысты факторларды 5 топқа бөледі:

- Тамақтану шалалығына байланысты бездің секреторлық бұзылыстары
- Вирустық - бактериялық инфекциялар
- Гепато -панкреатодуоденалды жүйе ағзалары ауруларындағы реттелу өзгерістері
- Аллергия
- Механикалық жарақаттар

Патогенезі /басты механизмдері/

- ▶ Ұйқы безі секретінің ағуына кедергі, әсіресе оның ұйқы безінің негізгіне он екі елі ішек сөлінің /құрамында өт, трипсин және басқа компоненттер бар/ құюымен қоса кездесуі;
- ▶ Ұйқы безінің ірі өзегінің бойында механикалық кедергілердің /тыртықтар, ісік, қабыну инфильтраты т.б/ болуы;
- ▶ Он екі елі ішек кілегей қабығындағы дистрофиялық және атрофиялық процестер, онда секретин мен холецистокин-панкреозиминнің өндірілуінің нашарлауы;
- ▶ Он екі елі ішек ішіндегі қысымның ұйқы безі өзектеріндегі қысымнан жоғары болуы;
- ▶ Өзінің құрамындағы сұйықтық пен бикарбонаттардың азаюына байланысты ұйқы безі сөлінің азаюы;
- ▶ Ұйқы безінің сөлі қоюланып, оның ағу жылдамдығының азаюы, оның құрамындағы белок концентрациясының көбеюі;
- ▶ Ұйқы безі өзегінің әр жерін бітеп тастайтын белок тығындарының пайда болуы;

Клиникалық көрінісі

- ▶ СП-тің клиникалық көрінісі әрқилы болып, кеселдің ұзақтығына, даму сатысына, оның түріне, ағзаның ішкі-сыртқы секреторлық қабілетінің бұзылыс дәрежесі мен басқа қосалқы аурулар сипатына байланысты келеді. Осылардың ішінде ең басты орында ауырсыну синдромы тұрады. Ауру сезімі көбіне ұстамалы, эпигастрийде (70%), оң (60%) не сол бүйір (60%) маңына орналасады. Кейде ауру сезімі тұрақты сипат алып, әдетте, тамақтан соң (2,5-3 сағат), түстен кейін, диетаны бұзғанда (майлы, қуырылған, тәтті, салқын тамақ), шамадан артық физикалық салмақ түскенде, вирустық аурулардан кейін байқалады.
- ▶ Науқастардың жартысында ауру арқа, кеуденің оң, сол бөлігіне беріліп (таралып), кейде отырғанда, еңкейгенде не төрт таған қалыпта азаяды. Ауру, әдетте, анальгетик, спазмолитиктер қолданғаннан кейін басылады.

СП ағымының 3 вариантын ажыратады

Рецидивті

- Ең басты белгі - ауру сезімі. Бұл сфинктерлік, капсулалық болуы мүмкін. Сфинктерлік (Одди қысқышы спазмы) көбіне диета бұзылысына байланысты. Көбіне ауру ұстама тәрізді, ол спазмолитиктер бергенде азаяды, не басылады.
- Капсулалық түрі оның кернелуіне, бездің ісінуіне қатысты тұрақты, ұзақ мерзімді.
- Жүрек айну, ауызда ащы дәм не құрғақтық, құсу, әдетте, қайталамалы. Объективті ішке пальпация жасағанда Керте, Кач симптомдары, Мейо - Робсон нүктесін, Шоффар, Губергриц аймағының ауырсынуы, Гротт симптомы анықталуы мүмкін.

Тұрақты ауру сезімді

- Баяу ағымды қабыну процесі тән. Ауру сезімі бірнеше аптадан айларға созылады. Әдетте, астено - вегетативті синдром, арықтап кету. Үдемелі сыртқы секреторлық жетіспеушілік тән: ауық - ауық нәжіс сұйылуы, метеоризм, полифекалия, стеаторея, нәжіс қоймалжың, иісі өте сасық, майлы, жылтыр.
- Іш пальпациясында ұйқы безі нүктелері мен зоналарында ауру сезімі байқалады.

