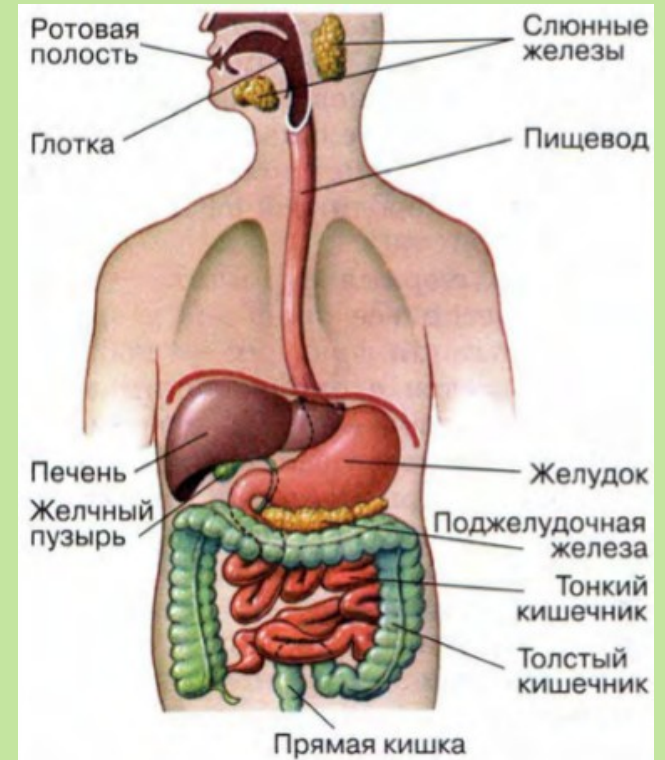


Лекция 3

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ



ОСТРЫЙ ГАСТРИТ (ОГ)

Острый гастрит - воспалительное поражение слизистой оболочки желудка, сопровождающееся нарушением секреции и моторики.

Основные этиологические моменты:

- нарушение питания (прием грубой пищи, употребление очень острых, слишком горячих или чрезмерно холодных продуктов, переедание, злоупотребление алкоголем),
- **пищевые токсикоинфекции.**

Симптомы (через 2-4-8 час. после попадания раздражителя в желудок):

- потеря аппетита,
- неприятный вкус во рту,
- тошнота и рвота (обильная, с остатками непереваренной пищи),
- боли в эпигастрии тупые, распирающие,
- может быть повышение температуры.

Осмотр:

- язык обложен сероватым налетом,
- живот пальпаторно мягкий, болезнен в эпигастральной области.

ОТРАВЛЕНИЯ КОНЦЕНТРИРОВАННЫМИ КИСЛОТАМИ И ЩЕЛОЧАМИ (эрозивный гастрит)

Симптомы:

- рвота многократная с кровью;
- жжение во рту, по ходу пищевода;
- боли в эпигастрии интенсивные;
- живот при пальпации мягкий, резко болезненный в эпигастрии.



ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ (ХГ)

ХГ — воспалительное поражение слизистой оболочки желудка, сопровождающееся её дистрофическими изменениями.

Виды (типы) хронических гастритов:

Атрофический гастрит (аутоиммунный, типа А).

Характеризуется низкой кислотностью желудочного сока.

Геликобактерный гастрит (типа В). Составляет 90% всех гастритов.

Кислотность желудочного сока повышена.

Этиология и патогенез хронического гастрита

Гастрит типа А: снижение иммунологической реактивности, обычно наследственно обусловленной. Происходит выработка антител к обкладочным клеткам желудка – это приводит к тяжелой атрофии желез слизистой оболочки фундального отдела желудка.

Гастрит типа В: Микроб *Helicobacter pylori*
(геликобактерия)

Микроб размножается в слизистой оболочке желудка и стимулирует выделение соляной кислоты.

В патогенезе развития гастритов важная роль отводится нарушению регенерации слизистой оболочки желудка, недостаточному кровообращению стенки желудка (при артериальной гипертонии, сахарном диабете), дуодено-гастральному рефлюксу желчи.

Желчные кислоты и лизолецитин при забросе в желудок оказывают цитолитическое действие на слизистую оболочку, вызывая разрушение липидных структур, дегенерацию желудочной слизи.

