




ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА




Выполнил:
Студент 324 группы
лечебного факультета
Исбаев Ислам

Механизм возникновения боли при заболевании толстого и тонкого кишечника

Боль при заболеваниях тонкой кишки локализуется вокруг пупка, при заболеваниях толстой кишки – по периферии живота. По механизму возникновения выделяют следующие виды болей:

- Спастическая – обусловлена спазмом гладкой мускулатуры кишечника. Возникает при воспалительных заболеваниях тонкой и толстой кишки (энтериты, колиты), глистных инвазиях, отравлениях солями тяжелых металлов (ртуть, мышьяк), начальных стадиях кишечной непроходимости. Спастическая боль по характеру резкая, приступообразная. Купируется или уменьшается после приема спазмолитиков.

- 
- Дистензионная боль – возникает при растяжении стенки кишки газом или большим объемом содержимого. Возникает при метеоризме, запорах, поздних стадиях кишечной непроходимости. Дистензионная боль тупая, ноющая, длительная. Возникает чаще во второй половине дня, что связано с суточным ритмом работы кишечника. Купируется после отхождения газов, дефекации

- Перитонеальная боль – обусловлена вовлечением в патологический процесс париетального листка брюшины. Выделяют 2 вида перитонеальной боли: острая и хроническая. Причинами острой перитонеальной боли являются перфорация стенки кишки при язвах тонкой или толстой кишки, болезни Крона, опухоли кишечника с распадом. Острая перитонеальная боль возникает внезапно, носит острый характер, интенсивность во времени ее нарастает. Причинами хронической перитонеальной боли являются спаечная болезнь и прорастание стенки кишки опухолью. Хроническая перитонеальная боль по характеру тупая, усиливается при движениях, перемене положения тела, после дефекации и очистительной клизмы.

Запоры и поносы при заболевании тонкой кишки

Для заболеваний тонкой кишки более характерны поносы, или диарея.

- Диареей называется:
- Жидкий стул
- Частый стул – более 2 раз в сутки.
- Выделение каловых масс в большом объеме – полифекалия

По механизму возникновения выделяют несколько видов диареи при заболеваниях тонкой кишки:

Моторная. Основным механизмом является первичное усиление моторики тонкой кишки вследствие нарушения нервной регуляции. Усиление перистальтики приводит к увеличению скорости прохождения химуса, нарушению переваривания и снижению всасывания нутриентов и воды в кишке. Причинами является невроз («медвежья болезнь»), тиреотоксикоз, синдром раздраженной кишки.

Характерно для этого вида диареи:

- возникновение в утренние часы («понос-будильник»),
- каловые массы в большом объеме – полифекалия,
- не сопровождается водно-электролитными нарушениями

- **Осмотическая.** Механизм возникновения этого вида тонкокишечной диареи связан с дефицитом пищеварительных ферментов и нарушением полостного и пристеночного пищеварения. В результате чего в просвете кишки накапливается большое количество непереваренных нутриентов, обладающих высокой осмотической активностью. Они притягивают на себя воду из стенки кишки, увеличивается объем кишечного содержимого, вследствие чего усиливается моторика и возникает диарея. Причинами являются гастриты, панкреатиты с секреторной недостаточностью, диффузные заболевания печени, ЖКБ.

Для этого вида диареи характерно:

- Четкая связь с приемом пищи: количество дефекаций соответствует количеству приемов пищи. При голодании диарея исчезает.
- Характерна полифекалия
- В каловых массах содержатся непереваренные кусочки пищи, зачастую кал имеет жирный блеск из-за нарушения переваривания жиров и неприятный запах.

- **Экссудативная.** Механизм этого вида диареи связан с экссудативным воспалением тонкой кишки. Возникает при болезни Крона, неспецифическом язвенном колите, ишемических повреждениях кишечника.
- **Для этого вида диареи характерно:**
- Каловые массы в небольшом объеме, кашицеобразные, содержат примесь слизи
- Стул частый. Частота стула зависит от активности воспаления в стенке кишки.
- Сопровождается болью в животе, лихорадкой, внекишечными проявлениями, свидетельствующими об активности процесса: артритами, кожными высыпаниями.
- Может развиваться гипопропротеинемия в связи с потерей белка с экссудатом.
-

Поносы при заболевании толстого кишечника

Диарея также может наблюдаться при заболеваниях толстой кишки. Отличия толстокишечной диареи от диареи при заболеваниях тонкой кишки:


- Частота стула: при толстокишечной диарее достигает 20-30 раз в сутки.
- Объем каловых масс: при толстокишечной диарее небольшой, с примесями слизи, крови, гноя.
- Сопровождается тенезмами – ложными болезненными позывами к дефекации без выделения каловых масс. Тенезмы обусловлены раздражением воспаленной слизистой прямой кишки и являются признаком поражения дистальных отделов кишечника.

