

**Симптомокомплексы и
методы исследования
пациентов с
патологией ЖКТ**

Общий осмотр больных с заболеваниями ЖКТ

- У многих больных можно видеть исхудание, бледность слизистых оболочек и кожных покровов, шершавость и понижение тургора кожи.
- При длительных заболеваниях кишечника может развиться выраженная очаговая гиперпигментация (меланодермия) кожи лица, ломкость и выпадение волос, ломкость ногтей.
- Осмотр полости рта позволяет оценить состояние зубов, слизистых оболочек и языка. Отсутствие значительного количества зубов влечет за собой плохое пережевывание пищи.

Осмотр языка

- Язык обычно обложен белым налетом в той или иной степени.
- При гастритах с высокой кислотностью отмечается гиперпластический глоссит.
- При гастритах с низкой кислотностью наступает атрофия сосочков языка (полированный язык).
- При В12-фолиево-дефицитной анемии язык в начале болезни темно-красного цвета с набухшими сосочками и болезненными пузырьками. В дальнейшем он становится гладким, полированным (гунтеровский язык).
- Встречается «географический», или десквамативный, язык при глистных инвазиях, у беременных женщин и др.
- Сухой язык, как щетка, наблюдается при перитоните.
- Грязносерый налет, ссыхающийся в корки с образованием трещин, может быть у тяжело больных

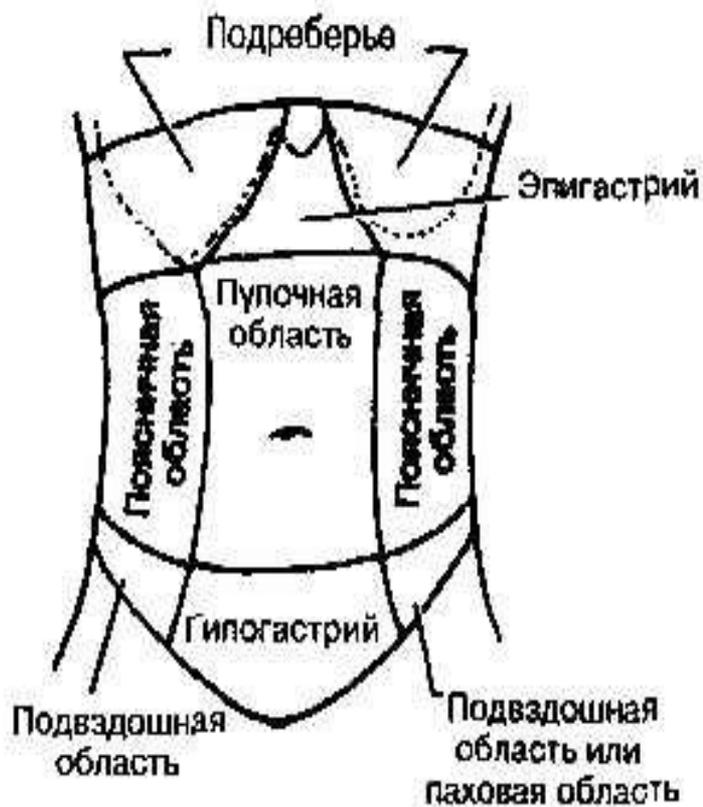
Запах, исходящий изо рта при дыхании

- Может быть результатом патологических процессов:
- в полости рта,
- в носовой полости,
- в желудке и кишечнике (гнилостные процессы в желудке, распадающаяся раковая опухоль, каловый запах при кишечной непроходимости),
- в легких (абсцессы и гангрена легких).

Осмотр живота

- Увеличенный объем живота может быть вследствие вздутия газами, скопления жидкости (асцит), наличия опухоли.
- Втянутый, ладьевидный живот свидетельствует об общем истощении, а также сильном спастическом сокращении мускулатуры брюшной стенки и кишечника.
- Осматривают кожу живота, ее цвет, влажность, пигментацию, имеющиеся на ней сыпи, рубцы, расширенные вены живота (голова Медузы),
- Обращают внимание и на видимую перистальтику желудка и кишечника, на дыхательные движения брюшной стенки и на пульсацию в подложечной области и по тракту брюшной аорты.
- Чтобы лучше видеть перистальтику желудка или кишок, следует согнутыми пальцами производить толчкообразную пальпацию в области желудка или кишечника

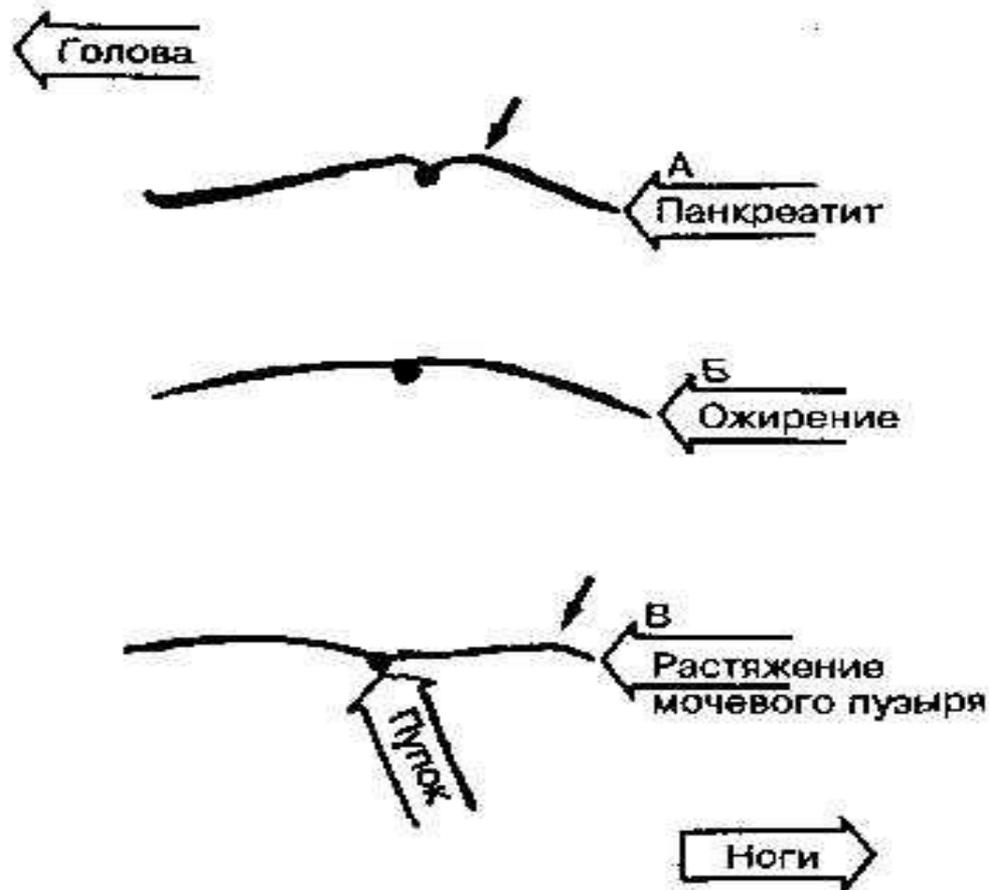
Схема областей живота



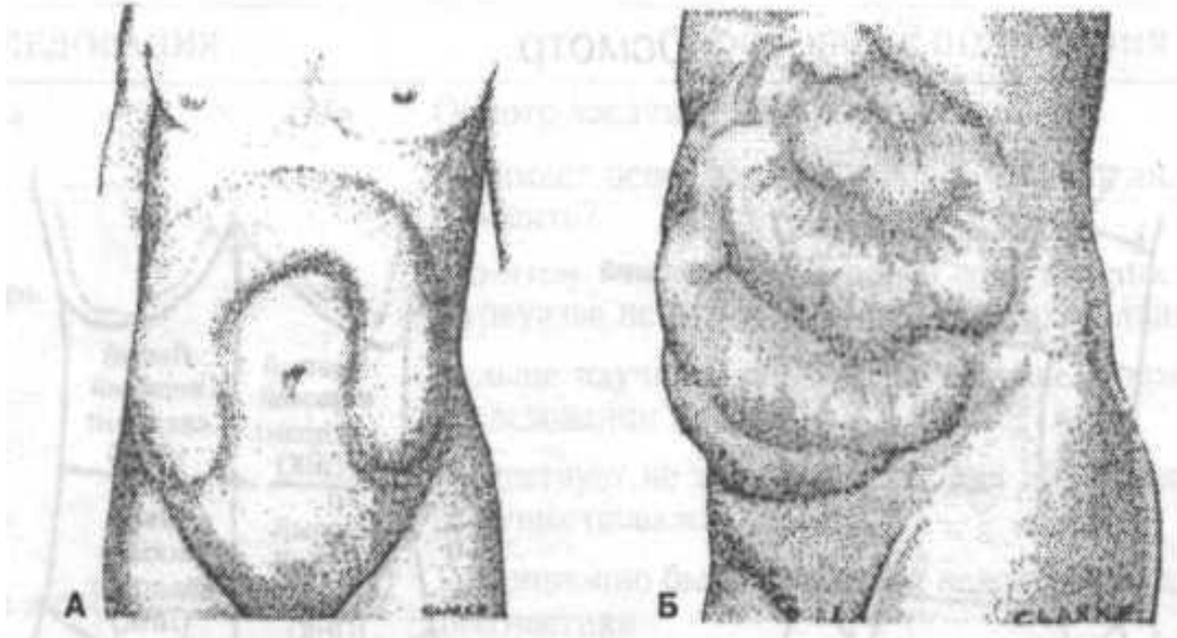
Боковой контур живота

А. Лук Купидона при панкреатите;
Б. Ожирение;