Жалобы пациентов

в фазе обострения зависят от вида гастрита

При атрофическом гастрите:

- 1. Болевой синдром.** Боли возникают сразу после еды, по характеру тупые, ноющие, усиливаются при ходьбе и в положении стоя.
- 2. Диспептический синдром:** снижение аппетита, срыгивание, отрыжка «тухлыми яйцами», тошнота, рвота.
- 3. Может быть синдром кишечной диспепсии:** вздутие и урчание в животе, склонность к поносам, особенно после употребления молока.

При геликобактерном гастрите:

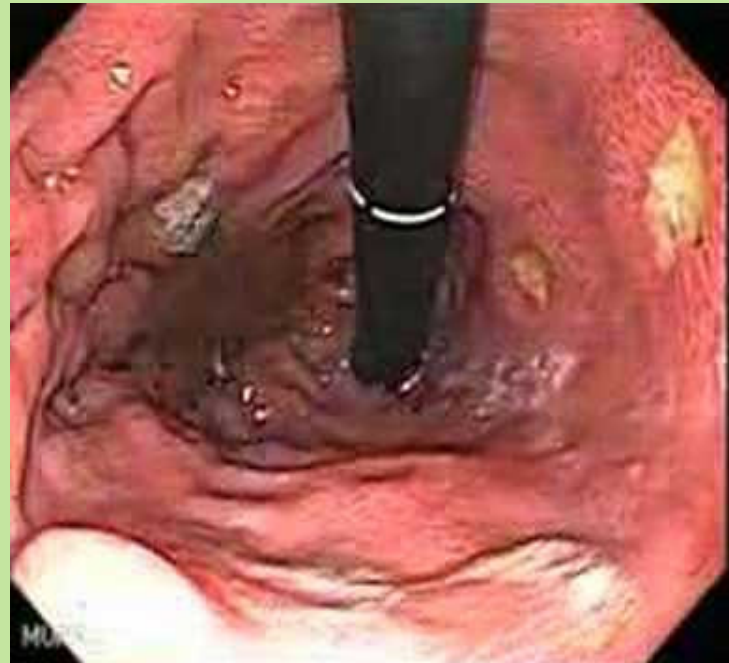
- 1. Болевой синдром.** Боли возникают натощак, стихают после приема пищи и щелочей.
- 2. Диспептический синдром:** отрыжка кислым, изжога.
- 3. Стул со склонностью к запорам.**

Осмотр:

- снижение массы тела,
- язык обложен белым налетом,
- живот при пальпации мягкий, болезнен в области эпигастрия.

Дополнительные методы обследования

1. ФГДС с прицельной биопсией.
2. Исследование желудочной секреции (по показаниям)
2. Рентгенологическое исследование.



Гастриты: поверхностный и геликобактерный



ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки – это хроническое заболевание с образованием дефекта в слизистом и подслизистом слоях с исходом в соединительнотканый рубец.

Этиология:

- Геликобактерия (*Helicobacter pylori*) - наиболее частая причина.
- Наследственная предрасположенность (язвенная болезнь у близких родственников, 0 (1) группа крови).
- Длительный прием медикаментов, обладающих ульцерогенным действием (ulcer – язва), например, аспирин.

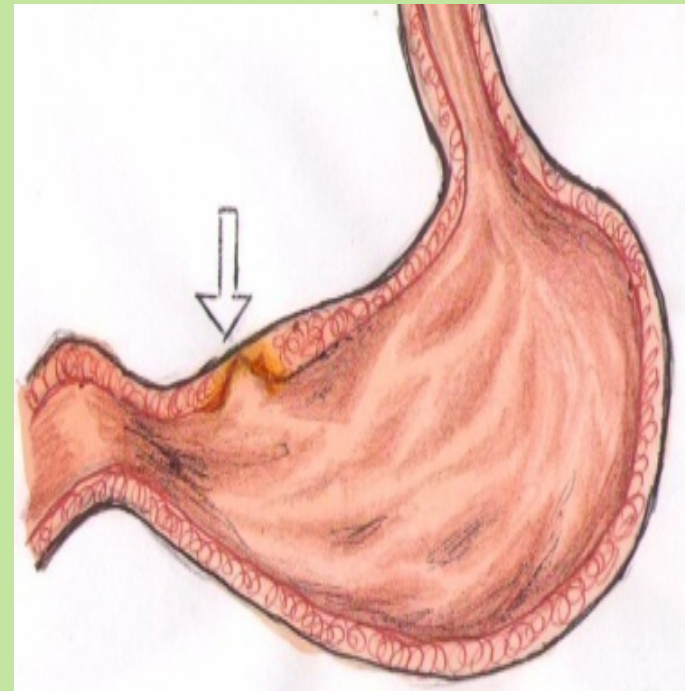
Факторы риска:

- профессиональные вредности,
- нарушение режима и характера питания,
- алкоголизм, курение,
- хронические заболевания внутренних органов (холециститы, панкреатиты, гепатиты),
- стрессы,
- местные нарушения трофики желудка и 12-перстной кишки,
- воздействия внешней среды (изменения влажности, атмосферного давления, переход от биологического лета к зиме и наоборот).

