

КАЗАНСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Доцент Ю.В. Ослопова

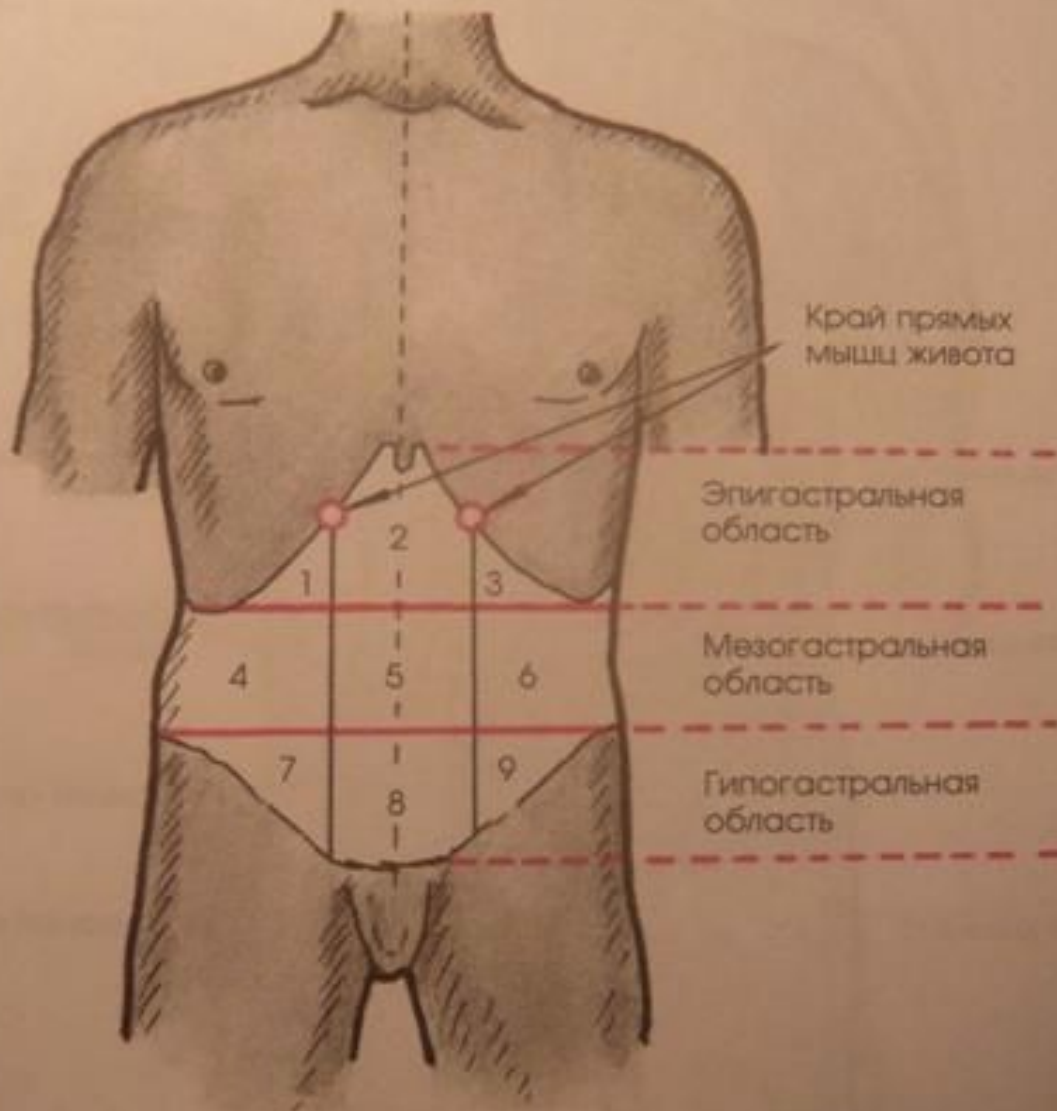
Лекции по пропедевтике внутренних болезней

**«ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ»**

План лекции

1. Топография органов брюшной полости.
2. Жалобы больных с заболеваниями органов пищеварения и их патогенез.

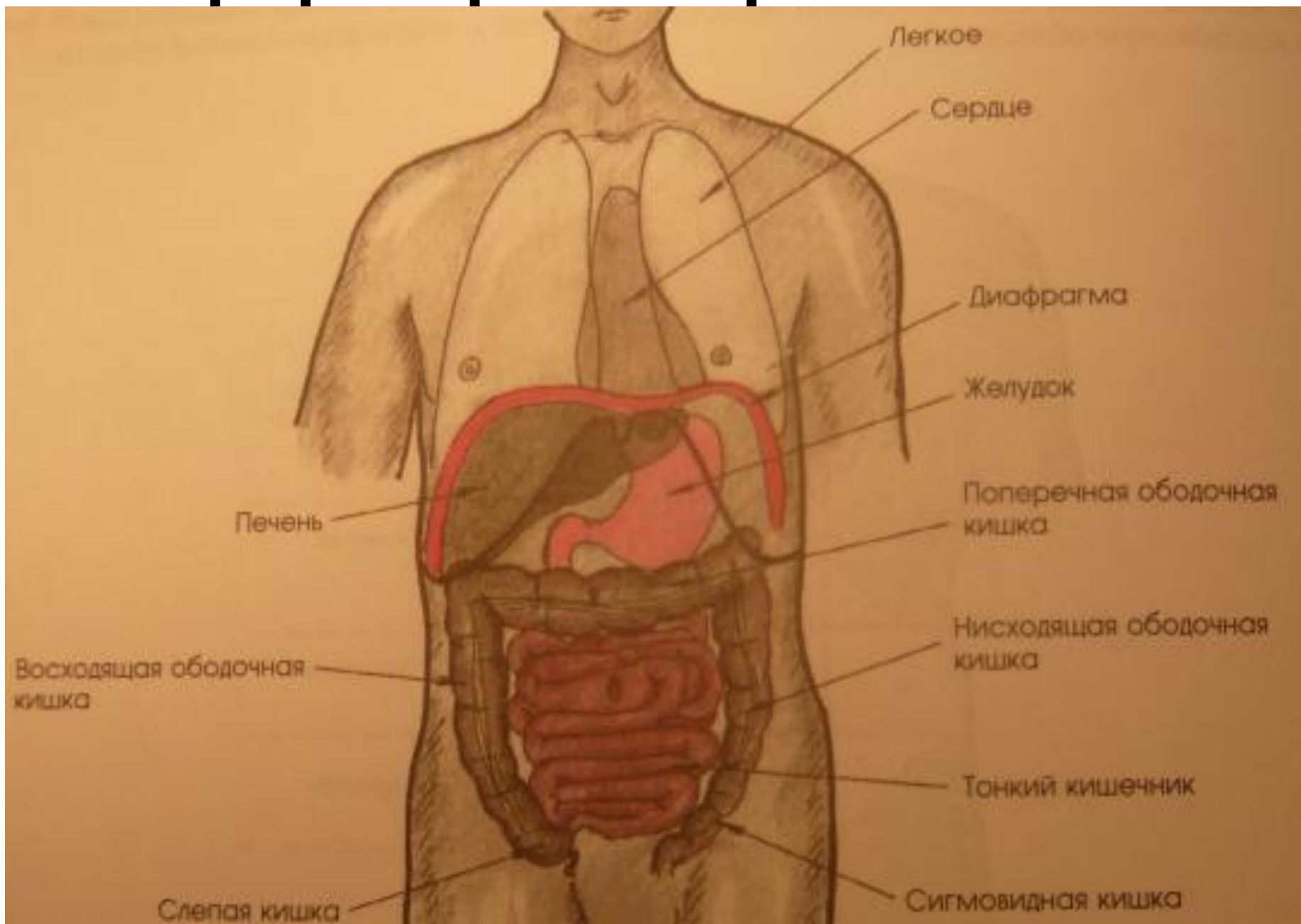
Области живота



Области живота:

1, 3 – левое и правое подреберья; 2 – надчревная (эпигастральная) область; 4, 6 – правый и левый фланки живота; 5 – околопупочная область; 7, 9 – подвздошные области; 8 – надлобковая область.

