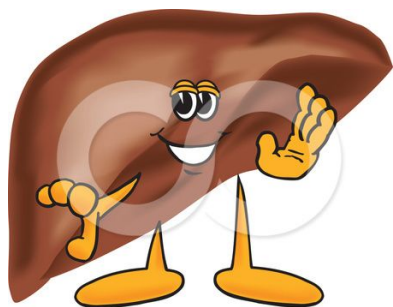


ҚАРАҒАНДЫ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

Жұқпалы аурулар курсымен №1 ішкі аурулар кафедрасы

Бауыр мен ұйқы безі ауруларының синдромдары.
Сұрау, қарау, пальпация және перкуссия.



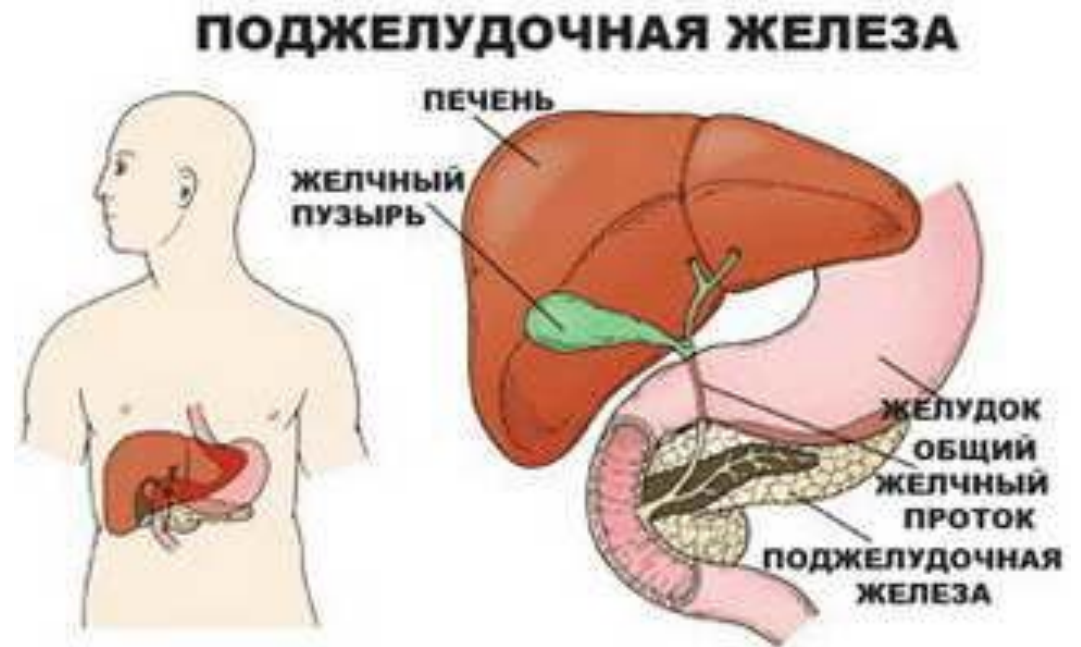
Орындаған: Қазақбай Б, Мәлікова Б,
3003 стом

Тексерген: Курмангалиева А.С

Қарағанды 2015

Жоспар

- Бауыр аурулары кезіндегі сұрау, қарау
- Бауырға перкуссия, пальпация жүргізу
- Бауыр ауруларының синдромдары
- Сарғаю синдромы
- Портальды гипертензия синдромы
- Гиперспленизм және цитолиздік синдром
- Ұйқы безін тексеру, пальпация және перкуссия
- Ұйқы безі ауруларының синдромдары
- Ұйқы безінің зақымдануының синдромдары
- Ұйқы безінің ауырсыну синдромы
- Өткір іш синдромы
- Ұйқы безінің сыртқы сұйығының жетіспеушілік синдромы



Тексеру. Сұрастыру



Бауыр ауруларына келесі шағымдар тән:

- Жалпы шағымдар: тәбеттің болмауы, шаршағыштық, ашуланғыштық, бас аурулары, еркектің қауқарының әлсіреуі және либидо, етеккір циклінің бұзылуы.
- Терінің азаптаушы қышымасы, түнде асқынып, науқастың ұйқысын бұзады.
- Сарғаю
- Қанның құсықта немесе нәжісте пайда болуы(яғни, мелена)
- Іштің көлемінің өзгеруі және сонымен байланысты дене салмағының көбеюі

Жалпы шағымдар: әлсіздік, ашуланшақтық пен бас ауруларының пайда болуы интоксикациямен, бауырдың негізгі қызметтерінің бұзылуымен, әдетте ОЖЖ жұмысының бұзылысына байланысты. Интоксикация күшеюі кезінде бұл белгілер айқындала түседі, ұйқының бұзылуы қосылады, кейін естен таңу байқалады.

Қан кетулер: құсық массасында таза қанның болуы өңештен варикозды кеңейген көктамырларынан қан кетуді көрсетеді немесе қақпа көктамырында қан ұюымен болатын гипертензия белгісі ретінде болатын эрозиялы гастриттің болуына айқындайды. Нәжісте алқызыл қанның болуының шығу тегі де сол және қара май тәрізді нәжіс (мелена)

Ауырсыну сезімі: әдетте ауырсыну сезімі оң жақ қабырға астындағы ауырлық пен қысым ретінде сипаттайды. Ауырсыну сезімі бауырды астарлап жатқан ішперденің тітіркенуінен болуы мүмкін, мысалы перигепатитте (мысалы, бауыр абсцесі немесе ісігімен байланысты). Олар қарқынды сипатта болады, жоғары қарай үдейді, оң жақ қабырғаны пальпациялағанда күшейеді. Бауыр капсуласының созылуы (гепатомегалия), сонымен бірге ауыру синдромының пайда болуына әсер етеді.

Тері қышымасы: бұл белгі холестазбен жүретін бауыр ауруларының әдеттегі көрінісі. Тері қышымасының соңғы деңгейін (ауыр, түнде күшейеді, науқасты ұйқысының айыратын, жиі жұқпалы тері қотырлары) жиі сарғаюмен жалғасатын өт жолдарының бауыр ішілік немесе бауырдан тыс бітелуі кезінде байқалады.

Жалпы қарау

Жалпы қарау барысында зорығуға аса көңіл бөлген жөн, әсіресе асқынған цирроз немесе бауыр ісігі кезінде, бұл кезде болатын жалпы дене салмағының төмендеуі, асцит есебінен болатын іштің ісінуімен жүреді. Ұзақ уақыт бауыр циррозы кезінде әр түрлі себепті саусақ басы фалангтерінің өзгерісі “барабан таяқшалары” байқалады.

