

Тақырыбы: Созылмалы панкреатит

Орындаған: Әбуғалиева Н.

Тексерген:

Жоспар:

I Кіріспе

II Негізгі бөлім

- *Этиологиясы*
- *Патогенезі*
- *Жіктелуі*
- *Асқынулары*
- *Лабораториялық зерттеудің нәтижелері*
- *Аспаптық зерттеудің нәтижелері*
- *Емі*
- *Қорытынды*
- *Пайдаланылған әдебиеттер*

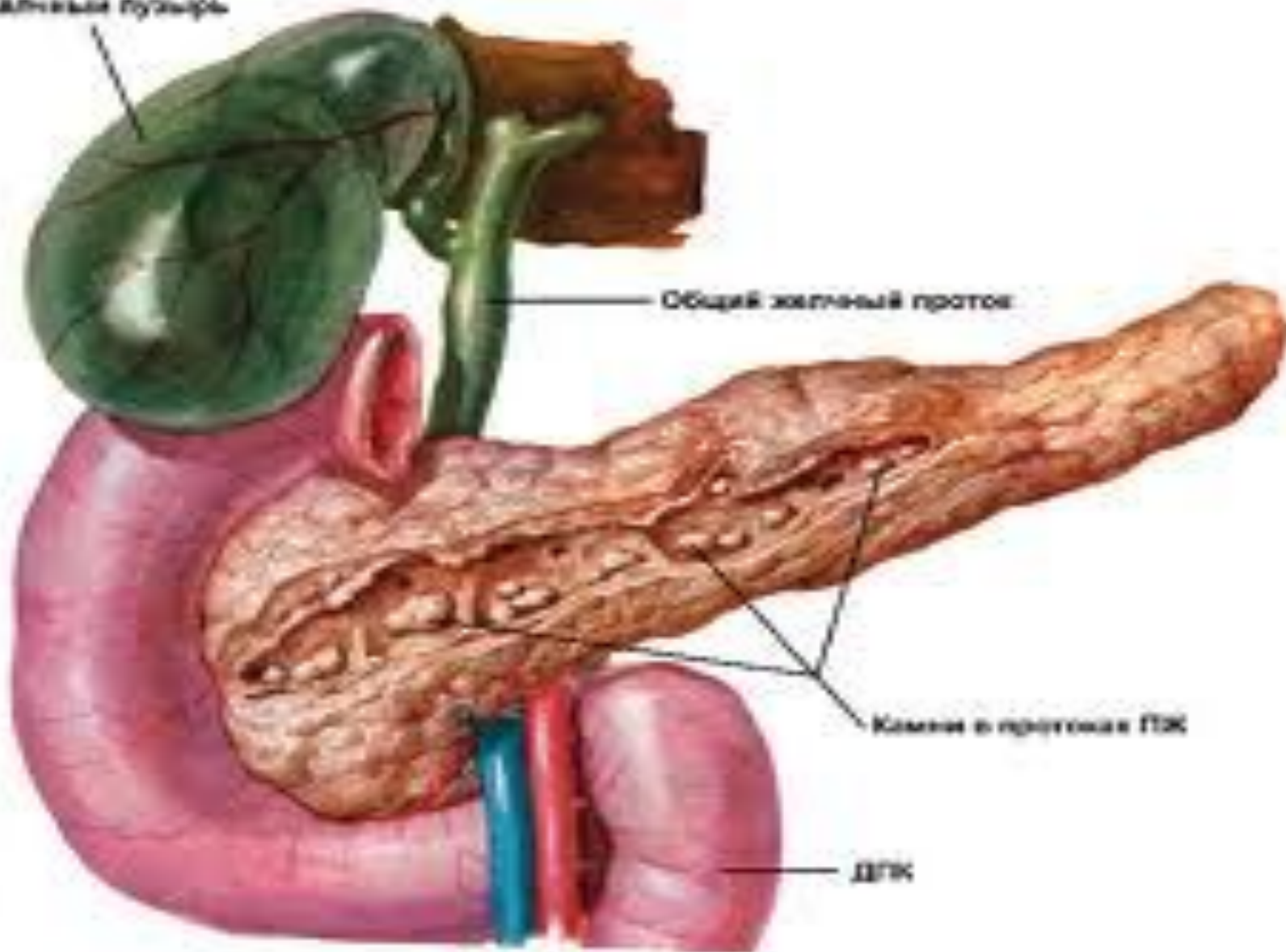
Созылмалы панкреатит (лат.: *pancreatitis chronica*) – ұйқы безі паренхимасының, түтіктерінің зақымдануымен дамидын және этиологиялық фактордың тоқтауына қарамастан өрістейтін, соңында бездің склерозына, экзогендік және эндогендік функцияларының жетіспеушілігіне әкелетін ұйқы безінің созылмалы қабыну-дистрофиялық ауруы.

