

Синдромы ЖКТ

Лечебный факультет
№1

Лектор: доцент Рупасова Т.И.

Патология органов ЖКТ занимает значительное место в структуре болезней внутренних органов. Система пищеварения работает всегда в экстремальном режиме: ежеминутно меняющиеся условия функционирования, связанные с внешней средой, в т.ч. хронобиологическая зависимость основных функций (пищеварительной, двигательной), зависимость от сложнейшей нейрогуморальной регуляции и тесные анатомо-физиологические взаимосвязи между органами самой пищеварительной системы. Всё это нередко приводит к сочетанной патологии содружественных органов пищеварения.

Заболевания органов пищеварения чаще всего обусловлены структурно-функциональными нарушениями этой системы (воспалительные, язвенно-деструктивные, опухолевый и т.д.).

Однако, с 1999 года (Римские критерии II) выделены функциональные заболевания, которые характеризуются как «...вариабельная комбинация хронических или рецидивирующих симптомов, не объясняемых структурными или биохимическими изменениями...».

Все функциональные и органические
заболевания этой системы
классифицируются в соответствии с
уровнем поражения:

- Пищевода;
- Гастродуоденальные;
- Кишечные;
- Билиарные;
- Поджелудочной железы.

Основные клинические синдромы при патологии органов пищеварения проявляются в основном симптомами нарушения пищеварения, всасывания, моторно-эвакуаторной дисфункции; психоневротическими нарушениями и вегетативной дистонией; при далеко зашедших случаях – симптомами осложнений (в т.ч. желудочно-кишечного кровотечения) и т.д. Наиболее специфическими являются два первых синдрома: нарушения пищеварения и всасывания.

Синдром недостаточности пищеварения

Синдром недостаточности пищеварения – симптомокомплекс, характеризующийся нарушением пищеварения в желудочно-кишечном тракте. Различают нарушения преимущественно полостного (диспепсии) или преимущественно пристеночного пищеварения, а также смешанные формы этого синдрома.

Диспепсии – это следствие некомпенсированной недостаточности секреторной функции желудка, внешнесекреторной функции поджелудочной железы, желчеотделения, нарушения пассажа химуса по ЖКТ (стазы, застой в результате стенозирования или сдавления кишки, резкое ускорение вследствие усиленной перистальтики), кишечных инфекций, кишечного дисбактериоза, алиментарных нарушений (чрезмерная пищевая нагрузка, питание преимущественно белковой, жировой или углеводистой пищей. Большое количество бродильных напитков).

Диспепсия может быть функциональной, но чаще является следствием заболеваний органов пищеварения. Характеризуется неполным расщеплением пищевых веществ пищеварительными ферментами, развитием дисбактериоза, активным участием бактерий в ферментативных процессах.

Определение диспепсии

Диспепсия в переводе с греческого означает «нарушенное пищеварение». Международная рабочая группа по разработке диагностических критериев функциональных желудочно-кишечных заболеваний определяет диспепсию как: боль или ощущение дискомфорта (раннее насыщение, ощущение переполнения желудка вскоре после начала приёма пищи, вздутие, тошнота), локализованные строго в эпигастральной области по срединной линии.

Изжога (признак желудочно-пищеводного рефлюкса), которая рассматривается как самостоятельно значимый симптом. В основе развития диспепсии могут лежать органические или функциональные причины.

Причины диспепсии

- В числе органических причин самые частые – язвенная болезнь и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.
- Среди заболеваний гепатобиллиарной системы диспепсией могут проявляться гепатит, желчно-каменная болезнь и функциональные заболевания биллиарного тракта.
- Ряд заболеваний эндокринной системы (сахарный диабет, заболевания щитовидной и паращитовидной желёз), а также электролитные нарушения при самых разнообразных заболеваниях сопровождаются диспепсией.
- Состояния, связанные с повышенной тревожностью и депрессия, иногда, проявляются исключительно синдромом диспепсии. При этом больные часто и не подозревают о наличии у них психических нарушений.
- Употребление алкоголя, курение, приём некоторых лекарственных препаратов вызывает диспепсию.

К числу наиболее опасных заболеваний, которые могут проявляться диспепсией, относятся злокачественные новообразования верхних отделов ЖКТ, панкреатит.

У большинства пациентов не удаётся выявить органических причин, объясняющих появление симптомов диспепсии. В таких случаях речь идёт о функциональной диспепсии (ФД), которая определяется как расстройство желудка и/или двенадцатиперстной кишки, в основе развития которого лежат функциональные причины.

Диагноз ФД ставится на основании критериев, выработанных в 1999 году в Риме на Согласительном совещании по функциональным расстройствам ЖКТ – так называемые Римские критерии II:

- Симптомы диспепсии общей продолжительностью не менее 12 недель на протяжении года;

 Отсутствие органических причин диспепсии, обусловленных заболеваниями верхних отделов ЖКТ;

 Отсутствие признаков синдрома раздражённой кишки.

Выделяют три клинических варианта ФД в зависимости от преобладающего симптома:

- ❏ Язвенноподобный (основной симптом – боль в эпигастрии);
- ❏ Дискинетический (основной симптом – дискомфорт);
- ❏ Неспецифический (сочетание боли и дискомфорта или сочетание проявлений ФД и ГЭРБ или СРК).

В аргументированный план дополнительных исследований включаются:

- клинический и биохимический анализы крови;
-  Общий анализ кала, включая анализ на скрытую кровь;
-  УЗИ органов брюшной полости;
-  Эзофагогастродуоденоскопия;
-  Другие исследования, необходимые для установления диагноза.

Лечение

Выбор лечения зависит от причины диспепсии.

При наиболее частых заболеваниях, протекающих с диспепсией (язвенная болезнь, ГЭРБ, функциональная диспепсия), лечение направлено на ликвидацию основных патогенетических факторов развития этих заболеваний:

- устранение кислотной агрессии;
- коррекция моторики;
- эрадикация инфекции *H. Pylori*.

Синдром мальабсорбции.

Синдром мальабсорбции – нарушение всасывания в тонкой кишке, сопровождающееся снижением массы тела, гиповитаминозом, анемией и гипопроteinемией.

Этиология и патогенез.

Нарушение всасывания может быть на трёх этапах усвоения пищи.

I Недостаточность пищеварения, т. е. физической и химической обработки пищи:

- снижение экскреторной функции поджелудочной железы;
- недостаток желчных кислот (при холестазах);
- хирургическое вмешательство (гастрэктомия, ваготомия, гастроэнтеростомия).

II Нарушение непосредственно всасывания в тонкой кишке:

- уменьшение площади поверхности слизистой кишечника (после резекции);
- инфильтрация слизистой кишки при лимфоме, амилоидозе;
- При хроническом алкоголизме и длительном лечении ферментами

Синдром мальабсорбции (нарушения всасывания)

Проявления	Не всасываются
1. Стеаторея	Жиры
2. Вздутие живота. Метеоризм.	Углеводы
3. Похудание, нарушение роста, отёки.	Белки
4. Анемия	Железо, витамин В 12, фолиевая кислота
5. Пеллагра с изменением кожи, нейропатия, язвы во рту	Витамины группы В
6. Боли в костях, переломы, тетания	Кальций
7. Кровоточивость	
8. Водянистая диарея	Витамин К Желчные кислоты

Причины

Болезнь тонкой кишки

1. Уменьшение поверхности всасывания, резекция части тонкой кишки
2. Глютеновая энтеропатия, ишемия тонкой кишки
3. Инфильтрация слизистой оболочки при амилоидозе, болезни Крона и т.д.
4. Тропическая спру, кишечные фистулы, патологическая флора в тонкой кишке
5. Экссудативная энтеропатия

Недостаточность пищеварения

1. Хронический панкреатит
2. Обструкция желчных путей, механическая желтуха
3. Гастрэктомия (в результате плохое перемешивание ферментов)

