**Конспект лекции 5 по дисциплине «Внутренние болезни» для стоматологического факультета, 4 семестр.**

**Схема обследования больных с заболеванием желудка и 12-ти перстной кишки. Основные жалобы, симптомы и синдромы при заболеваниях желудка и 12-ти перстной кишки. Механизмы их развития. Лабораторные и инструментальные методы выявления заболеваний желудка. Схема обследования больных с заболеваниями кишечника. Основные жалобы, симптомы и синдромы при заболеваниях кишечника. Механизмы их развития. Лабораторные и инструментальные методы выявления заболеваний кишечника.**

При заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки появляются следующие жалобы: боли в эпигастральной области, отрыжка, изжога, тошнота, рвота, изменение аппетита, извращение вкуса, усиленная жажда. Боли в эпигастральной области – могут быть различного характера и происхождения. Различают постоянные и периодические боли. В большинстве случаев они связаны с приемом пищи, по отношению к которому выделяют: голодные, ранние и поздние. При этом имеется определенная зависимость между временем возникновения боли после приема пищи и локализацией патологического процесса. Ранние боли возникают через 30–40 минут после приема пищи. Они характерны для язвенной болезни желудка. Периодические голодные и ночные боли возникают при постоянной гиперсекреции. Они носят жгучий, интенсивный характер. Стихают после приема пищи. Нередко сопровождаются рвотой кислым содержимым. Характерны для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Часто боли могут сопровождаться тошнотой и рвотой, причем после рвоты самочувствие больных обычно облегчается. Поэтому некоторые пациенты самостоятельно вызывают рвоту. А другие воздерживаются от приема пищи из-за боязни возникновения болей (cibophobia). Отрыжка (eructatio – отрыжка воздухом, regurgitatio – отрыжка пищей) – внезапное отхождение через рот газов, скопившихся в желудке. Она возникает вследствие легких антиперистальтических сокращений мускулатуры желудка. По характеру различают: пустую отрыжку (или воздухом) – это наблюдается при привычном заглатывании воздуха во время еды (аэрофагия); кислую отрыжку – при гиперсекреции желудочного сока; горькую – при забросе желчи в желудок из двенадцатиперстной кишки; прогорклую – у больных с раком желудка из-за наличия органических кислот, появляющихся в процессе брожения при пониженной кислотности; гнилостную, или «тухлым яйцом» – у 20. Изжога (pyrosis) – своеобразное чувство жара и жжения в эпигастральной области. Связана с регургитацией кислого содержимого желудка в пищевод. Наблюдается у пациентов с высокой секрецией желудочного сока, при слабости сфинктерного аппарата (гастроэзофагальный рефлюкс). Тошнота (nausea) – неприятное ощущение (давление) в подложечной области, сопровождаемое ощущением дурноты, головокружением, слюнотечением, бледностью кожных покровов. По этиологии различают рвоту центральную и периферическую. Центральная рвота связана с повышением внутричерепного давления и наблюдается при опухолях мозга, нарушениях мозгового кровообращения, повышении артериального давления и т. д. Периферическая рвота может быть рефлекторной (при заболеваниях органов брюшной полости – желчный пузырь, печень, поджелудочная железа) и желудочной. Желудочная рвота возникает в связи с раздражением блуждающего нерва при воздействиях на слизистую оболочку желудка. Следует обращать внимание на характер рвотных масс. Они могут содержать: съеденную только что пищу; иметь каловый характер (при пенетрации язвы желудка в поперечно-ободочную кишку), пищу, съеденную накануне (при стенозе привратника), с примесью крови (haematomesis) при язве или раке желудка (так называемая «кофейная гуща»). Рвота через 5–10 минут после еды наблюдается при язве и раке кардиального отдела желудка или при неврозе. Рвота через 2–3 часа после еды, в разгар пищеварения характерна для гастрита, язвы, рака желудка. Рвота через 4–6 часов после еды – для язвы привратника или двенадцатиперстной кишки, атонии желудка. Рвота через 6–12 часов и более (рвота накануне съеденной пищей) наблюдается при стенозе привратника. При заболеваниях желудка наблюдается как снижение, так и повышение аппетита. Снижение аппетита отмечается при интоксикациях. Полное отсутствие аппетита (анорексия) возникает у больных с раком желудка, что связано с интоксикацией и уменьшением секреции желудочного сока. Увеличение аппетита (булимия) наблюдается у больных с повышением секреции желудочного сока (например, хронический гастрит, язвенная болезнь). Частый прием пищи в таких случаях уменьшает болевые ощущения. Извращение вкуса часто имеет место при заболеваниях желудка. Больные отмечают неприятный вкус во рту или притупление вкусовых ощущений.

