



# СЕМИОТИКА И СИНДРОМОЛОГИЯ БОЛЕЗНЕЙ КИШЕЧНИКА



# СИМПТОМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ КИШЕЧНИКА

## I ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ:

1. РАССТРОЙСТВА СТУЛА (поносы, запоры, тенезмы)
2. МЕТЕОРИЗМ
3. БОЛИ В ЖИВОТЕ
4. КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

## II ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЖАЛОБЫ

## III ЖАЛОБЫ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА



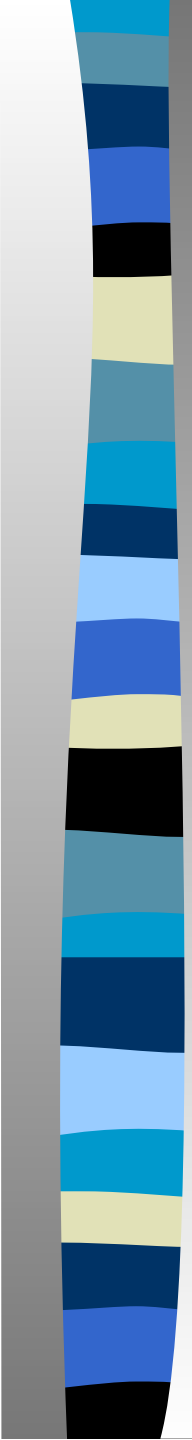
# 1. РАССТРОЙСТВА СТУЛА

## Нарушение свойств каловых масс

а) изменения частоты акта дефекации: диарея (понос), запор

б) нарушения физико-химических свойств: каловые массы плотные, жидкие, содержащие непереваренные кусочки пищи, при большом содержании жира серые, блестящие, мазевидные.

При бродильной диспепсии светлые пенистые, при гнилостной - жидкие темно-коричневые с острым гнилостным запахом. «Мелена» - черный неоформленный мазевидный кал у больных с пищеводными, желудочными или высокими кишечными кровотечениями.

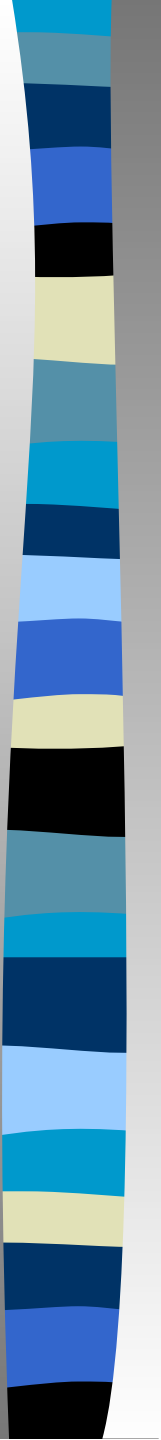


**При хроническим энтерите** бурные позывы к дефекации через 30-40 мин) после еды. Обильные испражнения (полифекалия), имеют жидкую или кашицеобразную консистенцию, светло-желтый цвет, содержат кусочки непереваренной пищи. Связаны с усилением моторики тонкого кишечника.

Для поражения **толстого кишечника** характерно чередование запоров и поносов. Поносы сразу после еды, объясняются гастроцекальным рефлексом. Каловые массы содержат примесь слизи. При поражении дистального отдела толстой кишки - частые позывы на дефекацию, с выделением небольших количеств кала и газов. Ложные позывы на дефекацию называются "ректальный плевок".

# Метеоризм

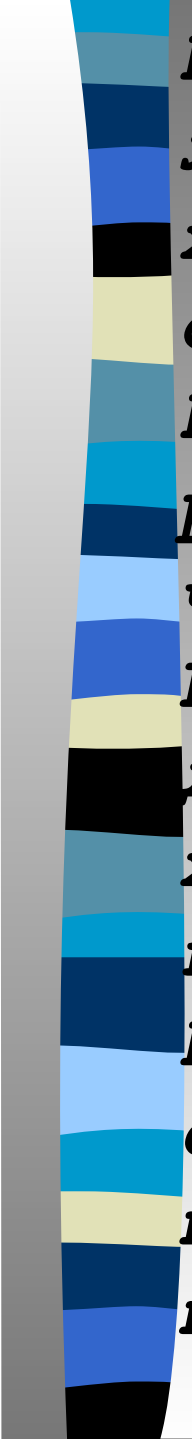
ощущение пучения, вздутия, распираания живота. Развивается вследствие усиленного газообразования в кишечнике, обусловленного употреблением с пищей растительной клетчатки и крахмала, легко поддающихся процессам брожения (горох, бобы, капуста и др.). Метеоризм наиболее выражен во второй половине дня на высоте кишечного пищеварения. Часто сопровождается болями в области сердца, сердцебиением, иногда пароксизмальной тахикардией (кишечно-кардиальный рефлекс).



