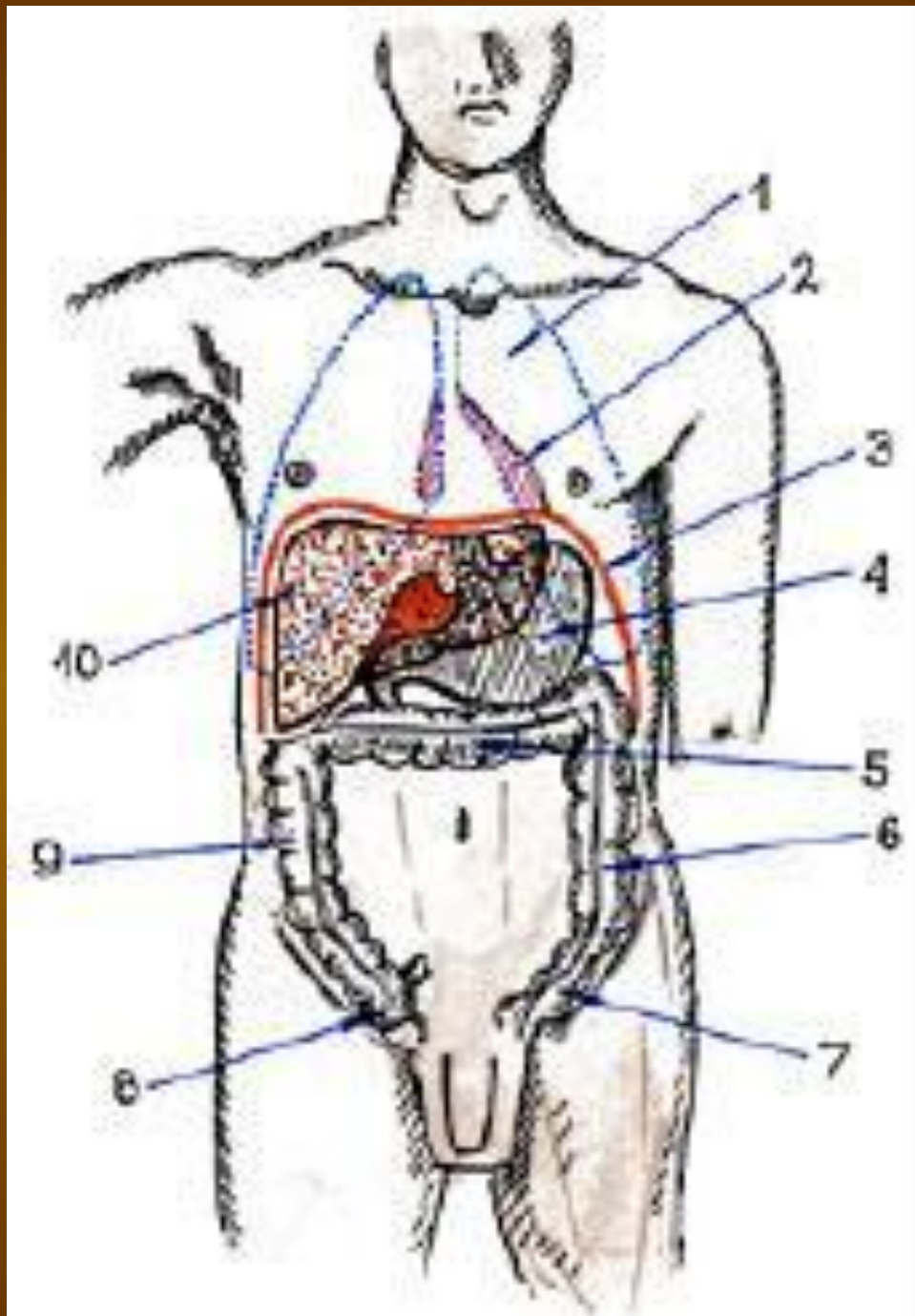


Роль анамнеза, осмотра и пальпации в диагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта

Клиническая лекция





Топография органов брюшной полости. 3 - диафрагма; 4 - желудок; 5 - поперечная ободочная кишка; 6 - нисходящая ободочная кишка; 7 - сигмовидная кишка; 8 - слепая кишка; 9 - восходящая ободочная кишка; 10 - печень. 1 и 2 - легкое и сердце.

Симптомы при заболеваниях пищевода

- **Дисфагия** – затруднение глотания, нарушение прохождения пищи по пищеводу

Причины:

рак пищевода, эзофагит, стеноз пищевода, сдавление опухолью извне, функциональный спазм пищевода, паралич пищевода (при дифтерии), дивертикул, ахалазия (отсутствие или недостаточное рефлексорное расслабление нижнего пищеводного сфинктера, вследствие чего происходит непостоянное нарушение проходимости пищевода, вызванное сужением его отдела перед входом в желудок и расширением вышерасположенных участков), ложная дисфагия при неврозах (*globus hystericus*)

Симптомы при заболеваниях пищевода

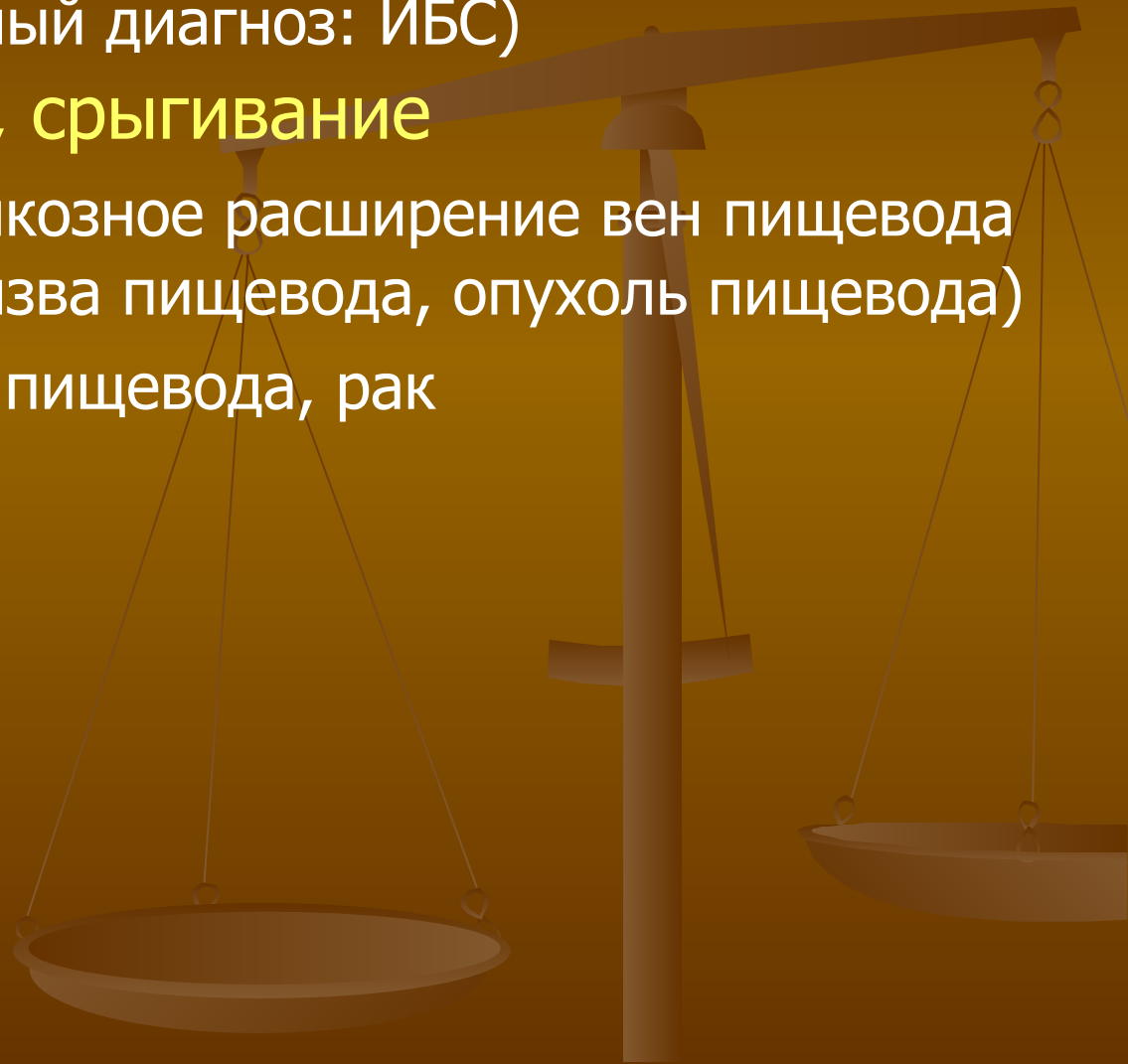
Дисфагия – затруднение глотания, нарушение прохождения пищи по пищеводу.

Причины:

- рак пищевода
- эзофагит
- стеноз пищевода
- сдавление опухолью извне
- функциональный спазм пищевода
- паралич пищевода (при дифтерии)
- ложная дисфагия при неврозах (*globus hystericus*)
- дивертикул
- ахалазия пищевода – отсутствие или недостаточное рефлекторное расслабление нижнего пищеводного сфинктера, вследствие чего происходит непостоянное нарушение проходимости пищевода, вызванное сужением его отдела перед входом в желудок и расширением вышерасположенных участков

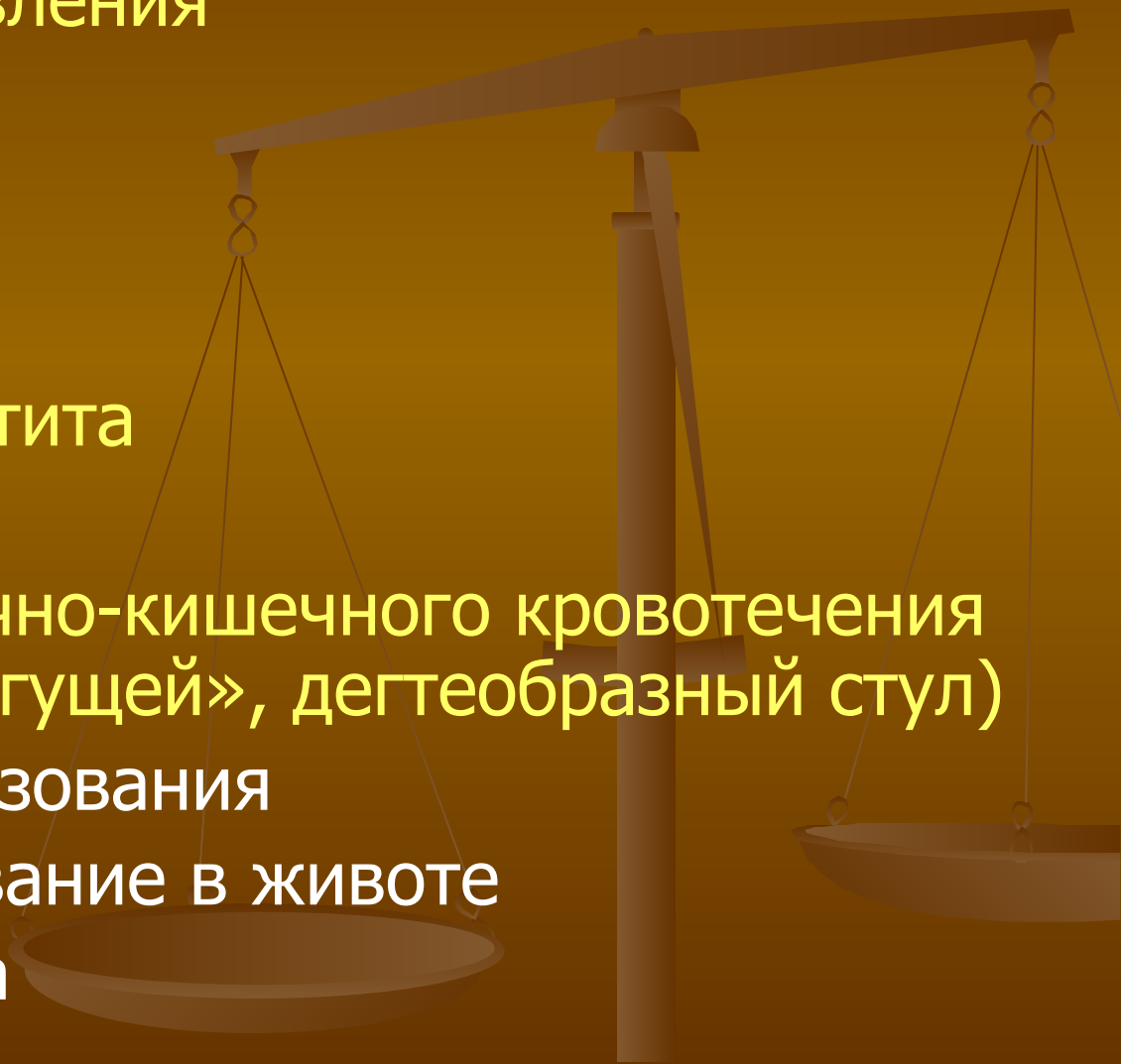
Симптомы при заболеваниях пищевода

- **Боли по ходу пищевода** (за грудиной)
 - особенно при остром эзофагите, язве пищевода (NB! Дифференциальный диагноз: ИБС)
- **Пищеводная рвота, срыгивание**
- **Кровотечение** (варикозное расширение вен пищевода при циррозе печени, язва пищевода, опухоль пищевода)
- **Похудание** — стеноз пищевода, рак

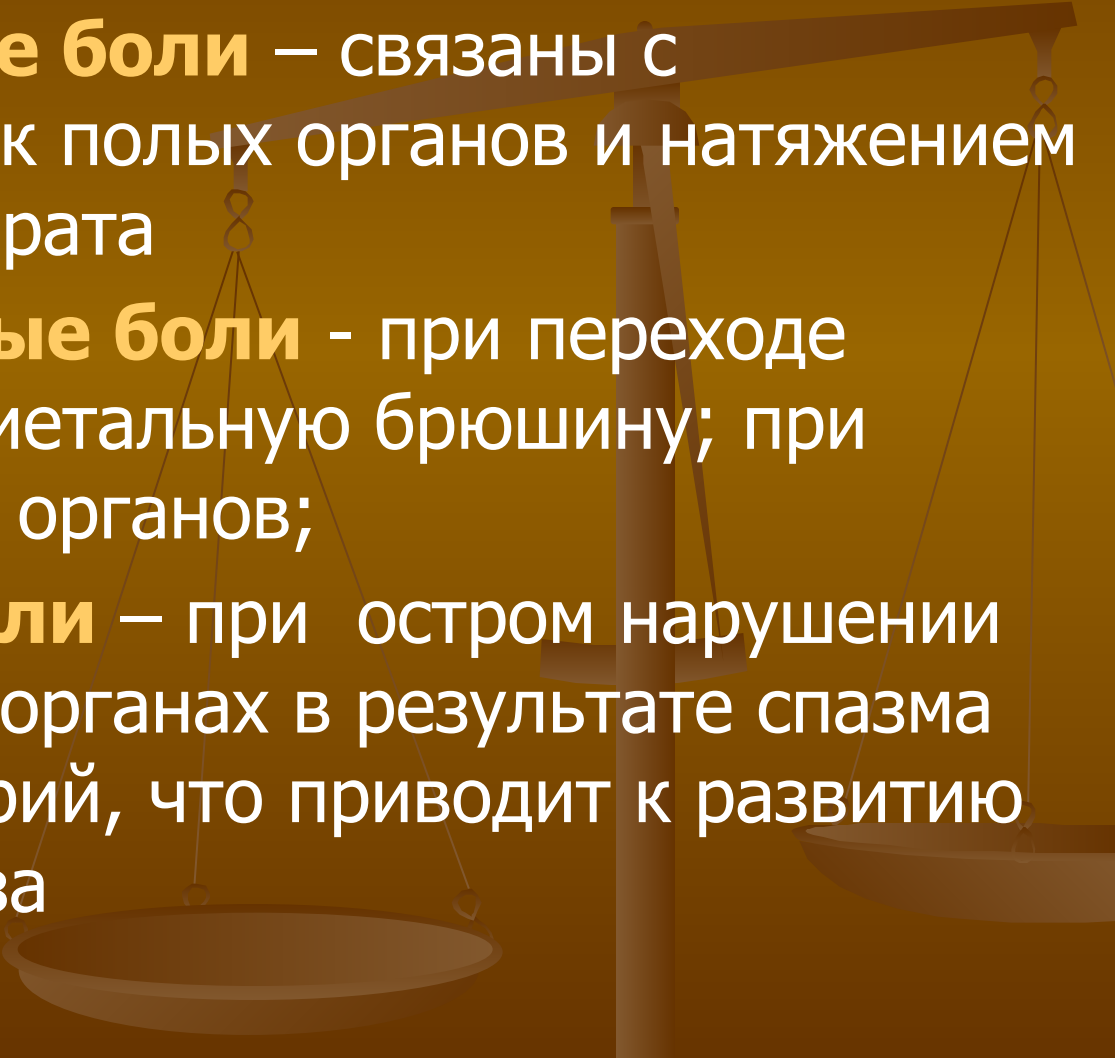


Жалобы больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

- Боль в животе
- Диспептические явления
 - *Отрыжка*
 - *Изжога*
 - *Тошнота*
 - *Рвота*
- Расстройства аппетита
- Похудание
- Симптомы желудочно-кишечного кровотечения
(рвота «кофейной гущей», дегтеобразный стул)
- Усиление газообразования
- Урчание и переливание в животе
- Расстройства стула