В. Растяжение мочевого пузыря



А. Внешний вид живота при умеренном растяжении толстого кишечника. Б. «Лестничный» тип растяжения живота (указывает на обструкцию нижних отделов подвздошной кишки)



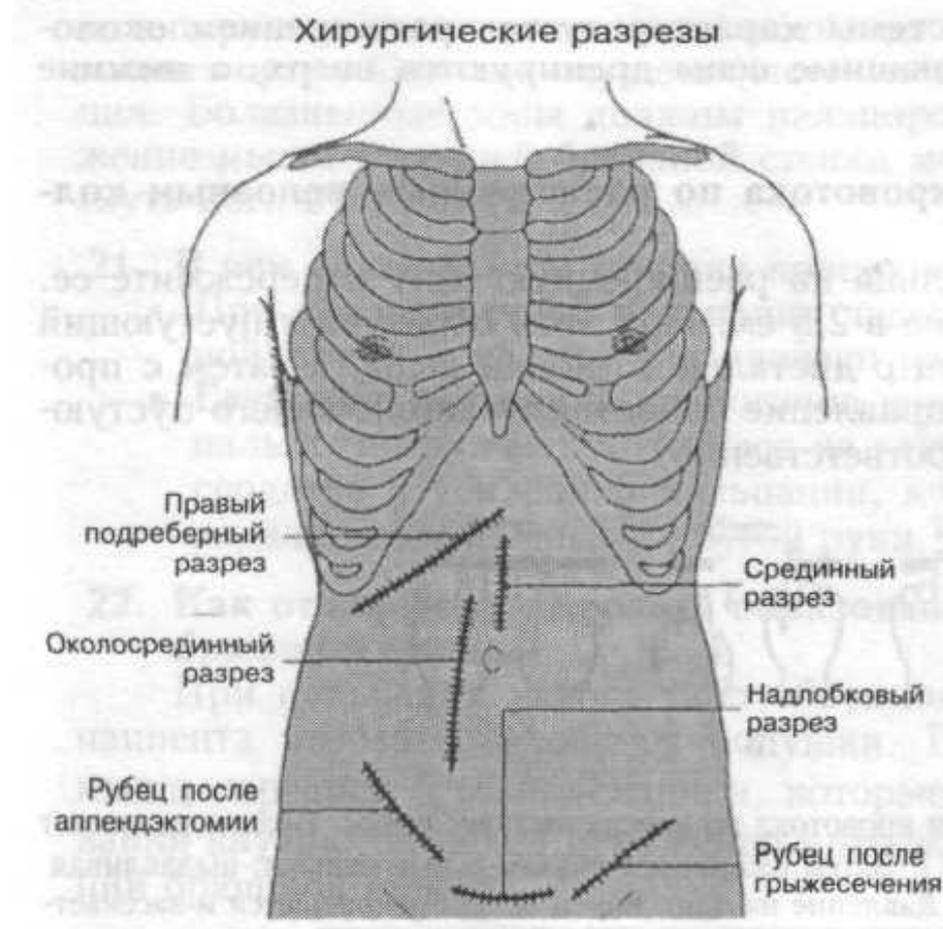
Осмотр живота



Стрии

- Полосы растяжения на поверхности кожи, обычно расположенные в боковых отделах живота.
- Могут быть множественными, длиной 1-6 см и также встречаются на других частях тела, подвергающихся хроническому натяжению (плечи, бедра и молочные железы).
- Обычно появляются при быстром увеличении (или потере) веса, они также могут быть следствием беременности.
- Наблюдаются и при синдроме Кушинга, включая его ятрогенный вариант. Так как у больных с синдромом Кушинга имеется эритроцитоз, стрии при этом заболевании могут быть пурпурного цвета, и этот оттенок не встречается при других заболеваниях.

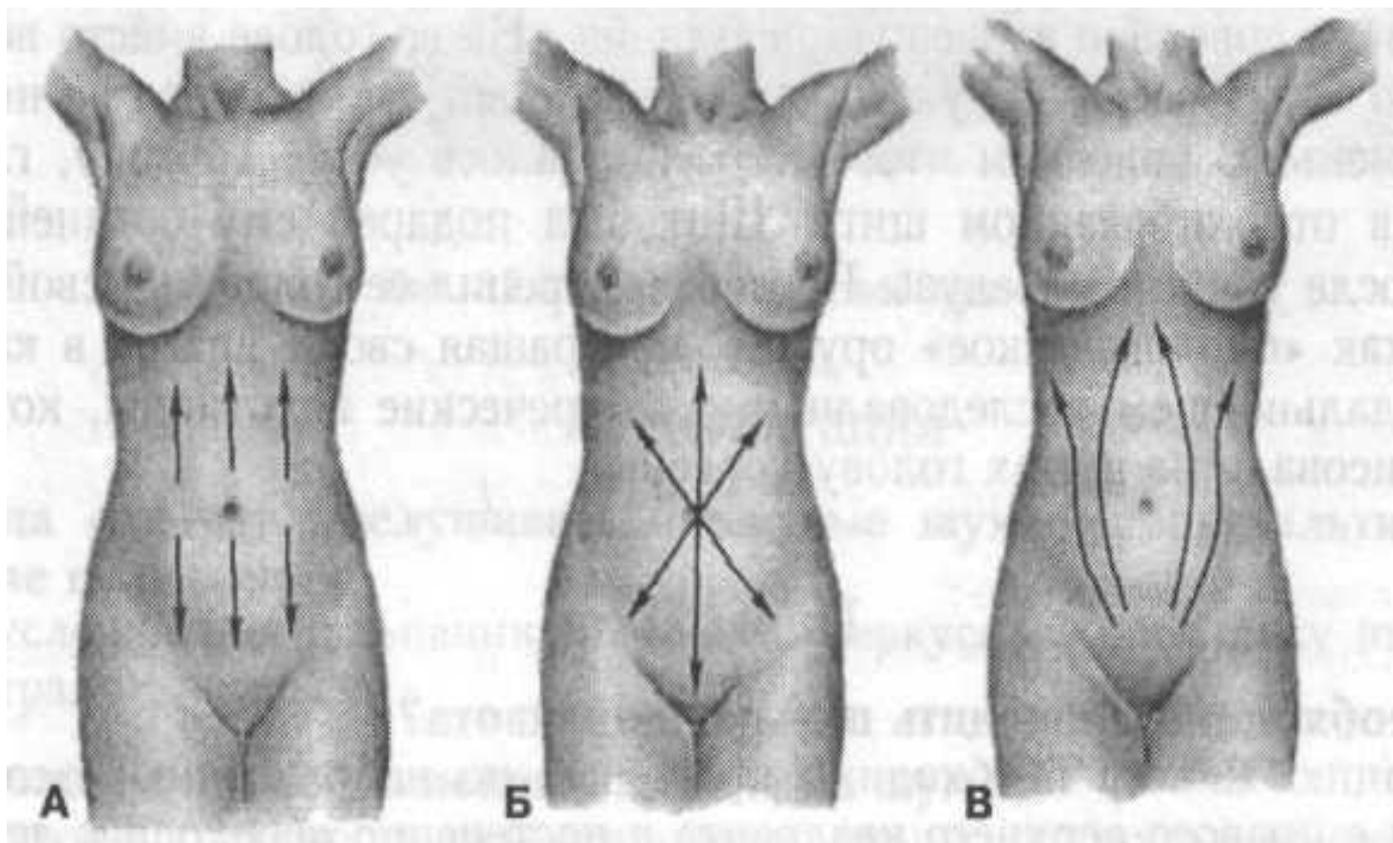
Наиболее часто встречающиеся хирургические рубцы на брюшной стенке



Варианты венозных анастомозов на передней брюшной стенке

А – вариант нормы. Б – при портальной гипертензии.

В – при обструкции нижней полой вены



Методика определения направления кровотока по поверхностным венам.