## **КИШЕЧНЫЕ БОЛИ:**

**Общими признаками кишечных болей являются:**

- 1) отсутствие строгой связи с приемом пищи;**  
**исключением является воспалительный процесс в поперечной ободочной кишке – трансверзит, при котором боли в животе возникают тотчас после приема пищи;** патогенез болей в данном случае связан с рефлекторными сокращениями поперечно-ободочной кишки при поступлении пищи в желудок;
- 2) тесная связь болей с актом дефекации;** они могут возникать до, во время и редко после опорожнения кишечника; облегчение болей после дефекации или отхождения газов.

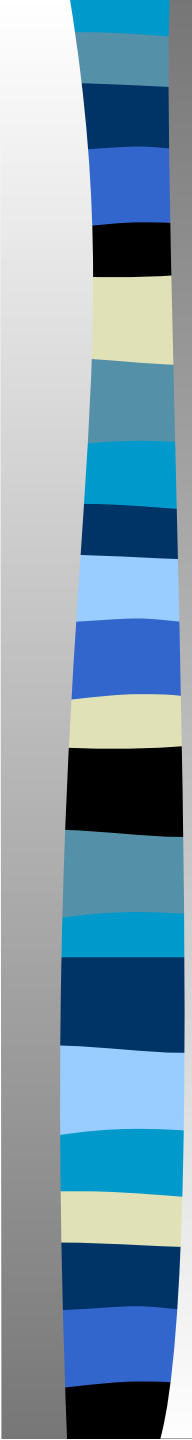


При поражении тонкого кишечника – боли локализуются вокруг пупка, а при хронических колитах – в боковых отделах живота и подвздошной области.

При воспалении сигмовидной кишки острые боли возникают в левой нижней части живота.

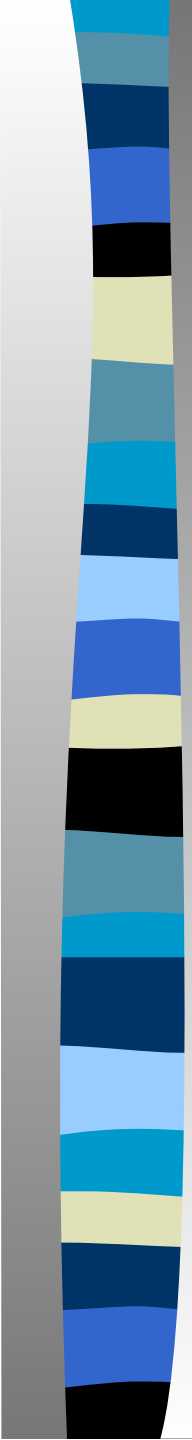
Боли в промежности, особенно в момент дефекации, с наличием крови в кале характерны для заболевания прямой кишки (проктит, рак).

При колитах тупые, ноющие, иногда схваткообразные, распирающие, постоянные усиливаются при напряжении, не уменьшаются после дефекации.



**Кишечные кровотечения возникают при язвенном поражении органов пищеварительной системы, при опухолях, острых инфекционных заболеваниях (брюшной тиф, бациллярная дизентерия), язвенном неспецифическом колите и др. Мелена указывает на кровотечение из пищевода, желудка или верхних отделов тонких кишок. Наличие алой крови свидетельствует о кровотечении их нижних отделов кишечника.**





**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЖАЛОБЫ:** Тошнота, отрыжка воздухом, металлический привкус во рту возникают при нарушении моторики кишечника.

**ЖАЛОБЫ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА:** Сужение круга интересов, мнительность, канцерофобия, раздражительность, эмоциональная слабость, недомогание, снижение работоспособности, ухудшение памяти, головные боли, головокружение имеют сложное происхождение. Возникают вследствие вегетативной дисрегуляции, эндогенной интоксикации, нарушения всасывания микроэлементов, витаминов, белка, жиров и углеводов.

