Основные синдромы при патологии желудочно-кишечного тракта

Методы диагностики

Синдром абдоминальной боли

- **Абдоминальная боль** – наиболее частый симптом заболеваний органов брюшной полости и поражения близлежащих органов.

Этиология абдоминальной боли:

- **спазм гладкой мускулатуры** полых органов и выводных протоков (пищевод, желудок, кишечник, желчевыводящие пути, желчный пузырь, проток поджелудочной железы и др.);
- **растяжение стенок полых органов и натяжение их связачного аппарата;**

Продолжение

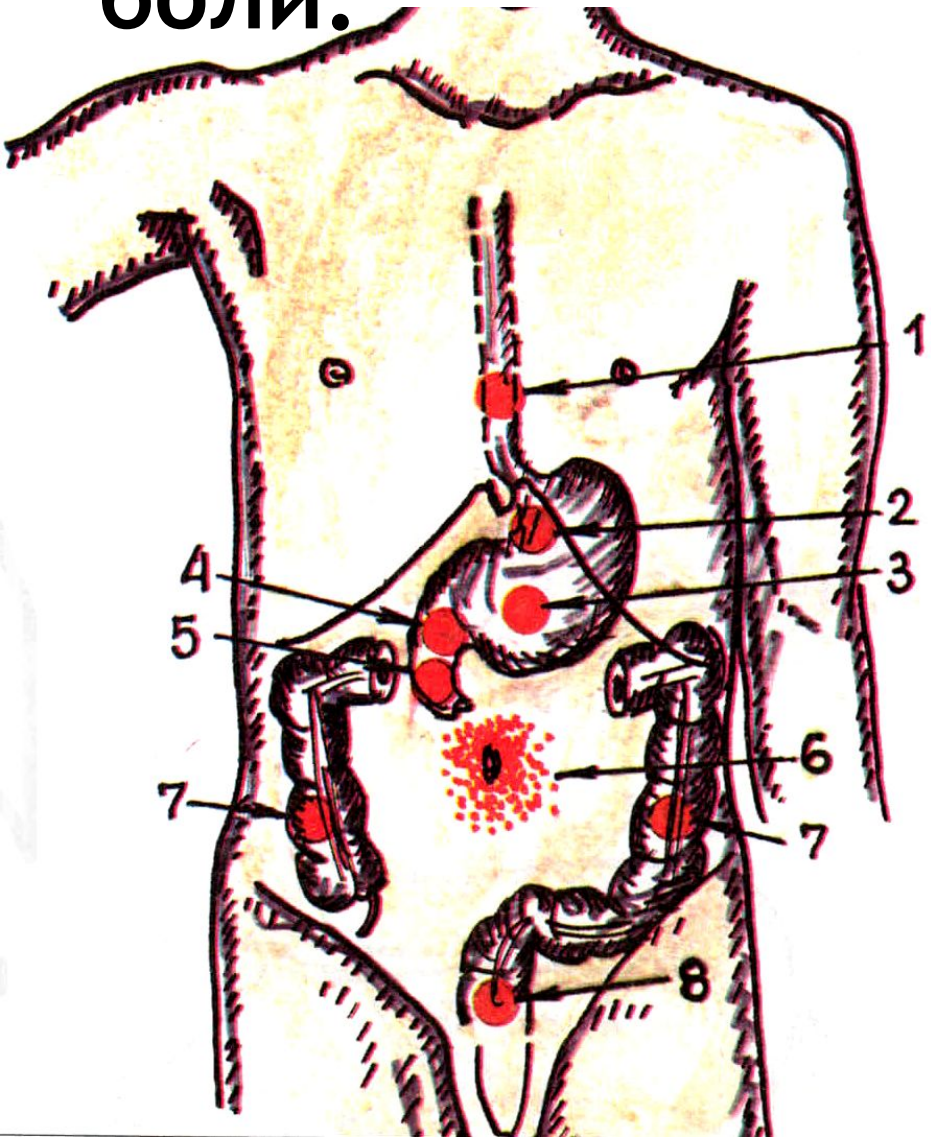
- **ишемические или застойные нарушения кровообращения в сосудах брюшной полости** (спазм или атеросклеротическое стенозирование ветвей брюшной аорты, тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов, застой в системе нижней полой вены и др.);

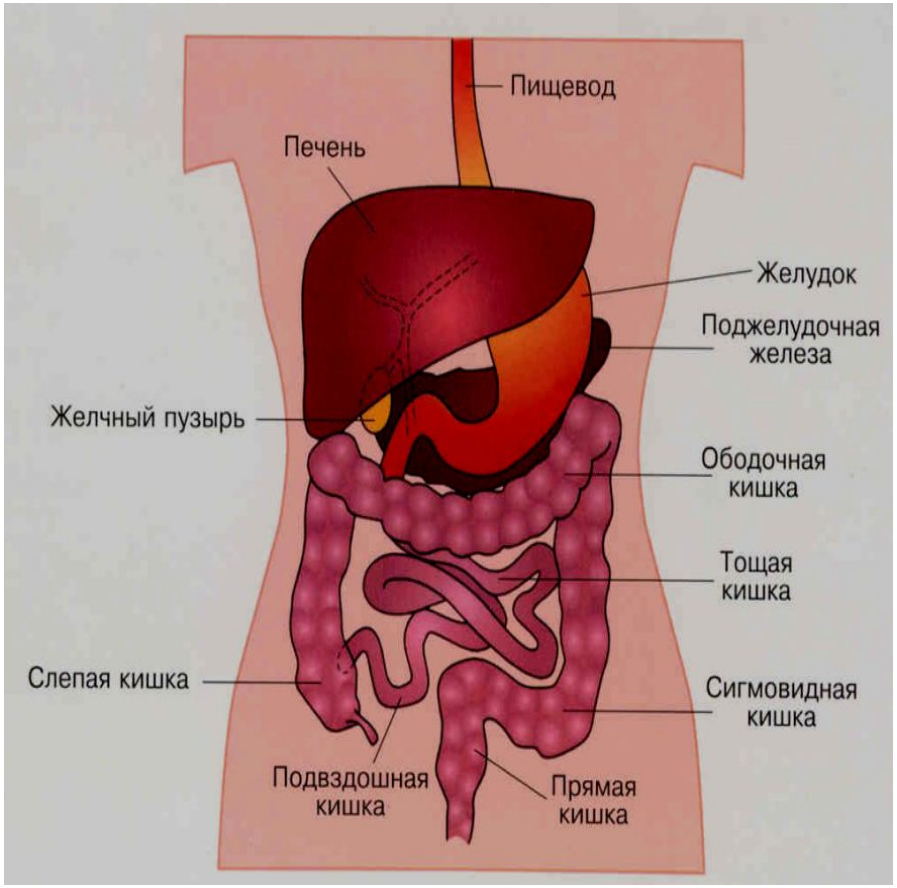
Продолжение

- **структурные изменения и повреждения органов** (язвообразование, воспаление, некроз, опухолевый рост);
- **воспалительные изменения на брюшине в результате перфорации, пенетрации и др.** (перитониальная боль).

Часто указанные механизмы, вызывающие боль, сочетаются.

Классификация по локализации боли:

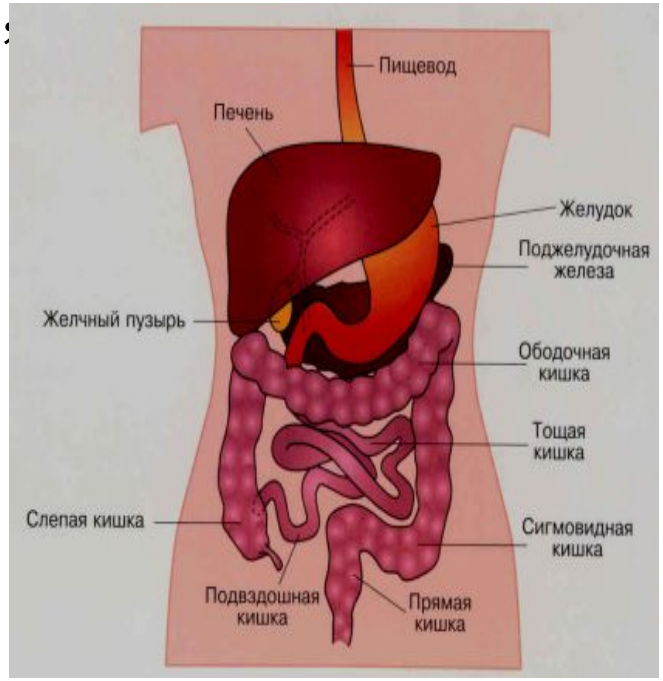




- **Правое подреберье**

Поражаются органы:

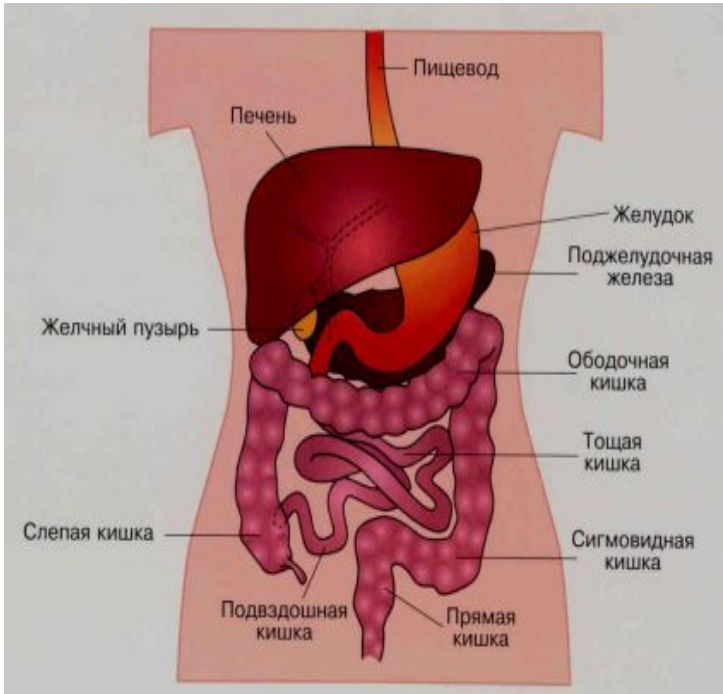
- ✔ печень, желчный пузырь, желчевыводящие пути,
- ✔ двенадцатиперстная кишка,
- ✔ головка поджелудочной железы,
- ✔ печеночный угол ободочной кишки,
- ✔ ***правая почка и мочеточник,***
- ✔ ***правое легкое и плевра***.



- **Левое подреберье**

Поражаются органы:

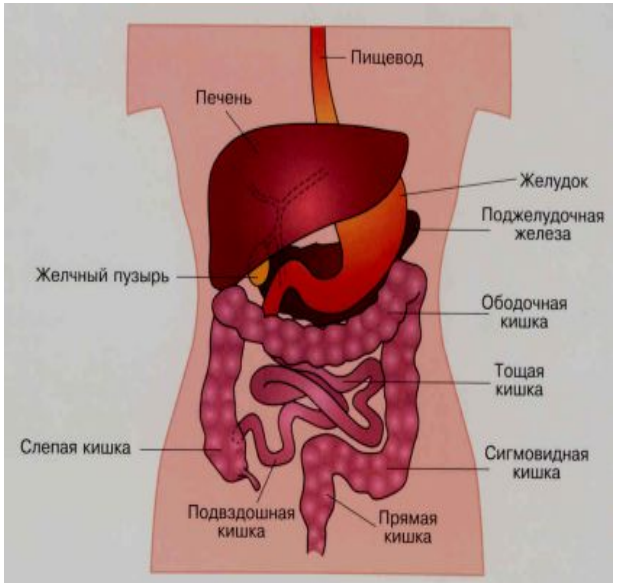
- ✔ желудок,
- ✔ поджелудочная железа (хвост),
- ✔ селезеночный угол ободочной кишки,
- ✔ ***селезенка,***
- ✔ ***левая почка и мочеточник,***
- ✔ ***левое легкое и плевра.***



- **Собственно эпигастральная область**

Поражаются органы:

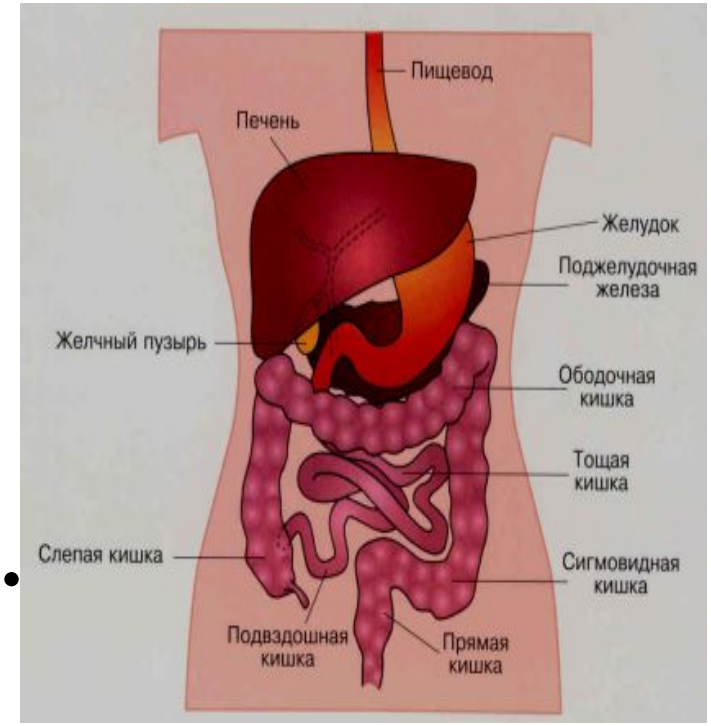
- ✔ желудок,
- ✔ поджелудочная железа,
- ✔ печень, желчные пути, сальник,
- ✔ нижний отдел пищевода,
- ✔ грыжи пищевого отверстия диафрагмы,
- ✔ ***органы грудной клетки (легкие, сердце)***



- **Правая подвздошная область**

Поражаются органы:

- ✔ аппендикс,
- ✔ терминальный отдел подвздошной кишки,
- ✔ слепая и восходящий отдел толстой кишки,
- ✔ ***правая почка и мочеточник,***
- ✔ ***правые придатки матки.***



- **Левая подвздошная область**

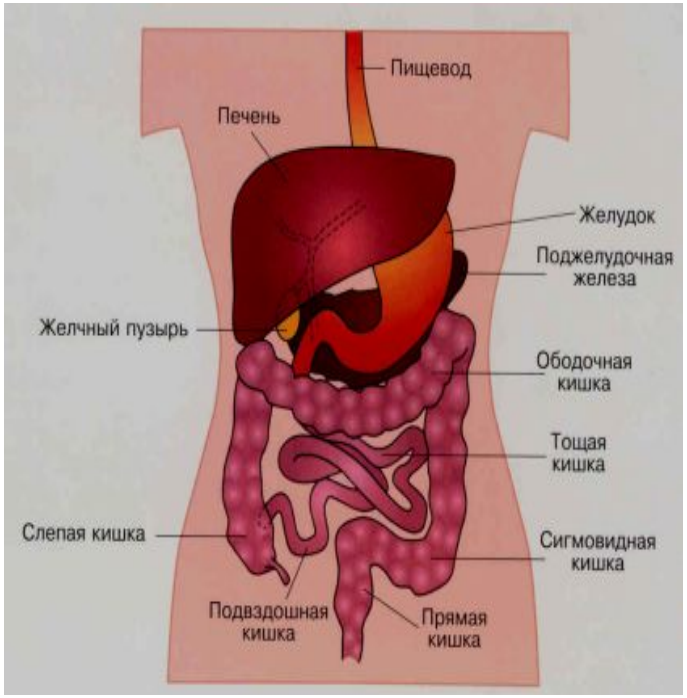
Поражаются органы:

✔ нисходящая и сигмовидная кишки,

✔ левая доля печени

✔ ***левая почка и мочеточник,***

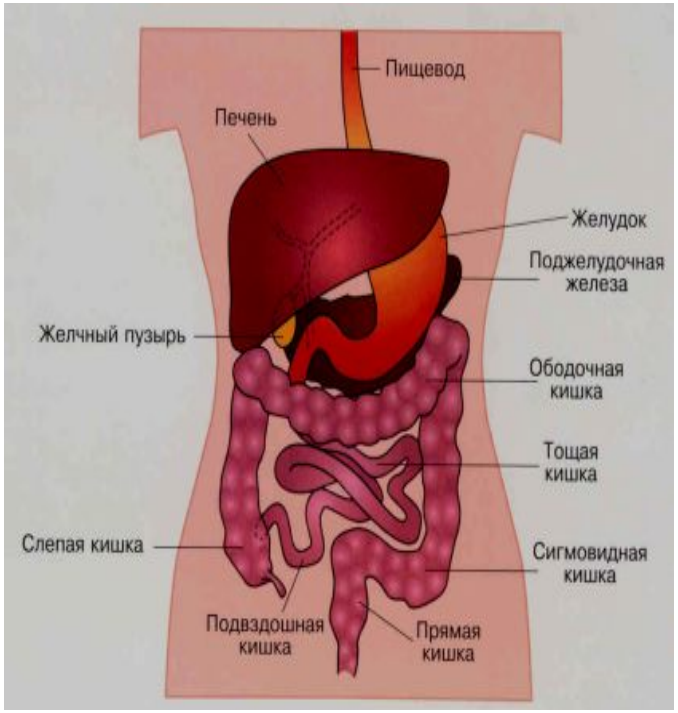
✔ ***левые придатки матки.***



- **Околопупочная область**

Поражаются органы:

- ✔ тонкая кишка,
- ✔ Поперечно - ободочная кишка,
- ✔ поджелудочная железа,
- ✔ сосуды брюшной полости.



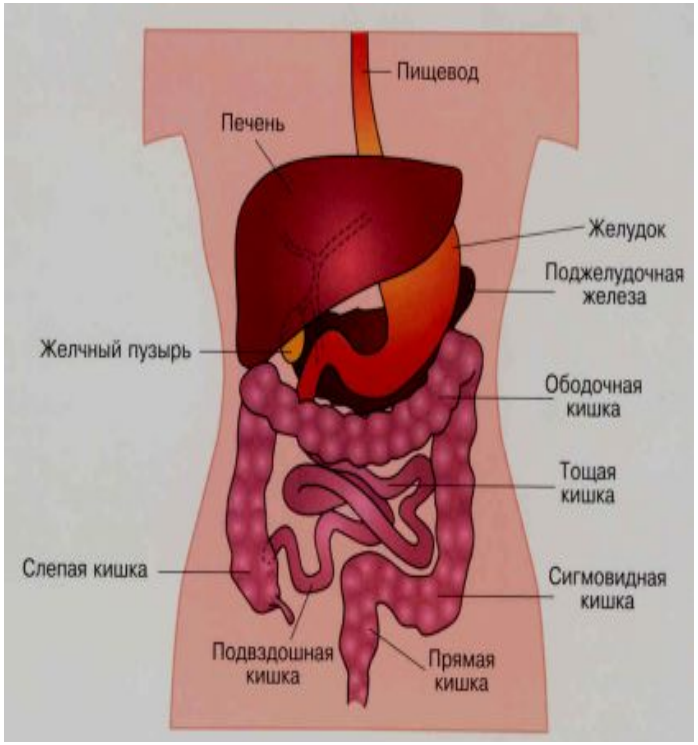
- **Надлобковая область**

Поражаются органы:

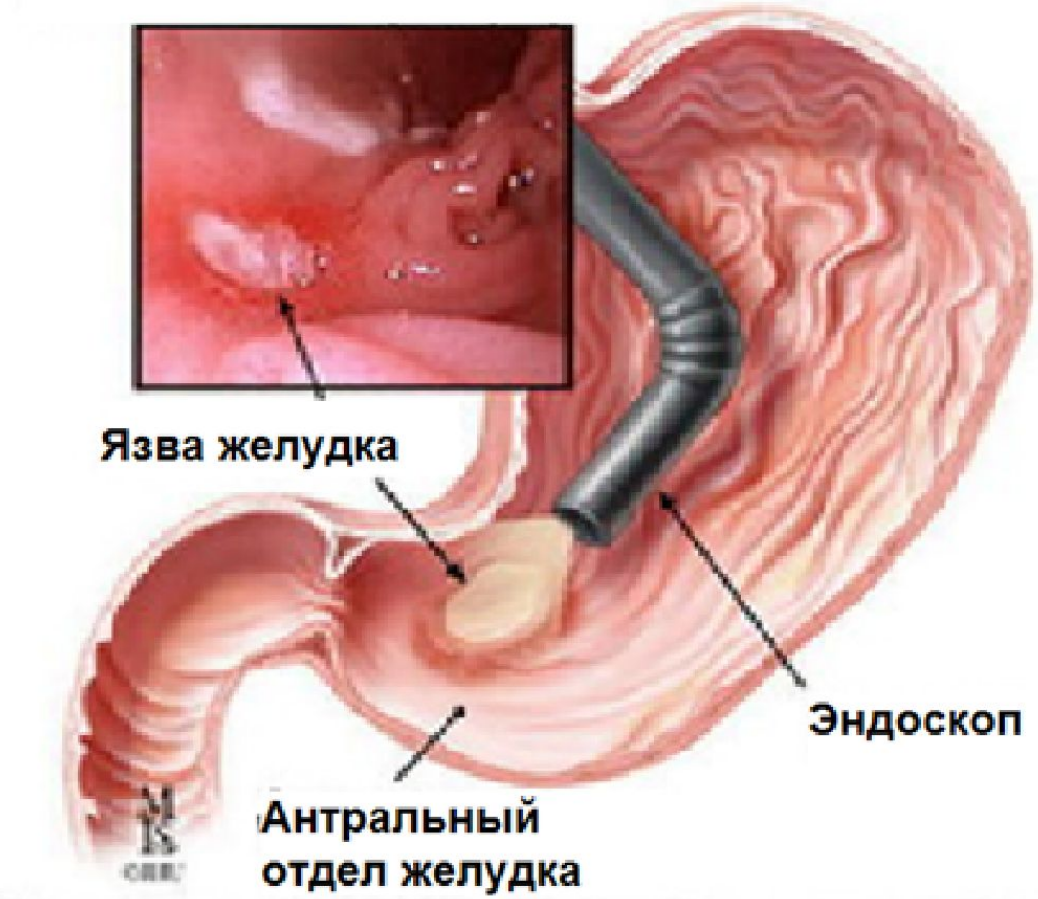
✔ прямая кишка,

✔ ***мочевой пузырь,***

✔ ***женские половые органы,***



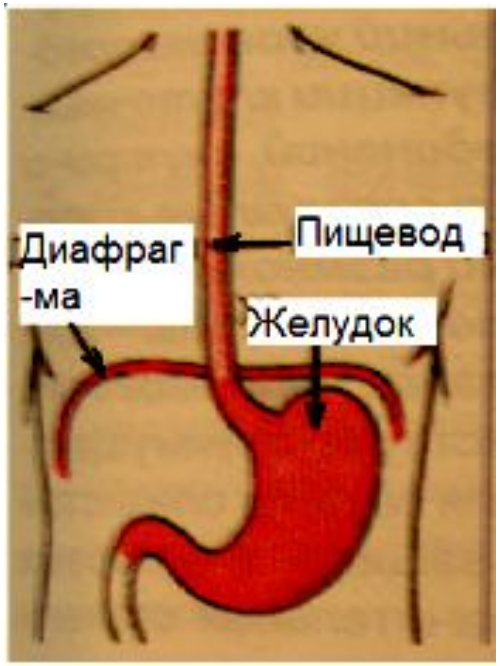
Особенности болей при патологии желудка и 12 п.к.