Запор

Состояние, при котором опорожнение кишечника происходит редко или кал представляет собой очень плотную твёрдую массу в виде небольших шариков. Как правило, у людей, страдающих запорами, процесс дефекации очень затруднён и сопровождается болезненными явлениями. Запоры бывают острыми и хроническими.

Острый запор наблюдается в тех случаях, когда человек временно не в состоянии каждый день опорожнять кишечник. Такое явление отмечается, например, при смене места жительства, а также при некоторых болезнях. Основными симптомами острых запоров являются чувство наполненности желудка и кишечника, вздутия или лёгкая тошнота.





Для хронического запора характерно чувство переполненности желудка, потеря аппетита, боли в животе и спине, головные боли, утомляемость и вялость. Кожа приобретает землисто-серый нездоровый оттенок, может возникать кожная сыпь на спине и лице. Причиной хронического запора может быть также неправильное питание, приводящее к перегрузке кишечника; психоэмоциональное состояние; злоупотребление алкоголем. Часто запоры отмечаются у женщин во время беременности.

- По механизму выделяют:
- Алиментарные запоры. Возникают при употреблении малого объема пищи, сухоедении, малом употреблении продуктов, содержащих клетчатку. При этом объем кишечного содержимого уменьшается, снижается перистальтика и возникает запор.
- Органические (механические) запоры. Возникают при наличии механического препятствия по ходу продвижения каловых масс: опухоли, стенозы, дивертикулы, спайки.
- Функциональные запоры. Возникают при нарушении моторной функции толстой кишки. В норме моторная функция кишечника осуществляется при согласованной работе циркулярной и продольной мускулатуры.

Метеоризм


- **Метеоризм** – ощущение вздутия, распираания живота, связанное с избыточным скоплением газов в кишечнике.
- В процессе пищеварения в кишечнике образуются газы, которые способствуют нормальному перемешиванию и продвижению химуса по кишечнику. Большая часть газов в норме всасывается через стенку кишки. Небольшое количество газов выделяется через прямую кишку.
- При нарушении процессов образования газов, всасывания или выведения возникает метеоризм.

По механизму выделяют следующие виды метеоризма:

- **Алиментарный.** Возникает при повышенном употреблении продуктов, богатых клетчаткой – бобовые, капуста, черный хлеб, молоко, виноград. При этом усиливаются процессы брожения углеводов в толстой кишке и повышается газообразование.
- **Дигестивный.** Возникает при недостатке пищеварительных ферментов в тонкой кишке. Причинами являются заболевания ЖКТ с секреторной недостаточностью – гастриты, панкреатиты, диффузные заболевания печени – гепатиты, циррозы, заболевания ЖВП – ЖКБ.

- **Дисбиотический.** Возникает при нарушении роста нормальной микрофлоры в кишечнике. При избыточном росте бактерий в тонкой кишке процессы газообразования начинаются уже в верхних отделах тонкой кишки, что приводит к повышенному газообразованию.
- **Циркуляторный метеоризм.** Возникает при нарушении кровообращения в стенке кишки, в результате чего нарушается всасывание газов. Такой вид метеоризма наблюдается при правожелудочковой недостаточности, портальной гипертензии.
- **Динамический метеоризм.** Его возникновение связано с нарушением моторики ЖКТ при дискинезии кишечника, кишечных инфекциях.

- **Механический** метеоризм развивается при органическом сужении просвета кишки – опухолях, стенозах, спаечной болезни. При этом виде метеоризма нарушается выведение газов через прямую кишку.
- **Психогенный** метеоризм развивается при неврозах, истерии за счет нарушения нервной регуляции двигательной активности ЖКТ. Возникающий при этом спазм гладкой мускулатуры приводит к нарушению всасывания и выведения газов.
- **Высотный**. Возникает при подъеме на высоту и снижении атмосферного давления. Газы в кишечнике расширяются, их давление на стенку кишки увеличивается.


