

Доктор медицинских наук Ермакова Маргарита Александровна

**Симптоматика заболеваний
пищевода, желудка, кишечника
Лабораторные методы
исследования**

Клинико-лабораторные синдромы

Симптоматика заболеваний пищевода, желудка, кишечника

- Обследование больного, как обычно, начинают с расспроса, который включает в себя выяснение жалоб, сбор анамнеза заболевания и жизни больного.
- При выяснении жалоб, прежде всего, обращают внимание на *характер болевого синдрома*.. Во всех ситуациях, когда в патологический процесс не вовлекается брюшина, боль возникает в результате расстройства кровоснабжения сокращающейся мускулатуры при спастическом сокращении гладкой мускулатуры стенки полого органа.

Для описания болей в животе используют следующие характеристики

•1. Локализация:

- за грудиной или в межлопаточной области (при заболеваниях пищевода, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы);
- в эпигастрии (при заболеваниях желудка);
- эпигастрий и правое подреберье (при заболеваниях двенадцатиперстной кишки, печени, желчного пузыря);
- околопупочная область (при заболеваниях тонкой кишки);
- область проекции каждого из отделов (при заболеваниях толстой кишки);
- в области промежности (при заболеваниях прямой кишки)

- **Механизм возникновения болей**
- **1. Спастические** – в результате спазма гладкой мускулатуры
- **2. Дистензионные** – в результате растяжения полых органов и их связочного аппарата

Для описания болей в животе используют следующие характеристики

- **2. Характер**
- **3. Связь с приемом пищи:**
 - – нет;
 - – ранние, возникают через 30–60 мин после еды;
 - – поздние, возникают через 1,5–3 ч после еды;
 - – голодные и ночные боли
- **4. Интенсивность**
- **5. Иррадиация**
- **6. Облегчающие факторы**
 - – прием пищи;
 - – антациды;
 - – дефекация и отхождение газов
- **Механизм возникновения болей**
- **3. Перитонеальные** – в результате перехода воспаления на париетальную брюшину или перфорации полых органов
- **4. Сосудистые** – в результате острого нарушения кровообращения в органах (спазм, эмболия, тромбоз)

Характер болевого синдрома при заболеваниях ЖКТ

- **Локализация боли.** При гастрите и язвенной болезни – под мечевидным отростком. При заболеваниях *кишечника*, особенно при заболеваниях тощей, подвздошной (при энтерите), слепой и восходящей кишок боль обычно локализуется вокруг пупка на уровне IX и X грудных сегментов, а при заболеваниях левой половины толстой кишки - в нижней части живота, больше слева (XI и XII грудные сегменты). При колите – в нижней части живота или в правой или левой подвздошных областях.
- Иногда боль может локализоваться и в эпигастрии. При изолированном поражении участка слепой или сигмовидной кишок боль локализуется, соответственно в правой (тифлит) или в левой (сигмоидит) подвздошных областях. Боли в области заднего прохода могут быть следствием сфинктерита часто встречающегося при поносах, при обострении геморроя, при анальной трещине, возникающей при запорах.

Характер болевого синдрома при заболеваниях ЖКТ

- **Иррадиация боли.** Боль при заболеваниях органов пищеварения может иметь определённые зоны иррадиации, либо не иметь их. При гастрите боль не иррадирует. При язвенной болезни боль часто иррадирует в позвоночник. При заболеваниях *кишечника* боль иррадирует в поясничную область, в спину, надключичные области, особенно при раздражении брюшины диафрагмы.

Характер болевого синдрома при заболеваниях ЖКТ

- По характеру боли могут быть острые, режущие, схваткообразные, жгучие, тупые, ноющие или кратковременные, колющие. Жгучие боли характерны для воспаления солнечного сплетения (солярита). При язвенной болезни боли носят режущий, сверлящий характер. Тупая боль характерна для больных хроническим колитом и энтероколитом, появление же острой, схваткообразной боли, которая облегчается в результате отхождения газов или после стула, говорит об имеющемся обострении патологического процесса в кишечнике. Резкие, приступообразные боли, по типу кишечной колики, не имеющие строгой локализации, связаны со спастическими сокращениями кишки, сосудистыми заболеваниями кишечника, скоплением газов при затруднении их отхождения. Режущие приступообразные боли вокруг пупка, сопровождающиеся приступами рвоты, довольно характерны для кишечной непроходимости.

Характер болевого синдрома при заболеваниях пищевода, желудка, кишечника

- По продолжительности боли могут быть кратковременными, например, при кишечной колике, гастрите, или длительными, постоянными, например при соляриите.
- Высокая **интенсивность боли** при заболеваниях органов пищеварения чаще говорит о тяжести заболевания. Интенсивная боль встречается и у больных с дискинезией кишечника, при язвенной болезни желудка, при онкологических заболеваниях боль может не иметь большой интенсивности. Поскольку боль при заболеваниях кишечника чаще вызывается спастическими его сокращениями, то интенсивность боли не всегда указывает на тяжесть патологического процесса, а скорее свидетельствует о выраженности сопутствующих функциональных нарушений.
- Внезапное появление острой боли в животе ("удар кинжалом") может быть симптомом острого живота в результате перфорации полого органа пищеварительной системы.

Характер болевого синдрома при заболеваниях ЖКТ

- **Постоянство и периодичность боли.**

Кратковременные, колющие боли - это обычный признак функциональных заболеваний желудка и кишечника. При язвенной болезни боль приступообразная, но менее интенсивна и связана с приемом пищи. Для неё характерна сезонность появления, характерны обострения весной и осенью. При хронических колитах боли постоянны в течение всего дня и ночи, ноющие, тупые. При патологии *кишечника* продолжительность боли весьма значительно варьирует от кратковременных схваткообразных болей, до длительных, монотонных болей, продолжающихся часами.

