

АБДОМИНАЛЬДІ АУРУЛАРДЫҢ РЕЦИДИВЫ
ҮЛКЕН АЙМАҚТА МЕЗОГАСТРИЙ, СОЛ ЖӘНЕ
ОҢ ҚАБЫРҒААСТЫЛЫҚ, ЭПИГАСТРИЙ
АУРУЛАРЫ. ПАНКРЕАТИТ.

Орындаған: Дуакасова А.Б.

Тексерген: Есиркепова А.Ж.

Топ: 612-1 топ

**Жіті
панкреатит
(ЖП)**

**Созылмалы
панкреатит**

Панкреатит



АНЫҚТАМАСЫ:

- ✓ **Жіті панкреатит (ЖП) - ұйқы безінің ісінуімен (ісінген панкреатит) немесе қабыну реакциясын беретін біріншілік асептикалық панкреонекрозбен (деструктивті панкреатит) сипатталады.**
- ✓ **Жіті деструктивті панкреатиттің ағымы кезеңмен өтеді, әр кезеңге белгілі бір клиникалық форма сәйкес келеді.**



**АХЖ-10
бойынша коды
(кодтары):**

Хаттама коды: Н-S-016
"Жіті панкреатит"
**Хирургиялық саладағы
стационарлар үшін**

К85 Жіті панкреатит

**К86 Ұйқы безінің
басқа аурулары**



Жіктемесі:

1. Жіті жеңіл
панкреатит.

2. Жіті ауыр
панкреатит:

3. Жіті ауыр
панкреатит,
асқынған.

асептикалық
панкреонекроз;

инфекцияланған
панкреонекроз

**Қауіп-қатерлі
факторлар:**

билиарлық;

токсикалық-
аллергиялық;

жанасу
(контактілік);

ангиогендік

токсикалық-
инфекциялық;

жарақаттан кейінгі;

асқынған;

криптогендік.



ДИАГНОСТИКА КРИТЕРИЛЕРІ:

Шағымдар мен анамнез: көп рет құсу, бел аймағы айнала ауыруы.

Физикалық тексеру

Қандағы амилазаның жоғарылауы, ұйқы безінің көлемінің үлкеюі және шарбылық қаптағы сұйықтықтың көбеюі. Жіті панкреатит диагнозын қоюмен қатар аурудың ауырлық дәрежесін де анықтау керек. Ауыр панкреатитті ертерек анықтау өте маңызды, себебі емнің нәтижесі негізінен емнің басталу уақытына тәуелді.

Ауыр ЖП-ке тән белгілер мынадай: перитонеалдық синдром, тұрақсыз гемодинамика, олигурия, гемоглобин 150г/л-ден жоғары, лейкоцитоз 14×10^9 /л-ден жоғары, глюкоза 10 ммоль/л-ден жоғары, мочевиная 12 ммоль/л-ден жоғары.

Осылардың ішінен ең болмаса екі белгінің болса ауыр ЖП диагнозын қоюға болады, науқасты бірден реанимация және интенсивті ем бөлімшесіне жібереді. Басқа науқастарды (ауыр емес панкреатит) хирургиялық бөлімшелерге госпитализация жасайды.

ЛАБОРАТОРЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР:

1. ҚЖА: ЭТЖ жоғарылауы, солға жылжыған лейкоцитоз.
2. ЗЖА: билирубин, α -амилазаның жоғарылауы.
3. ҚБА: α -амилаза құрамының, липаза, трипсин, γ -глобулиндер, сиал қышқылдары, серомукоидтардың көбеюі.

Инструменталдық зерттеулер: ұйқыбездің ұлғаюы және сальниктік сөмкеде сұйықтықтың көбеюі.

Мамандар консультациясы үшін көрсетімдер: эндокринолог, гастроэнтеролог консультациясы.

Дифференциалды диагноз: құрсақ қуысы ағзаларының тура проекциядағы ретгенографиясы дифференциалды диагностика жүргізуге көмектеседі (ойықжара ауруындағы перфорация, ішек түйілуі

НЕГІЗГІ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ШАРАЛАР ТІЗІМІ:

1. Жалпы қан анализі (6 параметрі).	11. Қан тобын және резус факторды анықтау.
2. Жалпы несеп анализі.	12. ЭКГ.
3. Глюкозаны анықтау.	13. Тінді гистологиялық зерттеу.
4. Қалдық азотты анықтау.	14. Микрореакция.
5. Креатининді анықтау.	15. Қанды ВИЧ-ке тексеру.
6. Жалпы белокты анықтау.	16. Анти-HBS.
7. Билирубинді анықтау.	17. Іш қуысы ағзаларын УДЗ.
8. Калий/натрийді анықтау.	18. Компьютерлік томография.
9. Диастазаны анықтау.	19. Эзофагогастродуоденоскопия.
10. Іш қуысы ағзаларына рентгеноскопия (ирригоскопия).	20. HbsAg, Anti-HCV.

ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ

Ем мақсаты: ұйқы безінің қабынуын тежеу және ұйқы безінің некротизданған тінін алып тастау.

Дәрі-дәрмекті ем

ЖП ферменттік фазасында ең тиімдісі - интенсивті консервативтік ем болып табылады.

Ауыр емес панкреатитті емдеу үшін базистік емдеу кешенін жүргізу жеткілікті:

- ашығу;
- асқазанды зондылау және ондағы сұйықтықты сорып алу (аспирация);
- жергілікті гипотермия (ішке салқын басу);
- анальгетиктер;
- спазмолитиктер;
- инфузиялық ем науқастың 1 кг дене салмағына 40 мл көлемінде күшейтілген (форсирование) диурезбен 24-48 сағат бойы жүргізіледі.

Базистік емді антисекреттік және антиферменттік еммен күшейткен тиімдірек болады.

- ✓ Базистік емнен 6 сағат ішінде нәтиже болмаса және ауыр панкреатиттің ең болмаса бір белгісі байқалса, ауыр панкреатит диагнозы қойылып, науқасты реанимация және интенсивті емдеу бөлімшесіне ауыстырады да, жіті ауыр панкреатиттің емін тағайындайды.
- ✓ Ауыр панкреатиттің интенсивті емі: емнің негізгі түрі - интенсивті консервативтік ем.
- ✓ Жоғарыда көрсетілген базистік емдеу кешені ауыр ЖП кезінде жеткілікті нәтиже бермейді, сондықтан арнайы қосымша емдік кешен тағайындалады. Соңғысының нәтижелілігі емді ерте бастаған кезде жоғары болады (ауру басталған алғашқы 12 сағат ішінде).
- ✓ Лапаротомия түріндегі хирургиялық емдеу шарасы тек хирургиялық бағыттағы асқынулар пайда болғанда, эндоскопиялық әдіспен тежеу мүмкін болмағанда ғана тағайындалады (деструктивті холецистит, асқазан-ішек жолынан қан кету, Жіті ішектік түйнекте және т.б.).

АРНАЙЫ ЕМ:

- ✓ 1. Антисекреттік ем (оптималдық мерзімі - аурудың алғашқы үш тәулігі):
 - ✓ - таңдаулы препарат - сандостатин (октреотид) 100 мкг x 3 р. тері астына;
 - ✓ - резервтегі препарат - квамател (40 мг x 2р. в/і), 5-фторурацил (5% 5 мл в/і).
- ✓ 2. Реологиялық белсенді ем (гепарин, реополиглюкин, рефортан және т. б.).
- ✓ 3. Жоғалған плазманың орнын толтыру (су-электролиттік, белоктық, т.б. азаюын орнына келтіру: жалпы алғанда дене салмағының 1 кг-на 40 мл-ден жоғары сәйкес инфузиялық заттар; коллоидтық және кристаллоидтық ерітінділер қатынасы - 1:4).
- ✓ 4. Гистопротекция:
 - ✓ - антиферменттік ем (контрикал - 50 мың бірл. аз емес, гордокс - 500 мың бірл. аз емес в/і. Оптималді мерзім - аурудың алғашқы 5 тәулігі);
 - антиоксиданттық және антигипоксантик ем.
- ✓ 5. Детоксикация.
- ✓ 6. Кең әсерді антибиотикотерапия - екі антибиотик тағайындау

ЛАПАРОСКОПИЯ КӨРСЕТКІШТЕРІ:

- перитонеалдық синдромы бар науқастар, соның ішінде іш қуысында бос сұйықтық бар екенін көрсететін УД-белгілері;
- қажет болса іш қуысының басқа ауруларымен салыстырмалы диагноз жүргізу.

Операцияға көрсеткіштер: жіті іш синдромы, парапанкреатит белгілері, секвестрлердің инфекциялануы.

