

# Синдромы поражения желудочно-кишечного тракта.

# Болевой синдром

является ведущим в клинике большинства заболеваний органов пищеварения.

Боль — это спонтанное субъективное ощущение, возникающее вследствие поступления в центральную нервную систему патологических импульсов с периферии, в отличие от болезненности, которая определяется при обследовании, например, при пальпации. Тип боли, ее характер не всегда зависят от интенсивности инициальных стимулов. Органы брюшной полости обычно не чувствительны ко многим патологическим стимулам, которые при воздействии на кожу вызывают сильную боль.

Признаки	висцеральная	соматическая
Характер	Давящая, спастическая, тупая.	Острая интенсивная
Локализация	Разлитая, неопределенная, по срединной линии.	Точечная в месте раздражения.
Длительность	От минуты до месяцев	Постоянная
ритмичность	Характерна (ритм может быть правильным и не правильным).	отсутствует
Иррадиация	Возникает при интенсивном характере и соответствуют пораженному органу.	Присутствует в большинстве случаев
Болезненность при пальпации	В месте локализации боли.	В месте локализации больного органа.
Лекарственная терапия.	Эффективны препараты, нормализующие моторную функцию пораженного органа.	Не эффективна и противопоказана.
Клинические примеры.	Не осложненная язвенная болезнь, желчная колика, дисфункция сфинктера Одди, спастическая дискинезия толстой кишки.	Перфоративные и пенетрирующие язвы желудка или кишечника, перитонит, опухоли с раздражением париетальной брюшины.

Абдоминальные боли подразделяются на

1. острые, которые развиваются быстро или реже постепенно, имеют короткую продолжительность (минуты, редко несколько часов)
2. хронические, для которых обычно характерно постепенное начало и которые постоянно сохраняются или рецидивируют на протяжении недель и месяцев.

# Интраабдоминальные причины:

1. Генерализованный перитонит, развившийся в результате перфорации полого органа, внематочной беременности или первичный (бактериальный и небактериальный); периодическая болезнь.
2. Воспаление определенных органов: аппендицит, холецистит, пептические язвы, дивертикулит, гастроэнтерит, панкреатит, воспаление органов малого таза, колит язвенный или инфекционный, региональный энтерит, пиелонефрит, гепатит, эндометриоз, лимфадени
3. Обструкция полого органа: интестинальная, билиарная, мочевыводящих путей, маточная, аорты.
4. Ишемические нарушения: мезентериальная ишемия, инфаркты кишечника, селезенки, печени, перекрыты органов (желчного пузыря)
5. Другие: синдром раздраженного кишечника, ретроперитонеальные опухоли, истерия, синдром Мюнхаузена, отмена наркотиков.

# Синдром желудочной диспепсии

- **Диспепсия** (от др.греч.  $\delta\upsilon\sigma$ - — приставка, отрицающая положительный смысл слова и  $\tau\acute{\epsilon}\psi\iota\varsigma$  — *пищеварение*) — нарушение нормальной деятельности желудка, затруднённое и болезненное пищеварение.
- Синдром диспепсии определяется как ощущение боли или дискомфорта (тяжесть, переполнение, раннее насыщение), локализованное в эпигастральной области ближе к срединной линии.

# Синдром включает следующие симптомы:

1. Боли, локализованные в подложечной области.
2. Дискомфорт, локализованный в подложечной области.
3. Раннее насыщение.
  - Ощущение, что желудок переполняется сразу после начала еды, независимо от объёма принятой пищи.
4. Переполнение.
  - Неприятное ощущение задержки пищи в желудке, оно может быть связано или не связано с приёмом пищи.
5. Вздутие в эпигастральной области.
  - Чувство распираания в эпигастральной области, которое следует отличать от видимого вздутия живота.
6. Тошнота, изжога.

# Виды желудочной диспепсии:

1. Органическая- в ее основе лежат такие болезни, как язва желудка, хронический гастрит, рак желудка и др.
2. Функциональная –симптомы, относящиеся к гастродуоденальной области, при отсутствии каких-либо органических, системных или метаболических заболеваний, которые могли бы объяснить эти проявления.