Характер болевого синдрома при заболеваниях пищевода, желудка, кишечника

• Причины возникновения боли. Прежде всего, необходимо обратить внимание на связь боли с приемом пищи и с характером принятой пищи, её количеством и качеством. При гастритах боль возникает сразу после приема пищи. При язвенной болезни желудка с локализацией язвы в кардиальном отделе желудка боль возникает через 10-15 минут после еды. При язве в теле желудка – через 30-45 минут после еды. При язве в пилорическом отделе желудка возникают так называемые поздние боли - через 1,5 – 2 часа после приема пищи. При язве в 12-перстной кишке возникают боли через 2 - 3 часа после еды, "голодные" ночные боли. У больных хроническим энтеритом боли появляются через 3 - 4 часа после еды. Характер пищи вызывающей боли часто помогает установить характер заболевания. Так появление боли после приёма острой, соленой, жареной пищи более типично для гастрита, язвенной болезни. При хроническом воспалении слизистой оболочки толстой кишки боли возникают после приёма солёной, грубой пищи, молока или просто в вечернее время.

• Кроме того, появление боли может связываться пациентом с выполнением физической нагрузки, нервно-психическими перегрузками. Больные дуоденитом и колитом иногда связывают появление боли именно с этими причинами, а не с приемом пищи.

Характер болевого синдрома при заболеваниях ЖКТ

- **Факторы, облегчающие боль..** Приём некоторых лекарств, например спазмолитиков, помогает устранить боль спастического характера. Нередко боль устраняется после приема пищи, например, при язвенной болезни 12-перстной кишки.
- При заболеваниях кишечника боль обычно облегчается приёмом спазмолитиков, анальгетиков, прикладыванием к животу тёплой грелки.

Сопутствующие болям симптомы при заболеваниях пищевода, желудка, кишечника

- Повышение температуры тела,
- рвота,
- желтуха,
- понос,
- явления вегетативного криза (слабость, обильное потоотделение, обморок, снижение артериального давления, онемение в руках, ногах, похолодание конечностей, приливы жара к голове и верхней половине туловища, задержка мочи с последующим обильным отделением)

Специфические жалобы при заболеваниях ЖКТ

- Диспепсия (dispepsia), или расстройство пищеварения, может быть:
- 1. желудочная, 2. кишечная.
- Выделяют следующие иды диспепсии:
- Отсутствие (аногехия) или снижение аппетита при заболеваниях желудка объясняется тем, что мощный поток болевых импульсов в ЦНС, вызывает торможение пищеварительного центра и снижение аппетита. Иногда больные указывают на повышение аппетита ("волчий аппетит"), что может встретиться при язвенной болезни, а из эндокринной патологии – при сахарном диабете. Отвращение к пище, особенно мясной, нередко встречается у больных раком желудка и носит чисто психогенный характер. Извращение вкуса предполагает употребление несъедобных продуктов - мел, глина, уголь, песок - встречается при гастрите, особенно с секреторной недостаточностью.
- Чувство быстрого насыщения встречается при гипотонии или при опущении желудка (гастроптоз у астеников).
- Появление неприятного вкуса во рту, металлический, горький или кислый привкус, не редкость у больных с патологией органов пищеварения.. При гастритах может появляться кислый привкус во рту.

Диспепсия – это нарушение пищеварения любой этиологии

- **Классификация**

- **1. Желудочная:**

- – боль в эпигастральной области;
- – изжога;
- – отрыжка;
- – тошнота;
- – рвота;
- – изменение аппетита

- **2. Кишечная:**

- – боли в различных отделах живота;
- – метеоризм;
- – поносы;
- – запоры

- **Причины диспепсии**

- **Органические:**

- *1. Заболевания органов брюшной полости*

- *2. Патологические состояния с вовлечением*

- *в процесс ЖКТ:*

- – инфекционные заболевания;
- – интоксикации;
- – прием лекарственных препаратов;
- – сердечная недостаточность и др.

- **Функциональные (отсутствие органической**

- **патологии):**

- – язвенноподобная;
- – дискинетическая;
- – неспецифическая.

Специфические жалобы при заболеваниях ЖКТ

- **Нарушение глотания** или затруднения прохождения пищи по пищеводу называется дисфагией (disphagia). Дисфагия может быть вызвана как органическими, так и функциональными нарушениями, которые могут быть дифференцированы при тщательном расспросе больного. При функциональных спазмах пищевода больные отмечают, что проходит свободно только твердая пища, а жидкая - нет. При опухолях пищевода вначале возникают затруднения прохождения только твёрдой, а затем, при увеличении размеров опухоли, и жидкой пищи.

Специфические жалобы при заболеваниях ЖКТ

- **Отрыжка** обусловлена тем, что при открытом кардиальном сфинктере происходит сокращение желудка. Под термином отрыжка обычно понимают два похожих явления. Во-первых, это может быть звучный выход воздуха через рот из пищевода и желудка (воздушная отрыжка - eructatio). Во-вторых, когда вместе с воздухом в ротовую полость из желудка поступают частички съеденной пищи (отрыжка пищей или срыгивание - regurgitatio).
- **Воздушная отрыжка** нередко связана с заглатыванием большим атмосферного воздуха. Она нередко слышна на расстоянии и часто встречается у больных с неврозами. В этом случае происходит отрыжка газом без запаха.

Специфические жалобы при заболеваниях ЖКТ

- При застое пищи в желудке с появлением гнилостных процессов в нём, например, у больных с пилоростенозом, может отмечаться **отрыжка с запахом тухлых яиц**, указывающим на распад белков, содержащих серу.
- У больных с повышенной секрецией желудочного сока **отрыжка может приобретать кислый вкус**. Горькая отрыжка появляется при дуодено-гастральном рефлюксе, когда из двенадцатиперстной кишки в желудок забрасывается содержимое, содержащее желчь.
- **Каловая отрыжка** появляется в тех случаях, когда возникает связь желудка с кишками, например при пенетрации язвы в кишечник, при ретроперистальтике у больных с острой кишечной непроходимости.

Специфические жалобы при заболеваниях ЖКТ.