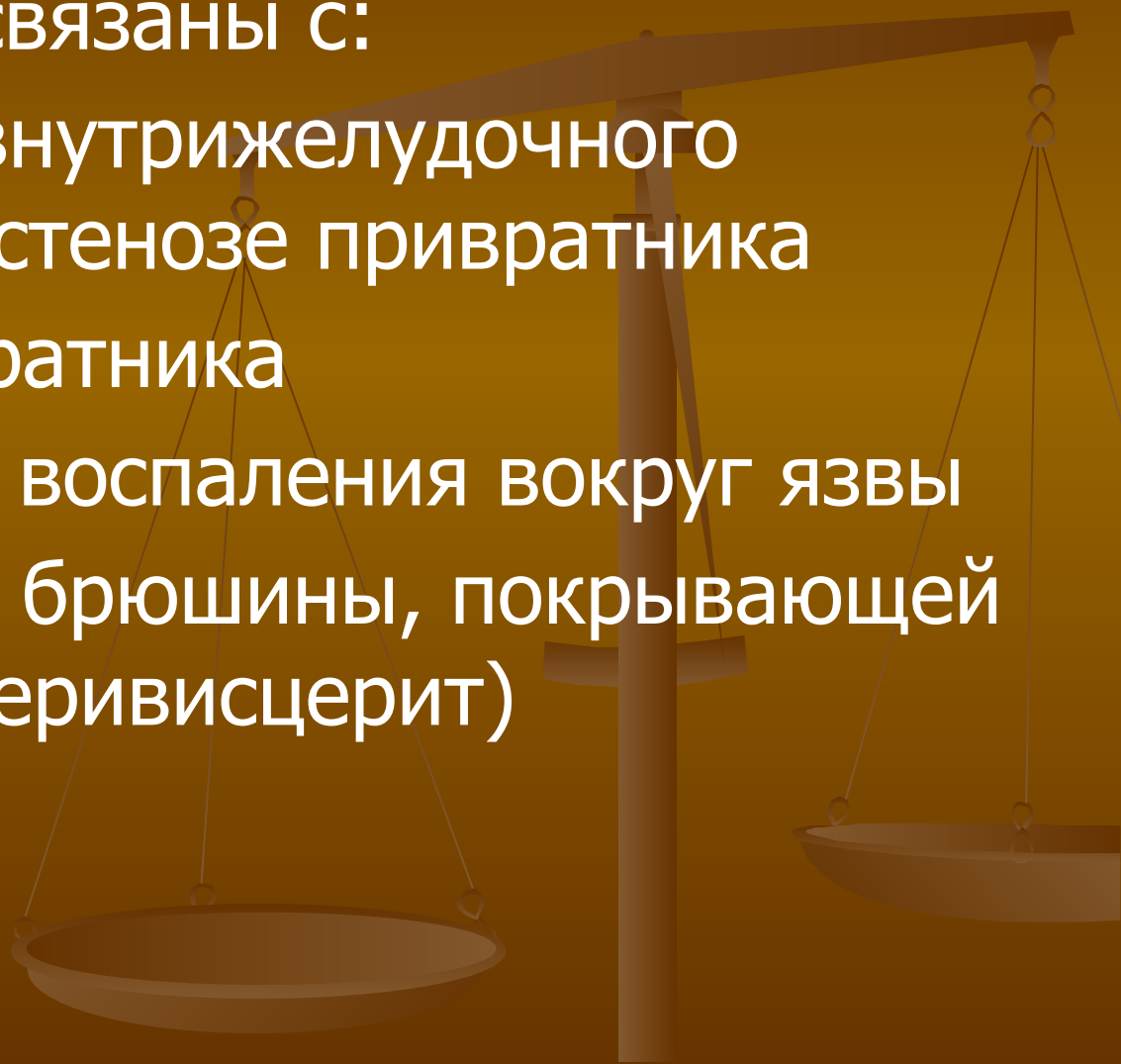


Механизм возникновения болей

- **1. Спастические боли** – возникают в результате спазма гладкой мускулатуры органов
 - **2. Дистензионные боли** – связаны с растяжением стенок полых органов и натяжением их связочного аппарата
 - **3. Перитонеальные боли** - при переходе воспаления на париетальную брюшину; при перфорации полых органов;
 - **4. Сосудистые боли** – при остром нарушении кровообращения в органах в результате спазма или тромбоза артерий, что приводит к развитию ишемии или некроза
- 

При заболеваниях желудка боли локализуются в подложечной области и связаны с:

- Повышением внутрижелудочного давления при стенозе привратника
- Спазмом привратника
- Образовани^{ем} воспаления вокруг язвы
- Раздражением брюшины, покрывающей привратник (перивисцерит)

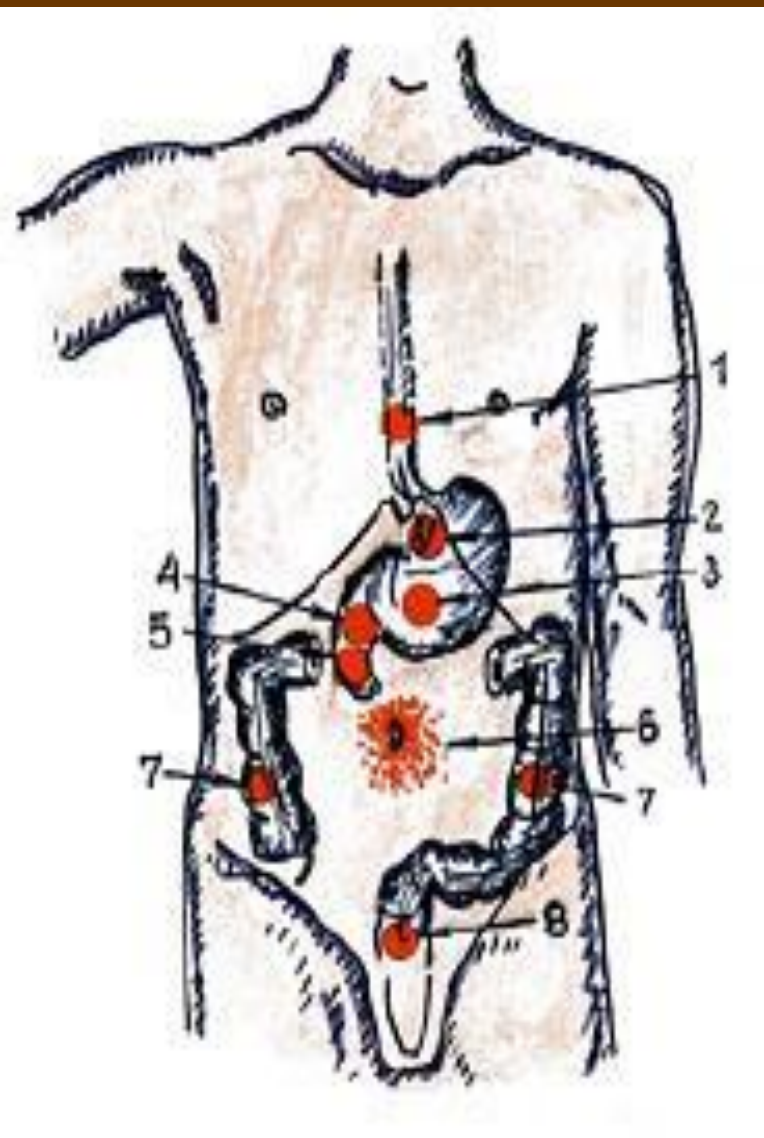


Особенности **локализации болей** при заболеваниях желудочно-кишечного тракта

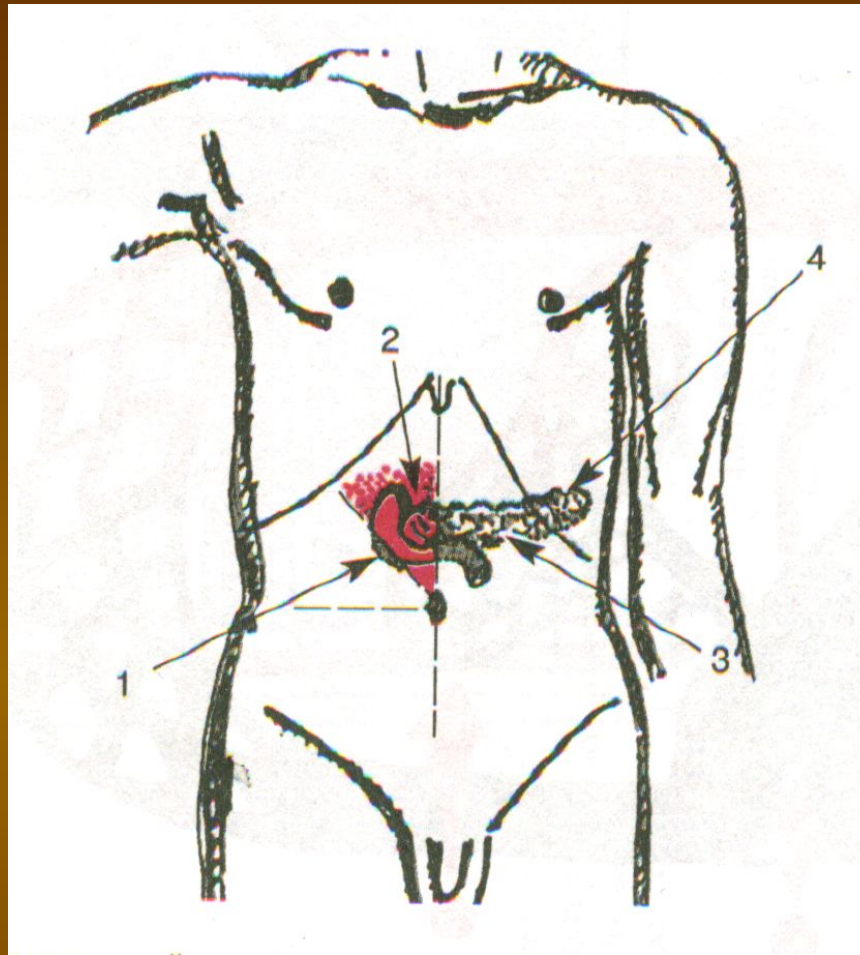
- **При поражении пищевода** боль локализуется за грудиной или в межлопаточном пространстве и возникают во время глотания, нередко сопровождаясь дисфагией
- **При поражении желудка** боль локализуется непосредственно под мечевидным отростком (поражение кардиального отдела); в эпигастрии по средней линии (поражение тела желудка); в пилоро-дуоденальной зоне (справа от средней линии) при патологии привратника или двенадцатиперстной кишки.

При воспалении тонкого кишечника (**энтерите**) боль локализуется вокруг пупка и обычно с приемом пищи не связана (6). Боли по ходу толстого кишечника (7) чаще также не связаны с приемом пищи, но нередко облегчаются после **дефекации** или отхождения газов.

Наконец, боли, обусловленные патологическим процессом в прямой кишке (8), локализуются в области промежности и, как правило, возникают или усиливаются во время или после акта **дефекации**.



Наиболее типичная локализация боли при поражении пищевода, желудка и кишечника. 1- пищевод; 2- субкардиальный отдел желудка; тело желудка; 4- пилорическая часть желудка; 5- двенадцатиперстная кишка; 6- тонкий кишечник; 7- ободочная кишка; 8- прямая кишка.



Проекция поджелудочной железы и
двенадцатиперстной кишки на переднюю брюшную
стенку. Холедохо-панкреато-дуоденальная зона
Шаффара

При заболеваниях желудка боли часто связаны с приемом пищи. Различают:

Ранние боли – через 30 – 60 мин (до 1 часа) после еды – при локализации язвы в кардиальном отделе, на малой кривизне

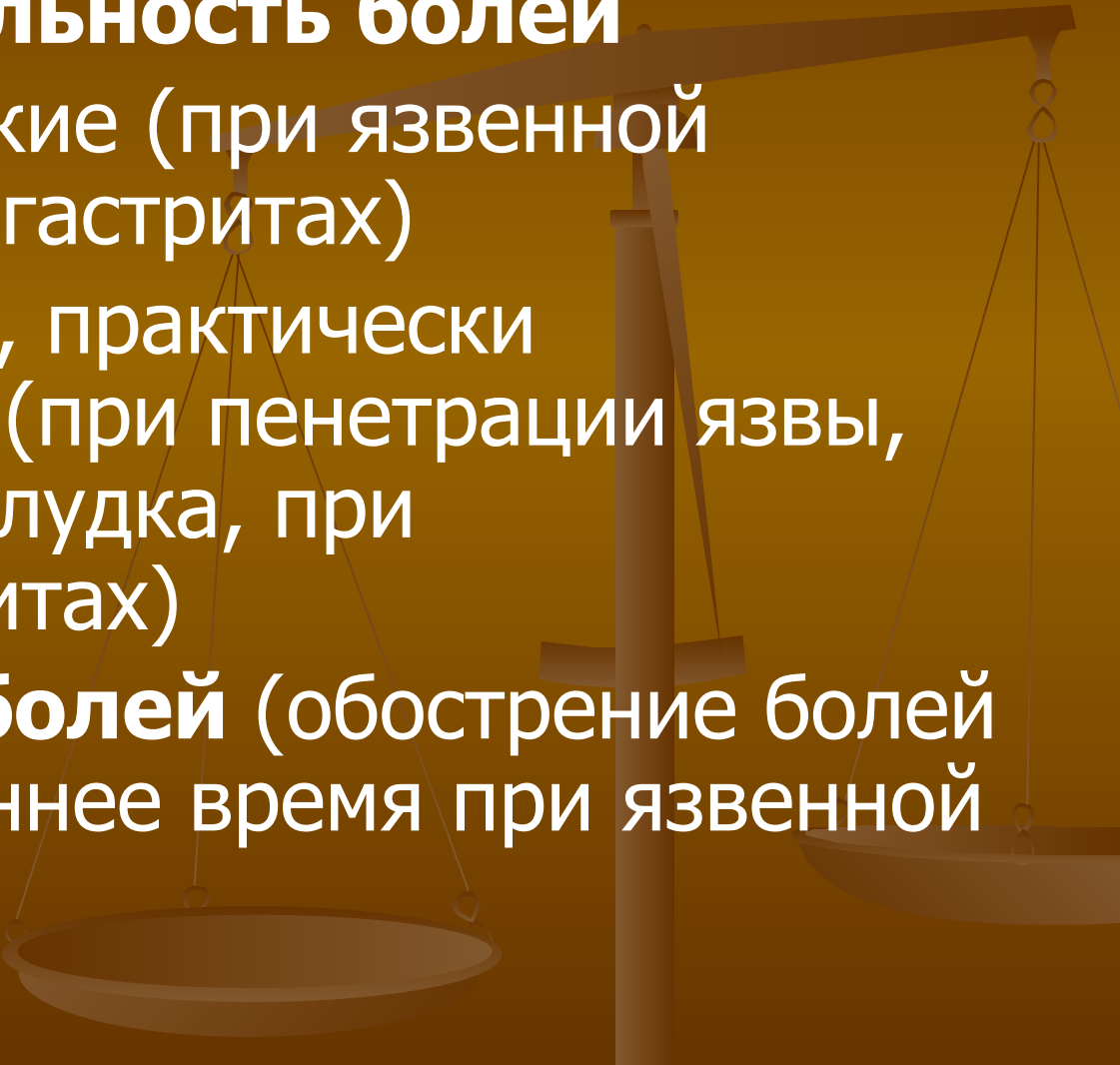
Поздние боли (через 1,5 – 3 часа после еды) – при локализации язвы в пилорическом отделе, в двенадцатиперстной кишке

Ночные (голодные) боли обусловлены спонтанной секрецией, выделением большого количества желудочного сока и спазмом привратника – при язвенной болезни 12-перстной кишки

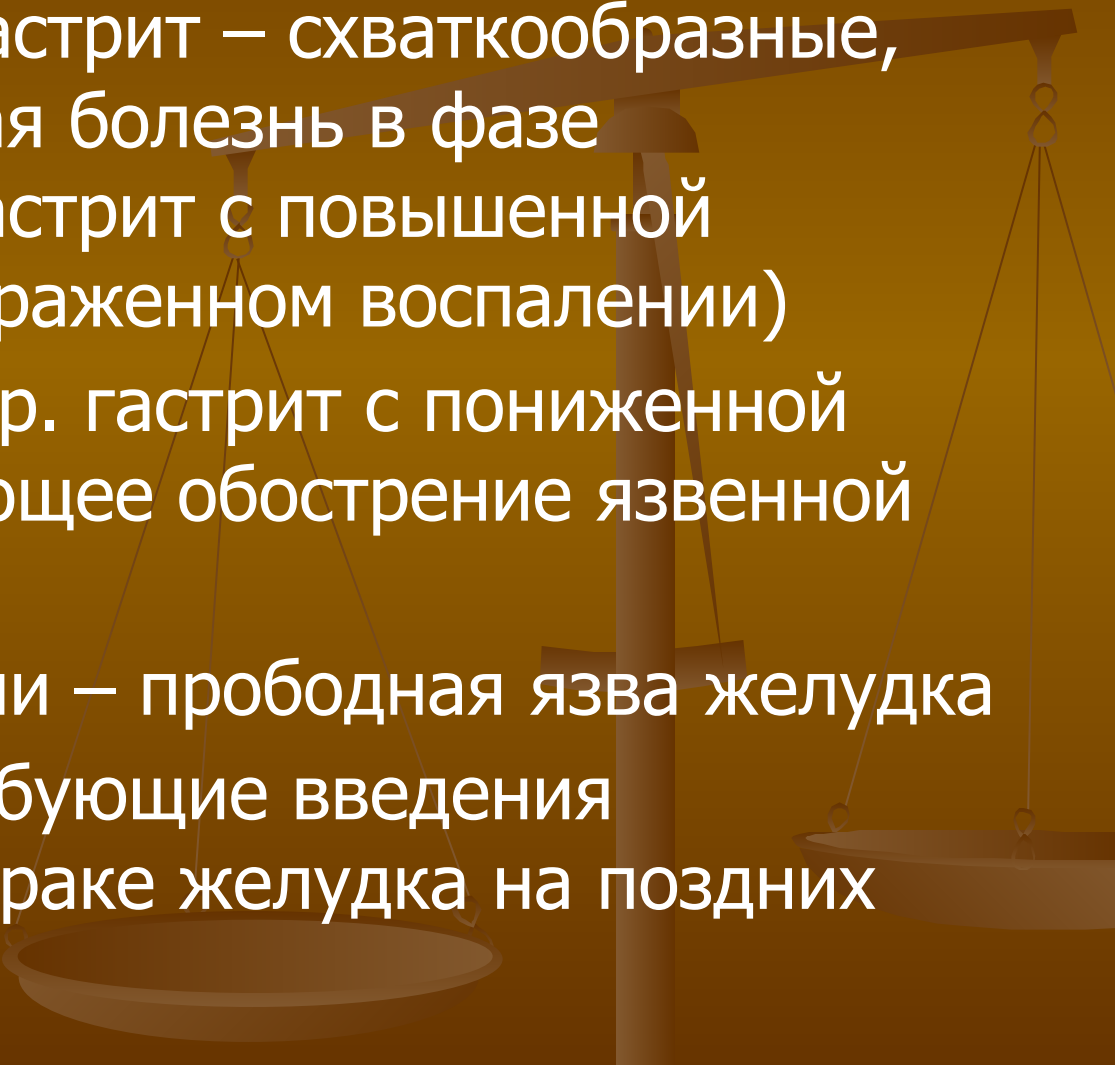
При хроническом гастрите – почти сразу после еды

При остром гастрите боли обычно возникают **через 4 – 6 ч после** приема недоброкачественной пищи

Характеристики болей

- **Длительность или продолжительность болей**
 - Периодические (при язвенной болезни, хр.гастритах)
 - Длительные, практически постоянные (при пенетрации язвы, при раке желудка, при перивисцеритах)
 - **Сезонность болей** (обострение болей в весенне-осеннее время при язвенной болезни)
- 

Характер и интенсивность болей при заболеваниях желудка и 12-п.к.