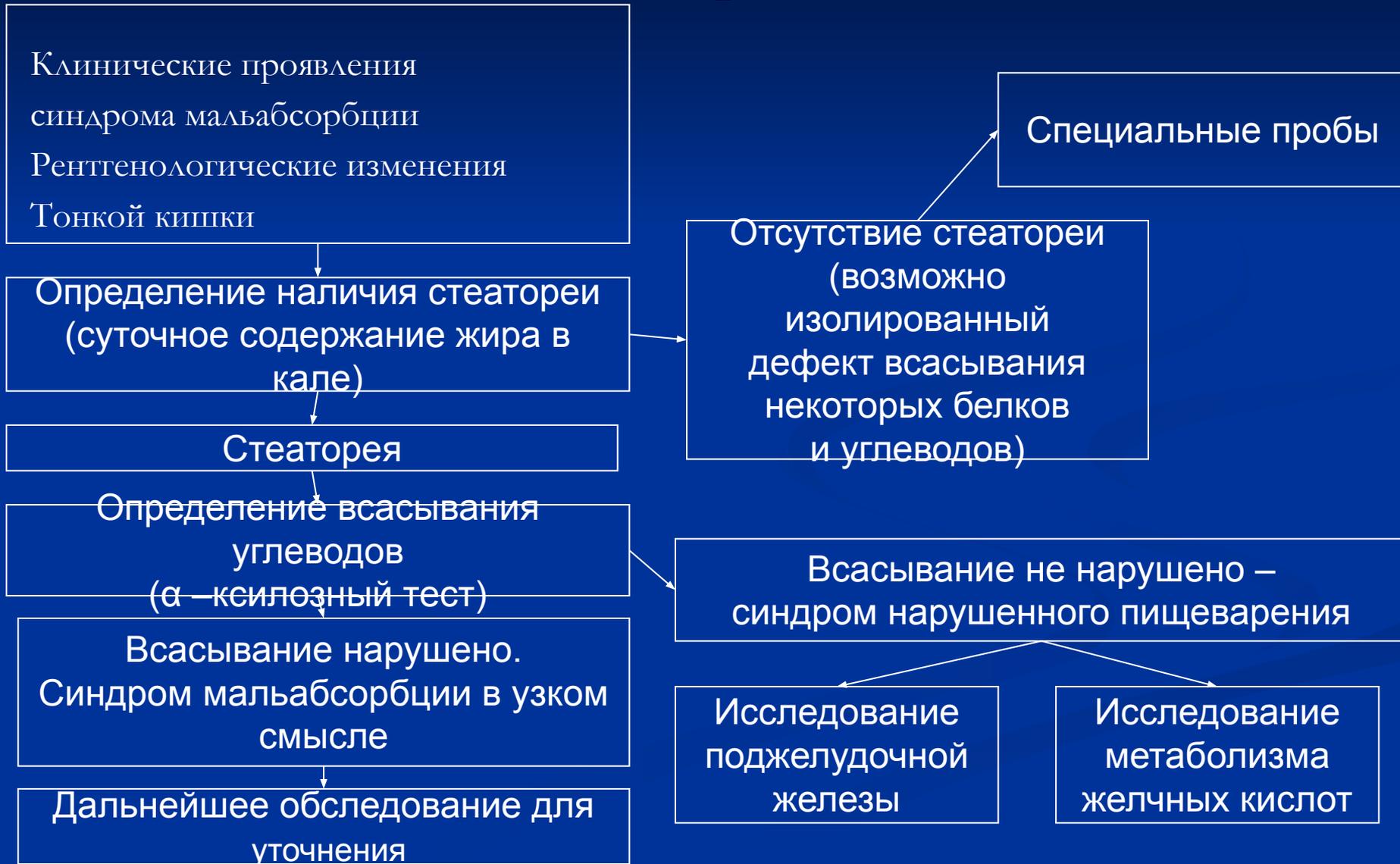
Нарушение лимфооттока из кишки

1. Лимфомы
2. Туберкулёз мезентериальных лимфатических узлов

Различают три степени нарушения абсорбции:

- I степень.** Нарушение абсорбции проявляется в основном уменьшением массы тела (не более 5-10 кг), снижением работоспособности, нерезко выраженными качественными нарушениями питания (симптомы витаминной недостаточности и трофические нарушения).
- II степень.** Чаще наблюдается более значительный дефицит массы тела (у 50% больных свыше 10 кг). Качественные нарушения питания имеют более выраженный характер: гиповитаминоз, трофические и электролитные нарушения (дефицит кальция, калия). У части больных наблюдается гипохромная анемия, гипофункция эндокринных желёз, в основном половых.
- III степень.** Дефицит массы тела свыше 10 кг у большей части больных. У всех больных имеются клинически выраженные качественные нарушения питания: симптомы витаминной недостаточности, изменение трофики, водно-электролитный дисбаланс, анемия, у части больных – гипопроteinемия, белководефицитные отёки, полигландулярная недостаточность.

Обследование при синдроме мальабсорбции



Лечение

Лечение синдрома мальабсорбции зависит от его причины, и сводится к следующим принципам:

1. Лечение основного заболевания;
2. Симптоматическая терапия (восполнение дефицитов всасывания);
3. Профилактика осложнений.

Рефлюкс – эзофагит

Рефлюкс – эзофагит - заболевание обусловленное наличием рефлюкса (заброса) кислого желудочного сока или даже щелочного содержимого тонкой кишки в пищевод. В результате возникает воспаление пищевода, часто с формированием эрозий и язв слизистой оболочки.

Длительное существование рефлюкса может приводить к возникновению особого состояния, получившего название пищевод Бэррета, для которого характерна метаплазия эпителия слизистой оболочки нижнего отдела пищевода – в желудочный или кишечный типы, способная также трансформироваться в рак пищевода.

Клинические проявления

Характерны жалобы на боль и ощущение жжения за грудиной, которые могут усиливаться при приёме горячей или холодной пищи и, особенно, кислого (в ответ на раздражение воспалённой слизистой оболочки возникает спазм мышц пищевода). Боль и жжение за грудиной появляются после еды (особенно обильной), и усиливаются при сгибании (наклонах вперёд) или в положении лёжа. Облегчение состояния наступает в вертикальном положении, при приёме внутрь щелачивающих средств. В тяжёлых случаях такие ощущения (или боль) могут распространяться в область шеи или в обе руки, усиливая сходство со стенокардией. Кроме того возможен сильный кашель по ночам за счёт аспирации желудочного содержимого в дыхательные пути.

Аргументированный план дополнительных методов обследования

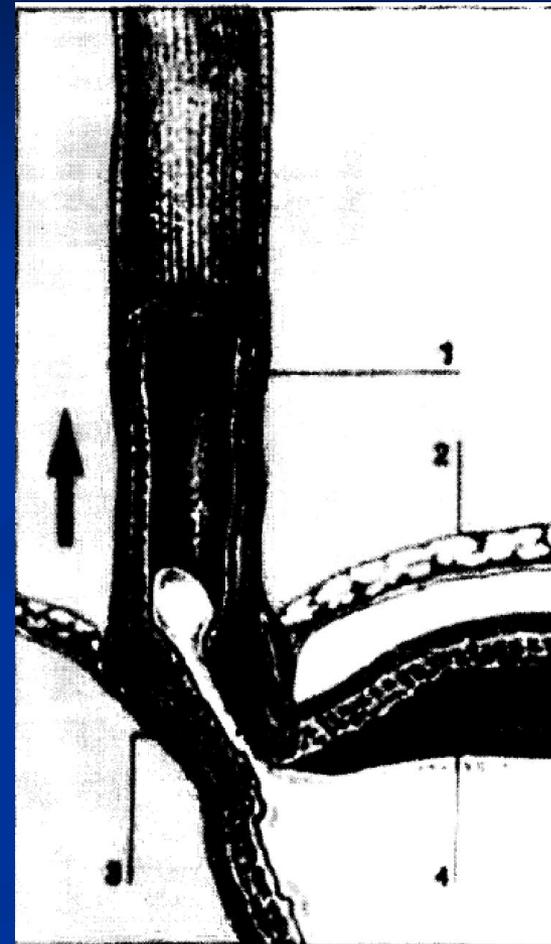
- ❏ Пищеводная манометрия. При выраженном рефлюксе показатели давления обычно менее трети нижнего предела нормы.
- ❏ Для подтверждения диагноза рефлюкс –эзофагита иногда измеряют РН в нижней части пищевода (в норме РН составляет 5,0 - 6,0, при рефлюксе может снижаться до 1,0 – 2,0).
- ❏ Иногда проводят провокационную пробу на ощущение жжения при приёме внутрь слабого раствора кислоты или инвазивный тест рефлюкса кислоты, при котором в дистальную часть пищевода вводят электрод РН –метра.
- ❏ Эндоскопия с биопсией и цитологическим исследованием: морфологически определяют поверхностный эзофагит, позднее эрозивный эзофагит и метаплазию эпителия.
- ❏ Рентгенологическое исследование с приёмом внутрь бариевой взвеси позволяет обнаружить рефлюкс в 60% случаев.

Лечение

Цель – исключить гастро-эзофагальный рефлюкс. Для этого используют дробное питание, «фуршетный» стол, антациды и т.д.

Желудочно-пищеводный рефлюкс.

- 1 – пищевод
- 2 – диафрагма
- 4 - желудок



Хронический гастрит

Хронический гастрит – это хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, проявляющееся её клеточной инфильтрацией, нарушением физиологической регенерации и вследствие этого атрофией железистого эпителия, кишечной метаплазией, расстройством секреторной, моторной и нередко инкреторной функции желудка.

Преобладают гастриты (гастродуодениты) ассоциированные с НР - инфекцией. Атрофический гастрит, как правило, аутоиммунный, нередко проявляется В12-дефицитной анемией. Также выделяют гастриты, ассоциированные с повреждающим действием желчи и лекарственных средств, гранулематозные. Эозинофильные и др.

Клинические проявления

Жалобы: чувство тяжести, полноты в подложечной области, чувство раннего (быстрого) насыщения, изредка – тупая боль в подложечной области без иррадиации, снижение аппетита, неприятный вкус во рту, тошнота, воздушные отрыжки, неустойчивый стул и другие диспептические расстройства.

Физикальный статус:

При антральном гастрите возможно локальное напряжение брюшной стенки и пальпаторная болезненность в пилородуоденальной зоне, при фундальном и пангастрите – диффузное напряжение брюшной стенки и умеренная болезненность в эпигастральной области.

Аргументированный план дополнительных методов исследования.

-  Общий анализ крови и мочи;
-  Анализ кала на скрытую кровь;
-  Общий белок и белковые фракции;
-  Эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией, патогистологией и щёточным цитологическим исследованием;
-  Определение в биоптатах НР (два теста);
-  УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы;
-  Ингастральная РН –метрия.

Дополнительные исследования и консультации специалистов проводятся в зависимости от проявлений основной болезни и сопутствующих заболеваний.

Принципы синдромального лечения

Цель – обеспечить ремиссию.

- Симптоматическая терапия (прекращение боли и диспептических расстройств) – спазмолитики, анальгетики, антациды, вяжущие, заместительная терапия и т.д.
- Уменьшение активности процесса (по клинических и гистологическим признакам) – одна из схем эрадикации НР (при ассоциации с НР).

Язвенная болезнь

Язвенная болезнь - это хроническое заболевание с циклическим, рецидивирующим течением. В периоды обострений характеризуется наличием повреждений слизистой желудка или двенадцатиперстной кишки.

Основными повреждающими агентами являются: соляная кислота и пепсин. Прогрессирующее течение язвы склонно к осложнениям (кровотечение, пенетрация, перфорация).

Заболевание не имеет чётко очерченной этиологии в отличие от симптоматических язв.

Патогенетические факторы развития ЯБ

1. Нервно-эмоциональное перенапряжение;
2. Нарушение ритма питания;
3. Курение, злоупотребление алкоголем, медикаментами;
4. Наследственная предрасположенность:
 - гиперплазия париетальных клеток,
 - нарушение синтеза факторов защиты слизистой,
 - восприимчивость слизистой к инфекции НР,
 - гиперваготония, гипергастринемия.

Патогенез ЯБ

Патогенез ЯБ до конца не изучен. В его основе лежит нарушение равновесия между факторами агрессии и защиты. В патогенезе ЯБ преимущественную роль играют:

- кисотно-пептический фактор;

- ускоренная эвакуация из желудка, которая удлиняет сроки контакта дуоденум с кислотой;

При язве антрального отдела желудка:

- дуодено-гастральный рефлюкс;

- антральный стаз;

- Высокая секреция HCl;

При медиогастральной язве:

- недостаточный слизистый барьер;

- нарушения васкуляризации;

- Недостаток продукции простагландинов и Ig.

Современный взгляд на патогенез ЯБ: «Без кислоты и хеликобактериоза – нет язвы».

Клинические проявления

1. Болевой синдром

-  Возникает в результате воздействия кислотно-пептического фактора;
-  Спазма пилородуоденальной зоны;
-  Повышения давления в желудке и двенадцатиперстной кишки;
-  Периульцерозного воспаления;
-  Раздражения висцеральных симпатических волокон.

Время возникновения болевого синдрома при язвенной болезни

При язве пилорического отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки боль поздняя – через 1,5 – 2 часа после еды, ночная, голодная, купирующаяся антацидами и пищей.

При язве тела и кардиального отдела желудка – боль ранняя, через 0,5 – 1 час после еды, прекращается после опорожнения желудка.

При постбульбарной язве боли интенсивные, пульсирующие, через 3-4 часа после еды и нередко купируются только наркотиками.

Клинические проявления

2. Синдром диспепсии:

-  Ощущение боли и дискомфорта (тяжесть, переполнение, раннее насыщение), локализованное в подложечной области ближе к срединной линии), возникает при нарушении моторной и эвакуаторной функции;
-  Неприятный привкус во рту;
-  Отрыжка чаще пустая. Воздушная, реже – пищей;
-  Изжога – иногда мучительная, как эквивалент боли;
-  Тошнота, рвота. Чаще на высоте болевого приступа без предшествующей тошноты, облегчает боль (нередко больные вызывают её искусственно);
-  Возможна кишечная диспепсия. Метеоризм. Запоры, «овечий кал».

Клинические проявления

3. Астено-вегетативный синдром

Комплексное проявление нарушений вегетативной нервной системы:

- тревожность, ипохондрия, раздражительность, слабость;
- эгоцентризм, демонстративность.

Признаки вегетативной дистонии:

- артериальная гипотензия, лабильность пульса;
- акроцианоз, холодные кисти рук, гипергидроз.

Аргументированный план ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 📌 Общий анализ крови;
- 📌 Группа крови, резус фактор;
- 📌 Анализ кала на скрытую кровь;
- 📌 Эзофагогастродуоденоскопия;
- 📌 Исследование биоптата;
- 📌 Исследование кислотообразования в желудке;
- 📌 УЗИ органов пищеварения;
- 📌 Рентгеноскопия гастродуоденальной зоны.



Лечение

- Заживление язвенного дефекта;
- Достижение стойкой ремиссии.

Задачи лечения ЯБ:

- купирование неотложных состояний;
- устранение клинической симптоматики;

 эрадикация хеликобактериоза;

 Заживление язвы («розовый рубец»);

 Достижение стойкой ремиссии («белый рубец»).

Язвенная болезнь без эрадикации НР остаётся «хроническим рецидивирующим заболеванием». Антихеликобактерную терапию необходимо проводить даже в фазе ремиссии: Тройная схема первой линии 7 (10) дней:

ИПП (Омитокс) 20 мг × 2 р/д
+ кларитромицин 500 мг × 2 р/д
+ амоксициллин 1000 мг × 2 р/д
Или метронидазол 500 мг × 2 р/д

Эффективность курса терапии составляет 90%.

Квадротерапия второй линии 10 (14) дней:

Семи и десятидневные схемы эрадикационной терапии:

ИПП (Омитокс) 20 мг × 2 р/д
+ препараты висмута 120 мг × 4 р/д
+ тетрациклин 500 мг × 4 р/д
или метронидазол 250 мг × 4 р/д

Эффективность курса терапии составляет 96%.

Язвы при успешной антихеликобактерной терапии рубцуются быстрее и качественнее, чем при традиционном противоязвенном лечении.

Рак желудка

Рак желудка (cancer ulseri) занимает первое место в структуре общей заболеваемости злокачественными новообразованиями. Чаще болеют мужчины в возрасте 40 -60 лет.

К предрасполагающим факторам относят неблагоприятное влияние чрезмерно горячей, грубой пищи, а также алкоголя, курения. В патогенезе рака желудка важное значение имеют предраковые заболевания – хронический гастрит, язвенная болезнь, полипы и полипоз желудка.

Клиническая картина

Условно выделяют

1. ранний (или начальный) период болезни
2. период явных клинических проявлений болезни
3. терминальный период.

В ранней стадии заболевания больные отмечают немотивированную слабость, апатию, быструю утомляемость, снижение аппетита, нередко — отвращение к мясной пище, иногда — неприятный вкус во рту, частую отрыжку, нередко с тухлым запахом, ощущение тяжести в подложечной области и другие нерезко выраженные симптомы желудочного дискомфорта, беспричинное похудание — так называемый синдром малых признаков (А.И. Савицкий), позволяющий заподозрить данное заболевание и целенаправленно провести обследование больных.

В период явных клинических проявлений болезни основными жалобами являются:

боли в эпигастральной области сосущего или ноющего характера, постоянные или без определённой связи с временем приёма пищи, иногда напоминающие язвенные;

анорексия, в редких случаях отмечается чрезмерный аппетит (булемия);

прогрессирующее похудание;

прогрессирующая дисфагия (при раке кардиального отдела желудка, распространяющемся на пищевод), преимущественно с задержкой при проглатывании плохо разжёванной и сухой пищи;

тошнота и рвота, нередко с примесью крови в рвотных массах (часто при локализации рака в пилороантральном отделе желудка);

ощущение быстрой наполняемости и переполнения желудка — вследствие стенозирования привратника и нарушения пассажа желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку;

хронические желудочные кровотечения.

План обследования тот же, что при ЯБ (обязательна ФЭГДС с прицельной биопсией).

Лечение — хирургическое, или комбинированное.



Спасибо за внимание