## **ОБЩИЙ ОСМОТР**

**При хронических прогрессирующих заболеваниях кишечника кожа сухая, шелушащаяся, бледная или сероватого цвета, тургор и эластичность ее снижены, пигментные пятна на лице, шее, тусклые, ломкие ногти, легко выпадающие волосы.**

**При хроническом энтерите и колите язык обложен серовато-белым налетом, при выраженном синдроме мальабсорбции малиново-красный, потрескавшийся, сосочки атрофированы (лакированный язык).**

## Осмотр живота

ОСМОТР ЖИВОТА: Общее вздутие живота обусловлено метеоризмом (бродильная или гнилостная диспепсия). Вздутый ассиметричный живот характерен для непроходимости кишечника.

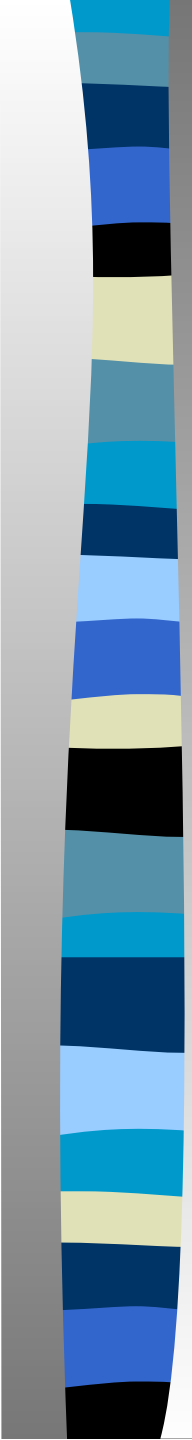
ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА: Цель - определить напряжение брюшной стенки, болезненность в отдельных участках, уплотнения, грыжевые отверстия, расхождения мышц, расположение органов, состояние их стенок, поверхности, объем, диаметр, плотность, определить их подвижность и смещаемость.

## Методика пальпации живота

Глубокая скользящая пальпация живота по Образцову-Стражеско выявляет болезненность и уплотнение либо всего толстого кишечника, либо преимущественно одного его отдела.

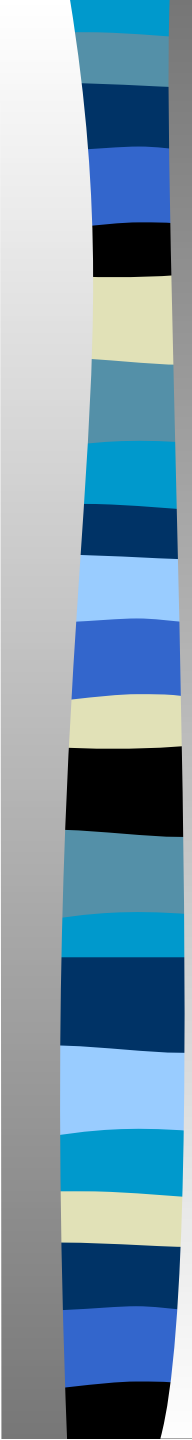
Часто при хроническом колите пальпация выявляет чередование спазмированных и расширенных участков толстого кишечника, урчание.

При остром воспалении брюшины локальное давление вызывает сильную боль, усиливающуюся при внезапном прекращении давления и отнятии руки (симптом Щеткина-Блумберга).



**Местная энтеральная симптоматика:**  
вздутие живота при метеоризме, западение  
при выраженной диарее,  
симптом Образцова - громкое урчание при  
пальпации слепой кишки, что обусловлено  
поступлением жидкого содержимого тонкого  
кишечника в слепую кишку,  
симптом Герца - ощущение плеска при  
пальпации слепой кишки;  
урчание при пальпации терминального  
отрезка подвздошной кишки;  
спастические сокращения терминального  
отрезка подвздошной кишки;  
локальная болезненность слева и выше  
пупка на уровне XII грудного и I  
поясничного позвонка (в точке Поргеса);

.