- Острые (острый гастрит – схваткообразные, режущие; язвенная болезнь в фазе обострения; хр. гастрит с повышенной секрецией при выраженном воспалении)
 - Тупые, ноющие (хр. гастрит с пониженной секрецией, стихающее обострение язвенной болезни)
 - “Кинжальные” боли – прободная язва желудка
 - Мучительные, требующие введения наркотиков – при раке желудка на поздних стадиях
- 

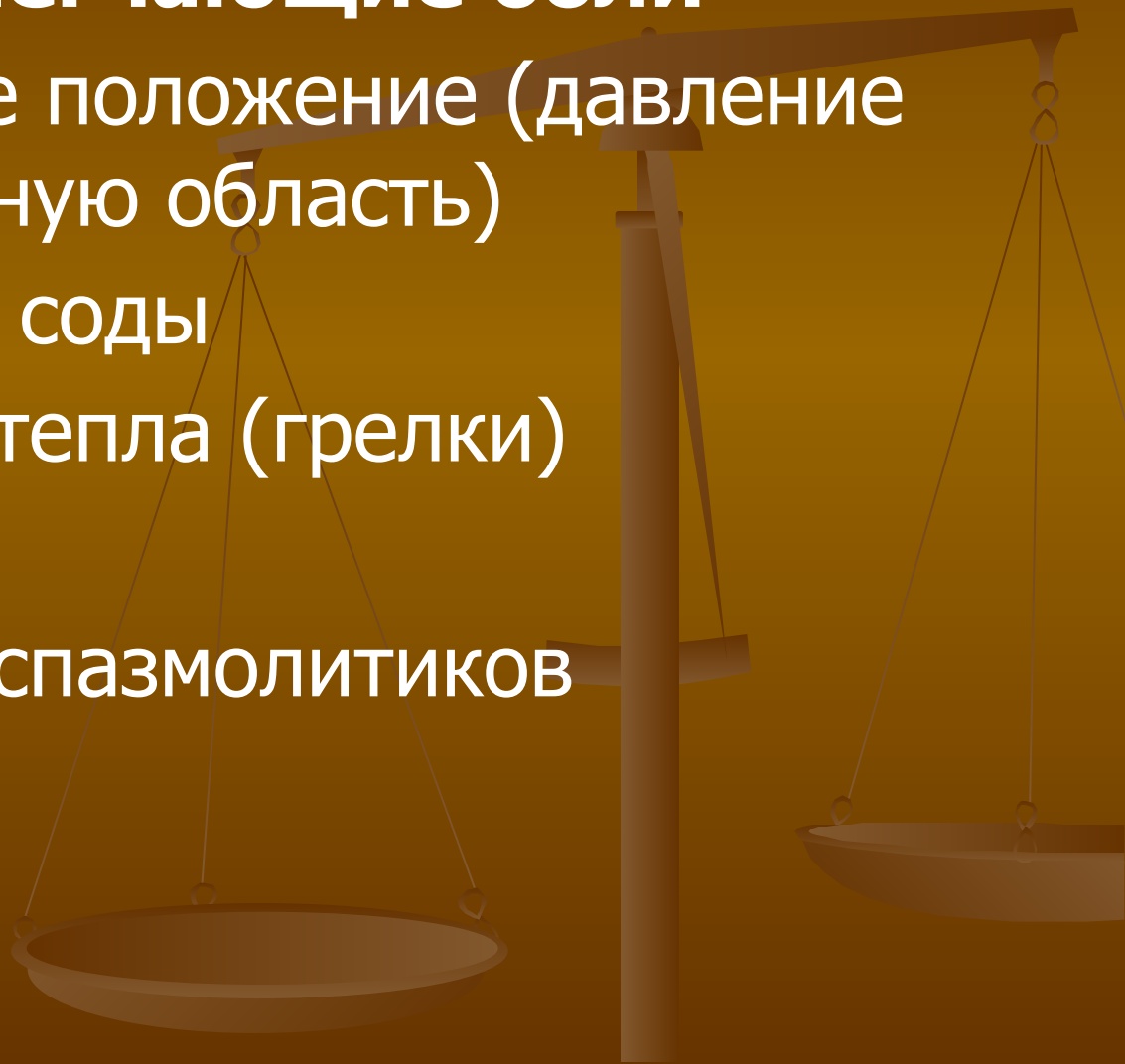
Характеристики болей

■ Иррадиация болей

- При язве или раке в кардиальной части желудка – вверх, за грудину
- При язве 12-п.к. – в межлопаточное пространство, в ниже-грудной отдел позвоночника
- При пенетрации язвы в поджелудочную железу – в поясничную область (боли опоясывающего характера)

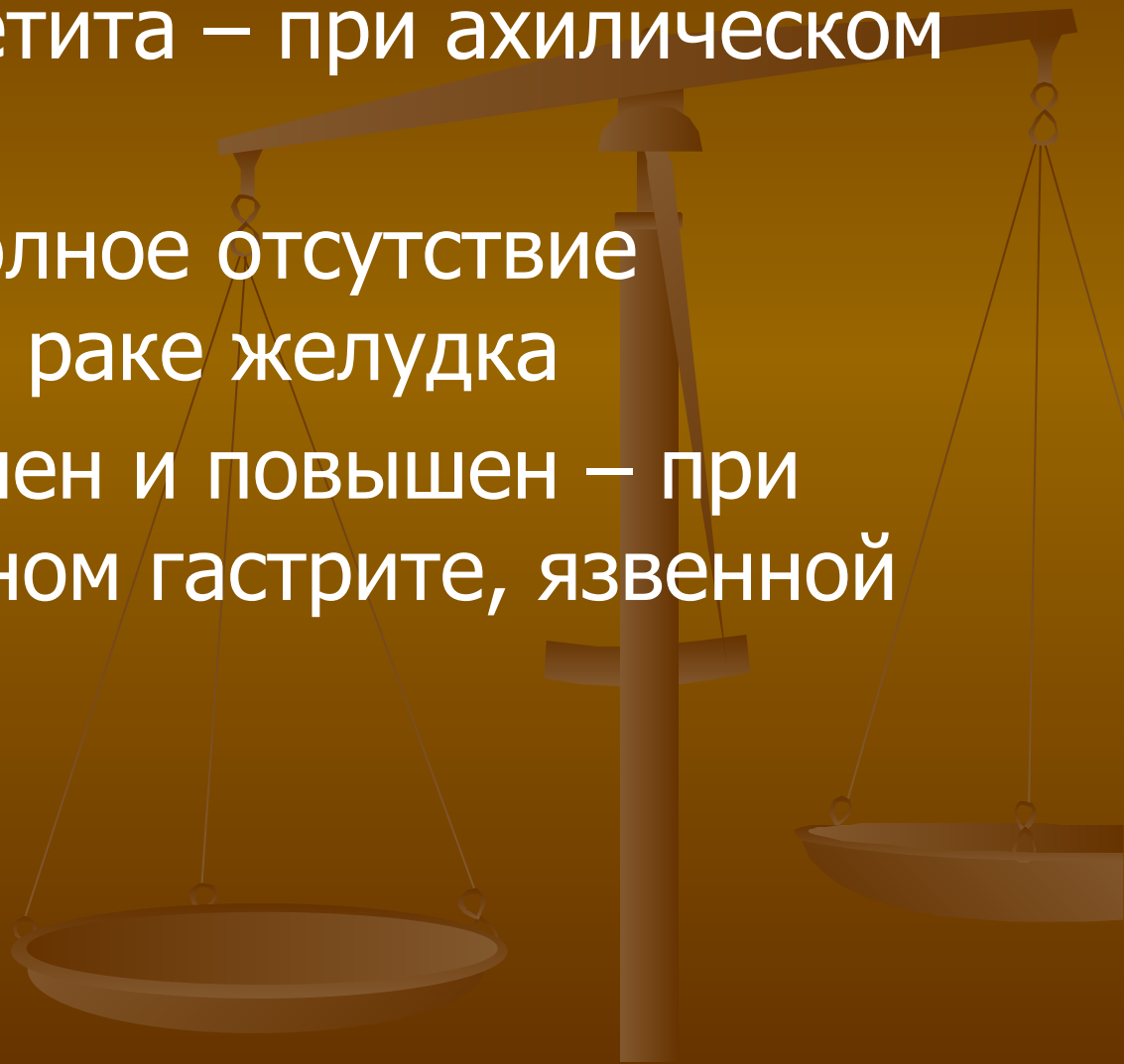
Характеристики болей

- **Факторы, облегчающие боли**
 - Вынужденное положение (давление на подложечную область)
 - Прием пищи, соды
 - Применение тепла (грелки)
 - После рвоты
 - Применение спазмолитиков



Изменения аппетита

- Снижение аппетита – при ахилическом гастрите
- Анорексия – полное отсутствие аппетита – при раке желудка
- Аппетит сохранен и повышен – при гиперсекреторном гастрите, язвенной болезни



Похудание

- Рак желудка
- Органический стеноз привратника
- Ахилический синдром



Диспептические явления

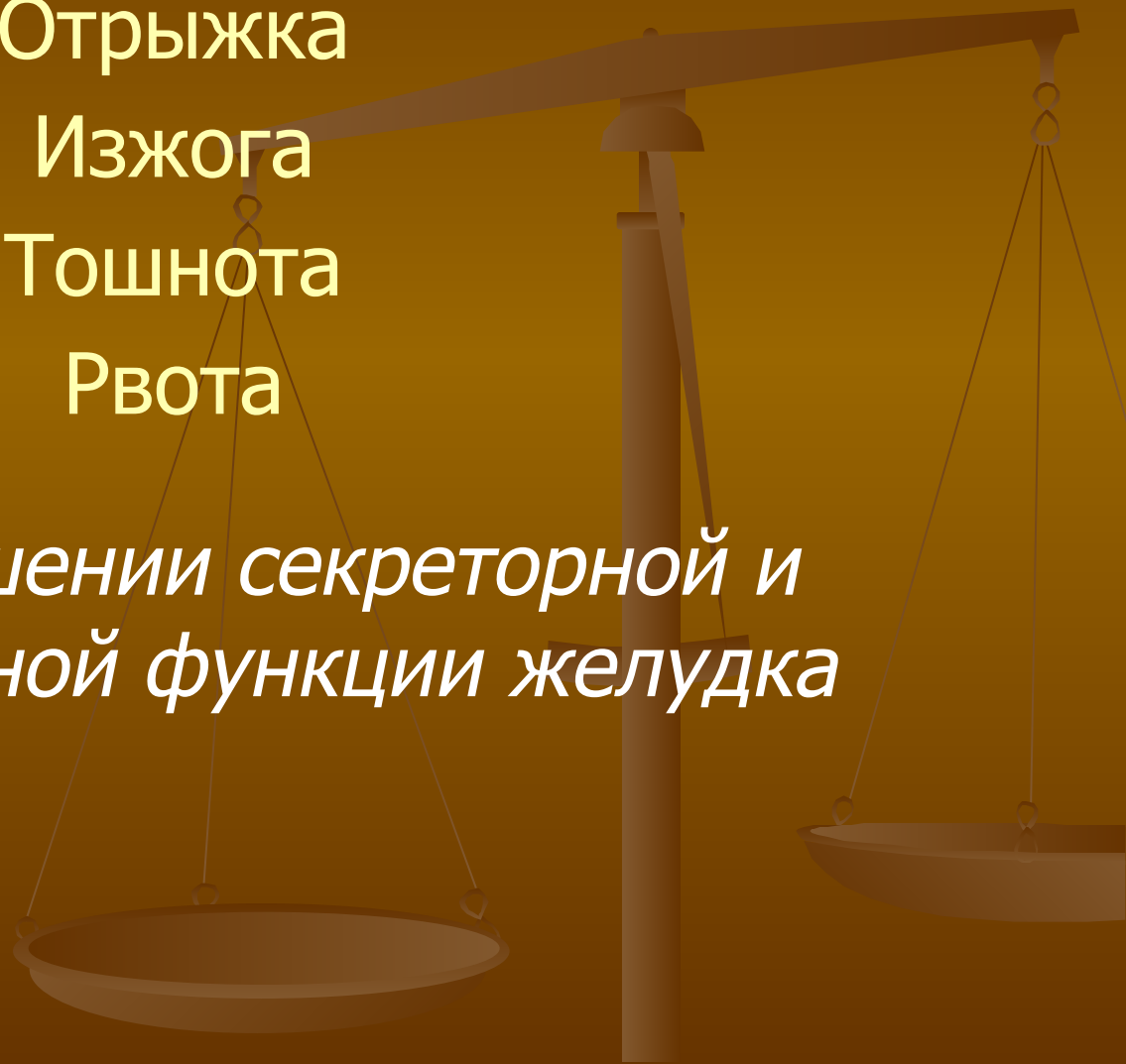
Отрыжка

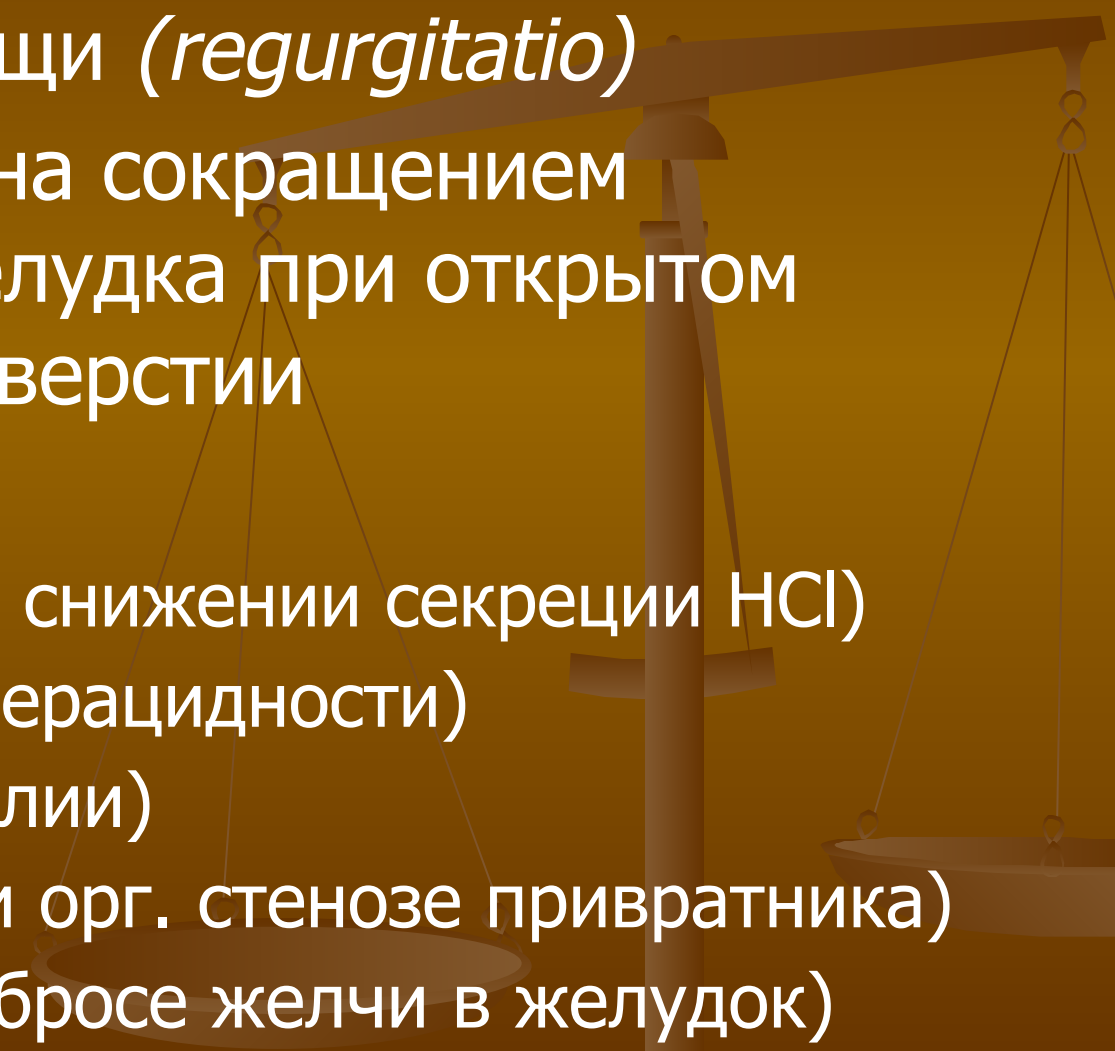
Изжога

Тошнота

Рвота

*- при нарушении секреторной и
двигательной функции желудка*



- **Отрыжка** – внезапное отхождение через рот воздуха, скопившегося в желудке (*eructatio*), или воздуха с небольшим количеством пищи (*regurgitatio*)
 - Отрыжка вызвана сокращением мускулатуры желудка при открытом кардиальном отверстии
 - Отрыжка:
 - воздушная (при снижении секреции HCl)
 - кислая (при гиперацидности)
 - тухлая (при ахилии)
 - гнилостная (при орг. стенозе привратника)
 - горькая (при забросе желчи в желудок)
- 

Изжога (pyrosis)



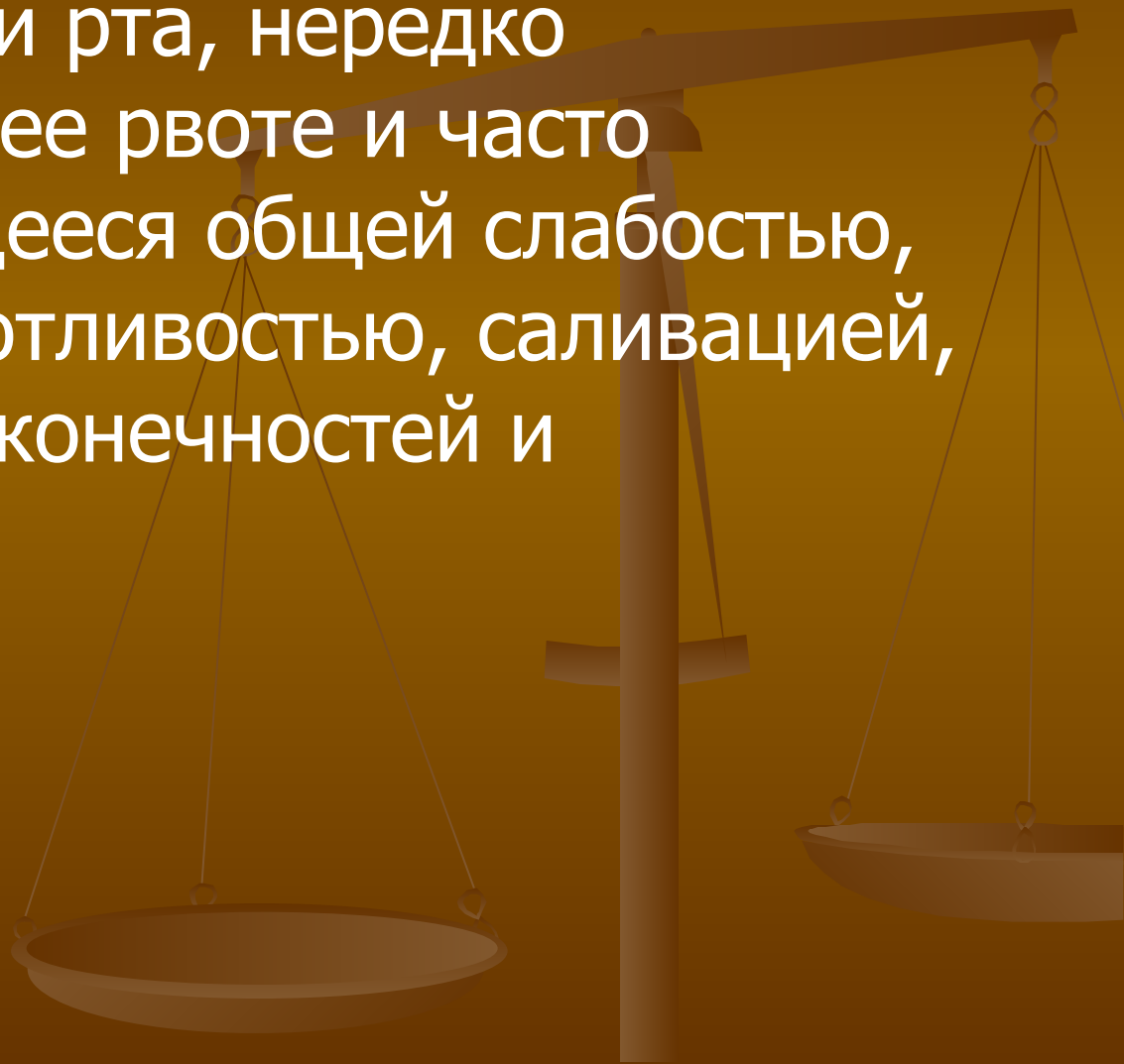
- **Изжога** – чувство жжения за мечевидным отростком и/или за грудиной, распространяющееся снизу вверх.
- Изжога связана с регургитацией желудочного содержимого с любой pH в пищевод.