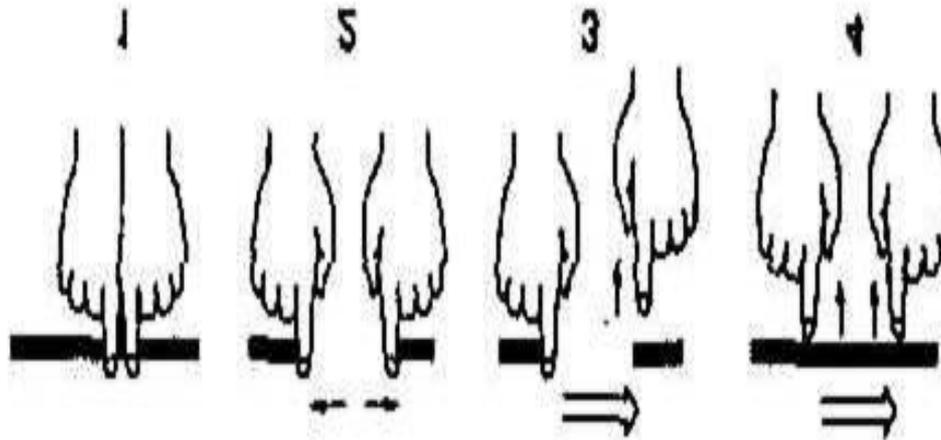
Врач пережимает указательными пальцами кровоток по вене (1).

Затем раздвигает указательные пальцы, выдавливая кровь из промежуточного сегмента вены (2).

Давление на один конец вены прекращается и засекается время, за которое кровь заполнит пустующий сегмент вены (3).

Процедура повторяется снова, только вначале убирается палец с другой стороны (4).

Кровоток направлен в сторону более быстрого заполнения.



Пальпация живота

- С помощью поверхностной пальпации определяют болезненность в разных отделах живота, раздражение брюшины (симптом Щеткина — Блюмберга), расхождение мышц живота, наличие грыжи белой линии, наличие мышечной защиты.
 - Следуя общему порядку исследования, нужно придерживаться правила, согласно которому последним исследуется орган, наиболее чувствительный к пальпации.
-

Пальпация живота

- При слишком полном, напряженном, вздутом животе, а также при выраженном асците глубокую пальпацию производить нельзя.
 - В этом случае производят толчкообразную, баллотирующую пальпацию.
 - Если глубокая пальпация вызывает боль, ее нужно прекратить и ограничиться поверхностной пальпацией.
-

Пальпация живота

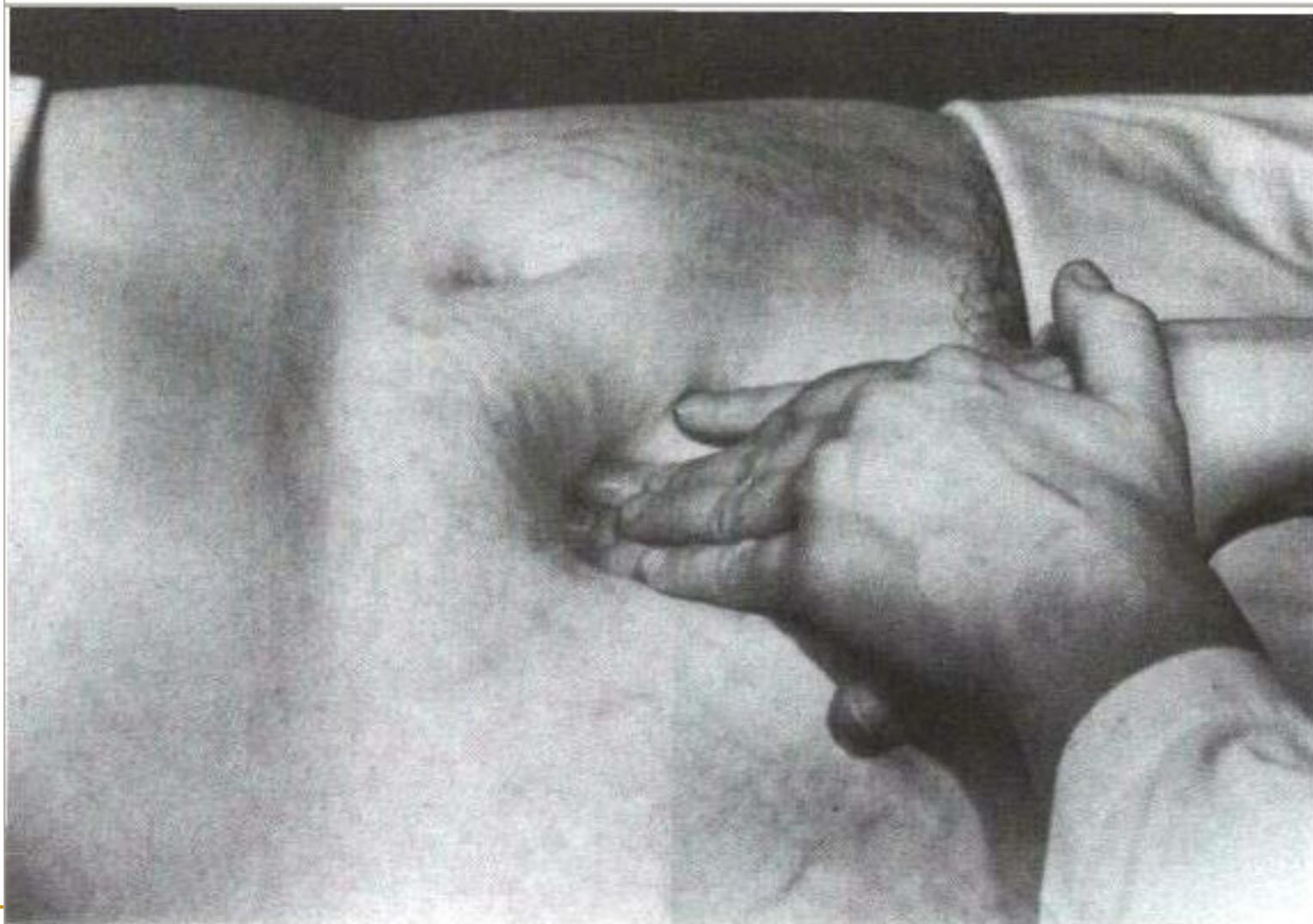
- Пальпация желудка позволяет обнаружить опухоль привратника, большой кривизны и передней стенки желудка.
 - Опухоли малой кривизны могут быть обнаружены при вертикальном положении больного.
 - Пальпация живота в вертикальном положении позволяет прощупать левую долю печени, опухоли изгибов ободочной кишки, при спланхноптозе — селезенку и малую кривизну желудка, грыжи.
-

Врач кладёт кисть руки ладонью на живот больного и постепенно, осторожно, не стремясь проникать очень глубоко, пальпирует живот. При переходе к пальпации другого участка лишь слегка отнимайте руку от поверхности брюшной стенки. Постепенно исследуйте все квадранты живота.



Пропальпируйте поверхностно расположенные органы и опухоли, любую область болезненности или напряженности мышц. При мышечном сопротивлении попытайтесь отличить произвольное напряжение мышц от мышечного спазма.

В тех случаях, когда проведение глубокой пальпации затруднено (например, у больных с ожирением) используйте обе руки. Надавливайте на пальпирующую руку второй рукой.



Глубокая пальпация двумя руками

Техника глубокой пальпации



Пальпация печени

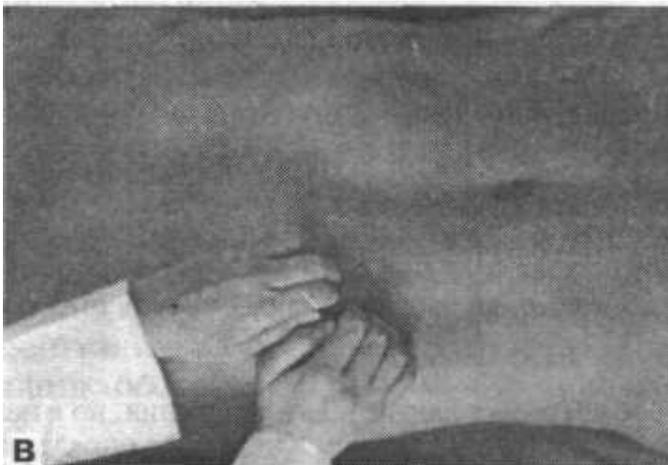
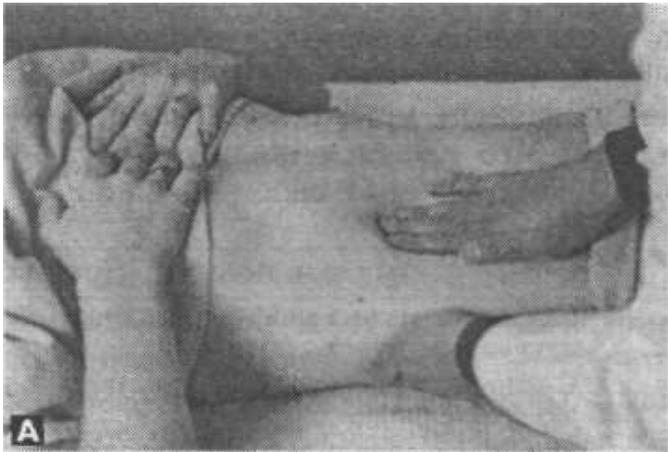
- Позволяет оценить состояние нижнего края печени:
 - (1) его форму и плотность;
 - (2) патологические образования на поверхности (например, наличие узелков);
 - (3) болезненность;
 - (4) систолическую пульсацию;
 - (5) дрожание печени и шумы трения.
-

Пальпация печени.

