

**Семиотика и
синдромология
болезней
поджелудочной
железы.**

ЖАЛОБЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЖ

ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ:

• Боли в животе

• Диспепсические жалобы:

**отрыжка, изжога, тошнота, рвота,
метеоризм, нарушение стула**

А) БОЛИ : ЛОКАЛИЗАЦИЯ И ИРРАДИАЦИЯ

При остром панкреатите - в верхней половине живота, в эпигастральной области или в левом подреберье, носят опоясывающий характер.

При раке головки поджелудочной железы боли локализируются в правом подреберье, иррадиируя в спину. При прорастании опухоли в тело и хвост pancreas боли охватывают всю поджелудочную область, левое подреберье и могут иметь опоясывающий характер. Они усиливаются при положении больного на спине вследствие давления опухоли на солнечное сплетение.

ХАРАКТЕР И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ - боли ноющего характера - при *хроническом панкреатите*, Приступообразные боли через 3-4 часа после приема жирной пищи при *калькулезном панкреатите*. Острые боли отмечаются при *остром панкреатите*. Возникают внезапно и продолжаются от нескольких часов до нескольких дней и даже недель. Очень интенсивные и продолжительные боли наблюдаются также при *опухолях поджелудочной железы*.

ЧТО ПРОВОЦИРУЕТ БОЛЬ: - *Качество пищи - жирная, высоко-калорийная пища, прием алкогольных напитков. Приступ желчной колики, травма ПЖ.*

ЧТО КУПИРУЕТ ИЛИ УМЕНЬШАЕТ БОЛЬ: - *холод, голод и покой, коленно-локтевое положение или сидя с наклоном вперед.*

Дополнительные жалобы

- Б) Ситофобия - боязнь спровоцировать боль и диспептические явления,**
 - В) Значительная потеря в весе,**
 - Г) Снижение аппетита, анорексия,**
 - Д) Метеоризм,**
 - Е) Поносы с обильным жидким блестящим (“жировой стул”) и зловонным калом,**
 - Ж) Слабость, чувство голода, тремор.**
- Прогрессирующая *ЖЕЛТУХА* темно-бурой или зеленоватой окраски, резкий кожный зуд и геморрагии характерны для рака головки поджелудочной железы, фатерова соска, псевдотуморозного панкреатита.**

Желтуха механического типа, прогрессирующая, темно-бурой, зеленоватой окраски, сопровождающаяся резким кожным зудом и геморрагиями, характерна для рака головки поджелудочной железы, так как опухоль сдавливает проходящий в ней конечный отрезок общего желчного протока, препятствуя оттоку желчи. Желтуха может появляться также при склерозе головки поджелудочной железы как следствие хронического панкреатита.

ЖАЛОБЫ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА

**Слабость,
снижение трудоспособности,
быстрая утомляемость,
повышение температуры тела.**

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

НАЧАЛО БОЛЕЗНИ: Острое, Постепенное

ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ: Волнообразное, рецидивирующее либо с постоянными болями, При присоединение желтухи можно думать об опухоли головки ПЖ.

ПРИЧИНЫ ОБОСТРЕНИЯ: - погрешности в еде, злоупотребление алкоголя, холецистит.

ИЗМЕНЕНИЕ ХАРАКТЕРА БОЛЕЙ, течения заболевания

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

ХАРАКТЕР ПИТАНИЯ: преобладание жирной пищи, дефицит белка в диете,

ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ: злоупотребление алкоголем.

ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: заболевания желчевыводящих путей ; Ж и ДПК, эпидемический паротит, вирусный гепатит В; Обменные и гормональные нарушения веществ (гиперпаратиреоз); травмы ПЖ.

Осмотр

Общий осмотр: Питание понижено, кожа сухая, неэластичная, грязно-серая. Наличие пигментации на коже лица и конечностей.

Осмотр языка – язык сухой, обложенный, трещины и изъязвления в уголках рта, афтозный стоматит.

Осмотр живота - метеоризм, обусловленный внешнесекреторной недостаточностью ПЖ, вторичным дисбактериозом. В области живота, на груди и реже - на спине - четко ограниченные ярко-красные элементы, возвышающиеся над поверхностью кожи - *симптом “красных капелек”*.

