

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ПО ТЕМЕ:

**СУБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ****ЖАЛОБЫ**

Дисфагия – это нарушение прохождения пищи по пищеводу. Чаще служит ведущим симптомом при его заболеваниях.

Причина – сужение пищевода, которое может быть:

1. Органическим

- из-за наличия в пищеводе опухоли
- из-за сдавления пищевода извне (опухоль средостенья)

В этом случае больные отмечают, что лучше проходит тщательно измельченная пища, если запивает пищу большим количеством воды.

2. Функциональным

- из-за спазма мышц пищевода при нарушениях его иннервации при неврозах

В этом случае мягкая и жидкая пища проходит хуже, а прохождение твердой пищи страдает меньше. Дисфагия наблюдается эпизодически, не прогрессирует,

Одинофагия – болезненное проглатывание пищи. Часто сопровождается дисфагиею.

Изжога – ощущение жжения в подложечной области, за грудиной

Механизм связан с забрасыванием кислого содержимого желудка в дистальный отдел пищевода. Бывает при рефлюкс-эзофагите, гастрите с повышенной кислотностью, язвенной болезни.

Изжога обычно возникает после еды, особенно после приема жирной и острой пищи, помидоров, шоколада, алкоголя, а также после курения. Она может усиливаться в горизонтальном положении больного, при наклоне вперед, при метеоризме, подъеме тяжестей, ношении тугого пояса

Отрыжка – внезапное попадание в полость рта содержимого желудка.

Причина: нарушение моторики желудка. Отрыжка может быть:

1. Воздухом – при нарушенной моторики
2. Кислым – при повышенной кислотности
3. Горьким – при забрасывании содержимого 12-перстной кишки в желудок
4. Тухлым – при гнилостных процессах в отсутствие соляной кислоты в желудке
5. С примесью содержимого желудка – при нарушенной моторики

Боли в животе. При обследовании необходимо выяснить:

1. Локализацию
2. Иррадиацию
3. Характер
4. Интенсивность
5. Связь болей с определенными условиями (что провоцирует или усиливает боль или , что облегчает):
 - с приемом пищи
 - с актом дефекации, отхождением газов

• **Боль, связанная с заболеваниями желудка характеризуется:**

1. Определенной локализацией:

- преимущественно в эпигастральной области (эпигастральная область – «место встречи всех болей»).
- при поражении тела желудка – боль больше ощущается слева от средней линии.
- при поражении пилорического отдела – справа от средней линии

2. Периодичностью, а именно:

А) Связью с приемом пищи. В зависимости от этого боль м.б.:

- **Ранние** – через 15-60 минут после еды, длятся 1,5 - 2 ч ,затем по мере эвакуации желудочного содержимого постепенно исчезают. Ранние боли характерны для хронического гастрита, для язв и опухолевых процессов, локализованных в верхних отделах желудка.

- **Поздние** – через 1,5-3 часа после еды характерны, для язв с локализацией в нижней трети тела желудка.

- **Голодные** - через 6 – 7 часов после еды, характерны эти боли для язв пилорического отдела и дуоденитов. Вариантом этих болей могут быть

- **Ночные** (чаще с 11 вечера до 3 утра), успокаивающиеся после приема пищи, молока.

Таким образом, суточный ритм болей в зависимости от расположения патологического очага, и может быть разным:

- при поражении верхних отделов желудка - “пища-боль-облегчение”,
- при дуоденальных язвах, поражении пилорического отдела “голод-боль-пища-облегчение-голод-боль...”.

Б) Связью с временем года - сезонность (язвенная болезнь)

3. Определенным характером:

- у половины больных боли небольшой интенсивности тупые, ноющие, ощущения жжения указывают на раздражение слизистой оболочки желудка или 12-перстной кишки;
- спастические, сжимающие - коликообразные боли наблюдаются при гипертонусе (спазме) гладкой мускулатуры;

- пронизывающие (кинжальные) боли наблюдаются при вовлечении в процесс серозных оболочек (прободной и пенетрирующей язвах), раке с инфильтрирующим ростом.

- **Боли при заболеваниях кишечника характеризуется:**

1. Связью с деятельностью кишечника (усиливаются перед дефекацией, уменьшаются после дефекации или отхождении газов).

2. Механизм болей чаще связан с нарушением моторики кишечника. В зависимости от механизма возникновения боли бывают:

- *Спастическими* – возникают при сокращении (спазме) гладких мышц. Такие боли схваткообразные, снимаются спазмолитиками. Бывают при воспалении, СРК.

- *Дистензионными* – возникают в результате растяжения кишечника его содержимым (главным образом газами при метеоризме, каловыми массами при запорах или кишечной непроходимости). Такие боли, как правило, тупые, ноющие.