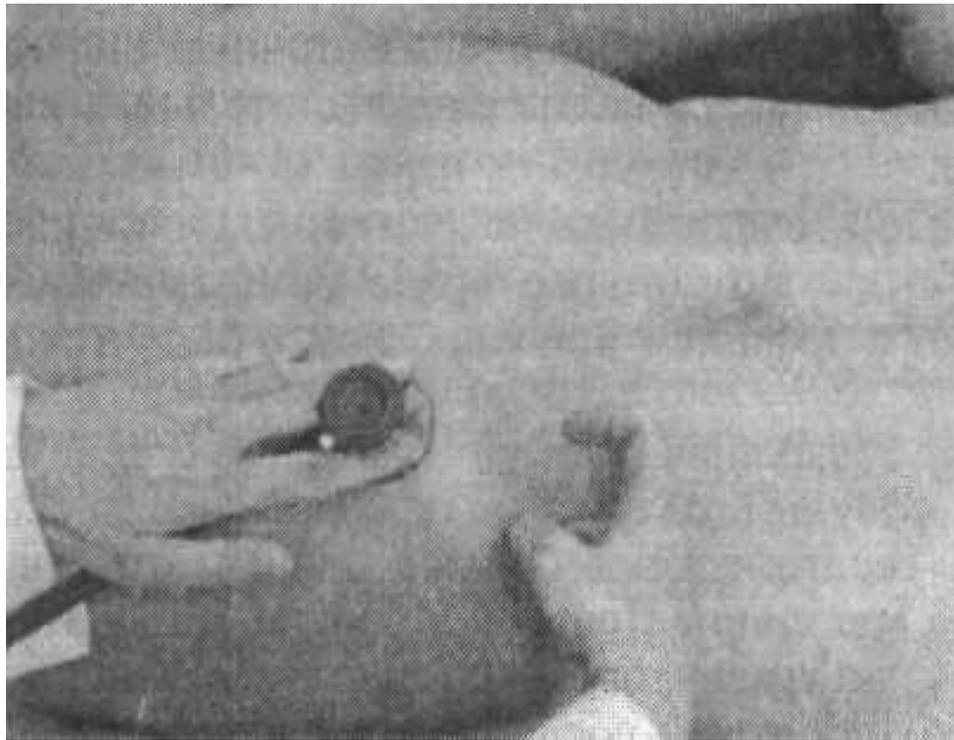
А. Кончики вытянутых пальцев находятся на правой среднеключичной линии ниже уровня печеночной болезненности и направлены в сторону головы.

Б.. Альтернативный метод, при котором пальцы расположены параллельно реберному краю.

В. Пальпация печени пальцами, обхватившими реберный край.



Методика поскребывания (аускультоаффрикцией) с аускультацией печени. Мембрана фонендоскопа расположена над печенью. В это время по поверхности брюшной стенки слегка поскребывают пальцем по направлению к печени. Над печенью аускультативный звук усиливается



Перкуссия и аускультация

- Перкутируя живот, можно определить шум плеска в желудке, наличие метеоризма, асцита, опухолей и других изменений в органах живота (беременная матка, растянутый мочевой пузырь).
- По шуму плеска наряду с определением границы большой кривизны желудка можно получить представление об его эвакуаторной функции. У здоровых людей шум плеска возникает только после еды. Если он определяется через 7 — 8ч после последнего приема пищи, это указывает на снижение его эвакуаторной способности.
- Аускультация желудка большого диагностического значения не имеет.

Аускультация кишечника

- Выслушивается урчание и переливание, обусловленные перистальтикой и прохождением пузырьков газа по петлям кишечника, наполненным жидким содержимым.
- Наличие этих звуков имеет диагностическое значение при стенозировании кишечника и непроходимости.
- Отсутствие или усиление звуков перистальтики кишечника также имеет определенное диагностическое значение. Отсутствие звуков может свидетельствовать об атонии или параличе кишечника, что имеет место при хирургической патологии (непроходимость, перитонит).
- Резкое усиление перистальтики может быть признаком механической непроходимости кишечника.
- Этот симптом встречается и при энтеритах.
- У больных с фибринозным перитонитом выслушиваются шумы трения брюшины.

Аускультация живота – систолические шумы

- Систолический шум над эпигастрием не является редкой находкой и при определенных состояниях может встречаться в 16 % случаев.
- Обычно указывает на аневризму верхних отделов аорты, чревного ствола или брыжеечной артерии
- Может встречаться и при беременности, а также у 20 % здоровых женщин астенического телосложения.
- У мужчин такие шумы встречаются довольно редко.

Аускультация живота – систолические шумы

- Систолический шум над правым верхним квадрантом обычно указывает на развитие опухолей печени (например, гепатомы)
 - Может встречаться при артериовенозных мальформациях и иногда при недостаточности трехстворчатого клапана.
 - Систолический шум в левом верхнем квадранте может указывать на патологию селезенки (в основном на сосудистые аномалии).
 - Заболевания почечных сосудов также могут быть причиной появления систолических шумов в соответствующих областях.
-

Аускультация живота

- Непрерывный шум (особенно если он выслушивается в эпигастральной области) обычно встречается у больных с портальной гипертензией.
 - В фазе форсированного выдоха при проведении пробы Вальсальвы шум усиливается. Он указывает на реканализацию пупочных вен.
 - Жужжащий систолический шум над пупочной областью может встречаться при врожденном незаращении пупочных вен даже при отсутствии портальной гипертензии или других болезней печени.
-

Аускультация живота

- Шум трения - обычно указывает на инфаркты или опухоли печени и селезенки и выслушивается соответственно в правом и левом верхних квадрантах живота.
 - Шум плеска - возникает при скоплении большого количества жидкости или воздуха и часто выслушивается невооруженным ухом при осмотре здоровых пациентов.
 - Очень громкий шум плеска может указывать на непроходимость кишечника или дилатацию желудка.
-

Симптомокомплексы при заболеваниях ЖКТ

Клиническая картина важнейших желудочно-кишечных заболеваний складывается в разных соотношениях из следующих симптомокомплексов:

- 1. Симптомокомплекс нарушений двигательной (моторно-эвакуаторной) функций желудка.
- 2. Симптомокомплекс нарушений секреторной функции желудка.
- 3. Симптомокомплекс язвенного поражения слизистой оболочки желудка и (или) двенадцатиперстной кишки.
- 4. Симптомокомплекс недостаточности кишечного пищеварения (мальдигестия).
- 5. Симптомокомплекс недостаточности кишечного всасывания (собственно мальабсорбция).
- 6. Симптомокомплекс нарушений двигательной (моторной) функции толстого кишечника

Симптомокомплекс нарушений двигательной (моторно-эвакуаторной) функции желудка

- Это функциональные расстройства желудка, вызванные изменениями его перистальтики (гипер- и гипокинезия) и (или) мышечного тонуса (гипер- и гипотония), ускоряющие или задерживающие эвакуацию желудочного содержимого и проявляющиеся болью, изжогой, отрыжкой, тошнотой и рвотой.

Регуляция моторной функции желудка осуществляется нервными и гуморальными механизмами.

- Раздражение блуждающего нерва и увеличение числа импульсов, поступающих к мышечной оболочке желудка, повышает его двигательную активность: увеличивает ритм и силу сокращений, скорость распространения перистальтической волны, ускоряет эвакуацию желудочного содержимого.
- Определенное значение в развитии гиперкинезии желудка имеет фактор гуморальной регуляции его двигательной функции — гастроинтестинальный гормон гастрин.

У лиц со здоровым желудком

гиперкинетические явления могут наблюдаться при:

- приеме грубой пищи и нарушения режима питания (еда всухомятку,
- употреблении слишком горячей или слишком холодной пищи,
- нерегулярном приеме пищи и особенно — чередовании длительных «голодных» промежутков с приемом чрезмерного количества трудноперевариваемой пищи, как бараний и свиной жир, копчености, грибы и т.п.,
- недостаточном измельчении ее при быстрой еде или вследствие отсутствия и болезней зубов;
- при приеме большого количества алкоголя или лекарственных средств, повышающих тонус и двигательную активность желудка (М-холиномиметики, антихолинэстеразные средства и др.),
- при психическом потрясении.