- **Отрыжка** – внезапное непроизвольное выделение из желудка в полость рта газов или небольшого количества желудочного содержимого
- **Варианты:**
 1. Отрыжка воздухом – при аэрофагии (заглатывании воздуха)
 2. Отрыжка без запаха, либо с запахом прогорклого масла – бродильные процессы
 3. Отрыжка тухлым – гнилостные процессы
 4. Отрыжка кислым – при гиперсекреции
 5. Отрыжка горьким (желчью) – при дуодено-гастральном рефлюксе
- **Изжога** – жжение за грудиной и в эпигастриальной области, обусловленное забросом желудочного содержимого в пищевод и раздражением его слизистой оболочки
- **Причины:**
 - недостаточность кардиального сфинктера;
 - замедление опорожнения желудка;
 - повышение внутрибрюшного давления;
 - грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
 - нарушение пищеводного клиренса

Специфические жалобы при заболеваниях ЖКТ

- **Изжога** (pyrosis)– жжение по ходу пищевода или в подложечной области. Она появляется при забрасывании или регургитации желудочного содержимого в пищевод. Появление изжоги свидетельствует о недостаточности кардиального сфинктера. Желудочное содержимое практически всегда имеет кислую рН, поэтому ощущение изжоги будет возникать всегда при забросе желудочного содержимого в пищевод.

Специфические жалобы при заболеваниях ЖКТ

- **Тошнота (nausea)** – рефлекторный акт, связанный с возбуждением блуждающего нерва, и характеризующийся трудно определяемым чувством давления в эпигастральной области. Вероятно, тошнота является начальным проявлением раздражения рвотного центра, располагающегося в продолговатом мозге, в нижней части дна VI желудочка. Иногда тошнота предшествует появлению рвоты. Во время тошноты регистрируется желудочная антиперистальтика при закрытых кардиальном и пилорическом сфинктерах. Тошнота довольно характерна для больных с патологией желудка (гастрит, язвенная болезнь, рак желудка и т.д.), а также при раздражениях центральной нервной системы (интоксикации, травмы головного мозга, отёк мозга, гипертонические состояния и т.д.). Тошнота, связанная с патологией желудка чаще возникает после еды, особенно после приёма острой, раздражающей желудок пищи.

Рвота – сложный рефлекторный процесс, в результате которого происходит заброс содержимого желудка через пищевод в глотку и извержение его через рот

- **Причины:**
- 1. Раздражение рвотного центра центрального генеза – локализация патологического процесса в головном мозге (опухоль мозга, внутричерепная гипертензия, инфаркт мозга)
- 2. Раздражение рвотного центра висцерального генеза – раздражение рефлексогенных зон слизистой оболочки желудка, желчного пузыря, глотки, брюшины при заболеваниях органов брюшной полости
- 3. Токсическое воздействие непосредственно на рвотный центр (при уремии, алкогольной интоксикации, кетоацидозе, токсикозе беременных, циррозе печени, приеме лекарственных препаратов и др.)

Характер рвотных масс:

- 1. Примесь крови, вид «кофейной гущи» – признак желудочно-кишечного кровотечения
- 2. Каловый запах – непроходимость кишечника
- 3. Рвота кислым содержимым в утренние часы – ночная гиперсекреция
- 4. Рвота в утренние часы натощак слизью – хронический гастрит, при хронической алкогольной интоксикации
- 5. Рвота пищей, съеденной 1–2 дня назад, с гнилостным запахом – застой пищи в желудке
- при стенозе привратника

Происхождение рвоты и ее особенности:

- *Желудочная рвота:*
 - – обильная;
 - – возникает через 1–1,5 ч после еды;
 - – приносит облегчение;
 - – уменьшается боль
- *Рефлекторная рвота, или рвота центрально-ного генеза (возникает на высоте церебральных расстройств – головная боль, высокое АД и др.):*
 - – необильная;
 - – возникает внезапно, без предшествующей тошноты;
 - – не приносит облегчения

Специфические жалобы при заболеваниях ЖКТ

- ИКОТА (singultus) - резкие сокращения диафрагмы, возникают при раздражении диафрагмального нерва.
- СЛЮНОТЕЧЕНИЕ (саливация) достаточно частый симптом при хронических заболеваниях желудка, особенно при высокой желудочной секреции. Изменения характера СТУЛА и КАЧЕСТВА КАЛА часто встречается у больных с заболеваниями желудка. Они обычно носят вторичных характер или свидетельствуют о сопутствующих заболеваниях. При сниженной желудочной секреции перистальтика кишечника ускорена, поскольку снижается защитное действие соляной кислоты, легче возникают дисбактериозы кишечника. У этих пациентов нередко имеется склонность к послаблениям - учащены позывы на стул, кал мягкий или неоформленный. При высокой желудочной секреции нередко встречается торможение перистальтики кишечника и появляется склонность к запорам - позывы на стул не чаще 1 раза в день, кал плотный.

Специфические жалобы при заболеваниях пищевода, желудка, кишечника

- **Метеоризм** (от греч. meteorismos - вздутие, пучение). Метеоризм может возникать в результате усиленного заглатывания воздуха, а также из-за повышенного образования газов из пищи вследствие усиленных процессов гниения или брожения. Метеоризм может объясняться недостаточным всасыванием газов в кишечнике, ферментативной недостаточностью с нарушениями процесса пищеварения. Может быть у больных со сниженной желудочной секрецией. При замедлении кишечной перистальтики и продолжительной задержки газов в кишечнике также может отмечаться вздутие кишечника. Метеоризм может сопровождаться явлениями **флотуленции** или частым, шумным отхождением газов, подчас мучительным для больных.
- Заболевания кишечника, нередко сопровождаются **урчанием**, **переливанием** в кишечнике. Эти явления обусловлены повышенной секрецией кишечного сока и наличием большого количества газов в кишках.

Специфические жалобы при заболеваниях ЖКТ

- **Кишечные кровотечения**, требующие от врача пристального внимания. Если источник кровотечения расположен высоко, например, в желудке, в высоких отделах тонкой кишки, то кал больного по консистенции становится дёгтеобразным и приобретает чёрную окраску и называется мелена (melena). Чёрная окраска зависит от присутствия в кале гематина, который образуется из гемоглобина под влиянием кишечных ферментов. Если неизменённая по окраске кровь перемешана с калом, то источник кровотечения располагается на участке от слепой до печёночного угла восходящей кишки. Если неизменённая по окраске кровь располагается на поверхности обычного по консистенции калового комка, то источник кровотечения находится на участке от селезёночного угла, до прямой кишки. Если кровь выделяется на каловый комок после акта дефекации по типу "последней капли", то источником кровотечения, вероятнее всего, является трещина сфинктера прямой кишки.

