

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И СЕМИОТИКА
Лекции для студентов и начинающих врачей (часть II)

*Под общей редакцией члена-корреспондента РАН,
профессора Б.И. ГЕЛЬЦЕРА, профессора Е.Ф. СЕМИСОВОЙ*



Владивосток
Медицина ДВ
2016

ISBN 978-5-98301-080-2



9 785983 010802



Издательство «Медицина ДВ»
690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 4
Тел.: (423) 245-56-49. E-mail: medicinaDV@mail.ru

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Тихоокеанский государственный медицинский университет

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И СЕМИОТИКА

Лекции для студентов и начинающих врачей (часть II)

*Под общей редакцией члена-корреспондента РАН,
профессора Б.И. ГЕЛЬЦЕРА, профессора Е.Ф. СЕМИСОВОЙ*

*Рекомендуется учебно-методическим объединением по медицинскому
и фармацевтическому образованию вузов России в качестве
учебного пособия для студентов медицинских вузов*



Владивосток
Медицина ДВ
2016

УДК 616.1/.4-07(075.8)

ББК 54.1-4я73

П 817

*Издано по рекомендации редакционно-издательского совета
Тихоокеанского государственного медицинского университета*

Рецензенты:

В.А. Добрых – д.м.н., профессор кафедры пропедевтики
внутренних болезней Хабаровского медицинского университета
Министерства здравоохранения Российской Федерации

И.Г. Меньшикова – д.м.н., профессор кафедры пропедевтики
внутренних болезней Амурской государственной медицинской академии
Министерства здравоохранения Российской Федерации

П 817 **Пропедевтика внутренних болезней. Общеклиническое исследование и семиотика** : лекции для студентов и начинающих врачей (часть II). – 3-е изд., испр. и доп. / Под общей редакцией Б.И. Гельцера, Е.Ф. Семисотовой. – Владивосток : Медицина ДВ, 2016. – 244 с.
ISBN 978-5-98301-080-2

Курс лекций подготовлен в соответствии с типовой программой преподавания пропедевтики внутренних болезней, утвержденной Министерством здравоохранения РФ. В них последовательно преподнесены основы врачебной деонтологии, основные общеклинические методы диагностики внутренних болезней, современные дополнительные (функциональные, лабораторные, инструментальные) методы исследования, а также спектр рассматриваемых синдромов. Особое внимание уделяется семиотике – наиболее сложному разделу диагностики. Лекции изложены с опорой на опыт преподавания данной дисциплины на кафедре пропедевтики внутренних болезней Тихоокеанского государственного медицинского университета и традиции отечественной школы терапевтов.

Книга предназначена для студентов третьего курса медицинских вузов, может быть полезна для студентов старших курсов и начинающих врачей.

УДК 616.1/.4-07(075.8)
ББК 54.1-4я73

ISBN 978-5-98301-080-2

© Гельцер Б.И., общая редакция, 2016
© «Медицина ДВ», 2016

Лекция 18

Диагностика заболеваний желудочно-кишечного тракта общеклиническими методами.

Основные синдромы при заболеваниях желудка

РАССПРОС

Наиболее характерными жалобами больных с патологией желудочно-кишечного тракта являются следующие:

1. Боли в различных отделах брюшной полости.
2. Нарушения аппетита и неприятные ощущения в ротовой полости.
3. Диспептические явления: отрыжка, изжога, тошнота, рвота.
4. Дисфагия – нарушения глотания и икота.
5. Появление черного дегтеобразного стула или рвоты «кофейной гущей» (симптомы кровотечения из желудочно-кишечного тракта).
6. Нарушения функции кишечника – метеоризм или вздутие живота, понос, запор.

Боли

Характер болей определяется уровнем поражения желудочно-кишечного тракта. Важно выделять боли при патологии: 1) пищевода, 2) желудка, 3) кишечника.

Боли при заболеваниях пищевода наступают при остром воспалении слизистой оболочки пищевода (эзофагит), химических ожогах пищевода, опухолях пищевода, ахалазии кардии (нарушение перехода пищевых масс из пищевода в желудок из-за нарушения перистальтики пищевода и отсутствия рефлексорного расширения кардии во время глотания) и грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

При заболеваниях пищевода боли локализуются за грудиной, могут возникать спонтанно, но всегда усиливаются при глотании. Характерна иррадиация в межлопаточную область. Наиболее часто боли при заболеваниях пищевода дифференцируют с сердечными болями. Необходимо иметь в виду, что при стенокардии боли чаще всего связаны с физической нагрузкой, могут сопровождаться одышкой, снижаются нитроглицерином, непродолжительные. В этот период могут регистрироваться характерные изменения на ЭКГ.