**Болезненность в илеоцекальной области (в точке Штернберга-1, болезненность выше пупка справа на уровне II поясничного позвонка в точке Штернберга-2.**

**При развитии мезоденита появляется перекрестный симптом Штернберга: С помощью глубокой скользящей пальпации правой рукой прощупывают слепую кишку и отодвигают ее кнаружи и несколько книзу. Не опуская правой руки, левой рукой ощупывают правую подвздошную область медиальнее смещенной слепой кишки. При воспалении мезентериальных лимфатических узлов здесь обнаруживается четкая болезненность. Если же боль обусловлена воспалением слепой кишки, то медиально от нее болезненности нет.**



# **СИНДРОМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА**

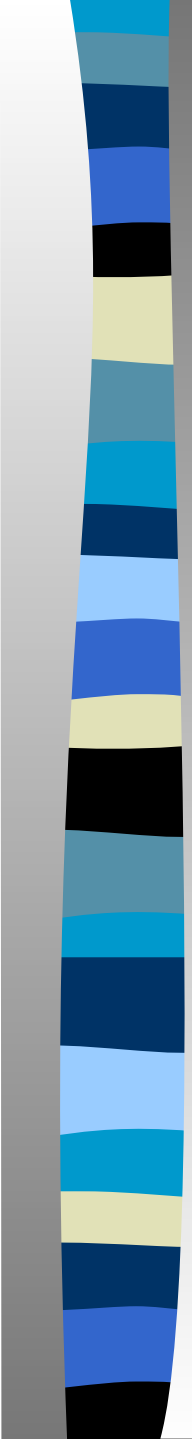
- 1. СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИ**
- 2. СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ  
ТОЛСТОЙ КИШКИ**
- 3. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ**
- 4. АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКИЙ  
СИНДРОМ**
- 5. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЙ  
СИНДРОМ**

# СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ

**Ведущий. Возникает при нарушении переваривания, всасывания либо моторной функции кишечника.**

**При нарушении переваривания в тонком кишечнике развивается мальдигестия, при нарушении всасывания - мальабсорбция; при нарушении переваривания белков - гнилостная диспепсия; при нарушении переваривания углеводов - бродильная диспепсия; при нарушении эвакуации - синдромы ускоренной эвакуации из тонкого кишечника, замедленной эвакуации из толстой кишки, кишечная непроходимость.**





**С клинических позиций удобно  
нарушения со стороны тонкого  
кишечника, патогенетически  
обусловленные  
мальдигестией и  
мальабсорбцией рассмат-  
ривать в рамках общего  
энтерального синдрома.**



# Выделяют

- Местные (кишечные),
- Копрологические,
- Общие (некишечные)

**СИМПТОМЫ  
ЭНТЕРАЛЬНОГО  
СИНДРОМА.**



## Кишечные (местные) симптомы энтерального синдрома

1. Ведущий и ранний симптом – поносы 2–3 дефекации (иногда больше), с выделением обильного кашицеобразного кала без примеси крови и без тенезмов. В случае присоединения инфекции дефекация до 5–10 раз в сут.
  2. Метеоризм, Вздутие живота и урчание усиливается во вторую половину дня и ночью – в период более интенсивной активности пищеварительных процессов.
- Характерны отрыжка и неприятный вкус во рту.

# Копрологические синдромы

1. В копрограмме: стеаторея (наиболее ранний и частый симптом), амилорея, креаторея.

## Стеаторея

количество - до 1000 г

консистенция - мажевидная

цвет - серо-желтый

запах - зловонный

реакция - щелочная, кислая

стеркобилин (+), билирубин (+)

мышечные волокна (++)

соединительная ткань (+-)

нейтральные жиры (+++)

жирные кислоты (++) , мыла (++)

крахмал (+)



## АМИЛОРЕЯ

консистенция - кашицеобразная

цвет - желтый

реакция-кислая

жирные кислоты (+)

крахмал (+++)

переваримая клетчатка (++)

йодофильная флора (++)

органические кислоты (++)



# Креаторея

консистенция - кашицеобразная

цвет - темно-коричневый

реакция - щелочная

перевариваемая клетчатка (++)

мышечные волокна (+-)

соединительная ткань (-)

крахмал (-)

нейтральный жир и мыла (+)

количество аммиака в суточном

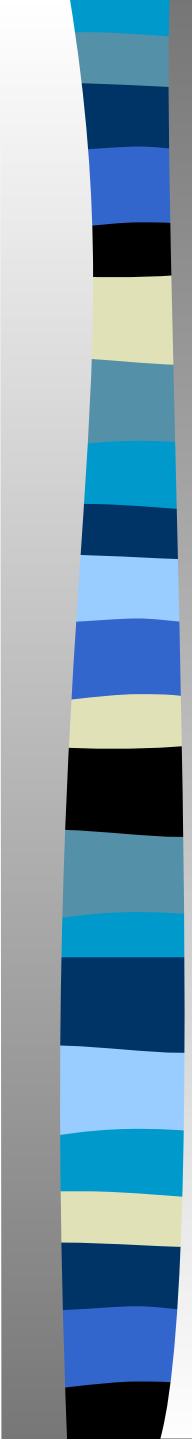
количестве кала (+++)