Желчный пузырь

Общий желчный проток

Камни в протоках ПЖК

ПЖК



Этиологиясы

- 1. Ішкілікке салыну (90%). Күн сайын 100 мл-ден алкогольді немесе 2 литрден сыраны ішу 3-5 жылдан кейін ұйқыбезде гистологиялық бұзылыстарды дамытады. Алкогольді үнемі ішетін әйелдерде панкреатиттің айқын көрінісі 11-12, еркектерде 17-18 жылдан кейін пайда болады.
- 2. Биллиарлық гипертензия — бауырдан төмен биллиарлық түтіктерде қысымның жоғарылауы (Фатер емізігінің стенозында, Одди сфинктерінің түйілуінде, холедохта тастың тірелуінде және он екі елі ішектік гипертензиясында болатын).
- 3. Дуоденобиллиарлық рефлюкс (Одди сфинктерінің шамасыздығынан, дуоденостаздан болатын).

- 4. Алиментарлық фактор — майлы, қуырылған тағамды асыра жеу, белоктың жетіспеушілігі, витаминдердің, әсіресе А витаминінің, тапшылығы.
- 5. Вирустық инфекция (Коксаки Н, гепатиттің вирустары).
- 6. Дәрмектердің әсерлері (ұзақ қолданылған цитостатиктер, эстрогендер, нитрофурандар, қабынуға қарсы дәрмектер, тиазидтік диуретиктер, холинэстераза ингибиторлары).
- 7. Гиперлипидемиялар (ұйқыбездің паренхимасы мен тамырларына шамадан тыс май жиналуы және бос май қышқылдарының улық әсер етуі).
- 8. Гиперпаратиреоз (ұйқыбездің түтіктерінде тастар түзілуі, кейіндеу — кальцинозы).
- 9. Жедел панкреатиттің созылмалыға ауысуы.