Боли при грыже пищеводного отверстия диафрагмы чаще возникают в горизонтальном положении, после еды и исчезают в вертикальном положении.

Боли при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки – один из ключевых симптомов диагностики заболеваний этих органов. Боли возникают чаще всего в подложечной области, но данная область, по образному выражению, является «местом встречи всех болей», поскольку механизм их развития в этих случаях связан с висцеро-висцеральным рефлексом. Поэтому для полной характеристики болевого синдрома, обусловленного заболеваниями желудка и 12-перстной кишки, необходимо ответить на ряд вопросов:

1. Точная локализация боли.
2. Характер и интенсивность боли.
3. Связь боли с приемом пищи, ритм боли на протяжении суток и сезонов года.
4. Иррадиация боли.
5. Чем снимаются боли (боли при язвенной болезни снимаются антацидами, холинолитиками, проходят после рвоты)?
6. Связь боли с физическим напряжением – подъемом тяжестей, тряской ездой (усиление болей при перивисцеритах).

Механизмы возникновения боли: 1) спазм гладкой мускулатуры желудка и 12-перстной кишки; 2) растяжение (в результате повышения внутрижелудочного и внутрикишечного давления); 3) нарушение моторной функции; 4) распространение воспаления на серозную оболочку желудка или 12-перстной кишки с развитием перивисцерита.

Точная локализация болей имеет большое значение для диагностики язвенной болезни:

- при локализации язвы в кардиальном и субкардиальном отделах желудка боли ощущаются чаще всего под мечевидным отростком;
- при язвах тела желудка (медиогастральных) боли проецируются в собственно эпигастральную область слева от срединной линии;
- при пилорических и дуоденальных язвах – в собственно эпигастральную область справа от срединной линии;
- при редко встречающихся постбульбарных (внедуоденальных) язвах боли могут ощущаться в спине или в правой подлопаточной области.

При неосложненной язве больной может указать болевую точку.

Характер и интенсивность болевого синдрома могут быть различными:

- чувство тяжести, полноты в подложечной области при гастрите с секреторной недостаточностью;
- ноющие, жгучие, «сосущие», «сверлящие» и прочие боли при язвенной болезни;
- резкая («кинжальная») боль при перфоративной язве.

Важно для диагностики выяснить связи болей с приемом пищи.

1. Ранние боли возникают через 0,5–1 ч после еды (язва желудка, гастрит).

2. Поздние боли – через 2–3 ч после еды (язва 12-перстной кишки).

3. «Голодные» и ночные боли (язва 12-перстной кишки) проходят после приема пищи или приема антацидов или молока.

Эти 3 варианта относятся к периодическим болям, типичным для язвенной болезни.

Постоянные боли характерны для перигастрита и перидуоденита, а также для рака желудка.

При этом теряется связь с приемом пищи, может быть усиление болей в связи с физической нагрузкой. Периодичность возникновения и усиления болевого синдрома с сезонным характером обострений весной или осенью типична для язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

При заболеваниях желудка и 12-перстной кишки боли нередко иррадируют в область сердца, в спину.

Варианты иррадиации болей при заболеваниях органов брюшной полости:

- при заболеваниях печени и желчного пузыря – иррадиация в правое плечо, правую лопатку и шею;
- при язве кардиального отдела желудка, грыже пищеводного отверстия диафрагмы – в область сердца;
- при язве задней стенки желудка и 12-перстной кишки – в спину;
- при заболеваниях прямой кишки – в крестец.

Боли при заболеваниях кишечника зависят от трех причин:

1) воспаления слизистой оболочки; 2) спазма гладкой мускулатуры кишок (спастические боли); 3) растяжения стенок кишок (дистензионные боли).

Спастические боли носят характер кишечной колики. Они схваткообразны, кратковременны, периодически повторяются.

Дистензионные боли возникают в результате растяжения стенок кишок газами и связаны с натяжением и растяжением брыжейки. Они отличаются от коликообразных болей тем, что длительны и постоянны, ноющего характера и имеют точную локализацию.

