

# Методы исследования ЖКТ

# Жалобы

## 1. Абдоминальные боли

**Механизм возникновения болей:**

**-дистензионные боли обусловлены растяжением стенки полого органа и натяжением их связочного аппарата и характеризуются следующими признаками:**

**-возникают постепенно;**

**-тупые, тянущие;**

**-мало интенсивные;**

**-длительные;**

**-не имеют зон иррадиации;**

**-локализованы в месте образования (над поражённым органом);**

**-не снимаются спазмолитиками;**

**-наблюдаются при: хроническом атрофическом гастрите; атонии желудка; гастроптозе; метеоризме; кишечной непроходимости;**

**2. спастические боли обусловлены спазмом гладкой мускулатуры полых органов, для них характерны следующие признаки:**

- внезапно начинаются и также внезапно заканчиваются;**
- интенсивные;**
- имеют типичную иррадиацию;**
- локализованы не в месте образования, а в области солнечного сплетения;**
- облегчаются приёмом спазмолитиков;**
- наблюдаются при:**
  - язвенной болезни;**
  - энтеритах;**
  - колитах;**
  - отравлениях свинцом, мышьяком;**
  - гельминтозах;**
  - употреблении большого количества трудно перевариваемой пищи;**

**3. перитонеальные боли связаны с переходом воспаления на париетальную плевру или перфорацией полых органов и характеризуются следующими особенностями:**

- возникают остро при прободении или постепенно при воспалении органов;**
- постоянные, непрерывно усиливающиеся вплоть до нестерпимых болей;**
- усиливаются при перемене положения тела, глубоком дыхании, тряской езде;**
- наблюдаются при:**
  - прободении полых органов;**
  - перигастритах, перидуоденитах;**
  - спаечной болезни кишечника;**

**4. сосудистые боли, развивающиеся в результате острого нарушения кровообращения в органах (спазм, эмболия, тромб), для этих болей характерны следующие критерии:**

- начинаются внезапно;**
- постоянные, непрерывно усиливающиеся вплоть до нестерпимых болей;**
- разлитые;**
- при некрозе органов присоединяются перитонеальные боли;**
- наблюдаются при тромбозе мезентериальных сосудов, брюшной жабе.**

# Клинические особенности болей при заболеваниях желудка и двенадцатипёрстной кишки

- Локализованы в эпигастральной области при заболеваниях желудка, либо в эпигастрии и правом подреберье – при заболеваниях 12-перстной кишки.
- Могут иррадиировать в левое подреберье, спину, иногда лопатки.
- Связаны с приёмом острой пищи и временем приёма пищи; в связи с этим выделяют:

Пранние боли, возникающие через 30-40 минут после приёма пищи и характерны

**Клинические особенности болей при  
заболеваниях желудка и  
двенадцатипёрстной кишки**

**Погодные или ночные боли, которые  
появляются натощак и на время стихают  
после приёма пищи; эти боли  
характерны для поражения 12-перстной  
кишки.**

• Отличаются **периодичностью**  
появления болей, что характерно для  
язвенной болезни 12-перстной кишки:

✓ чередование болевых периодов  
длительностью от нескольких недель с  
периодами хорошего самочувствия в



## Особенности болей при заболеваниях кишечника

- Не связаны с временем приёма пищи.
- Отчётливо связаны с актом дефекации:
  - при поражении тонкого кишечника нередко облегчаются после дефекации или отхождении газов;
  - при поражении прямой кишки усиливаются боли во время и после акта дефекации.
- При поражении сигмы и прямой кишки боли могут сочетаться с тенезмами (болезненные ложные позывы на акт дефекации, сопровождаемые

**2. Отрыжка** – это внезапное и непроизвольное выхождение через рот газов из желудка при открытии кардия.

**Виды отрыжки:**

- воздухом (у невротических личностей);
- прогорклым маслом из-за избыточного образования масляной, молочной и др. кислот при усилении брожения (атрофический гастрит, рак желудка);
- отрыжка кислым указывает на повышенную кислотность желудочного сока (неатрофический гастрит, язвенная болезнь 12-перстной кишки);
- отрыжка горького вкуса указывает на заброс желчи из 12-перстной кишки в желудок (язвенная болезнь, рак желудка, неатрофический гастрит);
- нилотная отрыжка за счёт выделения газов, содержащих сероводород при гниении (стеноз желудка, привратника на почве рака, язвенной болезни).