Топография органов брюшной полости

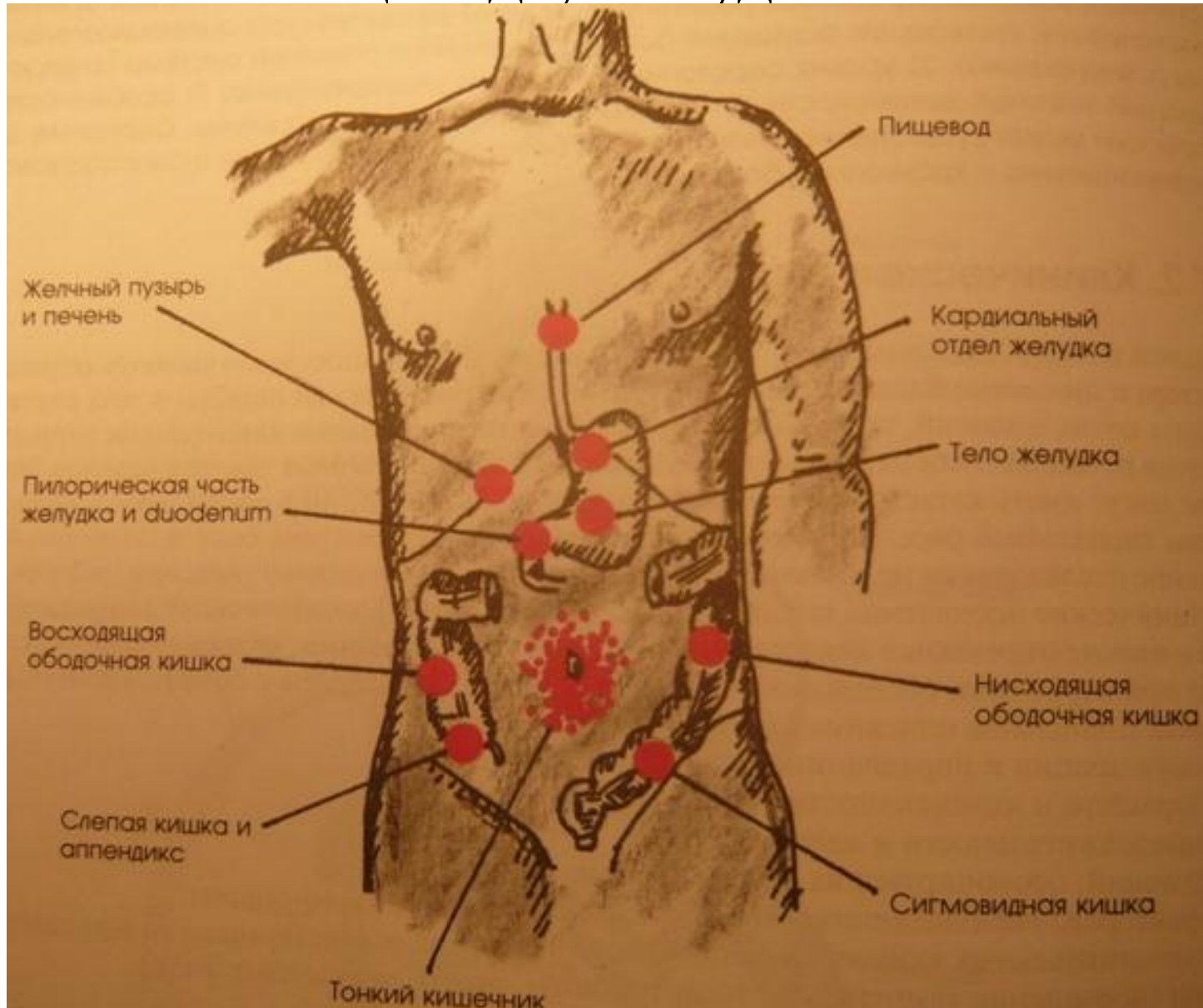


Жалобы больных с заболеваниями органов пищеварения:

- Боли в области живота
- Тошнота
- Рвота
- Отрыжка
- Изжога
- Расстройство аппетита
- Метеоризм
- Диарея (понос)
- Констипация (запор)
- Желудочно-кишечное
кровотечение

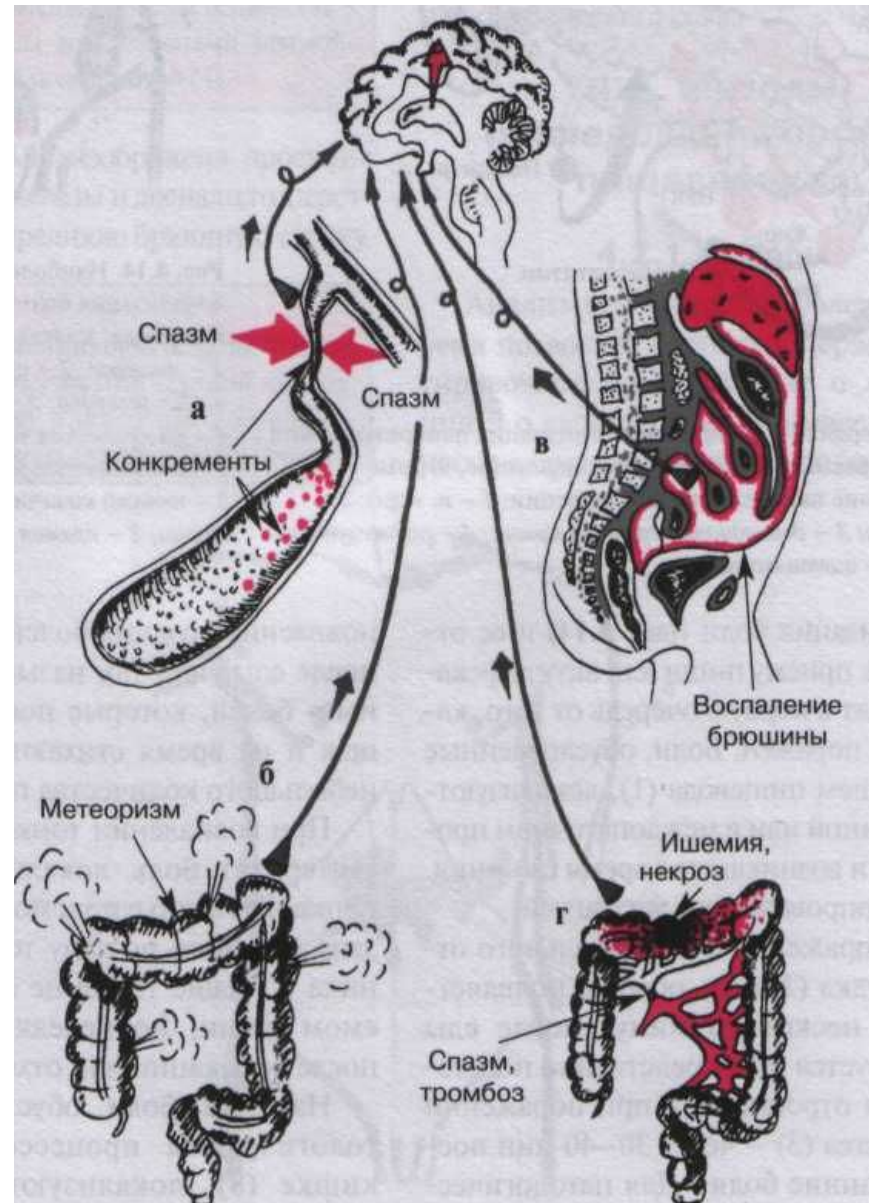


Наиболее типичная локализация боли при поражении пищевода, желудка и кишечника



Боли в области живота

- Спастические (в результате спазма гладкой мускулатуры органов)
- Дистензионные (в результате растяжения стенок полых органов и натяжения их связочного аппарата)
- Перитонеальные (в результате перехода воспаления на париетальную брюшину или перфорации (прободения) полых органов)
- Сосудистые (при остром нарушении кровообращения в органах в результате спазма или тромбоза артериальных сосудов)



Спастические боли

- Острые, приступообразные (внезапно начинаются и нередко также внезапно заканчиваются),
- Очень интенсивные, обычно четко локализованные, с типичной иррадиацией, ослабевают после приема спазмолитиков,
- Могут сопровождаться рвотой, часто не приносящей облегчения, лихорадкой (рефлекторного генеза) и локальным напряжением мышц брюшной стенки (перивисцериты)
- **Желчная колика, почечная колика**
- **Кишечная колика (при синдроме раздраженной толстой кишки),**
- **Желудочная колика (при язвенной болезни)**

Дистензионные боли

- Тупые, тянущие, малоинтенсивные, обычно разлитые, без четкой локализации и иррадиации;
 - Часто не стихают после приема спазмолитиков.
-
- **Метеоризм,**
 - **гипосекреторный синдром (гастриты со снижением секреторной и моторной функций желудка)**

Перитонеальные боли

- Возникают постепенно (при воспалениях органов) или остро (при прободении), постоянные, непрерывно усиливающиеся вплоть до нестерпимых болей.
- Сопровождаются общими признаками воспаления и интоксикации (лихорадка, лейкоцитоз и др.), рвотой, ограничением дыхательных движений живота, напряжением мышц брюшной стенки, положительным симптомом Щеткина-Блюмберга и ослаблением (исчезновением) перистальтики.
- Возможна острая сосудистая недостаточность.

