

Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті  
Шымкент медицина институты  
Акушерия және гинекология кафедрасы

# ***Жедел панкреатит және жүктілік***

**Қабылдаған: Саркулова И.С**

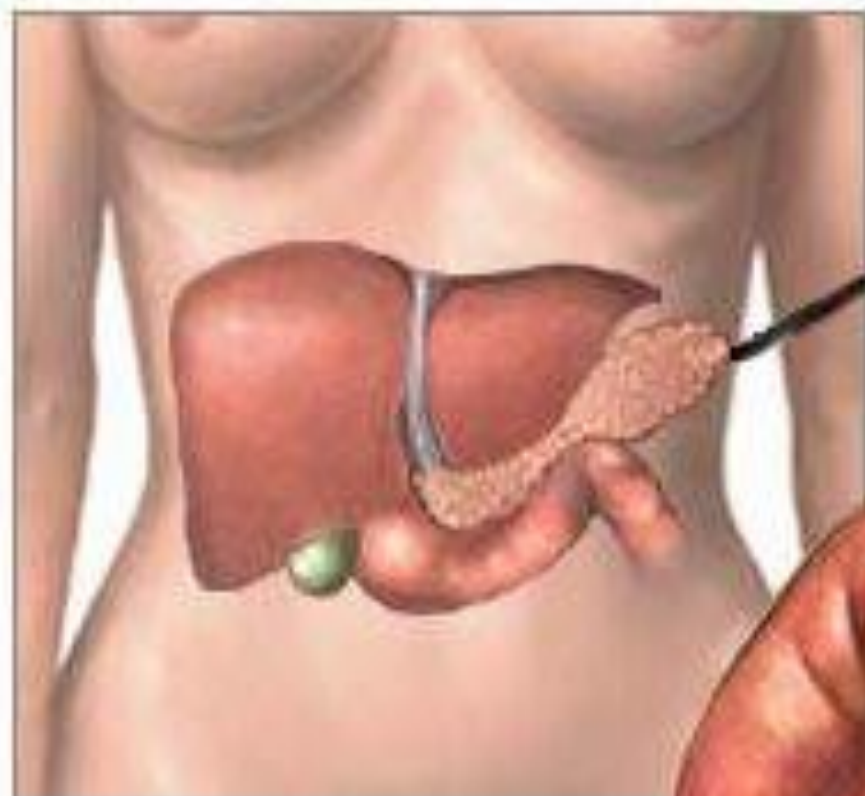
**Орындаған: Ходжабаева Х**

**Тобы: ЖТД - 731**

# Жоспар:

- Эпидемиология
- Этиология және патогенез, классификациясы
- Клиникасы
- Жүктілердегі ерекшелігі
- Диагностикасы, дифференциалды диагностикасы
- Емі
- Асқынулары
- Клиникалық жағдай
- Қорытынды
- Пайдаланылған әдебиеттер

- ▣ **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.