Язва желудка (рисунок и фотография)

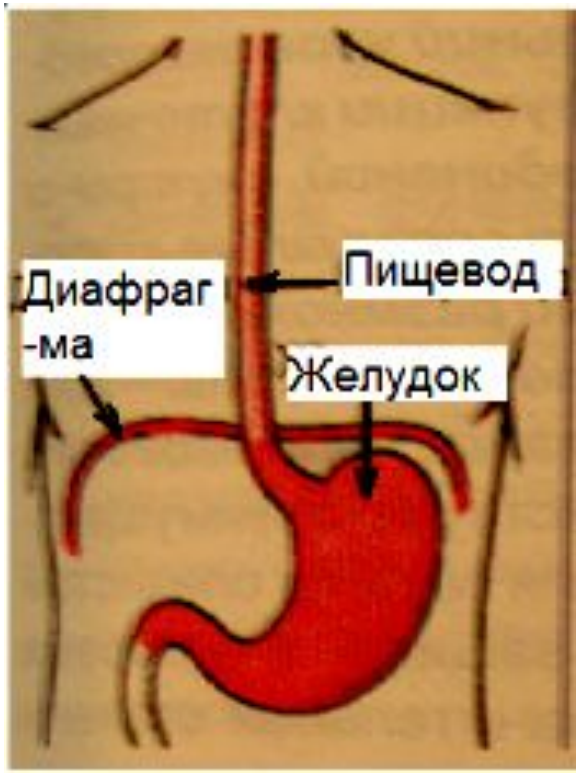
Особенности болей

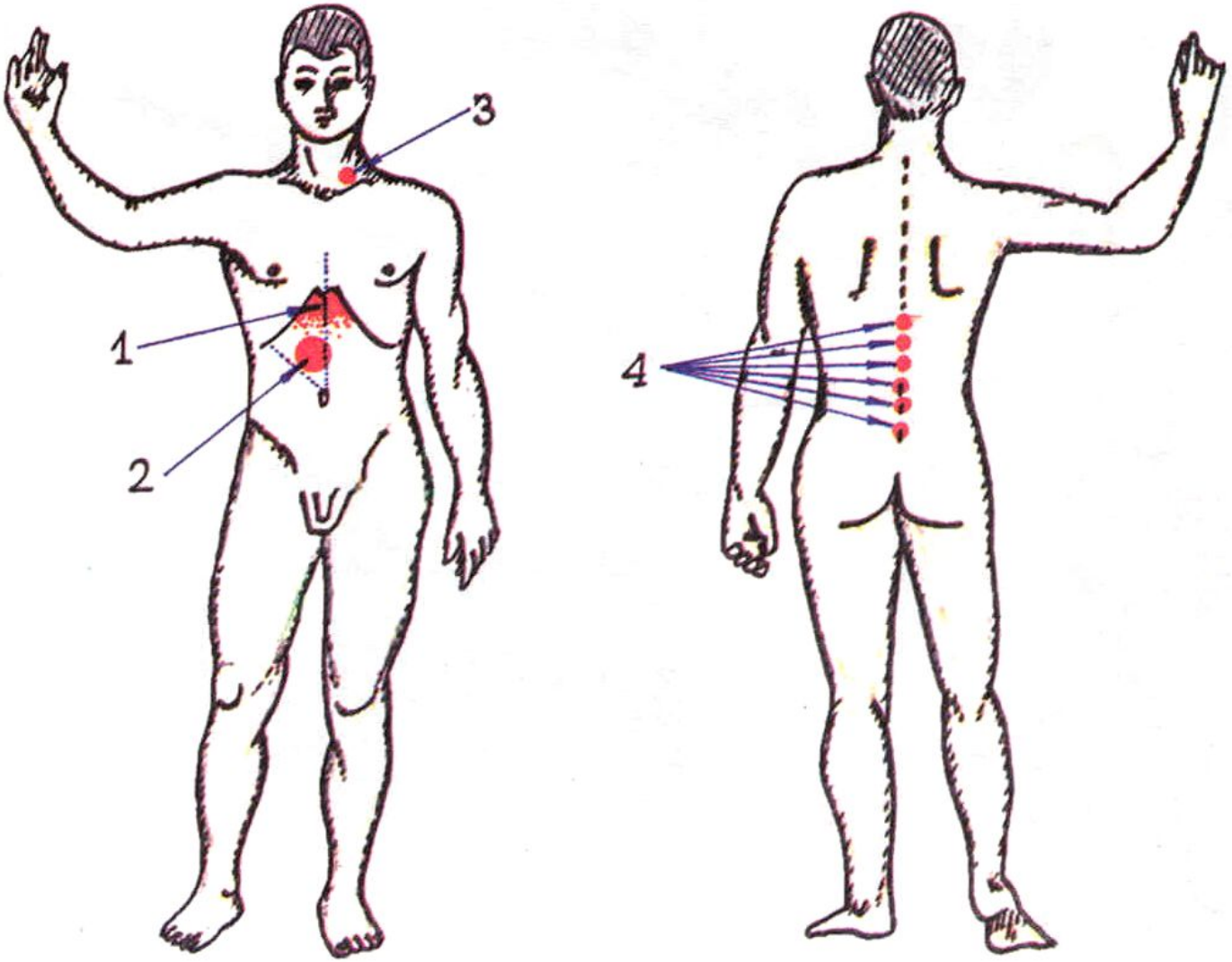
- Боли в эпигастральной области и связанные с **приёмом пищи**:
  - Ранние
  - Поздние
  - Усиливающиеся или ослабевающие после приёма пищи



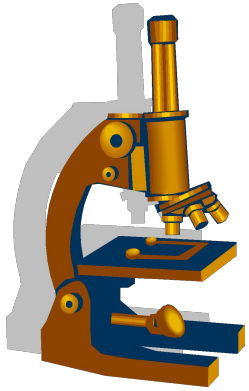
Продолжение

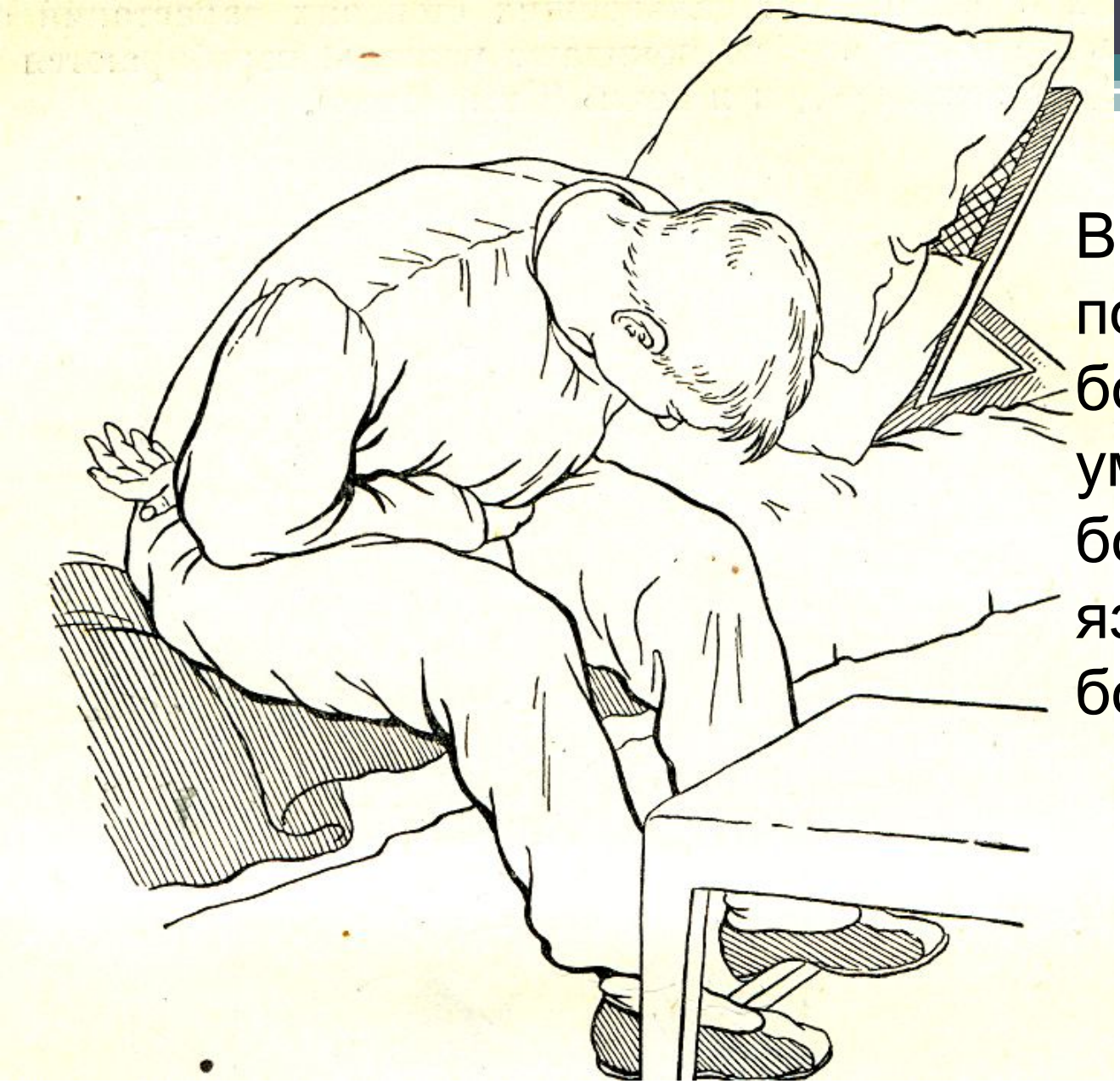
- Иррадиируют редко
- Стихают после рвоты, приёма щелочей, тёплого питья, согревания этой области
- Боли могут иметь сезонную зависимость





Локализация болей при патологии желудка



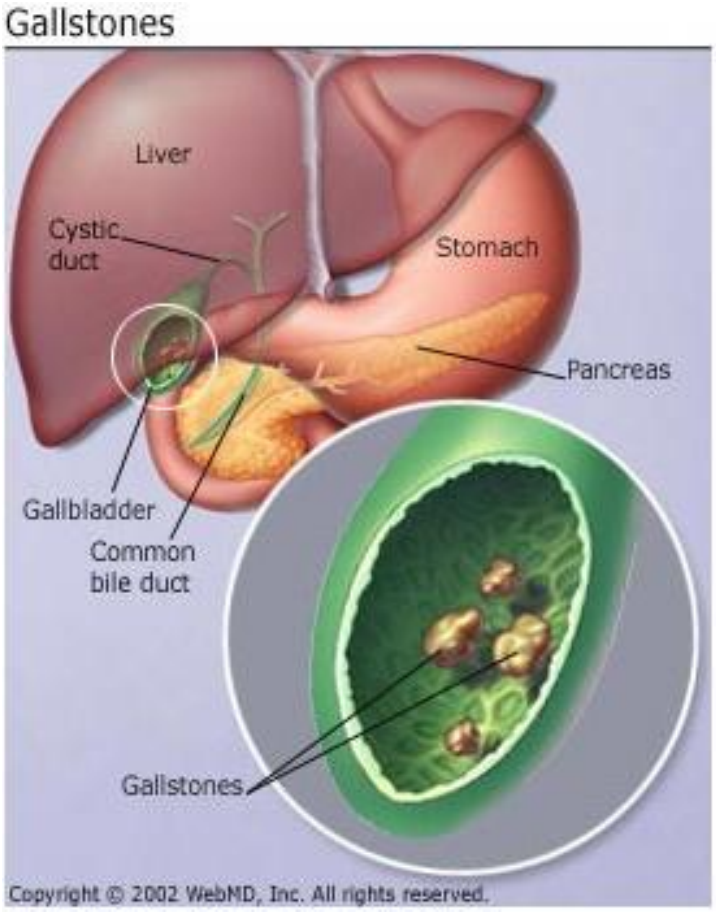


Вынужденное положение больного, уменьшающая боль при язвенной болезни.

Особенности боли при патологии желчного пузыря

Боли в правом подреберье

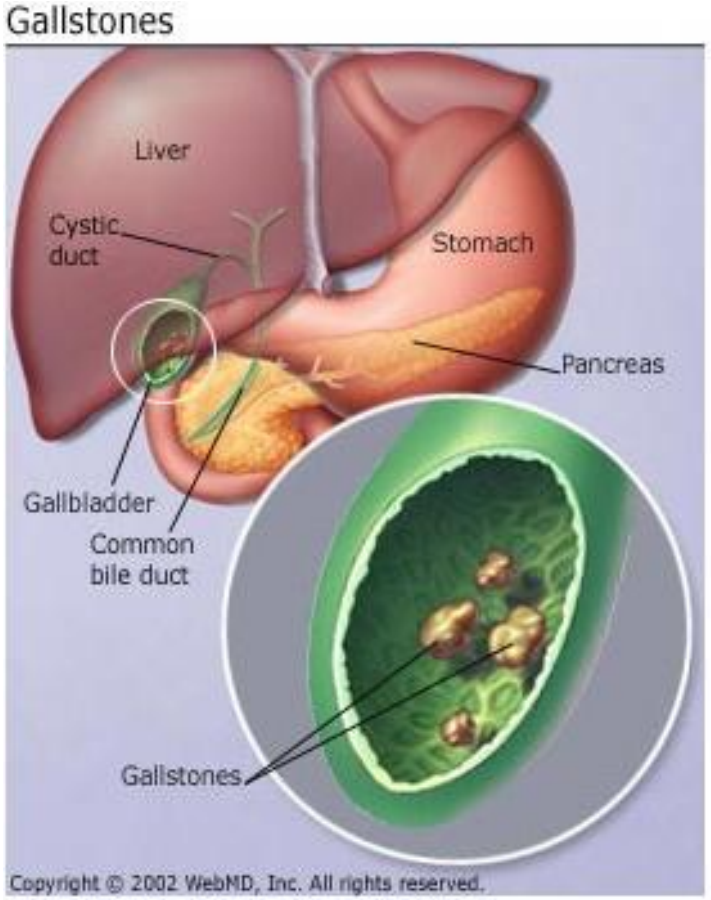
- **сильные боли** (желчная или печёночная колика) при ЖКБ, о. холецистите, дискинезии по гипертоническому типу.
- **тупые, ноющие боли** при хр. холецистите и дискинезии по гипотоническому типу.



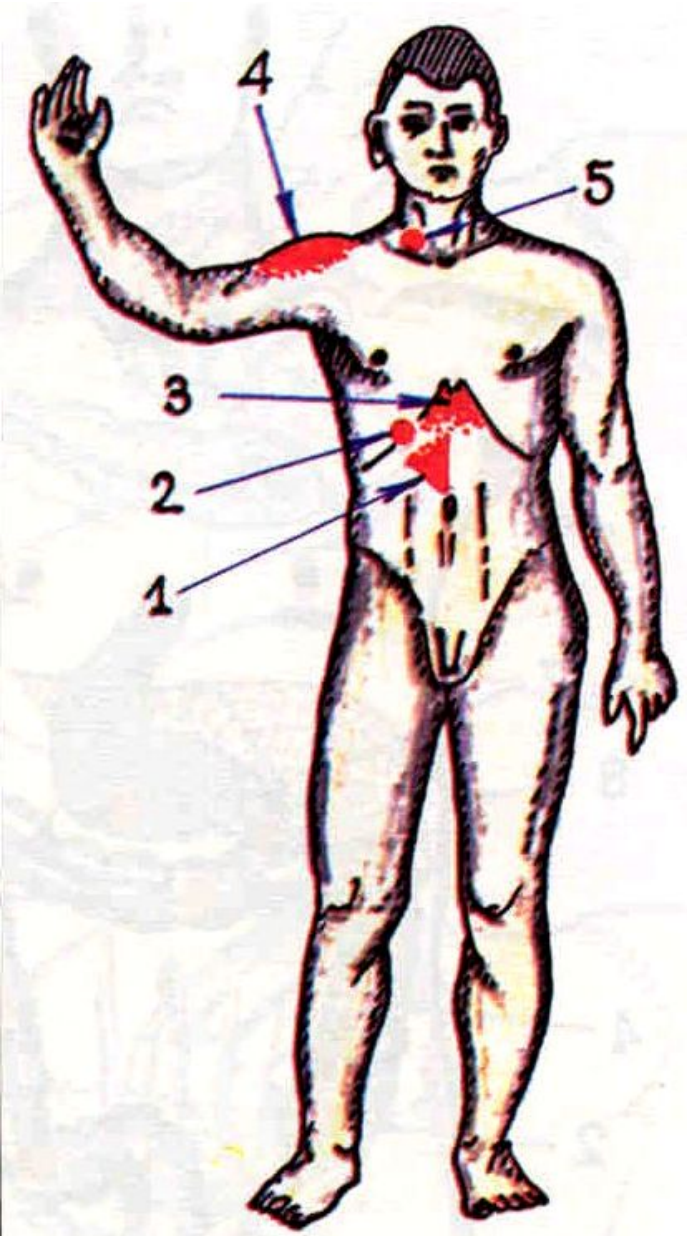
Иррадиация боли

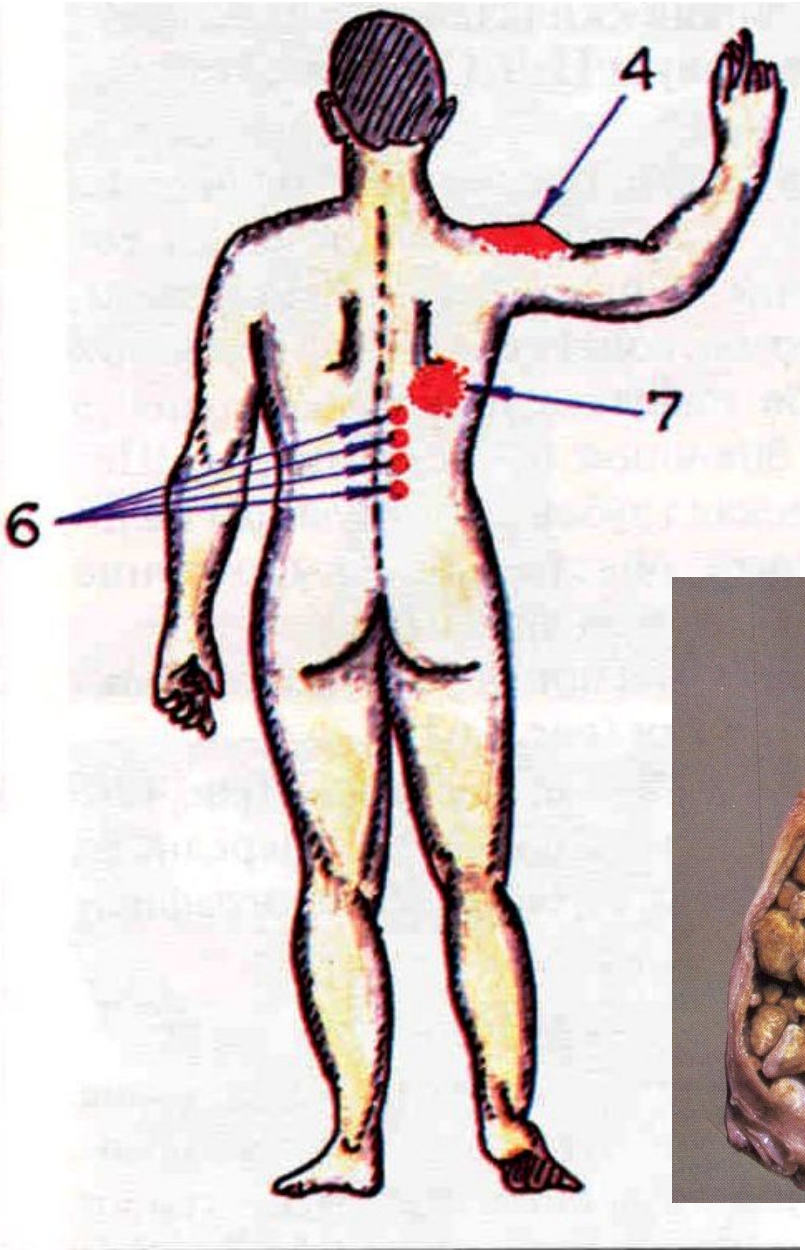
Чаще всего возникает при **перихолецистите** и это:

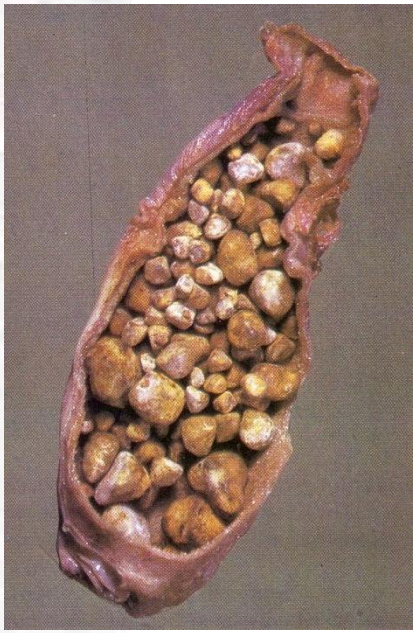
- в область правого плеча,
- правой лопатки
- и межлопаточное пространство.