Операциялық емнің негізгі әдістері - өт түтіктерінде қысымды азайту (декомпрессия) және дренаж жасау: іш қуысына, шарбы қабына, ұйқы безі жанындағы шелмайға санация және дренаж жасау - перитонеалдық лаваж жасау. Ірінді қуыстарға дренаж жасау, секвестрэктомия, ұйқы безіне резекция жасау, панкреатэктомия.

Профилактикалық шаралар: алкоголь пайдалануды тоқтату, салауатты өмір салтын жүргізу. Өт шығару жүйесінің ауруларын дер кезінде емдеу.

Әрі қарай жүргізу: физиотерапия.



НЕГІЗГІ ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕР ТІЗІМІ:

- 1. *Метронидазол таблетка 250 мг инфузияға арналған ерітінді 0,5 флаконда 100 мл
- 2. * Йод+калий хлориді+глицерин+су ерітіндісі флаконда 25 мл
- 3. *Преднизолон 5 мг, табл.
- 4. *Натрий хлориді біркомпонентті және күрделі ерітінділер инфузия және инъекция үшін
- 5. *Глюкоза инфузияға арналған ерітінді 5%, 10% флаконда 400 мл, 500 мл; ерітінді 40% ампулада 5 мл, 10 мл
- 6. *Декстран мол. масса шамамен 60000 - 400 мл
- 7. *Поливидон 400 мл, фл.
- 8. *Альбумин инфузияға арналған ерітінді флаконда 5%, 10%, 20%
- 9. *Метоклопрамид таблетка 10 мг; ерітінді ампулада 2 мл
- 10. *Неостигмин инъекцияға арналған ерітінді 0,05% ампулада 1 мл; таблетка 15 мг
- 11. *Қаннан алынатын препараттар, плазма орнына қолданылатын және парентералді қоректенуге арналған заттар
- 12. *Надропарин кальция - инъекциялық ерітіндісі 2850 МЕ анти-Ха/0,3 мл; 3800 МЕ анти-Ха/0,4 мл; 5700 МЕ анти-Ха/0,6 мл; 7600 МЕ анти-Ха/0,8 мл, 9500 МЕ анти-Ха/1,0 мл
- 13. *Фамотидин таблетка 40 мг инъекцияға арналған ерітінді 20 мг
- 14. *Фуросемид 40 мг табл.
- 15. *Аминофиллин инъекцияға арналған ерітінді 2,4% ампулада 5 мл, 10 мл



Ем тиімділігінің индикаторлары: панкреонекроз кезінде ұйқы безінің асептикалық кистасына қол жеткізу.

Госпитализациялау үшін көрсетімдер: жіті.



СОЗЫЛМАЛЫ ПАНКРЕАТИТ



Анықтамасы

Созылмалы панкреатит – диффузды немесе сегментарлы фиброзбен қосарланған, функционалды жеткіліксіздік пен этиологиялық факторлардың әсері тоқтағаннан кейін үдеумен дамиды, фокальдық некрозбен мінезделетін ұйқы безіндегі қабынулық-деструктивті процессі.



Хаттама коды: Н-Т-027 "Созылмалы панкреатит және ұйқыбездің өзге аурулары"

Терапевтикалық саладағы стационарлар үшін

АХЖ-10 бойынша коды (кодтары):

К86 Ұйқыбездің өзге аурулары

К86.0 Алкогольдік этиологиядағы созылмалы панкреатит

К86.1 Созылмалы өзге панкреатиттер

К86.2 Ұйқыбездің кистасы

К86.3 Ұйқыбездің жалған кистасы

К86.8 Ұйқыбездің өзге анықталған аурулары

1. Созылмалы
кальцилейтін.

3. Созылмалы
паренхиматозды-
фиброзды.

**Созылмалы
панкреатиннің
жіктемесі (Марсель-
Рим, 1988 ж.):**

2. Созылмалы
обструктивті.

Созылмалы панкреатиттің клиникалық-морфологиялық жіктемесі (Кузнецов В.В., Голофеевский В.Ю. 2000 ж.)

