

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПАТОЛОГИИ

**Чартаков К. доцент кафедры
патофизиологии**

**Чартакова Х.Х. старший преподаватель
кафедры эндокринологии**

**Андижанский государственный
медицинский институт**

Резюме: В статье обсуждаются морфологические изменения поджелудочной железы при крайне тяжелых формах инфекционных заболеваний, приведших к летальному исходу, а также при некоторых общесоматических заболеваниях, с которыми больные поступали в отделение реанимации и интенсивной терапии инфекционного стационара) Анализу подвергнуты истории болезни и протоколы патолого-анатомического вскрытия - 91 летальный случай за период с 1998 по 2023 годы. разнообразны по степени выраженности и проявлениям, более заметны при гепатопатологии, хотя и не имели четкой связи с нозологией.

Ключевые слова: инфекционные болезни, поджелудочная железа, нозология.

Anotation: The article presents the morphological changes of pancreas in severe infectious diseases resulted in fatalities, as well as in some general somatic diseases of patients admitted to intensive care units of the infectious diseases hospital.) 71 fatality case histories and the autopsy reports were thoroughly analyzed within the period from 1992 to 2003 It has been shown that the morphological changes in pancreas are various in severity and manifestations, the

former being more evident in hepatic pathology, even though they were not closely associated with the nosology.

Keywords: infectious diseases, pancreas, nosology.

В клинической картине инфекционных заболеваний, особенно при крайне тяжелых формах, нередко наблюдается разной степени выраженности патологический процесс, локализующийся в поджелудочной железе [1, 2, 3, 4]. Тесная функциональная связь этого органа с печенью, желудочно-кишечным трактом, жизнеобеспечением организма в целом не всегда учитывается в результатах необходимого клинического мониторинга. Однако угроза её возможного интенсивного или умеренного поражения в ряде случаев требует не только слежения и регулирования углеводного обмена, но и стабилизации неуправляемых протеолитических процессов, в том числе и в самой поджелудочной железе.) Чаще медикаментозная коррекция заключается в применении в схемах интенсивной терапии тяжелых инфекционных заболеваний ингибиторов протеолиза и регулируемого использования препаратов инсулина на фоне активной дезинтоксикационной терапии. Представлялось важным оценить степень вовлечения поджелудочной железы в патологический процесс как при тяжелых формах инфекционных заболеваний, так и при некоторых случаях обще-соматической патологии, закончившихся летальным исходом в отделении реанимации и интенсивной терапии инфекционного стационара. В настоящей работе приводятся результаты клинико-морфологического анализа 71 летального случая у больных в возрасте от 18 до 71 года, умерших за последние 12 лет (1992-2003г.г.) в инфекционном стационаре. Наиболее яркие и разнообразные морфологические изменения отмечены в поджелудочной железе при различных поражениях печени, циррозы печени вирусной и смешанной этиологии), ставших причиной смерти у 33(46,4%) пациентов. Эти изменения были разной степени выраженности, состояли из отёка стромы,

междолькового и внутريدолькового склероза, липоматоза (рис. 2) с очагами жирового некроза (рис.3), перифокальных кровоизлияний. Вероятно, широкая гамма морфологических изменений в поджелудочной железе при гепатопатологии была обусловлена взаимоотношениями влиянием эндотоксикоза, обусловленного гепатитами (циррозами), в 3-х случаях аутопсий при наличии сопутствующего диабета каких-либо особенностей в морфологии островкового аппарата (Лангерганса) обнаружено не было, хотя в процессе лечения проводилась активная коррекция уровня глюкозы в связи с гипергликемией. Важно отметить, что при наличии морфологических изменений в поджелудочной железе, по данным, приведенным в историях болезни, не выявлено клинических признаков, свидетельствующих в пользу панкреатита. Клинически ни в одном из этих случаев не отмечено значительных нарушений углеводного обмена, повышения активности органоспецифических ферментов (амилаза крови, диастаза мочи). Изменения в поджелудочной железе при менингитах, менингоэнцефалитах не имели специфического характера и проявлялись в виде полнокровия или уплотнения органа, рассеянных жировых некрозов.) При опухолях печени первичного и метастатического генеза выявлены полнокровие поджелудочной железы и явления застоя в протоках железы с очаговым междольковым склерозом.) При остальной соматической патологии наблюдались явления полнокровия, очаги липоматоза и междолькового склероза.) Таким образом, морфологические изменения поджелудочной железы среди анализируемой патологии были разнообразными по проявлениям, наиболее заметными при гепатопатологии, что было обусловлено вовлечением этого органа в патологический процесс ввиду региональной и функциональной их взаимосвязи. В остальных случаях изменения были обусловлены влиянием эндотоксикоза и не имели четкой связи с нозологией. Полагаем, что для более углубленного исследования

необходимо использование гистохимических и цитофотометрических методик.

Литература

- 1). Подымова С.Д. Болезни печени: Руководство для врачей. Медицина, 1998. 704 с.
- 2). Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей / Под ред. В.Т. Ивашкина. -М.: ООО «Издат. дом «М- Вести», 2002. 416 с.
- 3). Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей Практич. руководство: пер. с англ./ Под ред. З.Г. Апросиной, Н.А. Мухина. М.: Гэотар Медицина, 1999. - 864 с
- 4). Kuntz E., Kuntz H-D. Hepatology.Principles and Practice. Springer- Verlag Berlin Heidelberg New York, 2002. - 825 p.