Важно точно установить локализацию болей.

1. Боли в правой подвздошной области характерны для аппендицита, воспаления слепой кишки.
2. Боли в левой подвздошной области – для заболевания сигмовидной кишки.
3. Боли по ходу толстой кишки – для колита.
4. Боли в середине живота – для заболеваний тонкой кишки.
5. Боли при акте дефекации – для заболеваний прямой кишки (геморрой, рак, проктит и т.д.). Эти боли могут сопровождаться выделением алой крови.
6. Боли опоясывающего характера – для панкреатита.
7. Разлитые боли по всему животу – при обширных поражениях брюшины, кишечной непроходимости, поражении сосудов брюшной полости, разрыве паренхиматозных органов.

Нарушения аппетита

В своей основе эти жалобы имеют изменения как центральных, так и местных механизмов регуляции пищеварения. Кратковременные расстройства аппетита – малозначащий для диагностики признак. Длительные расстройства аппетита приобретают важное значение, особенно при сопоставлении с другими данными.

При психических нарушениях возможны два крайних варианта изменения аппетита – полный отказ от приема пищи и булимия – высшая степень полифагии.

Снижение аппетита и полное его отсутствие (анорексия) встречаются не только при болезнях желудочно-кишечного тракта, но и при инфекционных заболеваниях, интоксикациях различного происхождения, в том числе и лекарственных, эндокринных заболеваниях.

Анорексия – важный признак заболеваний желудочно-кишечного тракта. Постоянно встречается при раке желудка и кишечника, хроническом гастрите со сниженной секреторной функцией, расширении желудка, вызванном стенозом привратника, и заболеваниях печени.

Избирательная (частичная) анорексия – отвращение к определенному виду пищи (мясу – при опухолях желудка и анемиях; к жирной пище – при заболеваниях печени и желчного пузыря).

Истинные извращения вкуса (прием в пищу несъедобных веществ) характерны для психических заболеваний, могут иметь место при анемии, беременности.

Усиление аппетита (полифагия) наблюдается у выздоравливающих больных. Булимия (волчий аппетит) встречается при психических заболеваниях, при некоторых формах сахарного диабета.

Иногда больной с язвенной болезнью, дуоденитом вынужден часто принимать пищу, чтобы нейтрализовать секреторную активность желудка. Это не истинная полифагия. Такое состояние называют болезненным чувством голода.

Неприятные ощущения в ротовой полости могут быть следствием:

- патологического процесса в ротовой полости (стоматит, пародонтит, назофарингит и т.д.);
- болезней пищевода – дивертикул, застоя остатков пищи при сужении пищевода;
- болезней желудка с гастроэзофагальным рефлюксом, рвоты;
- болезней легких с отделением гнойной мокроты;
- эндотоксикоза (уремия, ацидоз и т.д.);
- неврастении.

Жжение в языке – глоссодиния. Выделяют несколько групп причин, вызывающих глоссодинию:

1. Гиповитаминозы (недостаток витаминов группы В), которые могут быть вызваны алиментарными факторами (недостатком их поступления в организм), большими потерями витаминов при заболеваниях, сопровождаемых поносами, расстройствами всасывания, болезнями печени, тиреотоксикозом.

2. Гематологические заболевания: пернициозная анемия (фолиево-дефицитная анемия, В₁₂-дефицитная анемия), синдром Платтера-Винсона – атрофия слизистой оболочки полости рта, глотки, пищевода, желудка с дисфагией, глосситом, дерматитом лица, гипохромной анемией (встречается только у женщин).

3. Местные причины: курение, кариозные зубы, электрические токи при наличии во рту коронок из разных металлов.

Диспептические явления

Отрыжка

Проявляется в двух видах: отрыжка воздухом и отрыжка пищей.

Отрыжка воздухом – внезапное и иногда звучное отхождение через рот воздуха, скопившегося в пищеводе или в желудке. Может быть следствием аэрофагии, т.е. заглатывания воздуха, хотя на самом деле в этом случае происходит пассивное всасывание воздуха в пищевод. Аэрофагия приводит к аэрогастрит, или желудочному пневмотозу. Роль газового пузыря желудка наряду с перистальтикой желудка и то-

нусом мышц брюшной полости состоит в поддержании необходимого внутрижелудочного давления. При избыточном содержании газа скорость эвакуации из желудка возрастает, т.е. отрыжка воздухом может быть рассмотрена как компенсаторный механизм.