Механизм развития заболевания заключается в нарушении равновесия между факторами агрессии и факторами защиты.

Факторы защиты: слизистый барьер, бикарбонаты, регенерация клеток.

Факторы агрессии: кислотно-пептический, нарушения кровообращения в желудке, задержка опорожнения, дуоденально-желудочный рефлюкс (заброс содержимого 12-перстной кишки в желудок).



*Схема язвы желудка
в зоне малой кривизны*

ЖАЛОБЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА:

1. Болевой синдром. Боли в эпигастрии ранние, возникают через 0,5-1,5 часа после еды, усиливаются при погрешности в диете, как правило, без иррадиации.

2. Диспептический синдром:

(тошнота, отрыжка воздухом, рвота на высоте боли или изжоги, склонность к запорам).

ЖАЛОБЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-П/К:

2. Болевой синдром. Боли в эпигастрии поздние (через 2-3 после еды), «голодные» и «ночные» боли.

Локализация боли – область эпигастрия, реже - правое подреберье.

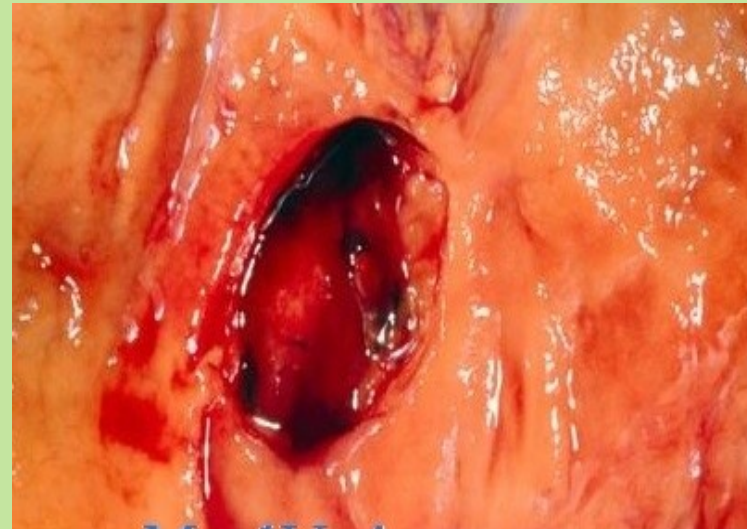
2. Диспептический синдром выражен ярко: изжога, кислые и срыгивания, рвота, приносящая больному облегчение, запоры.

Осмотр

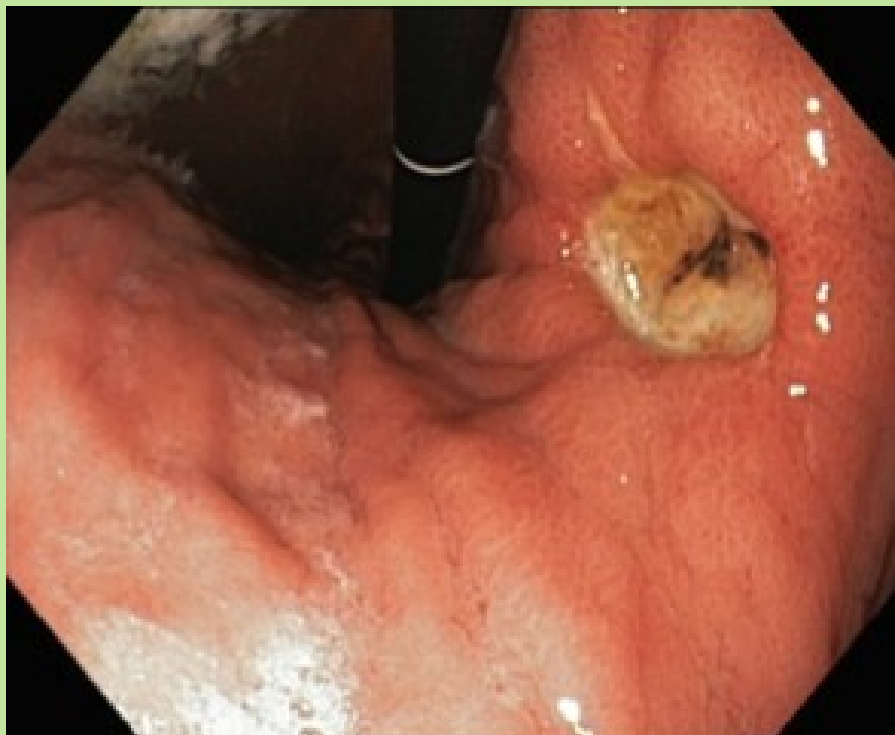
- снижение массы тела, иногда значительное,
- при пальпации живот мягкий, болезнен в области эпигастрия.