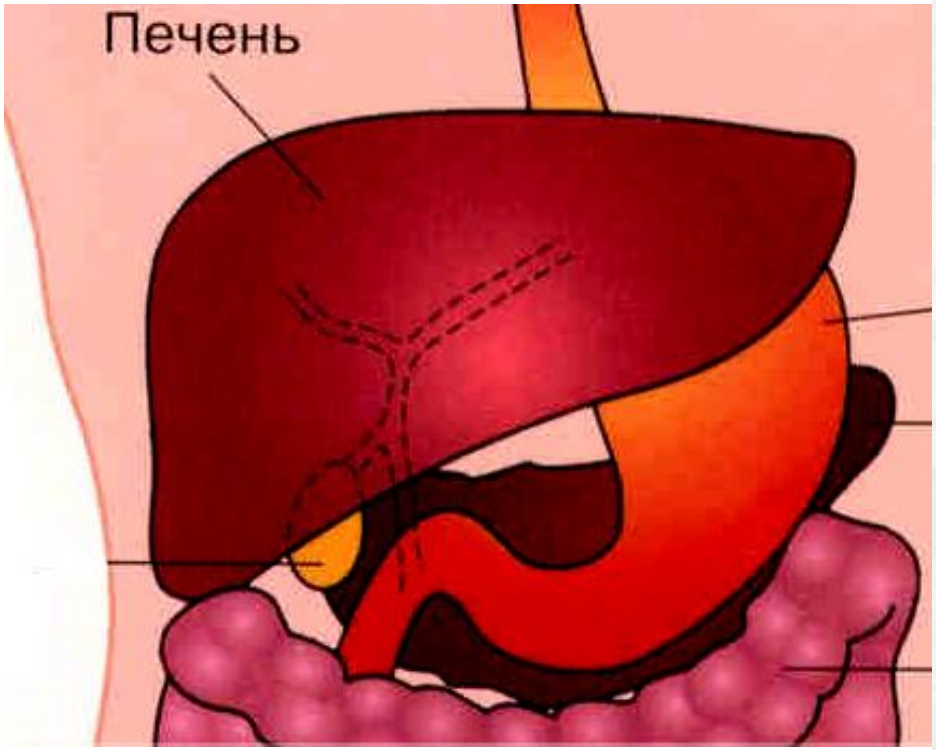
Особенности боли при патологии ЖП

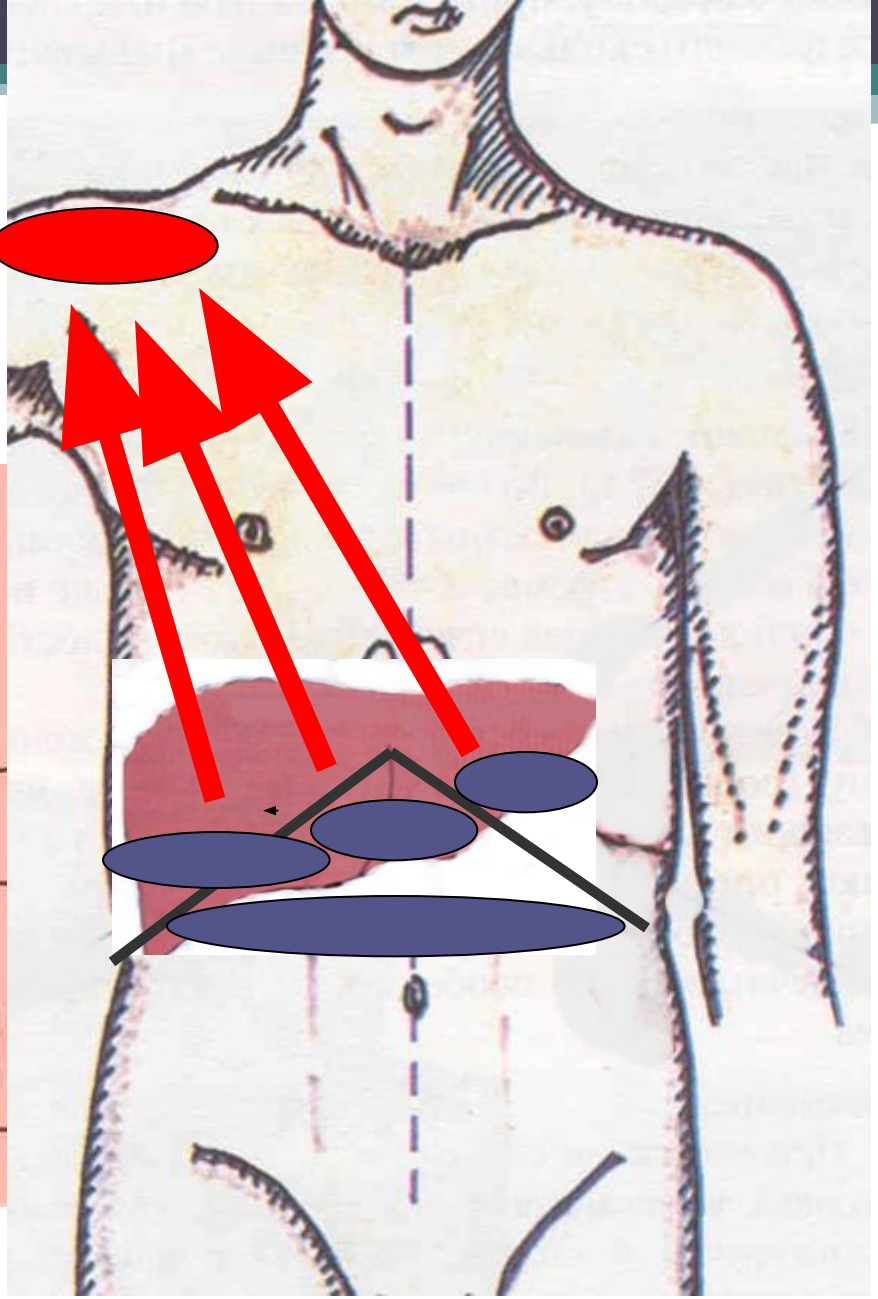






Боль при патологии печени





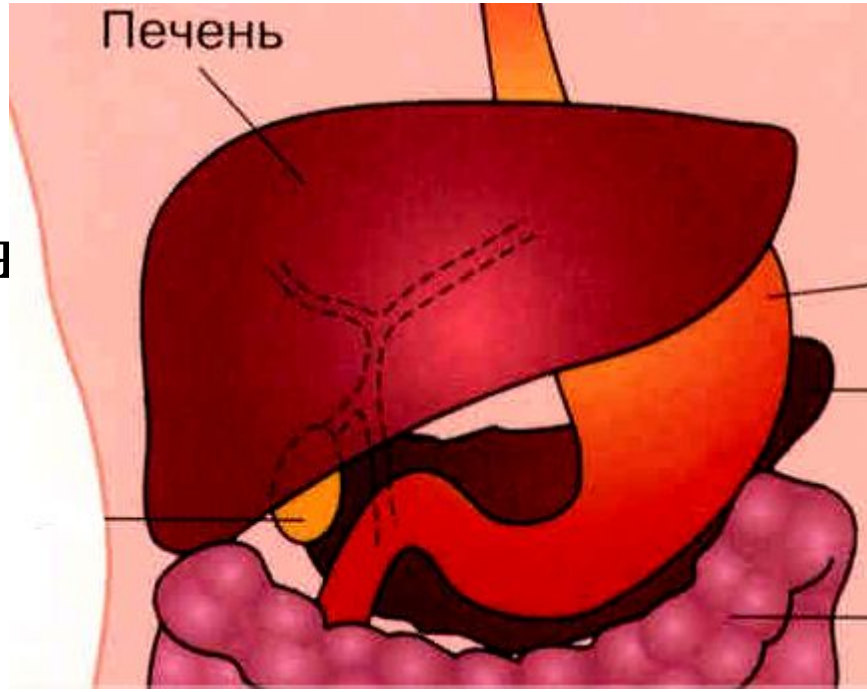
Боль при патологии печени

Локализация -
эпигастральная область и правое подреберье
Характер боли -
различный
Связана с

- ✔**жирной пищей**
- ✔**употреблением алкоголя**
- ✔**физической нагрузкой**

Иррадиация

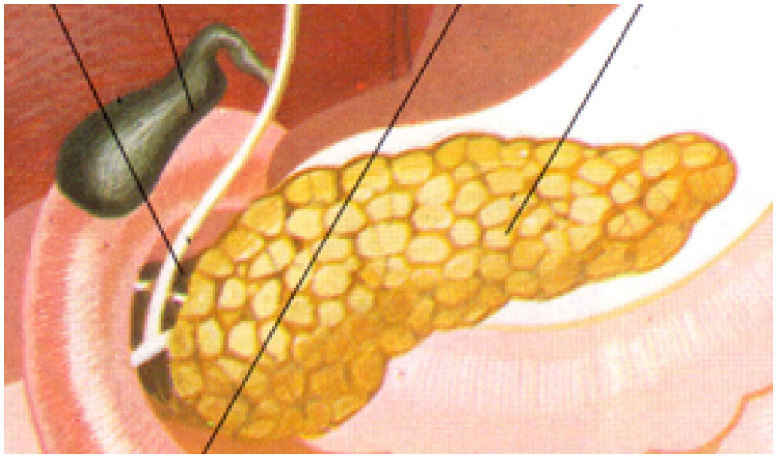
- ✔**правая лопатка**
- ✔**правое плечо**

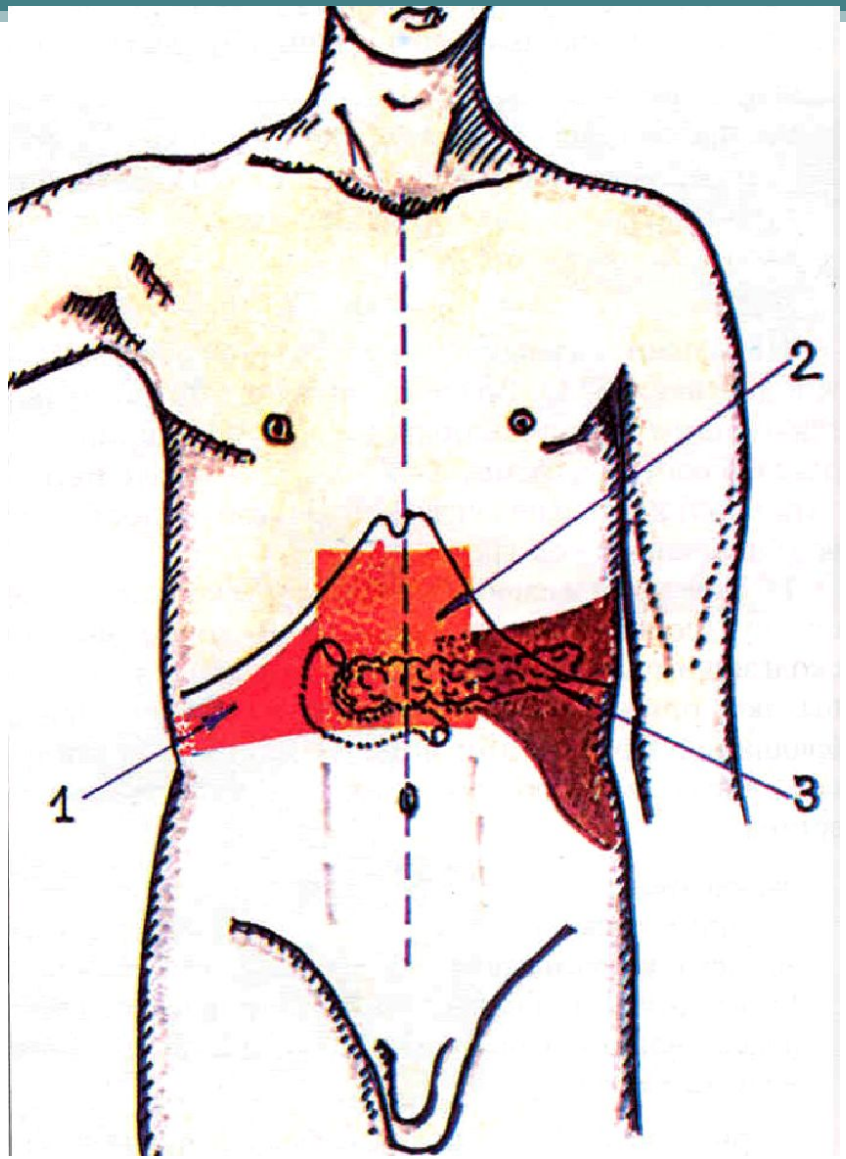


Особенности боли при патологии поджелудочной железы

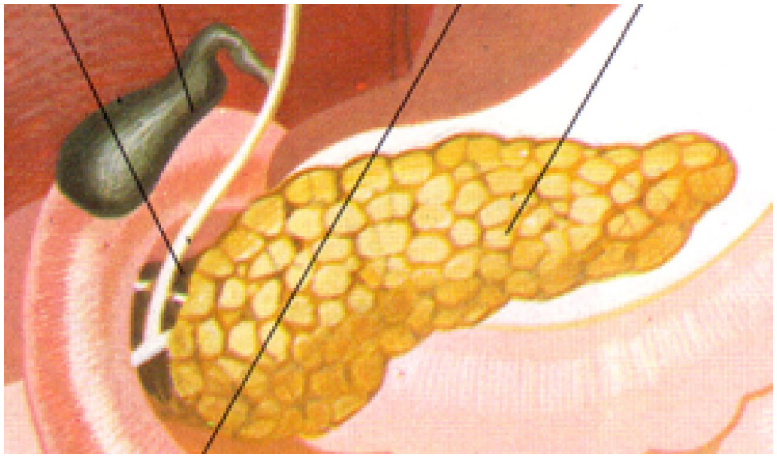
Боли локализуются в эпигастральной области, очень часто иррадиируют

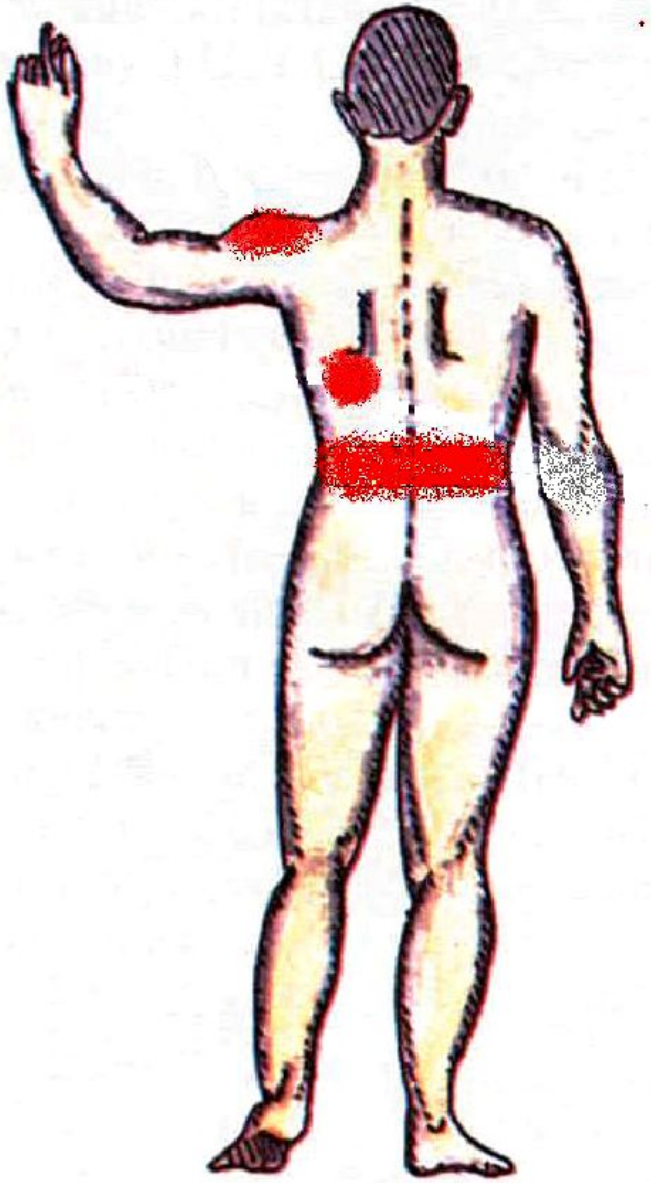
- в поясничную область,
- левое плечо,
- левую лопатку,
- левую половину шеи.

