

Лекция 10

Основные жалобы при заболеваниях кишечника. Общий осмотр, осмотр, перкуссия и пальпация живота при заболеваниях ЖКТ.

Экз. вопросы:

1. Основные жалобы при заболеваниях кишечника: причины и механизм возникновения, диагностическое значение.
2. Метеоризм: причины, детализация, диагностическое значение.
3. Диарея: виды, причины, механизмы возникновения, детализация, диагностическое значение.
4. Запор: виды, причины, детализация, диагностическое значение.
5. Данные общего осмотра больных с заболеваниями ЖКТ, их диагностическое значение.
6. Данные осмотра, перкуссии и пальпации живота больных с заболеваниями ЖКТ, их диагностическое значение.

Основные жалобы при заболеваниях кишечника:

- Боль в животе
- Вздутие кишечника – метеоризм
- Урчание, переливание в кишечнике
- Нарушения стула
- Кровотечение.

Боль при заболеваниях тонкой кишки локализуются вокруг пупка, **при заболеваниях толстой кишки** – по периферии живота.

По механизму возникновения выделяют следующие виды болей:

1. **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.
2. **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.
3. **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.

Метеоризм – ощущение вздутия, распирающего 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:

1. **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.
2. **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.
3. **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.
4. **Циркуляторный метеоризм.** Возникает при нарушении кровообращения в стенке кишки, в результате чего нарушается всасывание газов. Такой вид метеоризма наблюдается при правожелудочковой недостаточности, портальной гипертензии.
5. **Динамический метеоризм.** Его возникновение связано с нарушением моторики ЖКТ при дискинезии кишечника, кишечных инфекциях.
6. **Механический метеоризм** развивается при органическом сужении просвета кишки – опухолях, стенозах, спаечной болезни. При этом виде метеоризма нарушается выведение газов через прямую кишку.
7. **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.
8. **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.

Урчание, переливание в кишечнике.

Жалобы, характерные для поражения тонкой кишки. Механизм их возникновения связан с нарушением двигательной активности тонкой кишки и нарушением полостного пищеварения вследствие дефицита пищеварительных ферментов. Усиление перистальтики при этом приводит к увеличению скорости прохождения химуса, нарушению газообразования и процессов всасывания газов и появлению ощущения деятельности кишечника – урчания и переливания. Эти жалобы усиливаются во второй половине дня.

К нарушениям стула относят запоры и поносы.

Для заболеваний тонкой кишки более характерны поносы, или диарея.

Диареей называется:

1. Жидкий стул
2. Частый стул – более 2 раз в сутки.
3. Выделение каловых масс в большом объеме – полифекалия.

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

1. **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.

2. **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.

3. **Секреторная.** Механизм связан с активной секрецией воды и электролитов из кишечной стенки в просвет кишки. Причинами являются чаще кишечные инфекции – холера, вирусные (ротавирус, аденовирус), бактериальные инфекции (сальмонеллы, кишечная палочка, шигеллы) и паразитарные инвазии – балантидии и др.

Токсины, вырабатываемые микроорганизмами, связываются со специфическими рецепторами энтероцитов, вызывая активацию цАМФ. При этом происходит усиленная секреция воды и электролитов в просвет кишки. Подобным действием обладают желчные кислоты и гормоны (серотонин, кальцитонин, гастрин). Поэтому секреторная диарея возникает при опухоли поджелудочной железы – гастриноме, опухоли паращитовидных желез с повышенной выработкой указанных гормонов.

Для этого вида диареи характерно:

- Отсутствие связи с приемом пищи. При голодании секреторная диарея не исчезает.
- Каловые массы водянистые с хлопьями, их количество достигает несколько литров в сутки.
- Сопровождается потерей воды и электролитов.

4. **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: артриты, кожными высыпаниями.
- Может развиваться гипопропротеинемия в связи с потерей белка с экссудатом.

Диарея также может наблюдаться при заболеваниях толстой кишки.

Отличия толстокишечной диареи от диареи при заболеваниях тонкой кишки:

1. Частота стула: при толстокишечной диарее достигает 20-30 раз в сутки.
2. Объем каловых масс: при толстокишечной диарее небольшой, с примесью слизи, крови, гноя.

3. 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.

Запоры – обстипационный синдром.

Больше характерен для поражений толстой кишки.

Запор – это:

1. Редкий стул – стул реже 1 раза в 2 суток или реже 4 раз в неделю.
2. Малый объем каловых масс: менее 100 г в сутки
3. Плотный твердый кал
4. Затрудненный акт дефекации

По механизму выделяют:

1. **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.

2. **Органические (механические) запоры.** Возникают при наличии механического препятствия по ходу продвижения каловых масс: опухоли, стенозы, дивертикулы, спайки.

3. **Функциональные запоры.** Возникают при нарушении моторной функции толстой кишки. В норме моторная функция кишечника осуществляется при согласованной работе циркулярной и продольной мускулатуры.

При повышении тонуса циркулярных мышц кишечной стенки развиваются спастические функциональные запоры. При этом нарушается продвижение кишечного содержимого из-за спазма кишки. **Спастические запоры** сопровождаются спастической болью по ходу толстой кишки, стул может быть ежедневным, но каловые массы повышенной плотности, выделяются в малом объеме небольшими комочками – «овечий кал». После дефекации возникает чувство неполного опорожнения кишечника.

При снижении тонуса продольной мускулатуры кишечника возникают **гипомоторные функциональные запоры**. Нарушение продвижения кишечного содержимого при этом связано со снижением пропульсивной активности толстой кишки. Длительное пребывание химуса в толстой кишке приводит к повышению всасывания воды из кишечного содержимого. Гипомоторные запоры болью обычно не сопровождаются. Стул редкий, кал выделяется в большом объеме, повышенной плотности, для совершения акта дефекации необходимы дополнительные усилия или прием специальных поз.

Функциональные запоры развиваются при нарушении нервной регуляции моторной функции кишечника – при неврозах, гипотиреозе, сахарном диабете, заболеваниях нервной системы, отравлениях тяжелыми металлами – ртуть, свинец.

4. **Аноректальные запоры.** Возникают при нарушении рефлекса и координированной работы мышц прямой кишки, анального сфинктера и мышц тазового дна во время акта дефекации. Причинами служат заболевания прямой кишки – геморрой, трещины прямой кишки, проктиты. Аноректальные запоры могут развиваться у людей, постоянно сдерживающих акт дефекации, например, на работе, в результате чего происходит дискоординация в работе мышц кишки и тазового дна – «привычные запоры». Еще одна из причин аноректальных запоров – болезнь Гиршпрунга – это врожденное заболевание, отсутствие нервных ганглиев в участке прямой кишки. Эта часть прямой кишки не участвует в продвижении каловых масс, что приводит к вышележащему скоплению кала и расширению кишки.