Причины изжоги



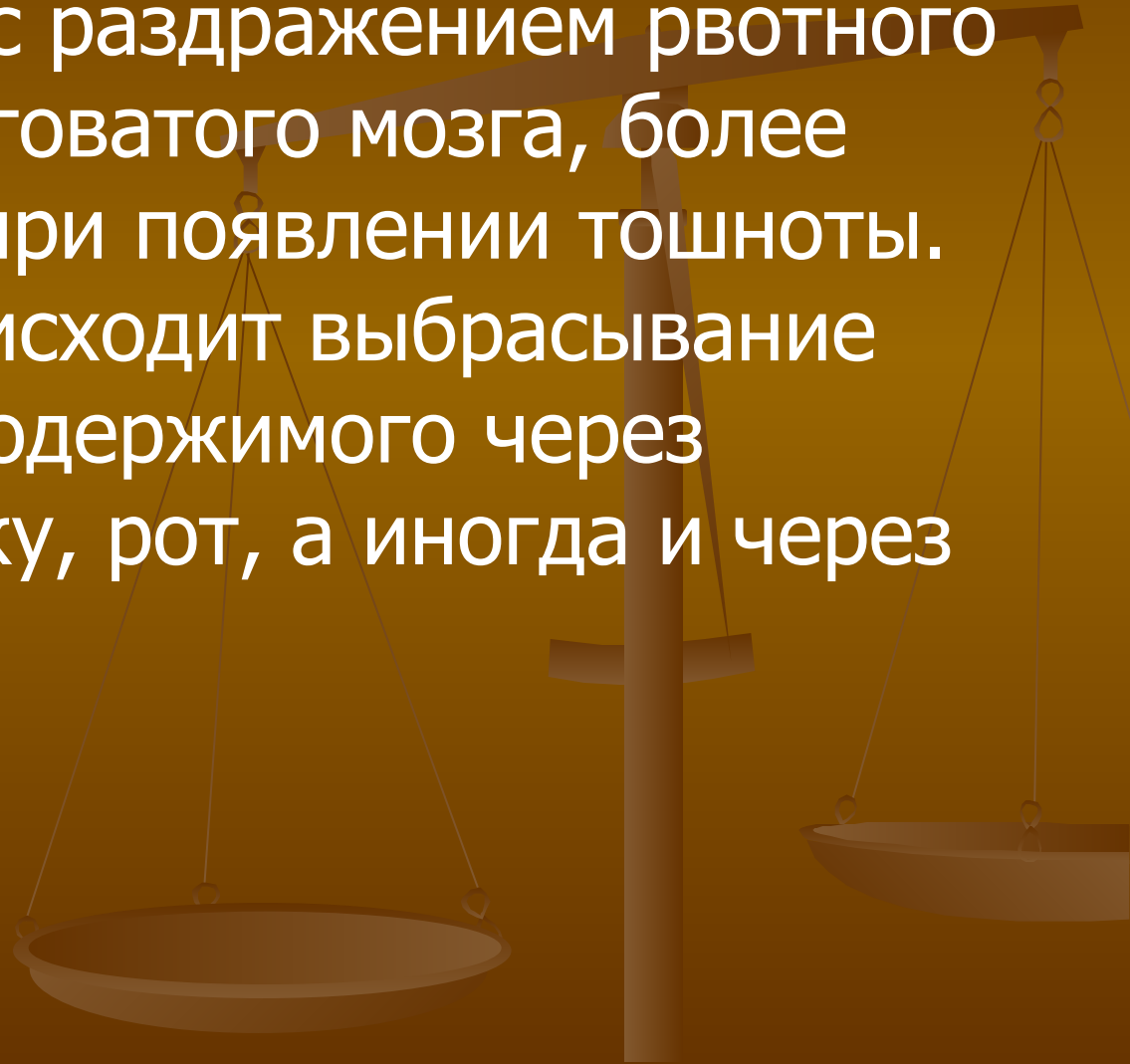
1. недостаточность кардиального сфинктера (язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, **грыжа** пищеводного отверстия диафрагмы);
2. гипермоторика желудка (язвенная болезнь, употребление большого количества пищи);
3. повышение кислотности желудочного сока (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, желудка).

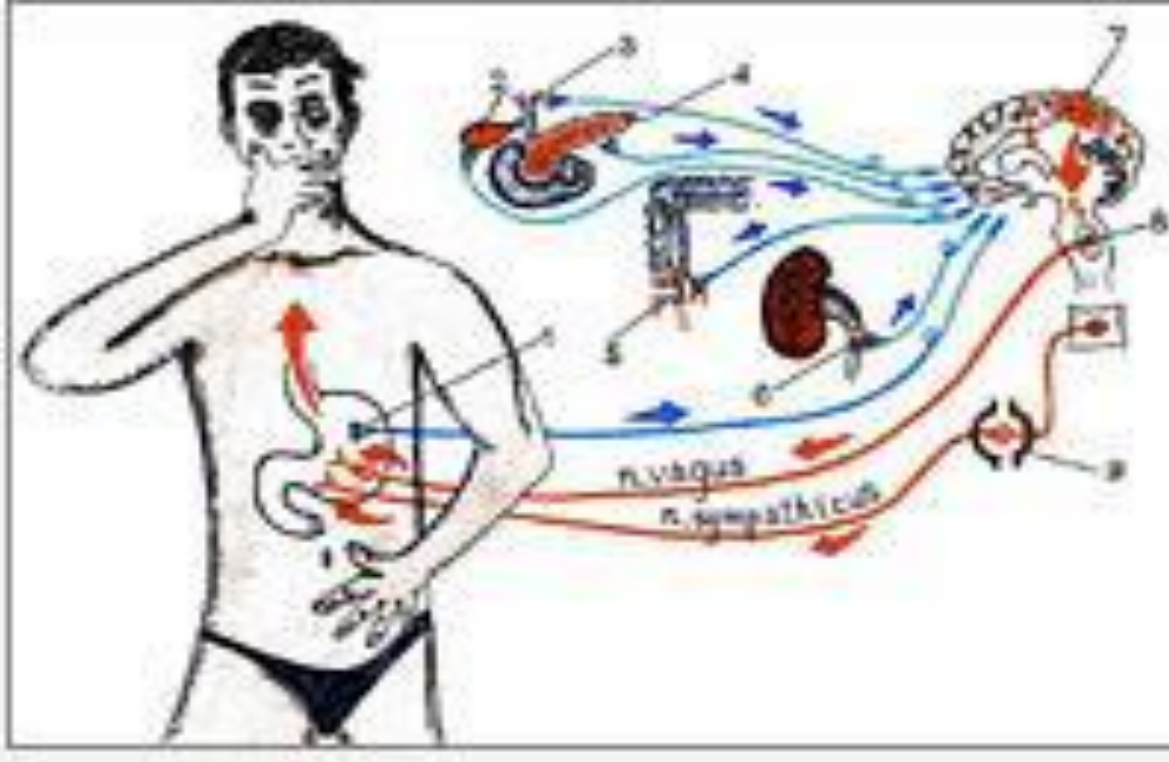
- ***Тошнота (nausea)*** – тягостное ощущение в подложечной области, в груди и полости рта, нередко предшествующее рвоте и часто сопровождающееся общей слабостью, бледностью, потливостью, саливацией, похолоданием конечностей и снижением АД.



Рвота (vomitus)

- ***Рвота*** связана с раздражением рвотного центра продолговатого мозга, более сильным, чем при появлении тошноты. При рвоте происходит выбрасывание желудочного содержимого через пищевод, глотку, рот, а иногда и через нос.





Механизмы рвоты. 2 - поражение желудка; 2 - воспаление желчного пузыря; 3 - камень в желчевыводящих путях; 4 - воспаление поджелудочной железы; 5 - воспаление аппендикса; 6 - камень в мочеточнике; 7 - патологические процессы в головном мозге; 8 - рвотный центр; 9 - симпатический ганглий.

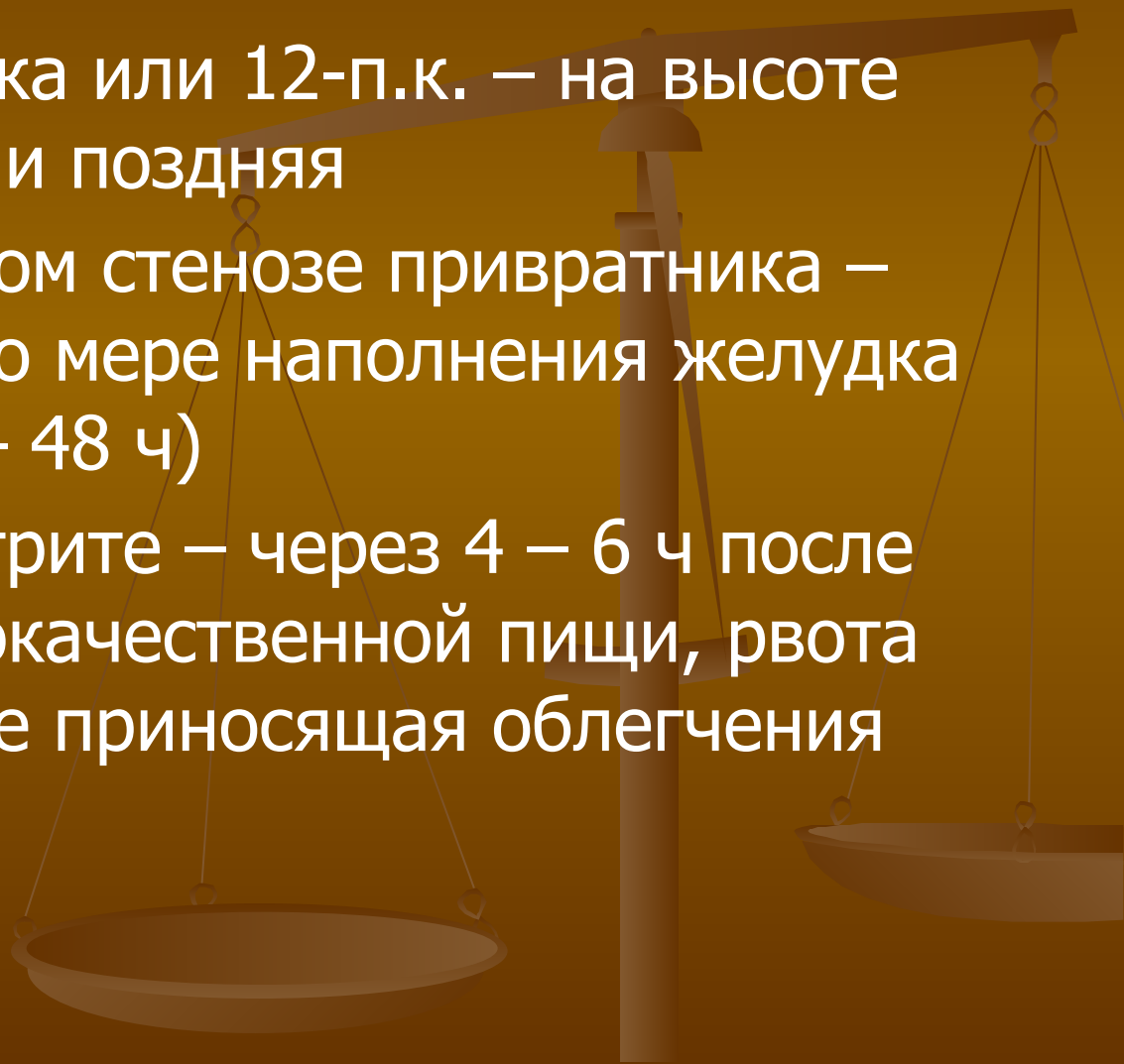
Различают рвоту

- центрального происхождения (гипертонический криз, отек мозга, опухоль головного мозга)
- периферическую или висцеральную (гастрит, холецистит, панкреатит)
- гематогенно-токсическую рвоту (экзогенные и эндогенные интоксикации)

Особенности рвоты

■ По времени появления

- При язве желудка или 12-п.к. – на высоте болей – ранняя и поздняя
- При органическом стенозе привратника – рвота редкая, по мере наполнения желудка (через 12 – 24 – 48 ч)
- При остром гастрите – через 4 – 6 ч после приема недоброкачественной пищи, рвота непрерывная, не приносящая облегчения



Особенности рвотных масс при различных заболеваниях

- **Содержимое** (при стенозе привратника – обильная рвота пищей, съеденной накануне; при остром гастрите – рвота пищей, слюзью, желчью; при язвенной болезни и хрон. гастрите – рвота небольшим объемом съеденной пищи и слюзью)
- **Запах рвотных масс** (чаще кислый; гнилостный – при стенозе привратника)
- **Примеси** (слизь – гастрит; гной – острый флегмонозный гастрит, абсцесс пищевода; желчь – сужение 12-п.к., рефлюкс желчи в желудок; кровь – пищеводное или желудочное кровотечение)

Наличие крови в рвотных массах (*haemathaemesis*) является грозным симптомом острого кровотечения из пищевода, желудка или двенадцатиперстной кишки!

Кровотечение

- из язвы желудка
- из распадающихся злокачественных опухолей
- из варикозно-расширенных вен пищевода у больных циррозом печени

- **Если источник кровотечения в пищеводе:**

Кровь алая, выделяется в большом количестве

- **Если источник кровотечения в желудке:**

Рвотные массы имеют вид «кофейной гущи» (содержат соляно-кислый гематин), выделяются небольшими порциями, имеют кислую реакцию. Через несколько часов после желудочно-кишечного кровотечения появляется **черный, дегтеобразный стул (мелена)**

Запоры - это длительная задержка кала в кишечнике, обусловленная замедлением его перистальтики, механическими препятствиями в кишечнике и алиментарным фактором. С практической точки зрения запоры целесообразно делить на 3 вида:

- 1. Спастические (колиты, висцеро-висцеральные рефлексy при заболеваниях других органов)**
- 2. Атонические (колиты, скудное питание, нарушения ЦНС)**
- 3. Органические (аномалии развития, опухоли)**

Понос - жидкий, неоформленный стул, в большинстве случаев сочетающийся с учащением **дефекации**. Поносы возникают вследствие:

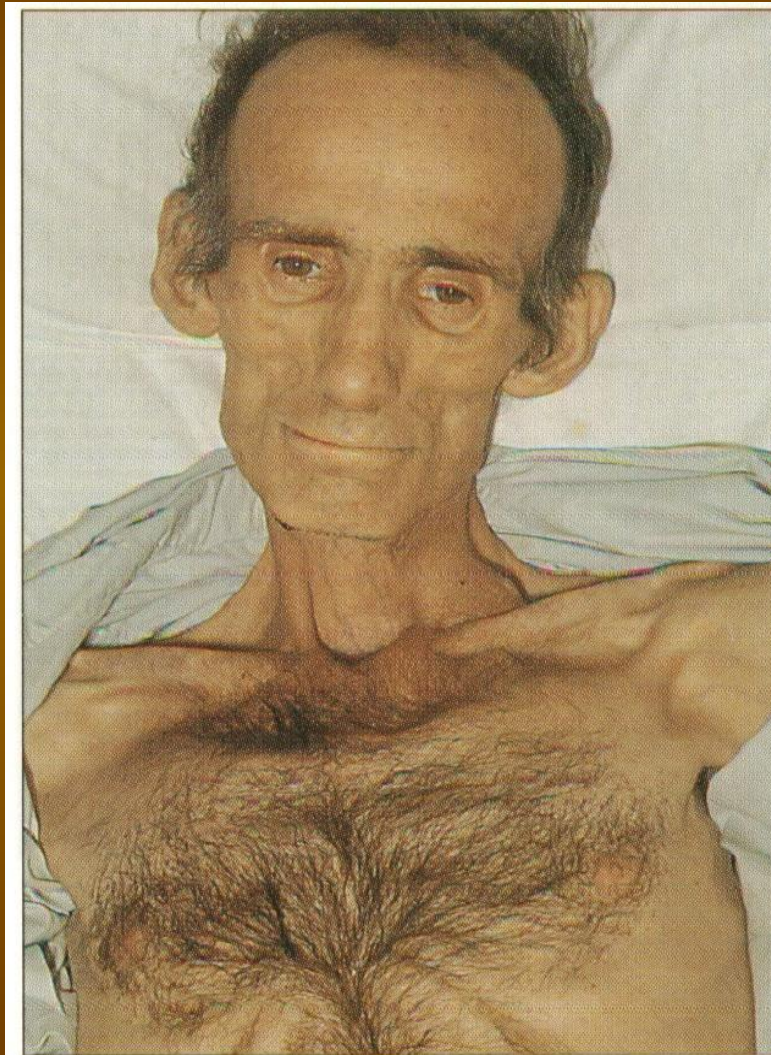
1. усиления перистальтики кишечника и ускорения продвижения его содержимого;
2. нарушения всасывания жидкости в кишечнике;
3. увеличения патологической секреции жидкости в кишечнике при его воспалении.

Наиболее частыми причинами **поносов** являются:

1. воспаление слизистой тонкого кишечника (**энтериты**);
2. воспаление слизистой толстого кишечника (**колиты**), преимущественно его дистальных отделов (например, при дизентерии);
3. снижение секреторной функции желудка (**ахилия**), сопровождающееся нарушением переваривания белков и быстрым опорожнением желудка;
4. снижение внешнесекреторной функции поджелудочной железы (**панкреатиты, рак**).