# Варианты функциональной диспепсии.

Варианты функциональной диспепсии	Проявления
<b>Язвенноподобный вариант</b>	У больных отмечаются боли в подложечной области (часто ночные и голодные), проходящие после приёма пищи и антацидных препаратов.
<b>Дискинетический вариант</b>	У больных преобладают жалобы на раннее насыщение, чувство переполнения в подложечной области после еды, тошноту, ощущение вздутия в эпигастрии и дискомфорта после еды.
<b>Неспецифический вариант</b>	Жалобы больного бывает трудно отнести в ту или иную группу.

# Синдром кишечной диспепсии характеризуется:

1. ощущениями вздутия живота, урчания
2. ощущение переливания в кишечнике
3. обильным выделением газов
4. поносом с гнилостным или кислым запахом каловых масс (редко запором).

# Виды кишечных диспепсий:

1. Бройдильная
2. Гнилостная
3. Жировая

# Провоцирует появление бродильной диспепсии-

- питание, богатое углеводами (употребление в пищу большого количества грубой растительной пищи)
- Нарушения со стороны жевательного аппарата и поспешный прием пищи, так процесс расщепления углеводов в полости рта амилазой слюны остается незавершенным.
- Снижение секреции желудочного сока, что связано с недостаточным перевариванием соединительнотканых оболочек растительных волокон
- Уменьшение объема панкреатической амилазы
- Частое употребление газированных напитков и забродивших продуктов.

# Провоцирует появление гнилостной диспепсии

- Повышение секреции кишечного сока, в котором содержится много белков. Именно белки служат основным субстратом для гниения.
- Причиной гиперсекреции в кишечнике чаще всего является воспалительный процесс, поражающий стенки органа.

# СИНДРОМОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ

- клинический симптомокомплекс, обусловленный нарушением всасывания через слизистую оболочку тонкой кишки одного или нескольких питательных веществ. При этом различают расстройства пищеварения в просвете кишки или в мембране щеточной каймы энтероцитов (мальдигестия) и нарушение транспорта нутриентов через мембрану щеточной каймы в ток крови (собственно мальабсорбция).

1. Первичный синдром мальабсорбции (наследственно обусловленный):  
непереносимость дисахаридов, недостаточность пептидаз, недостаточность энтерокиназы, непереносимость моносахаридов, нарушение всасывания аминокислот, нарушение всасывания витаминов.
2. Вторичный синдром мальабсорбции (приобретенный): гастрогенный, панкреатогенный, гепатогенный, энтерогенный, а также послеоперационный, эндокринный и др.

# Классификация первичных (наследственно обусловленных и врожденных) нарушений гидролиза и кишечного всасывания:

## 1. Углеводов

- а) первичные нарушения всасывания дисахаридов (лактозы, сахарозы, мальтозы)
- б) первичные нарушения всасывания моносахаридов (глюкозы, галактозы, фруктозы)

## 2. Белка

- а) целиакия
- б) дефицит энтерокиназы
- в) болезнь Хартнапа
- г) цистинурия

## 3. Жиров

- а) абеталипопротеинемия
- б) первичная мальабсорбция желчных кислот

## 4. Витаминов

- а) витамина В12
- б) фолиевой кислоты.

## 5. Электролитов

- а) первичная гипомagneзиемия
- б) врожденная хлоридная диарея



# КОЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- Толстая кишка выполняет функции утилизации клетчатки, пектина и биологически активных веществ, формирования каловых масс и продвижения их к анусу.
- При воспалении слизистой оболочки толстой кишки развивается экссудативная диарея, характеризующаяся появлением в фекалиях патологических примесей - слизи, гноя, крови.
- Следует отметить, что патологические примеси свидетельствуют о воспалении дистального отдела кишечника - прямой и сигмовидной кишок, реже - нисходящего отдела толстой кишки. Воспалительный экссудат из вышележащих отделов кишечника подвергается действию ферментов, переваривается и не попадает в каловые массы.

# Колитический синдром проявляется

1. схваткообразными болями в животе, исчезающими после дефекации
2. спазмированностью и болезненностью сигмовидной кишки
3. тенезмами (ложные позывы на дефекацию, возникающие в результате одномоментного спазма сигмовидного отдела кишечника и сфинктеров ануса)
4. Стул частый (от 5-6 раз в сутки до «стула без счета»), жидко-кашицеобразный коричневого цвета, с примесью мутной, иногда зеленой, слизи, возможны прожилки крови.

# Энтеритический синдром

развивается при поражении тонкой кишки, выполняющей дигестивную и абсорбционную функции.