Бауыр белгілері үлкен және кіші болып келеді

Кіші белгілері: телеангиэктазиялар мен тамырлық жұлдызшалар, пальмарлы эритрема, теріде парехиялар мен экхимоздардың пайда болуымен жүретін геморрагиялық синдром, мұрын мен ауыз қуысының шырышты қабаттарының қанталауы, ксантомдар мен ксантелазмалар, гинекомастия және бауырдың алкогольды ауруларына тән басқа да белгілер

Үлкен белгілері: оған сарғаю және гепатомегалия жатады, олар үлкен бауыр синдромдары – порталды гипертензия, бауыр-жасушалық жетіспеушілік және бауыр энцефалопатиясы, гепатореналды синдром, холестаз синдромымен көрінеді.

Тамырлық жұлдызшалар немесе телеангиэктазиялар- қылтамырлар мен ұсақ тамырлардың жергілікті шамадан тыс кеңеюі. Олардың саны бірден бастап, кең көлемде болуы мүмкін.

Бауырлық алақандар немесе пальмарлы эритема – үлкен саусақ пен кіші саусақтың жоғарылаған бөлігіндегі ашық-қызыл эритрема. Аталған белгілер гиперэстремиямен негізделген болуы мүмкін және артерио-венозды анастомоздардың ашылуымен де болады.

Геморрагиялық белгілер – теріде петехиялар мен экхимоздар сипатталатын тері өзгерісінің жиі кездесетін өзгерістерінің бірі, кейде тамырлар өзгерістерінің жерінде кішкентай ойық жаралар болады. Әдетте бұл көрініс созылмалы қарқынды гепатит немесе циррозға тән және бауырдағы қанның ұю факторының синтезінің бұзылысымен немесе тромбоцитопениямен байланысты.

Ксантомдар және ксантеламалар қабақ аймағында орналасқандығы бауырдың біріншілікті билиарлы циррозының көрінісі болып табылады.

Гинекомастия және бауырдың алкогольді зақымдануының басқада белгілері еркектерде омырау бездерінің үлкеюі эстрогендер көбеюінің себептерінен болады, олар зақымдарған бауырдың жергілікті метаболизмге ұшырамайды, жиі геникомастия бауырдың алкогольді ауруының белгісі.



8.1-кесте. Наукасты жалпы қарау кезінде анықталған бауыр аурулары белгілері

Белгілері	Ауру
1. Саусақтар «барабан таяқшалары тәрізді»	1. Әр түрлі себепті бауыр циррозы мен гепатиті
2. Тамыр жұлдызшаларының мойын аймағындағы терісінде «шеттері», қарқынды пальмарлы эритема, Дюпюитрен контарктурасы, маскүнем беті (<i>facies alcoholica</i>), гинекомастия, ірі паротит	2. Алкогольді гепатит пен бауыр циррозы
3. Ксантелазмалар, ксантомдар, терінің гиперпигментациясы	3. Біріншілікті билиарлы цирроз
4. Қасыған іздер, терінің гиперпигментациясы	4. Өт жолдарының обструкциясы, біріншілікті склерозды холангит (холестаз), біріншілікті билиарлы цирроз
5. Іш қабырғасының көктамырларының кеңеюі, асцит, кіндіктің ісінуі	5. Порталды гипертензиямен жүретін бауыр циррозы
6. Қарқынды сарғаю; ісінулі-асцитті синдром, геморрагиялық синдром (көгерулер, пурпура), ауыздағы «бауырлық» иіс, білезік, тіл дірілі	6. Бауырлы-жасушалық жетіспеушілікпен жүретін бауыр циррозы
7. Кайзер—Флейшер сакинасы (мүйізшені саңылаулы лампамен қараған кезде)	7. Вильсон—Коновалов ауруы

Бауырға перкуссия жасау

- Бауыр тығыз ағза. Перкуссия жасағанда одан тұйық перкуторлы дыбыс естіледі. Бауырдың жоғары жағында өкпе орналасады, өкпелік дыбыс ашық, ал төменде ішектер – одан тимпатикалық дыбыс естіледі, сондықтан да бауырдың жоғары және төменгі шекаралары оңай табылады.
- Мақсаты : шекарасын, өлшемін және конфигурациясын анықтау.
- Жоғарғы шекарасын анықтау үшін тыныш перкуссия, ал төменгі шекарасы үшін тыныштау перкуссия қолданамыз. Шекарасының орын ауысуы: жоғары – рак кезінде, төмен – пневмоторакс, эксудативті плеврит кезінде.
- Курлов әдісі бойынша. Біріншіден бұғана орта сызықпен жоғарғы шекарасын анықтаймыз, салыстырмалы ол төртінші қабырға деңгейіне сәйкес келеді. Төменгі шекарасын астынан жәй перкуссиямен тимпаникалық дыбыс шыққанша перкуссия жасайды. Төменгі шекарасы бұғана орта сызығы бойынша қабырға доғасына сәйкес келеді, орталық сызық бойынша семсер тәрізді өсіндісінен 3-6 см төмендеу жерде орналасады.
- Образцова әдісі бойынша. Жоғарғы шекарасы оң төс маңы және оң жақ бұғана орта сызығы бойынша төртінші қабырға деңгейіне сәйкес келеді, ал алдыңғы қолтық асты сызығы бойынша жетінші қабырға деңгейінде. Төменгі шекарасы төс маңы сызығы бойынша қабырға доғасынан екі см төмен деңгейде, ал бұғана ортасызығы бойынша қабырға доғасына сәйкес келеді, алдыңғы қолтық асты сызығы бойынша оныншы қабырға деңгейіне сәйкес келеді, орталық сызық бойынша семсер тәрізді өсіндісінен 3-6 см төмендеу жерде орналасады.