Общий осмотр:



Положение больного — чаще активное; при обострении язвенной бол. - поза сапожника (сидя с подтянутыми к животу коленями); при прободной язве — лежит горизонтально, не двигаясь

Кожные покровы и слизистые м.б. бледными (анемия), землистого оттенка (рак желудка, поджел. железы);

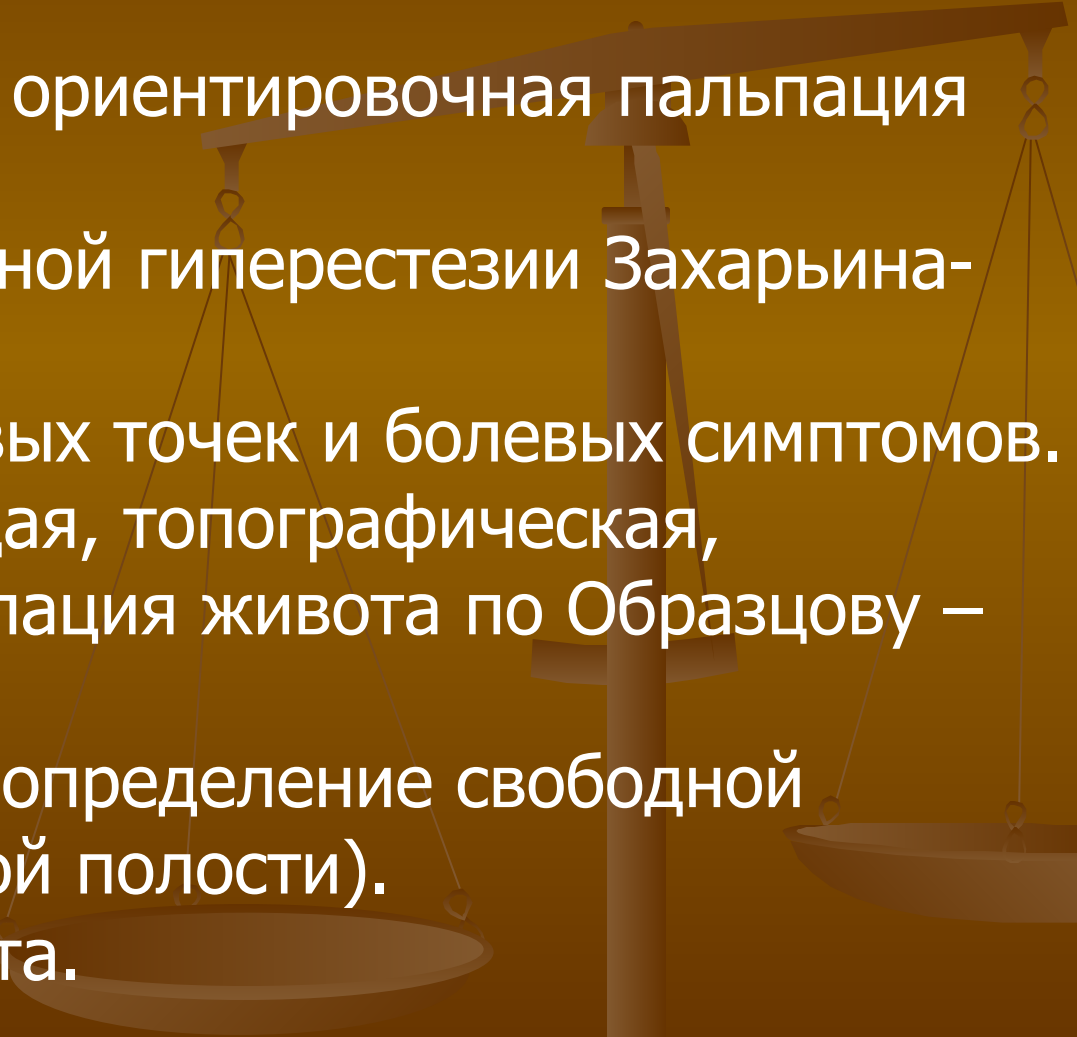
Похудание (кахексия — стеноз привратника, рак желудка, поджел. железы);

При раке желудка - **плотный лимфатический узел с неровной поверхностью в левой надключичной ямке (вирховский метастаз)**

Осмотр лица и полости рта:

- *Лицо Гиппократ* (прободная язва желудка)
- *Изменения зубов и десен* (кариес, парадонтоз)
- *Язык* – сухой, с белым налетом – при прободной язве; с беловато-желтым налетом (не сухой) при хр. гастрите; обложен у корня при ЯБ; «лакированный» язык – со сглаженными сосочками при атрофическом гастрите; увеличенный язык – при панкреатите

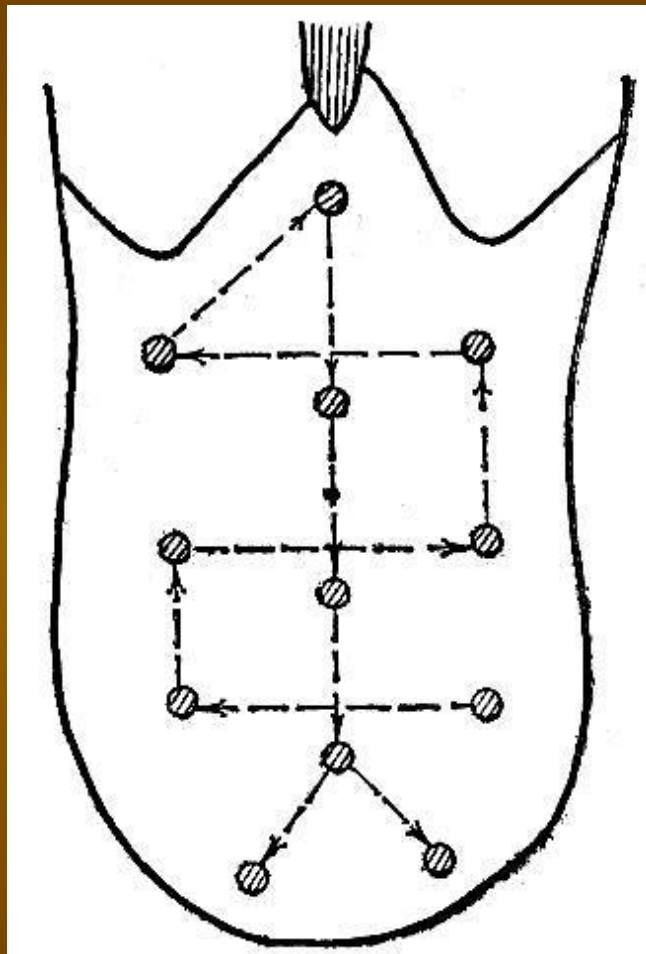
Физикальное исследование органов брюшной полости:

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

Осмотр живота

- *Форма и размеры живота* (отвислый при спланхноптозе, **выбухание** стенки живота при опухолях, **увеличение** живота при ожирении, метеоризме, асците; **асимметрия** при увеличении органов брюшной полости, вздутии петель кишечника при непроходимости кишечника)
- *Наличие* послеоперационных рубцов, пигментации (от грелки), пупочной грыжи; **видимая перистальтика желудка** при стенозе привратника, **перистальтика кишечника** при его непроходимости
- *Участие передней брюшной стенки в акте дыхания* (отсутствует при поражении брюшины, напр., при прободной язве)

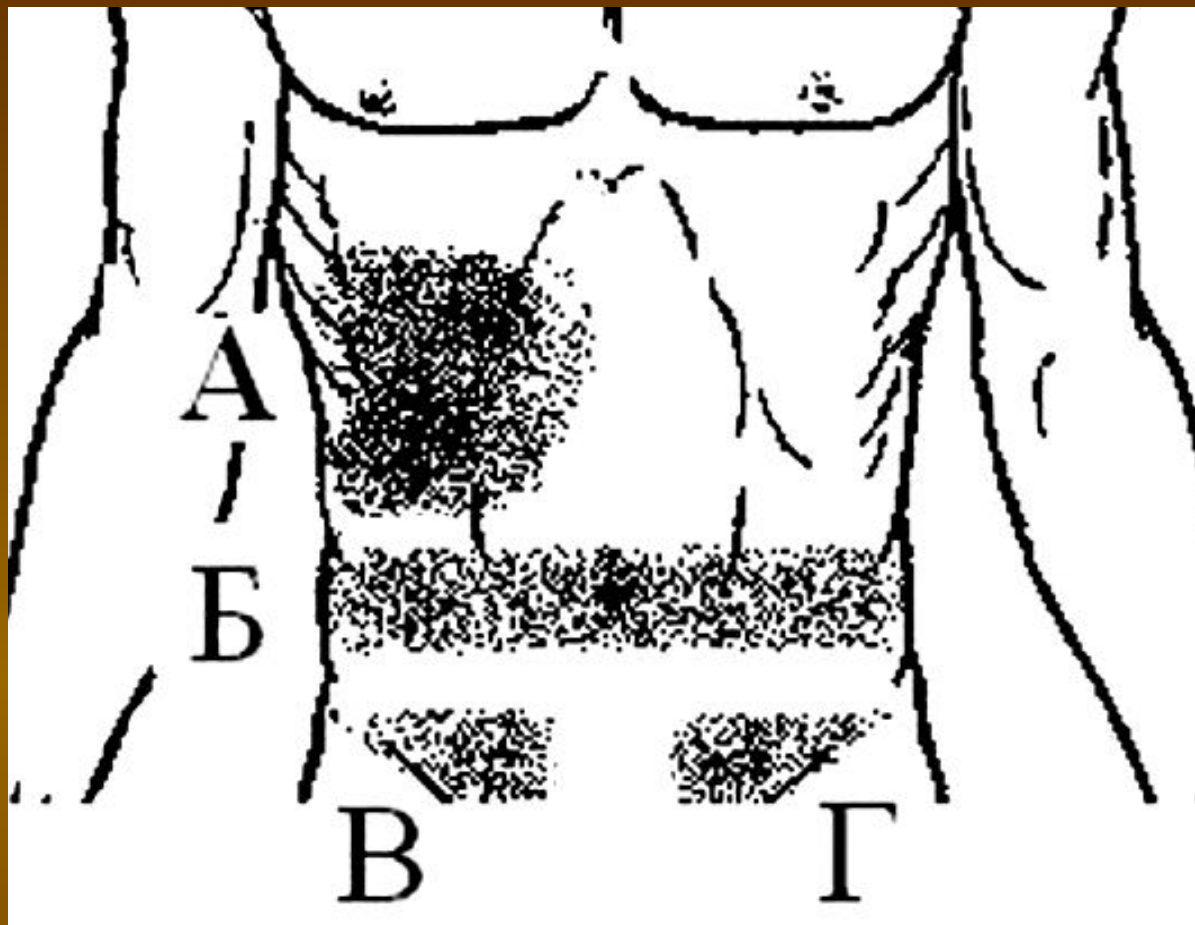
Поверхностная ориентировочная пальпация



*Порядок ориентировочной поверхностной
пальпации живота (по Ф.О. Гаусману, 1912)*

Поверхностная ориентировочная пальпация

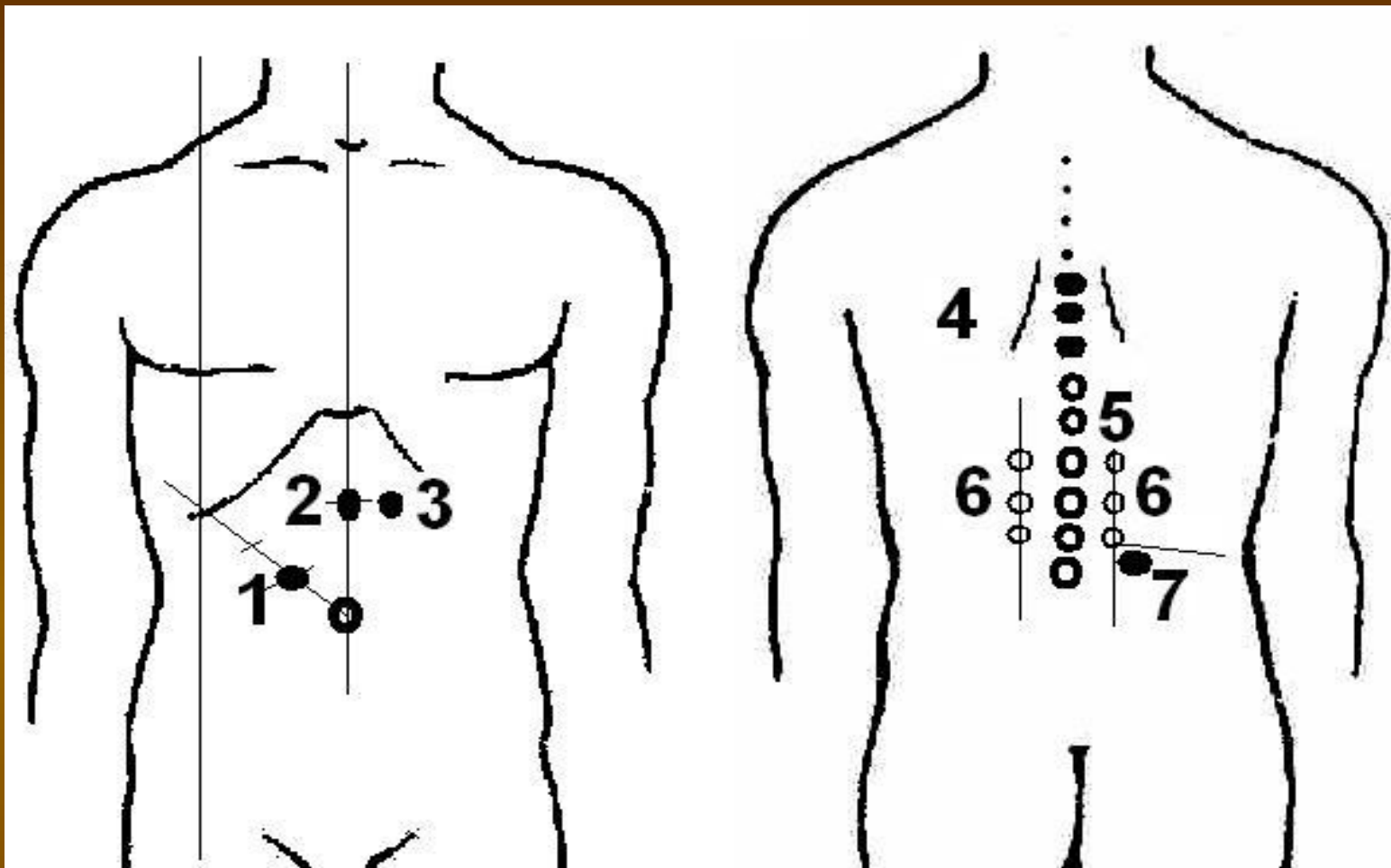
- Выявление болезненности
- Выявление мышечного напряжения стенки живота (дефанса)
- Выявление грыжевых выпячиваний, резкого увеличения органов, больших опухолей
- При подозрении на перитонит следует провести определение симптома Щеткина – Блюмберга.
- Симптом Менделя (поколачивание по верхним отделам прямых мышц живота – раздражение брюшины при язвенной болезни)



**Зоны кожной гиперестезии у больных с
воспалением:**

*А – билиарного тракта (холецистит), Б - поджелудочной железы
(панкреатит);*

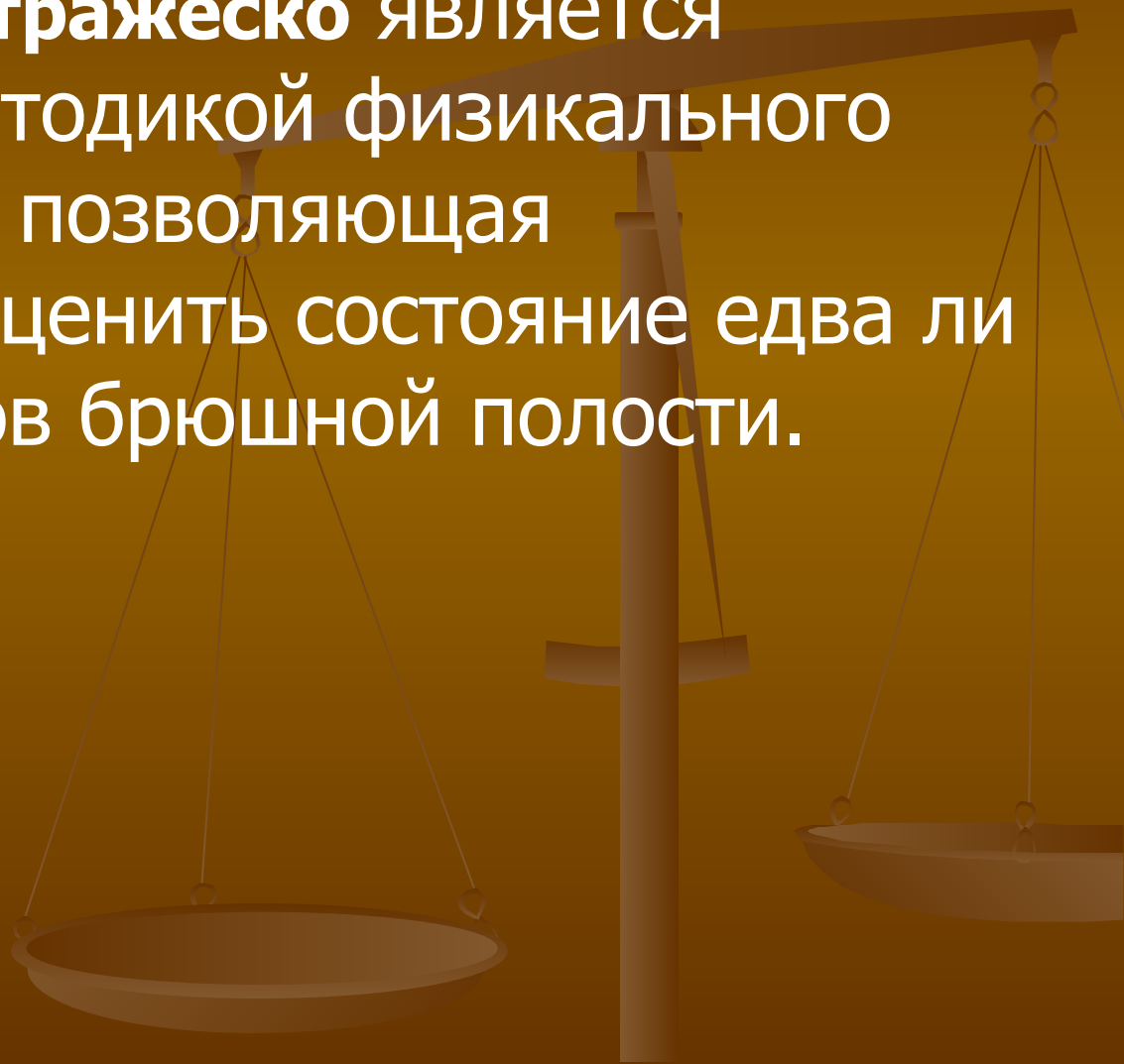
В – слепой кишки (тифлит); Г - сигмовидной кишки (сигмоидит)



Болевые точки при заболеваниях желудка:

1. пилородуоденальная; 2, 3 – эпигастральные; 4 – Гербста (язва высоких отделов желудка); 5 – Опенховского (язва тела желудка, пилорич.отдела, луковицы 12-п.к.); 6 – Боаса (слева – язва тела желудка, справа – язва привратника и луковицы 12-п.к); 7 – Певзнера (язва задней стенки луковицы 12-п.к.)

- **Глубокая скользящая топографическая методическая пальпация живота по Образцову – Стражеско** является важнейшей методикой физикального исследования, позволяющая пальпаторно оценить состояние едва ли не всех органов брюшной полости.