- **Фиолетовые пятна на лице и туловище – симптом Мондора**
- **Цианоз вокруг пупка – симптом Куллена**
- **Цианоз боковых стенок живота – симптом Холстеда, симптом Грея -Тернера**
- ***Атрофия подкожной жировой клетчатки в эпигастрии - в зоне, соответствующей проекции ПЖ на переднюю брюшную стенку - симптом Гротта.***

ПАЛЬПАЦИЯ

При остром панкреатите - болезненность и напряжение мышц брюшного пресса в подложечной области или в месте проекции поджелудочной железы (симптом *Керте*).

При *хроническом панкреатите и опухоли поджелудочной железы* ПЖ пальпируется в виде плотного, неровного и слегка болезненного тяжа.

БОЛЕЗНЕННЫЕ ТОЧКИ И ЗОНЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХР. ПАНКРЕАТИТА

ТОЧКА ДЕЖАРДЕНА расположена на линии, соединяющей пупок с правой подмышечной линией на 6 см от пупка.

Холедохопанкреатическая ЗОНА ШОФФАРА
ограничивается перпендикуляром из точки Дежердена на срединную линию

соответствуют локализации головки ПЖ. Болевая зона *Губергрица-Скульского*, симметрично зоне Шоффара, болевая *точка Губергрица*, симметрична точке Дежердена. Они отражают вовлечение в патологический процесс тела ПЖ.

При поражении хвоста ПЖ определяется болезненность в левом реберно-позвоночном углу - *симптом Мейо-Робсона* и болезненная *точка Мейо-Робсона*, которая расположена на линии, соединяющей пупок с левой подмышечной линией на $1/3$ от реберной дуги и $2/3$ от пупка.

Зона кожной гиперестезии в зоне иннервации 8-10 го грудного сегмента слева (*симптом Кача*) - *ирритативный симптом (ПОСТОЯННЫЙ при ср pancreas, встречается при воспалительных процессах в теле и хвосте)*.

4.3. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

4.3.1 Лабораторные исследования

- Общий анализ крови- увеличение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево,
- Диспротеинемия, положительные острофазовые тесты, например, С-реактивный протеин – в крови при обострение хронического панкреатита.
- Повышение активности амилазы в крови (диагностическое значение для ХП имеет пятикратное увеличение данного показателя) и моче, трипсин, липаза и ингибитора трипсина в крови при обострении ХП
- Увеличение в сыворотке крови билирубина, трансаминаз (АлАт, АсАТ), щелочной фосфотазы и ГГТП при наличии препятствия в области большого дуоденального соска или сдавления дистального отдела общего желчного протока уплотненной и сдавленной головки ПЖ.
- Изменения протеинограммы и уровня кальция в крови при хроническом калькулезном холецистите.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Изменение показателей секреции (ферментов, гидрокарбонатов, объема сока) при исследовании сока ПЖ до и после стимуляции секретинном и панкреозимином.
- Исследования копрограммы: при внешнесекреторной недостаточности преобладает стеаторея, по мере прогрессирования присоединяются креаторея и амилорея
- Гипергликемия натощак и в течение суток; при проведении теста толерантности к углеводам выявляются нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Обзорная рентгенограмма брюшной полости (кальцинаты в проекции ПЖ)**
- **ФГДС с осмотром фатерова соска (исключает дуоденит)**
- **Компьютерная томография (КТ) позволяет выявить увеличение или уменьшение ее размеров, диффузное неравномерное накопление изотопа в ткани железы.**
- **УЗИ дает информацию о форме, величине, эхоструктуре ПЖ**
- **Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография выявляет изменения протоковой системы ПЖ и билиарной системы с целью определения локализации стенозов и обструктивных процессов.**

СИНДРОМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЖ

ДВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ

Включает в себя кластеры симптомов, патогенетически связанных с воспалительным отеком ПЖ, аутолизом ткани поджелудочной железы и резорбцией панкреатических ферментов. К ним относятся:

- боли (болевого паттерн)
- кластер симптомов панкреатической диспепсии
- клинические и лабораторные симптомы острой фазы воспаления (кластер симптомов воспалительной интоксикации)
- подпеченочная желтуха (кластер симптомов подпеченочного холестаза)

СИНДРОМ НАРУШЕНИЯ ВНЕШЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПЖ

паттерн симптомов панкреатической гиперферментемии и гиперамилазурии

СИНДРОМ НАРУШЕНИЯ ИНКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПЖ

ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ

Развивается вследствие серозного воспаления ПЖ, гибели ацинозных клеток и разрастания соединительной ткани. Клинически легко подразделяется на:

Паттерн боли

Возникает в результате:

- растяжение протоков поджелудочной железы при повышении в них давления;
- воздействие воспалительного процесса на рецепторный аппарат железы;
- ишемия ткани ПЖ вследствие отека или фиброза.