### **3. Изжога и её причины**

- Недостаточность кардиального сфинктера (язвенная болезнь, грыжа пищеварного отверстия диафрагмы – при нормальной или пониженной кислотности желудочного сока).**
- Гипермоторика желудка (язвенная болезнь, употребление большого количества пищи).**
- Повышение кислотности желудочного сока (язвенная болезнь).**
- Повышение внутрибрюшного давления (метеоризм, беременность, абдоминальное ожирение).**

которого содержимое желудка извергается наружу. Непосредственной причиной рвоты является раздражение рвотного центра, что может быть обусловлено:

усиленной афферентной импульсацией из различных рефлекторных зон: желудка, желчного пузыря, поджелудочной железы, аппендикса, мочеточника, матки, брюшины и т.п.; это так называемая рефлекторная рвота;

раздражением рвотного центра при заболеваниях головного мозга (инсульт, отёк мозга, повышение внутричерепного давления при гипертоническом кризе, травмах головного мозга и т.п.) или токсическом воздействии на рвотный центр при почечной, печёночной недостаточности, диабетической коме, токсикозе беременных и т.д. Это рвота центрального генеза.

□ Особенности рвоты центрального генеза:

- возникает на высоте церебральных расстройств (головные боли, головокружение, повышение АД);
- начинается внезапно, без предшествующей тошноты;
- не приносит облегчения.

Особенности желудочной рефлексорной рвоты:

- возникает на высоте (через 0,5-1,5 часа после еды);
- ей предшествует тошнота;
- обильная;
- приносит облегчение и уменьшает боль.

**Особенности рефлекторной рвоты, обусловленной поражением других внутренних органов:**

- возникает внезапно, без предшествующей тошноты;**
- необильная;**
- не приносит облегчения.**

**Особое значение имеет характер рвотных масс:**

- примесь крови или вид «кофейной гущи» - признак желудочного кровотечения;**
- рвота кислым содержимым в утренние часы – маркёр ночной гиперсекреции;**
- рвота с большим содержанием слизи в утренние часы натощак – хронический гастрит (особенно у алкоголиков);**
- рвота пищей, съеденной 1-2 дня назад с гнилостным запахом характерна для застоя пищи в желудке при стенозе привратника;**
- каловый запах при непроходимости кишечника, что обусловлено антиперистальтическими сокращениями кишечника с поступлением в желудок его содержимого.**

**Самыми грозными осложнениями рвоты являются:**

- электролитные нарушения (гипокалиемия, гипохлоремия вплоть до развития гипохлоремической комы);**
- нарушения кислотно-щелочного равновесия (метаболический алкалоз);**
- обезвоживание организма с уменьшением объёма циркулирующей крови;**
- снижение массы тела.**

**5. Изменение аппетита обусловлено изменением возбудимости пищевого центра.**

**--Снижение аппетита при атрофическом гастрите.**

**--Анорексия – отсутствие аппетита, часто сочетающееся с отвращением к пище, характерна для рака желудка.**

**--Повышение аппетита часто наблюдается при язвенной болезни 12-перстной кишки.**

**В.метеоризм** – это вздутие живота вследствие скопления в кишечнике газов и обусловлено следующими факторами:

- повышенным образованием газов в кишечнике при брожении и гниении (синдром недостаточности пищеварения, мальабсорбции, синдроме дисбиоза, чрезмерном употреблении грубой растительной клетчатки и т.п.);
- пониженным всасыванием газов в кишечнике при нормальном их образовании (портальная гипертензия, застой в большом круге кровообращения);
- нарушением выделения газов из кишечника (атония, непроходимость кишечника); при тонкокишечной непроходимости – вздутие равномерное, преимущественно в околопупочной области, а при толстокишечной – по боковым отделам живота;
- парезом кишечника любого происхождения.