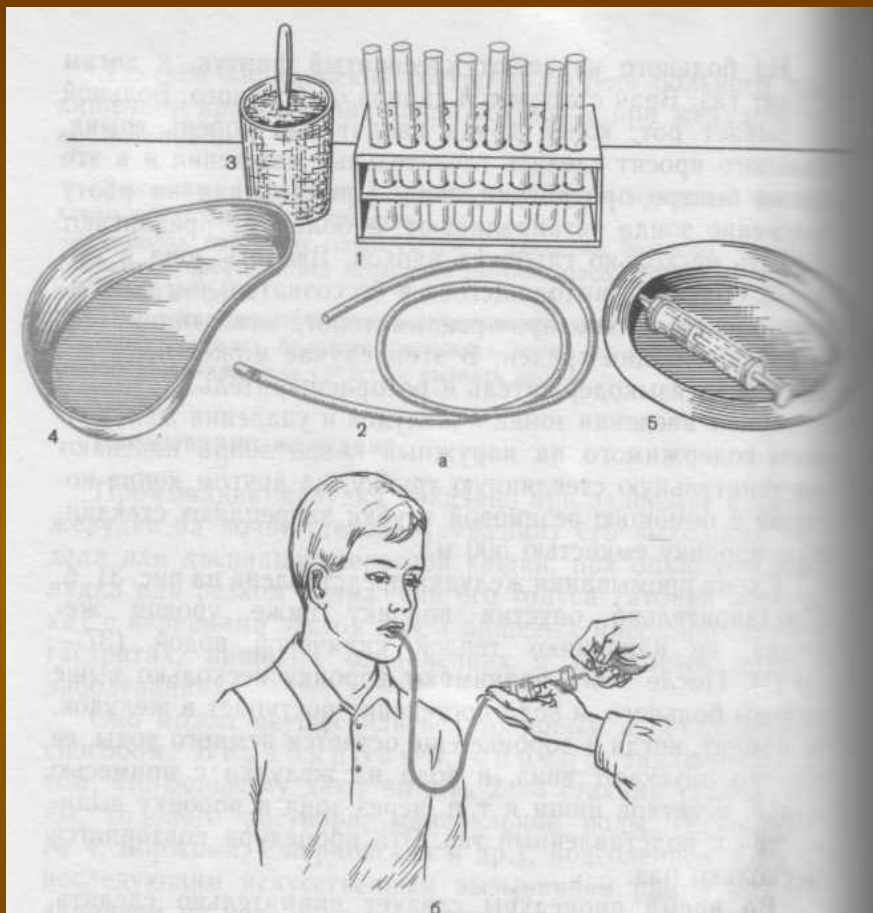
Другие методы объективного обследования

- Суккусия – сотрясение: выявление шума плеска натошак при стенозе привратника
- Перкуссия – выявление свободного газа в брюшной полости (исчезновение печеночной тупости при прободной язве желудка), выявление жидкости в брюшной полости
- Аускультация – определение перистальтики кишечника
- Аускультация-перкуссия – определение большой кривизны желудка

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА



Исследование желудочного сока



Исследование желудочной секреции тонким зондом

Энтеральные раздражители (пробные завтраки):

кофеиновый завтрак Кача – раствор 0,2 г кофеина в 300,0 мл воды;

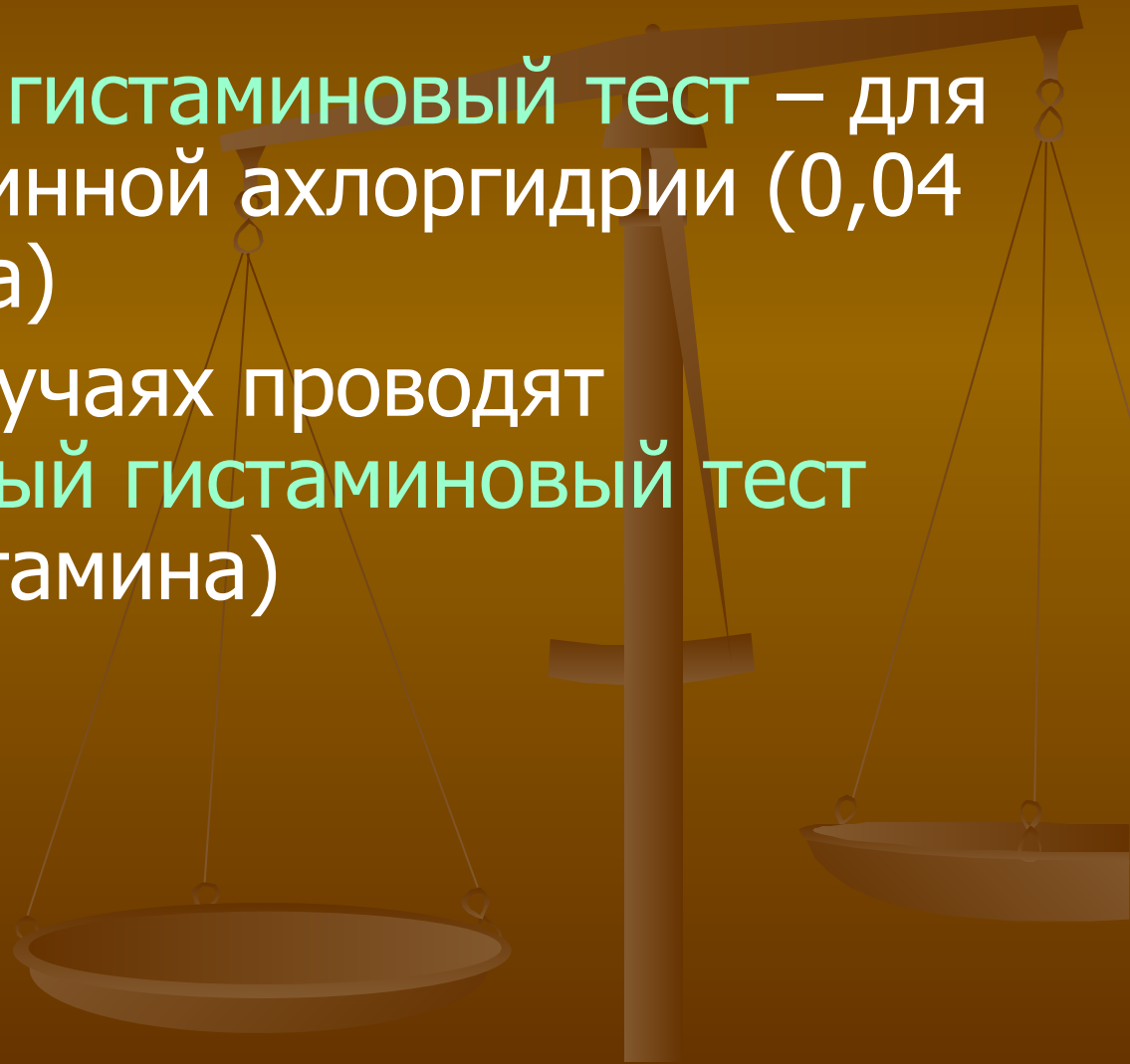
завтрак Зимницкого – 300,0 мл 5% мясного бульона;

алкогольный завтрак Эрмана – 300,0 мл 5% раствора этанола;

завтрак Н.И. Лепорского – 300,0 мл свежего капустного сока.

Унифицированный парентеральный стимулятор желудочной секреции – гистамин

- Максимальный гистаминовый тест – для выявления истинной ахлоргидрии (0,04 мг/кг гистамина)
- В остальных случаях проводят субмаксимальный гистаминовый тест (0,01 мг/кг гистамина)



Исследование желудочной секреции

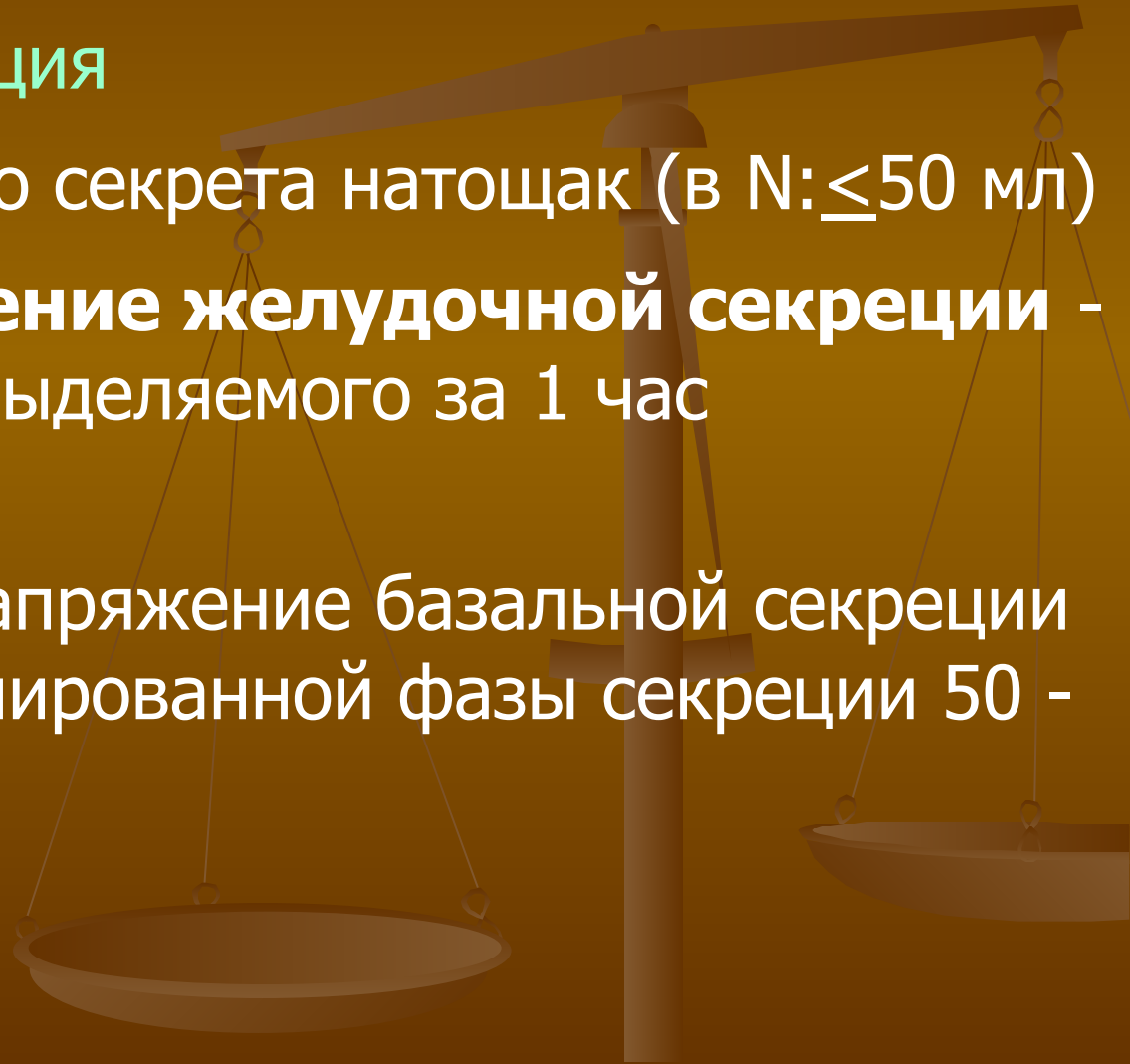
Время	Количество	Общая кислотность	Своб. HCl	Желчь	Слизь	Кровь	Микроскопия
Натощак	15	25	10	-	+	-	
Через 10 мин	10	30	20	-	+	-	
Через 25 мин	60	50	30	-	+	-	
Через 40 мин	30	60	40	-	+	-	
Через 55 мин	20	55	35	-	+	-	
Через 75 мин	20	60	40	-	+	-	
Через 85 мин	30	52	38	-	+	-	
Через 100 мин	10	60	40	-	+	-	

При анализе данных зондирования учитывают:

1. Секреторная функция

- Объем желудочного секрета натощак (в N: ≤ 50 мл)
- **Часовое напряжение желудочной секреции** - кол-во жел. сока, выделяемого за 1 час исследования.

В норме часовое напряжение базальной секреции 50 - 100 мл, стимулированной фазы секреции 50 - 110 мл



Исследование желудочной секреции

Время	Кол-во	Общая кислотность	Своб. HCl	Желчь	Слизь	Кровь	Микроскопия
Натощак	15	25	10	-	+	-	
Через 10 мин	10	30	20	-	+	-	
Через 25 мин	60	50	30	-	+	-	
Через 40 мин	30	60	40	-	+	-	
Через 55 мин	20	55	35	-	+	-	
Через 75 мин	20	60	40	-	+	-	
Через 85 мин	30	52	38	-	+	-	
Через 100 мин	10	60	40	-	+	-	

2. Кислотообразующая функция

- Общая кислотность – сумма всех кислых продуктов (в N: натощак < 40 т.е.; после пробного завтрака 40 – 60 т.е.)
- Содержание свободной HCl (в N: натощак < 20 т.е.; после пробного завтрака 20 – 40 т.е.)
- Тип пищеварения (в норме максимум пищеварения – через 45 – 60 мин)

- Дебит-час HCl – количество HCl (в мг), которое выделяется за 1 час исследования:

$$V_1 \times E_1 \times 0,0365 + V_2 \times E_2 \times 0,0365 + V_3 \times E_3 \times 0,0365 + V_4 \times E_4 \times 0,0365$$

где V – объем порции жел. сока (мл); E – своб. HCl в порции жел. сока (т.е.); 0,0365 – количество мг своб. HCl в 1 мл жел. сока, если при титровании данного количества своб. HCl равна 1 титр.ед.

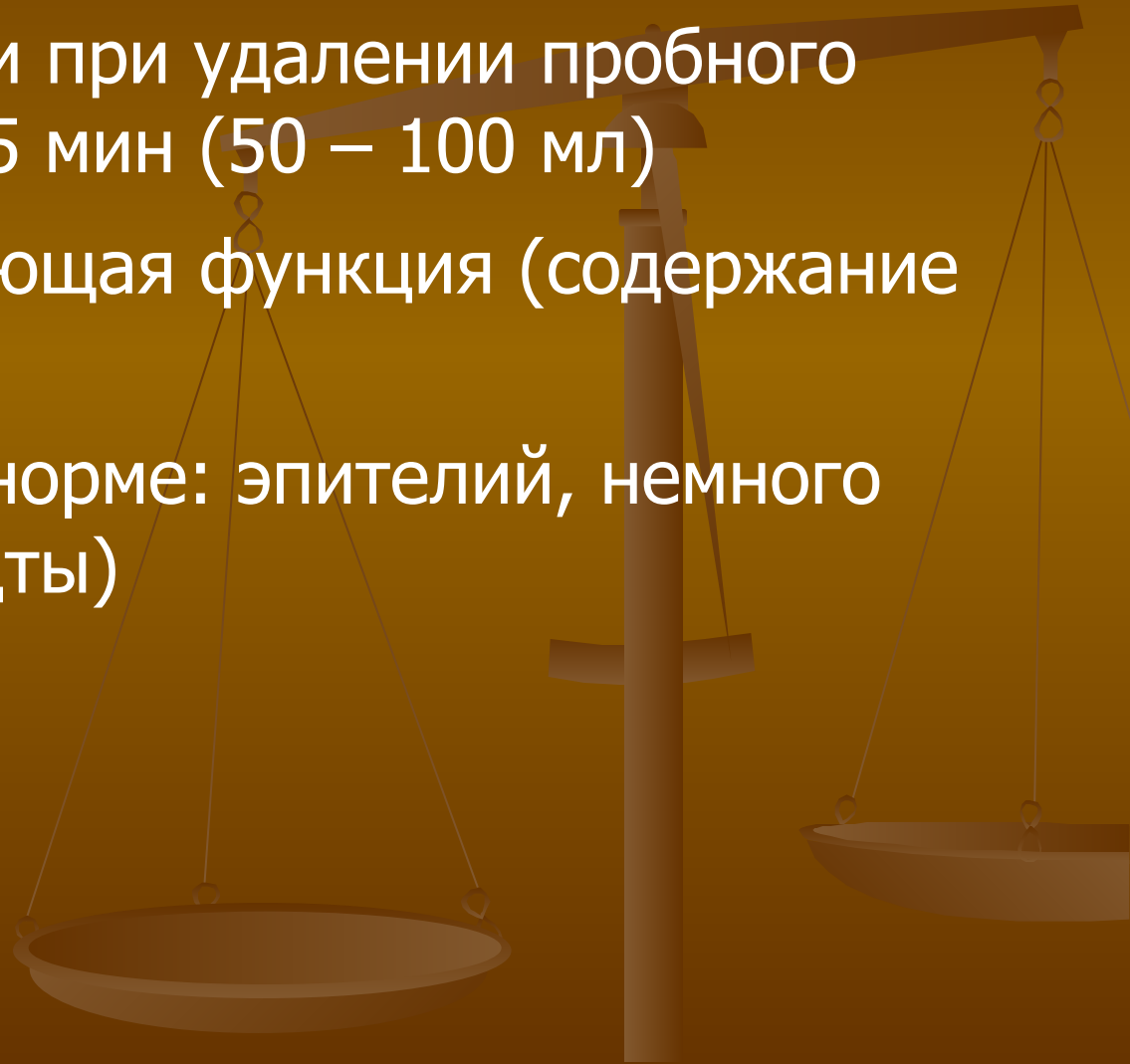
В норме: 40 – 150 мг/ч (по Лепорскому), 600 – 900 мг/ч (при стимуляции гистамином)

Исследование желудочной секреции

Время	Количество	Общая кислотность	Своб. HCl	Желчь	Слизь	Кровь	Микроскопия
Натощак	15	25	10	-	+	-	
Через 10 мин	10	30	20	-	+	-	
Через 25 мин	60	50	30	-	+	-	
Через 40 мин	30	60	40	-	+	-	
Через 55 мин	20	55	35	-	+	-	
Через 75 мин	20	60	40	-	+	-	
Через 85 мин	30	52	38	-	+	-	
Через 100 мин	10	60	40	-	+	-	

Исследование желудочного сока

3. Моторная (эвакуаторная) функция:
по объему порции при удалении пробного
завтрака через 25 мин (50 – 100 мл)
4. Ферментообразующая функция (содержание
пепсина)
5. Микроскопия (в норме: эпителий, немного
слизи, ед. лейкоциты)



Исследование желудочной секреции

Время	Количес тво	Общая кислот ность	Своб. НСІ	Желчь	Слизь	Кровь	Микрос копия
Натощак	15	25	10	-	+	-	
Через 10 мин	10	30	20	-	+	-	
Через 25 мин	60	50	30	-	+	-	
Через 40 мин	30	60	40	-	+	-	
Через 55 мин	20	55	35	-	+	-	
Через 75 мин	20	60	40	-	+	-	
Через 85 мин	30	52	38	-	+	-	
Через 100 мин	10	60	40	-	+	-	

Нарушения секреторной и кислотообразующей функции

- Гиперацидность
- Гипоацидность
- Анацидность (ахлоргидрия) –
отсутствие соляной кислоты
- Ахилия – отсутствие соляной кислоты и
пепсина



Исследование желудочной секреции

Время	Количес тво	Общая кислот ность	Своб. НСІ	Желчь	Слизь	Кровь	Микрос копия
Натощак	100	50	40	-	+++	+	
Через 10 мин	10	35	20	-	+++	+	
Через 25 мин	200	60	40	-	+++	+	
Через 40 мин	100	75	45	-	+++	+	
Через 55 мин	100	70	30	-	+++	+	
Через 75 мин	100	120	75	-	+++	+	
Через 85 мин	90	85	50	-	+++	+	
Через 100 мин	80	80	50	-	+++	+	

Исследование желудочной секреции

Время	Количес тво	Общая кислот ность	Своб. НСІ	Желчь	Слизь	Кровь	Микрос копия
Натощак	10	5	0	-	+++	-	Почкующиеся дрожжевые клетки
Через 10 мин	10	10	0	-	+	-	
Через 25 мин	15	20	0	-	++	-	
Через 40 мин	20	20	0	-	+++++	-	
Через 55 мин	15	10	0	-	+++	-	
Через 75 мин	10	10	0	-	+++	-	
Через 85 мин	10	15	0	-	+++	-	
Через 100 мин	20	10	0	-	+++	-	

Нормативы показателей желудочной секреции

Показатели	Натощак	Часовое напряжение секреции		
		Базальная секреция	Стимулированная секреция (по Лепорскому)	При максимальной стимуляции гистамином
Объем желудочного содержимого	Не более 50 мл	50 – 100 мл/ч	50 – 110 мл/ч	180 – 200 мл/ч
Общая кислотность	До 40 титр. ед.	40 – 60 титр. ед.	40 – 60 титр. ед.	100 – 120 титр. ед.
Свободная HCl	До 20 титр.ед.	20 – 40 титр. ед.	20 – 40 титр. ед.	90 -110 титр. ед.
Связанная HCl	-----	10 – 15 титр. ед.	10 – 15 титр. ед.	-----
Дебит-час HCl	До 70 мг	40 – 150 мг	40 – 160 мг	600 – 900 мг
Микроскопия	Эпителий, немного слизи и лейкоциты			

Интрагастральная рН-метрия



В основе метода рН-метрии лежит определение концентрации свободных водородных ионов.