Латенттік

- Ауру сезімінің болмауы, бездің сыртқы секреторлық жетіспеушілігі белгілерінің айқындығы тән. Бездің пальпацияда ауыратынны анықталады.
- Сирек жағдайда бездің ішкі секреторлық жетіспеушілігі дамуы ықтимал. Әдетте, алдымен тамақтан 1,5 - 2 сағат өткен соң гипогликемия белгілері, кейінірек, айлар - жылдар өткенде қант диабеті сипаты шығады.

Клиникалық көрініс ерекшеліктері СП-тің дәрежесіне байланысты.

Ауыр түрінде
айқын ауырсыну
криздері
басым;

Орта дәрежесінде
бұл белгі анда-
санда диета
бұзылысына,
физикалық
салмаққа
байланысты
шамалы білінеді де
, тез тиылып,
диспепсиялық
өзгерістер де аздау
болады

Жеңіл түрінде
ауырсыну көбіне ұю
сезімімен, сирек
ұстамалы түрде, ол
қысқа, ешқайда
тарамайды. СП-
тің бұл түрлерінің
болжамы тұрақты
бақылау мен алдын
ала емдегенде
сәтті аяқталады.

Диагностика критерийлері:

- ▶ Шағымдары мен анамнезіне, физикалық және тексеру мәліметтеріне жүгінеміз.
- ▶ Рецидив беретін ауырулық абдоминальды синдром /жиірек құрсақтың алдыңғы қабырғасында арқаға берілуімен, диеталық жүктемелермен, қабылдаумен/. Ойық жара тәрізді ал ауырулық синдром, моториканың бұзылуымен сол жақтық бүйректік шаншумен клиниканы еске түсіреді.
- ▶ Дене салмағының төмендеуі /мальабсорбция синдромы/.
- ▶ Сыртқы секреторлық функцияның жеткіліксіздігі /стеаторея, гипокальциемия, гиповитаминоз/
- ▶ Ішкі секреторлық функцияның жеткіліксіздігі /глюкозоға толеранттылықтың бұзылуы, қантты диабет/
- ▶ Созылмалы фиброзды- индуративті панкреатит үшін аралық сарғыштану тән.

▶

Лабораторлық зерттеу

Міндетті түрде жүргізілетін зерттеулер:

Жалпы қан анализі: ЭТЖ жоғарылауы, қабыну кезіндегі солға жылжыған лейкоцитоз.

Жалпы зәр анализі: билирубиннің болуы, псевдотуморозды (сарғайған) түрінде уробилиннің болмауы, қозу сатысында а-амилазаның жоғарылауы; төмендеуі – сыртқы секреторлы функциясы бұзылған склероздаушы формасында (норма 28-160 мгДч-мл).

Биохимиялық қан анализі: аурудың қозу кезеңінде - а-амилазаның құрамының (норма 16-30 г/чхл), липазаның (норма 22-193 Е/л), трипсиннің (норма 10-60 мкг/л), у-глобулиндердің, сиал қышқылының, серомукоидтың жоғарылауы, сарғайған формасы кезінде конъюгирленген билирубиннің жоғарылауы ; инкреторлы функциясы бұзылғанда глюкозаның жоғарылауы (склероздаушы формасы); склероздаушы формасының ағымы ұзаққа созылса альбумин деңгейінің төмендеуі.