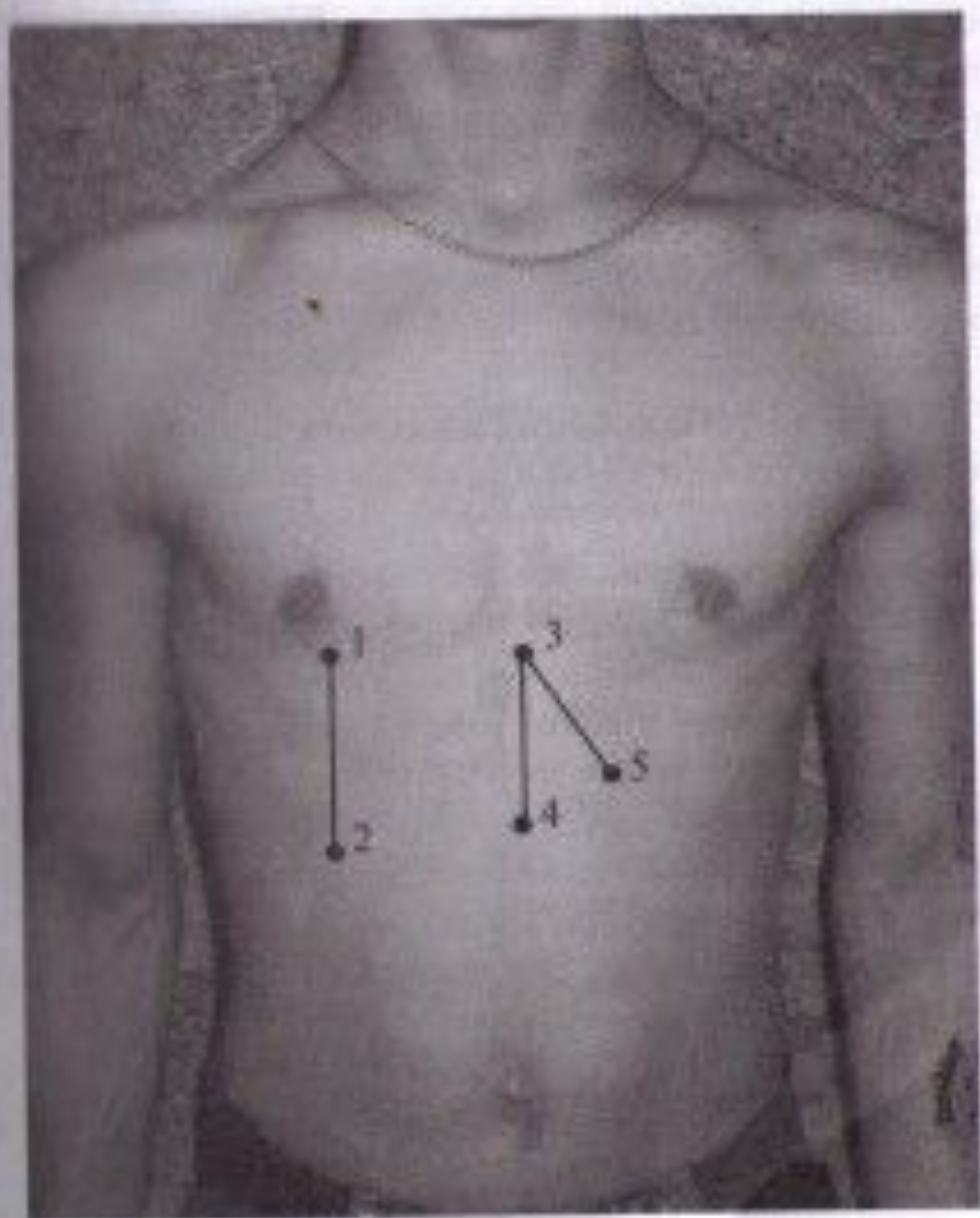
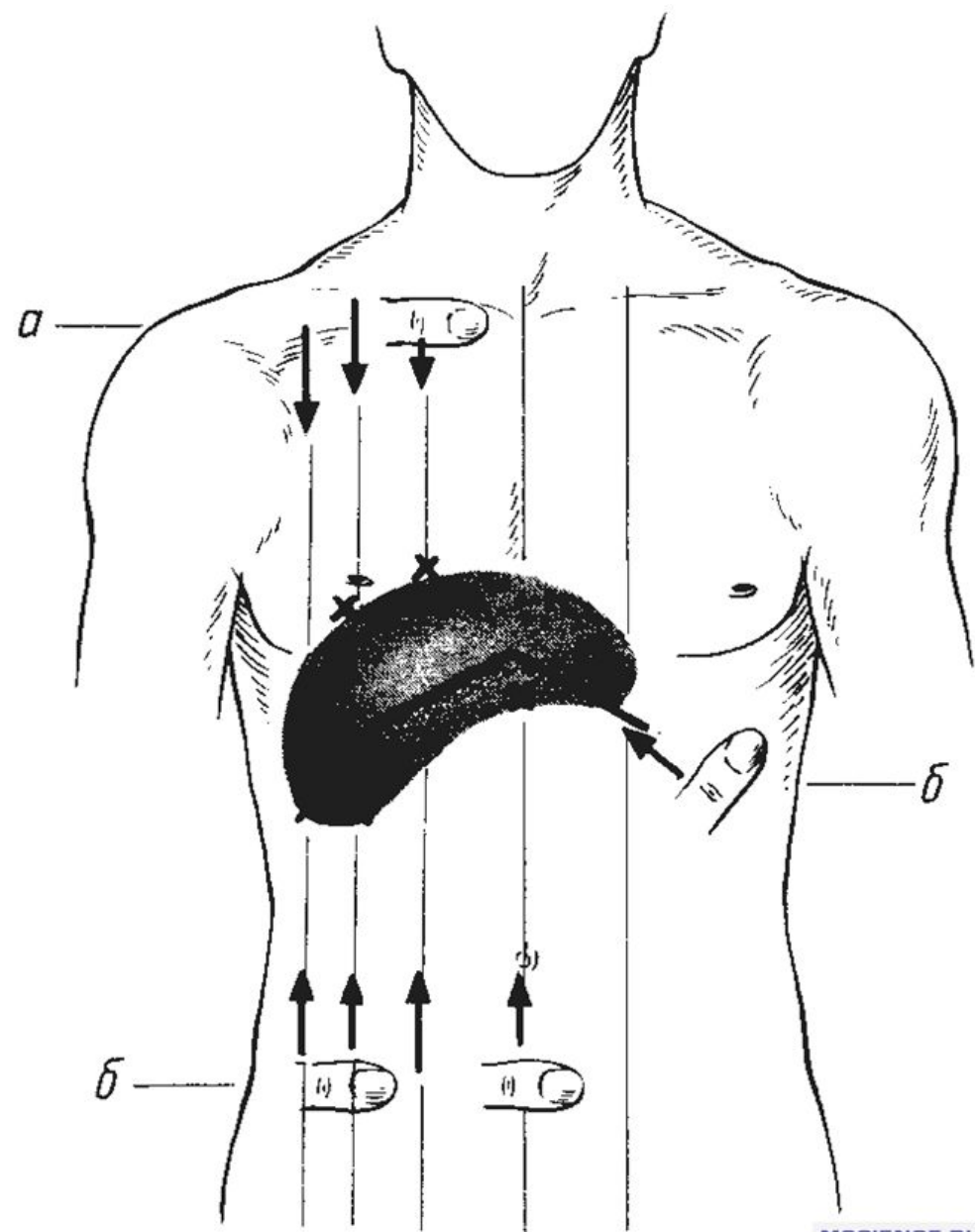


Рис. 22. Определение размеров печени методом М.Г. Курлова.