- 
- Метеоризм проявляется ощущением вздутия живота, сопровождается дистензионной болью, уменьшающейся после отхождения газов. Повышение давления в кишке может приводить к повышению давления в желудке, пищеводе и возникновению таких жалоб, как тошнота, отрыжка, снижение аппетита, неприятный вкус во рту. Обычно метеоризм сильнее выражен во второй половине дня.

Осмотр живота.


При осмотре живота можно выявить ряд симптомов, относящихся не только к заболеваниям ЖКТ, но и к патологии печени, а также сердечно-сосудистой системы.

Осмотр живота следует начинать в положении больного лежа на спине. В начале осмотра определяют форму живота и его величину. У здорового человека форма живота различна в зависимости от конституции: при астенических типах телосложения живот несколько втянут, при гиперстеническом – несколько выпячен. Втянутый, ладьевидный живот свидетельствует об общем истощении или спастических сокращениях мускулатуры брюшной стенки и кишечника. Излишнее выпячивание, вплоть до значительного и резкого увеличения, обусловлено чаще всего тремя основными причинами: ожирением, вздутием живота (метеоризм), скоплением свободной жидкости в брюшной полости вследствие экссудации (перитонит) или транссудации (асцит).

Реже отмечается ассиметричное увеличение живота, возникающее вследствие значительного увеличения какого-либо органа брюшной полости (печени, селезенки). Причиной увеличения живота может быть наличие в брюшной полости кисты, содержащей значительное количество жидкости.



В некоторых случаях при осмотре живота можно выявить перистальтику желудка и кишечника. Физиологическая перистальтика видна только при резком истончении брюшной стенки или расхождении прямых мышц. При наличии препятствия для продвижения пищи в желудке или кишечнике возникает усиленная перистальтика выше места препятствия, часто сопровождающаяся громким урчанием. Такую перистальтику можно видеть через брюшную стенку. Она вызывается легким поколачиванием по брюшной стенке. Реже выявляются волны антиперистальтики (признак кишечной непроходимости).



Некоторое значение при осмотре живота имеет характеристика дыхательных движений брюшной стенки. Усиленное участие в дыхании мышц брюшного пресса у женщин может быть следствием патологии грудной клетки. Полное отсутствие движения брюшной стенки при дыхании чаще всего встречается при разлитом перитоните, а одностороннее – при местных воспалительных процессах в брюшной полости (холецистит, аппендицит и др.).

Осмотр живота.

При осмотре живота следует обратить внимание на возможные грыжевые выпячивания на передней брюшной стенке.

Осмотр живота может выявить важный признак портальной гипертензии – наличие расширенной венозной сети на передней брюшной стенке - "caputMedusae". О значении для диагностики развития коллатерального кровообращения на брюшной стенке – смотри методическую разработку «Расспрос и осмотр больных заболеваниями гепатобилиарной системы»

Поверхностная пальпация живота

Поверхностная пальпация живота проводится с целью достижения определенных задач:

1. выяснить, насколько активно брюшная стенка принимает участие в дыхании;
2. определить напряжение мышц слева, справа, внизу, вверху, в центре живота;
3. выявить точки, где мышцы живота расходятся или выпячивается грыжа;
4. определить, в каком месте брюшной полости появляется резкая боль;
5. обнаружить опухоль и уплотнения, расположенные в брюшине, или исключить их наличие;
6. проверить и оценить размеры внутренних органов, узнать их соответствие или несоответствие норме.

Мышечная защита

Мышечное напряжение (мышечная защита) — наиболее выраженная реакция мышц брюшной стенки. Оно возникает там, где в воспалительный процесс вовлекается брюшина, и наблюдается постоянно вне зависимости от пальпации. При пальпации у пациента выявляется «доскообразный живот», «каменная твердость живота». Это характерно для локального или разлитого перитонита (воспаления брюшины) любого генеза.

Последовательность пальпации органов брюшной полости.