Ұйқы безінің сыртқы секреторлық функциясын зерттеу:

Ферменттерді анықтау: (липаза, а-амилаза, трипсинді), дуоденальді құрамнан бикарбонат сілтілігі 12-елі ішекке 30 мл 0.5% тұз қышқылын енгізгенге дейін және егізген соң: 6 порция жинайды әр 10 мин сайын, қалыпты жағдайда тұз қышқылын енгізгеннен кейінгі алғашқы екі порцияда сөлдегі ферменттердің концентрациясы төмендейді, 3-4 порцияларда жоғарылайды, 6-шысында өте қатты жоғарылайды. Созылмалы панкреатиттің сыртқы секреторлық функциясы жетіспеушілік түрінде барлық порцияларда бикарбонат сілтісі мен ферменттердің төмендеуі байқалады. Бұл тест екі өзекті гастродуоденальді зондты қолдану арқылы жүргізіледі,

Ласус сынамасы: зәрді гипераминоацидурияға тексеру. Ұйқы безінің сыртқы секрециялық жетіспеушілігі кезінде тоқ ішекте сіңіріліп, бауырға барып утилизацияға ұшырайтын амин қышқылдарының физиологиялық қатынасы бұзылады; нәтижесінде амин қышқылдары сіңірілмейді де, көп мөлшерде зәрмен бөлінеді. Сынама былайша орындалады: 30 мл зәрге 30 мл 2% мыс сульфатының ертіндісі қосылады, 24сағаттан соң зәрді микроскопиялағанда зәр тұнбасынан қара сұр не сарғыш түсті полиморфты кристаллдар анықталады;

Гликоамилаземиялық сынама: 50г глюкозамен жүктемеге дейін және 3сағаттан соң а-амилазаның қандағы деңгейін анықтау. Қандағы а-амилазаның концентрациясының 25%-дан аса жоғарылауы ұйқы безінде патология барын көрсетеді.

Инструментальді зерттеулер

Ұйқы безін ультрадыбыстық зерттеу. Созылмалы панкреатитке тән белгілер:

Ұйқы безінің құрылымының біркелкі еместігі, бөліктерінің эхогенділігі жоғарылаған;

Панкреатикалық өзекте тас болуы, бездің кальцинозы;

Вирсунгов өзегінің біркелкі емес кеңеюі;

Ұйқы безінің псевдотумарозды формасында ұйқы безінің басының қалыңдауы мен үлкеюі;

Ұйқы безінің тегіс емес;

Ұйқы бездің өлшемінің үлкеюі не кішіреюі ;

Ұйқы бездің эхогенділігінің диффузды жоғарылауы.

Тыныс алу кезінде қозғалуының шектелуі, пальпация кезіндегі ригидтілігі.

Созылмалы панкреатиттің бастапқы сатыдарында УЛЗда өзгерістер көрінбейді



Рентгенологиялық зерттеу (гипотония жағдайындағы дуоденография) мына көріністерді көрсетеді:

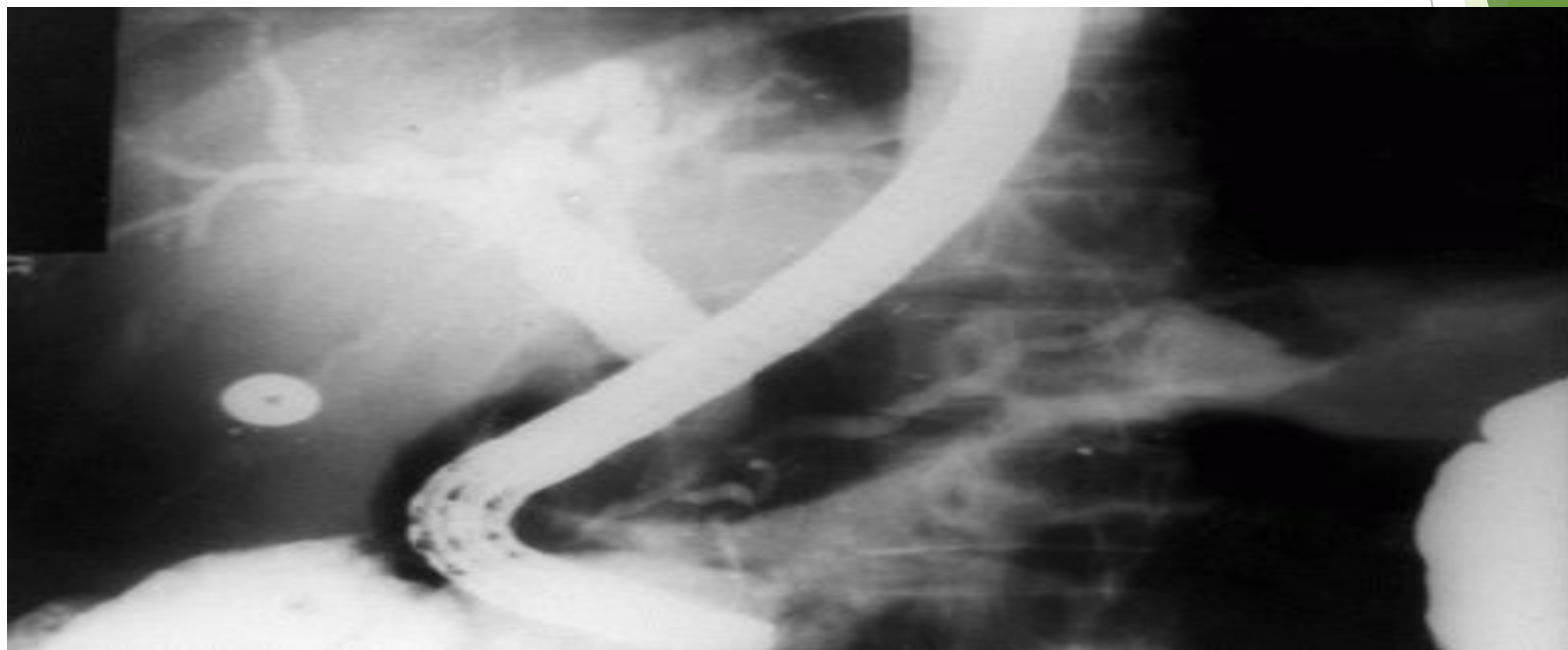
Ренгенограммалық шолуда ұйқы безінің тармақталуы, (созылмалы кальцифицирлеуші панкреатит);

12-елі ішектің доғасының жазылуы (ұйқы бездің басының үлкеюінен);

12-елі ішектің төмендеген бөлігінің ішкі қабырғасынан қысым түсуі; Фростберг белгісі – 12-елі ішектің ішкі контурының деформациясы: айнадан көрінген Зсаны секілді,; артқы қабырғасының екі контурлылығы («симптом кулис»), 12-елі ішектің ішкі контурының тісшеленуі; Ретрогастральді кеңістіктің үлкеюі; (ұйқы без денесінің ұлғаюы);

Ұйқы без жолына контрасттың рефлюксі (дуоденография под компрессией).

**Эндоскопиялық ретроградты
панкреатохолангиография** созылмалы панкреатиттің
келесі белгілерін анықтайды:
Вирсунгов өзегінің біркелкі емес кеңеюі, контурының
деформациясы;
Ұйқы без жолындағы тастар;
Без сегменттерінің бірдей контрасталмауы;



Дифференциальді диагностикасы

- *Ойық жара ауруы*
- *Өт тас ауруы мен холецистит*
- *Тоқ ішек пен жіңішке ішектің қабыну аурулары*
- *Абдоминальді ишемиялық синдром*
- *Ұйқы безінің рагі*

Дифференциальды диагнозды ұқсас аурулармен жүргіземіз (гастрит, гепатит, бауыр циррозы, қатерлі ісігімен және т.б. аурулармен)

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

- Зәр, қан амилазасы
- Қанның жалпы анализі
- С-реактивті ақуызды анықтау
- АЛТ мен АСТ анықтау
- Жалпы билирубин мен фракцияларын анықтау
- Сілтілік фосфатазаны анықтау
- ТГТП
- Қан липазасы
- Қан глюкозасы, қанттық қисық
- Копрограммаға нәжіс
- Ұйқы безі, өт қабын УДЗ
- Гастроэнтеролог консультациясы

Ұйқы безінің компьютерлік және магнитнорезонансты томография бездің өлшемінің кішірейген не үлкейгенін, бездің тығыздығының өзгерісін, кальцинаттар мен псевдокисталарды анықтауға мүмкіндік береді.

