

ГБОУ ВПО КГМУ  
КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ  
ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

**ЛЕКЦИЯ**

Для студентов  
стоматологического  
факультета



***Основные  
клинические  
синдромы при  
патологии ЖКТ***

Доцент, к.м.н.  
Мансимова О.В.

# КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЖКТ

- Гиперсекреторный синдром
- Гипосекреторный синдром
- Синдром острого живота
- Синдром острого кровотечения из верхнего отдела ЖКТ (пищеводно-желудочно-дуоденального)
- Синдром острого кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта
- Синдром желудочной диспепсии
- Синдром кишечной диспепсии
- Синдром нарушения всасывания и пищеварения ( мальабсорбции)
- Синдром кишечной непроходимости
- Синдром колита
- Синдром энтерита

# ГИПЕРСЕКРЕТОРНЫЙ СИНДРОМ

- **Усиление секреторной деятельности желудка проявляется обычно в увеличении общего количества выделяемого желудочного сока и в увеличении содержания в нем соляной кислоты.**

# ГИПЕРСЕКРЕТОРНЫЙ СИНДРОМ

Для гиперсекреции характерно:

- -приступообразные боли в эпигастральной области через 2-3 часа после еды или натощак, связанные обычно с пилороспазмом, который при гиперсекреции развиваются рефлекторно;
- - изжога, кислая отрыжка, часто повышенный аппетит, спастические запоры, возникающие как и гиперсекреция в результате усиления парасимпатической иннервации.
- При исследовании желудочного содержимого - увеличивается часовое напряжение секреции, повышение общей кислотности и повышенное содержание свободной соляной кислоты.

# ГИПЕРСЕКРЕТОРНЫЙ СИНДРОМ

- Гиперсекреторный синдром с сильными приступообразными болями, длящимися неделями, которые сменяются периодами затишья, длящимися месяцами, характерен для язвенной болезни.
- При этом во время обострения определяется скрытая кровь в кале.

# ГИПЕРСЕКРЕТОРНЫЙ СИНДРОМ

- Гиперсекреторный синдром с преобладанием диспепсических явлений без сильных болей, без периодической смены обострений и ремиссий наблюдается при гастрите с повышенной секреторной функцией, а также развивается при некоторых заболеваниях брюшной полости (хронический аппендицит, холецистит);

# ГИПЕРСЕКРЕТОРНЫЙ СИНДРОМ

- **Повышенная секреция желудка часто наблюдается и при отсутствии органических изменений во внутренних органах.**
- **Это может быть при неврозах, связанных с нарушением функции коры головного мозга и ведущих к повышению возбудимости блуждающего нерва.**

# ГИПОСЕКРЕТОРНЫЙ СИНДРОМ

- **Понижение секреторной деятельности желудка проявляется в уменьшении количества отделяемого желудочного сока и в понижении его кислотности вплоть до полного отсутствия свободной смоляной кислоты.**



# ГИПОСЕКРЕТОРНЫЙ СИНДРОМ

- В результате этого развивается ряд патологических явлений:
- исчезает закирательный рефлекс привратника и он зияет,
- в кишечник поступает пища не подвергшаяся перевариванию в желудке,
- возникают процессы брожения и гниения, в результате отсутствия соляной кислоты, которая обладает бактерицидным действием.
- Отсутствие свободной соляной кислоты в желудочном содержимом нередко сопровождается отсутствием пепсина (ахилия) и возникают следующие симптомы:

# ГИПОСЕКРЕТОРНЫЙ СИНДРОМ

- ослабление аппетита,
- ощущение чувства тяжести в эпигастрии,
- отрыжка тухлым после еды,
- склонность к гастральным поносам
- (стул 3 - 5 раз в день, не сопровождается болями, в испражнениях не бывает ни слизи, ни крови. Позыв на дефекацию нередко возникает сразу после еды)

# ГИПОСЕКРЕТОРНЫЙ СИНДРОМ

- Ахилия, особенно у людей старше 40 лет, должна наводить на мысль о раке желудка.
- Ахилический синдром может наблюдаться при анацидном гастрите, а может наблюдаться и при отсутствии органических изменений в желудке в результате нарушения секреторной иннервацией желудка.
- Нередко, у практически здоровых людей, обнаруживается отсутствие свободной соляной кислоты в желудочном содержимом, не вызывающее никаких клинических симптомов.

# ГИПОСЕКРЕТОРНЫЙ СИНДРОМ

- **Синдром характерен для:**
- **хронического атрофического гастрита (хронический аутоиммунный гастрит, тип А, хронический диффузный гастрит, тип В)**
- **язвенной болезни тела желудка.**

# СИНДРОМ ОСТРОГО ЖИВОТА



- Острый живот - это состояние, развивающееся в течение нескольких часов или дней и характеризующиеся ограниченными или диффузными явлениями раздражения брюшины.

# СИНДРОМ ОСТРОГО ЖИВОТА

- Основной клинический симптом - боль, ощущаемая спонтанно, усиливающаяся при поколачивании или давлении на брюшную стенку.

Симптом раздражения брюшины - боль при разгрузке, т.е. кратковременное но резкое усиление боли при внезапном отнятии руки после медленного надавливания.

- Менее постоянные признаки - напряжение брюшной стенки, чувствительность брюшины к давлению при пальцевом исследовании Дугласова пространства.
- В начале живот твердый как доска, не вздутый, а затем вздут (как барабан).

# СИНДРОМ ОСТРОГО ЖИВОТА

- Для синдрома характерно:
- рвота,
- задержка стула и газов,
- тахикардия, нитевидный пульс, падение артериального давления,
- сухой язык, мучительная жажда,
- пятнистое покраснение лица с запавшими щеками и заостренным носом (маска Гиппократ),
- беспокойство, холодный пот,
- лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, вплоть до юных и токсической зернистости нейтрофилов.

# СИНДРОМ ОСТРОГО ЖИВОТА



- маска Гиппократа



# ПРИЧИНЫ ОСТРОГО ЖИВОТА

## 1. Внутрибрюшные очаговые гнойные воспалительные процессы:

- - аппендицит,
- - холецистит и эмпиема желчного пузыря,
- - дивертикулит, преимущественно сигмовидной кишки,
- - аднексит.

## 2. Внутрибрюшные негнойные воспаления лимфатических узлов:

- - туберкулезный лимфаденит,
- - лимфоаденопатии,
- - токсоплазмоз

## ПРИЧИНЫ ОСТРОГО ЖИВОТ

- 3. Перфорации ограниченных воспалительных гнойных очагов.
- 4. Перфорация, обусловленная язвенным процессом в желудке и кишечнике.
- 5. Туберкулезный перитонит.
- 6. Кишечная непроходимость.
- 7. Инфаркт брыжейки.

# ПРИЧИНЫ ОСТРОГО ЖИВОТ

- 8. Тромбоз мезентериальных узлов.
- 9. Острый панкреатит.
- 10. Инфаркты селезенки и почек.
- 11. Разрыв аневризмы брюшной аорты.
- 12. Гинекологические заболевания (аднексит, киста яичника, внематочная беременность).
- 13. Урологические заболевания

# ОБЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДАЮЩИЕ КАРТИНУ ПЕРИТОНИТА

- 1. Прекоматозное состояние у диабетиков
- 2. Аддисонова болезнь
- 3. Гипогликемия.
- 4. Тиреотоксикоз
- 5. Гипопаратериоз.
- 6. Феохромацитома.
- 7. Интоксикация свинцом, отравление таллием
- 8. Злоупотребление никотином

# ОБЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДАЮЩИЕ КАРТИНУ ПЕРИТОНИТА

- 9. Диафрагмальный плеврит
- 10. Пневмония нижней доли
- 11. Инфаркт миокарда
- 12. Уремия
- 13. Гемолитическая анемия
- 14. Расслаивающаяся аневризма аорты
- 15. Острая глаукома
- 16. Застой в печени

# СИНДРОМ ОСТРОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНЕГО ОТРЕЗКА ЖКТ (ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНО- ДУОДЕНАЛЬНОГО)

- **излияние крови различной интенсивности в просвет верхнего отрезка ЖКТ (пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки).**
- **Кровотечение может быть малым (скрытым) и массивным.**

# СИНДРОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- Острое массивное кровотечение (потеря более 1500 мл крови или 25% внутрисосудистого объема) нередко осложняется геморрагическим шоком. Диагностическая работа врача осуществляется одновременно с лечебными мероприятиями (остановка кровотечения, борьба с шоком т.п.).

# СИНДРОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- Признаки
- Рвота с кровью (гематемезис),
- Черный дегтеобразный стул (мелена),
- Слабость
- Падение АД
- обморок,
- шум в ушах,
- головокружение,
- бледность кожных покровов, слизистых оболочек и конъюнктивы,
- холодный пот,
- тахикардия,
- нитевидный пульс,
- одышка.



# СИНДРОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- **Рвота с кровью** отмечается обычно при значительной по объему кровопотере (более 500 мл) и, как правило, всегда сопровождается меленой.
- Артериальное пищеводное кровотечение характеризуется рвотой с примесью неизменной крови.
- Кровотечение из варикозных вен пищевода нередко бывает профузным и проявляется рвотой с кровью темно-вишневого цвета.

# СИНДРОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- При желудочном кровотечении в результате взаимодействия гемоглобина с соляной кислотой и образования хлорида гематина рвотные массы имеют вид “кофейной гущи”. В случаях выраженной гипохлоргидрии, а также при профузном желудочном кровотечении, рвотные массы сохраняют примесь неизменной крови.

# СИНДРОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- Мелена нередко сопутствует рвоте с кровью, но может наблюдаться и без нее. Мелена характерна для кровотечений из двенадцатиперстной кишки, но нередко встречается и при более высоко расположенных источниках кровотечения, особенно если оно происходит медленно. В большинстве случаев мелена обнаруживается не ранее, чем через 8 часов после начала кровотечения, причем кровопотери объемом 50-80 мл может быть достаточно для ее появления.

# СИНДРОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- При появлении темной окраски стула следует иметь ввиду возможность псевдомелены, которая наблюдается при приеме препаратов железа, висмута, активированного угля, а также употреблении в пищу черники и черной смородины.

# СИНДРОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- ПРИЧИНЫ:
- Язва желудка и 12-п/кишки,
- опухоли различной локализации,
- эрозивный гастрит, дуоденит,
- синдром Маллори Вейсса,
- расширенные вены пищевода,
- дивертикулы

# СИНДРОМ ОСТРОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

- **излияние крови различной интенсивности в просвет желудочно-кишечного тракта дистальнее связки Трейтца. Кровотечение из нижних отделов ЖКТ может быть явным (умеренно выраженным или массивным) или скрытым.**

# СИНДРОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- Диагностическое значение имеет цвет выделяющейся крови.
- Чаще всего отмечается появление неизменной крови (гематокезия).
- Чем светлее выделяющаяся из прямой кишки кровь, тем дистальнее расположен источник кровотечения.
- Алая кровь - поражении сигмовидной кишки, темно-красная кровь (цвета “бургонского вина”) - проксимальное происхождение кровотечения.

# СИНДРОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- Причины: геморрой,
- анальные трещины,
- опухоли и полипы толстой кишки,
- дивертикулез кишечника,
- хронические воспалительные заболевания кишечника,
- инфекционные колиты,
- ишемические поражения кишечника,
- туберкулез кишечника,
- опухоли тонкой кишки,
- аноректальные свищи,
- гельминтозы



# СИНДРОМ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ.

Для желудочной диспепсии характерно сочетание следующих симптомов:

- ◎ **снижение аппетита,**
- ◎ **ощущение тяжести в эпигастральной области после еды,**
- ◎ **иногда тупые боли,**
- ◎ **тошнота.**

# СИНДРОМ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ

- В основе гастрогенной диспепсии лежит нарушение секреторной и моторно-эвакуаторной деятельности желудка.
- Так же гастральная диспепсия может быть функциональной в следствии расстройства нейрогуморальной регуляции желудка, в том числе в результате патологического воздействия на желудок при заболеваниях других органов и систем (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, эндокринная система) и даже психогенной.

# СИНДРОМ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ

- Гастрогенная диспепсия может сопровождать органические заболевания желудка такие как, гастрит, язвенная болезнь желудка, рак, а так же редко встречающиеся формы поражения желудка - лимфому, сифилис, туберкулез.

# СИНДРОМ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ

- При функциональной диспепсии можно обнаружить другие симптомы нервно-вегетативной дисфункции: астению, раздражительность, нарушение сна, усиленную потливость, сердцебиение.

# СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ.

- Синдром кишечной диспепсии объединяет различные формы функциональных нарушений моторики, всасывания и секреции преимущественно толстой кишки с нарушением всасывания кальция, что приводит к судорогам, болям в костях.

# СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ.

- Развивается гипофункция  
эндокринных желез -  
уменьшение выраженности  
вторичных половых  
признаков, импотенция,  
аменорея.

# СИНДРОМ КОЛИТ



- **Этиология:**  
инфекция,  
аутоиммунный  
поражения,  
аллергия, опухоли  
толстой кишки,  
заболевания  
неизвестной  
природы,  
язвенный колит,  
болезнь Крона.
- **Патогенез** -  
воспаление  
стенки,  
инфильтрация,  
атония

# СИНДРОМ КОЛИТА



- Жалобы: боли в нижней части живота в подвздошной области, стул 12 и больше раз в сутки, слизь и кровь в кале, вздутие живота.
- Осмотр живота: живот ассиметричный, метеоризм.
- Пальпация: болезненность по ходу толстой кишки.



# СИНДРОМ КОЛИТА



- Иригоскопия:  
спазм, язва,  
обтурация с  
опухолями.
- Колоноскопия:  
гиперемия, отек,  
слизь, язвы.
- Копрограмма:  
лейкоциты,  
эритроциты,  
слизь.
- Бактериологический  
и анализ:  
патогенная  
микрофлора.

# СИНДРОМ ЭНТЕРИТА



- Причины:
- инфекции - брюшной тиф, дизентерия, сальмонеллез;
- дисбактериоз;
- перегрузка кишечника трудно перевариваемой пищи;
- аллергия;
- радиоактивное облучение;
- Врожденные энзимопатии
- При этом развивается воспаление кишечной стенки, нарушается всасывание, ускоряется перистальтика.

# СИНДРОМ ЭНТЕРИТА



- Жалобы:
- понос 4 - 6 раз в сутки,
- стул жидкий, водянистый, большими порциями.
- Боли вокруг пупка, успокаивающиеся после дефекации.
- Вздутие, урчание в животе.
- Осмотр: похудение, обезвоживание, метеоризм.
- Пальпация: умеренная болезненность вокруг пупка, урчание, переливание по ходу толстой кишки при отсутствии болезненности.
- Перкуссия: громкий тимпанит.

# СИНДРОМ ЭНТЕРИТА



- Копрограмма: испражнения желтого цвета без примесей. Креаторея, стеаторея.
- Рентген: Ускоренный пассаж бария, инфильтрация кишечной стенки.

# СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ

- ⦿ Синдром мальабсорбции – нарушение всасывания из тонкой кишки пищевых веществ, приводящее к выраженному расстройству питания больного.
- ⦿ Мальдигестия (нарушение переваривания пищи до необходимых для всасывания составных частей, вследствие чего нарушается всасывание в кишечнике)
- ⦿ Мальабсорбцию - нарушение самого механизма всасывания в тонкой кишке.

# ПРИЧИНЫ МАЛЬАБСОРБЦИИ

- I. Нарушение переваривания (мальдигестия):
  - 1. Дефицит энзимов и частично бикарбонатов поджелудочной железы (хронический панкреатит в фазе развития фиброза, кисты поджелудочной железы).
  - 2. Дефицит солей желчных кислот - недостаточное эмульгирование жиров (длительная закупорка желчных путей, гепатоцеллюлярная недостаточность).
  - 3. Недостаточное смешивание пищи с желчью и соком поджелудочной железы

# ПРИЧИНЫ МАЛЬАБСОРБЦИИ

- II. Нарушение всасывания (мальабсорбция в узком смысле слова).
- 1. Повреждение всасывательной поверхности тонкой кишки (глютеновая энтеропатия, хронические атрофические энтериты, лучевое поражение тонкой кишки и др.).
- 2. Уменьшение всасывательной поверхности тонкой кишки (резекция, анастомоз между желудком и толстой кишкой).

# ПРИЧИНЫ МАЛЬАБСОРБЦИИ

- 3. **Болезни стенок тонкой кишки (болезнь Крона, амилоидоз, туберкулез кишок, кишечная липодистрофия - болезнь Уиппла). При болезни Уиппла поражаются мезентериальные лимфатические узлы, слизистая оболочка тонкой кишки, это приводит к нарушению всасывания белков, жиров, углеводов.**
- 4. **Расстройства кровоснабжения тонкой кишки (недостаточность мезентериального кровоснабжения, слипчивый перикардит)**



# ПРИЧИНЫ МАЛЬАБСОРБЦИИ

- 5. Дефицит энзимов тонкой кишки или расстройства биохимического механизма транспорта питательных веществ (дефицит дисахаридаз, пернициозная анемия, цистинурия, нарушение образования хиломикронов).
- 6. Расстройства моторики тонкой кишки (склеродермия, тиреотоксикоз, диабетическая висцеральная невропатия, карциноидный синдром, синдром Золлингера - Эллисона).

# ПРИЧИНЫ МАЛЬАБСОРБЦИИ

- 7. Дисбактериоз кишечника - вследствие длительного лечения антибиотиками, синдром приводящей петли, дивертикулы тонкой кишки, стриктуры кишок с задержкой содержимого.

# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МАЛЬАБСОРБЦИИ

- Ведущий и ранний симптом - поносы. В течение дня происходит 5-7 дефекаций (иногда больше), с выделением большого количества кашицеобразного кала без примеси крови и без тенезмов.
- В случае присоединения инфекции частота дефекации увеличивается до 10 раз и > в день.
- Один из наиболее ранних и частых симптомов - стеаторея, увеличенное выделение жира с испражнениями, обусловлен нарушением переваривания и всасывания жиров.

# ПРИЧИНЫ МАЛЬАБСОРБЦИИ

- На поверхности каловых масс находится слой жира, каловые массы имеют особенно неприятный запах.
- Характерны также флатуленция - обильное скопление газа в желудке и кишечнике и метеоризм

# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МАЛЬАБСОРБЦИИ

- Выражены общие симптомы: исхудание, сухость кожи, мышечная гипотрофия, выпадение волос, ломкость ногтей.
- Появляются признаки полигиповитаминоза:
- снижение зрения в сумеречное время, гиперкератоз (гиповитаминоз А),
- кровоточивость десен (недостаток витамина К и С),
- полиневрит, депрессия (недостаток витамина В1),
- конъюнктивит, глоссит, ангулярный стоматит, зуд ануса и вульвы (гиповитаминоз В2),
- дерматит, шелушение кожи (гиповитаминоз РР),
- мегалобластическая анемия (недостаток витамина В12 и фолиевой кислоты).

# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МАЛЬАБСОРБЦИИ

- **Нарушение всасывания кальция приводит к судорогам, болям в костях (остеопороз).**
- **Развивается гипофункция эндокринных желез - снижение полового влечения, уменьшение выраженности вторичных половых признаков, импотенция, аменорея.**

# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МАЛЬАБСОРБЦИИ

- Лабораторные данные
- 1. ОАК признаки анемии.
- 2. БАК: снижение содержания общего белка, альбумина, холестерина, железа, кальция, натрия, хлоридов, глюкозы.
- 3. Проба с  $\alpha$ -ксилозой, меченым витамином В<sub>12</sub> и железом, проба на толерантность к глюкозе (плоская сахарная кривая), йод-калиевая проба - уменьшение всасывательной функции тонкой кишки.
- 4. Копроцитограмма: стеаторея, креаторея, при бродильной диспепсии - пузырьки газа, кислая реакция, при гнилостной диспепсии - щелочная реакция.
- 5. Снижение содержания энтерокиназы в кишечном соке.

# СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

○ Кишечная непроходимость - симптомокомплекс, который характеризуется нарушением проходимости содержимого по желудочно-кишечному тракту.

○ Различают:

- динамическую;
- механическую

Динамическая непроходимость может быть:

- спастическая (крайне редко);
- паралитическая.



# СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- ◎ **Механическая непроходимость:**
  - **Обтурационная, вызванная**
    - а) опухолью,
    - б) скоплением гельминтов,
    - в) копростазом,
    - г) инородными телами,
    - д) желчными камнями.
  - **Странгуляционная:**
    - а) заворот,
    - б) сдавливание тяжами;
    - в) злообразование;
  - **Инвагинационная:**
    - а) тонкокишечная,
    - б) тонко-толстокишечная.

# СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- Острую непроходимость кишечника делят на высокую или тонкокишечную и низкую - толстокишечную.
- В клиническом течении непроходимости выделяют 3 периода.
- В первом периоде доминирует боль,
- во втором - интоксикация
- в третьем - инфекция.

# СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- Острая непроходимость кишечника характеризуется быстрым развитием.
- В клинике ведущие симптомы - боль в животе, рвота, задержка стула и газов.
- Боль возникает с самого начала и является постоянным признаком.
- ОКН без болевого синдрома не бывает.
- Боль быстро становится схваткообразной и очень интенсивной.

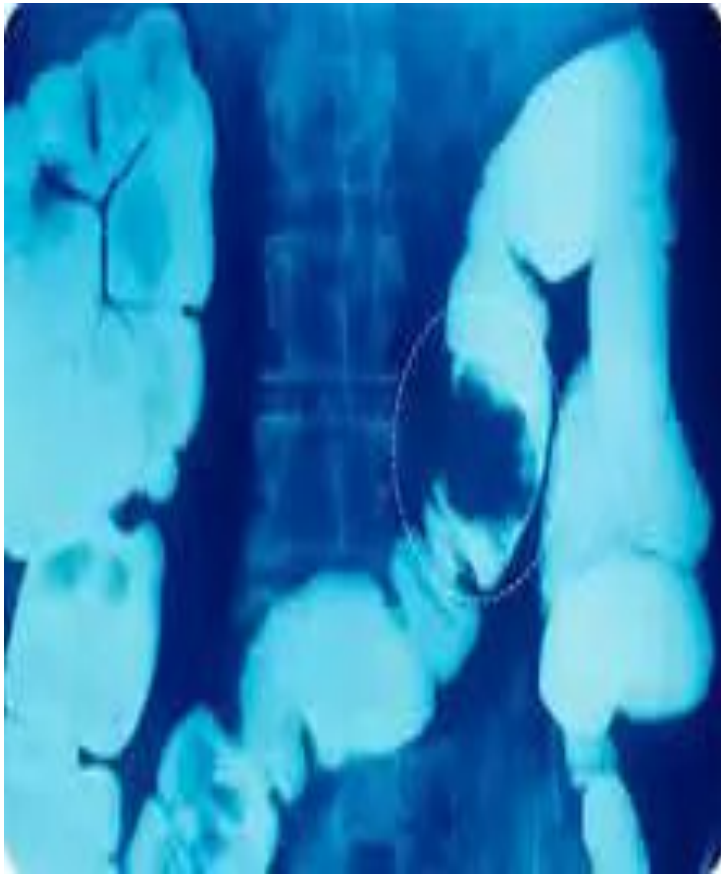
# СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- Рвота - зависит от уровня локализации препятствия. Чем выше уровень непроходимости тем раньше появляется рвота.
- Данный симптом встречается у 60% больных.
- Обычно рвота появляется вслед за развитием болевого приступа и не приносит облегчения.
- Задержка газов и стула являются характерным симптомом и зависят от уровня непроходимости.
- Чем ниже непроходимость, тем раньше можно наблюдать этот симптом.

# СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- **Объективно:**
- **Состояние тяжелое, частый пульс, тахикардия, низкое АД.**
- **Язык сухой, обложен налетом.**
- **Признаки обезвоживания**
- **Живот вначале остается мягким, часто безболезненным, но после пальпации болезненность усиливается.**
- **Затем живот увеличивается в объеме.**
- **Ампула прямой кишки пуста.**

# СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ



- Большую помощь в диагностике имеет обзорное рентгенологическое исследование брюшной полости при вертикальном положении и на боку
- При этом определяются чаши Клойбера - воздушные арки с уровнем жидкости.
- Изменения в анализах крови не являются специфическими.

# СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ



- ◎ чаши Клойбера - воздушные арки с уровнем жидкости.

**ЛАБОРАТОРНЫЕ И  
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ  
ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖКТ**



# ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

- **общий анализ крови,**
- **анализ кала на скрытую кровь,**
- **анализ кала на яйца глист.**
- **Эндоскопическое исследование: ФГДС, RRS, колоноскопию**
- **Анализ желудочного сока**
- **Рентгенологическое исследование толстой кишки - пассаж бария по кишечнику и ирригоскопию**

# РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- Анемия развивается при:
  - нарушении всасывания,
  - злокачественных опухолях желудка, илеоцекального и селезеночного угла кишечника,
  - раке прямой кишки,
  - желудочно-кишечных кровотечениях.
- Лейкоцитоз может быть при воспалительных заболеваниях ЖКТ, остром животе.
- Ускоренная СОЭ - при опухолях ЖКТ.

# ФГДС



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ