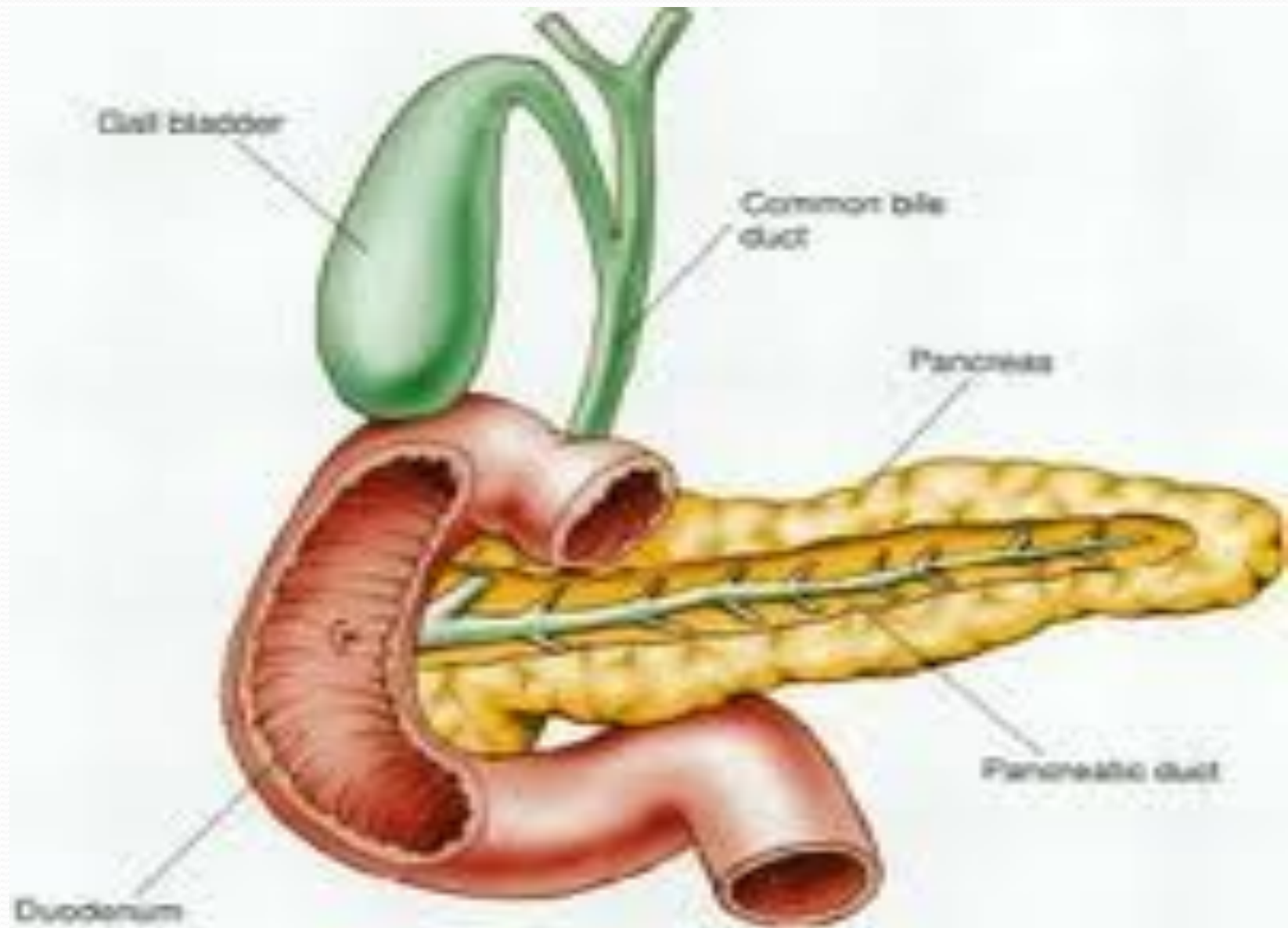


Патогенезі

Алкоголь ұйқыбездің секрециясын күрт күшейтеді және сөлінде белоктың мөлшерін арттырады. Бөлінетін сөл белокқа аса қаныққан ерітінді болғандықтан, кұрамындағы белок ұсақ түтіктерде уыз төрізді ұйып түтіктердің өтімсіздігіне әкеледі. Қысымның жоғарылауынан, түтікшелердің немесе ацинустардың базальдік мембраналары жарылады, бездің паренхимасына өткен ферменттер оны бейтараптайды. Сонымен қатар қанға "тасып" түскен ферменттердің өсерінен өзге ағзаларда жүйелі зақымданады. Бездің өз-өзін бейтараптауынан химиялық некроздар дамиды.

Бездің секрециясы негүрлым күшті болса, деструкцияның көлемі де соншалықты. Некроз ошағындағы май мен май қышқылдарының кальций тұздарын жинап алу қасиеті жүре бара ұйқыбездің кальцинозына әкеледі. Кальциноздың салдарынан түтіктердің өтімсіздігі онан сайын ауырлайды. Бір басталған процесс, осылайша әрі қарай өз бетінше өрістейді.

Қалыптыда ұйқыбездің ферменттері он екі елі ішекте ғана белсенділенеді, өйткені липазаның активациясына өт қышқылы, трипсиногеннің активациясына ішектік энтерокиназа қажет. Трипсиногеннің бейтараптау әсері, дәнекер тінді бейтараптайтын эластазаға ұқсас, өте қуатты.



● *Дуоденобиллиарлық рефлюксте ұлтабардың сөлі (құрамында өт, түрлі ферменттер, соның ішінде энтерокиназа болатын) ұйқыбездің түтіктеріне өтеді. Мұндайда ұйқыбездің ферменттері түтіктерде активацияланып, бездің паренхимасы мен түтіктерін зақымдайды. Жүре бара түтіктердің деформациясы мен стенозы қалыптасады, Фатер емізігі қабынады және тарылады. Аталмыш бұзылыстардан ұйқыбез сөлінің ағып шығуына көптеген кедергілер пайда болады.*

● *Сонымен алкоголь бездің кальцинозына, ал биллиарлық гипертензия және дуоденобиллиарлық рефлюкс обструкциялық панкреатитке әкеледі.*

Кейбір дәрмектер (нитрофурандар, кдбынуға кдрсы дәрілер мысалы, аспирин) ұйқыбезді алкоголь тәрізді стимуляциялау арқылы панкреатитті дамытуы мүмкін. Оны идиопатиялық панкреатит болғанда ескеру қажет. Жедел панкреатит 30%, сөлағуының бұзылысынан немесе кальцинааттардың түзілуінен, созылмалыға айналады.

Жіктелуі

- Патогенезі бойынша:
- Біріншілік
 - • алкогольдік;
 - • алиментарлық;
 - • токсикалық, соның ішінде дәрмектік;
 - • вирустық;
 - • идиопатиялық.
- Екіншілік
 - • холангиогенді (өт жолдарының патологиясына байланысты);
 - • он екі елі ішектің патологиясына байланысты;
 - • дистрофиялы-метаболизмдік (бауырдың созылмалы ауруларына, жаралы колитке, мальабсорбция синдромына және гипоксияға, себебі әр түрлі гипоксемияға байланысты дамидын); тамыр патологиясына байланысты;
 - • семіздікке байланысты;
 - • гельминтозға байланысты;
 - • эпидемиялық паротитке және өзге вирустық ауруларға байланысты (организмнің иммундық статусының бұзылыстарына әкелетін);



Морфологиялық белгілері бойынша:

- 1. Кальциноздаушы
- 2. Обструкциялық
- 3. Фиброзды-склероздаушы (индуратинті)
- 4. Ұйқыбездің кисталары мен псендокисталары.

Клиникалық белгілері бойынша:

- 1. Рецидивтеуші:
 - а) өрішу фазасында;
 - б) ремиссия фазасында.
- 2. Ауырсынулық:
 - а) үнемі ауырсынумен;
 - б) ұйқыбез коликасының ұстамаларымен.
- 3. Псендоісіктік:
 - а) холестазбен;
 - б) он екі елі ішек өтімділігінің бұзылысымен.
- 4. Ауырсынусыз.
- 5. Латентті.

Ұйқыбез функциясының бұзылыстары

бойынша:

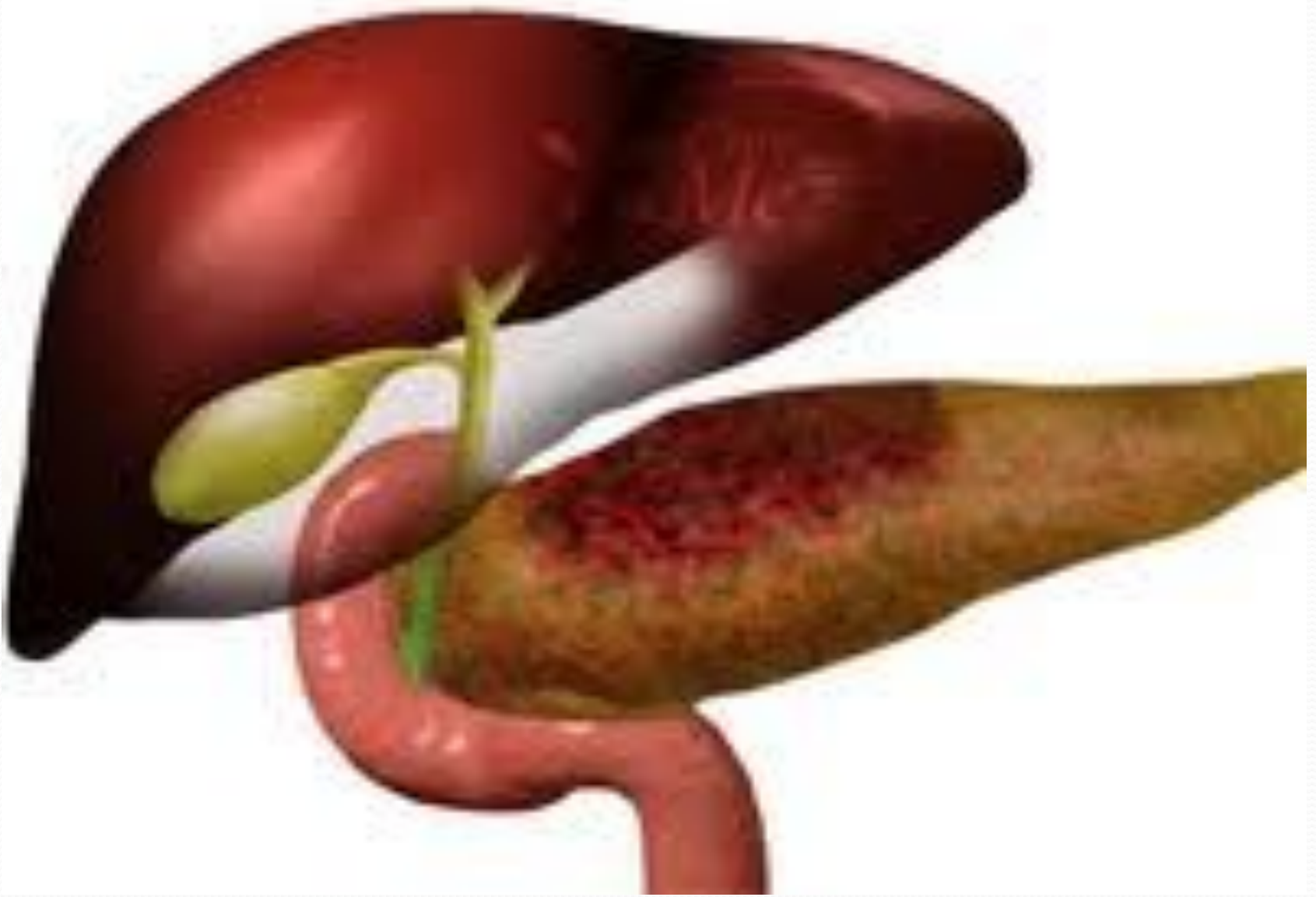
- а) экскрециялық;
- б) инкрециялық;
- в) аралас

Асқынулары:

- **1.Ерте дамидындар:** механикалық сарғаю, кисталар, псендокисталар, асқорыту жолынан қан кетуі, гепатаргия, іріндікке айналу, порталдык гипертензия, ұйқыбез түтігінің тарылуы, талақ венасының тромбозы, плеврит.
- **2.Кеш дамидындар:** стеаторея және мальабсорция мен мальдигистияның өзге көріністері, дуоденальдік стеноз, энцефалопатия, артропатиялар, артериопатиялар, жергілікті инфекциялар, ұйқыбез рагы, қантты диабет, кальциноз.

Клиникалық түрлері

- **1. Рецидивтеуші түрі** — науқастардың 55-60%-да байқалады. Бұл түрінде белде буындардағыдай қатты ауыру ұстамалары оқта-текте болып тұрады. Ауырсыну эпигастрийде немесе сол қабырғааралықта орналасады. Сонымен бірге өршу кезінде жүрек айнуы, құсу мазалайды. УДЗ-де бұл кездерде ұйқыбездің ісініп ұлғаюы анықталады.
- **2. Ауырсынулық түрі** (үнемі ауыру синдромымен). Дерттің бұл түрінде құрсақтың жоғарғы аймағы үнемі ауырады. Ауыру арқаға тарайды. Сонымен қатар диспепсиялық бұзылыстар да болады — тәбеттің төмендеуі, арықтау, іштің бір өтіп, бір қатуы, метеоризм; ұлғайып тығыздалған без кейде пальпация арқылы анықталады.



- **3. Псевдоісіктік (сарғайтатын) түрі** — науқастардың 10% болады, жиілеу ер кісілерде кездеседі. Дерттің бұл түрінде кабынып ісінген ұйқыбездің басы жалпы өт түтігін қысып, өттің өтпелі механикалық іркілісіне әкеледі. Осыдан, панкреатитке тән диспепсиялық шағымдармен бірге, өтпелі холестаз синдромы болады: сарғаю, терінің қышуы, зәр түсінің қоңырлануы, нәжістің ақшылдануы.
- **4. Латентті (ауырсынусыз).** Бұл түрде ауырсыну болмайды немесе болмашы, көріністе басты орын алатын диспепсиялық бұзылыстар - жүрек айнуы, кекіру, төбеттің төмендеуі, іштің жиі өтуі. Тексергенде — бездің экзо және эндокриндік функцияларының бұзылыстары анықталады.
- **5. Склероздаушы түрі** — созылмалы панкреатиттің ақырғы сатысы.

Лабораториялық зерттеудің нәтижелері:

- *1. Өршу кезінде лейкоцитоз, ЭТЖ-ның жоғарылауы және жедел фазалық белоктардың көбеюі байқалады.*
- *2. Қан мен несепте ұйқыбез ферменттерінің (диастазаның, липазаның) көбеюі (ферменттердің ауытқу феномені), бұл белгілер көбіне өршудің алғашқы тәуліктерінде анықталады.*

- 3. Он екі елі ішектің сөлінде — ұйқыбездік ферменттер, гидрокарбонаттар мөлшерінің, сөл көлемінің өзгерістері. Бұлардың мөлшерін секретин немесе панкреозиминмен стимуляция жасар алдында және жасағаннан кейін қайталап тексереді.
- Панкреатиттің алғашқы кезеңінде — гиперсекреция, фиброз дамыған кезде гипосекреция анықталады.
- 4. Копрограммада — стеаторея, креаторея және нәжісте трипсиннің немесе химотрипсиннің азаюы. Панкреатиттің басты белгісі — липазаның жетіспеушілігінен нәжіс құрамында нейтральдық майлардың көбеюі.
- 5. Бездің эндокриндік жетіспеушілігінде гипергликемия және гликемиялық қисықтың қос өркештелуі анықталады.

Аспаптық зерттеудің нәтижелері

- *1. Іш қуысының шолу рентгенографиясында кальцинаттар анықталуы мүмкін.*
- *2. Гипотония үстінде жүргізілген дуоденографияда (он екі елі ішек доғасының жазылуынан немесе он екі елі ішек өзегінің тарылуынан, контурының деформациясынан) ұйқыбез басының ұлғаюын анықтайды. Без денесінің ісінуін асқазан артындағы кеңістіктің ұлғаюынан байқайды. Компрессиялық дуоденографияны жасағанда кейде контрасттық заттың ұйқыбездің түтігіне өтуі анықталады.*



3. УДЗ — бездің ұлғаюы, контурының бұдырлануы, ұлпасының әркелкілігі, Эхо тығыздығы жоғары (фиброздық) ошақтар, псевдокисталар жақсы анықталады.