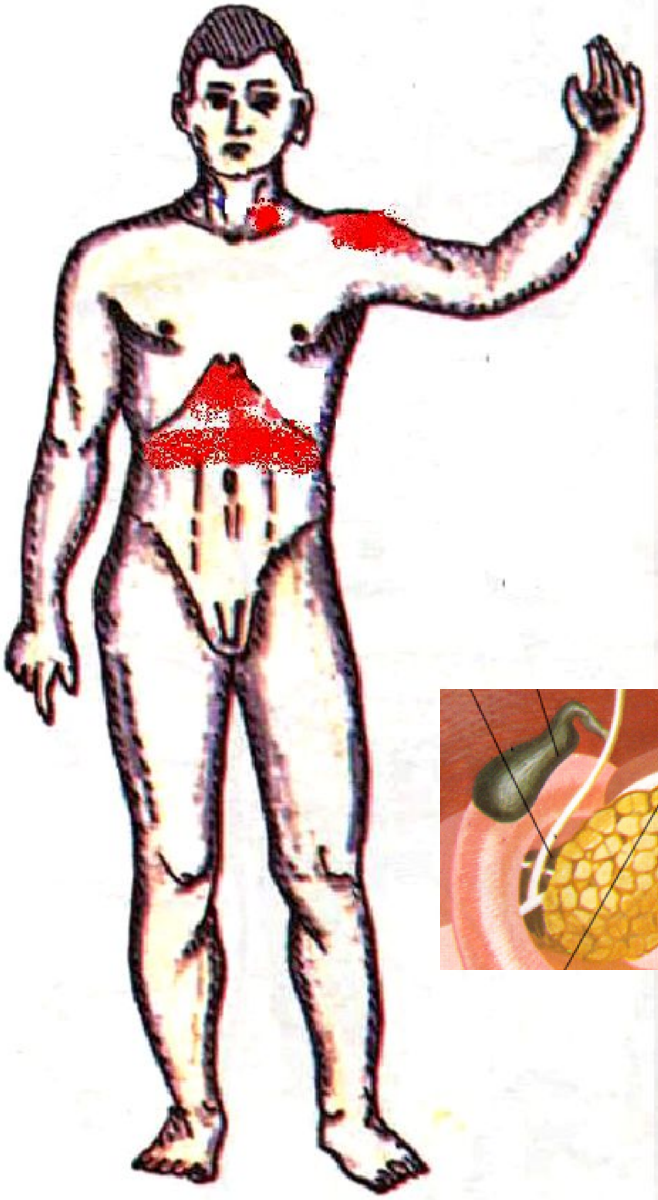


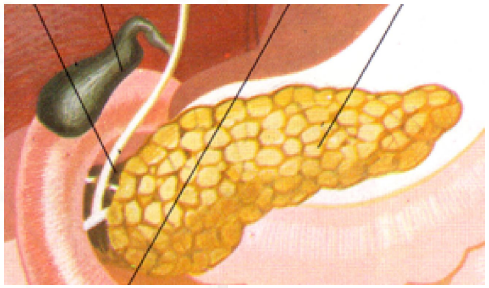


Локализация боли при панкреатите

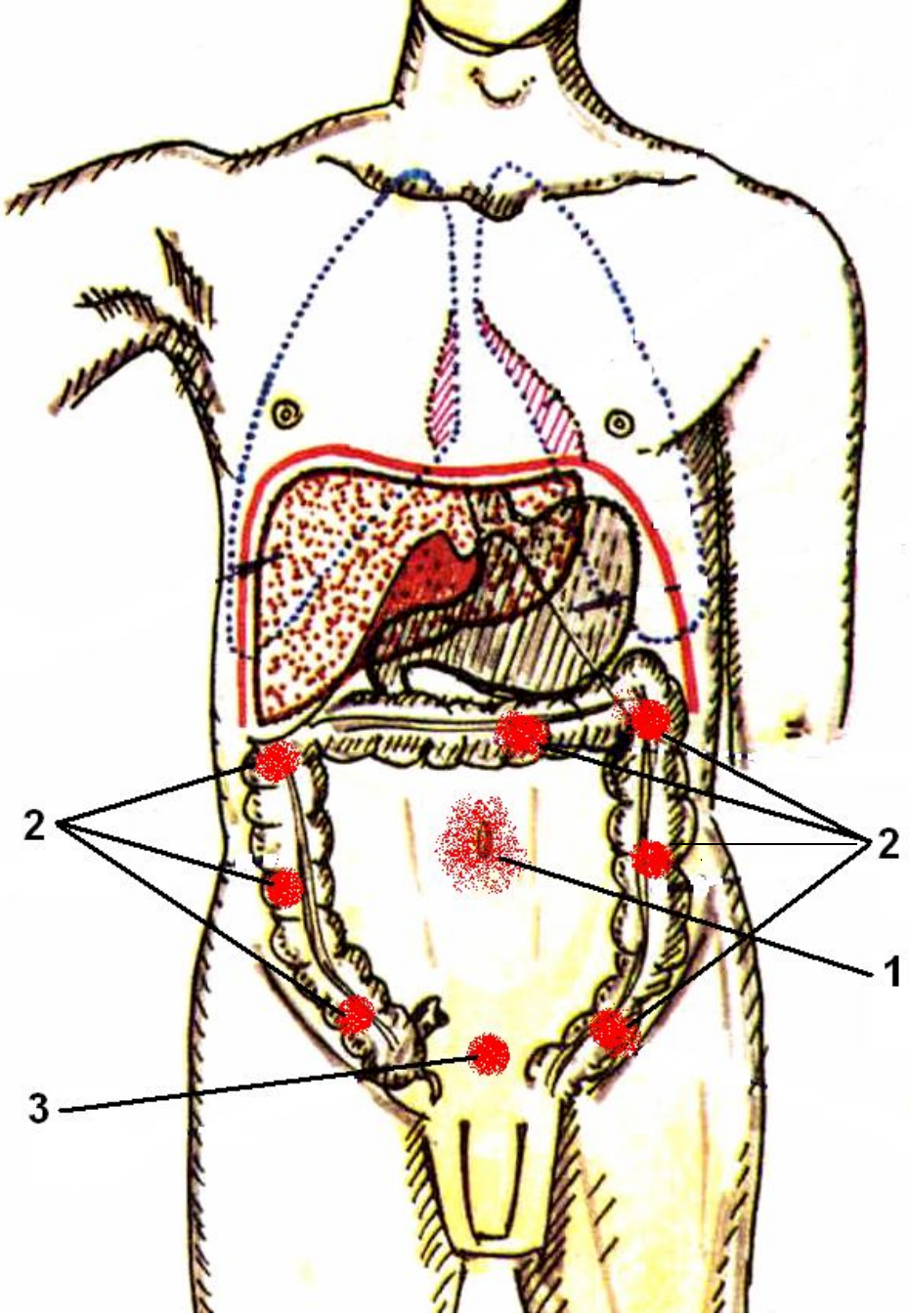








Иррадиация боли при панкреатите

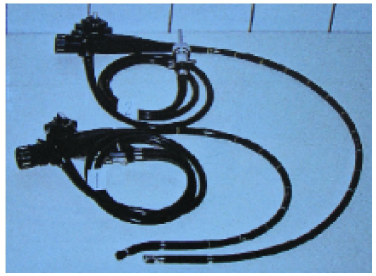


Локализация боли при патологии:

1 – тонкой кишки

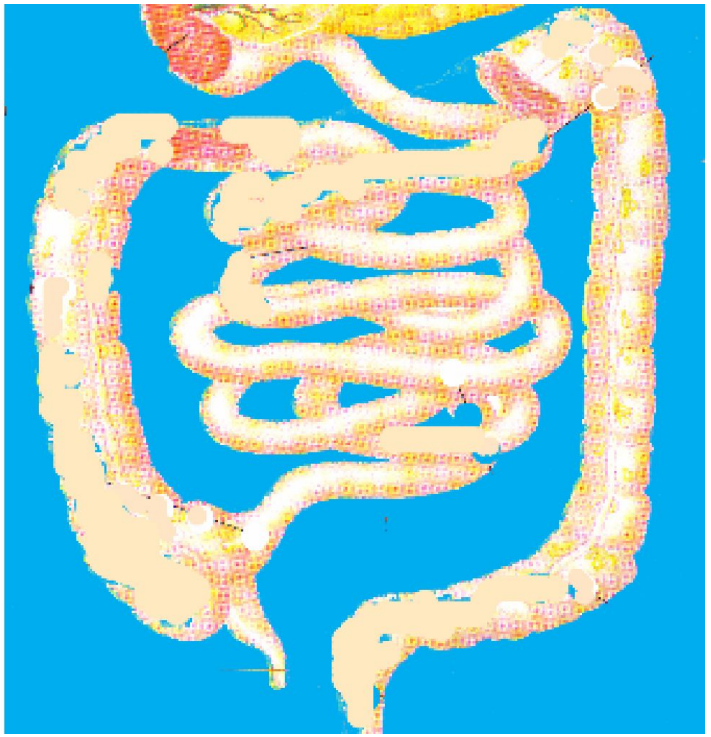
2 – толстой кишки

3 – прямой кишки



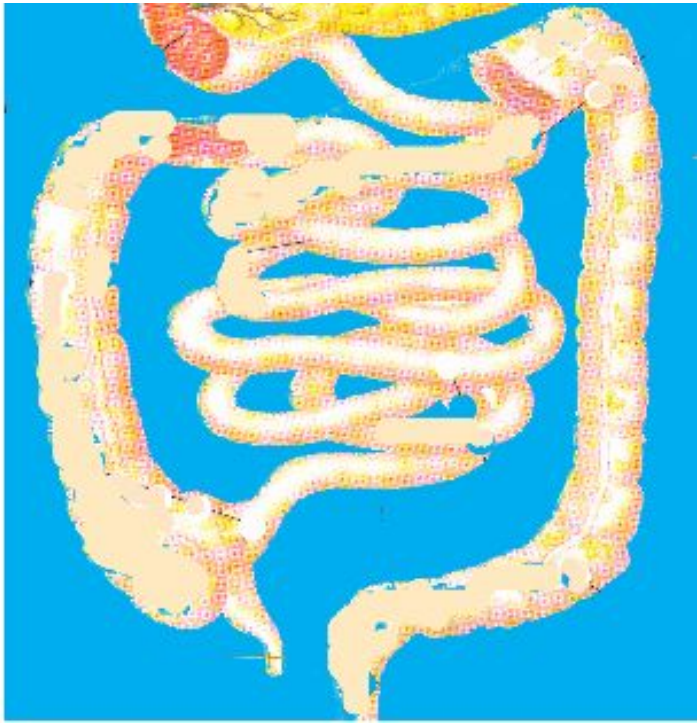
Особенности боли при патологии кишечника

- Боль быстро начинается и исчезает
- Если боль постоянная, как правило она ноющая
- Связь боли с актом дефекации (диарея, запор).



А также с наличием патологических примесей в кале, ***таких как:***

- **дегтеобразный кал** – мелена (кровотечение из верхних отделов пищевого канала)
- **алая кровь** в кале (кровотечение из нижних отделов пищевого канала)
- **слизь или гной** в кале.



Синдром "острого живота".

Термин "острый живот" является не диагнозом, а лишь собирательным понятием, характеризующим ситуацию катастрофы в брюшной полости при невыясненной причине, иногда патология распознается только на операционном столе. Этот термин был предложен более 50 лет назад и до настоящего времени им пользуются. Выражение "острый живот" несет информацию об остром хирургическом заболевании органов брюшной полости, при котором показана незамедлительная госпитализация в хирургическое отделение. По мере совершенствования своих знаний врачи все реже будут прибегать к диагнозу "острый живот", но отказываться от него сейчас нет никаких оснований.

Заболевания, вызывающие клинику "острого живота", можно разделить на следующие группы:

1. Острые заболевания воспалительного происхождения: острый аппендицит, острый холецистит, острый перитонит, флегмона желудка, кишечника, острый панкреатит.

2. Острые заболевания, вызываемые деструкцией органа: прободная язва желудка, кишечника, инфаркт кишечника, желудочно-кишечные кровотечения, разрыв маточной трубы при внематочной беременности.

3. Все виды кишечной непроходимости.

4. Открытые или закрытые повреждения органов брюшной полости.

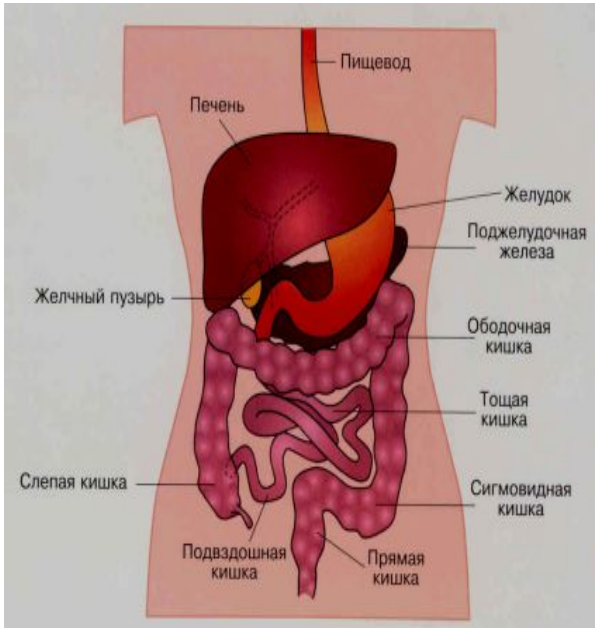
Одним из постоянных признаков "острого живота" являются боли.

Другими признаками являются:

- симптомы раздражения брюшины: ограниченное или распространенное напряжение мышц живота при пальпации (доскообразный живот), ограничение и исчезновение его дыхательных экскурсий, положительный симптом Щёткина-Блюмберга;
- симптомы, в основе которых лежит нарушение моторики ЖКТ
- явления сосудистого коллапса
- общие признаки воспаления

Синдром диспепсии

Диспепсия - это нарушение нормальной деятельности **желудка.** Может быть затрудненное и болезненное пищеварение.

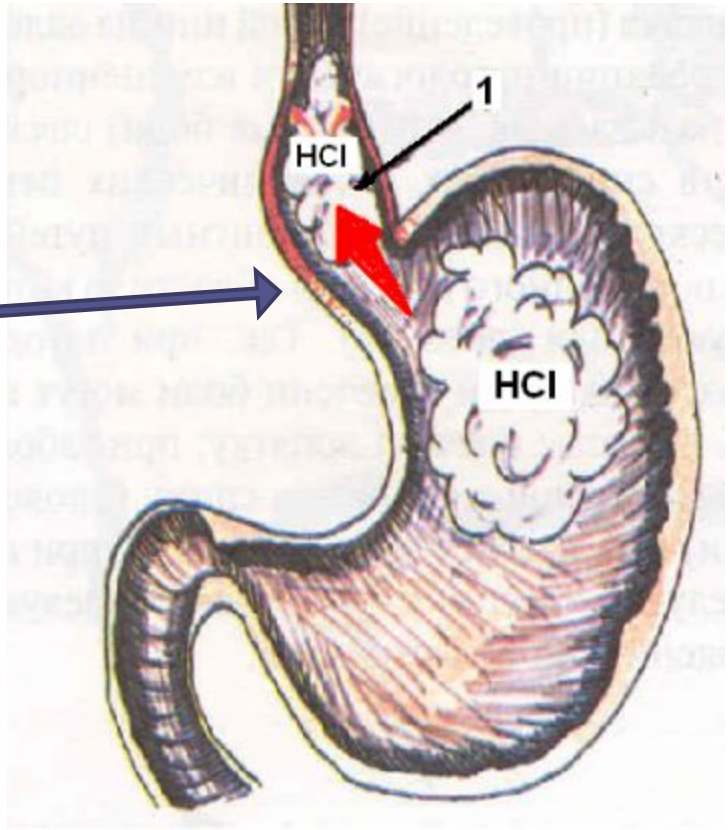


Дискомфорт, локализованный в собственно эпигастральной области.

- Ощущение переполнение **желудка** сразу после начала еды, независимо от объёма принятой пищи.
- Ощущение задержки пищи в желудке в эпигастрии.
- Чувство вздутия и распирания в эпигастрии, которое следует отличать от видимого вздутия живота.

а также

- **анорексия** (снижение или отсутствие аппетита.)
- **отрыжка,**
- **изжога,**
- **тошнота,**
- **рвота,**
- **вздутие живота и др.**



Органическая диспепсия

Если симптомы **диспепсии** обусловлены такими заболеваниями, как

- Язвенная болезнь желудка и 12 п.к.
- ГЭРБ,
- ЖКБ,
- Хронический панкреатит и др.

В таких случаях принято говорить о синдроме ***органической диспепсии***.

Функциональная диспепсия

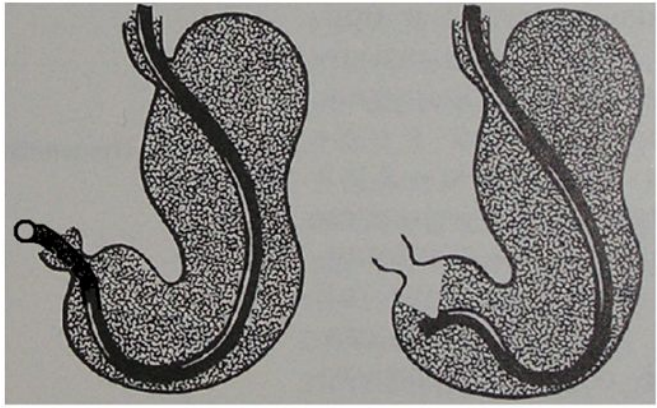
Диагноз ***функциональной диспепсии*** может быть поставлен при наличии трёх обязательных условий:

- У больного отмечаются постоянные и повторяющиеся симптомы диспепсии **(боли или ощущение дискомфорта, в эпигастрии**), превышающие по своей продолжительности 12 недель в течение года.

Продолжение

- При обследовании верхних отделов ЖКТ больного (эндоскопия, УЗИ и др.) не выявляется **органических заболеваний.**

- Симптомы не связаны с актом дефекации (т.е. нет признаков **синдрома раздражённого кишечника**).



Причины возникновения функциональной диспепсии

- Гиперсекреция ***соляной кислоты***.
- Инфицированность слизистой оболочки желудка ***Helicobacter pylori***.
- Нарушения моторики ***желудка*** и ***двенадцатиперстной кишки***.

✔Алиментарные погрешности (нарушения питания).

✔Приём лекарственных препаратов.

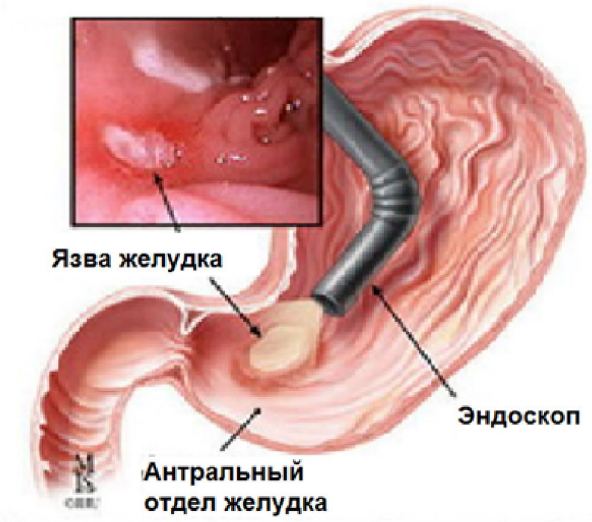
✔Нервно-психические стрессы.

Варианты функциональной диспепсии

Клинические проявления

- **Язвенноподобный вариант**

  У больных отмечаются боли в подложечной области (часто ночные и голодные), проходящие после приёма пищи и антацидных препаратов.



Язва желудка (рисунок и фотография)

Клинические проявления

- **Дискинетический вариант**

  У больных преобладают жалобы на чувство раннего насыщения и переполнения желудка после еды, дискомфорт, тошноту, ощущение вздутия в эпигастрии.

- **Неспецифический вариант**

  Жалобы больного бывает трудно отнести в ту или иную группу.

Диагностика функциональной диспепсии

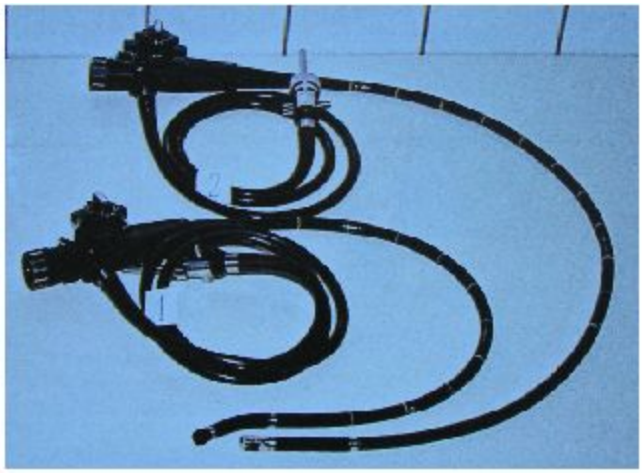
- Диагностика **функциональной диспепсии** предусматривает прежде всего исключение **органических заболеваний**, протекающих с аналогичными симптомами, и включает в себя методы исследования:

Инструментальные методы диагностики

- **Эзофагогастродуоденоскопия**- позволяет обнаружить эзофагит, пептическую язву, опухоли желудка и другие органические заболевания.
- **Ультразвуковое исследование** - даёт возможность выявить хронический панкреатит, ЖКБ.
- **Рентгенологическое исследование**.
- **Суточное мониторирование pH** - позволяет исключить гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь.