Перитониты, развившиеся в результате

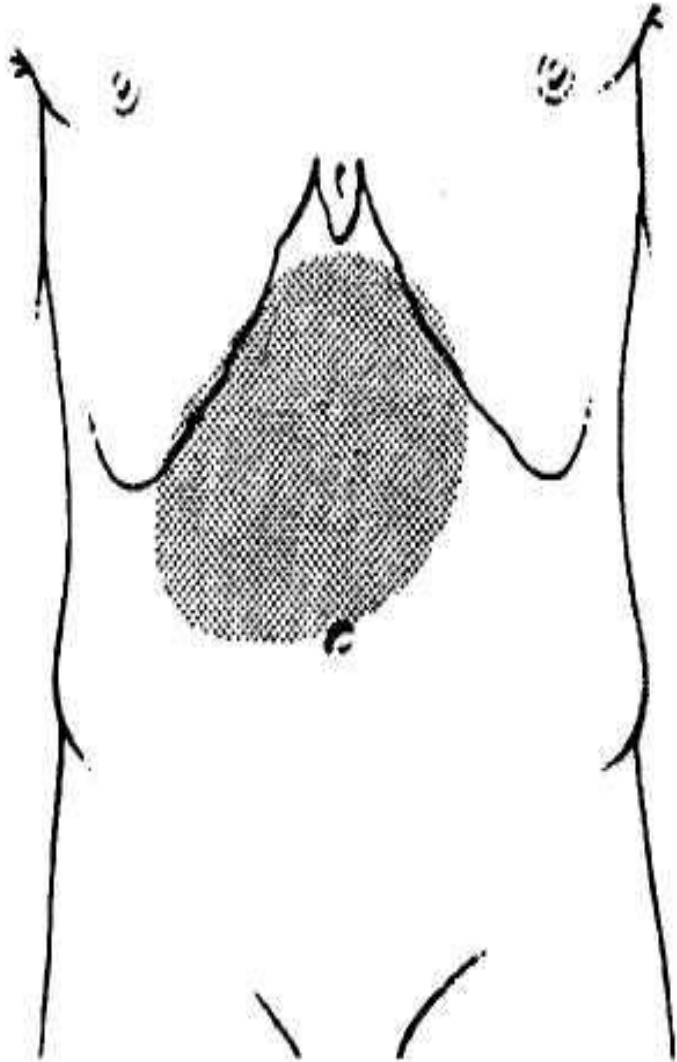
- **а) воспаления органов (холецистит, аппендицит);**
- **б) прободении полых органов (язвенная болезнь)**

Сосудистые боли

- Внезапно начинаются, разлитые, могут быть очень интенсивными, постоянно усиливающимися (вплоть до нестерпимых).
 - При некрозах органов развивается перитонит, возникают перитонеальные боли
-
- **Мезентериальный тромбоз**
 - **Эмболии артерий,**
 - **«Брюшная жаба»**

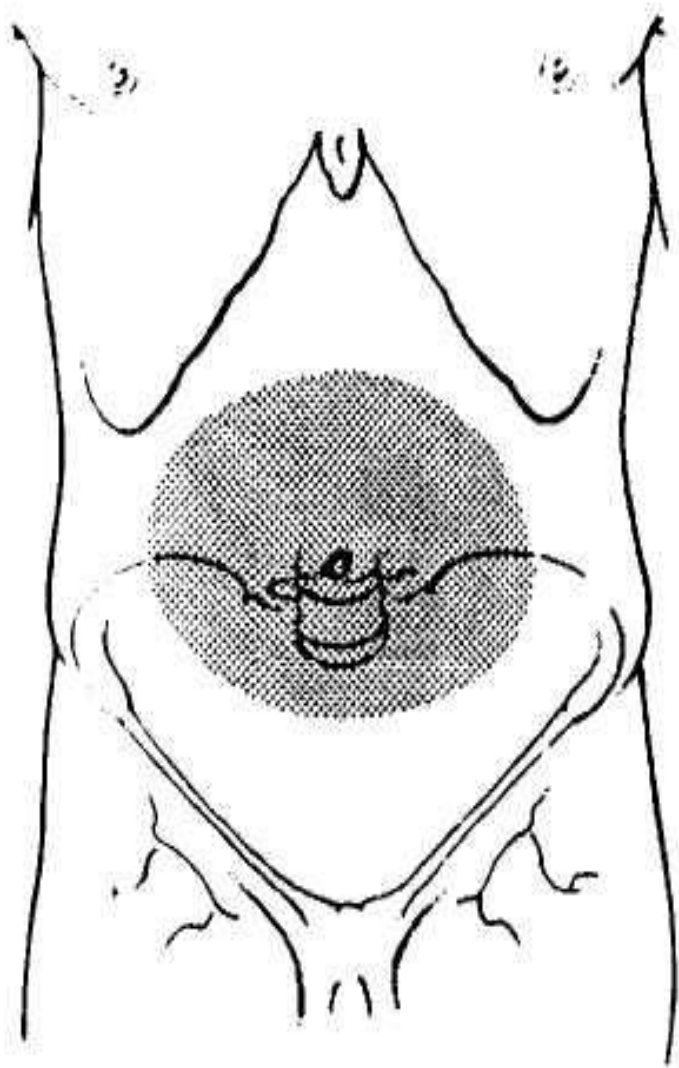


Боли в эпигастральной области



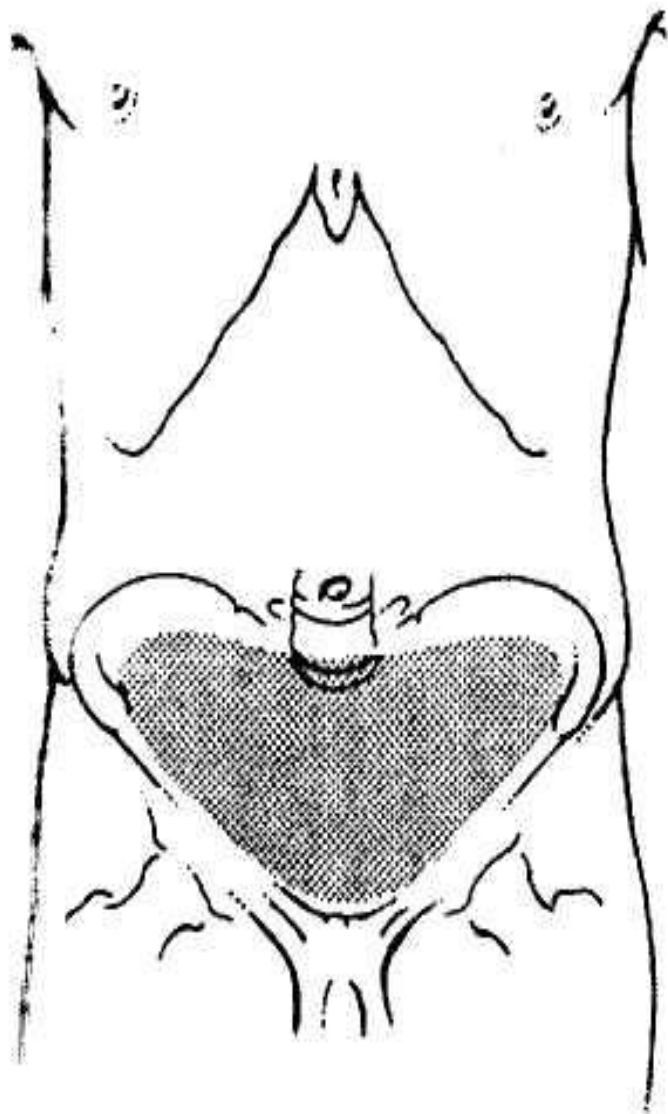
- Язва желудка или двенадцатиперстной кишки
- Дуоденит или гастрит
- Холецистит, холангит
- Панкреатит
- Аппендицит (появление болей, либо при ретроцекальном расположении червеобразного отростка)
- Высокая тонкокишечная непроходимость или нарушение эвакуации из желудка
- Поддиафрагмальные абсцессы или абсцессы печени
- Гепатит
- Метастатическое поражение печени
- Плеврит, нижнедолевая пневмония, пневмоторакс
- Инфаркт миокарда, стенокардия
- Перикардит
- Застойная гепатомегалия
- Пиелонефрит
- Почечная колика