4.Эндоскопиялық ретроградты холангиопанкреатография (ЭРХПГ) арқылы басты түтіктің диффузды өзгерістері анықталады: тарылуы, кеңуі, қабырғаларының тегістігі жойылуы, түтік тармақтарының деформациясы.

Қажет жағдайларда, мәселен, ісіктен күдіктенгенде КТГ, ангиография, биопсия жасалынуы тиіс.

Емі

- **I. Диетотерапия.** Диетотерапияның басты мақсаты — ұйқыбездің секрециясын неғұрлым төмен деңгейде ұстау. Өршудің ауыр түрінде 2-3 күн науқасты аш ұстайды, "Боржоми", "Нарзан" тәрізді сілтілі минеральді суларды тәулігіне 6 стаканнан аз-аздан жұтқызып ішкізеді (панкреатикалық секрецияны тежеу үшін).
- Сырқаттың жағдайы дұрыстала келе диетаны біртіндеп кеңітіп, N5 диетаға көшіреді. Өршу басыла келе және ремиссия кезінде диетада белокты 130-150 г/тәул. жеткізеді (майсыз ет, балық, сүзбе, сыр есебінен), майдың мөлшері 70-80 г/тәул., көмірсулар 300-400 г/тәул. Тағамды суға пісіріп немесе бұға бұқтырып дайындайды. Тамақты аз-аздан тәулігіне 4-6 рет ішкізеді. Бұл кезде көкөністер (сәбіз, капуста, қызылша, сельдерей, салат) жағымдылығына қарай беріледі.

Созылмалы панкреатитке шалдыққандар ұйқыбездің секрециясын күшейтетін тағамдардан бас тартуы тиіс. Бұларға қолдануға болмайтын тағамдар: еттің майы, күйдірілген өсімдік майы (липазаны қажет етуінен), сүт, еттің сорпасы, өткір тағамдар, консервлер, қышқыл жемістер мен шырындар, газды сусындар. Араққа, сыраға, алкогольді сусындардың барлық түрлеріне қатаң тыйым салынады.

Этиологиялық ем

- *биллиарлық жүйенің санациясы;*
- *панкреатиттің белгілері (лейкоцитоз, ЭТЖ-ның жоғарылауы, дене қызуының көтерілуі, бездің қатты ауырсынуы) болса антибактериялық ем жүргізіледі: ампициллин 0,5 г 4 рет бұшықетке енгізіп немесе ішкізіп; эритромицин 0,25 г 4 рет; доксициклин 0,2 г бірінші күні, кейін 0,1 г күніне 1 рет.*

Патогенездік ем

Ұйқыбез секрециясын тежейтін дәрмектер:

- *антацидтер (алмагель, фосфалюгель, Бурже қоспасы, никалин т.б.) — асқазан сөлін, өт қышқышдарын байланыстыру мақсатымен;*
- *H₂-рецепторлардың блокаторлары (квamatел 20 мг вена ішіне 2 рет тамшылатып);*
- *протондық помпаның ингибиторлары (омецид);*
- *холинолитиктер (гастроцепин, хлорозил, атропин, платифиллин).*

Пайдаланылған әдебиеттер

- 1. “Қазақ Энциклопедиясы”, II-том
- 2. Джозеф М. Хендерсон. ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ. НЕВСКИЙ ДИАЛЕКТ. Перевод с английского канд. мед. наук Т. Д. Власова Санкт-Петербург-1997 год.
- 3. Хирургические болезни: Учебник / М. И. Кузин., О. С. Шкроб, Н. М. Кузин и др.; Под ред. М. И. Кузина. — 3-е издание, перераб. и доп. — М.: Медицина, 2002.