Дополнительные методы обследования:

- 1. Основные методы диагностики – рентгенологический и эндоскопический:**
 - прямой рентгенологический признак - язвенная ниша,
 - при ЭГДС - язвенные дефекты. Преимущество метода - взятие материала на биопсию для исключения ракового процесса.
- 2. По показаниям - фракционное желудочное зондирование для определения уровня кислотности.**
- 3. Кал на скрытую кровь для исключения желудочно-кишечного кровотечения.**
- 4. Уреазный тест (CLO-тест и др.)**



ЯЗВА

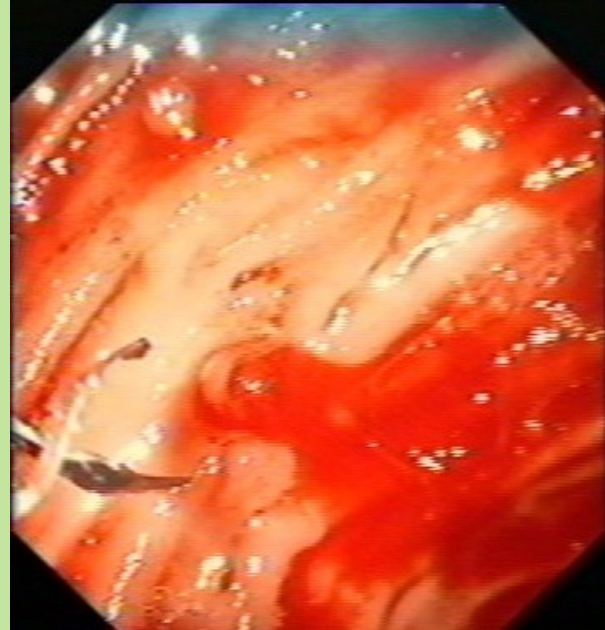


ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

- 1. Кровотечение**
- 2. Перфорация**
- 3. Пенетрация**
- 4. Стеноз привратника**
- 5. Малигнизация**

1. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

- усиление боли в эпигастрии или внезапное прекращение боли (симптом Бергмана),
- рвота «кофейной гущей»,
- дегтеобразный стул – мелена,
- симптомы сосудистой недостаточности:
 - * слабость, головокружение,
 - * темная пелена или мелькание «мушек» перед глазами,
 - * бледность кожных покровов,
 - * тахикардия, слабый пульс,
 - * снижение АД.



2. ПЕРФОРАЦИЯ ЯЗВЫ

(перфорация – прободение в брюшную полость)

Симптомы:

- внезапно возникшие интенсивные («кинжальные») боли,
- бледность,
- холодный пот,
- сухость языка,
- резкая болезненность в эпигастрии при пальпации живота,
- положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