# характеризуется

- явлениями секреторной (при бактериозах) или осмотической гипоферментативной диареи.
- Испражнения становятся обильными, водянистыми, с остатками непереваренной пищи.
- Развиваются бродильные процессы, о чем свидетельствует появление кислого запаха и пенистого кала с множеством пузырьков газа. Кал приобретает желтовато-зеленоватую окраску.

# Синдром раздраженной КИШКИ

- ⦿ комплекс функциональных расстройств дистальных отделов кишечника продолжительностью свыше трех месяцев
- ⦿ Симптомы СРК как правило усиливаются после еды, и начинаются приступообразно. У большинства людей появляются всплески симптомов длительностью от 2-х до 4-х дней, после которых они становятся слабо выраженными или исчезают.

# Проявляются следующие СИМПТОМЫ:

- Боли в животе и спазмы, которые исчезают после опорожнения кишечника
- Диарея или констипация, часто могут чередоваться
- Вздутие и отечность живота
- Чрезмерное газообразование (метеоризм)
- Внезапная необходимость сходить в туалет
- Ощущение полного кишечника, даже если вы только что сходили в туалет
- Ощущение что вы не полностью опорожнили кишечник
- Выделение слизи из заднего прохода (чистая слизь вырабатываемая кишечником, в норме не должна выделяться)

# Причины развития синдрома

- **Нарушение нервных связей между головным мозгом и кишечником** (нарушение проведения сигнала от головного мозга к кишечнику и обратно)
- **Нарушение моторики кишечника** ( ускоренная моторика кишечника может привести к диарее, а замедленная моторика кишечника может привести к констипациям )
- **Повышенная чувствительность**
- **Психологические нарушения**(панические расстройства, беспокойные (состояния, депрессии, посттравматические стрессовые расстройства)
- **Нейротрансмитеры и гормоны** (изменение количества нейротрансмитеров (химические вещества в организме передающие нервные импульсы) и гормонов ЖКТ)
- Наследственность
- питание

# Синдром желудочно-кишечного кровотечения.

возникает как осложнения многих заболеваний и нередко представляют опасность для жизни больного:

- 1) поражения желудочно-кишечного тракта:** язвы пищевода/желудка/двенадцатиперстной кишки разной этиологии, новообразования, дивертикулы; сосудистые эктазии; туберкулезный илеотифлит, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, бактериальный колит, геморрой, гельминтозы, травмы, инородные тела;
- 2) портальная гипертензия:** хронические гепатиты и циррозы печени различного генеза; тромбоз в системе воротной вены или печеночных вен; кавернозная трансформация или сдавливание воротной вены и ее ветвей рубцами, опухолями, инфильтратами; констриктивный перикардит;
- 3) повреждения сосудов:** капилляротоксикоз, узелковый периартериит, склеродермия, системная красная волчанка, ревматизм, септический эндокардит, авитаминоз С, геморрагический ангиоматоз: телеангиэктазии, болезнь Рандю-Ослера, атеросклероз, тромбоз и эмболия мезентериальных сосудов;
- 4) заболевания системы крови:** болезнь Верльгофа, геморрагическая тромбоцитемия, тромбастения, апластическая анемия, острые и хронические лейкозы, гемофилия, афибриногеническая пурпура, гипопротромбинемия, авитаминоз К.



# Виды кровотечений

## ○ В зависимости от источника на:

- пищеводное
- желудочное
- дуоденальное
- тонкокишечное
- толстокишечное
- геморроидальное

## **либо:**

- кровотечения из верхних (из пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки)
- кровотечения из нижних (кишечные кровотечения) отделов желудочно-кишечного тракта

- Цвет рвотных масс зависит от выраженности кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта: при обильном кровотечении отмечается кровавая рвота, а при умеренном – рвотные массы будут иметь вид кофейной гущи.
- При кровотечении из нижних отделов пищеварительного тракта рвота отсутствует. Для таких кровотечений более характерно наличие крови в кале, которая будет также определяться при пальцевом ректальном исследовании, причем чем светлее выделяющаяся из прямой кишки кровь, тем дистальнее расположен источник кровотечения.
- Если источник кровотечения располагается проксимальнее ректосигмоидного отдела толстой кишки, то кровь более или менее равномерно перемешана с калом. Выделение же неизменной крови, не смешанной с калом, который сохраняет присущую ему коричневую окраску, это чаще признак геморроидального кровотечения или кровотечения, связанного с поражением перианальной области (трещины и др.).