**Урчание** – это наличие шумов в животе, обусловленных столкновением газов и жидкости при их прохождении через узкое отверстие; встречается при:

- кишечной непроходимости;
- усилении процессов брожения в кишечнике.

**7. Понос – это учащённое или однократное опорожнение кишечника с выделением жидких каловых масс. Механизм поносов:**

**--усиление перистальтики кишечника, что приводит к сокращению времени контакта, необходимого для адекватной абсорбции жидкости (синдром раздражённого кишечника, эндокринные дискинезии); это гипермоторная диарея;**

**--увеличение осмолярности кишечного содержимого (приём осмотических слабительных, дефицит лактазы, болезнь Уиппла, амилоидоз, лимфома кишечника); это осмотическая диарея;**

**--повышенная секреция жидкости в просвет кишки (бактериальные токсины при холере, желудочно-кишечные гормоны при гормонально-активных опухолях кишечника, жирные и желчные кислоты); это секреторная диарея;**

**--повышенная секреция экссудата при воспалении кишечника (язвенный колит, болезнь Крона и т.п.); это гиперэкссудативная или воспалительная диарея.**

- воспаление слизистой оболочки тонкой кишки (энтериты);**
- воспаление слизистой оболочки толстой кишки (колиты);**
- снижение секреторной функции желудка (ахилия) при атрофическом гастрите, раке желудка;**
- снижение внешнесекреторной функции поджелудочной железы (панкреатиты, рак);  
гепатогенные (хронический гепатит, цирроз печени);**
- эндокринные (болезнь Аддисона, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы);**
- метаболические (амилоидоз, авитаминозы, системные заболевания соединительной ткани).**

# Клинические особенности поносов

## Энтерические:

умеренное учащение стула до 4-6 раз в сутки;

обильные испражнения с остатками непереваренной пищи;

характерна стеаторея (жирный кал);

нередко сопровождаются болями вокруг пупка;

могут сопровождаться истощением больных, трофическими расстройствами, витаминной недостаточностью, электролитными нарушениями и т.п. из-за нарушения пищеварения и всасывания.

# Клинические особенности поносов

## Колитические:

- очень частый стул до 10-15 раз в сутки;
- испражнения скудные с примесью слизи и крови;
- испражнения не содержат остатков непереваренной пищи;
- сопровождаются тенезмами;
- не отражаются на общем самочувствии больных.

## Ахилические:

- стула до 4-6 раз в сутки;
- испражнения тёмного цвета, с остатками непереваренной пищи;
- гнилостный запах испражнений (нарушение переваривания белков);
- сопровождаются чувством переполнения и тупыми распирающими болями в эпигастре дистензионного характера.

## Клинические особенности поносов

- **Панкреатические:**

- -умеренное учащение стула до 4-6 раз в сутки;
- -обильные испражнения (полифекалия);
- -стеаторея (нарушено переваривание жиров);
- -гнилостный запах испражнений;
- - сопровождается болями в верхней половине живота, часто опоясывающего характера; метеоризмом, значительным похуданием.

- Наиболее опасным **осложнением** поносов является **обезвоживание:**

- -жажда;
- -кожа сухая;
- -язык сухой;
- -гипотония;
- -тахикардия;
- -снижение диуреза, вплоть до анурии.

# Запоры

**9. Запоры – это нарушение опорожнения кишечника, выражающиеся в увеличении интервалов между актами дефекации сверх индивидуальной нормы или затруднении стула, при котором испражнения имеют ненормально плотную консистенцию.**

## **Основные механизмы запоров**

**Расстройство двигательной функции кишечника, может быть обусловлено:**

**понижением тонуса мускулатуры кишечной стенки (атонические запоры) и встречаются:**

- при скудном питании;**
- недостаточном содержании в пище растительной клетчатки;**
- при малоподвижном образе жизни;**
- при неправильном ритме питания;**
- при нарушениях нервной регуляции моторной функции кишечника у больных с органическими заболеваниями нервной системы (инсульт, опухоли, менингиты и др.);**