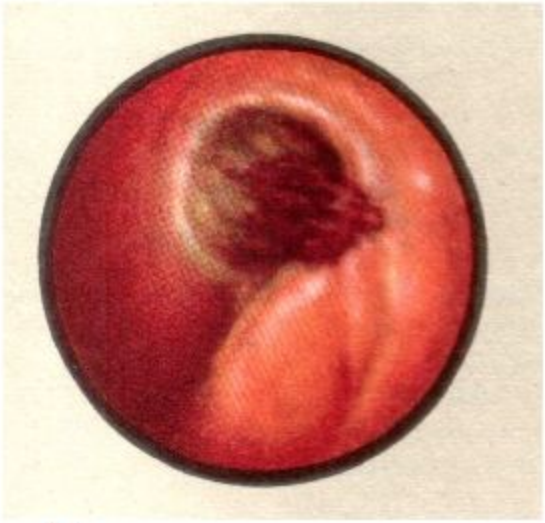
Эндоскопическое исследование

Нормальная слизистая желудка

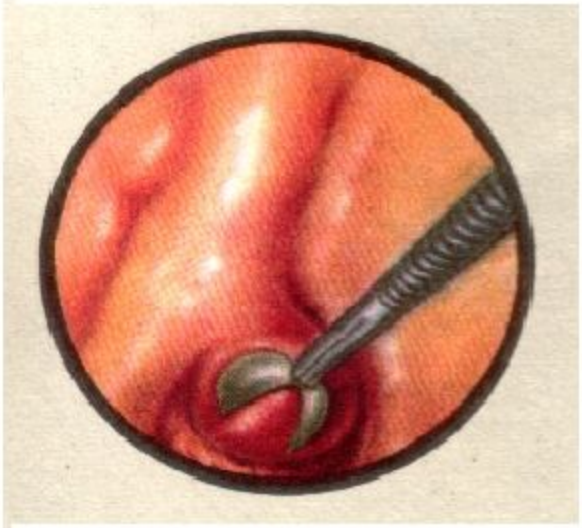


Эндоскопическое исследование желудка и 12 перстной кишки

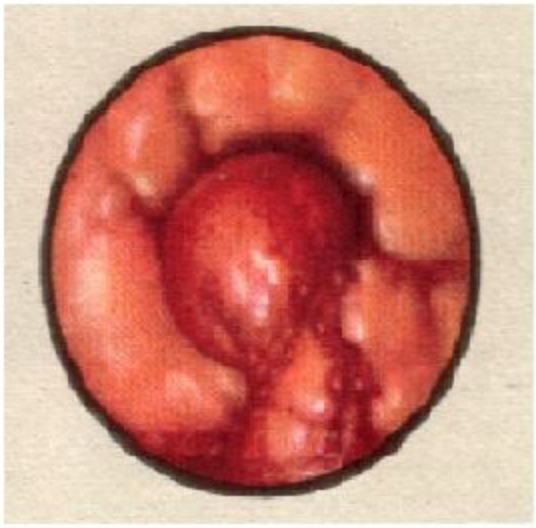
Синдром Меллори - Вейса



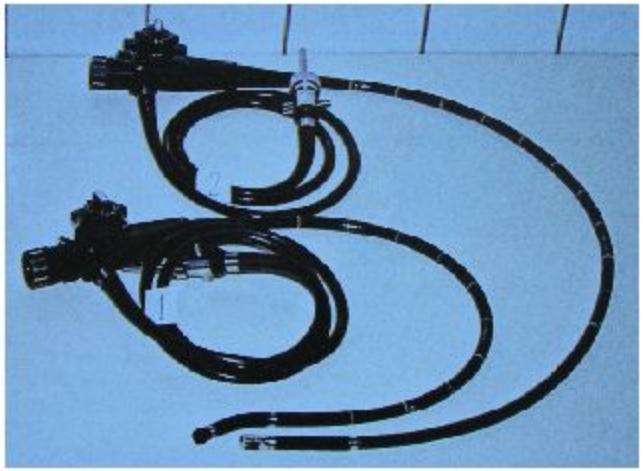
Хр. пептическая язва



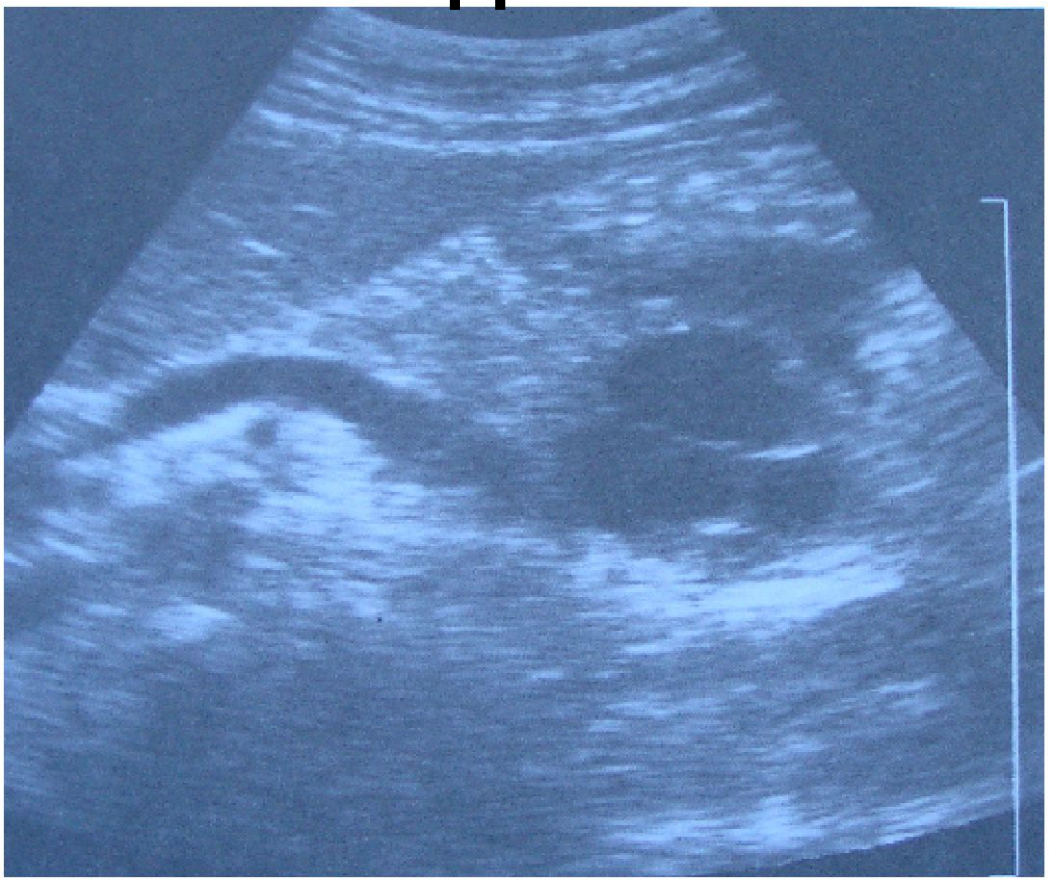
Биопсия слизистой



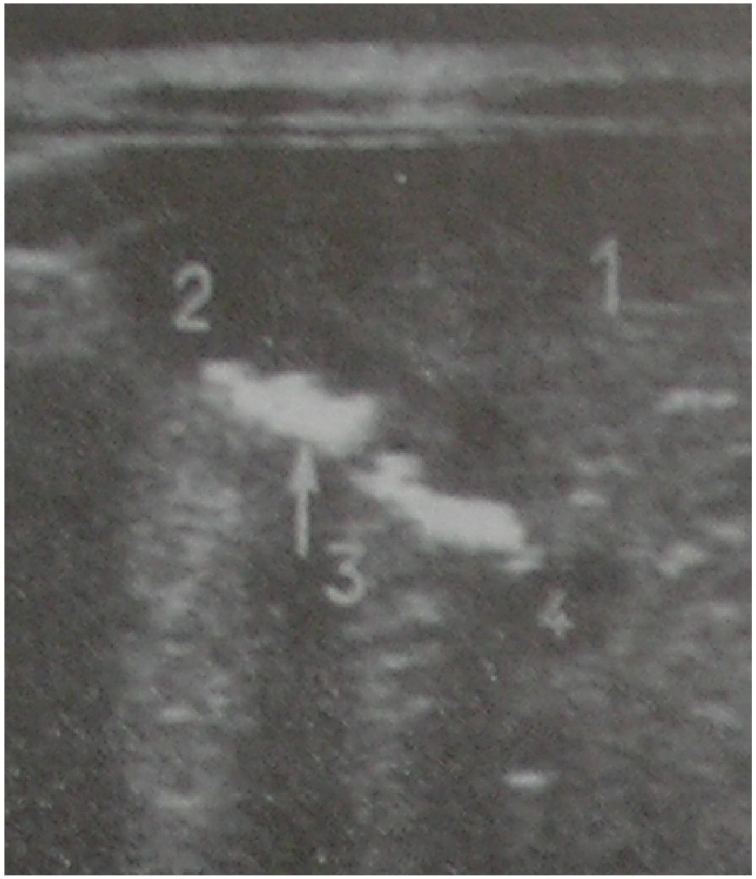
Кровоточащий полип



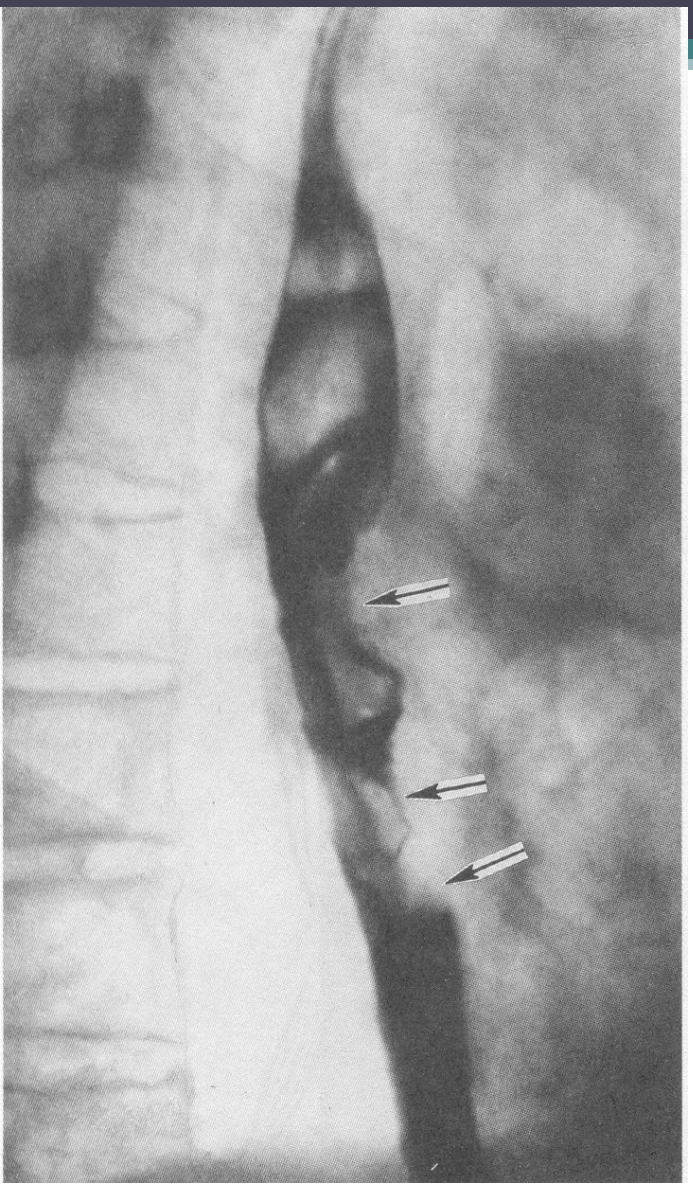
Ультразвуковое исследование



Поджелудочная железа.



Желчный пузырь

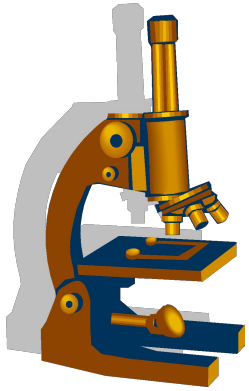


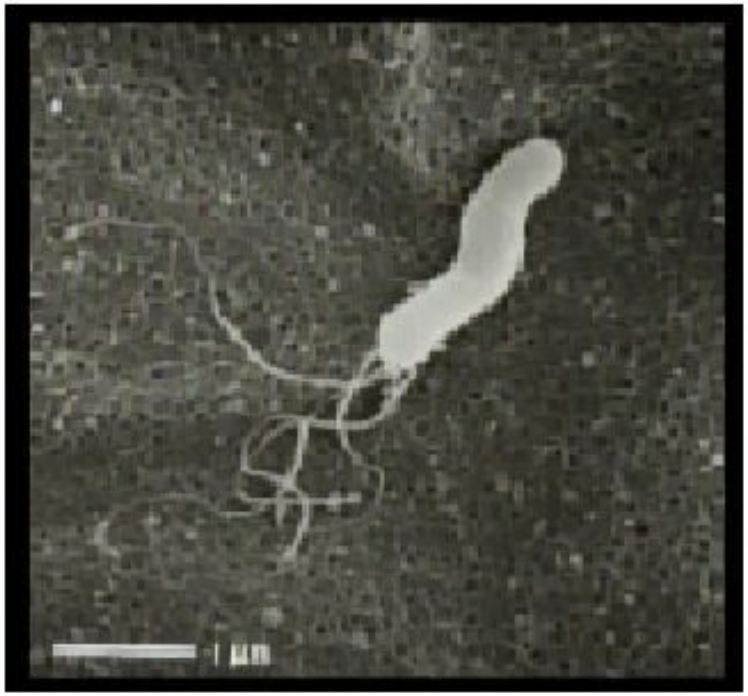
Рак пищевода

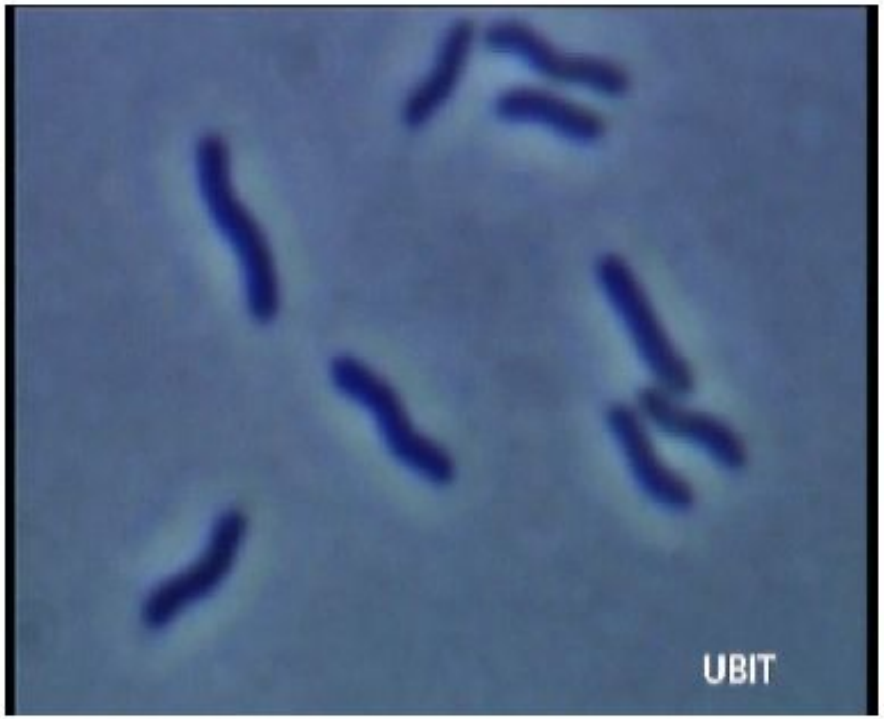
Рак желудка

Лабораторные методы диагностики

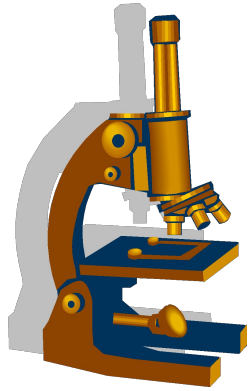
- Определение инфицированности слизистой оболочки желудка **Helicobacter pylori.**
- **Клинический анализ крови**.
- **Биохимический анализ крови**.
  - ✔ функциональные пробы печени
  - ✔ трансаминазы крови
  - ✔ амилаза крови и мочи ЩФ.
- **Общий анализ кала, анализ кала на скрытую кровь.**







Helicobacter pylori.



Синдром повышенной секреции желудка.

Усиление секреторной деятельности желудка проявляется в увеличении общего количества выделяемого желудочного сока (hypersecretio), и в увеличении содержания в нем соляной кислоты (hyperaciditas).

Для этого синдрома характерны следующие проявления: приступообразные боли в подложечной области, изжога, кислая отрыжка, часто повышенный аппетит, спастические запоры (запоры, как и гиперсекреция, обусловлены повышенным тонусом вагуса).

Синдром чаще наблюдается при язвенной болезни. При этом если боли возникают рано (0,5-1 час после еды) и локализуются слева от белой линии живота, можно полагать, что имеется язва малой кривизны желудка.

Если боли локализуются справа от белой линии живота и появляются через 2-3 часа после еды, особенно если появляются "голодные", "ночные" боли, то следует думать о язве привратника или двенадцатиперстной кишки.

Возникновение данного синдрома возможно при: хроническом гастрите типа «В", неврозах, некоторых заболеваниях брюшной полости (хронический аппендицит, хронический холецистит, синдром Золлитера-Эллисона.

Синдром пониженной секреции желудка.

Характеризуется атрофическими изменениями слизистой оболочки желудка и его секреторной недостаточностью (hyposecretio, hypoaciditias, anaciditas). При этом синдроме отмечаются симптомы желудочной диспепсии - неприятный вкус во рту, снижение аппетита, тошнота, особенно по утрам, отрыжка воздухом, иногда с неприятным запахом, урчание и переливание в животе, поносы или запоры.

Синдром встречается при гастрите типа «А", раке желудка, далеко зашедшем хроническом холецистите, у людей астенического телосложения, в пожилом и старческом возрасте, при общих тяжелых заболеваниях.

Клиника: тяжесть в эпигастрии после еды, ослабление аппетита, отрыжка, часто тухлым, склонность к поносам (гастрогенные поносы, не сопровождающиеся болями в животе), стул 3-5 раз в день, в кале нет слизи, крови.

При длительном течении - похудание, симптомы полигиповитаминоза, гипопротеинемия, нередко выраженного гипокортицизма, недостаточности других эндокринных желез (общая слабость, импотенция и др.), нормохромная или железодефицитная анемия. Часто возникает сопутствующий энтерит, кишечный дисбактериоз, панкреатит, холецистит.

В анализе желудочного сока: гипосекреция, гипоацидитас или ахилия (нет свободной соляной кислоты и пепсина).

Рентгенологические и эндоскопические изменения характерны для заболевания, вызывающего гипосекреторный синдром.

Синдром нарушения эвакуации из желудка.

Возникает в результате пилороспазма или пилоростеноза:

а) пилороспазм развивается при повышенном содержании свободной HCl (язвенная болезнь, хронический гастрит, невроз);

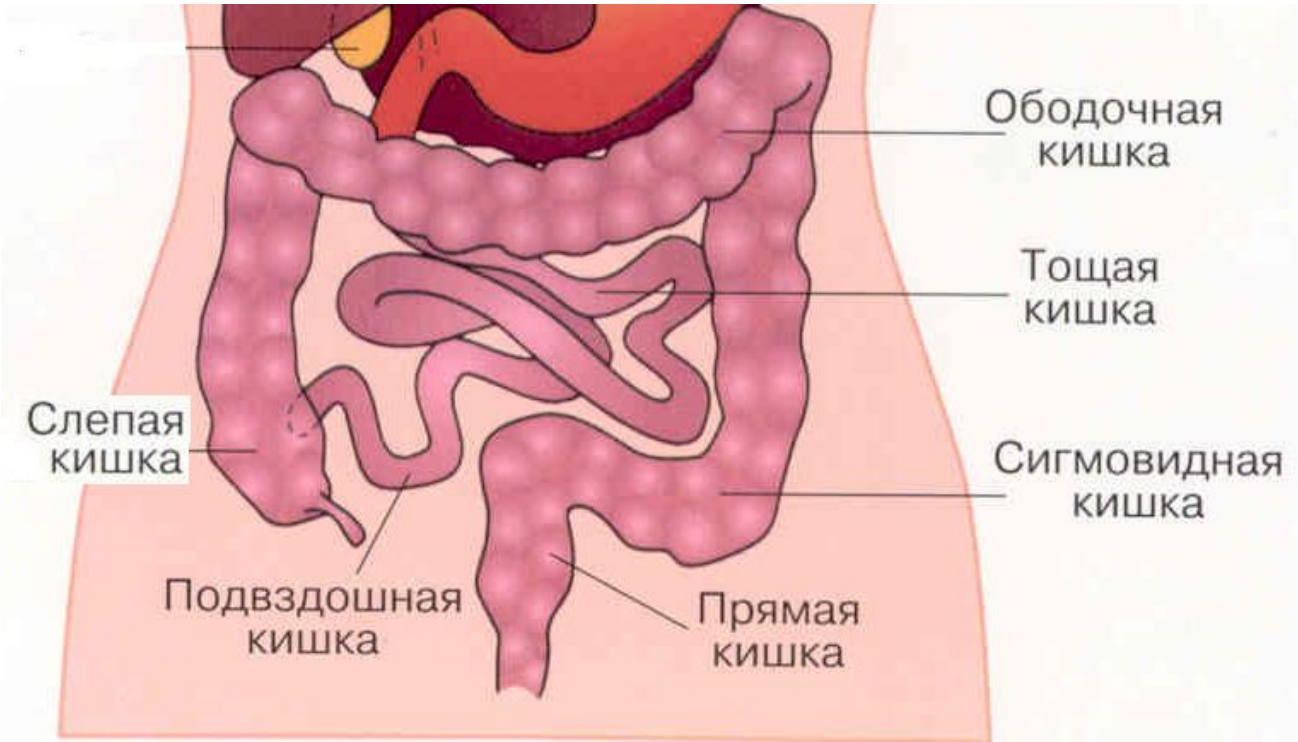
б) пилоростеноз развивается после язвенных поражений привратника и их рубцевания, после химического ожога или в результате опухоли.

Клиника: при пилороспазме и в начальной стадии стеноза (компенсированный стеноз) беспокоят приступы сильных болей на высоте пищеварения (1-2 часа после еды). При осмотре видны грубые перистальтические волны в эпигастрии.

Рентгенологически - грубые перистальтические волны желудка при стенозированном привратнике.

Синдром раздраженной кишки.