Бауыр пальпация жасау.

- Сау адамда бауыр шеті қабырға доғасының шетіне сәйкес келеді, консистенциясы жұмсақ, шетінің формасы дөңгеленген, ауырсыну жоқ.
- Пальпация Образцов- Страженко әдісімен жасайды. Науқас адам төсекке жатып, аяқтарын ішіне бүгіп, қолдарын кеудесіне қояды. Сол қолы қабырға доғасының аймағында орналасады, қабырға доғасының аймағын басу, қабырғалардың дем алуын басып, диафрагманың экскурсиясын жоғарылатып, құрсақ қуысын жоғары қарай жылжытады.
- Оң қолдың саусақтары бір сызықта орналасып, бұғана орта сызықпен төмен қарай жылжып, тері қатпарын жылжиды. Науқас дем шығарған кезде саусақтарды қабырға астына қарай енгізеді. Науқас құрсақпен терең дем алған кезде бауырдың төменгі шекарасын оң қол саусақтарымен сезіп байқауға болады.



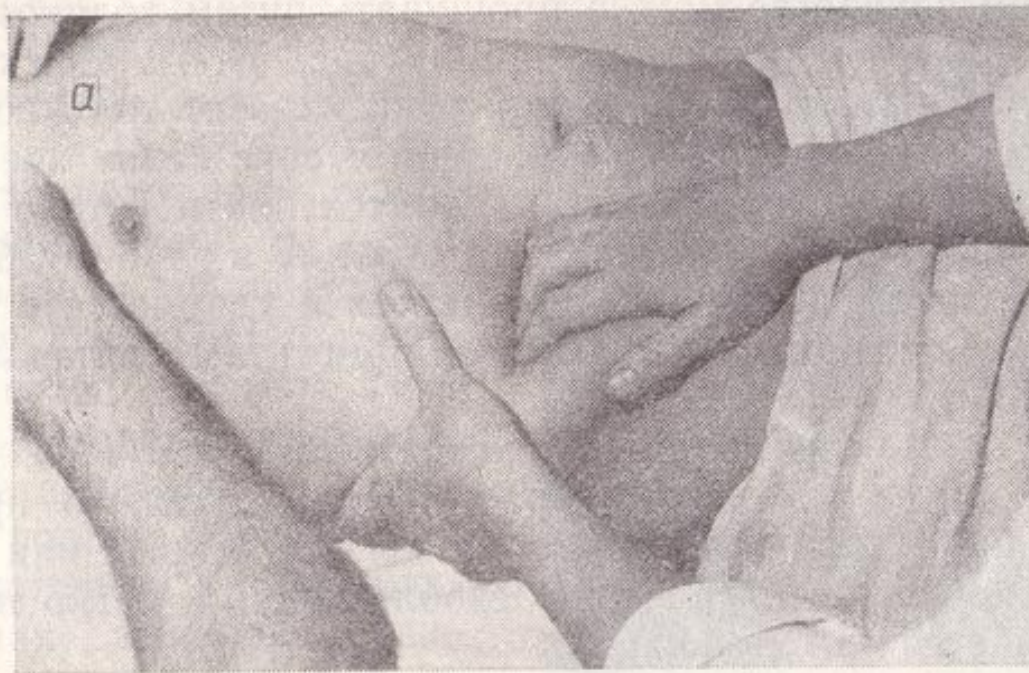
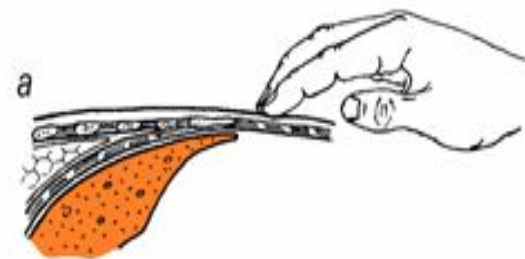
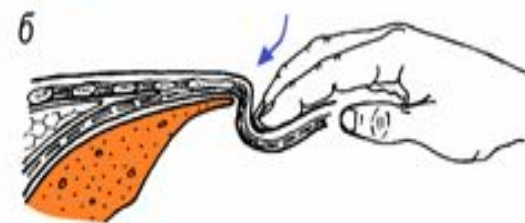


Рис. 2. Техника диафрагмально-инспираторной пальпации печени

a – установка руки (пальцы ниже края печени или реберной дуги, если печень не пальпируется)



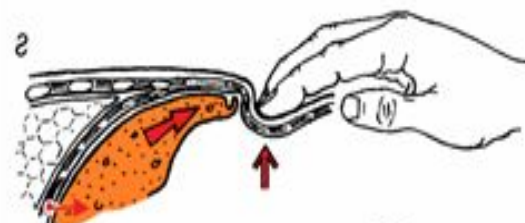
б – углубление пальцев в живот и задержка их в этой позиции



в – смещение передненижнего края печени диафрагмой во время вдоха, мягкий острый край нормальной печени загибается в кармане над кончиками пальцев



г – пальцы выталкиваются брюшной стенкой и через нее ощущают край печени, который выпрямляется и



д – при продолжающемся вдохе скользит под пальцами, уже не ощущаясь ими.