Боли в мезогастральной области



- Аппендицит (появление болей)
- Тонкокишечная непроходимость или гангрена тонкой кишки
- Панкреатит
- Гастроэнтерит
- Тромбоз или эмболия брыжеечных сосудов
- Пупочная грыжа
- Аневризма брюшного отдела аорты
- Дивертикулит сигмовидной кишки (в ранних стадиях)
- Мезентериальный лимфаденит

Боли в гипогастральной области

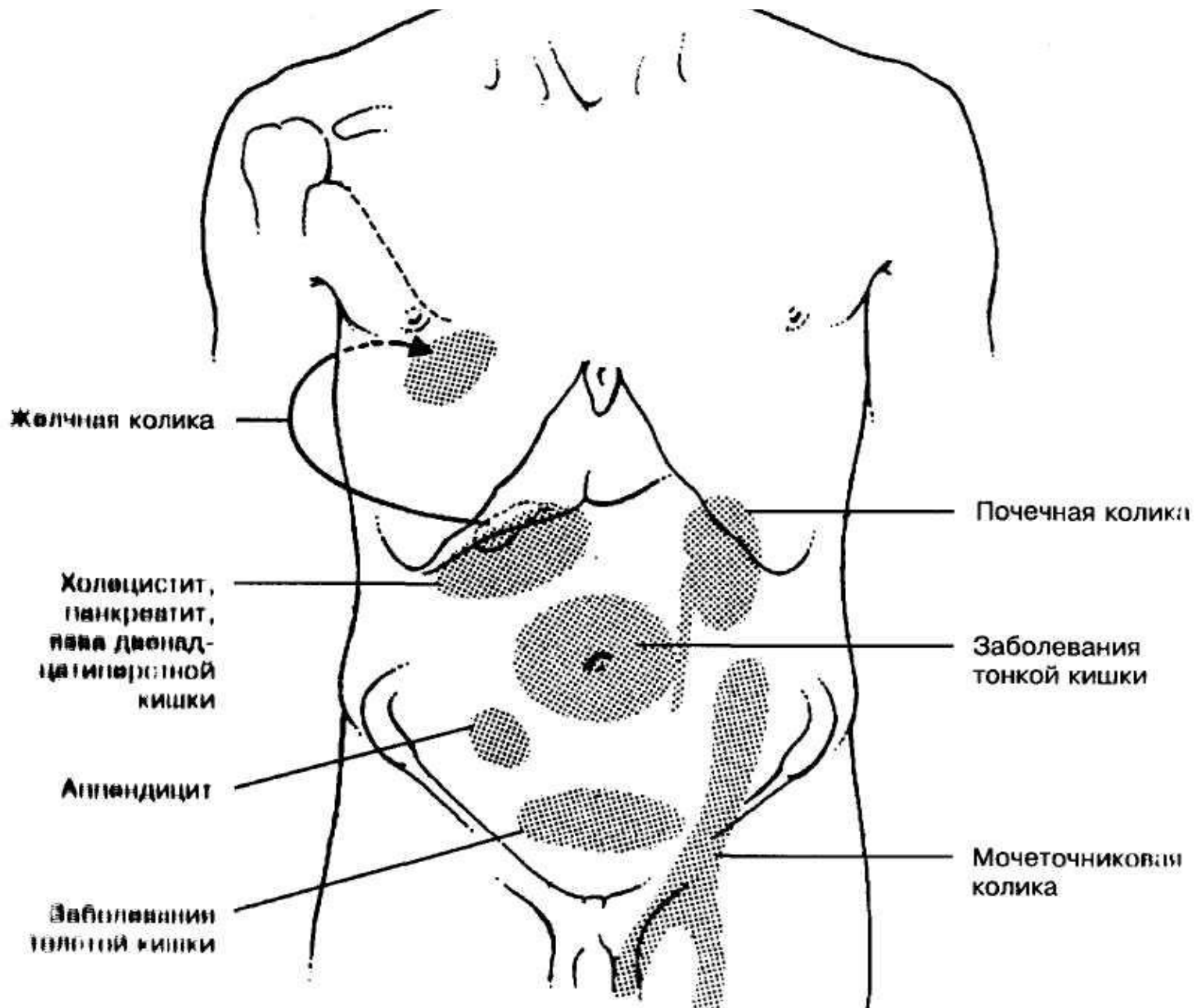


- Толстокишечная непроходимость или гангрена толстой кишки
- Аппендицит
- Мезентериальный лимфаденит
- Воспаление Меккелева дивертикула
- Дивертикулит
- Перфорация слепой кишки
- Сальпингит
- Цистит
- Межменструальная боль (боль во время овуляции)
- Перекрут яичника и маточной трубы
- Внематочная беременность
- Паховые грыжи
- Грыжи спигеллиевой линии
- Регионарный илеит
- Пиелонефрит
- Почечная колика
- Эндометриоз
- Аневризма брюшного отдела аорты
- Гематома влагалища прямой мышцы живота

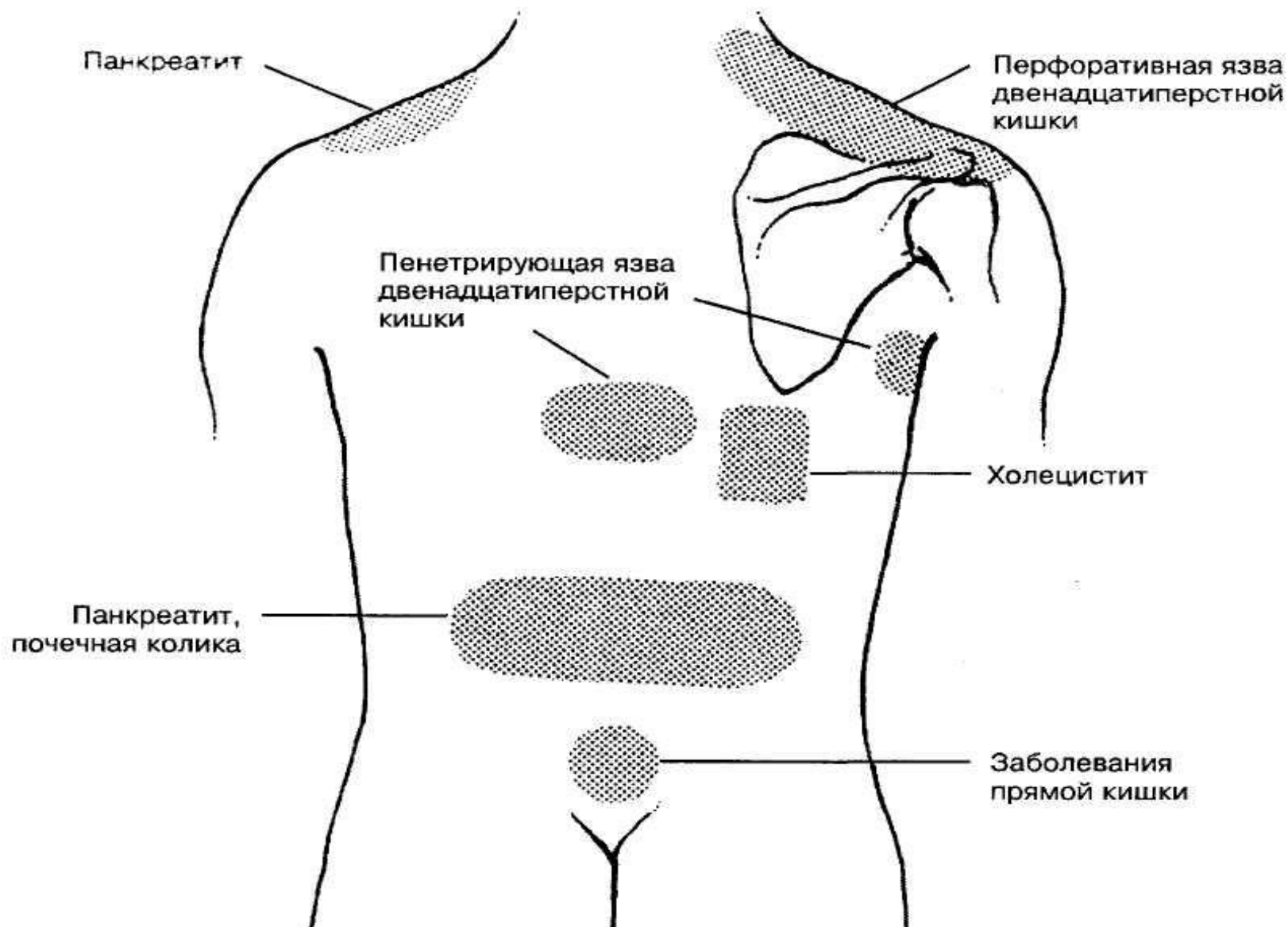
Иррадиация боли

- Проведение болей иногда далеко за пределы патологически измененного органа («отраженные боли»)
- Наличие в спинальных и таламических центрах анатомической близости афферентных путей иннервации пораженного органа и области куда иррадиирует боль

Области, куда могут иррадиировать боли



Области, куда могут иррадиировать боли



Состояния, сопровождаемые болью в области живота:

- *Не угрожающие* жизни заболевания органов брюшной полости.
- *Угрожающие жизни* заболевания органов брюшной полости.