Специфические жалобы при заболеваниях кишечника

- **Понос** (diarrhoea) характеризуется частым опорожнением кишечника с выделением неоформленных каловых масс. Количество каловых масс может быть различным.
- Понос возникает либо от усиления перистальтики кишечника и нарушения всасывания воды в толстых кишках, либо от вторичного разжижения каловых масс вследствие кишечной гиперсекреции. При заболеваниях поджелудочной железы и тонкого кишечника позыв на стул может быть 3 - 4 раза в день. Он возникает через 15 - 20 минут после еды и сопровождается сильным урчанием и переливанием в кишечнике. Акт дефекации безболезненный. Кал - обильный.
- При поражении толстых кишок выход на стул учащается до 10 и более раз в сутки, причём количество каловых масс резко уменьшается. Кал может совсем исчезать, а выделяется только жидкая слизь, порой с примесью крови, гноя. Подобное явление может отмечаться у больных острой дизентерией, неспецифическим язвенным колитом.

Диарея – жидкий неоформленный стул, часто сочетающийся с учащением дефекации

- **Патогенез:**
- – усиление перистальтики;
- – нарушение всасывания жидкости в кишечнике;
- – увеличение патологической секреции жидкости в кишечнике при его воспалении
- **Клинические особенности диареи**
- **1. Энтерическая:**
- – частота стула до 4–6 раз в 1 сут;
- – обильные испражнения с остатками непереваренной пищи;
- – стеаторея;
- – боли вокруг пупка
- **2. Колитическая:**
- – частота стула до 10–15 раз в 1 сут;
- – тенезмы (болезненные позывы к дефекации);
- – скудные испражнения;
- – примесь слизи и крови

Диарея

•Причины:

- воспаление слизистой тонкого кишечника
- (энтериты);
- воспаление слизистой дистальных отделов
- толстого кишечника (колиты);
- снижение секреторной функции желудка
- (ахилия) с нарушением переваривания
- белков и быстрой эвакуацией содержимого желудка;
- снижение внешнесекреторной функции
- поджелудочной железы

•3. Ахилическая:

- частота стула до 4–6 раз в 1 сут;
- испражнения темного цвета с остатками
- непереваренных мышечных волокон;
- гнилостный запах испражнений;
- чувство переполнения и тупые распирающие боли дистензионного характера в
- эпигастрии

•4. Панкреатическая:

- частота стула до 4–6 раз в 1 сут;
- обильные испражнения;
- стеаторея;
- гнилостный запах испражнений;
- боли в верхней половине живота, иногда
- опоясывающего характера;
- метеоризм;
- снижение массы тела

Классификация диареи

- **1. Острая диарея** (внезапное учащение стула
- более 3 раз в 1 сут с изменением его консистен-
- ции):
- – острые кишечные инфекции или парази-
- тарные инвазии;
- – пищевые токсикоинфекции;
- – отравления ядами (ртуть, мышьяк) или
- лекарственными препаратами;
- – нервно-психические нарушения;
- – эндогенные интоксикации

- **2. Хроническая диарея** (учащение стула более 3 раз в 1 сут на протяжении более 1 мес);
- – воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит,
- болезнь Крона);
- – злоупотребление слабительными;
- – злокачественные опухоли ЖКТ;
- – системные заболевания (СПИД, гипертиреоз и др.);
- – энзимопатии (глютеновая, лактазная
- недостаточность);
- – функциональные нарушения моторики
- (синдром раздраженной толстой кишки)

Специфические жалобы при заболеваниях ЖКТ

- **Запором** (obstipatio) называется редкое опорожнение кишечника (редкий выход на стул) - реже, чем 1 раз в 3 дня. При запоре выделяется чрезмерно плотный кал и остаётся чувство неполного опорожнения кишечника. Запор возникает из-за замедленной продольной перистальтики кишечника, его атонии или в результате затруднения кишечной проходимости опухолью, при врождённых аномалиях развития кишечника - мегаколон, долихосигма (до 10 м).
- **Чувство неполного опорожнения кишечника** возникает в тех случаях, когда у больного имеется отек терминального отдела кишечника.
- **Ложные позывы на стул.** Эта жалоба характерна для больных с дизентерией. При ложных позывах на стул обычно отходят или газы или небольшое количество слизи (при острой дизентерии).
- Иногда при поносах у больных возникают **тенезмы** или болезненные позывы на стул.
- **Дисхезией** (дишецией) называется резкая болезненность акта дефекации. Она возникает обычно при наличии трещин в прямой кишке или в области анального сфинктера.

Запоры – нарушение процесса опорожнения кишечника

- **Причины:**

- – замедление перистальтики;
- – механические препятствия;
- – алиментарные факторы (недостаток клетчатки в питании, голодание, недостаточное употребление жидкости)

- **Виды запоров**

- *1. Спастические:*

- – заболевания толстой кишки (колиты, синдром раздражения толстой кишки);
- – висцеро-висцеральные рефлексы при заболеваниях других внутренних органов (язвенная болезнь, холециститы);
- – заболевания прямой кишки (геморрой, трещины заднего прохода, проктиты) – резкое повышение тонуса анальных сфинктеров;
- – отравления ртутью, свинцом;
- – психогенные факторы

Классификация и клиника запоров

- **2. Атонические:**
 - – скудное питание;
 - – недостаток в пище растительной клетчатки;
 - – сухоедение;
 - – неправильный ритм питания;
 - – малоподвижный образ жизни
- **3. Органические:**
 - – опухоли кишечника;
 - – спайки;
 - – мегаколон;
 - – долихосигма
- **Клинические особенности запоров**
- **1. Спастические запоры:**
 - – приступообразные спастические боли, четко локализованные, интенсивного характера;
 - – испражнения типа «овечьего кала»;
 - – пальпация: спастически сокращенные и болезненные отделы толстой кишки