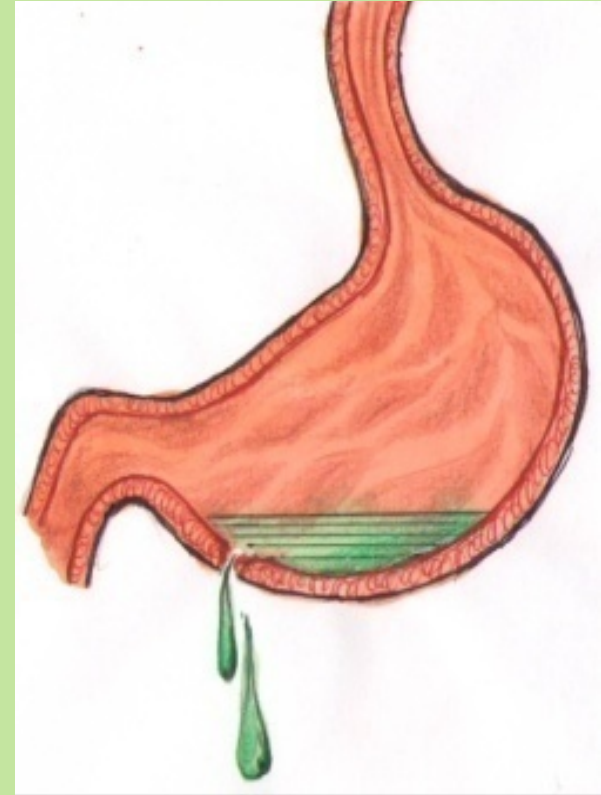


Схема прободной язвы желудка

3. ПЕНЕТРАЦИЯ (или прикрытая перфорация),

как правило, дает сходную с перфорацией клиническую картину, только при данном состоянии содержимое желудка не попадает в брюшную полость, т.к. место разрыва как бы «прикрыто» другим органом: это может быть брыжейка, поджелудочная железа или сальник. В последнем случае болевой синдром не выражен.

4. СТЕНОЗ ПРИВРАТНИКА

Рубцовое сужение пилорической части желудка приводит к нарушению эвакуации пищи из желудка, усиленным процессам гниения и брожения в нем.

Симптомы:

- резкое снижение аппетита,
- отрыжка тухлым,
- рвота накануне съеденной пищей,
- значительное похудание.

5. МАЛИГНИЗАЦИЯ (озлокачествление) – перерождение язвы в рак.

РАК ЖЕЛУДКА

Причины:

- Воздействие канцерогенов,
- нерегулярное питание,
- преобладание в пище животных жиров, пережаренных продуктов,
- употребление очень горячей пищи,
- раздражение слизистой оболочки острыми приправами.
- никотин и крепкие алкогольные напитки

Патогенез

Рак желудка почти *не возникает на здоровой основе.*

Предраковые (или фоновые) заболевания: хронические гастриты (особенно атрофический), хронические язвы, полипы.

Симптомы

Характерное начало заболевания - «синдром малых признаков»:

- изменение общего самочувствия больного: беспричинная слабость, снижение трудоспособности, быстрая утомляемость,
- немотивированное стойкое снижение аппетита вплоть до отвращения к пище, особенно мясной,
- явления «желудочного дискомфорта»: ощущение переполнения и распираания желудка, чувство тяжести, изредка тошнота и рвота,
- беспричинное прогрессирующее похудание.

Выраженные симптомы на поздних стадиях заболевания:

- боли в эпигастрии, обычно не связанные с употреблением пищи,
- отсутствие аппетита и похудание, чувство быстрого насыщения,
- тошнота, отрыжка и рвота,
- слабость, повышенная утомляемость,
- бледность кожи, снижение её тургора,
- наличие увеличенных лимфатических узлов,
- при осмотре живота возможно выявить выпячивание брюшной стенки в области расположения опухоли,
- при пальпации живота болезненность в эпигастральной области.

Дополнительные методы обследования:

- рентгенологическое,
- ФГДС с биопсией,
- УЗИ (метастазы)
- КТ брюшной полости для выявления метастазов.



ПОЛИП В ЖЕЛУДКЕ



ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Хроническое воспалительное заболевание желчного пузыря с нарушением его функции.

Этиология: бактерии, простейшие (стрептококки, стафилококки, энтерококки, кишечная палочка, лямблии).

Патогенез. При застое желчи изменяются ее физико-химические свойства. К такой измененной желчи может присоединяться инфекция.

Предрасполагающие факторы:

- застой желчи (дискинезия желчевыводящих путей, ожирение, беременность, редкий прием пищи),
- камни желчного пузыря,
- врожденные и приобретенные анатомические аномалии.

Жалобы:

- болевой синдром (боли в правом подреберье через 2-3 часа после употребления жирной, жареной пищи, алкоголя).

Боли тупые, ноющие, с иррадиацией в правую половину шеи, плечо и лопатку.

- диспептический синдром (тошнота, рвота с примесью желчи, привкус горечи во рту),
- метеоризм, нарушение стула, возможно повышение температуры(субфебрильная).

При обследовании пациентов:

- живот при пальпации мягкий, болезнен в правом подреберье,
- положительные симптомы:
 - * Ортнера (боль при поколачивании по правому подреберью),
 - * Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом) - болезненность в точке диафрагмального нерва – между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы,
 - * Гауссмана (боль при поколачивании по области эпигастрия на выпуклом животе).