**Основные клинические синдромы:** 1) синдром нарушения эвакуации из желудка; 2) гиперсекреторный синдром; 3) гипосекреторный синдром нарушения деятельности желудка;

**Лабораторные и инструментальные методы исследования желудка и 12-ти перстной кишки.**

Способность желудка к депонированию пищи и его эвакуаторная функция исследуются в клинике обычно с помощью **рентгенографии.** Путем наполнения желудка рентгеноконтрастным веществом (обычным сульфатом бария) можно составить ясное представление о его размерах и особенностях его эвакуации. О замедлении эвакуации можно говорить в том случае, если желудок не освобождается от контраста через 6 часов. При ускоренной эвакуации контраст как бы проваливается в кишку, не задерживаясь надолго в желудке.

 **Эзофагогастродуоденоскопия.** Благодаря совершенной эндоскопической технике открылась возможность визуального исследования полости пищевода, желудка и 12-перстной кишки, проводить исследование на Helicobacter pylori.

**Интрагастральная рН-метрия.** Для её проведения выпускаются специальные зонды, снабженные двумя рН-электродами Зонд вводится в желудок с таким расчетом, чтобы дистальный электрод располагался в антральном отделе, а проксимальный - в теле желудка. После этого проводится непрерывная регистрация рН сначала натощак, а затем после пищевой стимуляции желудка.

При заболеваниях **кишечника** у больных могут наблюдаться следующие основные жалобы: боли в животе, расстройства опорожнения кишечника, вздутие живота, урчание. Боли при заболеваниях кишечника связаны с возникновением спазма, атонии или непроходимости. Боли могут быть постоянными и периодическими (схваткообразными). Иногда наблюдаются достаточно интенсивные боли (кишечная колика), например при непроходимости кишечника. В основном боли в кишечнике зависят от спазма мускулатуры кишечника (спастические боли). Боли также могут возникать и в результате растяжения кишечника газами (дистенсионные боли). Для них характерны длительность и довольно точная локализация. Разновидность кишечной колики составляют тенезмы (ложные позывы к дефекации). Они развиваются при раздражении прямой кишки. Боли при поражении кишечника часто сопровождаются метеоризмом и облегчаются после отхождения газов. Расстройства опорожнения кишечника наблюдаются в виде поносов, или запоров. Важно выяснить не только частоту стула, но его характер – наличие примеси крови, слизи и т. д. Понос (diarrhoea) – учащенное выделение жидкого кала более 200 г в сутки. В зависимости от преимущественных механизмов развития диарею различают: осмотическую, секреторную, моторную, смешанную. Запоры (obstipatio) – длительная задержка кала в кишечнике (более 48 часов). Запоры могут быть органическими и функциональными. Органические обусловлены сужением кишки. Функциональные чаще обусловлены слабостью мышц брюшного пресса, малоподвижным образом жизни, употреблением в пищу легко усвояемой, бедной клетчаткой пищи. Вздутие живота иначе называется метеоризмом и зависит от скопления в кишечнике газов. Иногда вздутие сопровождается урчанием или переливанием (бульканьем). Данный симптом может наблюдаться при аэрофагии или при обильном брожении, при острых и хронических воспалительных заболеваниях кишечника.