Клинические особенности запоров

- **2. Атонические запоры:**

- – тупые длительные распирающие
- боли дистензионного характера по
- ходу толстого кишечника;
- – метеоризм;
- – пальпация: увеличение размеров
- ободочной кишки, плотные каловые массы

- **3. Механическая непроходимость:**

- – прогрессивно ухудшающееся состояние;
- – интоксикация;
- – бурная перистальтика (при развитии
- перитонита и пареза кишечника;
- – ослабление или полное отсутствие
- перистальтики

Данные осмотра при заболеваниях ЖКТ

- КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО среди больных заболеваниями желудка преобладают астеники. Это более характерно для больных язвенной болезнью 12-перстной кишки. Больные, длительно страдающие язвенной болезнью желудка, часто истощены, у них могут быть снижение тургора кожи, трофические нарушения кожи, волос, ногтей, гипотония.
- ЦВЕТ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ у больных гастритом чаще не изменён. У больных с язвенной болезнью желудка, гипацидных состояниях покровы могут быть бледными. При раке желудка цвет кожных покровов может быть с зеленоватым оттенком.
- При осмотре больных хроническим гастритом со сниженной секрецией нередко можно выявить ЗАЕДЫ в углах рта. У больных хроническим гастритом часто выявляется отсутствие многих зубов. У них может быть неприятный ЗАПАХ ИЗО РТА.
- Осмотр ЯЗЫКА. У пациентов с любыми заболеваниями желудка, особенно при обострении заболевания, язык будет обложен белым налетом. При частой рвоте, стенозе привратника, язык станет сухим. Его осмотр может выявить атрофию сосочков или/и географический язык при анацидном состоянии, язвенной болезни желудка, атрофическом или гипертрофическом гастрите, раке желудка.

Данные осмотра при заболеваниях ЖКТ

- КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО больные с патологией кишечника особенно не отличаются. Однако у астеников чаще встречаются гипоферментопатии кишечника, ускоренное опорожнение кишечника. Для гиперстеников более характерна гипомоторная дискинезия кишечника.
- ОКРАСКА КОЖИ у больных с банальными заболеваниями кишечника обычно не изменена. Однако на коже при тяжелой форме энтерита обнаруживаются точечные кровоизлияния вследствие повышенной ломкости сосудов. При тяжелых энтеритах кожа становится сухой, шелушится, ломаются ногти, выпадают волосы.
- При осмотре ПОЛОСТИ РТА у больных энтеритом иногда находят изъязвление слизистой рта, обложенность языка. При этом утолщенные сосочки сглаживаются, на краях языка видны отпечатки зубов и влажный бело-серый налет. При тяжелых энтеритах – язык становится как бы полированный, блестящий, ярко красный. Это связано с абсолютной витаминной недостаточностью. Он имеет собственное название – "кардинальский язык", поскольку описан был впервые у монахов, которые регулярно постились, а это приводило к развитию витаминной недостаточности. При болезни Крона язык трескается. Красный, растрескавшийся красный полированный называется "географический язык".

ПОРЯДОК ФИЗИКАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ:

- Осмотр живота вертикальном и горизонтальном положении.
- Поверхностная или ориентировочная пальпация живота.
- Выявление зон кожной гиперестезии Захарьина-Геда.
- Перкуссия живота (поиск свободной жидкости в брюшной полости).
- Аускультация живота.
- Глубокая, скользящая, топографическая, методическая пальпация живота по Образцову - Стражеско.
- Определение болевых точек и болевых симптомов.

•Осмотр

•1. Форма и симметричность:

- симметричное увеличение в объеме;
- ассиметричное выбухание;
- впалый живот

•2. Участие живота в акте дыхания:

- не участвует в акте дыхания;
- участвует в акте дыхания неравномерно;
- абдоминальный парадокс

•3. Грыжи:

- пупочная;
- паховая;
- грыжа белой линии живота

•4. Аномальные проявления:

- кровоподтеки (экхимозы);
- расширение подкожных вен;
- стрии;
- послеоперационные рубцы

•5. Основные изменения пупочной области:

- возвышения пупка пурпурного цвета
- со сдвигом от вертикальной линии

•Пальпация

•1. Поверхностная пальпация:

- болезненность;
- напряжение мышц брюшной стенки;
- расхождение прямых мышц живота, грыжи белой линии и пупочного кольца;
- увеличение внутренних органов;
- опухолевые образования

•2. Глубокая пальпация:

- размеры;
- консистенция;
- болезненность органов брюшной полости

•Аускультация:

- кишечные шумы;
- систолический шум над брюшным отделом аорты и почечными артериями;
- шум трения над областью печени и селезенки;
- шум плеска

Порядок глубокой, скользящей, топографической, методической пальпации живота по Образцову - Стражеско

- сигмовидная кишка
- нисходящая
- слепая
- восходящая
- поперечно-ободочная
- конечный отрезок подвздошной кишки
- червеобразный отросток (аппендикс)
- желудок
- печень и область желчного пузыря
- селезенка.

СИНДРОМ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ

- Желудочная диспепсия – симптомокомплекс, развивающийся вследствие нарушения полостного пищеварения (от греч. dys – нарушение функции, perisio - пищеварение).
- *Этиология*: гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, рак желудка, болезни печени и желчевыводящих путей, панкреатит.
- *Патогенез*: нарушение секреторной, моторной и эвакуаторной функций желудка.
- *Жалобы*: нарушение аппетита (снижение, повышение, отсутствие аппетита, боязнь приёма пищи, отвращение к ряду пищевых продуктов), отрыжка воздухом и пищей (кислая, с запахом прогорклого масла или сероводорода), изжога, тошнота, рвота.
- *Осмотр*: снижение массы тела, сухость, бледность кожного покрова, язык обложен налетом, иногда со сглаженными сосочками.
- *Пальпация*: болезненность и мышечное напряжение в проекции нижней границы и пилорического отдела желудка.