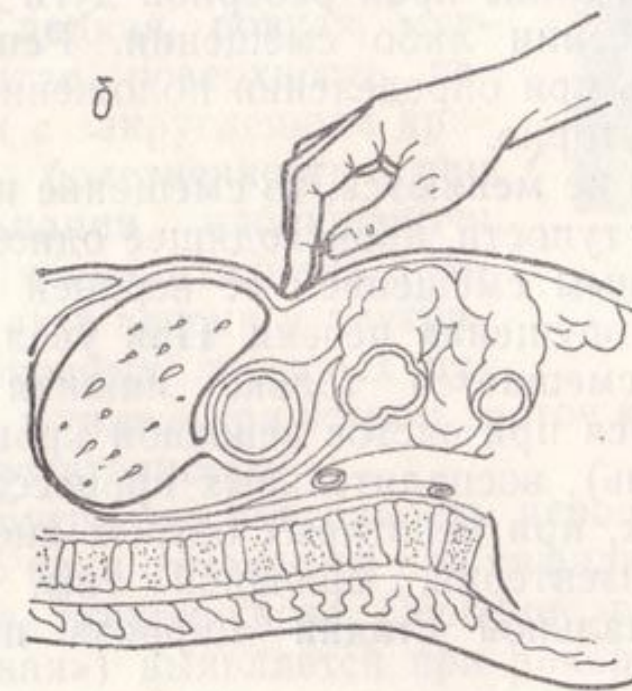
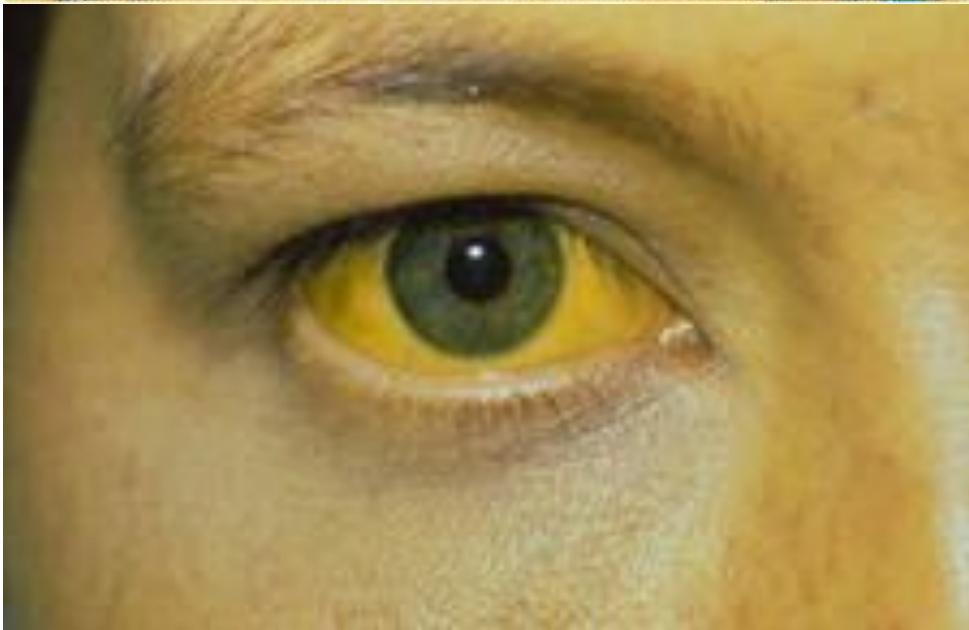
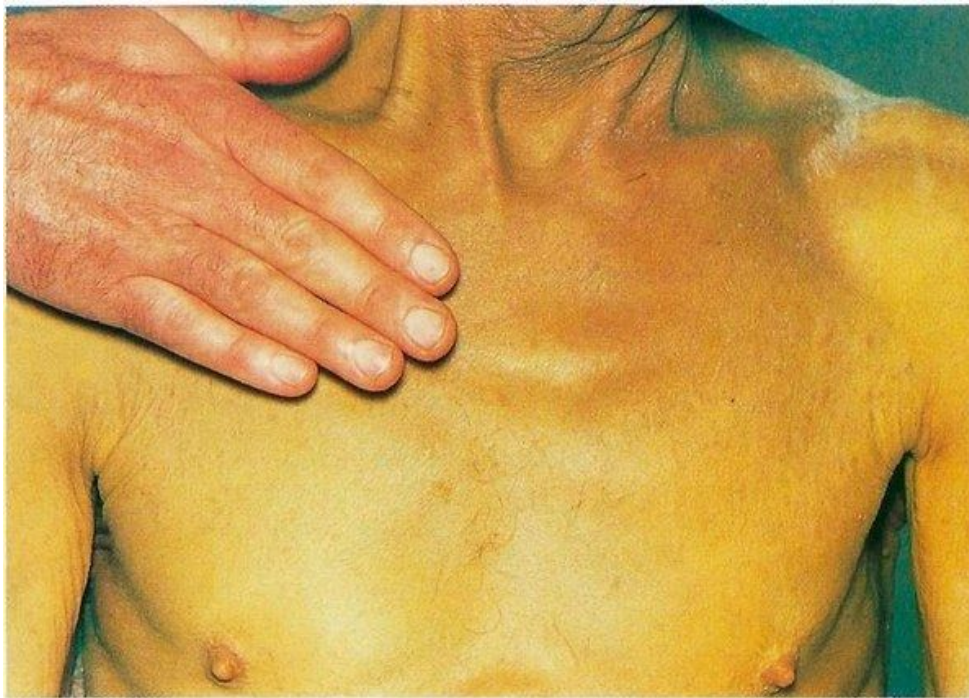


Рис. 59. Пальпация печени:
a – обычная; *б* –
толчкообразная.

Сарғаю синдромы

Сарғаю – негізгі бауырлық белгі, қандағы өт пигменттерінің жоғарылауы мен шырышты қабаттар, тері мен склераның сарғаюымен көрінеді. Әдетте, тері қабаттары мен шырышты қабаттардың сарғаюы кезінде боялуы белсенді ұышымамен жүреді. Сары түске боялудың бірнеше түрі бар: бауырдың сары ауруына тән қызыл қоңыр-сары түс, гемолитикалық үдерістер кезінде лимон түстес сары; ұзақ уақыт ішкі және бауырдан тыс билиарлы обструкциялар кезіндегі жасыл және қоңыр сарғыш түстері кездеседі.

Бауырлық билирубин метаболизмінің бірінші сатысындағы бұзылыстар сирек сарғаюдың себебі болады, билирубиннің гепатоциттің мембранасы арқылы өтуін бұзатын тек қана кейбір дәрілік заттар. (мысалы, гельминтке қарсы). Бауырлық билирубин метаболизмінің екінші сатысындағы өзгерістерде сарғаю билирубиннің төмендеген конъюгациясында УДФ глюкуронилтрансфераза ферментінің жетіспеушілігінен немесе тура емес билирубиннің бауыр жасушасының ішінде тасымалының бұзылысынан болады. Бұл үдерістер конъюгирленбеген билирубиннің қандағы мөлшеріне негізделген тұқым қуалайтын сарғаюдың екі түрін ажыратады: Криглер Наяр және Жильбер синдромы. Метаболизмнің бұзылуының үшінші сатысында Дабин Джонсон синдромы мен Ротор синдромы негізделген.



Сарғаю түрлері

Патогенетикалық жіктеуге сәйкес: бауыр үстілік, бауырлық және бауыр астылық сарғаю болып бөлінеді.

Бауыр үстілік сарғаюдың кең тараған түрі- гемолитикалық сарғаю, бауырлық – гепатоциттердің бір бөлігінің некрозынан болатын созылмалы және жіті бауыр ауруларының сарғаюы, бауыр астылық –бауыр ішілік өт жолдарының немесе жалпа өт жолдарының тарылуы салдарынан болатын механикалық немесе холестатикалық сарғаю.