В последнее время полагают, что в основе заболевания лежит нарушение функции **вегетативной нервной системы.**



Согласно Римским критериям III, синдром раздражённого кишечника (СРК) определяется как функциональное расстройство, при котором боль или дискомфорт в животе уменьшаются после дефекации, связаны с изменением частоты дефекации и консистенции стула, возникают не менее 3 дней в месяц на протяжении последних 3 месяцев при общей продолжительности жалоб не менее 6 месяцев.

- Как и в случае других функциональных заболеваний ЖКТ, диагноз СРК устанавливается на основании соответствия симптомов пациента Римским критериям 3-го пересмотра при отсутствии органических причин для их возникновения.
- Наличие СРК не сопровождается повышением риска развития колоректального рака или воспалительных заболеваний кишечника и увеличением смертности. Возможно сочетание СРК с другими заболеваниями ЖКТ, в частности с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью и функциональной диспепсией.

- Несмотря на то, что СРК не оказывает влияния на смертность, заболевание может существенно ухудшать качество жизни пациентов и приводит к значительным прямым и непрямым затратам на его лечение и диагностику
- Встречается у 10-45% населения земного шара. Такой большой разброс цифр обусловлен зачастую качеством диагностики и вообще уровнем медицинской помощи в стране, особенностями менталитета. В 3-4 раза чаще, чем мужчины, болеют женщины репродуктивного возраста, поэтому распространенность заболевания оценить сложно. 40-70% пациентов, обращающихся к гастроэнтерологу, имеют симптомы СРК. Истинные больные СРК среди них составляют примерно 25-50%.

- Больные, обращающиеся за медицинской помощью – **«пациенты» -** наблюдаются у врачей общей практики; **«непациенты» -** это часть больных, предпочитающих лечиться самостоятельно; **«суперпациенты»**, или «неудовлетворённые больные» - прошли массу исследований, резистентные к назначаемой терапии и сосредоточили свою жизнь и жизнь своих близких вокруг кишечных симптомов – контингент гастроэнтерологов.

Этиологические факторы, рассматривающиеся в качестве предрасполагающих

- **Наследственная предрасположенность:** генетическая предрасположенность и низкий вес при рождении (менее 2,5 кг) увеличивает риск развития СРК, и первые симптомы заболевания при этом диагностируются на 8 лет раньше, чем у лиц, родившихся с нормальным весом.· .
- **Перенесенные кишечные инфекции** – постинфекционная форма составляет 24-32% среди всех случаев СРК и наблюдается через 3 месяца после перенесенной острой кишечной инфекции: шигеллеза, лямблиоза, сальмонеллеза, чаще определяется у женщин с психоневротическими чертами.

Этиологические факторы, рассматривающиеся в качестве предрасполагающих

- **Психоэмоциональные травмирующие ситуации:** экстремальные социальные условия, потеря родителей в раннем возрасте, тяжелая болезнь близких, развод родителей, сексуальные домогательства; изменения психической сферы в виде тревожных и депрессивных расстройств встречаются у 70% больных СРК.

- **Избыточная микробная контаминация тонкой кишки и дисбиоз толстой кишки:** обнаруживается гемолизирующая флора, кишечная палочка со слабыми ферментативными свойствами, преобладание условно-патогенных микробов или их ассоциаций.
- **Особенности режима питания и алиментарные факторы:** торопливость в еде и отказ от завтрака подавляют нормальное функционирование желудочно-кишечного рефлекса и вызывают запор;

  наличие завтрака с включением пищевых волокон стимулирует двигательную активность левых отделов ободочной и прямой кишки и обеспечивает своевременное опорожнение кишечника в утренние часы после принятия пищи. **Пищевая непереносимость**, например молока.

Клинические проявления синдрома

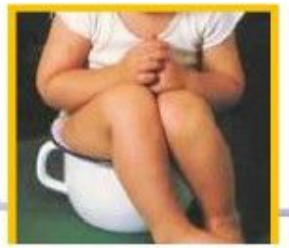
Особенности боли

- нерегулярные приступообразные боли в животе, стихающие после опорожнения кишечника
- боли без четкой локализации носят различный по интенсивности и продолжительности характер

КЛАССИФИКАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ СРК

В зависимости от характера изменений стула выделяют четыре возможных варианта СРК:

- **СРК с запорами** *(твёрдый или фрагментированный стул ≥25%, жидкий или водянистый стул <25% всех актов дефекации)*
- **СРК с диареей** *(жидкий или водянистый стул ≥25%, твёрдый или фрагментированный стул <25% всех актов дефекации)*
- **смешанная форма СРК** *(твёрдый или фрагментированный стул ≥25%, жидкий или водянистый стул ≥25% всех актов дефекации)*
- **неклассифицируемая форма СРК** *(недостаточно данных для установления диагноза СРК с запором, СРК с диареей или смешанной формы СРК)*



Клинические рекомендации по диагностике и лечению больных СРК/ Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии; 2-2014

- В основу данной классификации положена форма стула по Бристольской шкале, которая легко понимается больными и позволяет быстро идентифицировать характер нарушений стула.
- Следует тщательно оценить правильность понимания пациентами терминов «запор» и «понос». Так, многие больные с СРК, жалующиеся на диарею, имеют в виду частую дефекацию, при которой стул остается оформленным; пациенты с «запором» могут предъявлять жалобы на дискомфорт в аноректальной области при дефекации, а не на редкое опорожнение кишечника или плотные каловые массы.
- Для описания консистенции стула может применяться Бристольская шкала формы кала, согласно которой плотному стулу соответствуют типы 1 и 2, а жидкому – типы 6 и 7 (Таблица 1)

Таблица 1. Бристольская шкала формы кала

Большое время транзита (100 часов)

Тип 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
Тип 2	В форме колбаски, но комковатый	
Тип 3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью	
Тип 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий	
Тип 5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями	
Тип 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул	
Тип 7	Водянистый, без твердых частиц	

Короткое время транзита (10 часов)

- Больной может характеризовать боль как неопределённую, жгучую, тупую, ноющую, постоянную, кинжальную, выкручивающую.
- Боль локализована преимущественно в подвздошных областях, чаще слева. Обычно усиливается после приёма пищи, уменьшается после акта дефекации, отхождения газов, приёма спазмолитических препаратов.
- У женщин боль усиливается во время менструаций.
- Важной отличительной особенностью болевого синдрома при СРК считают отсутствие боли в ночные часы. Более характерен преходящий, чем постоянный, характер боли.

Метеоризм и дистензионная боль

На границе раздела жидкость-газ газ принимает форму пузырьков, каждый из которых окружен слоем слизи

↓

При избыточном газообразовании слизистая пена покрывает поверхность слизистой оболочки кишки

↓

Газовая пена затрудняет доступ пищеварительных ферментов к химусу, нарушает всасывание нутриентов и абсорбцию газов

↓

Газовая пена приводит к повышению внутрипросветного давления и появлению ***дистензионной*** абдоминальной боли

↓

При растяжении газами кишечника развиваются рефлекторные спазмы, усиливается ***спастическая*** абдоминальная боль

Негастроэнтерологические симптомы

- Головная боль, ощущение внутренней дрожи, ощущение неполного вдоха, боль в спине, боли в поясничной области, мышечные и суставные боли;
- урологические симптомы (никтурия, учащенные и императивные позывы к мочеиспусканию, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря);
- нарушение ночного сна очень часто выходят на первый план и приводят к снижению качества жизни пациентов с СРК.
- Кроме того, у больных СРК следует оценить наличие эмоциональных нарушений, таких как тревожное, депрессивное или ипохондрическое расстройство.
- При обследовании больных СРК обращает на себя внимание несоответствие между большим количеством предъявляемых жалоб, длительным течением заболевания и удовлетворительным общим состоянием больного.

- **Диагноз СРК является диагнозом исключения, который устанавливают после тщательного обследования больного, позволяющего исключить у него наличие органических болезней пищеварительного тракта.**

Диагностический оптимум СРК:

- клинический и биохимический анализы крови;
- анализы кала: общий и на скрытую кровь
- бактериоскопическое исследование кала и желчи;
- УЗИ органов брюшной полости;
- ректороманоскопия или колоноскопия;
- гинекологическое обследование;
- консультация психотерапевта

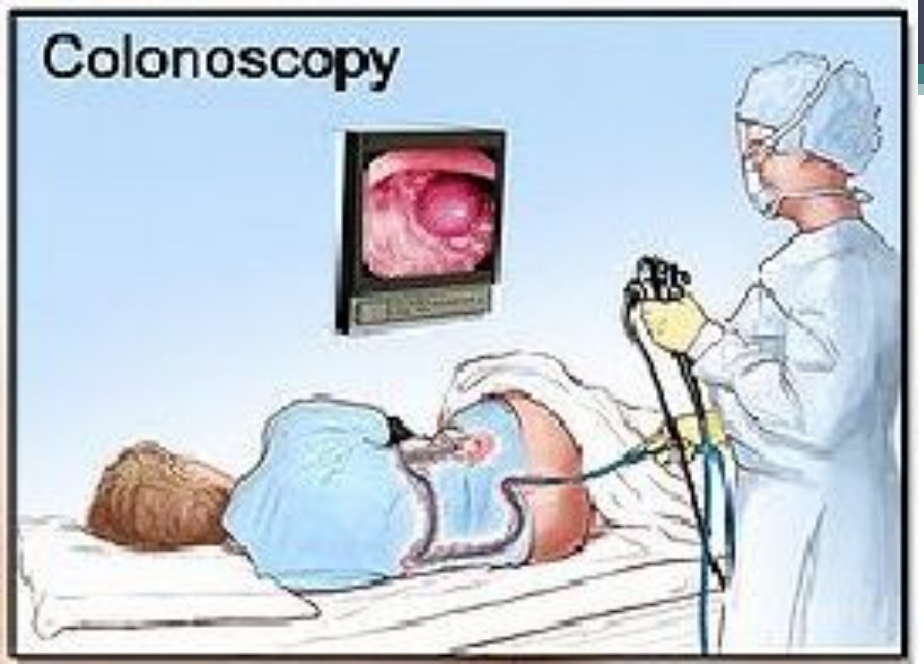
Рентгенологическое исследование

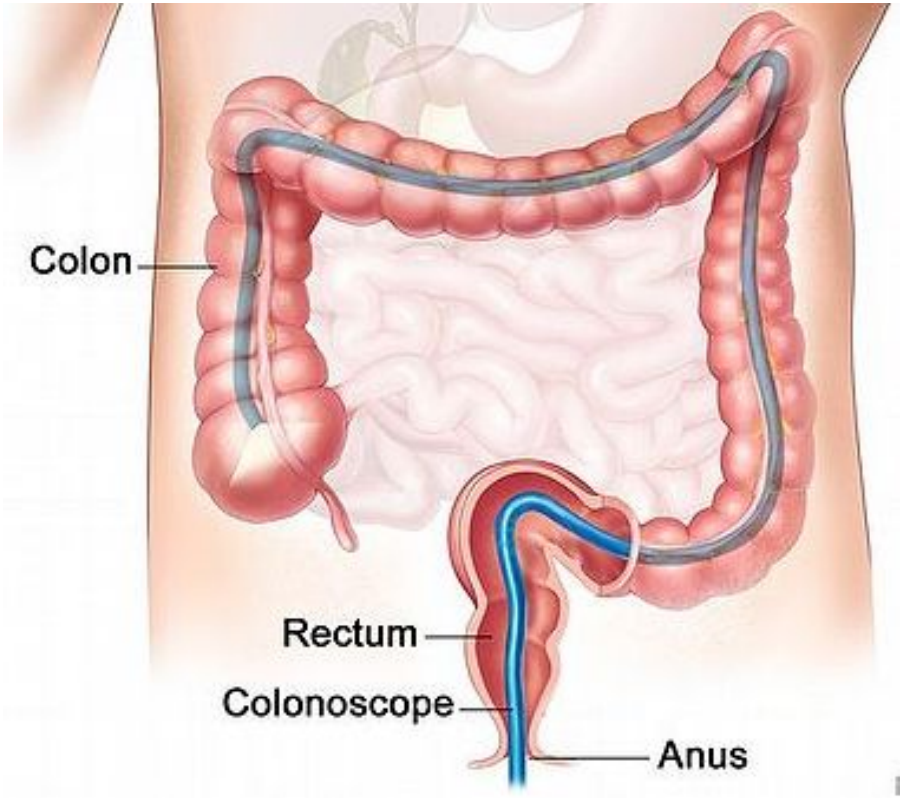
- При **ирригоскопии** обнаруживают множественные ассиметричные сокращения, спастические сужения в различных участках толстой кишки

Рентгенологическое исследование (ирригоскопия)

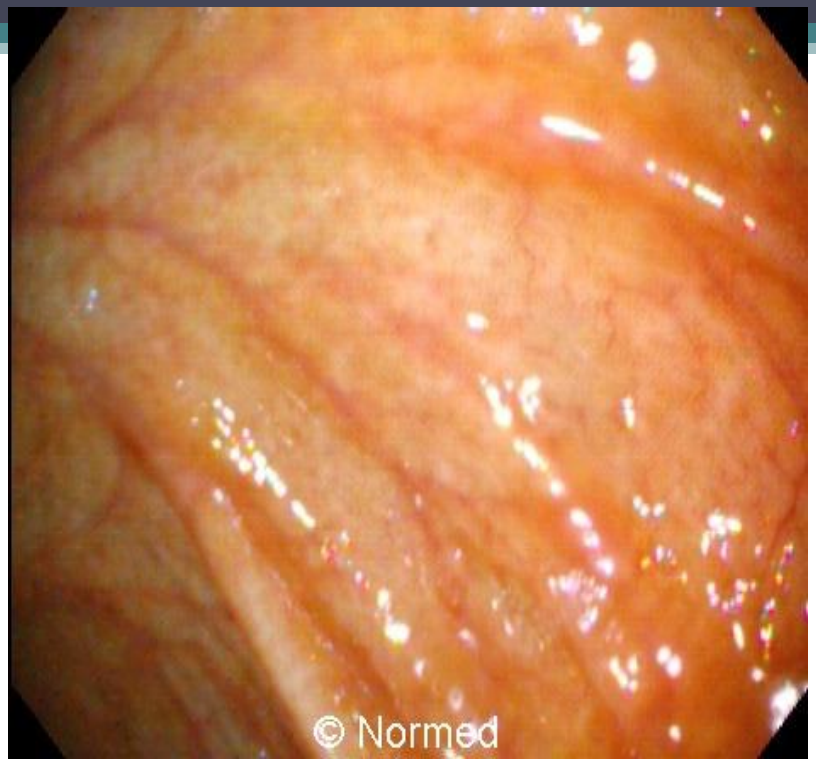
RRS (ректороманоскопия)
ФКС (фиброколоноскопия)

- При эндоскопии слизистая оболочка кишки может быть **не изменена** или гиперемирована, отёчна, покрыта слизью

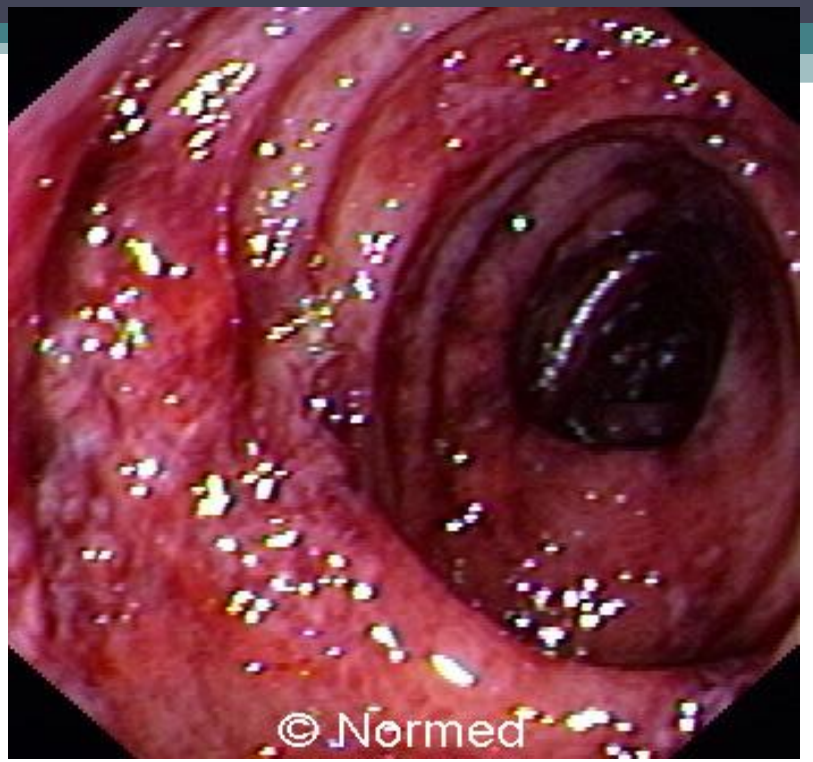




Фиброколоноскопия



Неизмененная слизистая толстой кишки

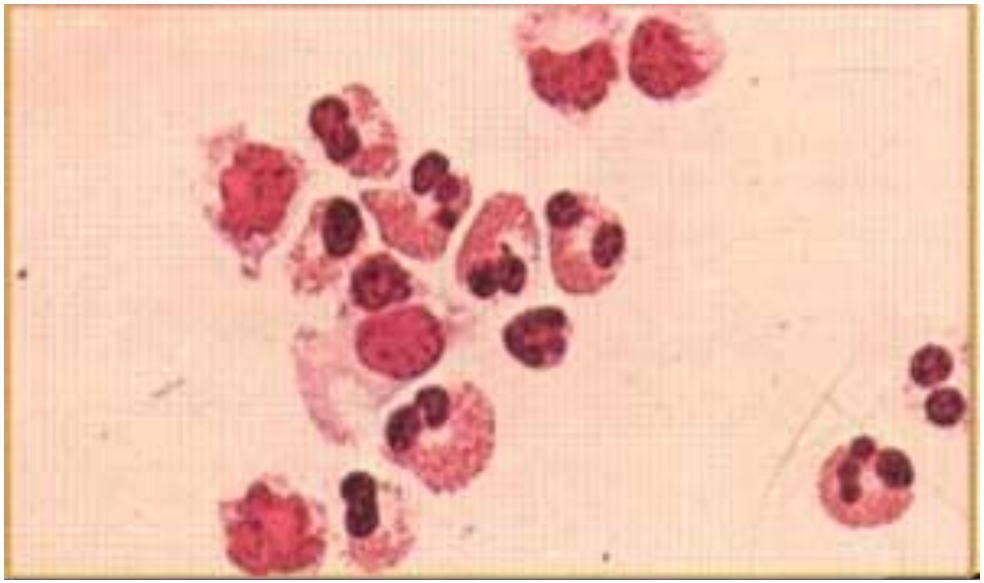


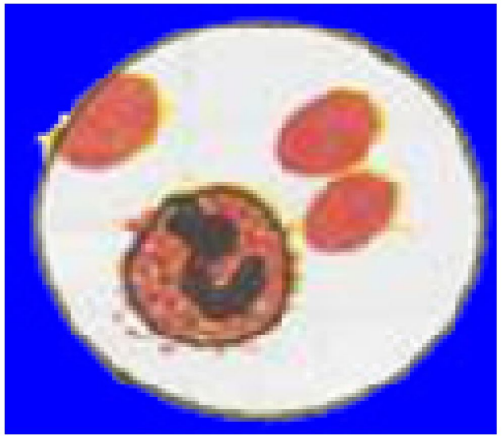
Воспаленная, отечная слизистая оболочка. (неспецифический язвенный колит)

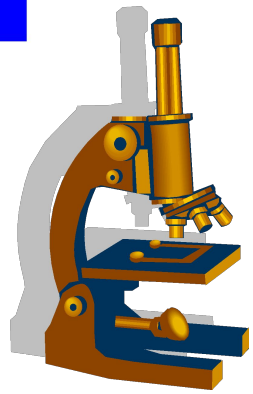
Фиброколоноскопия

Микроскопия слизи

- При микроскопии в слизи обнаруживают **эозинофилы**







Синдром мальабсорбции

Синдром мальабсорбции — нарушение всасывания из тонкой кишки пищевых веществ.

Выделяют **мальдигестию** (нарушение переваривания пищи, вследствие чего нарушается всасывание в кишечнике)
Сочетание **мальдигестии и мальабсорбции - синдром *мальассимиляции.***

I. ***Нарушение переваривания (мальдигестия):***

1. **Дефицит энзимов** и частично бикарбонатов поджелудочной железы (хронический панкреатит).
2. **Дефицит солей желчных кислот** — недостаточное эмульгирование жиров (патология печени и желчных путей).
3. **Недостаточное смешивание пищи с желчью и соком поджелудочной железы** (гастроеюностомия).

II. Нарушение всасывания (мальабсорбция).

1. **Повреждение слизистой тонкой кишки** (глютеновая энтеропатия, хр. атрофические энтериты, стронгилоидоз и др.).
2. **Уменьшение всасывательной поверхности тонкой кишки** (резекция, анастомоз между желудком и толстой кишкой).
3. **Болезни стенок тонкой кишки** (болезнь Крона, амилоидоз, кишечная липодистрофия — болезнь Уиппла).