СИНДРОМ НАРУШЕНИЯ ЭВАКУАЦИИ ИЗ ЖЕЛУДКА

- Синдром нарушения эвакуации из желудка – симптомокомплекс, развивающийся вследствие рубцовых изменений, отека или спазма пилородуоденальной зоны.
- *Этиология*: послеязвенный и опухолевый пилоростеноз.
- *Патогенез*: затруднение эвакуации из желудка в двенадцатиперстную кишку через суженный пилорический канал.
- *Жалобы*: чувство тяжести и переполнения в подложечной области, отрыжка «тухлым яйцом», рвота съеденной накануне пищей, приносящая облегчение, похудание.
- *Осмотр*: снижение массы тела, сухость и шелушение кожи, снижение тургора и эластичности кожи, видимая перистальтика в проекции желудка.
- *Пальпация*: "мышинный писк" в области пилорического отдела желудка.
- *Перкуссия*: "шум плеска" в подложечной области через 7—8 часов после приёма пищи (симптом Василенко), смещение нижней границы желудка ниже пупка.
- *Рентгеноскопия*: содержание жидкости натощак и задержка эвакуации контрастного вещества из желудка.

СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ

- Кишечная диспепсия – симптомокомплекс, развивающийся вследствие нарушения пристеночного пищеварения в кишечнике.
- *Этиология*: хронический энтерит, колит, энтероколит, панкреатит, дисбактериоз.
- *Патогенез*: нарушение процессов газообразования, перистальтики, всасывания и равновесия между бродильной и гнилостной флорой кишечника.
- *Жалобы*: вздутие живота, урчание, нарушение стула (жидкий стул, запоры).
- *Осмотр*: похудание, бледность и сухость кожного покрова, малиновый язык, вздутие живота.
- *Пальпация*: болезненность и напряжение по ходу толстого кишечника, изменение эластичности и подвижности того или иного отдела толстой кишки, урчание .
- *Перкуссия*: тимпанический перкуторный звук.

СИНДРОМ НАРУШЕННОГО ВСАСЫВАНИЯ (СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ)

•Причины:

•*Недостаточность пищеварения:*

- снижение экскреторной функции поджелудочной железы;
- недостаток желчных кислот при болезнях печени;
- гастрэктомия, гастроэнтеростомия

•*Нарушение всасывания в тонкой кишке:*

- уменьшение площади всасывающей поверхности (резекция тонкой кишки);
- инфильтрация кишечной стенки (болезнь Крона, амилоидоз);
- повреждение слизистой оболочки (целиакия, тропическое спру)

•Причины

•*Нарушение кровоснабжения кишки и лимфоот-*

•*тока:*

- атеросклеротическое поражение брыжеечных артерий;
- лимфома;
- туберкулез брыжеечных лимфатических узлов

•*Повышенная экссудация белка в просвет ЖКТ:*

- экссудативная энтеропатия;
- заболевания желудка (гипертрофический гастрит, рак желудка, синдром Золлингера–Эллисона);
- патология толстой и тонкой кишок (целиакия, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит);
- повышение давление в лимфатических сосудах

СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ

- **Критерии диагностики:**

- – стеаторея;
- – снижение в крови содержания альбумина,
- холестерина, протромбина, кальция;
- – тест с D-ксилозой;
- – биопсия слизистой тощей кишки;
- – расширение петель тонкой кишки, участки уплотнения при рентгеноконтрастном исследовании ЖКТ

- **Клиника.**

- Сонливость, депрессия, психические нарушения, ангулярный стоматит, глоссит (дефицит вит. В2, В12, железа), плохое заживление ран (дефицит белка, витамина С, цинка).
- Диарея, стеаторея, боли в животе, атрофия мышц (дефицит белка). Колоний (дефицит железа), гемorragии и кровоточивость (дефицит витаминов К и С), расстройство сумеречного зрения (дефицит витамина А), фоликулярный Гиперкератоз (дефицит витамина А), парестезии, тетании (дефицит Са²⁺ и Mg²⁺), остеомалация, боли в костях (дефицит витамина D, Са²⁺), периферическая нейропатия (дефицит витаминов В1, В12), отеки (гипоальбуминемия)

СИНДРОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

- *Этиология:* язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивный гастрит, полипы, рак желудка и кишечника, неспецифический язвенный колит, портальная гипертензия, геморрой.
- *Патогенез:* появление образовавшегося в желудке солянокислого гематина, или алой крови (из вен пищевода, геморроидальных вен) в рвотных массах и кале.
- *Жалобы:* рвота "кофейной гущей", кал черного цвета (дегтеобразный) или с примесью алой крови, общая слабость, головокружение, сердцебиение, "мелькание мушек" перед глазами, шум в ушах, тошнота, сухость во рту.
- *Осмотр:* бледность кожного покрова, холодный липкий пот, тахипноэ.
- *Пальпация:* пульс частый, слабого наполнения и напряжения (нитевидный).
- *Артериальное давление:* снижено.
- *Диурез:* олигурия (выделение мочи менее 60 – 70 мл/ч)
- *Кал:* дегтеобразный (мелена).
- *Анализ крови:* анемия нормо- или гипохромная.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

- **Причины:**

- – язвенная болезнь;
- – разрывы варикозно расширенных вен пищевода;
- – опухоли желудка и двенадцатиперстной кишки;
- – гастрит или эрозия желудка;
- – эзофагит или язва пищевода;
- – дуоденит;
- – разрывы слизистой оболочки кардиальной части желудка (синдром Маллори–Вейсса)

- **Проявления:**

- – головокружение, слабость, холодный пот, бледность кожных покровов,
- тахикардия;
- – понижение АД;
- – в крови может быть анемия, лейкоцитоз, понижение гемоглобина, ретикулоцитоз;
- – рвота с примесью крови;
- – рвота в виде «кофейной гущи»;
- – мелена;
- – положительная реакция кала на скрытую кровь;
- – примесь алой крови в кале

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

• Синдром раздраженной толстой кишки

—

• устойчивая совокупность функциональных расстройств, проявляющихся болью

• и/или дискомфортом в животе (уменьшающихся после дефекации), изменением частоты и консистенции стула и сочетаю-

• щихся не менее чем с двумя стойкими (не менее 3 мес в году) симптомами нарушения функции кишечника:

- — изменение частоты стула;
- — изменение акта дефекации;
- — изменение консистенции кала;
- — выделение слизи с калом;
- — метеоризм