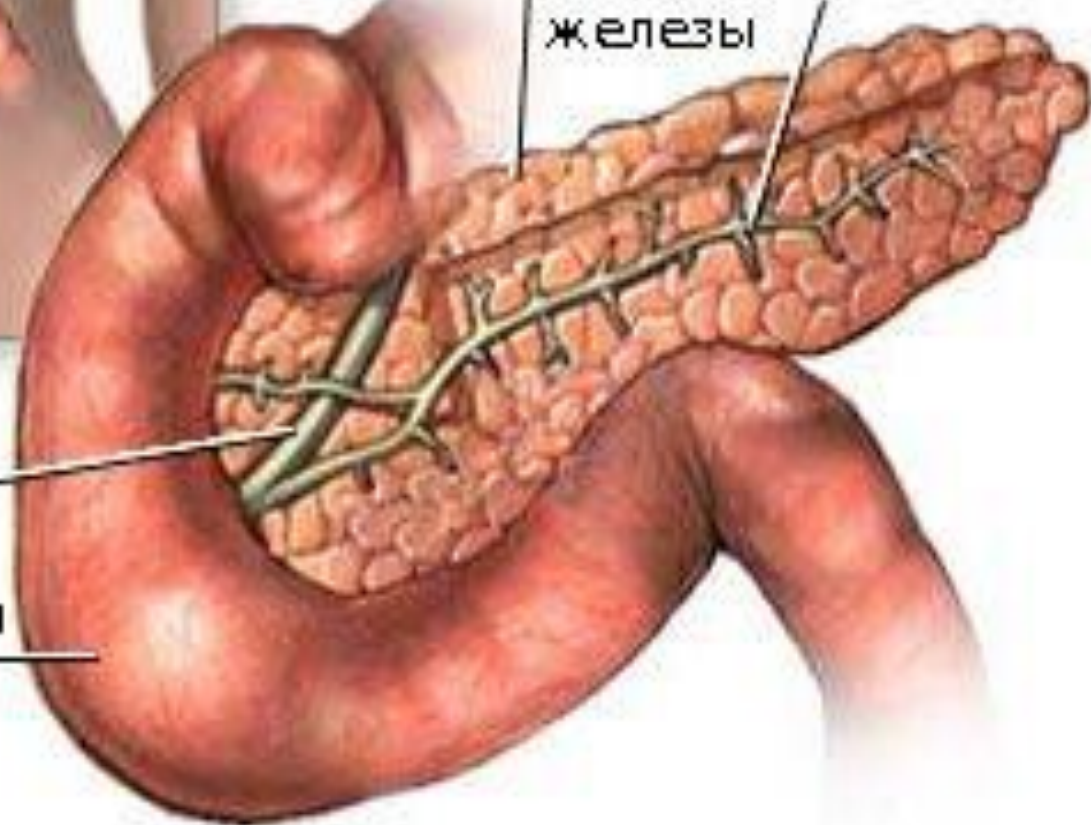


Поджелудочная  
железа

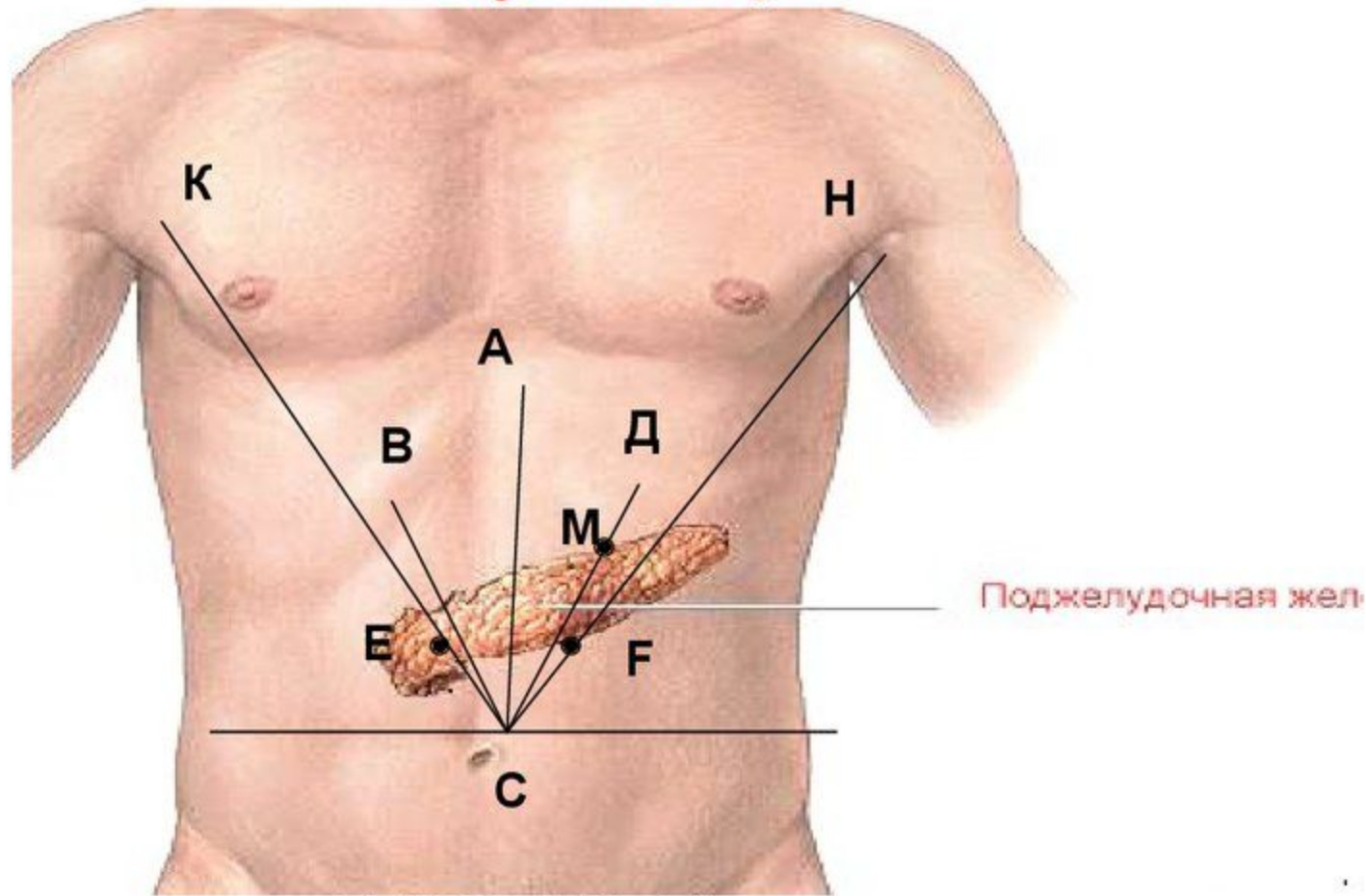
Проток поджелудочной  
железы

Желчный проток

Двенадцатиперстная  
кишка



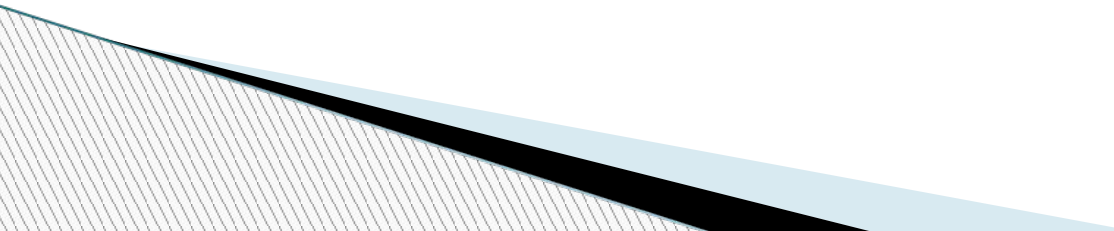
# Панкреатит кезіндегі ауру нүктелерімен аумақтары



∇ 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 сызықтар

- 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 безін қанмен қамтамасыз ететін тамырлар:
- A Gastroduodenalis, a. Hepatica communis
- A. Pancreatoduodenalis inferior, a. mesenterica superior
- A. Lienalis – көбінесе бездің денесімен құйрық жағын қамтамасыз етеді.

# Эпидемиология

- ▣ Жүкті әйелдер арасында жедел панкреатиттің таралуы- 4000 әйелден 1 ауырады. Жедел панкреатит жүктілік кезде пайда болуы мүмкін. Көбінесе гестацияның екінші бөлігінде.



- 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.

# Этиология

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.