Боль появляется достаточно рано. При локализации воспалительного процесса в области головки ПЖ боли ощущаются в эпигастрии преимущественно справа, в правом подреберье, иррадиируют в область VI-XI грудных позвонков. При пальпации определяется болезненная точка Дежердена. При вовлечении в воспалительный процесс тела ПЖ боли локализуются в эпигастрии и при пальпации возникает болезненность в т. Мейо-Робсона-I. При поражении хвоста ПЖ - в левом подреберье, с иррадиацией в спину, определяется болезненность в т. Губергрица, т. Мейо -Робсона-II

При тотальном поражении ПЖ боль локализуется во всей верхней половине живота и носит опоясывающий характер.

Боль усиливается в положении лежа на спине, после приема жирной и жареной пищи, желчегонных средств. Боль ослабевает в положении сидя, особенно при небольшом наклоне вперед. Голод, антациды, спазмолитики, М-холинолитики уменьшают боль (снимается спазм сфинктера Одди, нормализуется тонус двенадцатиперстной кишки).

ПАНКРЕАТИЧЕСКАЯ ДИСПЕПСИЯ

Сочетается (патогенетически связана) с синдромом внешнесекреторной недостаточности ПЖ. Достаточно характерна для ХП, особенно часто выражена при обострении или тяжелом течение заболевания. Диспептический синдром проявляется повышенным слюноотделением, отрыжкой воздухом или съеденной пищей, тошнотой, рвотой, потерей аппетита, отвращение к жирной пище, вздутием живота. Больные часто испытывают тошноту. Она бывает постоянной и мучительной, может быть связана с приемом или характером пищи. Боясь тошноты, больные значительно сокращают прием пищи или даже отказываются от еды. Наряду с тошнотой у части больных наблюдается рвота, обычно не приносящая облегчения.

В фазе обострения больные жалуются на снижения аппетита. Значительное снижение аппетита, вплоть до отвращения к пище, отмечается при тяжелом течении заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ СИМПТОМЫ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ

-Слабость, снижение аппетита тошнота, лихорадка, артралгия

-Увеличение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево,

диспротеинемия, положительные острофазовые тесты, например, С-реактивный протеин – в крови

ПОДПЕЧЕНОЧНАЯ ЖЕЛТУХА

Обусловлен отеком головки поджелудочной железы, увеличением железы (см в синдромах заболевания печени).

ПАНКРЕАТИЧЕСКАЯ ГИПЕРФЕРМЕНТЕМИЯ И ГИПЕРАМИЛАЗУРИЯ

Специфический лабораторный признак воспалительно-деструктивногосиндрома. Вследствие препятствия оттоку панкреатического сока и усиленной секреторной деятельности ацинарных желез происходит разрыв базальной мембраны ацинарных клеток с выходом в окружающую ткань ферментов. В крови и моче повышается уровень диастазы (амилазы).

Синдром нарушения внешней секреции

возникает вследствие уменьшения кол-ва панкреатического сока, липазы, амилазы, трипсина. Причины: острые и хронические панкреатиты, сдавление протока железы, рак, неврогенное торможение ф-ии ПЖ, отравление атропином. Клинически синдром нарушения внешней секреции поджелудочной железы проявляется *синдромами мальдигестии и мальабсорбции.*

2. Синдром панкреатической диспепсии:

Общий энтеральный синдром в сочетании с выраженной слабостью, снижением аппетита, тошнотой, лихорадкой, артралгиями.

Копрологически - стеаторея, (в меньшей степени – креаторея и амилорея.

Синдром нарушения внутренней секреции ПЖ

Развивается вследствие нарушения инкреторной функции ПЖ.

Причины возникновения: рак ПЖ, туберкулез или сифилис, острый и хронический панкреатит,

Клинически проявляется:

- 1. Сахарным диабетом (слабостью, жаждой, повышением аппетита, снижением массы тела).**
- 2. Нарушением толерантности к глюкозе.**
- 3. Снижением секреции железой инсулина и глюкагона.**

ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ – хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание поджелудочной железы, вызывающее при прогрессировании патологического процесса нарушение проходимости ее протоков, склероз паренхимы и значительное нарушение экзо- и эндокринной функций.

Основные синдромы:

1. Воспалительно-деструктивный синдром
2. Синдром нарушения внешнесекреторной функции
3. Синдром нарушения инкреторной функции