# ОБЩИЕ (НЕКИШЕЧНЫЕ) СИМПТОМЫ ЭНТЕРАЛЬНОГО СИНДРОМА

В связи с развитием мальдигестии и мальабсорбции нарушаются все виды обмена веществ: жировой, углеводный, белковый, минеральный, а также обмен витаминов.

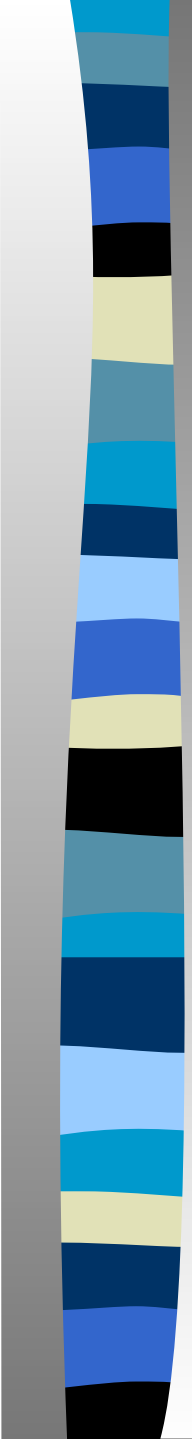
Расстройства белкового обмена проявляются падением массы тела, атрофией мышц, появлением отеков, гипопроотеинемией.



1 Расстройства жирового обмена характеризуются снижением массы тела, нарушением переваривания и всасывания жира, гипохолестеринемией, ведущей к снижению синтеза гормонов, нарушению проницаемости клеточных мембран, дефициту жирорастворимых витаминов.

Расстройства углеводного обмена проявляются бродильной кишечной диспепсией, склонностью к гипогликемии.

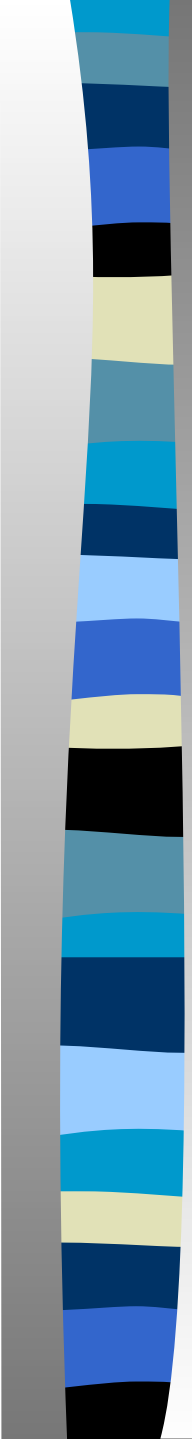




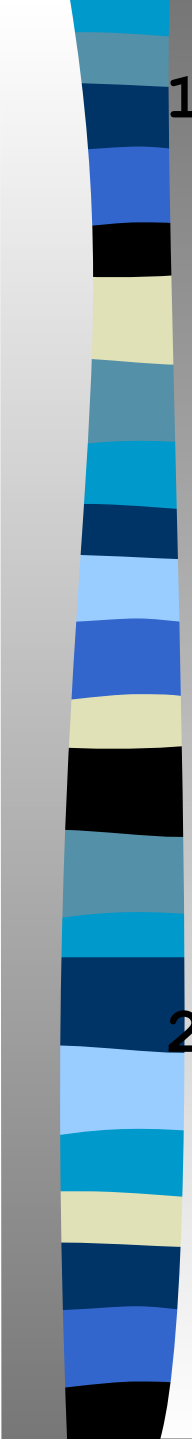
Расстройства минерального обмена выражаются: гипокальциемией (судороги конечностей, онемение губ, пальцев стоп и кистей, оссалгия, усиливающиеся в покое, остеопороз), гипонатриемией (артериальная гипотония, тахикардия, жажда, сухость языка и кожных покровов), гипокалиемией (мышечная слабость, снижение моторики кишечника, экстрасистолия).