# Этиология

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

# 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.



здоровый организм



панкреатит

## ▣ Жедел

панкреатиттің  
жіктелуі: (1978 жылы  
Свердловск  
қаласындағы V-ші  
жалпыодақтық  
хирургтар съезді  
бойынша)

1. Ұйқы безі ісігі
2. Деструктивті: а) геморрагиялық некроз  
б) майлы некроз
3. Іріңді панкреонекроз
4. Жедел холецисто-  
панкреатит

## ▣ Панкреатит

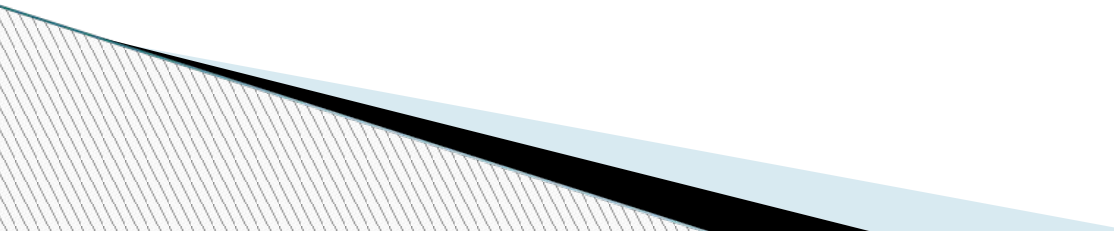
классификациясы  
(хирургтардың XXVIII  
съезді, 1965ж.)

1. Бездің  
интерстициальді тінінің  
ісінуі
2. Жедел геморрогиялық  
панкреатит
3. Жедел панкреанекроз
4. Созылмалы: Рецидивті  
және рецидивсіз
5. Кезеңдері бойынша:  
ремиссия, субремиссия,  
өршу

- ▣ **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, рс-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.



- Жедел панкреатиттің клиникалық ағымында 3 сатыны ажыратады:
    - I. ауырсыну шоғі (гемодинамикалық өзгерістер)
    - II. динамикалық илеус,
    - III. 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 Кертс 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.

# Панкреатит диагностикасындағы маңызды сынамалар:

- ✓ **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

- Жедел панкреатиттің *диагностикасында* дененің әртүрлі сұйықтықтарында ұйқы безі ферменттерінің белсенділігі (активность) маңызды роль атқарады. Әсіресе жиі болатын қандағы *амилазаның жоғарлауы (90%)*, сирек *зәр амилазасы (75%)* болады. Бірақта безде некроз болғанда амилазаның мөлшері әдеттегі қалпына дейін төмендейді.
- Амилазаның Каралея әдісі бойынша *нормасы:* қанда 3,3-8,9 мг/сек/л.  
зәрде — 44мг/сек/л.-ға дейін

# 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, H<sub>2</sub>-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 бұзылысытарын жою, белок және заталмасу процесін түзету: натрий гидрокарбонаты, плазма, альбумин және т.б.
- Интро және экстракорпаральді детоксикация: диурезді жылдамдату, лапороскопиялы перитональді диализ, плазмоферез.
- Аурудың ірінді асқынуларының алдын алу: кең спекторлі антибиотиктерді қолдану (цефалоспориндер, макролиттер пенициллин қатырының препараттары және т.б.).

▣ **Жедел панкреатит *2 бағыт бойынша өтеді:***

- асқынбаған ағым
- асқынған ауыр ағым.

Асқынған жедел панкреатиттің жиі кездесетін симптомдары: ауырсыну, құсу, паралитикалық илеус, шок, коллапс.

Ұйқы безінің некрозы 7-11 процент жағдайда кездеседі. Ауыр интоксикация, жүрек-қан тамыр жүйесінің бұзылыстары, іш қуысындағы сұйықтық, қандағы Са деңгейінің төмендеуі (майлы некроз).

▣ **Өлім** – 50 проц. кездеседі. 1-2 күні шоктан, 5-6 күні перитонитпен, интоксикациядан қайтыс болады.