**Основные клинические синдромы. 1**) синдром кишечной колики; 2) синдромы поражения толстого и тонкого кишечника; 3) синдром "острого живота";

**Лабораторно-инструментальные методы исследования кишечника.**

При нарушении тонкокишечного пищеварения раньше обнаруживается недостаточность переваривания жиров, а затем белков и углеводов. Непереварившиеся полимеры и олигомеры в тонкой кишке не всасываются и выходят в толстую кишку, где становятся добычей микроорганизмов. Углеводы подвергаются бактериальному брожению, белки - гниению и это имеет значение в развитии бродильной или гнилостной диспепсии. Сравнительно небольшому микробному метаболизму подвергаются не всосавшиеся в тонкой кишке жиры, которые поэтому почти полностью выделяются с калом.

В диагностике функциональной неполноценности тонкой кишки важное место занимает исследование кала. В связи с нарушением процессов пищеварения и всасывания в кишке увеличивается частота и объем испражнений. Развивается полифекалия. Стул становится неоформленным, иногда жидким.

При копрологическом (микроскопическое исследование кала) исследовании в качестве характерных признаков недостаточности тонкокишечного пищеварения и всасывания находят стеаторею, амилорею, креаторею. Стеаторея - это наличие большого количества жировых капель или кристаллов жирных кислот в препарате. Креаторея - присутствие частично переваренных мышечных волокон, а амилорея - зерен крахмала.

**Копрологическое исследование.** В норме кал оформлен, имеет пастовидную консистенцию. При заболеваниях толстой кишки он может быть как ненормально плотным (фрагментарный, “овечий” кал), так и чрезмерно жидким. Первое указывает на дискинезию кишки, её замедленное опорожнение и часто сопутствует запорам. Второе закономерно наблюдается при различного рода воспалительных заболеваниях. В норме кал коричневый. Обесцвеченный стул указывает на прекращение поступления в кишку желчи и наблюдается обычно при заболеваниях печени и желчных путей. Черный дегтеобразный стул является классическим признаком кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта, а примесью алой крови к стулу указывает на деструктивно-язвенный процесс в дистальных отделах. Кровь поверх кала часто встречается при анальных трещинах и геморрое. Кал, перемешанный с кровью, всегда указывает на поражение слизистой оболочки ободочной или прямой кишки. Из патологических примесей помимо крови надо упомянуть слизь и гной. Наличие в избытке слизи говорит о раздражении слизистой оболочки толстой кишки. Гной - обычный спутник её воспаления.

Из инструментальных методов в диагностике заболеваний кишечника чаще всего используется **рентгенография и эндоскопия**.

Тонкая кишка трудно доступно для инструментального исследования.

В диагностике заболеваний толстой кишки часто используется рентгенологический метод. Толстая кишка через анус заполняется рентгеноконтрастной массой, что позволяется получить её изображение на рентгеновских снимках. При этом выявляются и грубые дефекты слизистой оболочки. Однако, более важное значение имеет эндоскопическое исследование: **ректороманоскопия** - если производится осмотр только прямой и сигмовидной кишки, и **колоноскопия** - когда производится осмотр всей толстой кишки с помощью специальных приборов - колоноскопов. Помимо визуального исследования здесь, как и при эндоскопии желудка, можно взять биопсию слизистой оболочки и получить микроскопическое заключение о характере патологического процесса.

## Литература.

##  1. Вахрушев, Я.М. Язвенная болезнь [Текст] // Внутренние болезни / под ред. Я.М. Вахрушева. - Ижевск: Экспертиза, 2009. - С. 218 - 236.

## 2. Гребенев А.Л., Василенко В.Х. Пропедевтика внутренних болезней / А.Л Гребенев, В.Х Василенко. – М.: Медицина, 2001. - 592 с.

## 3. Логинов А.С., Парфёнов А.И. Болезни кишечника / А.С. Логинов, А.И. Парфёнов. – М.: Медицина, 2000. – 632с.

## 4. Мухин Н.А., Моисеев В.С. Пропедевтика внутренних болезней / Н.А. Мухин, В.С. Моисеев, - М.: Медицина, 2004. - 768 с.