Не угрожающие жизни заболевания органов брюшной полости

- «Легкая» – терпимая больным боль, которая не сопровождается нарушением общего состояния больного.
 - Могут наблюдаться повышенное газообразование (метеоризм), тошнота, отрыжка.
 - Как правило, больной сам может назвать причину этих нарушений (переедание, избыточное употребление алкоголя, нарушение диеты – избыточное употребление жирной или острой пищи и др.).
 - У больного нет повышенной температуры и жидкого стула.
- ! Необходимо внимательное наблюдение за больным.**
Нередко угрожающие жизни заболевания начинаются с незначительных болевых ощущений, особенно:
- у детей,
 - ослабленных пациентов,
 - у лиц пожилого и старческого возраста.

Угрожающие жизни заболевания органов брюшной полости

- Внезапное появление сильной боли в животе, сопровождающейся тошнотой и/или рвотой, отсутствие стула (реже – понос), вздутие живота, напряжение брюшной стенки («доскообразный живот») – «ОСТРЫЙ ЖИВОТ».

Тошнота (лат. nausea)



- Тягостное ощущение в подложечной области, груди, глотке и полости рта, нередко предшествующее рвоте.
- Может сопровождаться: слюнотечением, бледностью кожных покровов, слабостью, повышенным потоотделением, головокружением, снижением артериального давления, иногда полуобморочным состоянием.
- В основе тошноты - возбуждение рвотного центра.
- Может длиться часами и купироваться только медикаментозными препаратами (церукал и др.).

Способ временного облегчения состояния - прием малыми порциями негазированной минеральной воды («Боржоми», «Ессентуки» и др.).

Рвота (лат. emesis)

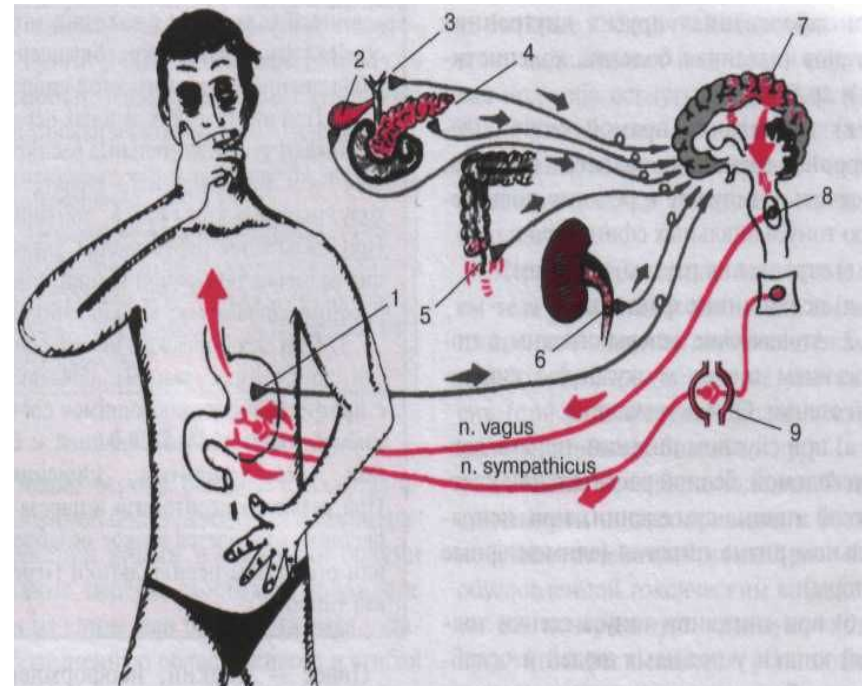
- Сложный рефлекторный акт, непроизвольное извержение содержимого желудка через рот (реже и через нос).
- Непосредственная причина – раздражение рвотного центра (в дне IV желудочка)



Причины раздражения рвотного центра

Усиленная афферентная импульсация, идущая по чувствительным волокнам блуждающего нерва из различных рефлексогенных зон:

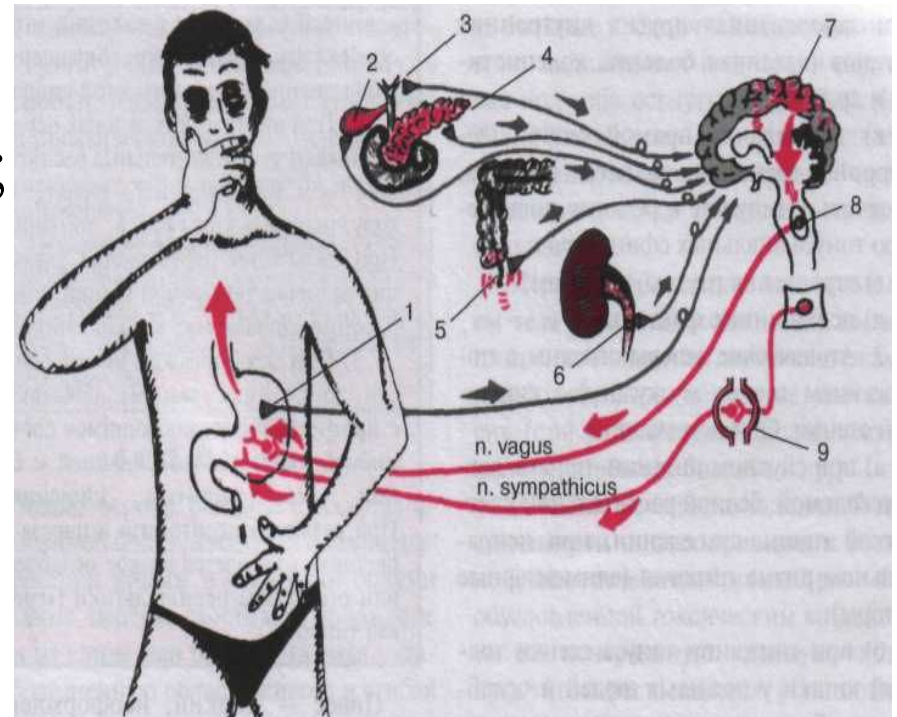
1-желудка, 2-желчного пузыря, 3-печеночных и желчных протоков, 4-поджелудочной железы, 5-аппендикса, 6-мочеточников, глотки, брюшины, матки и пр.