▣ ***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



# Жедел панкреатит асқынулары:

## ▣ Жалпы:

- a. гемодинамикалық шок
- b. өкпенің жедел асқыну синдромы(бронхит, пневмония, плеврит)
- c. асқазан – ішектен жолдарынан қан кету
- d. сепсис
- e. екіншілік анемия
- f. уремия
- g. механикалық сарғаю
- h. алиментарлы дистрофия
- i. Тетания
- j. диабет

## ▣ Жергілікті асқынулар:

- a. Холецистопанкреатит
- b. бездің абсцесстенуі (ошақты, субтотальді, бездің тотальды некрозы)
- c. Перитонит
- d. іш астары арты флегмонасы
- e. киста (жалған, шынайы)
- f. жыланкөздер (ішкі, сыртқы) — тері мацерациясы
- g. аррозивті қан кетулер

# Клиникалық жағдай

- Жүктілік кезіндегі ұйқы безінің жіті қабынуы іш қуысы мүшелерінің аурулары арасында салыстырмалы түрде сирек кездеседі (4000 босануда 1 жағдай).
- Ұйқы безінің жіті қабынуы жүктіліктің кез келген аптасында дамуы мүмкін, бірақ салыстырмалы түрде жүктіліктің екінші жартысында жиірек байқалатындығы анықталған (әсіресе, созылмалы холециститпен ауыратын, артық дене салмағы бар әйелдерде).

- Ауру ағымы өте ауыр түрде өтеді, ол жүктілік мерзімінің ұзаруына алып келуі мүмкін. Жүкті әйелдердегі ұйқы безінің жіті қабынуы ұйқы безі өзегі өткізгіштігінің бұзылуына байланысты дамиды (фатеров емізікшесі аймағында өзектің таспен бітелуі, өт жолдарының дискинезиясы, Одди сфинктерінің қысылуы немесе тыртықтанып тарылуы және басқа да ұйқыбездік және өттік өзектердің тарылуына әкелетін бұзылыстар).

- Осы ауруға байланысты бір клиникалық жағдайды мысалға келтіреміз. Науқас Н., 1983 ж.т. Ауру тарихы №13246. Ауруханаға 10.09.15 ж. «Ұйқы безінің жіті қабынуы. Жүктіліктің 34-35 аптасы» ауру түрімен ауруханаға түсті

- Шағымдары: айқын және тұрақты сипаттағы эпига-стрий аймағындағы, сол қабырға астындағы ауру сезімі, жүрек айну, жеңілдік әкелмейтін өт аралас құсу, жалпы әлсіздік

- Ауру тарихы: ауырғанына 22 сағат болған, ауру сезімін тамақтану режимін бұзуымен байланыстырады. Жалпы жағдайы аурулық сезіміне байланысты орташа ауырлықта, есі анық, адекватты, тері жамылғылары бозарған, таза. Перифериялық лимфа түйіндері ұлғаймаған, ісіну жоқ. Тыныс алуы бірқалыпты тыныс жиілігі – 17/мин. Жүрек соғысы тұйықталған, ырғақты. АҚҚ 120/80 мм с.б. Ұрғылау симптомы екі жақта да теріс. Диурез қалыпты. Нәжісі ретті, түсі қалыпты. Жергілікті көрінісі: тілі құрғақ, ақ жабындымен қапталған. Іші жұмсақ, біркелкі, жүктілік 34-35 апталығына сәйкес ұлғайған. Пальпацияда ауру сезімі эпигастрий және сол жақ қабырға мен оң қабырға астында анықталады, Мейо-Робсон, Мерфи симптомдары оң. Іш-құрсақ тітіркену симптомы теріс. Бауыр қабырға доғасынан +1,5 см үлкейген, бауыр шеттері дөңгеленген. Көкбауыр ұлғаймаған.

- ФГДС қорытындысы: Сақталмалы беткей гастрит. Құрсақ қуысы ағзаларының УДЗ: Гепатомегалия. Бауыр тінінің диффузды өзгеруі. Өт қабында іркіліс. Өт қабының кеңеюі. Ұйқы безінің жіті қабынуы эхокарти-насы. Құрсақ қуысында және құрсақтан тыс кеңістікте аздаған мөлшерде бос сұйықтық. Портальды гипертензия белгілері.