Ұйқы безін радиоизотопты сканирлеу метионинді, белгіленген го селен-75 қолданып- өлшемінің кішірейген не үлкейгені, изотоптың біркелкі емес диффузды жиналуы.

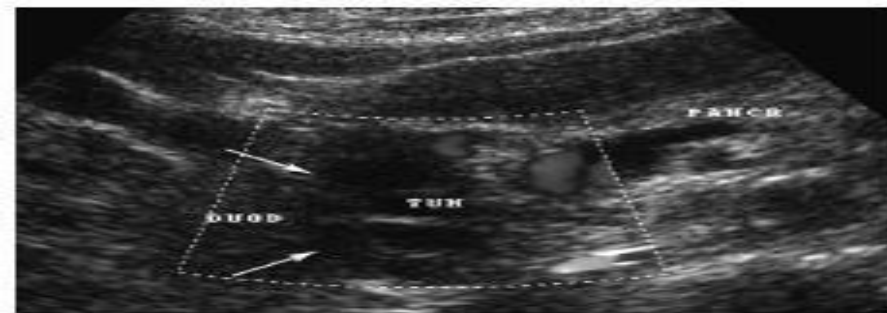


Рис. 13. Нетипичная УЗ-картина дуоденальной дистрофии ДПК. TUM — опухоль (указана стрелками), DUOD — двенадцатиперстная кишка, PANCER — поджелудочная железа. Паренхима ПЖ не изменена

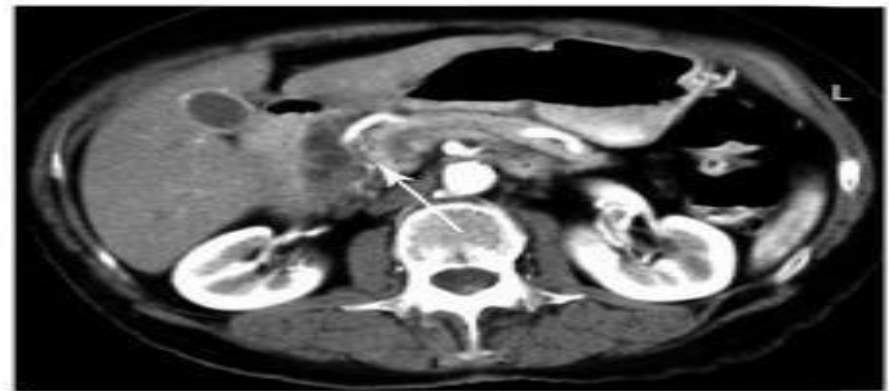


Рис. 14. КТ-изображение атипичной формы дуоденальной дистрофии ДПК (указано стрелкой). Паренхима ПЖ не изменена



Рис. 15. Удаленный панкреатодуоденальный комплекс. Стрелками показано утолщение и кистозное поражение стенки ДПК

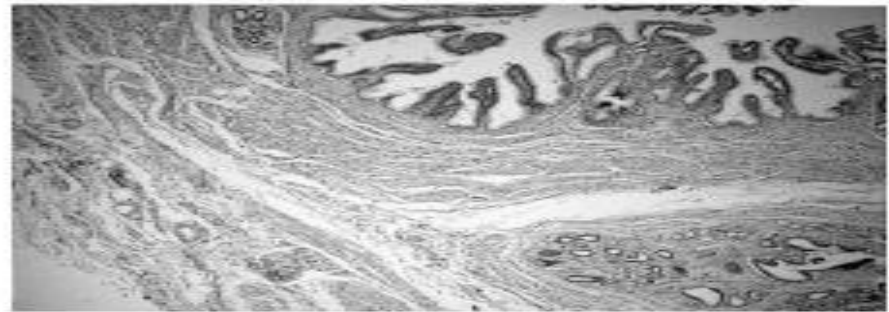


Рис. 16. Протоковая форма дистопии ПЖ в мышечной оболочке ДПК. Окраска гематоксилином и эозином, ×200

Емдеу принциптері:

- ▶ Емдеу ұзақтығы: 14күн
- ▶ Ем мақсаты: ремиссияны қамсыздандыру
- ▶ Дәрі-дәрмексіз ем: Диета №5п.