Отрыжка воздухом также может быть следствием процессов брожения и гниения желудочного содержимого при дисбактериозе и сниженной двигательной активности желудка.

Брожение (бродильная диспепсия) связано с некоторой степенью застоя в желудке, при этом образуется газ без запаха (углекислота).

Гниение (гнилостная диспепсия) – следствие более глубоких процессов. При этом чувствуется запах тухлых яиц – сероводорода. Гниение сопряжено с далеко зашедшим нарушением распада белков и может быть при гастрите с резко нарушенной секреторной активностью, при стенозе привратника, распаде опухоли желудка.

Отрыжка пищей (регургитация) – выходение в ротовую полость небольшой части желудочного содержимого обычно вместе с воздухом.

В зависимости от степени кислотности желудочного содержимого отрыжка бывает: кислой – при высокой кислотности; горькой – при низкой кислотности и забрасывании в желудок желчи; с гнилостным запахом – при застое в желудке, при раке, ахилии; с привкусом прованского масла – указывает на пониженную кислотность и на задержку опорожнения желудка. Образуется за счет масляной, молочной и других органических кислот, появляющихся в желудке при брожении.

Отрыжка непереваренной пищей бывает при поражении пищевода и кардии, например при дивертикуле пищевода, грыже пищеводного отверстия диафрагмы, кардиоспазме и др.

Изжога

Ощущение жжения в эпигастральной области, распространяющееся за грудину. Причина изжоги – желудочно-пищеводный рефлюкс. Чаще возникает при повышенной кислотности желудочного сока, но может быть и при других состояниях. В ее развитии имеют значение несколько факторов: 1) нарушение моторики желудка и пищевода; 2) недостаточность кардии; 3) особая чувствительность слизистой оболочки пищевода; 4) повышенное внутрибрюшное давление.

Изжога является симптомом многих заболеваний – гастрита, язвенной болезни, холецистита, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Часто возникает при беременности, метеоризме, асците.

Тошнота

Неприятное ощущение в подложечной области, сопровождающееся чувством дурноты, головокружения, слюноотделением и иногда полубморочным состоянием. Тошнота может быть самостоятельным проявлением или предшествовать рвоте.

Выделяют несколько механизмов происхождения тошноты:

1. Центральный – при повышении внутричерепного давления, опухоли мозга, менингите, вестибулопатии и т.д.

2. Условно-рефлекторный – при виде или мысли о чем-то неприятном, невосприятии неприятных запахов и т.д.

3. Периферический – рефлекторный механизм, который реализуется через раздражение рецепторов блуждающего и чревного нервов. Возбуждение передается в рвотный центр, вызывающий усиленную моторику верхних отделов пищеварительного тракта. Это раздражение рвотного центра является подпороговым и не приводит к рвоте.

4. Гуморальный – может встречаться при различных интоксикациях (при уремии, кетоацидозе). Очевидно, токсические вещества могут непосредственно раздражать рвотный центр и вызывать тошноту.

Рвота

Частичное или полное извержение желудочного, редко – только пищеводного содержимого через рот, а иногда – и носовые ходы наружу. Рвота – сложный рефлекторный акт, связанный с возбуждением рвотного центра, расположенного в продолговатом мозге.

В большинстве случаев рвоте предшествуют тошнота, повышенное слюноотделение, глубокое быстрое и нерегулярное дыхание.

Последовательно происходят опущение диафрагмы, закрытие голосовой щели, пилорическая часть желудка быстро и сильно сокращается, тело и кардиальный отделы расслабляются, возникает антиперистальтика.

Сокращение диафрагмы и брюшного пресса ведет к повышению внутрибрюшного и внутрижелудочного давления, что способствует быстрому опорожнению желудка.

Рвота сопровождается бледностью, интенсивным потоотделением, слабостью, тахикардией, иногда снижением АД.

По механизму развития выделяют следующие виды рвоты:

1. Центральная рвота (опухоль мозга, менингоэнцефалиты, вестибулопатии и др.). Сюда можно отнести также условно-рефлекторную рвоту (восприятие неприятного запаха или воспоминание о нем). «Психогенная», или привычная, рвота, возникающая при