Причины раздражения рвотного центра

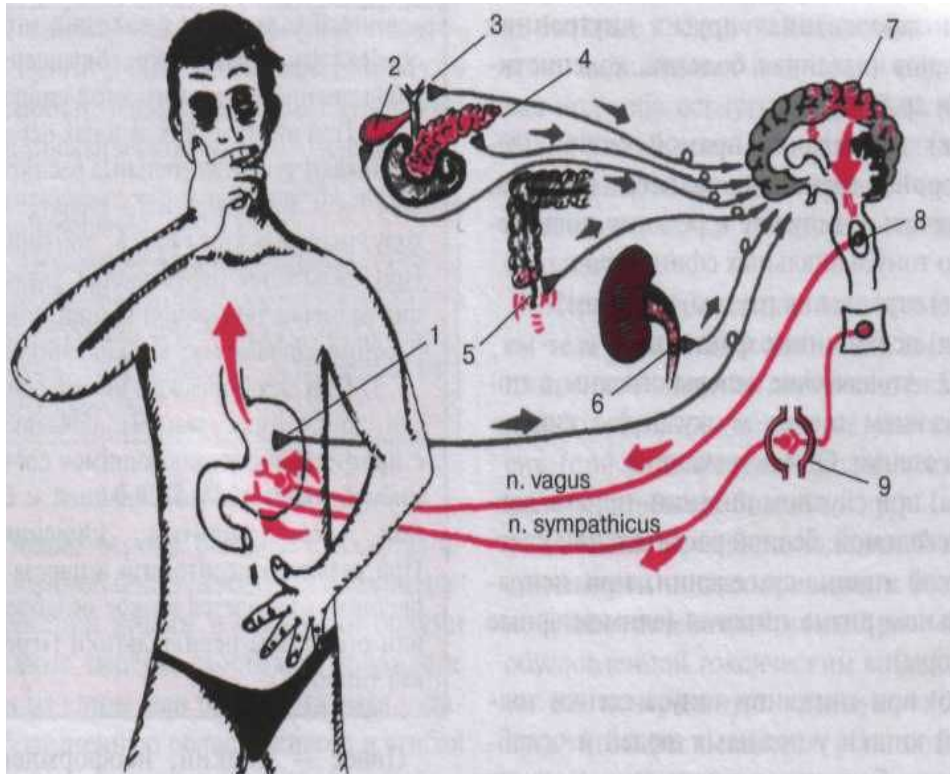
Патологические процессы в головном мозге (7):

Ишемический или геморрагический инсульт;
травмы головного мозга;
отек мозга;
повышение внутричерепного давления – например, при гипертоническом кризе

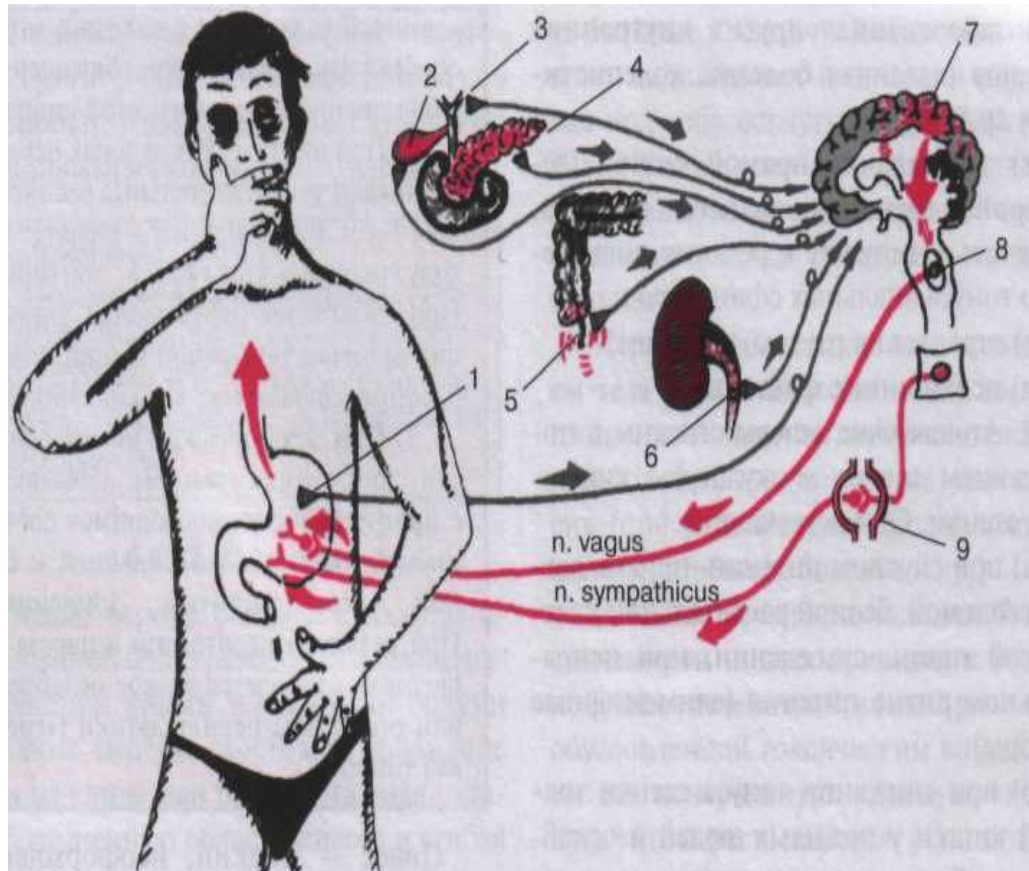


Причины раздражения рвотного центра

- **Токсические воздействия** непосредственно на рвотный центр:
уремия, печеночная недостаточность, диабетическая кома, беременность и др.



Рвота



Раздражение рвотного центра □ Эфферентные импульсы по двигательным волокнам блуждающего и симпатического нервов □ быстрое сокращение привратника и пилорической части желудка и раскрытие кардиального сфинктера □ РВОТА

Клинические особенности рвоты различного происхождения

- **Желудочная:** обычно обильная, возникает на высоте пищеварения (через 0,5-1,5 ч после еды), предшествует тошнота, облегчение после рвоты (уменьшается тошнота и боли).
- **Рефлекторная:** необильная, чаще – внезапно, без предшествующей тошноты, не приносит облегчения.
- **Центрального генеза:** на высоте церебральных расстройств (головные боли, головокружение, повышение АД), чаще – без предшествующей тошноты, не приносит облегчения.

Отрыжка (лат. eructatio)

- Внезапное непроизвольное, иногда звучное выделение через рот воздуха, скопившегося в желудке или пищеводе - отрыжка воздухом.
- Может сопровождаться поступлением в рот небольшого количества желудочного содержимого - отрыжка пищей.
- Отрыжка воздухом наблюдается при аэрофагии.

Аэрофагия (греч. aeros – воздух, phagein – поглощать) – заглатывание избыточного количества воздуха с последующим его отрыгиванием. Наблюдается при быстром приеме пищи, при ряде заболеваний желудочно-кишечного тракта, при психических расстройствах.



Отрыжка может сопровождаться:

- привкусом во рту кислоты - при усилении секреции желудка, при язвенной болезни;
- горечи - при забросе желчи в желудок из 12-перстной кишки,
- запахом тухлых яиц - при гастрите, стенозе привратника.

Изжога (лат. pyrosis)

- Болезненное ощущение жжения за грудиной или в эпигастральной области, нередко распространяющееся вверх до глотки.
- Обусловлена раздражением слизистой оболочки пищевода вследствие заброса кислого желудочного содержимого в пищевод.



Причины изжоги

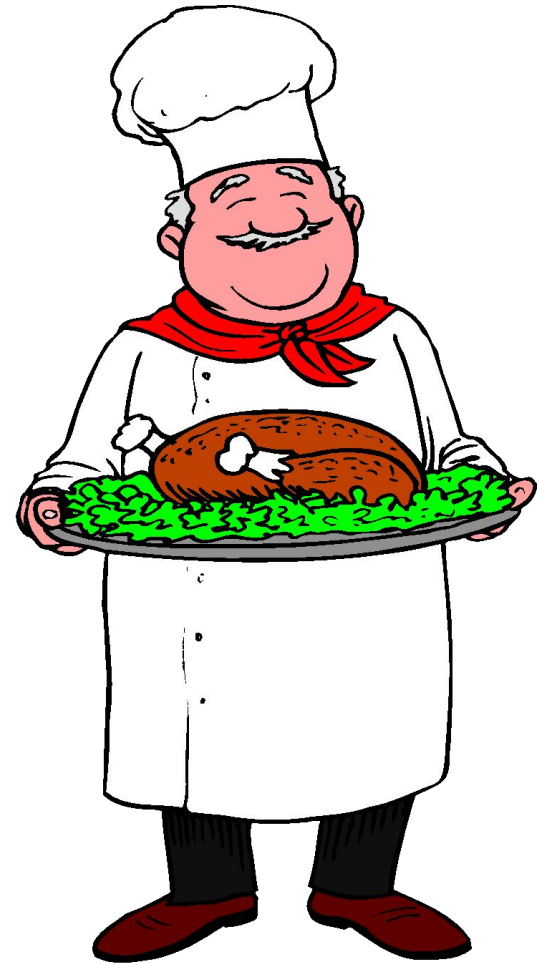
- Недостаточность кардиального сфинктера: рефлюкс-эзофагит, заболевания желудка или 12-перстной кишки, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
- Гипермоторика желудка: язвенная болезнь, употребление большого количества пищи.
- Повышение кислотности желудочного сока: язвенная



кишки.

РАССТРОЙСТВО АППЕТИТА

Аппетит (лат. appetitio – сильное стремление, желание) - приятное ощущение, связанное с предстоящим приемом пищи.