Дополнительные методы обследования

1. ОАК (в период обострения лейкоцитоз и ускорение СОЭ).
2. Дуоденальное зондирование (в порции «В» - признаки воспаления: хлопья слизи, лейкоциты, бактерии, увеличение плотности),
3. УЗИ (деформация пузыря, стенки утолщены и уплотнены),
4. Холецистография (уменьшение интенсивности тени пузыря, деформация, перегибы, замедленное опорожнение).

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Желчнокаменная болезнь (холелитиаз) – это заболевание, при котором вследствие нарушения обмена холестерина и билирубина образуются камни в желчном пузыре.

Этиология:

- инфекция,**
- глистная инвазия,**
- застой желчи.**
- Предрасполагающий фактор – наследственность.**

Проявляется приступами желчной колики, причиной возникновения которых является погрешность в диете (прием жирной, жареной пищи, печеного).

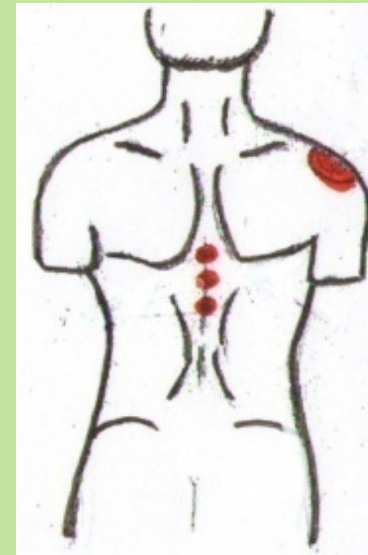
***Патогенез.* Жёлчные камни формируются из основных элементов желчи. Размеры и форма камней варьируют.**

СИМПТОМЫ ПРИСТУПА ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ:

- **сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, руку, ключицу, лопатку . Продолжительность от нескольких минут до нескольких часов (суток),**
- **тошнота и рвота, не приносящая облегчения (без примеси желчи),**
- **живот напряжен, при пальпации резко болезнен в правом подреберье,**
- **язык сухой, умеренно обложенный,**
- **резко положительные симптомы Гауссмана на выпуклом животе, Ортнера, френикус-симптом и др,**
- **болевые точки: лопаточные, точки Халатова (место прикрепления 2-3-4 ребер к грудины справа, точка Кера (2 см вправо и вверх от пупка).**

Дополнительные методы обследования:

- **ОАК: лейкоцитоз, ускорение СОЭ.**
- **рентгенологическое исследование – холецистография,**
- **УЗИ. Самый информативный метод исследования желчного пузыря.**



ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ (ХГ)

Хронический гепатит – воспалительное заболевание печени продолжительностью более 6 месяцев.

Этиология:

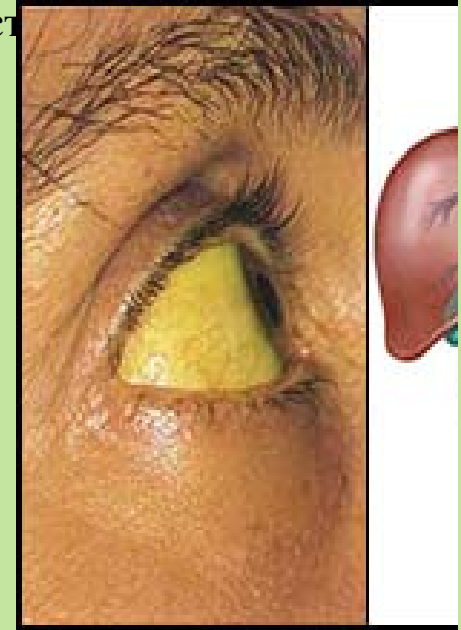
- инфекция (около 90% всех хронических гепатитов: В, С, В+Д),**
- алкоголь,**
- интоксикация,**
- воздействие гепатотоксических лекарственных препаратов,**
- аутоиммунные процессы.**

Патогенез

- 1. Хронический вирусный гепатит**
- 2. Аутоиммунный гепатит**
- 3. Хронический лекарственный гепатит**
- 4. Хронический алкогольный гепатит**

ОБЩИЕ СИМПТОМЫ ХГ:

- болевой синдром присутствует, но выражен незначительно:
боли тупые, ноющие – чувство «тяжести» в правом подреберье,
 - диспептический синдром: вздутие живота, неустойчивый стул,
нарушение аппетита,
 - астено-невротический синдром:
слабость, утомляемость, раздражительность,
- Осмотр:**
- кожные покровы иктеричные,
 - живот при пальпации болезнен
в правом подреберье,
 - увеличение печени.