- *Перитониальными* – возникают при переходе воспаления на брюшину, при перфорации стенки кишки. Они носят острый, интенсивный характер.

3. Локализация болей м.б.:

- √ При поражении толстого кишечника боль чаще локализуется в подвздошных или боковых областях

- √ Если преимущественно поражена поперечная ободочная кишка - боли могут локализоваться в верхней половине живота.

- √ При поражении прямой кишки боли могут локализоваться в области промежности.

- √ При поражении тонкого кишечника – локализуется вокруг пупка

- **Боли связанные с заболеваниями печени и желчевыводящих путей характеризуются:**

1. Локализацией в правом подреберье

2. Иррадиация: в правое плечо, лопатку, в правую половину шеи

3. Характер:

- сильные, приступообразные – желчная колика

- длительные, тупые – гепатит, гипомоторика и гипотонус ЖВП

4. Связью с погрешностями в питании (жирная, жареная пища)

- **Для болей связанных с заболеваниями поджелудочной железы, характерны:**

1. Локализация – правое, левое подреберье, эпигастральная область

2. Иррадиация в спину, опоясывающая боль

3. Характер – интенсивная, приступообразная, или ноющая

4. Связь с погрешностями в питании (жирная, жареная пища, кофе, шоколад др.)

Нарушения аппетита.

- ✓ Повышенный аппетит – при язвенной болезни 12-перстной кишки
- ✓ Пониженный аппетит – при снижении секреции
- ✓ Извращение аппетита – отвращение к мясу при раке желудка

Тошнота – тягостное чувство давление в подложечной области.

Сопровождается слабостью, головокружением, потливостью
Часто предшествует рвоте, но может быть и без нее
Не всегда, связана с заболеваниями органов пищеварения

Рвота – рефлекторный акт, связанный с раздражением рвотного центра, в котором участвуют желудок, диафрагма, пищевод. При расспросе выясняют:

1. Связь с приемом пищи
2. Связь с болевыми ощущениями
3. Характер рвотных масс (наличие примесей - кровь, слизь)
4. Сколько раз была
5. Приносит ли облегчение

Рвоте обычно предшествует тошнота, хотя пищеводная рвота (при сужении пищевода) возникает без тошноты, в ней не участвуют мышц передней брюшной стенки.

Горечь во рту – признак воспаления желчного пузыря или дискинезии желчевыводящих путей.

Асцит – скопление жидкости в брюшной полости, развивается при циррозе печени, в результате застоя крови в системе воротной вены печени.

Метеоризм – ощущение вздутия, распираания живота. Сочетается с урчанием в животе, отхождением газов.

Причинами метеоризма могут быть:

1. Алиментарная причина – связана с употреблением продуктов содержащих большое количество растительной клетчатки и крахмала, легко подвергающихся процессам брожения (горох, бобы, капуста, яблоки, черный хлеб и др.).
2. Нарушение полостного пищеварения (синдром мальдигестии):
 - ✓ ферментативная недостаточность желудка, поджелудочной железы
 - ✓ дефицит желчи
 - ✓ при дисбиозе – синдроме избыточного роста бактерий в тонком кишечнике, где их быть не должно, бактериальное расщепление продуктов начинается преждевременно

3. Нарушение выделения газов из кишечника (при атонии - снижении тонуса кишечника, непроходимости кишечника)
4. При нарушении оттока венозной крови от кишечника . Метеоризм – первый признак портальной гипертензии («ветер предшествует дождю» - метеоризм предшествует асциты).
5. Психогенный (истерический) метеоризм (сложные нервные механизмы)

Диарея (понос) – частый (более 2 - 3 раз в сутки) жидкий или кашицеобразный стул.

Патогенетические факторы:

1. Расстройство двигательной функции с ускоренным продвижением кишечного содержимого. При этом нормальный каловый комок не успевает сформироваться. Появление поноса не всегда указывает на патологию кишечника, часто появление поноса имеет невrogenную природу, например при вегетоневрозах.
2. Нарушение пищеварения и всасывания в кишечнике
3. Воспалительный процесс в кишечнике и выделение в его просвет большого количества воспалительного экссудата
4. Раздражение стенки кишечника каловыми массами при длительных запорах

- **Если диарея связана с поражением тонкого кишечника (энтеральные поносы), то, как правило, характерны:**

1. Частота стула 2 – 4 раза (до 10 раз в сутки)
2. Значительный объем каловых масс
3. Часто приводит к значительным нарушениям общего состояния (трофические расстройства, анемия, витамин. недостаточность), т. к. часто развиваются синдромы:

- А). *Мальдигестии* – наруш. полостного и пристеночного пищеварения
- Б) *Мальабсорбции* – нарушение всасывания.