Виды нарушения аппетита

- Снижение аппетита (как правило, обусловлено снижением секреции и кислотности желудка).
- Полная потеря аппетита - анорексия (греч. an- - приставка, обозначающая отсутствие признака, orexis – желание есть, аппетит).
- Повышение аппетита (при язвенной болезни, панкреатите).



Виды нарушения аппетита

- Патологически усиленное чувство голода вплоть до непреодолимой прожорливости называют **булимией** (греч. bus – бык, limós – голод; буквально – «бычий голод», в русской аналогии – «волчий голод»). Булимия может быть проявлением органического заболевания головного мозга.



Виды нарушения аппетита

- Извращение аппетита - пикацизм (от лат. *picca* – сорока): стремление употреблять в пищу несъедобные вещества (мел, известь, золу, уголь и др.). Обусловлено изменениями функционального состояния пищевого центра (например, при беременности, железодефицитной анемии).
- К одному из вариантов извращения аппетита можно отнести отвращение к определенным продуктам (например, отвращение к мясу и мясным блюдам при раке желудка).



Нарушение вкуса – дисгевзия (дис + греч. geusis - вкус)

- Нарушение вкуса, его полная утрата или искажение вкусовых восприятий.
- Причины: беременность, сахарный диабет, заболевания ЖКТ или ротовой полости, анемия, гипотиреоз и пр.
- Агевзия – потеря одного из основных вкусовых ощущений
- Гипогевзия – ослабление одного из ощущений
- *Парагевзия* – когда вместо сладкого ощущается соленое
- *Фантагевзия* – когда ощущение того или иного вкуса наблюдается без явных физических причин (например, при неврозах).



Дисгевзия

- Применение ряда лекарств (особенно часто наблюдается «металлический вкус»)
- Воздействие радиоактивного облучения, в ряде случаев при уровнях около 1 р/ч.
- Расстройство восприятия вкуса у поваров — **бридость** (от старославянского «бридькъ» — грубый, сырой, неотесанный, необработанный) — полное отсутствие у того или иного лица кулинарного вкуса, либо временная потеря или искажение вкуса у повара или кондитера (функциональная бридость), аналогичная временной потере голоса у певца
- Функциональная бридость часто возникает из-за возбуждения, переутомления, заболевания органов секреции, ожога полости рта (если пробовать слишком горячие блюда или напитки).
- У кондитеров функциональная бридость возникает вследствие длительного пребывания в цехах с высокой температурой и пересыщенных запахом сладостей, но длится не дольше двух-трех часов.



Метеоризм

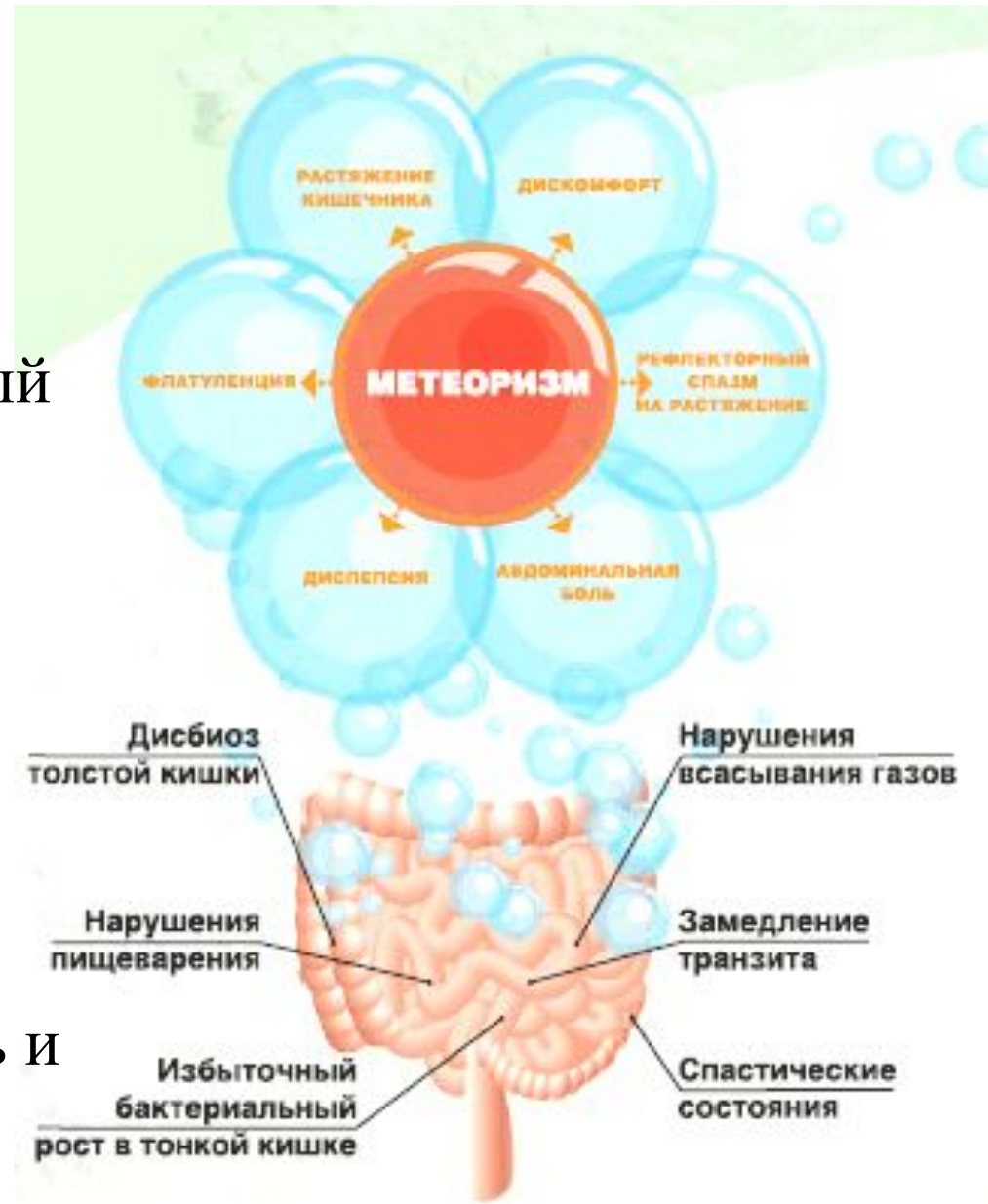
(греч. meteorismos – поднятие вверх)

- Вздутие живота в результате избыточного скопления газов в пищеварительном тракте и нарушением их выведения.
- Проявляется распирающей схваткообразной болью, ощущением тяжести и распирания в животе; симптомы исчезают после отхождения газов.
- Больного беспокоят частое отхождение газов (более 20 раз в сутки), отрыжка, икота.
- При усиленной перистальтике кишечника - громкое *урчание в животе*.



Основные причины метеоризма

- Употребление продуктов, способствующих усиленному газообразованию в кишечнике (молоко, черный хлеб, капуста, картофель, горох, фасоль и др.).
- Заболевания желудочно-кишечного тракта (аэрофагия, хронический колит, дисбактериоз кишечника, панкреатит, кишечная непроходимость и др.).



Основные причины метеоризма

- Парез кишечника (после операций на органах брюшной полости, при тяжелой патологии внутренних органов – инсульте, тромбозе мезентериальных сосудов и др.).



Диарея, понос

(греч. *diá* – движение сквозь, *rrhoia* – истечение)

- Жидкий, неоформленный стул, в большинстве случаев сочетающийся с учащением дефекации (свыше двух раз в сутки).
- **Возникает вследствие:**
 - **ускоренной перистальтики** кишечника и вследствие этого быстрым продвижением по кишечнику и ускоренной эвакуацией кишечного содержимого;
 - **нарушение всасывания жидкости** в кишечнике (уменьшение всасывания воды и электролитов в кишечнике);
 - **увеличение патологической секреции жидкости** в кишечнике при его воспалении (усиленная секреция в полость кишечника и повышенное слизеобразование).



Основные причины диареи

- Воспаление слизистой оболочки желудка (гастрит), кишечника (энтериты, колиты)
- Снижение секреторной функции желудка (ахилия), сопровождающееся нарушением переваривания белков и быстрым опорожнением желудка
- Снижение внешнесекреторной функции поджелудочной железы (панкреатит, рак)

Клинические особенности диареи

- **Энтеральный понос:**

- умеренное учащение стула (до 4-6 раз в сутки),
- очень обильные испражнения, в которых содержатся остатки непереваренной пищи,
- стеаторея («жирный» кал),
- нередко сопровождается болями вокруг пупка.