- Жатырдың УДЗ: Жүктіліктің 34-35 аптасы. Жатыр бұлшық етінің ырғағы жоғарылаған. ЖҚА: Нв. – 90 г/л; лейкоц. –  $15,9 \cdot 10^9$  ; эр. –  $4,1 \cdot 10^{12}$ ; тромб. –  $356 \cdot 10^3$  , Ht – 32,0%. ҚБА: глюкоза – 6,0 ммоль/л, АЛТ – 17 U/l, АСТ – 39,8 U/l, жалпы билир. – 15,2 мкмоль/л, амилаза – 2509U/l.



- 11.10.15 ж. науқас жағдайының нашарлауына байланысты қарқынды емдеу бөлімшесіне ауыстырылды. Бөлімшеде жүргізілген ем шара: цефотаксим  $1,0 \times 4$  рет к/т, гентамицин  $80 \text{ мг} \times 1$  рет к/т, фраксипарин  $0,3 \times 1$  рет т/а, октра  $0,1 \times 3$  рет т/а, анальгин  $4,0 \times 3$  рет к/т, трамадол  $2,0 \times 2$  рет б/е, глюкоза 10% –  $400,0 + \text{KCl } 7,4\% - 30,0 + \text{MgSO}_4 25\% - 5,0 + \text{инсулин } 12 \text{ ед} \times 4$  рет к/т, физ. ер-ді  $500,0 \times 2$  рет к/т, промедол 2% – 20 мг б/е, липофундин  $500,0 \times 2$  рет к/т, церуллин  $2,0 \times 4$  рет к/т.

- ▣ Жүргізілген емнен кейін науқастың жағдайы біршама тұрақталып және жүргізілген зерттеу қорытындыларына сәйкес 3-күні бөлімшеге ауыстырылды. Науқасқа бөлімшеде емдеу хаттамасына сәйкес антибиотикалық, инфузионды, спазмолитикалық, антиферментті терапия жүргізілді. Құрсақ қуысы ағзаларының КТ қорытындысы (17.09.15): Ісінген ұйқы безінің қабынуы белгісі. Перипанкреатикалық клетчатка инфильтрациясы. Ұйқы безі кистасы. Гепатоме- галия. Сақталмалы холецистит. Құрсақ қуысы ағзаларының УДЗ (23.09.15): Ұйқы безі жалған кистасының эхокартинасы. Бауыр астылық кеңістікте сұйықтық іздері. Эхотығыздығы-біркелкі емес. Ұйқы безі денесі мен құйрығының алдында сұйықтықты түзіліс өлшемдері 10,8×7,9×6,8 см, көлемі 310,0 мл. Жатырдың УДЗ (17.09.15): жүктілік 35 апта, жатыр өлшемі үлкейген. Жатырда 1 ұрық. Жамбастық орналасу. Ұрықтың жүрек соғысы (+), жүрек соғысының жиілігі – минутна 138. Қозғалыс белсенділігі (+). Денесінің өлшемі 88 мм.

- Қорытынды
- Жүктілік кезіндегі ұйқы безінің жіті қабынуы және оның асқынуы ана мен құрсақтағы сәби үшін өте қауіпті. Сол себепті жүктілікті жоспарлай отырып, экстрагени- тальды ауруларды, әсіресе асқазан-ішек жолдарының ауруларын ерте анықтау мен емдеу басты назарда болуы тиіс.

# Пайдаланылған әдебиеттер:

1. <http://kazmedic.kz/archives/289>
2. [http://www.medzdrav.kz/images/magazine/medecine/2015/2015-12/M\\_12-15\\_047-048.pdf](http://www.medzdrav.kz/images/magazine/medecine/2015/2015-12/M_12-15_047-048.pdf)