Гемолитикалық сарғаю қанда конъюгирленбеген билирубиннің мөлшерінің болуына негізделген. Сарғаюдың бұл түрі эритроциттердің төмен резистенттілігімен байланысты эритроциттердің көп мөлшерде ыдырауы кезінде тура емес билирубиннің жоғары өнімділігінен болады. Гемолитикалық сарғаюда тері қышымасы болмайды, көкбауыры ұлғайған, анемия дамиды, нәжіс айқын боялған, ол билирубиннің көп өндірілуінен және оның ішекке бөлініп, кейін стеркобилинге айналуынан болады. Гемолитикалық сарғаю да зәрде уролибин жоғарылайды.

Бауырлық сарғаю кезінде бауыр ауруларының гепатоциттер зақымдануына негізделген және қанда тура билирубинмен қатар әсіресе тура емес билирубиннің жоғарылауы, зәрмен уробилиннің және нәжіспен стеркобилиннің бөлінуінің төмендеуі болып табылады.

- Сарғаюдың бұл түрінде келесі жағдайларда байқалады:
- Бауырдың вирусты зақымдануында
- Алкогольды зақымданулар
- Дәрілік зақымданулар
- Басқа себепті бауыр цирроздары

Тері жабындыларының шамалы боялуы мен көкбауырдың үлкеюі байқалады. Зәрде гемолитикалық сарғаюдағы сияқты конъюгирленген билирубиннің көп мөлшерінен зәр түсі әдеттегіден қоюырақ болады.

Механикалық сарғаю негізгі себебі өттің он екі елі ішекке түзілуінің бұзылуы, оны келесі жағдайларда байқайды: бауыр немесе өт жолдарының таспен, не ісікпен басылуы немесе бітелуі және т.б механикалық сарғаюда тері жабындаларының боялуы барынша айқын, ұзақ уақытты сарғаюда тері түсі қоюланып кетеді. Барлық жағдайда науқастар қышынуға шағымданады, қарау барысында қасыған іздер орындары көрінеді. Механикалық сарғаюда зәр өте қою түсті болады, оған сыра түсті зәр тән. Нәжіс ақ түсті сипаттамада болады, нәжісте стеркобилин болмайды.

Сарғаюлардың дифференциалды диагностикасы

8.3-кесте. Сарғаюлық дифференциалды диагностикасы

Белгілер	Сарғаю		
	Бауыр үстілік (гемолитикалық)	Бауырлық-жасушалық (паренхиматозды)	Механикалық (бауырастылық)
Механизмі	Билирубин түзілуінің күшеюі (тура емес)	Гепатоциттер зақымдалуы (тура емес)	Өт жолдарының тарылуы
Этиологиясы	Эритроциттер гемолизінің күшеюі, Жильбер синдромы	Вирустар, алкоголь, дәрілік препараттар және басқа да токсикалық әсерлер	Өт тас ауруы; ұйқы безі басының ісігі
Қышу	Жок	Мүмкін	Айқын
Тері түсі	Лимон-сары	Сары	Қою-қоңыр
Зәр түсі	Өзгермеген немесе әдеттегіден қою (уробилиноген мөлшері калыпты немесе шамалы өзгерген)	Қою (уробилиноген мөлшері жоғарылаған)	Өте қою — сыра түсті зәр (тура билирубиннің мөлшері жоғарылаған, уробилиноген дер жок)
Нәжістің түсі	Қалыпты немесе қою түсті (стеркобилиногендер мөлшері калыпты немесе жоғарылаған)	Өзгермеген немесе түссізденген (стеркобилиногендер калыпты немесе төмендеген)	Түссізденген (стеркобилиногендер жок)-
Қан сарысуындағы билирубин	Конъюгирленбеген (тура емес)	Аралас реакция, конъюгирленген басымырақ (тура)	Конъюгирленген (тура)

Портальдық гипертензия синдромы

Бұл синдромның пайда болуы әр түрлі себептерден болады – бауыр веналары, әсіресе төменгі қуыс веналарындағы қан ағынының бұзылуымен тікелей байланыста болады, ал бұл қақпа венасындағы қысымның жоғарылауы – портальдық гипертензия деп аталады.

Клиникалық симптомдары: коллатеральдық қан айналуыдың пайда болуы варикозды кеңіген коллатеральдардан қан кету, бауыр шемені, көк бауырдың үлкеюі. Қазіргі кезде бауырдан тыс портальді гипертензияны екі түрге бөледі: егер де кедергі қақпа венасының бағанасында немесе оның ірі тармақтарында орналасса, онда бұл бауырастылық түрі болып табылады, ал егер кедергі бауыр веналарының өзінен тыс бөлімдерде орналасса, бұл басуырүстілік түрі деп аталады.

Клиникалық көріністері. Портальдық гипертензияның бауырастылық формасы шеменнің ерте пайда болуымен, бауыр тұсындағы ауырудың сезілуімен, бауырдың үлкеюімен сипатталады.

Бауырүстілік портальдық гипертензияның негізгі симптомы – көк бауырдың үлкеюі, әдетте бауыр ұлғаймаған. Бұл түрі баяу, бір қалыпты дамиды, бұл кезде өңеш пен асқазанның қан кету мүмкін.

Бауырішілік портальдық гипертензия алғашқы симптомдары асқазанның өзгерісінсіз болатын диспепсиялық синдром, метеоризм, іш өту, арықтау. Портальдық гипертензияның бұл формасының соңғы симптомдары – шеменнің дамуы, көкбауырдың ұлғаюы, веналардың варикозды кеңеюі. Бұның бауыр үстілік формасының айырмашылығы – кеңейген веналардың қан кетуі бауыр функциясының кенеттен нашарлауына әкеп соғады. Көкбауыр үлкейеді.

Гиперспленизм синдромы шеткері қанда пішінді элементтердің азаюы, жиі спленомегалиямен қатар көрінеді.

Клиникасы: гиперспленизм симптомсыз өтеді, бірақ кейде сол жақ қабырға астында ауру сезімі болады.

Гиперспленизм кезінде анемия, нейтропения, лимфоцитопениямен жүретін лейкопения, тромбоцитопения болады. Бұл кезде диагностикалау үшін сүйек кемігінен пункция жасалады.

Цитолиздік синдром кезінде қан сарысуында АСТ мен АЛТ белсенділігінің жоғарылауынан болады, ол созымалы және жіті бауыр аурулары кезінде гепатоциттер некрозының дәрежесін көрсетеді. Цитолиздік синдромға тән ферменттердің жоғары белсенділігі жіті және созымалы дәрілік гепатит кезінде байқалады; жиі ол 50-100 есе жоғарылайды. Цитолиздік синдромның көруін әр түрлі себепті бауырдағы қабыну үдерістерімен байланыстырады. Бауырдағы алкогольды ауру кезіндегі цитолиздік синдромның ерекшелігі қан сарысуындағы АСТ белсенділігі АЛТ-дан жоғары болады. Негізгі ауру емі цитолиздік синдром айқын болған кезде, қандағы АСТ мен АЛТ белсенділігін қалыпқа келтіреді.