Гиперкинезия и гипертонус

- Могут быть признаками различных заболеваний желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь и др.), результатом висцеро-висцеральных рефлексов со стороны патологически измененных органов брюшной полости (желчного пузыря, аппендикса, половых органов и др.), а также интоксикации вегетативными ядами (табак, морфин, свинец и др.).
- Повышение тонуса желудка отмечается при гиперфункции гипофиза, коры надпочечников и щитовидной железы.

Пилороспазм - одна из распространенных клинических форм повышенного тонуса желудка

- Спастическое сокращение привратниковой (пилорической) части желудка.
 - Может быть первичным и вторичным.
 - *Первичный, или нейрогенный, пилороспазм* развивается при неврозах, истерии, эмоционально-стрессовых ситуациях, умственном перенапряжении, В₁-гиповитаминозе, интоксикациях цинком, свинцом и др.
 - *Вторичный пилороспазм* часто развивается вследствие язвы в привратнике или в ампуле 12-перстной кишки, воспалительного процесса в желудке и желчевыводящих путях, желчно-каменной болезни и др.
-

Пилороспазм

- сопровождается компенсаторным усилением перистальтики и гипертрофией мышечной оболочки желудка.
- По степени сужения привратника различают компенсированный и декомпенсированный пилороспазм.
- *Компенсированный пилороспазм* отличается сохранением эвакуаторной функции благодаря гипертрофии мышечной оболочки желудка.
- Декомпенсированный пилороспазм характеризуется расширением (эктазией) желудка и задержкой эвакуации.
- Эту фазу трудно отличить от органического пилоростеноза.

Гипокинезия и гипотония

- Раздражение симпатических нервов уменьшает ритм и силу сокращений и скорость распространения перистальтической волны, угнетает моторику, стимулированную парасимпатическими нервами.
- У здоровых людей гипокинезия и гипотония желудка могут возникнуть при длительном переедании и обильном питье, повышенном содержании жира в пище, неприятных вкусовых ощущениях, при психической депрессии.
- Следует отметить, что гипо- и атония желудка характерны для лиц астенического типа конституции и часто комбинируются с опущением желудка (*гастроптозом*) и внутренних органов (*висцероптозом*)

- Приобретенные гастро- и (или) висцероптоз бывают при отвислом животе, главным образом у многорожавших женщин с недостаточно хорошим послеродовым уходом за животом, или многоводии и многоплодии, а также у лиц, которые быстро и сильно похудели.
- Висцероптоз может быть вызван резким физическим перенапряжением — подъемом больших тяжестей.
- В связи с опущением желудка и нарушением его тонуса обычно возникают затруднения в передвижении пищи. Эвакуация пищевой массы из желудка может несколько задерживаться, что создает условия для брожения пищи.

Гипокинезия и гипотония

- Понижение моторной функции желудка (гипо- и атония) нередко является признаком различных заболеваний органов пищеварения (гастриты, энтероколиты, хронический холецистит и др.),
- сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, гипертонические кризы и др.),
- почек с явлениями ХПН,
- эндокринной системы (гипофизарная кахексия, гипотиреоз, аддисонова болезнь и др.),
- нервной системы (воспалительные заболевания и опухоли мозга), анемий любой этиологии и др.
- Гипотония желудка может развиваться на фоне общей интоксикации и гипоксии, например, при сахарном диабете, туберкулезе, нагноительных процессах в легких и др.

Гипокинезия и гипотония

- Косвенным признаком гипо- и атонии желудка может служить изменение его границ и расположения, которые определяются путем перкуссии или аускультации.
- Жалобы на чувство полноты и тяжести в подложечной области («в желудке лежит камень»), редко достигающее до настоящей боли и заставляющее их распускать одежду, растягивать пояс, чтобы облегчить свое состояние. Указанные ощущения возникают главным образом после обильной еды и питья и приблизительно через 3 — 5ч затихают.
- Часто наблюдаются сопутствующие запоры (также обычно атонического характера).

Острое расширение желудка

- может развиваться в результате паралича нервно-мышечного аппарата рефлекторного или токсического генеза как грозное осложнение тяжело протекающих заболеваний (инфаркт миокарда, пневмония, брюшной тиф и др.),
- после операций на органах брюшной полости (особенно на желчных путях),
- тяжелой травмы головы, грудной клетки, спинного мозга и др.

Дискинезия

- У лиц с вегетативными нарушениями и другими неврогенными расстройствами нередко наблюдаются *дискинезии желудка* — нарушения его координированных двигательных актов, в том числе координированной деятельности сфинктеров и адекватной интенсивности перистолы («обжимающих» сокращений желудка).
- По типу нарушения моторной функции желудка дискинезии делятся на *гиперстенические, нормостенические, гипо- и астенические*.

Дискинезия

- Дискинезия желудка обычно является начальным этапом патогенеза его многих заболеваний.
- Ослабление функции нижнего пищеводного сфинктера (желудочно-пищеводного соединения) приводит к *гастроэзофагальному рефлюксу*, т.е. антифизиологическому (в обратном направлении) непроизвольному затеканию желудочного содержимого в дистальный отдел пищевода.
- В результате у больного развивается *рефлюкс-эзофагит*.

- **Гастроэзофагальный рефлюкс** чаще всего наблюдается при. грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, язвенной болезни, хроническом холецистите.
- При функциональной или органической недостаточности привратника возникает **дуоденогастральный рефлюкс**.
- Щелочная среда и желчные кислоты кишечного содержимого изменяют рН желудочного сока, растворяют желудочную слизь и вызывают повреждение слизистой оболочки с образованием эрозий или язв желудка, создают условия для хронического гастрита.
- *Дуоденогастральный рефлюкс* сопутствует дуоденостазу, язве и воспалению слизистой 12-перстной кишки, холецистититу, панкреатиту и др.

Клиника

- Основными клиническими проявлениями нарушения двигательной (моторной) функции желудка являются схваткообразные боли в эпигастральной области, изжога, отрыжка, тошнота и рвота.
- При гастро- и пилороспазме нередко выявляются признаки сосудистой недостаточности в результате раздражения блуждающего нерва — бледность, холодный пот, гипотония и брадикардия.

Методы исследования гастр- и пилороспазма

- Исследования с помощью зонда,
- баллоно-кимография,
- электрогастрография,
- Радиотелеметрия,
- Рентгенологический метод,
- Исследования внутрижелудочного давления.

Исследование с помощью зонда

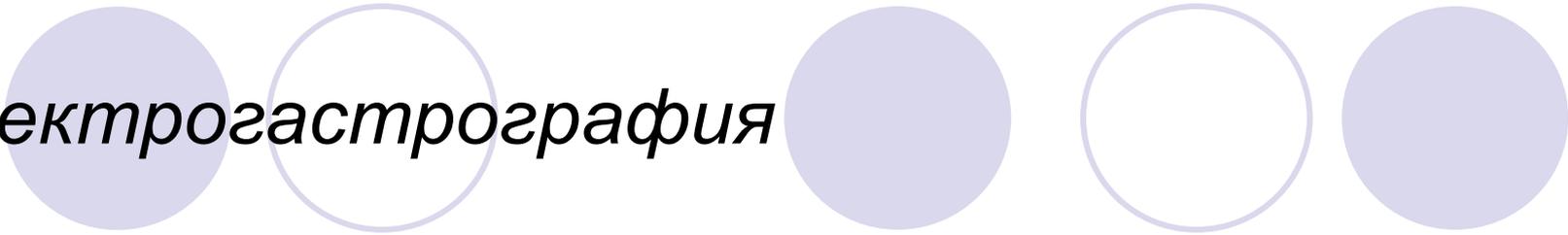
- Наилучший способ — это введение зонда в желудок натощак.
- Если таким путем удастся получить остаток пищи, съеденной накануне, то это свидетельствует о значительном снижении эвакуаторной функции желудка.
- Больному в 8 ч вечера дают стандартный пробный ужин (100 г хлеба, тарелку супа, две мясные котлеты с гарниром из изюма и ломтиков моркови, которые облегчают находку остатков пробного ужина).
- Ровно через-12 ч вводят желудочный зонд.
- Через 12 ч после пробного ужина у здорового человека желудок должен быть пустым.



Баллоно-кимографический метод

- позволяет одновременно регистрировать перистальтические движения желудка и внутрижелудочное давление.
- Исследование проводится утром натощак через 12 — 14 ч после последнего приема пищи.
- Больной проглатывает зонд с прикрепленным на конце баллончиком. Положение баллончика в области тела желудка контролируют под рентгеновским экраном.
- Оценка двигательной деятельности желудка дается по записанной гастрограмме.