Дополнительные методы обследования:

- ОАК, группа крови и резус-фактор,
- биохимические исследования крови (белок и белковые фракции, билирубин, холестерин
крови, трансаминазы - АЛТ и АСТ),
- пункционная биопсия печени,
- серологические исследования (HBs-Ag),
- УЗИ печени, селезенки,
- лапароскопия (по показаниям).

ЦИРРОЗЫ ПЕЧЕНИ

Это хроническое прогрессирующее заболевание с поражением паренхимы печени, характеризующееся гибелью печеночных клеток и разрастанием соединительной (фиброзной) ткани.

Цирроз – это итог, или конечная стадия всех хронических заболеваний печени.

Этиология:

- перенесенный в прошлом вирусный гепатит В, С, D;**
- алкоголизм,**
- болезни желчевыводящих путей, приводящие к обструкции желчных протоков,**
- длительное воздействие на печень токсических веществ, ядохимикатов, лекарственных препаратов (хронические профессиональные интоксикации, прием цитостатиков, туберкулостатиков, психотропных средств).**

Патогенез

- 1. Некроз гепатоцитов**
- 2. Избыточное разрастание соединительной ткани и фиброз печени.**
- 3. Нарушение кровоснабжения паренхимы печени за счет уменьшения сосудистого русла и развитие ишемических некрозов гепатоцитов.**

АЛКОГОЛЬНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

Важнейший фактор - некроз гепатоцитов, обусловленный прямым токсическим действием алкоголя, а также аутоиммунными процессами.

ВИРУСНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

Важный фактор - сенсбилизация иммуноцитов к собственным тканям организма.

ЗАСТОЙНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

Некроз гепатоцитов связан с гипоксией и венозным застоем.

Развивается *портальная гипертензия* - повышение давления в системе портальной вены, обусловленное обструкцией (сдавлением) внутрипеченочных сосудов.

Это приводит к появлению:

- портокавального шунтирования крови (расширяются вены ЖКТ: пищевода, желудка, кишечника, в т. ч. геморроидальные),**
- Спленомегалии (увеличение селезенки),**
- Асцита.**

Со спленомегалией связано появление тромбоцитопении (усиленное депонирование тромбоцитов в селезенке), лейкопении, а также анемии вследствие повышенного гемолиза эритроцитов.

ПЕРВИЧНЫЙ БИЛИАРНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

Основное место принадлежит генетическим нарушениям иммунорегуляции.

Вначале происходит разрушение билиарного эпителия с последующим некрозом сегментов канальцев, а позднее — их пролиферация, что сопровождается нарушениями экскреции желчи.

Жалобы

- слабость, потеря аппетита, похудание,
- тупые боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема пищи, особенно жирной и острой, после физической нагрузки,
- вздутие живота и неустойчивый стул (чередование запоров и поносов).

Осмотр:

- темная пигментация кожных покровов (отложение меланина),
- малые печеночные знаки:
 - «сосудистые звездочки» в области лица и плечевого пояса,
 - ладонная эритема – «печеночные ладони»,
 - красный «лакированный язык»,
- печень: в начале заболевания увеличена, умеренно болезненная при пальпации, плотная, с острым краем. Затем размеры печени сокращаются.
- признаки портальной гипертензии (асцит, увеличение селезенки, варикозное расширение вен пищевода, желудка, геморроидальных вен).

Дополнительные методы обследования
такие же, как при хроническом гепатите.

ПЕЧЕНОЧНАЯ КОМА

В прекоматозном состоянии больных беспокоит резкая головная боль, слабость, возбуждение и бессонница.

В дальнейшем развивается сонливость, тошнота и рвота.

КОМА:

Больные теряют сознание, у них повышается тонус мышц: наблюдаются подергивания мышц лица и конечностей; повышаются сухожильные рефлексы.

Из рта определяется сладковатый «печеночный» запах.

Часто наблюдается геморрагический синдром: носовые кровотечения, кожные геморрагии, кровавая рвота.

В конечной стадии появляется патологическое дыхание Куссмауля или Чейн-Стокса, наступает угасание всех рефлексов.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Хронический панкреатит – это хроническое воспаление ткани поджелудочной железы с нарушением её функции.

Этиология:

- алкоголизм – самая частая причина хронического панкреатита,**
- воспаление желчных путей,**
- желчнокаменная болезнь.**

Патогенез

Активации протеолитических ферментов железы, которые вызывают «самопереваривание» самой железы и развитие воспаления.