## Дефицит железа: сидеропения

приводит к развитию железо-дефицитной гипохромной анемии; сухости кожи и слизистой оболочек; ногти теряют блеск, становятся ломкими, на поверхности ногтя появляется ложкообразное углубление - койлонихия; ломкости и выпадению волос; извращению вкуса и обоняния; атрофическим изменениям слизистой оболочки желудка и снижению содержания железа в крови.



Дефицит витамина С проявляется кровоточивостью десен, носовыми кровотечениями, геморрагической сыпью на коже. Дефицит витамина В<sub>12</sub> и фолиевой кислоты проявляется картиной пернициозной В<sub>12</sub> (фолиево) - дефицитной анемии. Дефицит витамина РР (ник. к-ты) характеризуется пигментацией кожи открытых участков тела, дерматитом, расстройством вкуса, покраснением языка сглаживанием сосочков: полириованный "малиновый" язык.



1. Дефицит витамина А проявляется сухостью кожи, ухудшением вечернего и ночного зрения. Дефицит витамина В<sub>1</sub> характеризуется ощущением жжения и покалывания в ногах, "ползанием мурашек", слабостью в ногах, снижением сухожильных рефлексов (полинейропатия). При дефиците витамина В<sub>2</sub> развиваются ангулярный стоматит ("заеды" в углах рта), хелит (воспаление красной каймы губ), дерматит в области крыльев носа, носогубных складок.

2. Дефицит жирорастворимого витамина К приводит к снижению синтеза протромбина и явлениям кровоточивости. При дефиците витамина Д нарушается всасывание кальция в кишечнике и развитие остеопороза.



Нарушение функции эндокринных желез.

Гипоталамо-гипофизарная

недостаточность проявляется слабостью, потерей аппетита, жаждой, частым мочеиспусканием, артериальной гипотензией.

Гипофункция щитовидной железы

проявляется отечностью лица, зябкостью, снижением памяти, запорами, охриплостью голоса, брадикардией, выпадением волос.

При гипофункции коры надпочечников

появляется пигментация кожи, снижается масса тела, развивается артериальная гипотензия, нарушение половой функции, гипогликемия.

# БРОДИЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ

Развитие бродильных процессов в толстой кишке вследствие нарушения переваривания углеводов или при избытке их в питании. БД возникает при заболеваниях толстого кишечника: колитах, энтероколитах, дисбактериозе или является следствием синдрома мальдигестии.

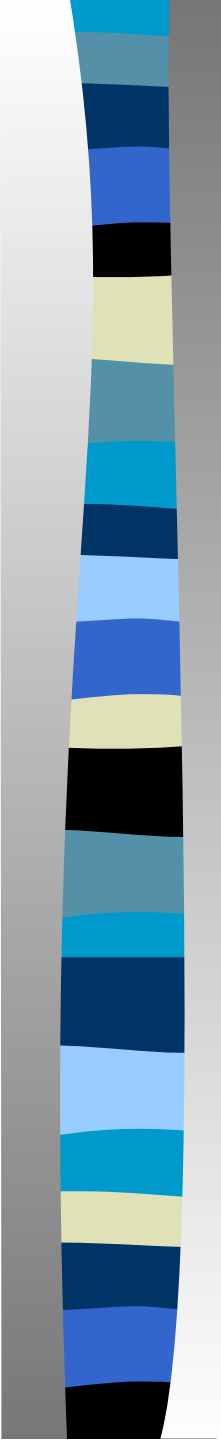
## Основные клинические признаки:

Развивается после употребления сырых овощей и фруктов, приема в пищу продуктов, богатых углеводами. Возникает метеоризм, тошнота, поносы 2-5 раз в сутки, схваткообразные боли в животе, которые ослабевают после отхождения газов. Нарушается общее состояние.

# ГНИЛОСТНАЯ ДИСПЕПСИЯ

Гнилостная диспепсия возникает в связи с нарушением функции преимущественно толстого кишечника, вследствие нарушения переваривания белков и развития гнилостных процессов, либо является следствием синдрома мальдигестии.

Возникает при заболеваниях толстого кишечника (колитах, энтероколитах, дисбактериозе. При снижении бактерицидного действия желудочного сока (при хроническом атрофическом гастрите, раке желудка) быстрое продвижение недостаточно переваренного химуса из желудка в кишечник отрицательно складываются прежде всего на переваривания белков.