Электрогастрография

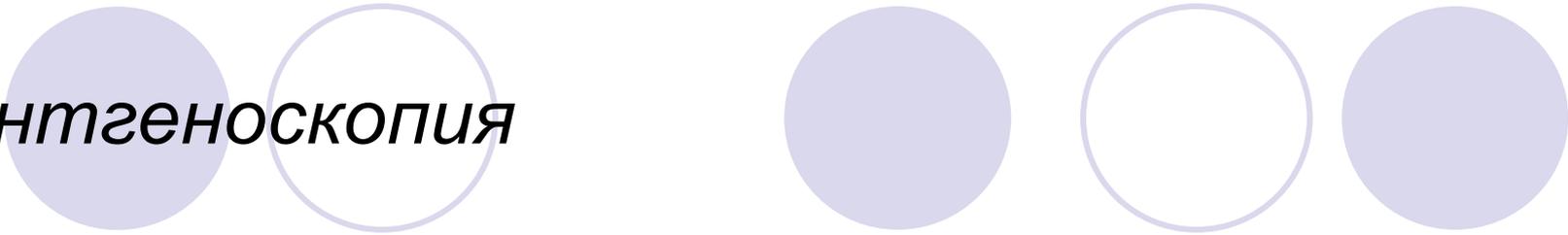


- метод регистрации биотоков желудка, синхронных с ритмом перистальтики желудка.
- Под рентгенологическим контролем активный электрод накладывают по средней линии живота, под мечевидным отростком, в проекции антрального отдела.
- Электрогастрограмму записывают после пробного завтрака, который состоит из 150 г белого хлеба и стакана сладкого чая, через 1/2 — 2ч.
- При повышенном тонусе желудка на электрогастрограмме наблюдаются высокие, беспорядочные волны.

Эндорадиозондирование

- метод исследования функций пищеварительной системы с помощью эндорадиозонда (радиокапсулы), находящегося в пищеварительном тракте и реагирующего на определенные физиологические, физические или химические явления.
- Радиокапсулу, укрепленную на конце тонкого зонда, вводят тем же способом, что и при исследовании желудочного содержимого.
- После введения радиозонда на область живота исследуемого надевают гибкую антенну.
- Когда капсула достигает желудка, пациента укладывают на правый бок и проводят дальнейшее исследование как при дуоденальном зондировании.
- У здоровых людей через 20 — 45 мин радиокапсула переходит в 12-перстную кишку. Это подтверждается резким повышением величины рН, регистрируемым на кривой, и выделением через наружный конец зонда прозрачной золотисто-желтой жидкости, имеющей щелочную реакцию.

Рентгеноскопия



- обнаруживает или местные втяжения, перехваты контура желудка, чаще встречающиеся при язвенной болезни, или сокращение всего желудка, или только спазм привратника, по направлению к которому движутся мощные волны перистальтики.
- Контрастная масса во время пилороспазма в 12-перстную кишку не поступает.
- В случае длительного пилороспазма с целью отличия от органического стеноза привратника прибегают к подкожному введению 1 мл 0,1%-ного раствора атропина сульфата или внутримышечному введению 1 — 2 мл 0,1%-ного раствора метацина, которые снимают спазм привратника.

Принципы лечения

- Перорально или парентерально назначают атропин, препараты красавки (белладонны), папаверина гидрохлорид
- Для купирования тошноты и рвоты - антигистаминные препараты, нейролептики, эглонил, метоклопрамид (церукал, реглан), мотилиум, координакс и аналоги
- Противорвотным действием обладают большие дозы пиридоксина (витамин В6)
- Больным с гастро- и пилороспазмом показаны тепловые процедуры: осторожные диатермия, парафиновые или озокеритовые аппликации, согревающие компрессы; массаж, лечебная физкультура

Симптомокомплекс нарушений секреторной функции желудка

- Это комплекс клинико-лабораторных признаков функциональных расстройств секреторного аппарата желудка — гипер- или гипосекреции желудочного сока, гипер-, гипо- или ахлогидрии, желудочной ахилии.

Причины

- Одни и те же патогенные факторы могут и возбуждать, и угнетать деятельность желудочных желез.
- Одно и то же заболевание желудка, других органов и систем может вначале вызывать повышенную реакцию со стороны желез желудка (гиперсекрецию), а в дальнейшем же через фазу гипосекреции приводить к истощению или подавлению секреции.

Желудочная гиперсекреция и гиперхлоридрия

- *Желудочная гиперсекреция* нередко развивается при дуоденогастральном рефлюксе.
- *Гиперхлоридрия* - увеличение кислотности содержимого желудка
- Наблюдается при хроническом антральном гастрите (гастрите типа В) и рефлюкс-гастрите (вследствие дуоденогастрального рефлюкса), при язвенной болезни, особенно при язве 12-перстной кишки
- Гиперхлоридрия часто сопутствует гиперфункции гипофиза, коры надпочечников и щитовидной железы, гипогликемии и климаксу

- *Гиперсекреция* желудочного сока сочетается с гиперкинезией и гипертонусом желудка, особенно его кардиального и пилорического сфинктеров.
- *Гипосекреция* желудочного сока обычно сочетается с понижением тонуса и гипомоторикой желудка.

Клиника хронической гиперсекреции и гиперхлорхлоргидрии

- Признаки ацидизма, или кислой диспепсии — кислая отрыжка, изжога, кислый вкус во рту, иногда рвота кислым желудочным содержимым.
- Эти явления проходят после приема соды. При этом образуются газы (углекислота), которые отрыгиваются, как после шипучих вод.
- У этих больных нередко отмечаются тяжесть в эпигастральной области, чувство полноты, запоры и склонность к ним, понижение массы тела.

Методы исследования

- Желудочную секрецию исследуют с помощью *фракционного зондирования* тонким зондом или методом интрагастральной рН-метрии.
- Используется зонд с двумя датчиками, которые регистрируют кислотообразование в теле желудка и щелочной резерв в пилорическом отделе.
- При рентгеноскопии о повышенной секреции свидетельствует большой слой жидкости между воздушным пузырем и основной массой контрастного вещества.
- При гастроскопии секреторные расстройства с гиперсекрецией проявляются быстрым заполнением «слизистого озера» желудочным соком и слизью.

Принципы лечения

- При обострении – диета №1
- Щелочные минеральные воды («эссентуки» №4, №17, «боржом», «смирновская», «славяновская», «арзни», «джермук», «краинка», «угличская» и др.) назначают по 1 стакану за 40 — 90 мин до еды или спустя 1,5 — 2ч после еды в теплом или горячем виде (+45 ...+55° С).
- Лечение минеральными водами проводится в течение 4 — 6 недель 1 — 2 раза в год.
- Омепразол (омез) – блокатор «протонной помпы»
- Циметидин по 200 мг 3 раза в день сразу после еды, ранитидин, фамотидин
- Антациды – викалин, ротер и пр., альмагель, фосфалюгель 3 — 4 раза в день через 1 — 2ч после еды и на ночь.

Гипофункция

- Уменьшение числа, гипо- или атрофия клеток желудочных желез, а также снижение их функциональной активности приводит к гиперсекреции, гипо- или ахлоргидрии и ахилии желудка.
- Понижение желудочной секреции наблюдается при раздражении симпатической нервной системы.
- Секреторная недостаточность может возникнуть в результате тяжелой мышечной работы у лиц, работающих в условиях высокой температуры окружающей среды, шума, вибрации, повышенного барометрического давления, воздействия на организм малых доз ионизирующих излучений, СВЧ-поля, а также у раненых и обожженных, при непереносимости некоторых лекарств (ацетилсалициловая кислота, фенацетин, адонизид и др.).

Угнетение желудочной секреции

- Часто является исходом хронического фундального гастрита,
- У больных хроническим холециститом, желчно-каменной болезнью и другими заболеваниями органов брюшной полости и малого таза в порядке висцеро-висцерального рефлекса через 3 — 4 мес.
- Заболевания, протекающие с общей интоксикацией и гипоксией (инфекционное заболевание, туберкулез, нагноительное заболевание легких, болезни системы крови и др.) обычно приводят к длительному истощению секреции желудочных желез.
- Наступает у больных с психической депрессией, ревматизмом, гипертонической болезнью, сахарным диабетом, тиреотоксическим зобом (базедовой болезнью) по мере прогрессирования патологического процесса

Терминология

- Гипосекреция желудочного сока обычно сочетается с понижением кислотности желудочного содержимого, *гипохлоргидрией*, или отсутствием соляной кислоты в желудочном соке, *ахлоргидрией*, или полным отсутствием в желудочном соке соляной кислоты и ферментов (*ахилией*).