Этиология	Клиникалық мінездемесі	Морфологиялық варианты	Басым морфологиялық өзгерістер	Аяқталуы
Алкогольді	<p>А. Клиникалық варианттар: ауысынулы; диспепсиялық; латентті; бірлескен.</p> <p>Б. Функцияның өзгеруі: экзокринді функцияның бұзылуы; инкреторлы функцияның бұзылуы.</p> <p>В. Ауырлық дәрежесі: жеңіл; орташа; ауыр.</p> <p>Г. Ағым фазасы: өршу; ремиссия.</p> <p>Д. Асқынулар: ерте, кеш.</p>	Паренхим атозды	<ul style="list-style-type: none"> - Отек и воспаление; - Некроз; - Дистрофия; - Липоматоз. 	<ul style="list-style-type: none"> - Фиброз; - Кисталар; - Кальциноз; - Қатерлілену?
Билиартәуелді				
Гастродуоденальді патология		Фиброзды-склероздық	<ul style="list-style-type: none"> - Паренхима фиброзы атрофиясы; - Паренхима дистрофиясы. 	
Дәрілік				
Инфекциялық		Жалғанту морозды (гиперпластиялық)	<ul style="list-style-type: none"> - Паренхима гипертрофиясы; - Паренхима гиперплазиясы. 	
Идиопатиялық				
Ишемиялық және басқа				



Созылмалы панкреатиттің ауырлық дәрежесі

Жеңіл дәреже, сыртқы және ішкі секреторлық жеткіліксіздік болмауымен мінезделеді. Клиникалық белгілер (ауыру, диспепсия) аздап айқан. Қан мен зәрдегі панкреаттық ферменттердің белсенділігі артуы мүмкін. Асқыну жылына 1-3 рет.

Орташа ауырлық дәреже, анық клиникалық лабораторлық бұзылулармен, басқа ас қорыту ағзаларының зақымдалуымен, ұйқы безінің сыртқы және ішкі секреторлық функциясымен мінезделеді. Азу мүмкін. Жылына 4-5- рет асқынулар.

Ауыр дәреже, анық клиникалық лабораторлық көріністермен, «панкреатикалық» және панкреатогендік іш өтулермен, ақуыздық жеткіліксіздікпен, полигиповитаминозбен, үдемелі жүдеумен, ағзалар мен жүйелердің заңды зақымдануымен мінезделеді. Жылына 6-7 рет және одан көп асқынулар.

ҚАУІП-ҚАТЕРЛІ ФАКТОРЛАР:

- - Алкоголь;
- - Өт тас ауруы;
- - Метаболикалық бұзылыстар (алмасулық және гормоналдық бұзылыстар);
- -Тұқымқуалаушылық созылмалы панкреатит;
- - Алғашқы слероздайтын холангит, алғашқы биллиарлы цирроз және Шегрен синдромымен байланысты аутоиммундық панкреатит;
- - Операциялар, ұйқы безінің жарақаттары;
- - Вирустық инфекциялар;
- - Ұйқы безіндегі қанайналымның жіті бұзылыстары;
- - Аллергиялық реакциялар, уыттану әсері (бүйрек трансплантациясы кезіндегі уремия), тағамдағы антиоксиданттардың тапшылығы;
- - Гиперпаратиреоз - қандағы кальцидің артуы.



▣ **Шағымдар мен анамнез:** тамақ ішкеннен кейін пайда болатын арқа аймағына берілетін эпигастральды байламды ауру сезімі; диспепсиялық бұзылыстар: тәбеттің бұзылуы, кекіру, жүректің айнуы, құсу, метеоризм, сілекейдің көп бөлінуі. Іш қату, іш қатудың іш өтумен кезектесуі, дене салмағының азаюы, сондай-ақ, айқын астеновегетативтік көріністер.



Диагностика критерилері

- **Физикалық тексеру:**
- 1. Рецидив беретін ауырулық абдоминалды синдром (жиірек құрсақтың алдыңғы қабырғасында, арқаға берілумен, диеталық жүктемелермен, алкоголь қабылдаумен). Ойықжара тәрізді ауырулық синдром, моториканың бұзылуымен сол жақтық бүйректік шаншумен клиниканы еске түсіреді.
- Ауыру синдромы. Ішті пальпациялау кезінде келесі ауырсыну зоналары мен нүктелері анықталады:
 - - Шоффар зонасы;
 - - Губергриц-Скульский зонасы;
 - - Дежарден нүктесі;
 - - Губергриц нүктесі;
 - - Мейо-Робсон нүктесі
- 2. Дене салмағының төмендеуі (мальабсорбция синдромы).
- 3. Сыртқы секреторлық функцияның жеткіліксіздігі (стеаторея, гипокальциемия, гиповитаминоз).
- 4. Ішкі секреторлық функцияның жеткіліксіздігі (глюкозаға толеранттылықтың бұзылуы, қантты диабет).
- 5. Созылмалы фиброзды-индуративті панкреатит үшін аралық сарғыштану тән.

