**Синдром панкреатической боли**

ПРИЧИНЫ:

1)растяжение капсулы поджелудочной железы

2)повышение давления в протоках (обструкция и стеноз)

3)раздражение париетального листка брюшины, покрывающего поджелудочную железу.

Клиника:

На фоне общетоксических симптомов (высокой температуры, озноба, слабости) определяются резкая болезненность в области промежности и половых губ, затруднения мочеиспускания, болезненность при акте дефекации.

СИМПТОМЫ:

1)боль в подложечной области, иррадиирует в левое подреберье, в спину, в межлопаточное пространство, в левую лопатку, реже в правое подреберье, как при желчной колике;

2)постоянные без ритма, без типичных зависимостей;

3)сопровождаются тошнотой и рвотой при остром панкреатите/некрозе;

4)часто сопровождается коллапсом, может вызвать шок, длится непрерывно в течение нескольких дней при хроническом панкреатите;

5)боль умеренная в течение нескольких часов при раке поджелудочной железы;

6)постоянная, прогрессирующая, вынуждающая больного принимать облегчающее положение с наклоном кпереди при раке головки поджелудочной железы (при раке головки поджелудочной железы нередко наблюдается синдром подпеченочной желтухи).

При пальпации живота определяются следующие болезненные зоны и точки (рис. 4.6):

• зона Шоффара — область проекции головки поджелудочной железы.

• зона Губергрица-Скулъского — аналогична зоне Шоффара, но расположена слева. Болезненность в этой зоне характерна для локализации воспаления в области тела поджелудочной железы;

• точка Дежардена — расположена на 5-6 см выше пупка по линии, соединяющей пупок с правой подмышечной впадиной.

Болезненность в этой точке характерна для локализации воспаления в области головки поджелудочной железы;

• точка Губергрица (Кача)— аналогична точке Дежардена, но расположена слева. Болезненность в этой точке наблюдается при воспалении хвоста поджелудочной железы; • точка Мейо-Робсона — расположена на границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок и середину левой реберной дуги. Болезненность в этой точке характерна для воспаления хвоста поджелудочной железы;

• область реберно-позвоночного угла слева — при воспалении тела и хвоста поджелудочной железы.

• левосторонний френикус симптом — боль при надавливании между ножками грудиноключично-сосцевидной мышцы у прикрепления к медиальному краю ключицы.

**Недостаточность внешнесекреторной функции поджелудочной железы**

ПРИЧИНЫ:

• Острый и хронический панкреатит.

• Опухоли поджелудочной железы.

• Муковисцидоз.

СИМПТОМЫ:

1)Жирные, зловонные поносы. Жирный стул с желтоватым, блестящим оттенком, «плохосмываемый, Вздутие, урчание, кишечные колики. Прогрессирующее похудание (нелеченые больные).

2)Лабораторные данные - большое количество светлого гнилостного кала с высоким содержанием жира (стеаторея)и непереваренных кишечных волокон (креаторея), крахмала (амилорея).

3)Снижение уровня панкреатических ферментов в дуоденальном содержимом.

**Синдром нарушения инкреторной функции поджелудочной железы**.

Развивается вследствие эндокринной функции поджелудочной железы.

ПРИЧИНЫ:

заболевания поджелудочной железы, опухолевые, аутоиммунные процессы, приводящие к дисфункции тканей и клеток, вырабатывающих гормональные субстанции.

В островках Лангерганса (преимущественно в хвосте) различают несколько видов клеток, вырабатывающих гормоны: альфа клетки – глюкагон; бета клетки – инсулин; сигма клетки – соматостатин. Кроме того, клетки, продуцирующие субстанции, влияющие на функционирование желудочно-кишечного тракта: вазоактивный интестинальный пептид, гастроинтестеральный пептид, гастрин и т.д.

СИМПТОМЫ:

обусловлены нарушением выработки тех или иных гормонов.

Наиболее часто, нарушение углеводного обмена, вплоть до развития сахарного диабета.

**Синдром желудочной панкреатической диспепсии:**

Сочетается (патогенетически связан)с синдромом внешнесекреторной недостаточности ПЖ. Достаточно характерен для ХП, особенно часто выражен при обострении или тяжелом течение заболевания. Диспепсический 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.

Некоторые симптомы, характеризующие поражение поджелудочной железы

• Симптом Ниднера — при пальпации всей ладонью хорошо определяется пульсация аорты в левом подреберье из-за давления на неѐ ПЖ.

• Симптом Воскресенского — отсутствие пульсации брюшной аорты. Этот симитом неблагоприятен, так как свидетельствует о значительном увеличении ПЖ, которая «прикрывает» аорту.

• У многих больных определяется положительный признак Грота — атрофия поджелудочной жировой клетчатки в области проекции поджелудочной железы на переднюю брюшную стенку.

• Может отмечаться симптом «красных капелек» (симптом Тужилина)— наличие красных пятнышек на коже живота, груди, спины, а также коричневатая окраска кожи над областью поджелудочной железы.

• Симптом Фитца — «выбухание» эпигастрия вследствие дуоденостеноза.

• Синдром Эдельманна — кахексия, фолликулярный гиперкератоз, истончение кожи, еѐ диффузная сероватая пигментация, паралич глазных мышц, вестибулярные расстройства, полиневриты, изменения психики.

• Синдром Бартельхеймера — пигментация кожи над областью ПЖ