Ұйқы безі

Негізгі зерттеу әдістері

- Негізгі шағымдары: іштің ауруы, диспепсия, тәбеттің төмендеуі, жүдеу, кейде терінің сарғаюы.
- Анамнез. Ұйқы безі ауруын тудыратын себептерге(арақ шарапты және майлы тағамды шектен тыс көп қабылдау, өт жолдары аурулары, он екі елі ішектің ойық жарасы, ата аңасының ұйқы безі ауруларымен ауруы, гиперлиппротеинемияға) көңіл аудару қажет.
- Қарап тексеру. Науқасты қарау кезінде оның жүдегенің, терінің сарғаюын, теріде қасыған іздерді, геморрагияларды байқауға болады. Жедел панкреатит тұсында тері қабаттары қатты бозарып, көгерген жерлердің көрінуі мүмкін (Мондор симптомы), бұл ауыр интоксикация мен капилляростаздың белгісі. Жедел панкреатитте іштің кебуі байқалады.

- Пальпация. Беткей пальпация кезінде жедел панкреатит ауруы тұсында құрсақ еттерінің ауыруын және қатаюын анықтайды. Ұйқы безін пальпациялау қиын әдіс болып табылады, себебі ол жұмсақ ағза және іш қуысында терең орналасқан. Үлкейген безді ғана сипап көруге болады. Ал қалыпты жағдайда ұйқы безін аш қарынға, теңертенгілікте сипап зерттейді. Образцов - Стражеско әдісімен терең әдістемелік жылжымалы пальпацияны төрт қимылмен өткізеді. Ол үшін алдын ала табылған асқазанның үлкен иінінен 2-3см жоғары, көлденең түрде оң қол саусақтарын орналастырамыз. Теріні жоғары қарай ығыстырып, оң қолды науқас демін шығарған сайын тереңдете түседі. Ұйқы безінің артқы қабырғасын сезген уақытта, қол жоғарыдан төменге қарай жылжиды.
- Қалыпты жағдайда ұйқы безі 1,5-3 см, ауырмайтын, көлденең орналасқан жұмсақ цилиндр тәрізді боп келеді. Созылмалы панкреатитте ол тығыздалып, ауыру сезімі байқалады.

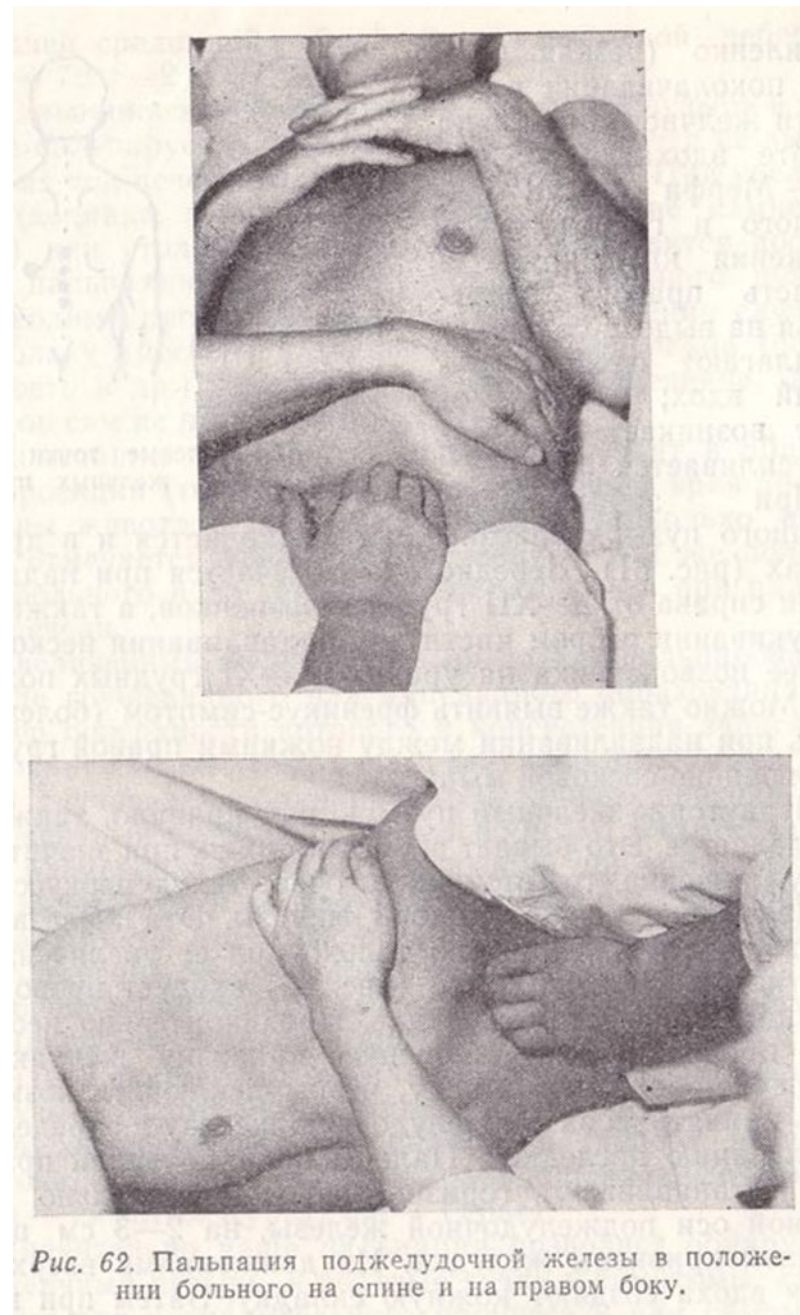


Рис. 62. Пальпация поджелудочной железы в положении больного на спине и на правом боку.

Ұйқы безінің зақымдануының синдромдары

Ұйқы безінің зақымдалу синдромы – ұйқы безінің қабыну ауруларына (панкреатит, киста, ісіктер) тән симптомдар жиынтығы.