Хронический рецидивирующий панкреатит чаще наблюдается при желчнокаменной болезни. Это связано с проникновением желчи, обычно инфицированной, в проток поджелудочной железы и активацией трипсина и липазы, находящихся в соке поджелудочной железы.

Жалобы

Боли:

- постоянные или приступообразные,
- возникают в верхней половине живота (область эпигастрия, чаще – левого подреберья),
- могут носить опоясывающий характер (распространяются от эпигастрия до позвоночника),
- иррадиируют в левое плечо, левую лопатку, шею,
- не имеют четкой связи с приемом пищи, но значительно усиливаются после приема жирной пищи.

Диспептический синдром:

- снижение аппетита и отвращение к жирной пище,
- слюнотечение,
- тошнота и рвота,
- метеоризм,
- поносы.

При пальпации живота - болезненность в эпигастрии и особенно в левом подреберье.

Дополнительные методы обследования:

- УЗИ поджелудочной железы,
- ОАК. В период обострения – лейкоцитоз и ускорение СОЭ,
- биохимическое исследование: амилаза крови, диастаза мочи.
- общий анализ кала и копроскопия.

Очень характерным симптомом для панкреатита является выделение больным обильного серого, кашицеобразного, «жирного» зловонного кала.

Микроскопически в кале находят непереваренные мышечные волокна (креаторея), капли нейтрального жира (стеаторея), нерасщепленный крахмал (амилорея).

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

СРК – это нарушения моторной и секреторной функции кишечника, не связанные с органической патологией.

Этиология

Заболевание имеет стрессовый характер, это *психосоматическая патология*.

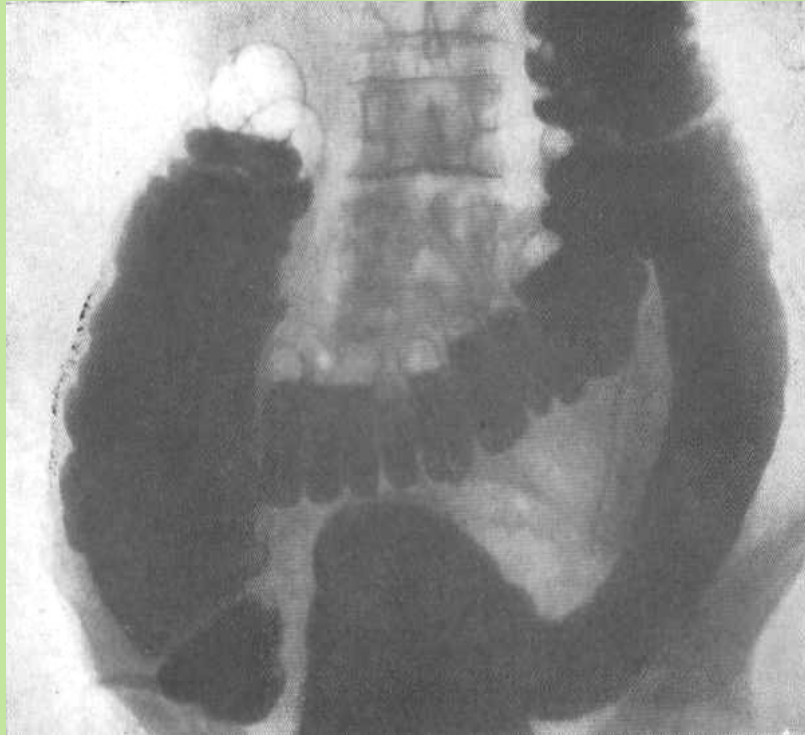
Различаются варианты: 1) с диареей,
2) с запором,
3) с болями и метеоризмом

Симптомы:

- боли в животе, которые уменьшаются после акта дефекации,
- изменение частоты стула: более 3 раз/сут., менее 3 раз/нед.,
- изменение характера стула: «овечий кал», неоформленный или водянистый,
- затруднения при дефекации (натуживание),
- чувство неполного опорожнения кишечника,
- вздутие и чувство переполнения живота.

Дополнительные методы обследования:

- общий анализ кала (слизь, лейкоциты),
- копроскопия,
- эндоскопические (ректоскопия, колоноскопия),
- ирригография (нарушение перистальтики).



Задание на дом

- 1. Маколкин В.И. Внутренние болезни**
- 2. Отвагина Т.В. Терапия**

Тема: Заболевания органов пищеварения

Повторить:

Методы обследования органов пищеварения