• Причины

- — депрессия, психические нарушения;
- — нерегулярный прием пищи;
- — перенесенные острые кишечные инфекции

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

• **Диагностика**

- 1. Отсутствие изменений при исследовании кала
- 2. Рентгенологическое исследование (ирригоскопия, ирригография) – признаки дискинезии:
 - – неравномерное заполнение и опорожнение;
 - – чередование спастически сокращенных и расширенных участков
- Колоноскопия с проведением биопсии:
 - – отсутствие признаков воспалительных изменений

• **Клиническая картина**

• ***Жалобы:***

- – спастические боли в животе;
- – запоры и/или диарея (до 3–4 раз в 1 сут, чаще по утрам);
- – метеоризм

• ***Осмотр:***

- – вздутие живота

• ***Пальпация:***

- – болезненность во всех отделах ободочной кишки;
- – сигмовидная кишка спазмирована
- урчание

Лабораторные методы исследования больных с заболеваниями ЖКТ

- **Исследование секреторной функции желудка**
- Исследование желудочной секреции — неотъемлемая часть комплексной диагностики функционального состояния слизистой оболочки желудка.
Наиболее достоверные данные о желудочной секреции можно получить при изучении желудочного сока.
- **1. Методы получения желудочного сока для исследования.**
- **Зондовое исследование.** Такое исследование позволяет получить чистый желудочный сок, изучать секрецию длительно в различные периоды секреторного цикла, оценивать не только качественный, но и количественный состав желудочного сока, т. е. обеспечивать получение максимальной информации о состоянии слизистой оболочки желудка.
- **Химическое исследование желудочного сока.** В каждой порции определяют свободную соляную кислоту, общую кислотность, связанную соляную кислоту, молочную кислоту, в порции с максимальной кислотностью — количество пепсина.

Лабораторные методы исследования больных с заболеваниями ЖКТ

- **Микроскопическое исследование желудочного сока.** У здорового человека находят преимущественно клетки полости рта — плоский эпителий и лейкоциты. Наличие остатков пищи — мышечных волокон, жира, жирных кислот, клетчатки — свидетельствует о нарушении эвакуации пищи из желудка. Если застоявшийся сок кислый, в нем обнаруживаются сарцины, если кислотность отсутствует — палочки молочнокислого брожения.
- **Внутрижелудочная рН-метрия.** В ходе этого исследования определяется концентрация водородных (H^+) ионов в просвете желудочно-кишечного тракта на разных уровнях, в зависимости от цели данной процедуры. Недостаток рН-метрии
- заключается в том, что этот метод оценивает лишь концентрацию ионов водорода и не предоставляет данных об объеме секреции.

Лабораторные методы исследования больных с заболеваниями ЖКТ

- **Исследование концентрации гастрина в сыворотке крови.**
Исследование содержания сывороточного гастрина играет большую роль в распознавании синдрома Золлингера—Эллисона (гастрин-продуцирующей опухоли с преимущественной локализацией в поджелудочной железе и обычно сочетающейся с трудно рубцующимися язвами в желудке и двенадцатиперстной кишке). При этом синдроме концентрация сывороточного гастрина превышает нормальные показатели в несколько раз. Умеренно выраженная гипергастринемия наблюдается также при стенозе привратника, В12-дефицитной анемии, хронической почечной недостаточности и некоторых других заболеваниях. Определение уровня сывороточного гастрина проводится радиоиммунным , иммуноферментным методами и с помощью масспектрометрии .

Лабораторные методы исследования больных с заболеваниями ЖКТ

- **Исследование слизиобразующей функции желудка.** Для оценки состояния слизиобразующей функции желудка в настоящее время
 - применяют и непосредственный анализ слизистой пленки, прилегающей к эпителиальным клеткам слизистой оболочки желудка, в частности определение ее толщины. Измерение проводят с помощью специального потенциалосъемника, который вводят в желудок через биопсионный канал эндоскопа.
- **Исследование двигательной функции желудка.**
- Современные методы исследования моторики желудка позволяют оценить тонус мышечной стенки желудка, его перистальтическую активность натощак и после приема пищи, внутрижелудочное давление, характер эвакуации желудочного содержимого. С этой целью часто используется баллонно-кимографический метод. Данный метод предполагает применение тонких одно- или многоканальных зондов.

Лабораторные методы исследования больных с заболеваниями ЖКТ

- *Ощеклинический анализ кала*
- *1. Макроскопическое исследование:*
- В норме кал коричневого цвета, оформленный без примесей слизи, гноя, крови,
- непереваренная клетчатка отсутствует;
- – при стеаторее – вид «дрожжевого теста»;
- – при механической желтухе – серовато-белый (ахоличный);
- – при кровотечении из верхних отделов ЖКТ – дегтеобразный (мелена);
- – при кровотечении из нижних отделов ЖКТ – алая кровь в кале
- *2. Микроскопическое исследование:*
- – большое количество непереваренных мышечных волокон – *креаторея*;
- – высокое содержание жиров – *стеаторея*;
- – избыточное содержание крахмала – *амилорея*;
- – возможно выявление цист простейших и яиц глист, эритроцитов, макрофагов
- *Исследование кала на скрытую кровь*
- *Бактериологическое исследование*

•Лабораторные методы исследования больных с заболеваниями ЖКТ

•Прижизненное морфологическое исследование слизистой оболочки желудка

имеет в настоящее время большое значение в диагностике различных заболеваний желудка. Существует два основных способа получения необходимого материала: с помощью аспирационной (слепой) биопсии и с помощью гастроскопической (прицельной) биопсии.

- Для оценки структурных изменений слизистой оболочки желудка, помимо обычного гистологического исследования, применяется и *морфометрический метод*, позволяющий установить количественные соотношения клеточных элементов желудочных желез.