Виды рН-метрии

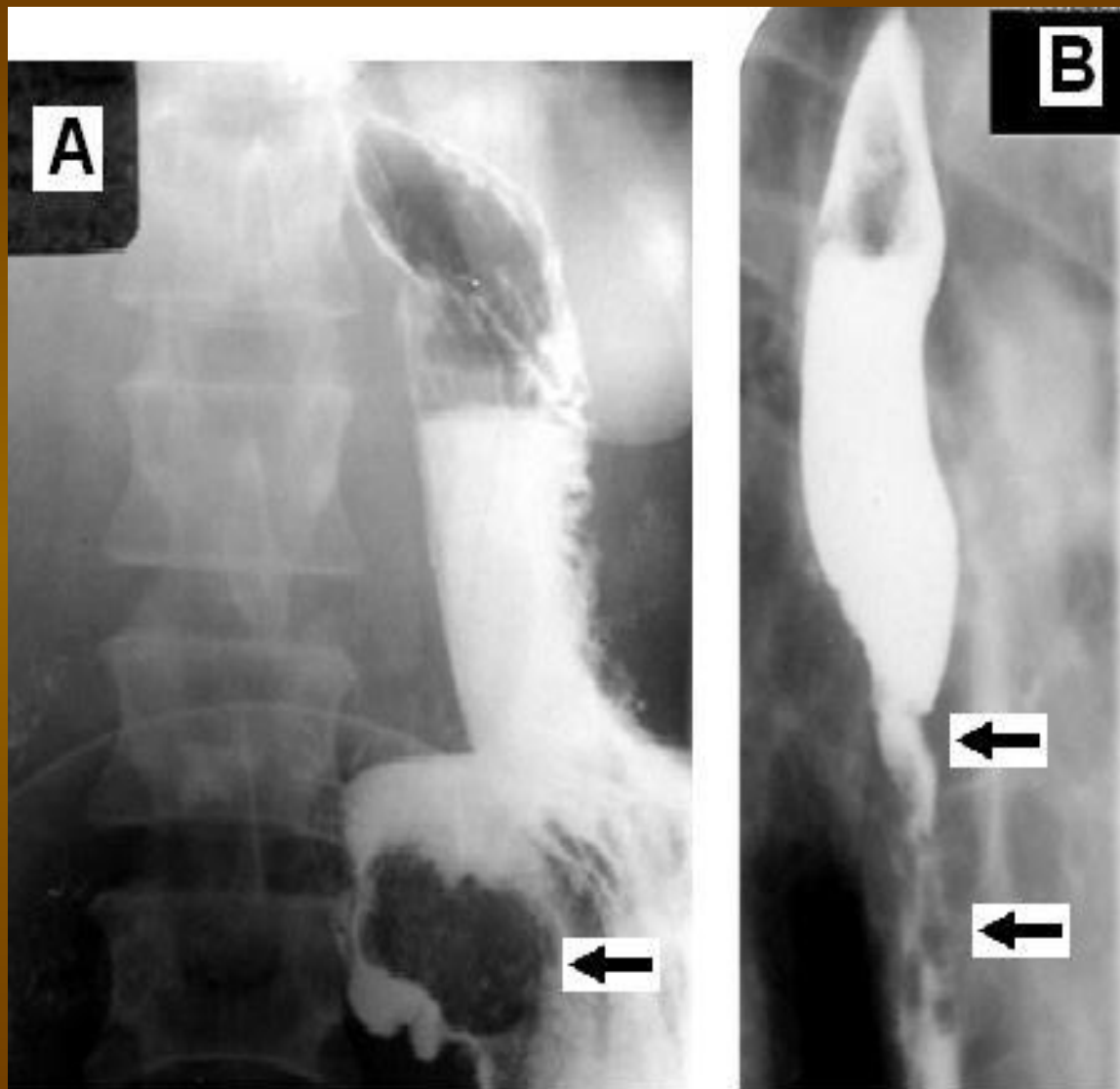
1. Кратковременная рН-метрия
2. Суточный мониторинг рН
3. Эндоскопическая рН-метрия

Значения рН в теле желудка оцениваются следующим образом:

<1,2 - гиперацидное состояние;
1,2 - 2,0 - нормацидное состояние;
2,1 - 3,0 - гипоацидное состояние;
3,1 - <5,0 - субанацидное состояние;
> 5,1 - анацидное состояние.

Гастроскан-ГЭМ во время исследования

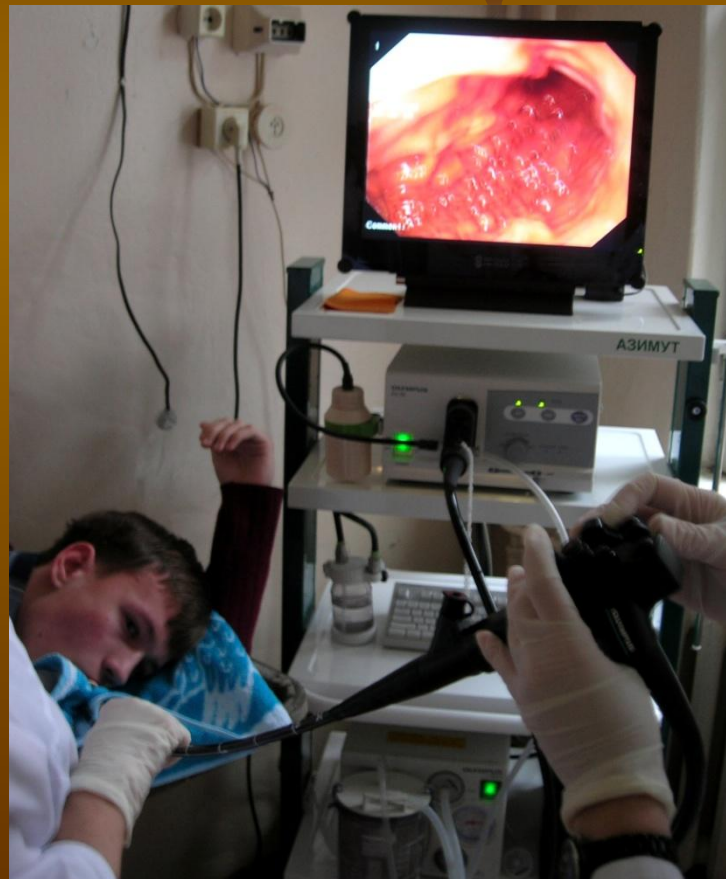
Рентгенодиагностика



А) рак желудка, В) рак пищевода

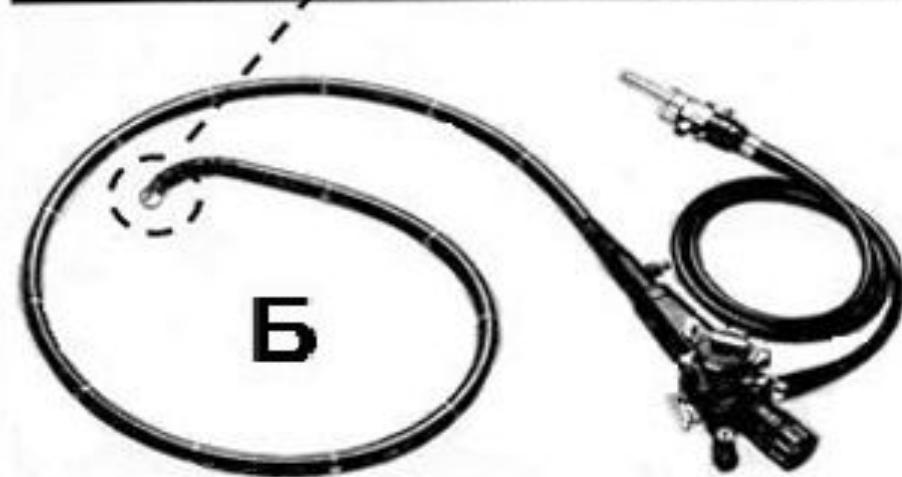
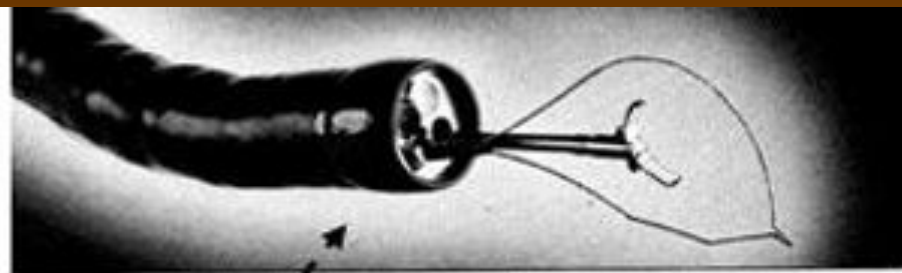
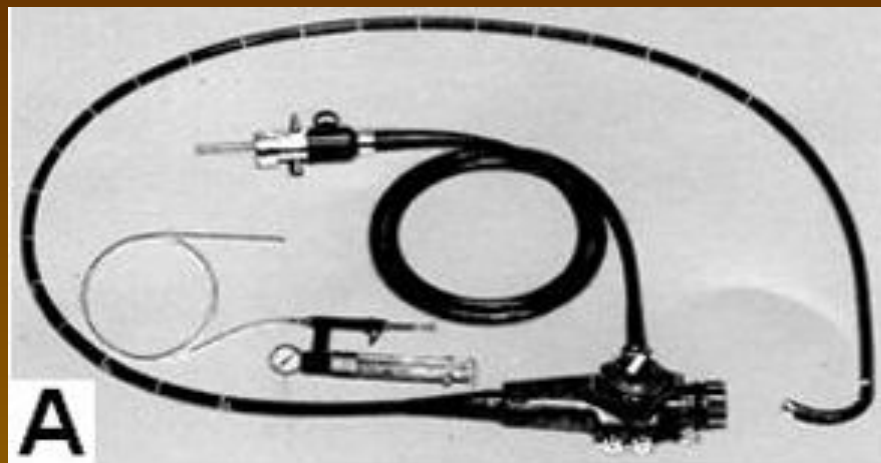
- Позволяет оценить положение, форму желудка,
- характер рельефа слизистой оболочки,
- контуры и эластичность стенки желудка,
- состояние эвакуаторной функции желудка,
- выявить «дефект наполнения» при раке
- симптом «ниши» при язвенной болезни

Эндоскопическое исследование
(фиброэзофагогастродуоденоскопия и
видеоэзофагогастродуоденоскопия) в настоящее
время является обязательной у больных с
заболеваниями желудка



ФГДС позволяет

- осмотреть пищевод, все отделы желудка, луковицу 12 – перстной кишки, и залуковичные отделы;
- получить биопсийный материал для определения характера патологического процесса, определить степень инфицированности *Helicobacter pilori*;
- осуществить лечебные мероприятия – введение лекарственных веществ;
- остановить кровотечение путем обработки кровоточащего сосуда лазерным лучом и методом электрокоагуляции;
- провести оперативное вмешательство – удаление полипов, инородных тел, снятие послеоперационных швов.



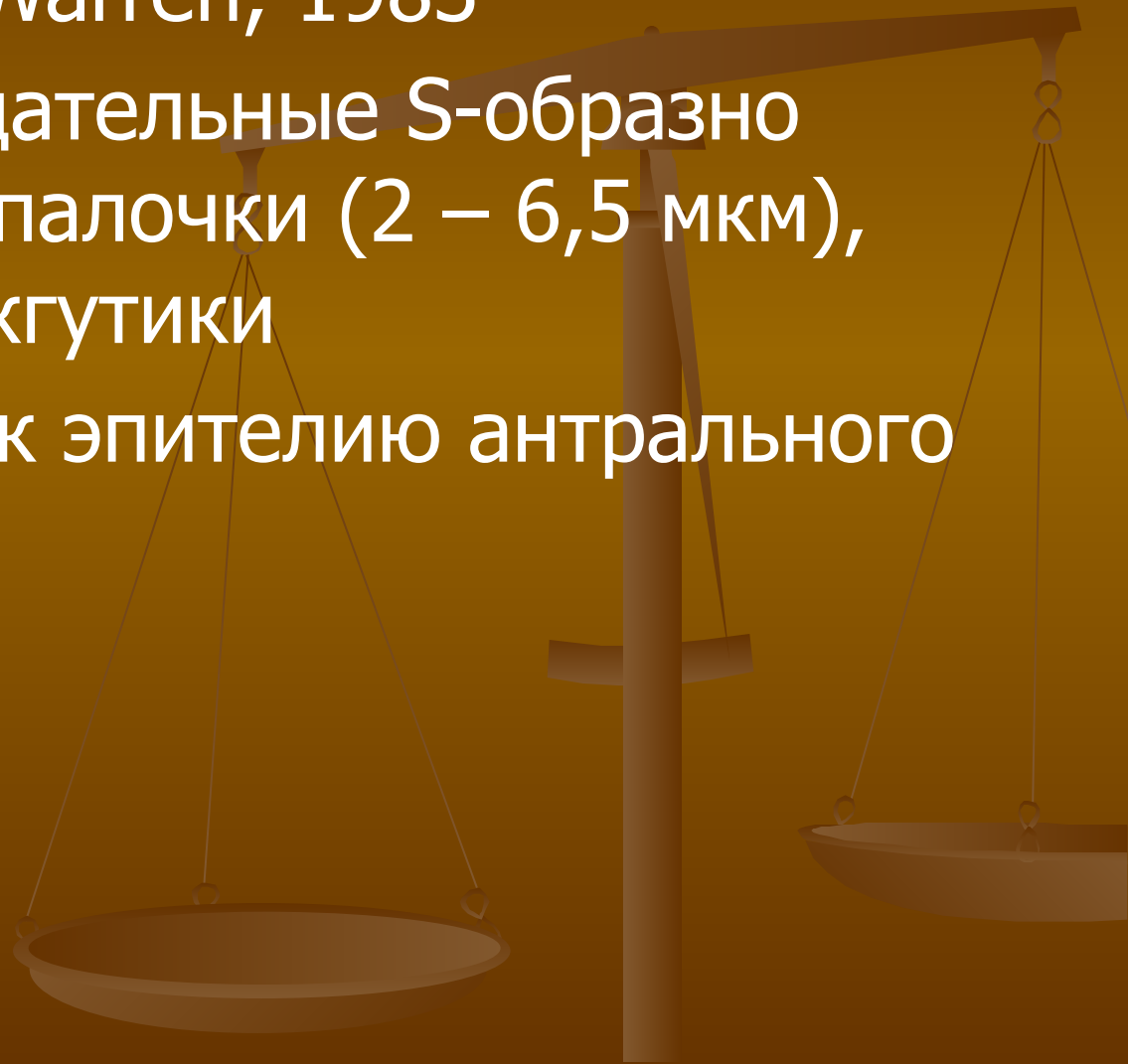
Различные модификации фиброскопов.

- **УЗИ органов брюшной полости** — метод диагностики заболеваний паренхиматозных органов брюшной полости
- **Компьютерная томография (КТ) и магнитнорезонансная томография (МРТ)**
- **Лапароскопия** - это метод эндоскопического исследования брюшной полости и находящихся в ней органов.

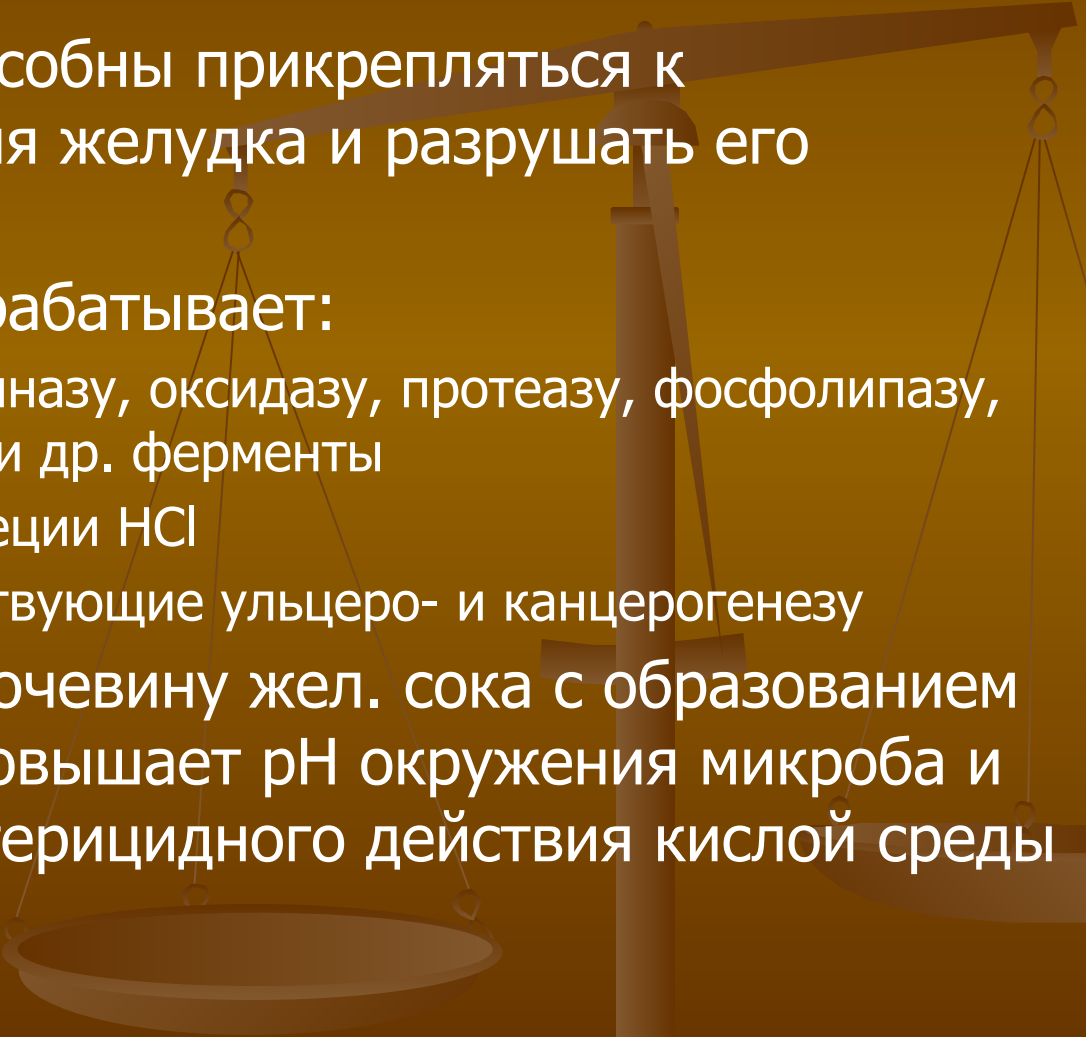


Helicobacter pylori

- Marshall и Warren, 1983
- Грам-отрицательные S-образно изогнутые палочки (2 – 6,5 мкм), имеющие жгутики
- Тропность к эпителию антрального отдела



Вирулентность *Helicobacter pylori*

- Жгутики позволяют *Helicobacter pylori* передвигаться в желудочном соке и слое слизи
 - *Helicobacter pylori* способны прикрепляться к плазмолемме эпителия желудка и разрушать его компоненты
 - *Helicobacter pylori* вырабатывает:
 - Уреазу, каталазу, муциназу, оксидазу, протеазу, фосфолипазу, щелочную фосфотазу и др. ферменты
 - Белок-ингибитор секреции HCl
 - Цитотоксины, способствующие ульцero- и канцерогенезу
 - Уреаза расщепляет мочевину жел. сока с образованием CO₂ и аммиака, что повышает pH окружения микроба и защищает его от бактерицидного действия кислой среды желудка
- 