**Основные клинические  
признаки гнилостной  
диспепсии:**

**Поносы 2–4 раза в сутки  
чередуются с запорами.**

**Метеоризм, газы зловонные,  
кишечный дискомфорт выражен  
умеренно. Боли в животе  
постоянные, реже  
коликообразные.**



# Синдром ускоренной эвакуации

развивается в результате ускорения перистальтики, развивается понос.

Причины: 1. Воспалительные изменения в толстом кишечнике – энтерит, дизентерия, и т.д.

2. Действие на стенку толстой кишки раздражителей: непереваренной пищи (при ахилии, при панкреатической недостаточности, при синдроме мальдигестии), продуктов брожения и гниения, токсических веществ, аллергенов. Ускоренная перистальтика в данном случае имеет защитное значение.

3. Повышение тонуса симпатикуса,

4. Гормональные воздействия (тиреотоксикоз, болезнь Аддисона).

5. Рефлекторное ускорение эвакуации в результате гастро – цекального рефлекса

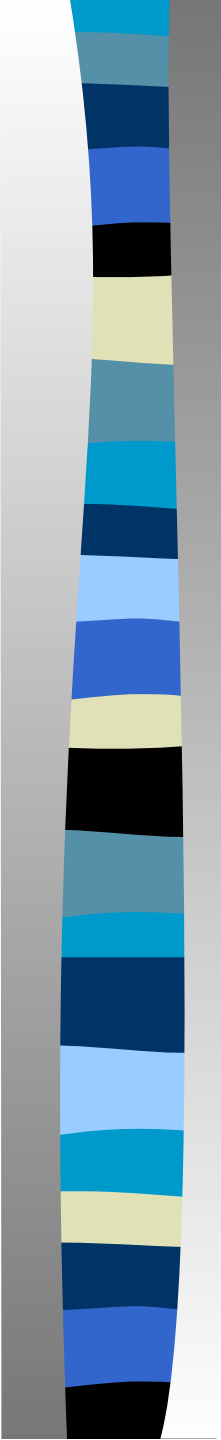


# КОПРОЛОГИЯ ПРИ УСКОРЕННОЙ ЭВАКУАЦИИ ИЗ **ТОНКОГО** КИШЕЧНИКА:

1. Жидкий светлый слабощелочной кал. 2.

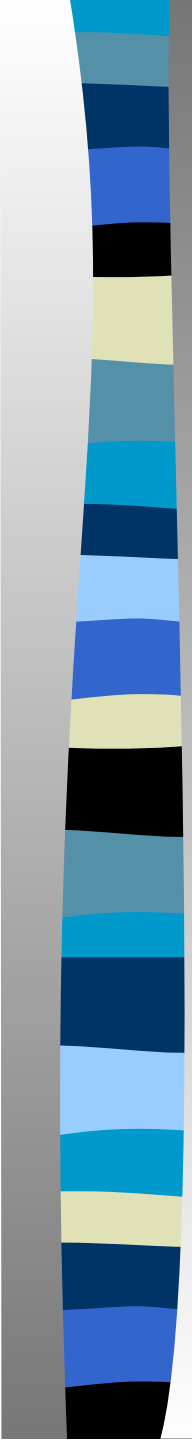
Много мышечных волокон, жирных кислот и мыл, немного соединительной ткани. 3.

Очень много нейтрального жира, крахмала и перевариваемой клетчатки.



**Копрология при ускоренной эвакуации из **ТОЛСТОГО** кишечника:**

**1. Полифекалия, кал кашицеобразный, жидкий, светлый, нейтральный или слабокислый. 2. Много переваримой клетчатки, крахмала и йодофильной флоры. 3. Мало мышечных волокон и мыл.**



# КОПРОЛОГИЯ ПРИ УСКОРЕННОЙ ЭВАКУАЦИИ ИЗ ТОЛСТОЙ И ТОНКОЙ КИШОК

1. количество кала увеличено, консистенция жидкая, цвет зеленоватый, реакция щелочная
2. много непереваренных мышечных волокон
3. много нейтрального крахмала, клетчатки, йодофильной флоры

# ЗАМЕДЛЕННАЯ ЭВАКУАЦИЯ ИЗ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Атонические или спастические запоры

## Основные клинические признаки :

повышенная утомляемость, вялость, плохой аппетит неприятный вкус во рту, тошнота, иногда тахикардия и головокружения.