Продолжение

4. **Расстройства кровоснабжения** тонкой кишки.
5. **Дефицит энзимов** тонкой кишки.
6. **Расстройства моторики тонкой кишки**.
7. **Дисбактериоз** кишечника — вследствие длительного лечения антибиотиками.

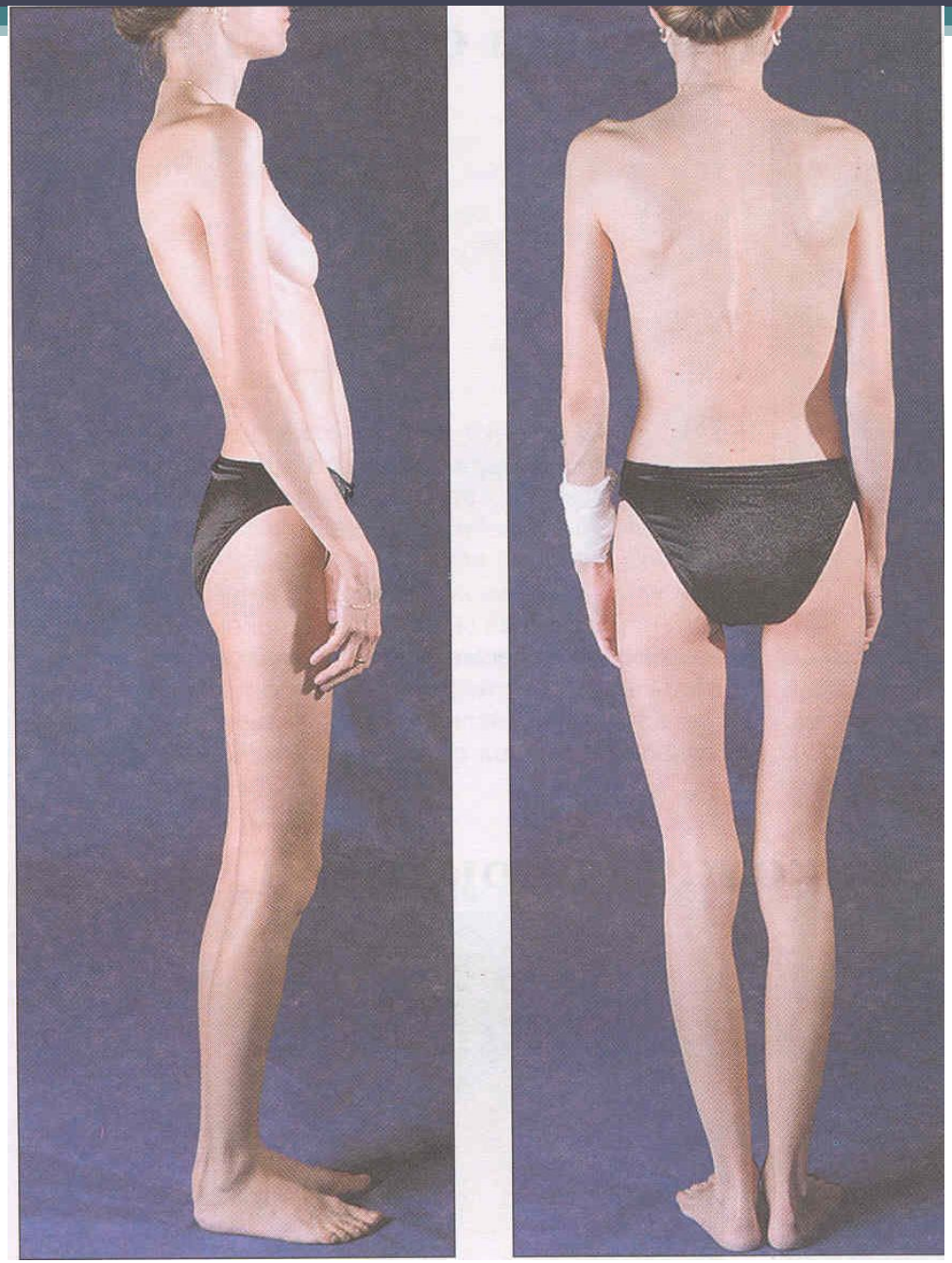
Клинические симптомы

- Ведущий и ранний симптом — **диарея**.
- Один из наиболее ранних и частых симптомов — **стеаторея,**
- **Метеоризм** — вздутие живота в результате скопления газов в кишечнике.
- **Флатуленция** — обильное выделение газов из желудка и кишечника

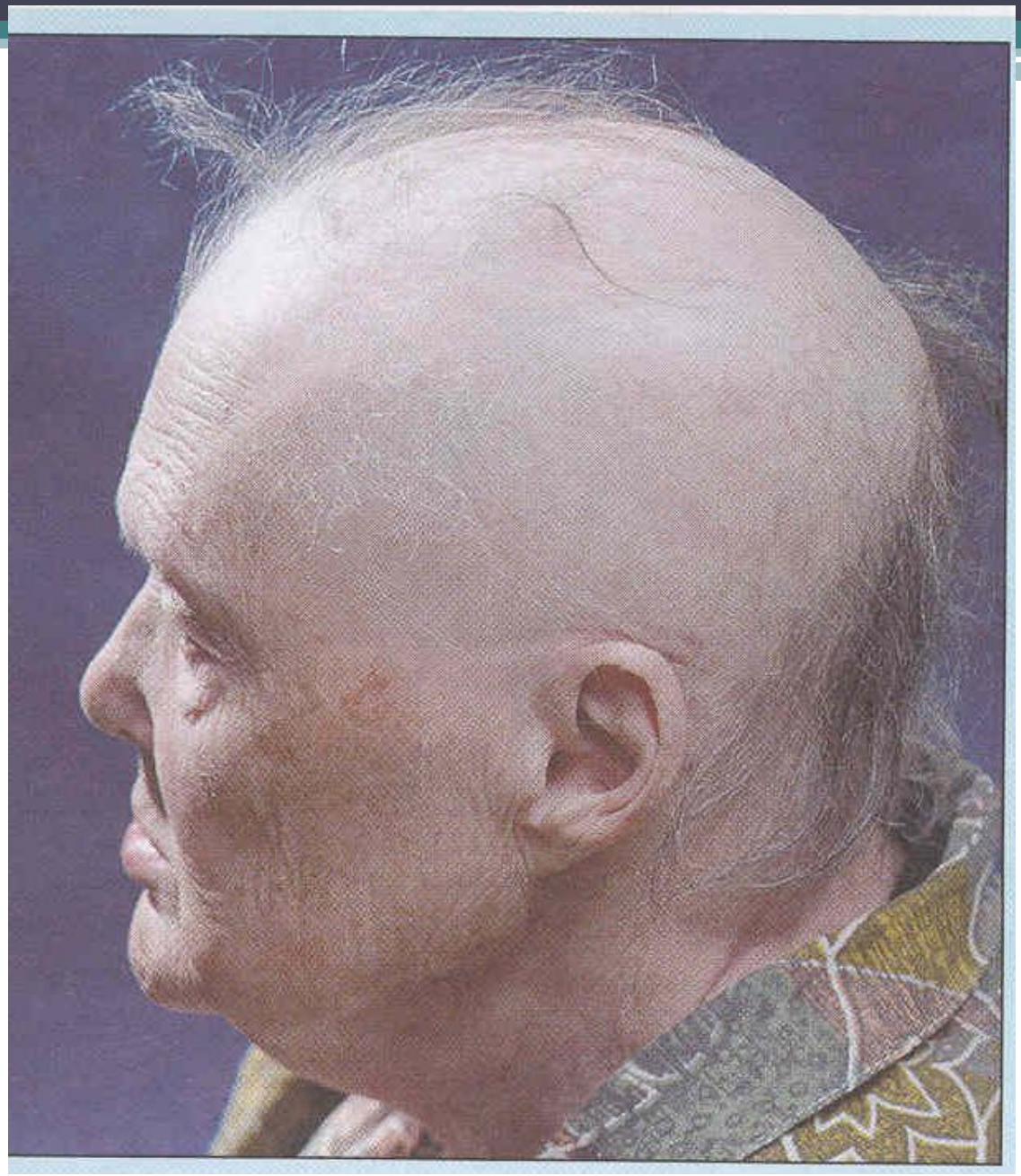
Выражены общие симптомы:

- Исхудание (кахексия),
- Мышечная гипотрофия,
- Сухость кожи,
- Выпадение волос,
- Ломкость ногтей.

Сухость кожи,



Исхудание (кахексия), мышечная гипотрофия

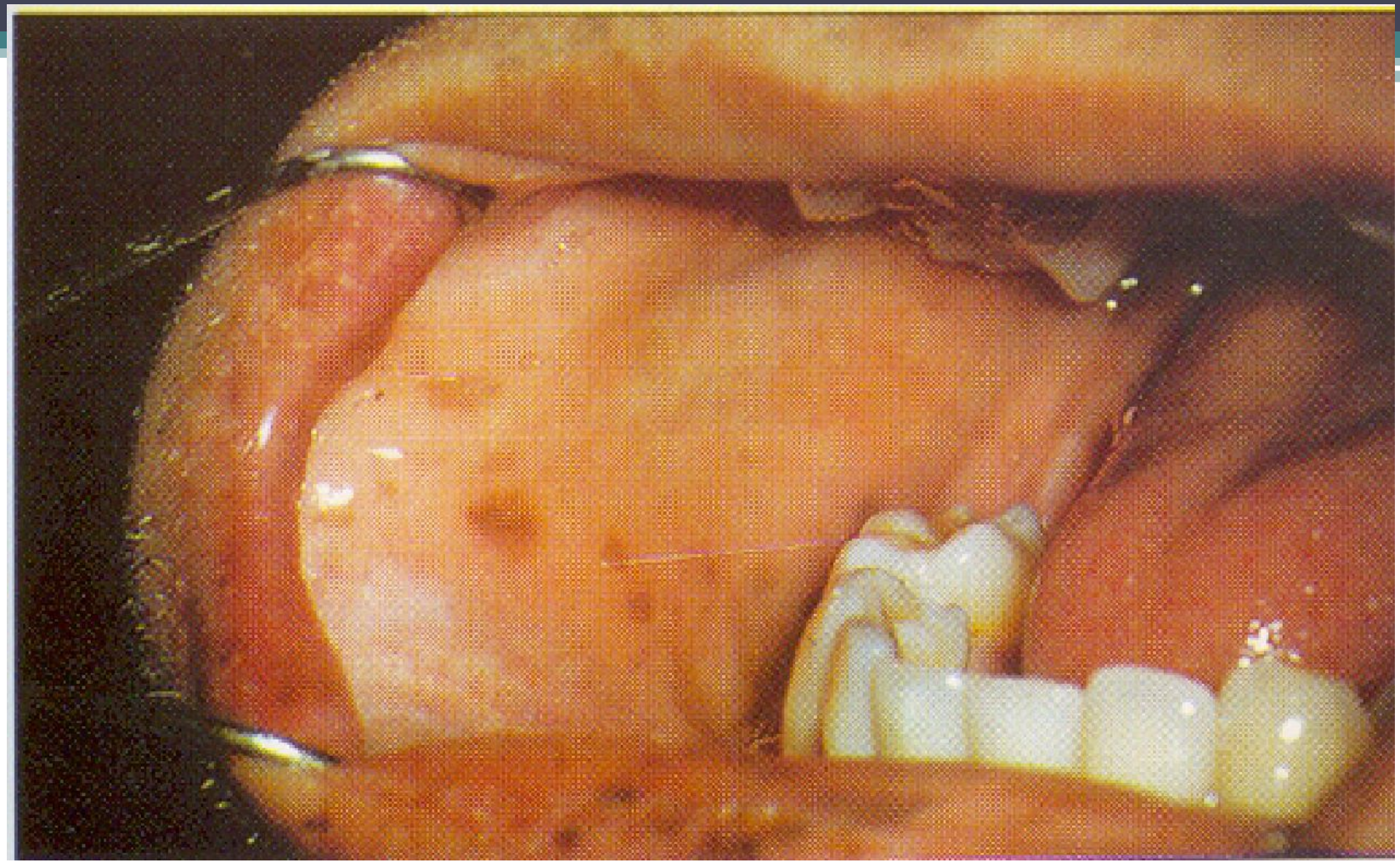


Выпадение волос

Признаки полигиповитаминоза:

- снижение зрения в сумеречное время, гиперкератоз **(гиповитаминоз А),**
- кровоточивость десен **(недостаток витамина К и С),**
- полиневрит, депрессия **(недостаток витамина В1),**

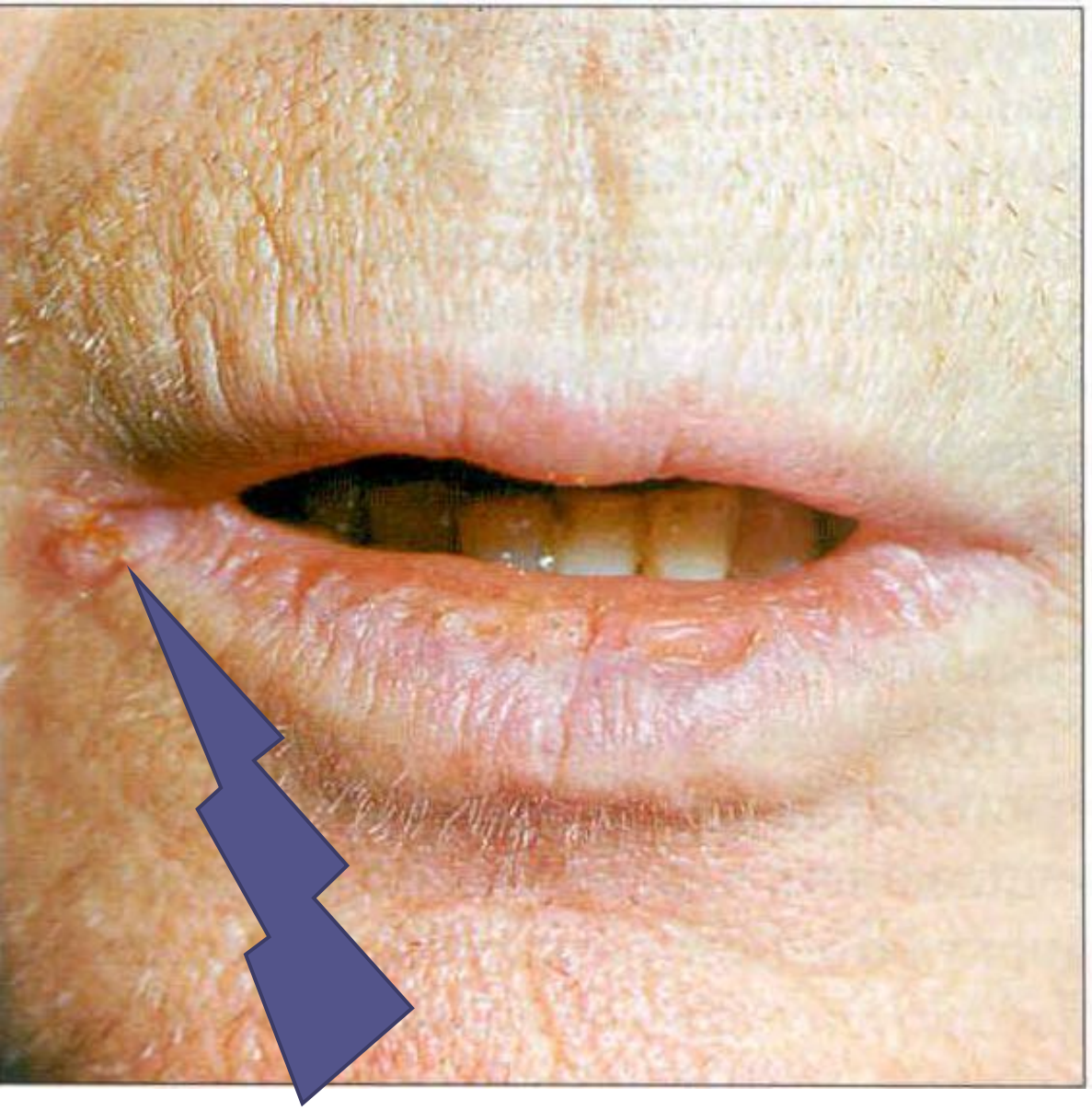
Гиповитаминоз А. Сухость слизистой оболочки и красной каймы нижней губы



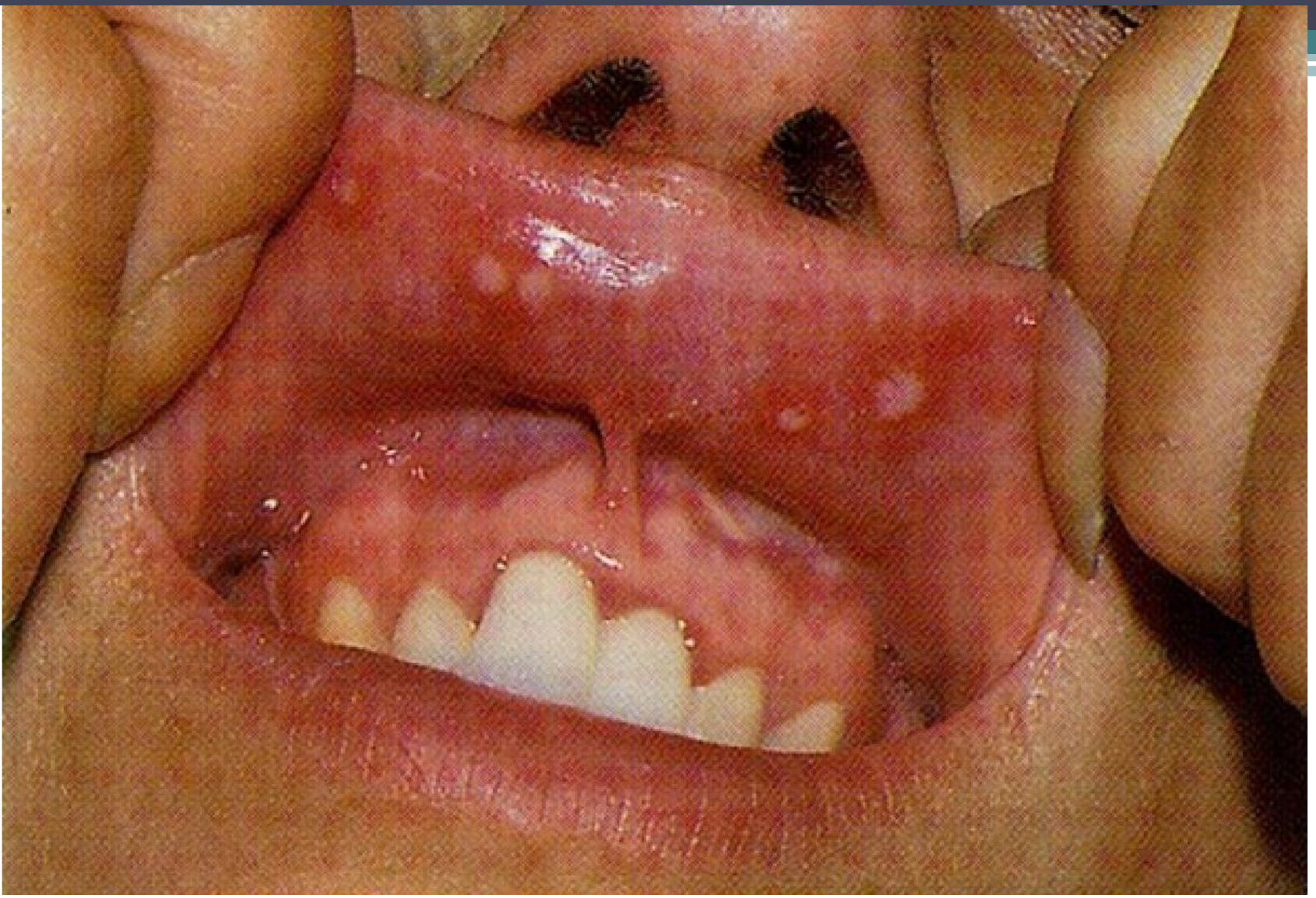
Гиповитаминоз С.
Петехии на слизистой рта