► Дәрі-дәрмектік ем:

- I. Консервативтік емдік әрекеттер олардың ауру этиопатогенезіне орайлас жүргізгенінде тиімді болады.
- Зат алмасу процесін жақсартатын дәрілер: липотроптылар - эссенциале - форте, липостабил, метионин, липамид, галаскорбин
- Ішек флорасын қалыптастыру үшін: бифидум - бактерин, нутрилон В, тревис, бифиформ, хилак - форте.
- Панкреатикалық ферменттер: панкреатин, панкурмен, мезим - форте, креон, панцитрат.

Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

- ▶ Панкреатин, таблетка, құрамында 4500 БІР липаза бар капсула
- ▶ Фамотидин 20мг; 40мг. табл.; амп.
- ▶ Омепразол 20мг, табл.
- ▶ Рабепразол 10мг, табл
- ▶ Пантопразол 40мг, табл
- ▶ Алюминий, магний гидро тотығы бар комбинирленген препараттар 15мл, ішке қабылдауға суспензия
- ▶ Амоксицилин 500мг, 1000мг, табл.
- ▶ Цефазолин 1гр, фл.

- ▶ Субремиссия кезеңінде гипербарилы оксигенация курсы (10 сеанс) жүргізуге болады, қабыну өзгерістерін жою үшін физиеом (КВЧ, лидаза, никотин қышқылымен электрофорез), ағза проекциясына балшық жапсыру.
- ▶ Фитоем: қайың жапырағы, календула, мия тамыры.
- ▶ Санаторий - курорттық ем. Тек 3 жастан асқан балаларға және соңғы өршуден соң кемінде 6 ай уақыт өткен соң. Железноводск, Сары - Ағаш, Ессентуки, Трускавец, Моршин, Джермук, минералдығы төмен арасан жылы күйде, газсыз, 50 - 60 мл - ден 5 - 6 рет тамақтану арасында ішіледі.

- ▶ II. Хирургиялық ем тек жан жақты ойластырылған, бірақ, ұзақ жылдар бойы консервативтік әрекеттерден көмегі болмағанда жүргізіледі. Бұл жағдайларға аурудың асқынған түрлері де жатады.
- ▶ Хирургиялық ем көрсеткіштері:
 - ▶ 1. Ағза кистасы
 - ▶ 2. Органикалық дуоденостаз
 - ▶ 3. Холедох қысылысы не обструкциясы
 - ▶ 4. Фатер үрпісінің тыртықты қысылысы.

Қорытынды

- Қазіргі таңда медицинаның алдыға қойған мақсаты диагнозды дер кезінде анықтап, уақытылы науқас адамдарды дертінен айықтыру. Осыған орай созылмалы панкреатитті аңқтауды жеңілдететін аспаптық және лабораторлы зерттеу әдістерін қолдану арқылы дер кезінде, әрі нақтылы диагноз қоюға мүмкіндік бар. Дер кезінде дертті анықтау арқылы емдеуді әртүрлі асқынулардың және өлім көрсеткішін төмендетуге қол жеткіздік.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1.Ішкі аурулар, II Том. Авторы Б Қалимұрзина

2.www.google

3.В.И.Маколкин,Внутренние болезни. Москва,1990г.

4.Диагностика внутренних болезней Шкляр Б.С

5.Ішкі аурулар ,Авторы С.Л.Қасенова 6.М.Д.Машовский.
Лекарственные средства.Москва,1999 стр.566-573