Язык часто обложен, живот вздут, кожные покровы при длительных запорах могут быть желтоватые с коричневым оттенком. После устранения запоров состояние нормализуется.

## Характер испражнений:

При атоническом запоре - каловые массы обильные, оформленные, колбасовидные. Нередко начальная порция очень плотная, большего, чем в норме, диаметра, конечная - полуоформленная. Дефекация осуществляется с большим трудом, очень болезненна.

При спастическом запоре - количество кала уменьшено, консистенция твердая, ("овечий кал"), запах гнилостный, реакция щелочная, остатки непереваренной пищи в нормальном количестве. Запоры часто сопровождаются метеоризмом, чувством давления, распираания, спастической болью в животе.



# СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

**Функциональное расстройство толстой кишки с нарушением моторной и секреторной функций, продолжающихся свыше 3 месяцев.**

**Основные клинические признаки: 1. Боли в животе - локализуются около пупка или в низу живота 2. Нарушение стула: диарея или запор. 3 Метеоризм Копрограмма: большое количество слизи или слизистых пленок и лент, в которых при микроскопии иногда обнаруживаются эознофилы .**

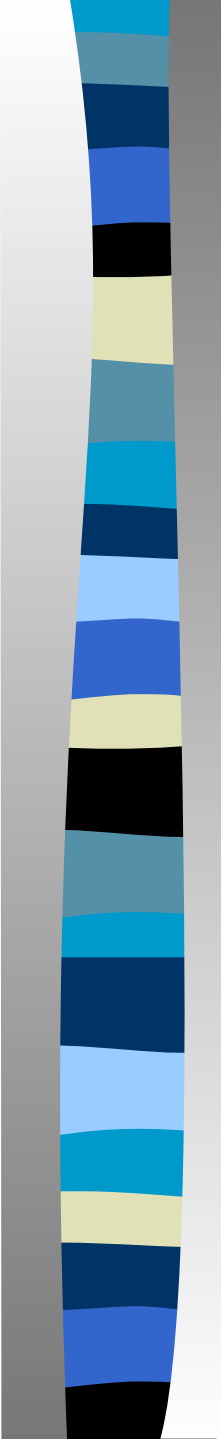
# БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

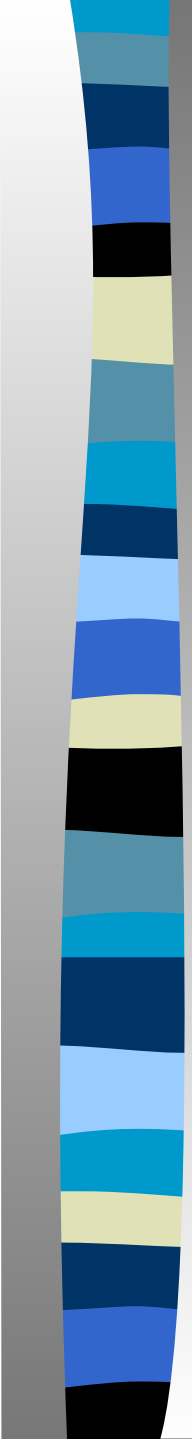
Различают следующие типы болей в животе:

- спастические; \* вследствие метеоризма; \* мезентериальные; \* вследствие ганглионита; \* прямокишечная колика
- Спастические боли носят приступообразный характер, и локализуются над участком спазма.

Боли вследствие метеоризма уменьшаются после отхождения газов.



- 
- **Мезентериальные боли обусловлены развитием неспецифического мезаденита. Эти боли носят постоянный характер, располагаются по ходу брыжейки тонкой кишки. Выявляется положительный перекрестный симптом Штернберга.**
  - **Боли вследствие ганглионита носят жгучий характер, постоянные.**



Прямокишечная колика, или тенезмы - проявляются частыми и болезненными позывами на дефекацию с чувством судорожного сокращения кишки и сфинктера. Дефекация при этом не происходит, иногда выделяются комочки слизи («ректальный плевок»).

Боли смешанного характера обусловлены сочетанием причин, вызывающих боли в животе. Чаще всего это сочетание спастических болей и болей, обусловленных метеоризмом.

# АСТЕНОНЕВРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

При длительном течении хронического колита развивается **астеноневротический синдром**. Больные жалуются на слабость, быструю утомляемость, головную боль, снижение работоспособности, плохой сон. Некоторые больные очень мнительны, раздражительны, страдают канцерофобией.