Продолжение

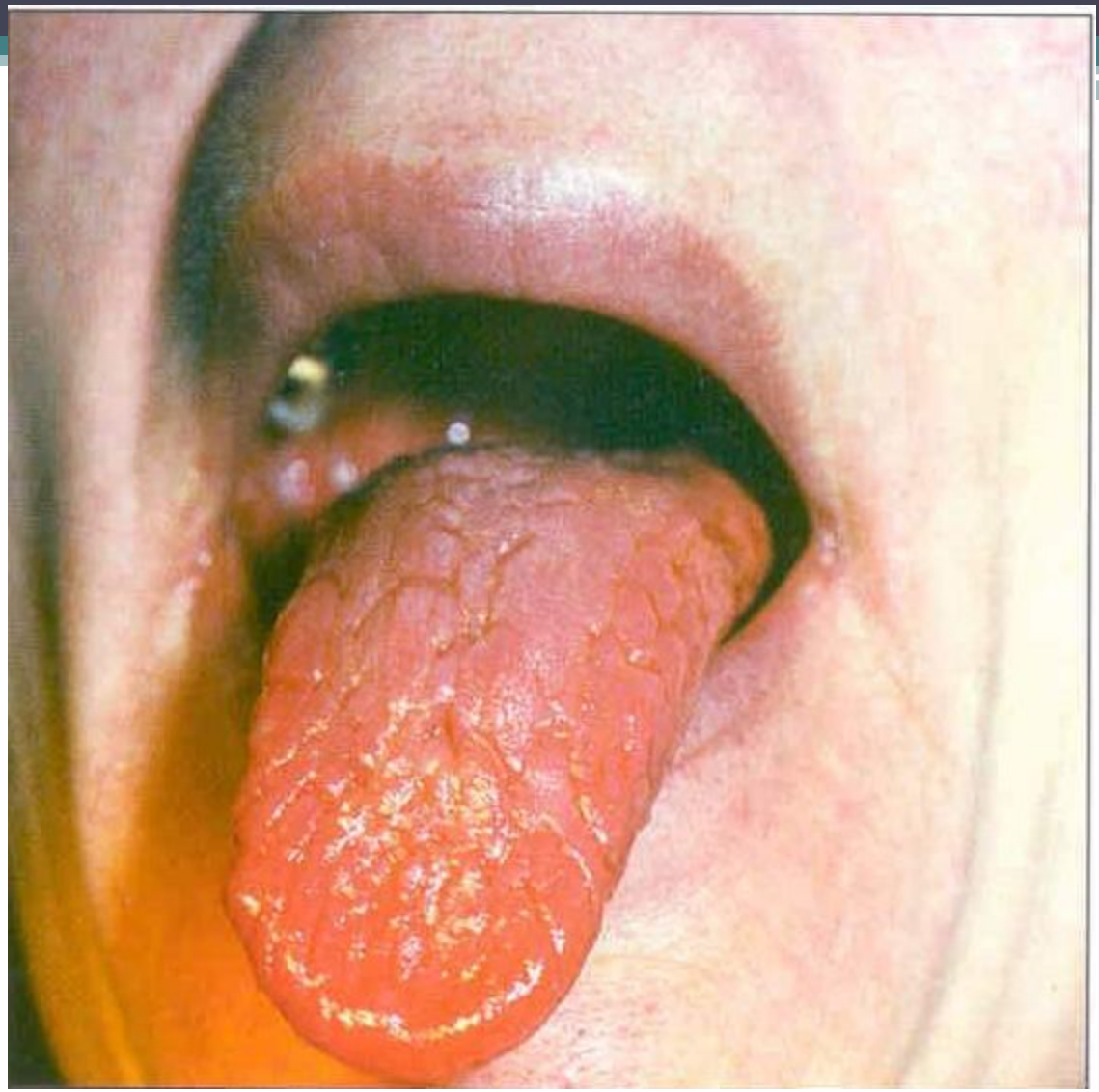
- конъюнктивит, глоссит, ангулярный стоматит, зуд в промежности и половых органов **(гиповитаминоз В2),**
- дерматит, шелушение кожи **(гиповитаминоз РР)**,
- мегалобластическая анемия **(недостаток витамина В12 и фолиевой кислоты).**



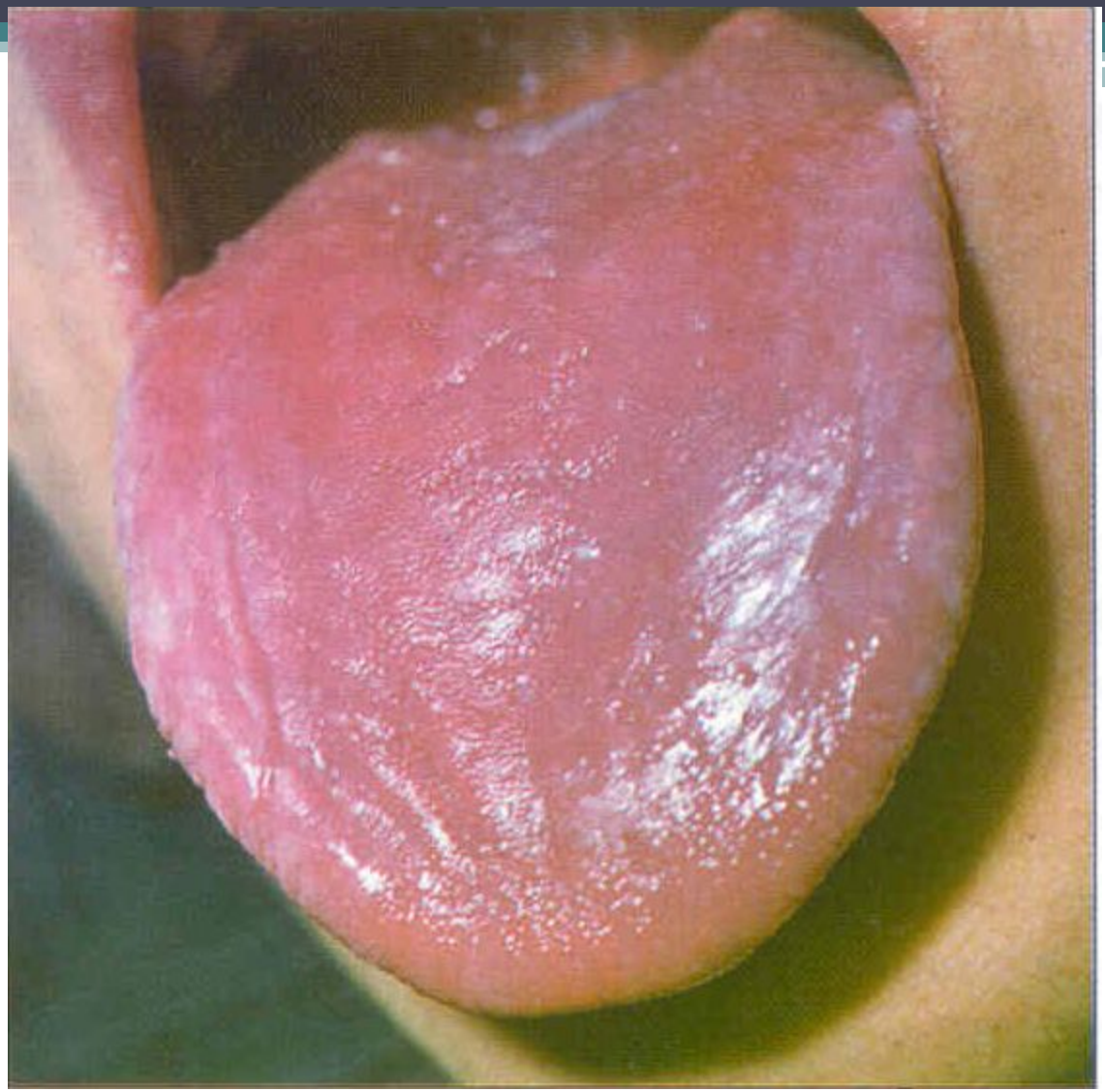
Гиповитаминоз В2. Ангулярный стоматит (хейлит)



Изъязвления слизистой полости рта



Гиповитаминоз РР «Пеллагроидный язык»



Гиповитаминоз В12
«Хантеровский глоссит»

- **Нарушение всасывания кальция** приводит к судорогам, болям в костях (остеопороз).

- **Развивается гипофункция эндокринных желез —** снижение полового влечения, уменьшение выраженности вторичных половых признаков, импотенция, аменорея.

Лабораторные данные

1. ОАК: признаки анемии.

2**. Биохимическое исследование крови**: **снижение содержания**

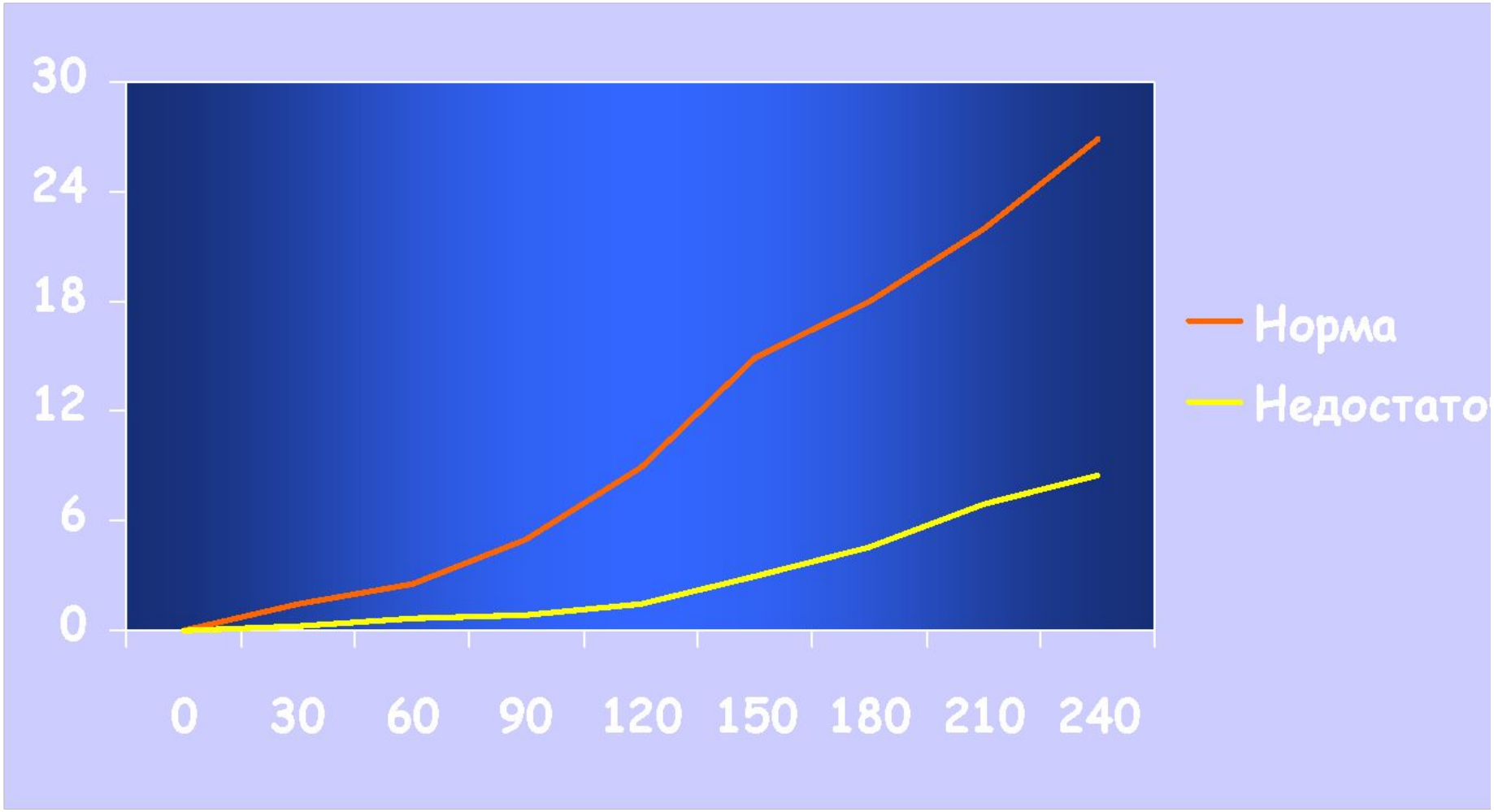
- ✔ общего белка,
- ✔ альбумина,
- ✔ холестерина,
- ✔ железа, кальция, натрия,
- ✔ глюкозы.

3. **Уменьшение всасывательной функции тонкой кишки.**

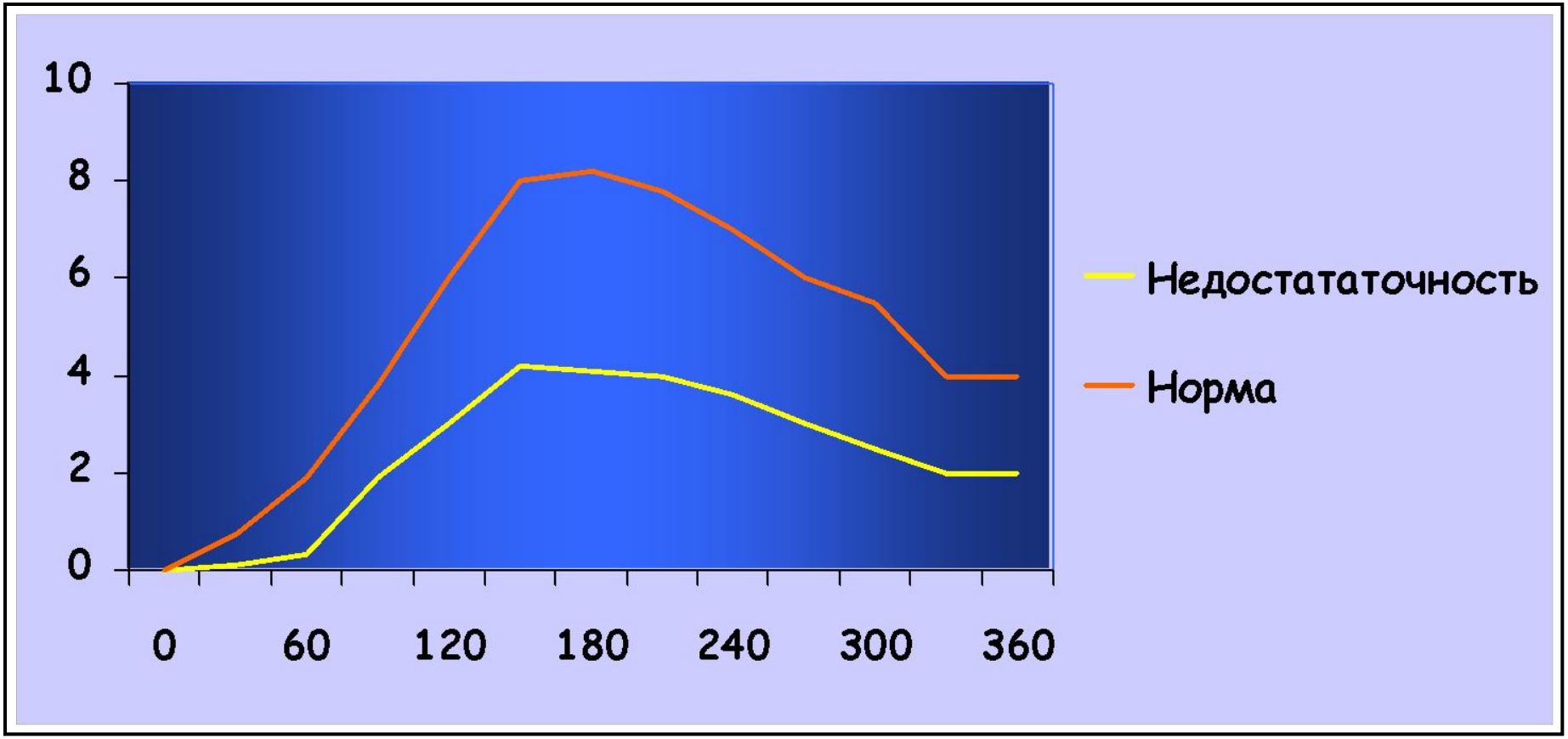
- Проба с Д - ксилозой,
- Меченым витамином В12 и железом,
- Проба на толерантность к глюкозе (плоская сахарная кривая),
- Йодкалиевая проба.

4. **Дыхательные тесты.**

^{13}C-крахмальный тест в норме и патологии



^{13}C-триглицеридный дыхательный тест в норме и патологии



4. **Копроцитограмма:**

✔ стеаторея,

✔ креаторея,

✔ при бродильной диспепсии — пузырьки газа, кислая реакция,

✔ при гнилостной диспепсии — щелочная реакция.

5. Снижение содержания **энтерокиназы** в кишечном соке.

Инструментальные исследования

Рентгенологическое исследование тонкой кишки —

- ✔ неравномерный диаметр просвета тонкой кишки,
- ✔ беспорядочное утолщение поперечных складок,
- ✔ сегментация контрастного вещества,
- ✔ ускоренный его пассаж.

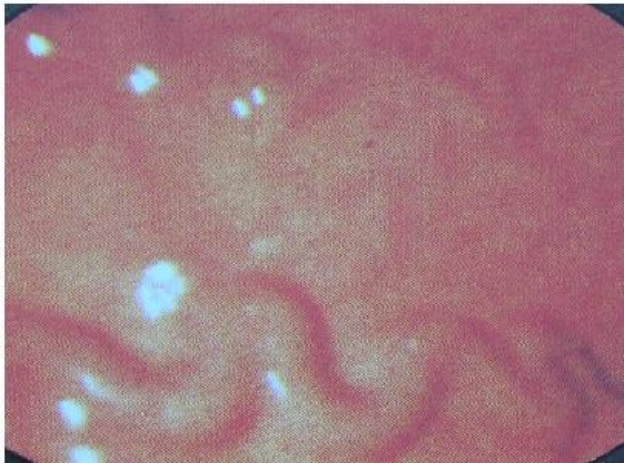
Аспирационная биопсия тонкой кишки — атрофия ворсинок.

Синдром желудочно-кишечного кровотечения.

К причинам, при которых возникают кровотечения из органов пищеварительного тракта, относятся следующие.

1. **Болезни пищевода**

- ✔ злокачественные и доброкачественные опухоли,
- ✔ дивертикулы,
- ✔ язвенный эзофагит,
- ✔ околопищеводные грыжи,
- ✔ инородные тела,
- ✔ варикозное расширение вен



2. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

- ✔язвы,
- ✔злокачественные и доброкачественные новообразования,
- ✔дивертикулы,
- ✔эрозивный гастрит, дуоденит,
- ✔синдром Маллори-Вейса,
- ✔туберкулез, сифилис.

3 Кишечное кровотечение:

- ✔ При распаде опухоли,
- ✔ Неспецифический язвенный колит, болезнь Крона
- ✔ Некоторых гельминтозах (анкилостомоз, стронгилоидоз),
- ✔ Некроз кишки,
- ✔ Трещины заднего прохода,
- ✔ Геморрой

Наиболее частые причины

В 60-75% случаев желудочно-кишечных кровотечений являются деструктивные изменения стенок желудка или кишечника. В процентном отношении :

- ✔**расширенные вены пищевода – 15**,
- ✔язвы желудка – 10,
- ✔**язвы двенадцатиперстной кишки – 40,**
- ✔эрозивный гастрит – 10,
- ✔**рак желудка – 15,**
- ✔неспецифический язвенный колит – 4,
- ✔геморрой – 1,
- ✔другие причины – 5.

4 Геморрагические диатезы и болезни системы крови

- гемофилия,
- лейкозы,
- болезнь Верльгофа,
- Болезнь Рандю — Ослера — Вебера (Синоним «наследственная геморрагическая телеангиэктазия»)

5. При сердечно-сосудистых заболеваниях.

В частности, при инфаркте миокарда могут развиваться острые язвы слизистой оболочки желудка с обильным желудочным кровотечением

6. При авитаминозах.

7. При травмах.

8. Кровотечение может возникнуть при воздействии лекарственных веществ

- ✔ салицилаты,
- ✔ антикоагулянты и др.,

Клиника* данного синдрома** неоднородна, зависит от объёма и продолжительности кровопотери. Почти всегда до проявления развернутой симптоматики, возникновения ***кровавой рвоты и чёрного стула отмечают:

- ✔ нарастающую вялость,
- ✔ слабость,
- ✔ повышенную утомляемость,
- ✔ снижение трудоспособности.

Наиболее достоверные признаки желудочного кровотечения,

Кровавая рвота

- алой кровью, (кровотечение из вен пищевода)
- сгустками крови, (язва желудка)
- цвет кофейной гущи, (перфорация язвы 12 п. кишки).

Это зависит от локализации деструктивного процесса и массивности кровотечения.

Дегтеобразный стул (мелена)

Мелена может появиться как через несколько часов, так и через одни-двое суток после начавшегося кровотечения. Характерный симптом язвенного кровотечения – исчезновение или уменьшение боли в животе, т. н. «немой» период.

Типичные признаки остро развивающейся анемии таковы:

- ✔головокружение,
- ✔шум в голове,
- ✔звон в ушах,
- ✔мелькание «мушек» перед глазами,
- ✔бледность кожи и слизистых оболочек,
- ✔одышка,
- ✔холодный липкий пот,
- ✔падение АД,
- ✔тахикардия.

Кровотечение из нижних отделов желудочно - кишечного тракта.

Нередко **мелена** может быть связана с наличием какого-либо заболевания тонкой кишки или верхних отделов ободочной кишки у человека, например, **карциномы или ангиодисплазии**.

Hematochezia – это наличие яркой красной крови в кале.

Скрытое кровотечение – состояние кала при осмотре нормальное, но присутствие крови определяется биохимическими методами с помощью **ортотулоидина или бензидина**. Скрытое кровотечение часто является причиной постгеморрагической железодефицитной анемии.

Следует помнить, что **анемия** может быть первым симптомом у больных со скрытым кровотечением.

Спасибо за внимание!