Нарушения пищеварения м.б. в виде:

√ Бродильной диспепсии - это нарушение переваривания углеводов. Стул при этом пенистый, с большим количеством пузырьков, кашицеобразный, с не переваренными остатками фруктов, овощей. При капрологии - реакция кислая, с зерна крахмала – *амилорея*

√ Гнилостной диспепсии - это нарушение переваривания белков. Стул жидкий темного цвета, с гнилостным запахом. При капрологии - реакция щелочная, определяются непереваренные мышечными волокнами с сохраненной исчерченностью - *креаторея*.

√ Жировая диспепсия - это нарушение переваривания жиров. Стул при этом жирный, плохо смывается с унитаза. Жир определяется в кале – *стеаторея*.

- **Если диарея связана с поражением толстого кишечника (колитические поносы), то характерны:**

1. Частота стула 10 и более раз в сутки
2. Количество каловых масс небольшое
3. Не столь отрицательно сказываются на общем состоянии

Запор – задержка кала в кишечнике более 48 часов. Они могут быть:

1. Органические, в результате:

- А. Сужения просвета кишки из-за опухоли, из-за наличия рубца
- Б. Аномалии развития кишечника

2. Функциональные, которые в свою очередь могут быть:

- А. Алиментарные (при длит употр легкоусвояемых углеводов, недостатке H_2O)
- Б. Неврогенные (спастические, атонические)
- В. Гиподинамические (при недостатке движения)
- Г. Эндокринные (в период климакса, беременности)

Желтуха – окрашивание кожи и видимых слизистых в желтый цвет, обусловлена накоплением в крови желчных пигментов (билирубин).

Билирубин — один из желчных пигментов желто-красного цвета, который образуется из гемоглобина крови в ретикулоэндотелиальной системе (главным образом в селезенке).

Селезенка – «фильтр крови», старые, дефектные эритроциты застревают в красной пульпе, захватываются макрофагами и разрушаются, при этом гемоглобин эритроцитов расщепляется на железо, белки и билирубин (непрямой, свободный).

Он совершенно не растворим в воде, является токсичным продуктом и должен быть выведен из организма. Путь его выведения:

1. В печени, внутри печеночных клеток, при преобразовании билирубина, последовательно происходят 4 стадии:

- захват печеночными клетками непрямого билирубина из венозных синусов печени
- связывание с глюкуроновой кислотой, при этом образуется прямой (связанный) билирубин, который становится растворимым и в дальнейшем выделяется с желчью
- экскреция в желчные капилляры и выделение с желчью в кишечник
- инактивация уробилиногена

2. В кишечнике часть прямого билирубина превращается в уробилиноген, который, всасываясь, частично возвращается в печень через воротную вену, где полностью расщепляется (инактивируется) и немного его выделяется с мочой в виде уробилина.

Другая часть прямого билирубина, попавшего в кишечник, под действием кишечной флоры превращается в стеркобилиноген, который выделяется с калом в виде стеркобилина.

Желтуха может быть:

1. *Печеночная*

Развивается при поражении гепатоцитов и нарушении функции печени

В крови накапливается билирубин (м.б. ↑связанный при нарушении экскреции, когда происходит захват и связывание, но через поврежденные мембраны происходит утечка обратно в венозные синусы и кровь и м.б.↑ несвязанный при нарушении захвата и конъюгации, когда несвязанный билирубин не идет в гепатоцит или нарушено связывание, а продолжает циркулировать в крови).

Кожа – оранжевая, желтая

Кал бледный (↓ стеркобилиногена)

Моча имеет цвет пива (наличие связанного билирубина, который проникает через почечный барьер)

Кожный зуд неустойчивый

2. *Подпеченочная*

Развивается вследствие нарушения оттока желчи в кишечник при закупорки общего желчного протока камнем или опухолью

В крови накапливается связанный (прямой) билирубин

Кал стойко обесцвечен

Моча темная

Кожный зуд

3. *Надпеченочная*

Результат гемолиза эритроцитов

В крови образуется большое количество непрямого (несвязанного) билирубина

Моча темная

Кал темный

Кожного зуда нет

Кожный зуд – связан с накоплением в крови желчных кислот и раздражением ими кожных рецепторов. Наблюдается при нарушении оттока желчи при ЖКБ, гепатите.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

- **Характер питания.** Число приемов пищи и ее количество на один прием, регулярность в приеме пищи, характер питания, пищевые пристрастия.
- **Вредные привычки** (табакокурение, злоупотребление алкоголем (прием 80-200мл. чистого алкоголя в день))

- **Наследственность**
- **Условия трудовой деятельности** (частые психоэмоциональные, невозможность обеспечить рациональное питание в течение рабочего дня)
- **Длительное употребление лекарственных средств** (салицилаты и др. нестероидные противовоспалительные препараты, цитостатики, антибиотики.)
- **Перенесенные заболевания** (кишечные инфекции, различные заболевания органов пищеварения)