1. Сигмовидная кишка.
2. Слепая кишка.
3. Терминальный отдел подвздошной кишки.
4. Поперечно-ободочная кишка.
5. Восходящая часть толстой кишки.
6. Нисходящая часть толстой кишки.
7. Большая и малая кривизна желудка.
8. Пальпация привратника.
9. Пальпация печени.
10. Пальпация селезенки.
11. Пальпация поджелудочной железы.

Диагностическое значение определения показателей пальпируемого органа

Аускультация кишечника проводится в мезогастрии с обеих сторон и даёт возможность исследовать его двигательную функцию.

У здорового человека выслушиваются звуки перистальтики кишечника — урчание, напоминающее плеск или переливание жидкости; иногда кишечные звуки весьма похожи на разрыв мелких пузырьков.

При механической непроходимости кишечника выслушиваются звонкие, крупноволновые кишечные звуки, а при паралитической непроходимости перистальтика исчезает; при перитонитах (например, вследствие прободной язвы желудка) с развитием вторичного паралича кишечника при аускультации живота можно выявить симптом «гробовой тишины».

При воспалительных процессах брюшины, сопровождающихся отложением фибрина, можно выслушать шум трения брюшины.


Диагностическое значение копрограммы

Копрограмма (анализ кала) – это проведение физического, химического и микроскопического исследования кала. Анализ кала (копрограмма) является важным диагностическим инструментом, позволяющим поставить диагноз, контролировать развитие заболевания и лечение, вовремя выявлять нарушения функций желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной, наличие ускоренного продвижения пищи патологические процессы.

Анализ кала (копрограмма) рез желудок и кишечник, диагностировать воспалительные процессы в пищеварительном тракте, а также помогает выявлять гельминтов в кишечнике.

Мальабсорбция


Мальабсорбция – хроническое расстройство процессов переваривания, транспорта и всасывания питательных веществ в тонком кишечнике. Симптомы мальабсорбции включают диарею, стеаторею, боли в животе, гиповитаминоз, похудание, астеновегетативный синдром, нарушение электролитного обмена, анемию. Диагностика синдрома мальабсорбции основана на лабораторных (ОАК, копрограмма, биохимия крови) и инструментальных методах (рентгенография тонкого кишечника, МСКТ, УЗИ брюшной полости). Лечение направлено на устранение причин мальабсорбции, коррекцию витаминной, микроэлементной, белковой и электролитной недостаточности, дисбактериоза



Мальабсорбция (нарушение всасывания в кишечнике) – это синдром, характеризующийся набором клинических проявлений (диарея, стеаторея, полигиповитаминоз, похудание), развивающихся вследствие нарушения пищеварительной и транспортной функций тонкого кишечника, что в свою очередь ведет к патологическим изменениям обмена веществ. Врожденный синдром мальабсорбции диагностируется в 10% случаев; его проявления манифестируют вскоре после рождения или в первые 10 лет жизни ребенка. Частота приобретенной мальабсорбции коррелирует с распространенностью причинно значимых заболеваний (гастрогенных, гепатобилиарных, панкреатогенных, энтерогенных и др.).

Классификация мальабсорбции

В гастроэнтерологии синдром мальабсорбции классифицируют по степени тяжести: первая (легкая) степень (потеря в весе до 10 килограмм, общая слабость, снижение работоспособности и некоторые признаки гиповитаминозов), вторая (средней тяжести) степень (похудание более чем на 10 килограмм, выраженный полигиповитаминоз, нарушение водно-электролитного гомеостаза, анемия, снижение уровня половых гормонов), третья (тяжелая) степень (значительный дефицит массы тела, тяжелая поливитаминная и электролитная недостаточность, остеопороз, выраженная анемия, отеки, судороги, серьезные эндокринные нарушения).



По происхождению различают врожденный синдром мальабсорбции (у больных, страдающих врожденными заболеваниями ферментной системы – синдром Швахмана-Даймонда, муковисцидоз, болезнь Хартнупа и другие патологии, связанные с недостаточностью ферментов и нарушением транспорта веществ в клетках слизистой кишечника) и приобретенный синдром мальабсорбции (как следствие энтеритов, болезни Уиппла, синдрома короткой кишки, хронического панкреатита, цирроза печени и других приобретенных заболеваний желудочно-кишечного тракта).



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ