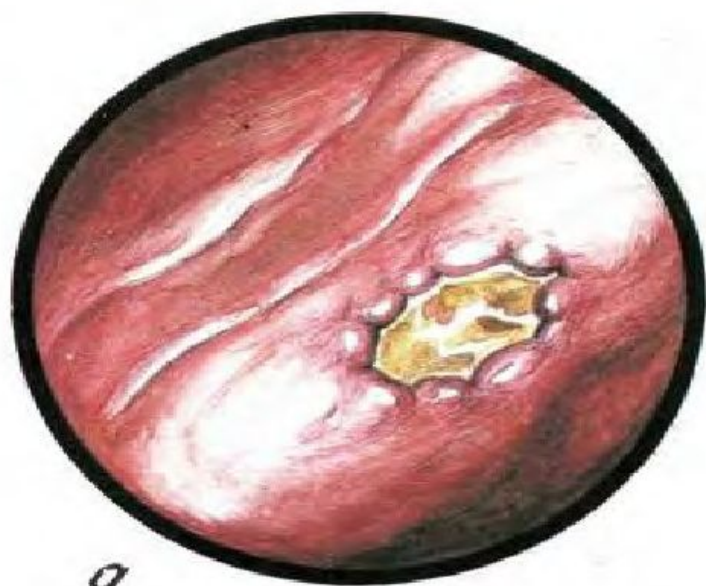
- Для уточнения характера регенерации эпителиальных клеток слизистой оболочки желудка может использоваться метод *гистоавторадиографии*. Он основан на том, что при введении в организм ³H-тимидина мечеными оказываются только те клетки, которые в данный момент синтезируют ДНК. Меченные радиоактивным тритием эпителиальные клетки слизистой оболочки желудка являются источником γ -лучей, засвечивающих фотоэмульсию и обуславливающих появление в этих клетках характерных черных гранул. Оценка распределения меченых эпителиальных клеток в различные сроки после введения ³H-тимидина позволяет судить о характере процессов регенерации слизистой оболочки желудка.

Инструментальные методы исследования

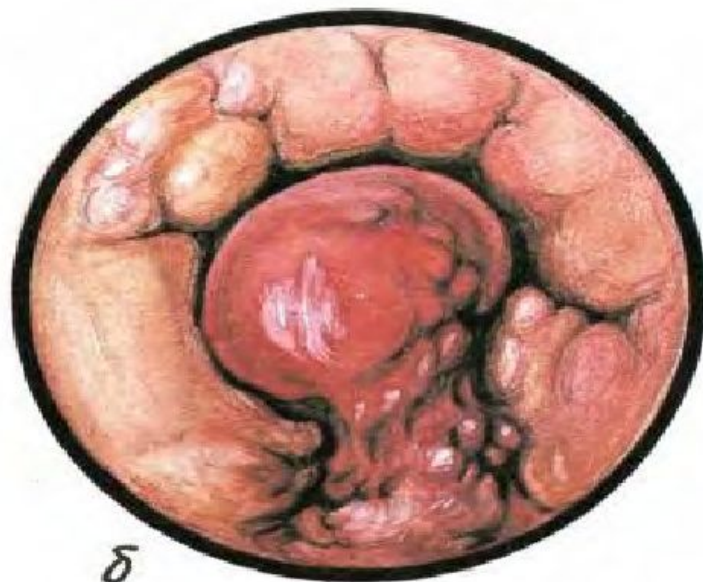
- **1. Рентгенологическое исследование**
- **Обзорный снимок брюшной полости:**
- – наличие свободного газа при перфорации язвы;
- – расширение участков кишечника за счет скопления газов с уровнями жидкости в них при кишечной непроходимости
- **Контрастная рентгенография с взвесью бария:**
- – сужение или расширение различных отделов ЖКТ
- **Ирригоскопия:**
- – контрастное исследование толстой кишки
- **2. УЗИ**
- **3. Эндоскопические исследования**
- Эзофагогастродуоденоскопия – исследование желудка и двенадцатиперстной кишки
- Колоноскопия – исследование толстой кишки
- Ректороманоскопия – исследование прямой и сигмовидной кишок
- **4. КТ**

Инструментальные методы исследования

- **Рентгенологическое исследование**
- Рентгеноскопия и рентгенография относятся к наиболее распространенным методам исследования желудка и широко применяются как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Эти методы позволяют оценить положение и форму желудка, характер рельефа слизистой оболочки, контуры и эластичность стенки желудка, состояние его эвакуаторной функции.
- **Эндоскопический метод. Гастроскопия** представляет собой визуальный осмотр слизистой оболочки желудка, проводимый с помощью специальных гибких аппаратов (гастроуденоскопов), в которых изображение внутренней поверхности желудка передается по световоду, состоящему из множества стеклянных эластичных волокон. Наличие специальной фотографической приставки, соединенной с гастроскопом (гастрокамеры), дает возможность фотографировать различные участки слизистой оболочки.



a



б



в

Рис. 101. Данные гастроскопии при некоторых заболеваниях желудка.

a — острая язва желудка; *б* — кровоточащий полип антрального отдела желудка; *в* — хроническая язва желудка.

• **Ультразвуковое исследование желудка**

- В последние годы в диагностике заболеваний желудка стали применять ультразвуковое исследование.
- **Эхографию желудка** проводят натощак, при различном положении больного (лежа, сидя, стоя и с поворотом). При изменениях стенки желудка (опухоль, полипы, язвенные поражения) ультразвуковое исследование позволяет выявить локальные утолщения стенки желудка, оценить его поперечник, а также протяженность патологического процесса по длиннику желудка. Продолжение ультразвукового исследования желудка после приема больным 200—400 мл воды дает возможность оценить тонус желудка, его перистальтику, эвакуаторную функцию. В настоящее время созданы аппараты, позволяющие одновременно проводить ультразвуковое и эндоскопическое исследования. При этом ультразвуковой датчик монтируется непосредственно в эндоскоп и вводится вместе с ним в желудок.

Основные методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori* и показания к их применению

Метод диагностики	Показания к применению	Чувствительность, %	Специфичность, %
Серологический	Скрининговая диагностика инфекции НР	90	90
Микробиологический	Определение чувствительности НР к антибиотикам	80–90	95
Морфологический	Первичная диагностика инфекции НР у больных язвенной болезнью	90	90
Быстрый уреазный тест	Первичная диагностика инфекции НР у больных язвенной болезнью	90	90
Дыхательный тест	Контроль полноты эрадикации	95	100

• СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