Терминология

- При *относительной ахлоргидрии* свободная соляная кислота не обнаруживается в содержимом желудка после пробного завтрака, но появляется после инъекции гистамина
- *Абсолютная ахлоргидрия* является следствием глубоких структурных изменений железистого аппарата желудка.
- Вся желудочная секреция представлена в этом случае щелочным компонентом — продуктом слизистых желез желудка и представляет собой слизь в коллоидной суспензии бикарбонатов и нейтральных хлоридов.
- При *истинной ахлоргидрии* свободная кислота отсутствует и после инъекции гистамина.

Причины

- Частыми причинами гипо- и ахлоргидрии могут быть хронический гастрит и рак желудка, причем пониженная кислотность в этих случаях сопровождается усиленным образованием желудочной слизи.
- *Гипохлоргидрия* бывает следствием острых воспалительных заболеваний печени и желчного пузыря, нарушений питания, выраженной витаминной недостаточности.
- *Истинная ахлоргидрия и желудочная ахилия* обычно наблюдаются при пернициозной анемии

Клиника сниженной секреции

- Снижение аппетита, неприятный вкус во рту, отрыжка воздухом и пищей, прогорклым или тухлым; тошнота, иногда рвота с примесью слизи и желчи.
- Часто ощущение постоянной тяжести в подложечной области, чувство распирания, давящие и тупые боли в подложечной области, особенно после приема больших количеств пищи.
- Больные плохо переносят мясную пищу, богатую сухожилиями и хрящами, которые перевариваются только желудочным соком.

Клиника сниженной секреции

- Нерезко выраженный демпинг-синдром вследствие ускоренной эвакуации пищи из желудка при ахилии и функциональной недостаточности привратника - приступы общей слабости и головокружение после приема обильной пищи, состоящей из легко усвояемых углеводов.
- Дисбактериоз и инфекционные осложнения.
- В связи с нарушением усвоения витаминов и минеральных солей может развиваться пеллагра, остеопороз и арибофлавиноз.
- Все вышеуказанные симптомы свидетельствуют о несостоятельности поджелудочной железы и декомпенсированной ахилии желудка.

Диагностика

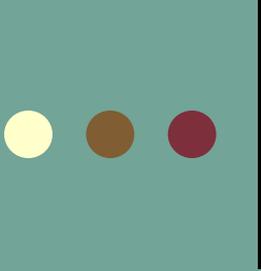
- Рентгенографически при органической ахилии желудка отмечается грубый рельеф слизистой оболочки и значительная сглаженность контуров желудка, ускоренная эвакуация контрастной массы и нередко наличие одиночных или множественных полипов.
- Подтверждением хронической вторичной секреторной недостаточности желудка является обнаружение антител к обкладочным клеткам, повышение уровня гастрина в сыворотке крови.

Лечение больных с секреторной недостаточностью

- При обострении – диета №2
- Минеральные воды, принятые незадолго до еды или вместе с пищей, усиливают секрецию желудочного сока.
- Щелочные минеральные воды («боржоми», «эссентуки» №4 и №17, «джермук» и др.) за 20—30 мин до еды, по 1/2 — 3/4 стакана в умеренно теплом виде (+30° С) без предварительной дегазации.
- Воду следует пить из расчета 1 бутылка в день.

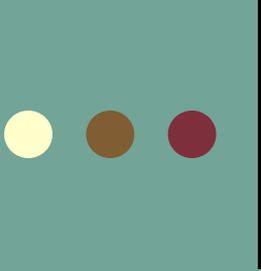
Лечение больных с секреторной недостаточностью

- Горечи из травы полыни, золототысячника, одуванчика и др.
- кофеин, папаверин или эуфиллин усиливают образование цАМФ
- препараты калия и кальция (панангин, хлорид калия, глюконат и аспарагинат кальция), кислородный коктейль.
- Рекомендуется прием витаминов (аскорбиновая кислота, витамины B_1 , B_6 , никотиновая кислота), которые нормализуют основные функции желудка, в том числе и секреторную.
- Заместительная терапия в виде натурального желудочного сока (по 1 — 2 столовые ложки во время еды), ацидин-пепсина или бетацида (1 табл. перед употреблением растворяют в 50 — 100 мл воды) 3 — 4 раза в день.
- Полиферментные препараты (панзинорм, фестал и др.), а также желчегонные средства (аллохол, фламин)



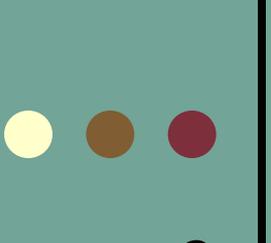
Симптомокомплекс недостаточности кишечного пищеварения (мальдигестия) -

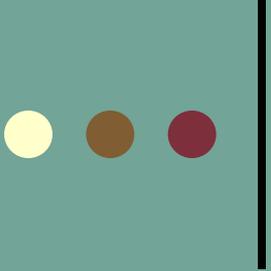
- патологическое состояние, обусловленное нарушением переваривания пищевых веществ вследствие дефицита пищеварительных ферментов на кишечных мембранах (нарушения мембранного пищеварения) и в полости тонкой кишки (нарушения полостного пищеварения), дефицита солей желчных кислот; недостаточного смешивания пищи с желчью и соком поджелудочной железы.



Энзимопатия - ведущий патогенетический механизм мальдигестии, развивается в результате:

- 1) врожденной (генетические дефекты) или приобретенной (заболевания и патологические процессы, расстраивающие синтез кишечных ферментов) недостаточности выработки пищеварительных ферментов тонкой кишкой;
- 2) нарушения условий, необходимых для нормального функционирования ферментов — снижение абсорбционной способности слизистой кишечника при нарушениях его моторной функции; изменения реакции кишечного химуса; повышение бактериальной заселенности тонкой кишки и т.д.

- 
- Среди врожденных энзимопатий различают недостаточность дисахаридаз (дефицит лактазы, сахаразы и изомальтазы, трегалазы), пептидаз (глутеновая энтеропатия), энтерокиназы.
 - Приобретенные или вторичные энзимопатии в зависимости от основной причины делятся на:
 - 1) воспалительные (энтероколиты, болезнь Крона, язвенный колит и др.);
 - 2) функциональные (при дискинезиях кишечника);
 - 3) инфекционные (дизентерия, сальмонеллез и др.) и паразитарные (лямблиоз и др.);
 - 4) пострезекционные (резекция тонкой кишки);
 - 5) гастрогенные (язвенная болезнь, гастриты);
 - 6) панкреатогенные (панкреатиты, муковисцидоз);
 - 7) гепатогенные (гепатиты, циррозы печени);
 - 8) медикаментозные (при приеме антибиотиков, цитостатиков); 9) лучевые;
 - 10) эндокринные (при сахарном диабете, гипертиреозе и др.).

- 
- Одной из наиболее частых форм недостаточности пищеварения является непереносимость дисахаридов (25 — 30% углеводов пищи составляют дисахариды), в частности лактозы.
 - Молочный сахар, как и другие дисахариды, не токсичен. Однако, он, не всосавшись в тонкой кишке и попав в толстую, под влиянием флоры кишечника подвергается бактериальному разложению (брожению) с образованием органических кислот (главным образом молочной и уксусной).
 - Эти кислоты обладают осмотической активностью, что вызывает приток большого количества воды в кишечник с развитием поносов и метеоризма.

Нарушение нормальной микрофлоры

- при заболеваниях или в результате длительного введения антибактериальных препаратов нередко влечет за собой осложнения, вызываемые бурным размножением в кишечнике дрожжей, стафилококка, протей и других микроорганизмов.
- При застое в кишечнике деятельность микрофлоры резко возрастает с преобладанием гнилостных процессов и значительным увеличением образования индола, фенола, скатола, гистамина и др.
- Эти вещества, всасываясь в кровь, приводят к аутоинтоксикации, особенно резко выраженной в случае недостаточности барьерной функции печени и выделительной функции почек.

Клиника

- Независимо от природы основного заболевания мальдигестия проявляется поносами, метеоризмом и другими диспепсическими расстройствами.

«Бродильная» кишечная диспепсия

- Больные обычно жалуются на плохую переносимость молока: усиливается метеоризм, появляются боли в животе и поносы.
- Метеоризм, урчание и вздутие живота сопровождаются повышенным газоотделением кислого запаха, выделением пенистых кашицеобразных светло-желтого или сероватого цвета испражнений, содержащих непереваренный крахмал.
- При лабораторных исследованиях кала отмечается резко положительная бродильная проба, увеличение содержания органических кислот, в большом количестве непереваренная клетчатка, слизь, лейкоциты
- Более эффективны панзинорм, мезим-форте, дигестал

Гнилостная диспепсия

- При преобладании гнилостных процессов в кишечнике больные жалуются на плохую переносимость мясных продуктов, повышенное газообразование и выделение газов с резким зловонным запахом, выделение рыхлого или слабооформленного кала пятнистой окраски (чередование светлокорицевого фона с темными включениями).
- При лабораторных исследованиях отмечается повышенное содержание аммиака и аминокислот в кале, щелочная реакция испражнений. В них обнаруживается много мышечных волокон с сохранившейся поперечной полосатостью.
- Более эффективны панкреатин, фестал

Лечение дисбактериоза

- При дисбактериозе полезно лечение:
- бактисубтилом (по 1 - 2 капсуле между приемами антибактериальных средств, либо после завершения лечения этими средствами),
- колибактерином (по 3 дозы 2 раза в день перед едой),
- бификолом (по 5 доз 2 раза в день перед едой),
- бифидумбактерином или лактобактерином (по 3 — 6 доз 2 раза в день в течение 2 нед).