Клинические особенности диареи

- **Колитический понос:**

- очень частый стул (10—15 раз в сутки),
- сопровождается тенезмами
(болезненными позывами к дефекации),
- испражнения скудные, часто с
примесью слизи и крови.

Клинические особенности диареи

- **Желудочный понос:**

- умеренное учащение стула (до 4-6 раз в сутки),

- испражнения жидкие, темного цвета, с остатками непереваренной пищи, нередко с неприятным гнилостным запахом (нарушение переваривания белков), со слизью,

- часто сопровождаются чувством переполнения и тупыми распирающими болями дистензионного характера в эпигастрии.

Клинические особенности диареи

- Панкреатический понос:

- умеренное учащение стула,
- испражнения обильные (полифекалия), кашицеобразные или жидкие, со слизью,
- стеаторея и неприятный гнилостный запах,
- сопровождается болями в верхней половине живота, иногда опоясывающего характера, метеоризмом, часто - значительным похуданием.

Констипация, запор

(лат. constipatio – скопление, нагромождение)

- Длительная (больше 2 суток) задержка кала в кишечнике или редкое, затрудненное опорожнение кишечника незначительным количеством кала (менее 100 г в сутки) с ощущением неполного опорожнения кишечника.
- **Запор обусловлен:**
 - замедлением перистальтики кишечника,
 - механическими препятствиями в кишечнике,
 - алиментарным фактором.



Основные причины запора

- воспалительные заболевания тонкого и толстого кишечника,
- наличие препятствия на пути кишечного пассажа (механический запор) – например, опухоль в брюшной полости, сдавление кишечника увеличенной маткой, полипы в прямой кишке и др.,
- заболевания, замедляющие перистальтику нижних отделов кишечника (геморрой, трещины и свищи заднего прохода, парапроктит),
- экзогенные интоксикации (хронические профессиональные отравления свинцом, ртутью, таллием, висмутом; морфинизм, никотинизм),
- эндогенные интоксикации (например, при хронической почечной недостаточности),
- заболевания эндокринной системы (гипотиреоз, сахарный диабет и др.),

Основные причины запора

- нарушения водно-электролитного обмена (обезвоживание, дефицит калия, сердечная недостаточность и др.),
- психические нарушения (депрессия, нервная анорексия),
- неврологические нарушения (инсульт, вегетативная нейропатия),
- нарушение диеты и режима питания (недостаточное количество в пище растительной клетчатки, ограничение приема жидкости, еда «всухомятку», употребление продуктов, затрудняющих эвакуацию содержимого кишечника - крепкий чай, какао, белый хлеб и др.),

Основные причины запора

- **ятрогенные факторы**
 - применение лекарственных средств, угнетающих двигательную активность кишечника: наркотические анальгетики, антидепрессанты, нестероидные противовоспалительные средства, β -адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и др.),
 - применение лекарственных препаратов, способствующих обезвоживанию организма – например, мочегонных препаратов;
 - одновременный прием нескольких препаратов может усилить и поддерживать запор;
- **неврогенные факторы** (например, подавление физиологического позыва на низ вследствие неудовлетворительных бытовых условий),
- **гиподинамия** (запор у больных, длительно находящихся на постельном режиме).

Виды запоров

- *Атонические запоры* - атония кишечника в результате слабости кишечной мускулатуры и пониженной раздражимости кишечной стенки, а также при заболеваниях соседних органов. Содержимое кишечника задерживается в толстой кишке до 7 и более суток.

Кал имеет цилиндрическую форму.

Виды запоров

- **Спастические запоры** - усилена двигательная активность - моторика кишечника, однако над продольными превалируют сегментарные движения кишечника, что препятствует транспорту кишечного содержимого.

Каловые массы оформлены в виде шариков («овечий кал»), лент («карандаш»), комочков и др.

При длительной задержке стула формируются твердые каловые массы – «каловые камни» (опорожнение может быть очень болезненным, могут образоваться разрывы анального отверстия).

Боль в животе и рвота способствуют развитию запора, а наличие калового камня может сопровождаться задержкой мочи.

Виды запоров

- Органические запоры обусловлены механическим препятствием для продвижения каловых масс по кишечнику (опухоли кишечника, рубцы, спайки, мегаколон, долихосигма).
- При механической непроходимости кишечника запоры сочетаются с прогрессивно ухудшающимся состоянием больного, интоксикацией и бурной перистальтикой кишечника. При развитии перитонита и пареза кишечника отмечается резкое ослабление или отсутствие перистальтики («гробовая тишина»).

Общие свойства испражнений

- Суточное количество кала у здорового человека - в среднем 110 г (40 - 260 г), у мужчин масса кала больше, чем у женщин, у молодых – больше, чем у пожилых.
- Количество кала зависит от качества и количества пищи, социальных условий, перемены обычного режима дня (например, командировка), климата, объема потребляемой жидкости, гормонального цикла (менструация у женщин).
- Полифекалия: если всасывание нарушено, а скорость продвижения по кишечнику увеличена (энтериты), количество кала может достигать 2500 г.

Общие свойства испражнений

- Консистенция и форма кала зависят от содержания в нем воды, жира и клетчатки. У здоровых содержание воды в кале составляет около 70%.
- При запоре кал становится очень плотным (в кале при этом содержится 60% воды).
- При поносах кал – жидкий, с частицами непереваренной пищи и различными примесями (например, при холере кал имеет вид рисового отвара с хлопьями слизи, при брюшном тифе – вид горохового супа).
- При преобладании в кишечнике бродильных процессов испражнения рыхлые, пенистые.

Бристольская шкала (для описания формы и консистенции кала)

ТИП 1 Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются



ТИП 2 В форме колбаски, но комковатый



ТИП 3 В форме колбаски, но с ребристой поверхностью



ТИП 4 В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий



ТИП 5 Мягкие маленькие шарики с ровными границами



ТИП 6 Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул



ТИП 7 Водянистый, без твердых частиц

Полностью жидкий

Цвет кала

- Окраска кала зависит от:
 - наличия в нем желчных пигментов (если желчь в кишечник не попадает, кал приобретает серый цвет),
 - от употребляемой пищи,
 - от приема лекарственных средств.



Изменение окраски кала

Цвет испражнений	Причины изменения цвета кала
Темно-коричневый	Нормальный кал на смешанной диете
Черно-коричневый	Мясная диета
Светло-коричневый	Растительная диета
Коричнево-красный	Неизменная кровь, пурген, препараты ревеня, марены красильной, употребление в пищу какао, свеклы
Черный	Измененная кровь (кровотечение в верхних отделах пищеварительного тракта), прием висмута, активированного угля, употребление в пищу большого количества печени, кровяной колбасы, черники, смородины, красного вина
Зеленовато-черный	Прием препаратов железа
Зеленый	Билирубин и биливердин при усиленной перистальтике, овощная диета
Золотисто-желтый	При содержании неизмененного билирубина (у грудных детей)
Оранжево-светло-желтый	Молочная диета
Белый или серовато-белый	Обструкция желчных протоков, гепатиты

Кровавый кал

- Важный признак *желудочно-кишечного кровотечения*.
- В зависимости от локализации источника кровотечения: от черного дегтеобразного до алого.
- Черный цвет кала обусловлен наличием солянокислого гематина, образующегося из гемоглобина под воздействием соляной кислоты желудочного сока, и примесей сульфидов, образующихся при действии на кровь различных ферментов и бактерий.
- Чем выше источник кровотечения, тем более изменена кровь, выделяемая с испражнениями.



Окраска кала в зависимости от локализации источника кровотечения

Характеристика кала	Источник кровотечения
Черный дегтеобразный	Верхние отделы пищеварительного тракта
Темно-вишневый	Умеренное кровотечение из дистальных отделов тонкой и правой половины толстой кишки
Кала типа «малинового желе» со слизью	Нисходящий отдел толстого кишечника
Алая кровь на поверхности оформленного кала	Нижние отделы кишечника (геморрой, трещины заднего прохода)

Определение в кале скрытой крови

- Реакция Грегерсена

На предметное стекло наносят толстым слоем неразведенный кал, добавляют 2-3 капли раствора бензидина в уксусной кислоте и столько же перекиси водорода. При наличии в кале крови в течение первых 2 минут появляется сине-зеленое окрашивание.

- В течение 3 дней до исследования не разрешается употреблять в пищу мясо, рыбу, зелень, окрашенные овощи и фрукты