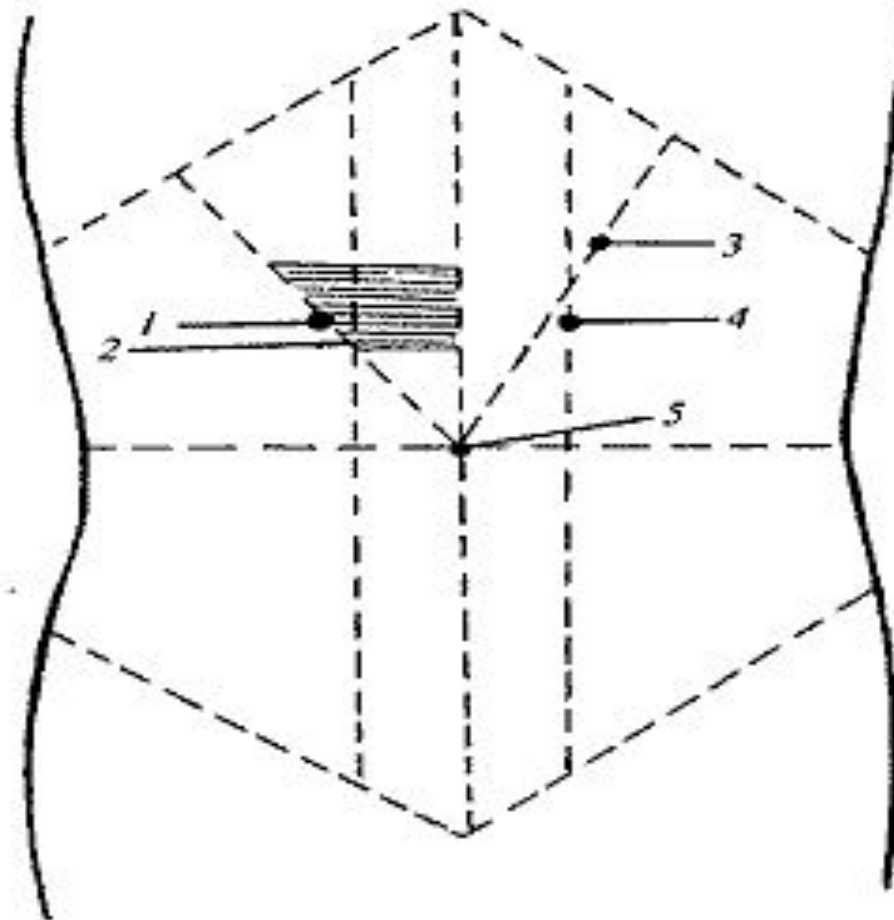
Олар:

- Лоқсу, құсу, метеоризм, іш өту, үлкен дәрет сұрғылтым, жылтырауық, май араласқан болған кезде дұрыс жуылмайды.
- Жалпы қарау кезінде науқаста терісінің бозғылттығы, лене салмағын тез жоғалту, организмнің сусыздануы, витамин жетіспеушілігінен шаш түсуі, тырнақтың сынуы, терісінің құрғауы байқалады.
- Жүйке жүйесінің зақымдалуы. Жедел және созылмал панкреатиттер кезінде бас ауруымен, бас айналуымен, психомоторлы қозумен, естің бұзылуымен, вегетативті бұзылыстармен, сезімталдықтың бұзылуымен бірге жүретін психикалық бұзылыстар болуы мүмкін.

Ауру синдромы

Ұйқы безінің:

- басы зақымдалғанда, ауру сезімі оң жақ эпигастральды аймақта (Шоффар Риве аймағы);
- денесі зақымдағанда сол жақ аймақта;
- шеткі бөлімі қабынған кезде, ауру сезімі сол жақ қабырғаастында сезіледі (Мейо Робсон аймағы).



Проекция болевых точек на переднюю стенку живота при заболеваниях поджелудочной железы (схема)

- 1 — точка Дежардена;
- 2 — зона Шоффара;
- 3 — точка Мейо-Робсона;
- 4 — точка Кача;
- 5 — пупок.

Рис 1.

Панкреатит кезінде ауру сезімі

Панкреатит кезінде ауру сезімі (опоясывающий) эпигастральды аймақтан солға қарай омыртқа қырына, қабырғалар басталатын жерге, сол жақ жауырынға, иыққа, жүрекке таралуы мүмкін. Мұндай ауру көбіне майлы тағамдар жеген соң пайда болады. Ауру приступ тәрізді, әрдайым сезіледі.



Өткір іш синдромы

Құрсақ қуысындағы мүшелер зақымданғанда пайда болады. Оның негізгі симптомдары – іштегі интенсивті ауру сезімі болып табылады. Бұл ауру сезімі шок шақыруы мүмкін. Бұл кезде құсу, іш өту немесе керісінше үлкен дәретке бара алмау, метеоризм болады. Бұл синдром жедел панкреатитке тән. Іштің пальпациясы кезінде ауырсыну, бұлшық еттердің тырысуы байқалады.



Ұйқы безінің сыртқы сұйығының жетіспеушілік синдромы

Бұл ұйқы безінің құрамында негізгі ас қорытатын ферменттері мен гидрокарбонаттарының және сөл бөлінуінің бұзылуымен сипатталатын симптомокомплекс. Оны біріншілік (туа пайда болған) және екіншілік (жүре пайда болған) деп ажыратамыз. Ферменттердің жеткіліксіздігінен әдеттегі ішекшілік ас қорыту үдерісі бұзылады, микроорганизмдер шығып, дисбактериоз дамиды. Науқас іштің шұрылдауына, кебуіне, өтуіне шағымданады. Копрологиялық зерттеу кезінде стеато, креато, амилорея байқалады. Бастапқы кездегі патологиялық өзгерістер ұзақ уақыт бір қалыпты болуы мүмкін. Бұл синдромда біртіндеп ішек қабырғасында асты қорыту және оны сіңіру үдерістері бұзылады. Науқас адам жүдейді, полигиповитаминоз және микроэлементтердің жетіспеушілігінің белгілері пайда болады. Гипопротеинемиялық ісіктер пайда болады.

Ұйқы безінің сыртқы сұйық сөлінің жеткіліксіздігін анықтау үшін қанның сарысуындағы трипсиннің, амилазаның, липазаның, антитрипсиннің мөлшері, зәрдегі амилазаның мөлшері анықталады. Ұйқы безінің сөлі зерттеледі. Ұйқы безінің эндокриндік қызметі жиі өзгертін болғандықтан, аш қарынға глюкозаның мөлшерін анықтау қажет (глюкозотолерантты тест).

Ұйқы безінің экзокринді жетіспеушілігі үш кезеңге бөлінеді:

- Бастапқы, жасырын кезеңі, ферменттер көп мөлшерде қажет болғанда ғана білінеді.
- Айқын панкреатиндік жетіспеушілік кезеңі (іш өту, стеато, креато, амилорея).
- Дистрофиялық кезең (кахексия, гиповитаминоз, ағзалардағы дистрофиялық өзгерістер).

Назарларыңызға рахмет!