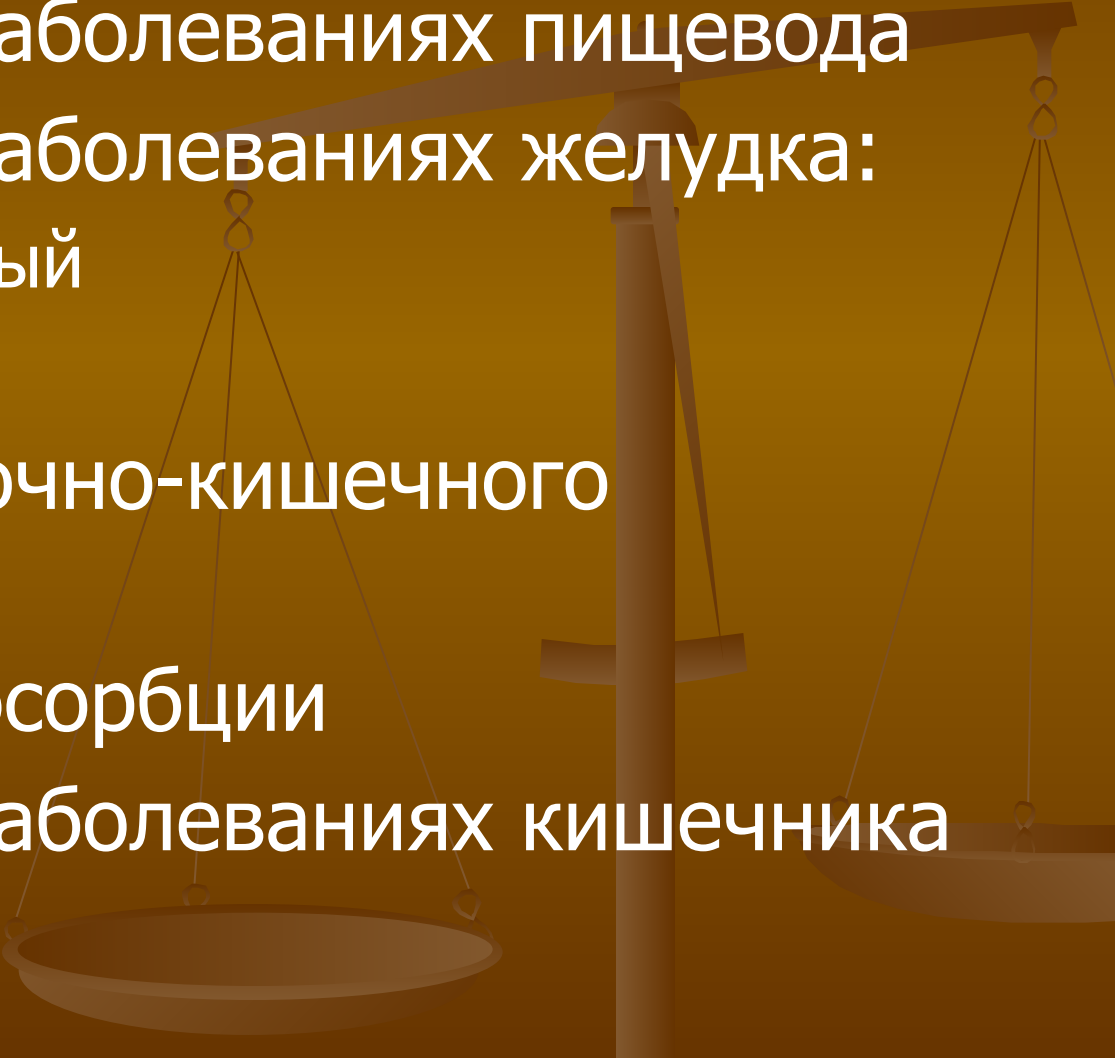
Патогенность *Helicobacter pylori*

- Воздействие *цитотоксина*, который вырабатывает *Helicobacter pylori*, и *аммиака*, образующегося при расщеплении мочевины уреазой, вызывает воспалительную реакцию за счет подавления активности факторов защиты
- *Helicobacter pylori* способны подавлять иммунные реакции (фагоцитоз)
- *Helicobacter pylori* тормозит клеточную дифференцировку эпителия слизистой желудка и пролиферацию, создает условия для апоптоза клеток и тем самым поддерживает воспалительный процесс

Методы выявления *H. pylori*

- Морфологический метод (исследование биоптатов при световой микроскопии)
- Бактериологический метод (посев биоптата)
- Инвазивный уреазный тест (в ходе ФГДС) основан на способности НР разрушать мочевины с образованием аммиака и углекислого газа. При внесении биоптата с НР в раствор мочевины с индикатором меняется окраска раствора
- Уреазный дыхательный тест (пациент выпивает раствор мочевины, меченной изотопами углерода ^{13}C и ^{14}C , затем выдыхает воздух в специальный прибор)
- Иммунологические методы (определение концентрации анти-НР антител в крови или антигенов НР в кале)
- Молекулярные методы (определение ДНК микроба в биоптатах с помощью полимеразной цепной реакции)

Синдромы при заболеваниях органов пищеварения

- Синдромы при заболеваниях пищевода
 - Синдромы при заболеваниях желудка:
 - Гиперсекреторный
 - Ахилический
 - Синдром желудочно-кишечного кровотечения
 - Синдром мальабсорбции
 - Синдромы при заболеваниях кишечника
- 

Гиперсекреторный синдром

Заболевания: язвенная болезнь, хрон. НР – ассоциированный гастрит (гастрит типа В)

Жалобы:

- Боли в эпигастрии (могут быть голодные и ночные боли, также боли после приема пищи)
- Диспепсические явления (после погрешности в диете): отрыжка кислым, изжога, тошнота и рвота
- Склонность к запорам (повышена возбудимость n.vagus)
- Повышение аппетита

Объективное обследование:

- Язык может быть чистым или м.б. налет на языке
- При пальпации болезненность в эпигастральной области

Дополнительные методы

Желудочное зондирование:

Повышение секреции (часовое напряжение базальной секреции > 100 мл/ч, стимулированной секреции > 110 мл/ч). Гиперацидность (общая кислотность > 60 т.е., свободная HCl > 40 т.е., дебит-час свободной HCl > 160 мг)

Рентгенологическая картина: гипертрофия, утолщение складок, спазм привратника. Возможны язвы, эрозии

Эндоскопия с гастробиопсией: воспаление антрального отдела желудка. Возможны эрозии, язвы. В полости желудка натошак содержится жидкость (желудочный секрет и слизь).

Диагностика хеликобактериоза (уреазный тест)

Ахилический синдром

Заболевания: хрон. атрофический гастрит (гастрит типа А), рак желудка

Жалобы:

- Чувство тяжести, давления в подложечной области
- Быстрая насыщаемость, снижение аппетита
- Отрыжка (тухлая), неприятный вкус во рту, тошнота
- Гастрогенная кишечная диспепсия: урчание, метеоризм, склонность к поносам
- Похудание, признаки анемии, гиповитаминоза (нарушено всасывание вит. В12, железа)

Объективное обследование:

- Бледность кожных покровов, шелушение и сухость кожи, ломкость ногтей, волос, «заеды» в углах рта
- Язык обложен белым налетом, сосочки слажены
- Живот вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и по ходу кишечника

Лабораторные и инструментальные методы исследования

Исследование желудочного сока

- Снижение секреторной функции: часовое напряжение стимулированной секреции < 50 мл/ч
- Снижение кислотообразующей функции: общая кислотность < 40 т.е., свободная HCl и пепсин снижены вплоть до отсутствия

Исследование кала: непереваренные мышечные волокна

Ро-скопия желудка и ФГДС: истончение складок, зияние привратника. При **биопсии:** атрофия слизистой и желудочных желез

Желудочно–кишечные кровотечения

- Источник кровотечения чаще (в 80–90%) локализуется в верхних отделах желудочно–кишечного тракта (язва желудка, распадающиеся злокачественные опухоли, варикозно-расширенные вены пищевода, эрозия желудка при гастрите, дуодените)

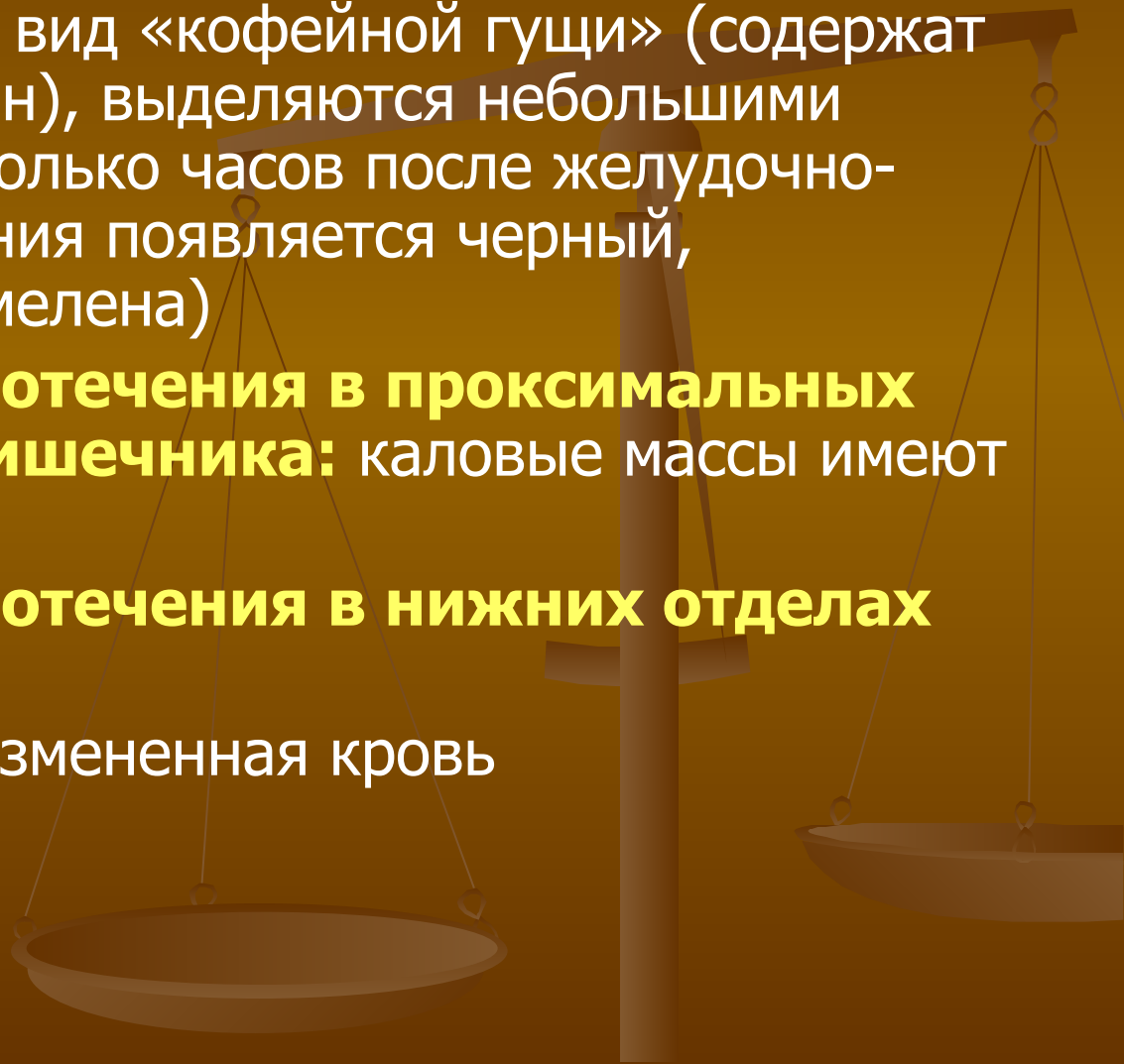
Прямые клинические признаки желудочно–кишечных кровотечений:

- Рвота с кровью
- Черный дегтеобразный стул

Общие симптомы (непрямые признаки):

- Слабость, головокружение, ощущение шума в ушах и потемнения в глазах, одышка, тахикардия, снижение АД

- **Если источник кровотечения в пищеводе:**
Кровь алая , выделяется в большом количестве
- **Если источник кровотечения в желудке:**
Рвотные массы имеют вид «кофейной гущи» (содержат соляно-кислый гематин), выделяются небольшими порциями. Через несколько часов после желудочно-кишечного кровотечения появляется черный, дегтеобразный стул (мелена)
- **Если источник кровотечения в проксимальных отделах толстого кишечника:** каловые массы имеют бурую окраску
- **Если источник кровотечения в нижних отделах кишечника:**
в кале появляется неизмененная кровь



Диспептический синдром

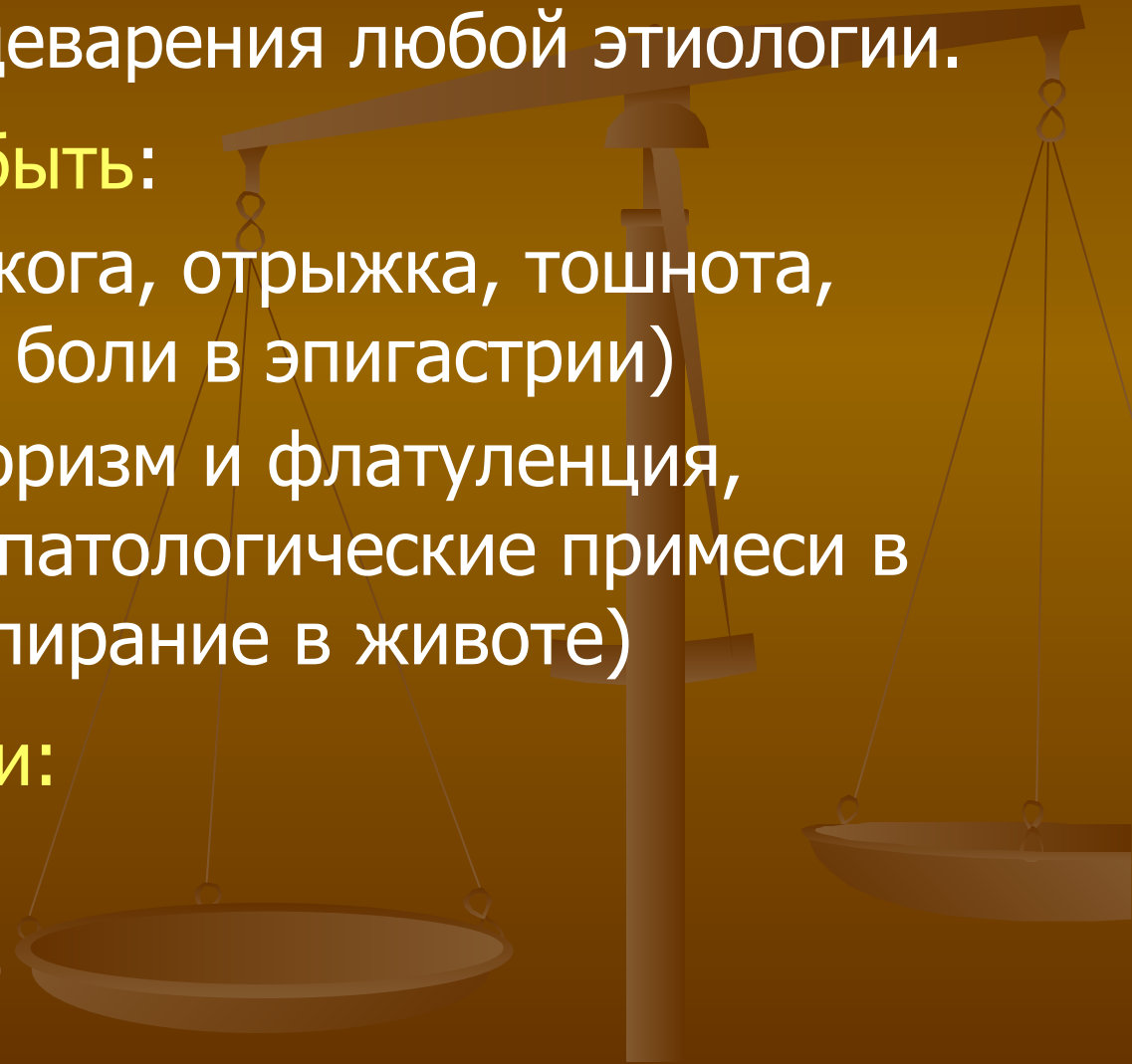
Диспепсия – групповое понятие для обозначения синдрома, связанного с нарушением пищеварения любой этиологии.

Диспепсия может быть:

- Желудочной (изжога, отрыжка, тошнота, рвота, тяжесть и боли в эпигастрии)
- Кишечной (метеоризм и флатуленция, диарея, запоры, патологические примеси в кале, боли и распирающие в животе)

Причины диспепсии:

- Органические
- Функциональные



Диспептический синдром

Причины органической диспепсии

- Заболевания органов пищеварения: рефлюкс-эзофагит, язвенная болезнь, гастрит, хр. панкреатит, ЖКБ, рак желудка и др.
- Другие патологические состояния: заболевания сердца (застойный гастрит, колит), интоксикации (уремия), побочное действие лекарств, инфекции, и т.д.

Диспептический синдром

Функциональные диспепсии (при отсутствии указанных заболеваний)

Варианты функциональной диспепсии

- **язвенноподобная диспепсия** – боли преимущественно локализуются в эпигастрии, часто ночные и голодные
- **дискинетический вариант** – ощущение быстрого наполнения желудка, дискомфорт в эпигастрии, тошнота, боли отсутствуют
- **неспецифическая диспепсия** – жалобы трудно отнести в какую-то группу

Синдром нарушенного пищеварения и всасывания (синдром мальабсорбции)

- Это комплекс расстройств, возникающих в результате врожденных или приобретенных **нарушений** полостного и/или мембранного (пристеночного) **пищеварения**



Этиология синдрома мальабсорбции

- Заболевания, протекающие с недостаточностью пищеварительных ферментов (хр. панкреатит, болезни печени и желчевыводящих путей, недостаточность лактазы)
- Болезни, протекающие с поражением слизистой тонкой кишки (хр. энтероколит, целиакия)
- Уменьшение всасывательной поверхности кишечника (состояние после резекции тонкой кишки)

Клинические проявления

- Диарея, стеаторея
- Метеоризм, боли в животе
- Потеря массы тела
- Синдромы недостаточности всасывания:
 - Белков (истощение, гипопротейнемические отеки)
 - Углеводов (метеоризм, низкий уровень глюкозы крови)
 - Жиров и жирорастворимых витаминов А, D, E, К
 - Витаминов группы В, фолиевой кислоты, железа (анемии)
 - Электролитов: кальция (тетания, остеопороз, втор. гиперпаратиреозидизм), калия (слабость) и др.
- Вторичные эндокринные нарушения (аменорея)

Диагностика синдрома мальабсорбции (дополнительные методы)

- **Снижение** в крови уровня альбумина, холестерина, кальция, магния, вит. А, фолиевой кислоты и т.д.
- **В анализах кала** обнаруживают нейтральный жир и мышечные волокна
- **Рентгенологически:** утолщение и огрубление складок слизистой тонкой кишки, фрагментация столба бариевой взвеси, дивертикулы, слепые петли кишки
- **Эндоскопически** и при биопсии могут выявляться лимфома тонкой кишки, эозинофильный гастроэнтерит и др.