Симптомокомплекс мальабсорбции

- ◆ Мальабсорбция (*франц. mal — болезнь, absorption — всасывание*) — нарушение всасывания из тонкой кишки пищевых веществ, приводящее к выраженному расстройству питания, больного.
- ◆ В литературе нередко под мальабсорбцией понимают и процессы нарушения пищеварения, или *мальдигестию*, поскольку они в выраженных случаях сочетаются. В таких случаях понятием мальабсорбции объединяют два взаимосвязанных этапа — мальдигестию и собственно мальабсорбцию, т. е. нарушение самого механизма всасывания в тонкой кишке.

Мальабсорбция

- ◆ Может быть *первичной* (наследственно обусловленной) и *вторичной* (приобретенной).
- ◆ Недостаточность кишечного всасывания развивается, прежде всего, при структурных изменениях слизистой оболочки тонкой кишки, а также при нарушениях кишечного пищеварения (мальдигестии), кишечном дисбактериозе, двигательных (моторных) расстройствах и др

Причины

- ◆ Основными причинами вторичного нарушения всасывания пищевых ингредиентов являются различные заболевания и патологические процессы слизистой оболочки тонкой кишки, приводящие к диффузному структурному повреждению или уменьшению ее всасывательной поверхности:
 - ◆ хронические атрофические энтериты,
 - ◆ туберкулез кишок,
 - ◆ лучевое поражение тонкой кишки,
 - ◆ резекция кишки,
 - ◆ расстройства кровоснабжения тонкой кишки и др.).

Клиника

- ◆ Расстройство стула (диарея), урчание в животе, плохая переносимость ряда пищевых продуктов, метеоризм, боли в околопупочной области и др.
- ◆ В клинической картине собственно мальабсорбции преобладают общие внекишечные симптомы, свидетельствующие о нарушениях основных процессов обмена веществ и функции ряда органов и систем.
- ◆ Больные жалуются на повышенную утомляемость, сниженную работоспособность, слабость, плохой аппетит, иногда на истощение вплоть до кахексии.

Клиника

- ◆ Нередко наблюдаются невротические расстройства, ипохондрические и депрессивные состояния.
- ◆ Кожа становится сухой, снижаются ее тургор и эластичность, уменьшается тонус мышц, развивается их гипотрофия.
- ◆ Волосы секутся и выпадают.
- ◆ Ногти становятся тусклыми и ломкими.
- ◆ Язык красный без сосочков.
- ◆ В тяжелых случаях за счет нарушения белкового и водно-электролитного обмена появляются отеки.

Клинические признаки полигиповитаминоза:

- Гиповитаминоз А — снижение зрения в сумеречное время (куриная слепота), шелушение кожи;
- гиповитаминоз С и К — кровоточивость десен; гиповитаминоз В1 — жжение и покалывание в руках и ногах, ощущение ползания мурашек, боли в ногах, расстройства сна, депрессии;
- гиповитаминоз В2 — зуд ануса и вульвы, дерматит крыльев носа и носогубных складок, заеды в уголках рта, конъюнктивит, хейлит, глоссит; пигментация открытых участков кожи и др.;
- гиповитаминоз РР — различные воспалительные и дистрофические поражения кожи;
- гиповитаминоз В12 и фолиевой кислоты — мегалобластные анемии.

Ряд общих клинических симптомов обусловлен нарушением всасывания в тонкой кишке электролитов.

- **Гипонатриемия** проявляется, в основном, жаждой, сухостью языка, тахикардией, артериальной гипотензией.
- В связи с **гипокалиемией** возникают мышечная слабость, боли в мышцах, ослабление сухожильных рефлексов, снижение кишечной моторики (вздутие живота, кишечные колики), тахикардия и экстрасистолия, на ЭКГ отмечается снижение сегмента *ST*, уплощение и двуфазность зубца *T*.
- **Дефицит кальция** вызывает судороги мелких мышц, парестезии (чаще онемение губ и пальцев), положительный симптом «мышечного валика» вследствие повышенной нервно-мышечной возбудимости. Последний выявляют с помощью легкого удара ребром ладони по двуглавой мышце плеча.
- Могут быть боли в костях за счет остеопороза, в тяжелых случаях — остеомаляция.
- **Недостаток марганца** снижает половую функцию
- **Недостаток железа** приводит к гипохромной анемии.

При значительных нарушениях всасывания развивается гипофункция эндокринных желез:

- **гипокортицизм** — мышечная слабость, снижение артериального давления, пигментация кожи и др.;
- **недостаточность половых желез** — снижение полового влечения, импотенция, уменьшение выраженности вторичных половых признаков, аменорея и др.

При биохимическом исследовании крови обнаруживаются:

- гипонатриемия,
- гипохлоремия,
- гипокальциемия,
- гипопротеинемия,
- диспротеинемия, сдвиги в составе аминокислот крови.
- Снижается концентрация холестерина, общих липидов и их фракций в сыворотке крови.

Методы исследования кишечного всасывания (абсорбции)

- Основаны на введении в кишечник (чаще всего через рот) определенного вещества (глюкоза, триглицериды, жирные кислоты, аминокислоты и др.) с последующим определением его содержания в крови, моче, кале, слюне или в выдыхаемом воздухе.
- Проба с моносахаридом Д-ксилозой. Больному дают 5 г Д-ксилозы, а затем определяют ее в 5-часовой порции мочи. В норме с мочой за этот период выделяется в среднем около $1/3$ введенной Д-ксилозы.
- При мальабсорбции экскреция Д-ксилозы с мочой снижается

Методы диагностики

Для исследования всасывания жиров применяют метод спровоцированной гиперлипемии: исследуемому натощак дают 1 г жира на 1 кг веса, а затем через определенные промежутки времени исследуют кровь на содержание общих липидов и их компонентов или подсчитывают количество хиломикронов в сыворотке крови.

- **Всасывание белков, аминокислот** определяют с помощью пробы с меченым альбумином человеческой сыворотки, мечеными аминокислотами.
- Для исследования всасывания солей применяют пробу с йодистым калием. 0,25 г йодистого калия вводят перорально. Отмечается время появления йода в слюне (крахмальная реакция).
- При нарушениях всасывания солей время появления йода в слюне запаздывает, т.е. увеличивается йодкалийное время. В связи с простотой и доступностью этой пробы она широко используется как способ ориентировочной оценки состояния кишечной абсорбции.

Лечение

- Назначается высококалорийная диета с достаточным содержанием белков, овощей, фруктов. В схему лечения обязательно включают витамины (А, D, К, С, фолиевая кислота, комплекс В1, В12), препараты кальция, магния, железа, кобальта.
- При обильной хологенной (или водной) диарее показаны адсорбенты — холестирамин и билигнин по 1 чайной ложке 2 — 3 раза в день, а также вяжущие и адсорбирующие вещества (белая глина, мел, висмут, таннальбин) и антисептики (дерма-тол).
- Применяют эссенциале, легалон или карсил по 1 драже 3 раза в день в течение 15 — 30 дней.

Лечение

- При снижении концентрации белка в сыворотке крови показано переливание сухой плазмы, белковых гидролизатов с анаболическими гормонами.
- Плазму переливают раз в неделю по 100 — 200 г, белковые гидролизаты и смеси аминокислот — ежедневно по 250 — 400 мл на протяжении 10 — 15 дней.
- Одновременно вводят ретаболил по 100 мг один раз в две недели внутримышечно и инсулин по 4 — 6 ЕД один раз в день после обеда в течение месяца.

Лечение

- Для коррекции водно-электролитного обмена внутривенно вводят физиологический раствор, панангин по 20 мл 3 раза в день, глюконат кальция по 10 мл 10%-ного раствора в 5%-ном растворе глюкозы 250 мл.
- При метаболическом ацидозе дополнительно вводят 4%-ный раствор бикарбоната натрия в количестве 150 мл и сернокислую магнезию в количестве 1 — 1,5 г.
- В случае метаболического алкалоза вводится хлористый калий в дозе 2 — 4 г, хлористый кальций — до 3 г.
- При выраженной гипонатриемии (меньше 125 ммоль/л) добавляется 50 мл 10%-ного раствора хлористого натрия.
- Парентеральная терапия водно-электролитных нарушений должна проводиться не менее 3 — 4 недель.