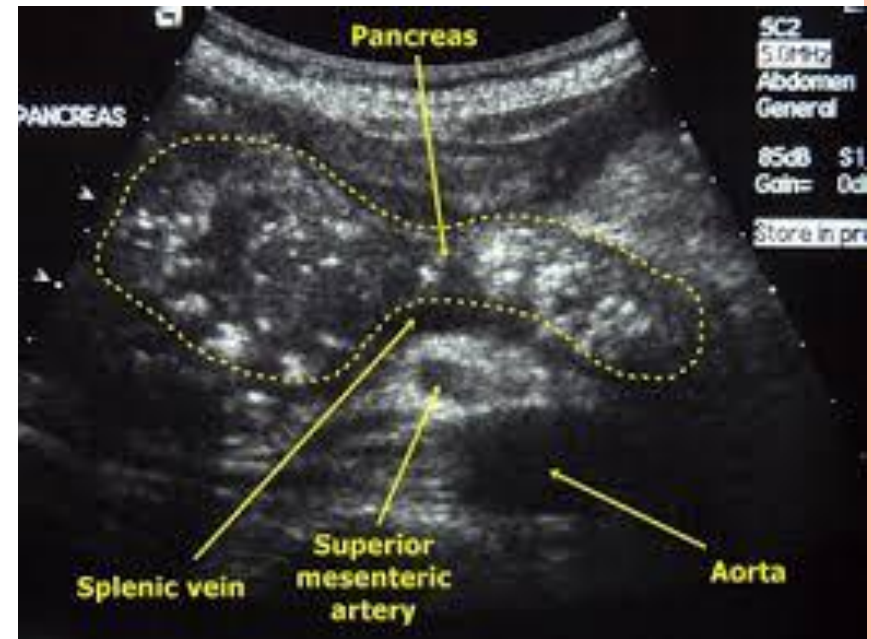


ИНСТРУМЕНТАЛДЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР:

1. Рентгенологиялық белгілер: ұйқы безінің кальцинаттары, екінші бел омыртқасы маңына жылжуы.
2. УДЗ белгілері: көлемнің, эхотығыздылық ұлғаюы, кальцинаттардың болуы, ісіктер немесе киста. Ісікке күдік болса УДЗ КТ толықтырылады.
3. Компьютерлік томография: некроз ошақтары, ұйқыбездің кисталары мен жалған кисталары. Бездің карциномасы кезінде диагностикалық тиімділік 85% жақын, әсіресе қайталамалы зерттеулерде.
4. ЭРХПГ: өзекшелердің деформациясы мен диффузды кеңеюі, дұрыс емес нақты тәрізді түрде, басты өзекшелер мен шеткі бұтақтардың тасы мен стриктураны анықтау. ЭРХПГ көрсетімдер – ҰБ карциномасына күдік, СП жалғанісіктік формасы, ауырсыну синдромы, жүдеу. Негізгі каналдың стриктурасын анықтау үшін және оның бүйірлік бұтақтарын кенейту үшін «Алтын».



- ❑ **Рис. 1.** Острый панкреатит, деструктивная форма. Увеличение размеров поджелудочной железы, нечеткость контуров, увеличение расстояния между задней стенкой желудка и поджелудочной железой.

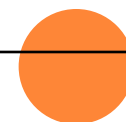


- Компьютерная томография. Инфицированный панкреонекроз. Множественные абсцессы в поджелудочной железе и окружающих тканях.



НЕГІЗГІ ЖӘНЕ ҚОСЫМША ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ШАРАЛАР ТІЗІМІ

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:	Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:
1. Зәр, қан амилазасы.	1. Зәрдің жалпы анализі.
2. Қанның жалпы анализі.	2. Қан кальциі.
3. С-рективті ақуызды анықтау.	3. Коагулограмма.
4. АЛТ мен АСТ анықтау.	4. Жүктемемен қант.
5. Жалпы билирубин мен фракцияларын анықтау.	5. Жалпы белокпен фракцияларды анықтау.
6. Сілтілік фосфатазаны анықтау.	6. Құрсақ қуысының шолулық рентген суреті (көрсетімдер бойынша).
7. ГГТП.	7. Құрсақ қуысы ағзаларының компьютерлік томографиясы (көрсетімдер бойынша).
8. Қан липазасы.	8. Ұйқы безінің биопсиясымен лапароскопия (көрсетімдер бойынша).
9. Қан глюкозасы, қанттық қисық.	
10. Копрограммаға нәжіс.	
11. Ұйқы безі, өт қабын УДЗ.	
12. Гастроэнтеролог консультациясы.	



ЛАБОРАТОРЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР

Ауыру ұстамасы кезінде – сарысу амилазасы деңгейінің артуы, лейкоцитарлы формуланың солға ығысуымен лейкоцитоз.

Өт шығару жолдарының обструкциясы кезінде – сілтілі фосфатаза , АЛТ мен билирубин деңгейінің артуы. Қан сарысуының С-реактивті ақуызының концентрациясы, панкреатит ауырлығының сенімді корсеткіштері болып табылады.

АЛТ мен АСТ айтарлықтай артуы (үшреттік) панкреатиттің билиарлы этиологиясының пайдасында.

ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОЗ

Синдромұқсас ауруларды алып тастау – СП диагностикасының маңызды кезеңі.

Синдромұқсас ауруларға жатады – гастродуоденальді ойықжаралар, ащы ішек аурулары, түбіршектік синдроммен омыртқаның төменгі бөлімінің зақымдануы, сонымен қатар асқазан, ұйқыбез, бүйрек, көлденең ішек карциномасы.

ХП пайдасына:

- алкогольден кейін немесе ас қабылдағаннан кейін пайда болатын типтік ерте немесе кеш «панкреатогендік» ауырсынулар;
- ұйқыбездің ішкісекреторлық жеткіліксіздік симптомы (полифекалия, стеаторея, дене салмағын жоғалту, ферменттік препараттармен салыстырғанда іш өтуді жеңіл түзету);
- ауру басындаға оң амилазалық тест;
- УДЗ, КТ, ЭРХПГ деректері бойынша без құрылымының және оның каналдарының өзгерістері.

ЖОСПАРЛЫ КОНСЕРВАТИВТІ ЕМГЕ КЕЛЕСІ

ШАРАЛАР КІРЕДІ:

- 1. Ауыру және төмен құрамдағы майлар мен клетчаткалар жоқ бөліктеп тамақтану. Науқасқа ішімдікті пайдалануды тоқтату.
- 2. Орын алмасулық (панкреатин 50 000-150 000 БІРЛІК*) терапия.
- 3. Антисекреторлық (Ранитидин 150-300 мг немесе Фамотидин 40-80 мг/тәу ішке) немесе протондық помпа ингибиторлары (Омепразол 40-80 мг/тәу, Пантопразол 40-80 мг/тәу, Рабепразол 40 мг/тәу).
- 4. Қантты диабетті емдеу (жеңіл пайда болатын гликемияны ескеріп, инсулинді аз дозада тағайындау қажет).
- Емханалық кезеңде емді жалғастырады: №5 Диета, сонымен қатар алмастырушылық және антисекреторлық терапия.

НЕГІЗГІ ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕР ТІЗІМІ:

1. *Панкреатин, таблетка, құрамында 4 500 БІР липаза бар капсула.
2. *Фамотидин 20 мг; 40 мг. табл.; амп.
3. *Омепразол 20 мг, табл.
4. *Рабепразол 10 мг, табл.
5. *Пантопразол 40 мг, табл.
6. *Алюминий, магний гидрототығы бар комбинирленген препараттар, 15 мл, ішке қабылдауға суспензия.
7. *Амоксициллин 500 мг, 1000 мг, табл.
8. Цефазолин 1 г, фл.



ГОСПИТАЛИЗАЦИЯЛАУ ҮШІН КӨРСЕТІМДЕР:

- Айқын ауыру синдромы және диспепсия, қан анализіндегі айқын өзгерістер, аурудың жиі рецидив беруі, амбулаторлық ем тиімсіздігі, асқынулардың пайда болуы.



□ **Біріншілік профилактика:**

- Алкоголь ішуді тоқтату;
- Салауатты өмір салтын жүргізу;
- Өт шығару жолдарының ауруларын дер кезінде медеу.

□ **Әрі қарай жүргізу, диспансерлеу принциптері:**

- СП науқастар жылына екі рет диспансерлік бақылауға жатады (қайта қарау және тексеру амбулаторлық-емханалық жағдайда).