

**Е. С. Рысс**

# **ВВЕДЕНИЕ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЮ**

*Учебное пособие*

*Рекомендуется Учебно-методическим объединением  
по медицинскому и фармацевтическому образованию  
вузов России в качестве учебного пособия  
для студентов, обучающихся по специальности  
«Лечебное дело»*

**Санкт-Петербург  
СпецЛит  
2005**

УДК 616 616.3

Р93

А в т о р:

**Евгений Симонович РЫСС** — доктор мед. наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова

Р е ц е н з е н т ы:

**Евгений Иванович ТКАЧЕНКО** — доктор мед. наук, профессор, главный гастроэнтеролог Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга

**Глеб Борисович ФЕДОСЕЕВ** — доктор мед. наук, профессор, член-корреспондент РАМН, заслуженный деятель науки РФ

**Рысс Е. С.**

Р93 Введение в гастроэнтерологию : Учебное пособие / Е. С. Рысс. — СПб. : СпецЛит, 2005. — 175 с. : ил.

ISBN 5-299-00286-6

В книге подробно рассматриваются вопросы семиотики; детально, с современных позиций — механизмы отдельных симптомов, описаны основные пищеварительные синдромы, кратко и схематично представлены отдельные нозологические формы.

В пособие включены современные дополнительные методы лабораторного и инструментального исследований, использующихся в клинической гастроэнтерологии.

Издание адресовано в первую очередь студентам и начинающим врачам, а также врачам общей практики в их повседневной работе.

**УДК 616 616.3**

ISBN 5-299-00286-6

© Рысс Е. С., 2005

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2005

## Оглавление

<i>Условные сокращения</i> . . . . .	5
Предисловие . . . . .	7
<b>Глава 1. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА (СЕМИОТИКА)</b> . . . . .	9
Боль (эпигастральная) . . . . .	9
Механизм спастических и дистензионных болей и их клиническая характеристика . . . . .	12
Кишечные боли . . . . .	16
Дисфагия . . . . .	17
Аппетит . . . . .	17
Диспепсические жалобы . . . . .	17
Нарушения стула . . . . .	22
Понос, или диарея . . . . .	23
Запоры . . . . .	26
Кровотечение . . . . .	28
Метеоризм . . . . .	30
Урчание . . . . .	31
<b>Глава 2. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА</b> . . . . .	33
Объективное исследование . . . . .	33
Исследование живота . . . . .	34
Общий осмотр . . . . .	36
Пальпация живота . . . . .	39
Аускультация . . . . .	50
Дополнительные методы исследования (лабораторные и инструментальные) . . . . .	51
Желудочное зондирование . . . . .	52
рН-метрия . . . . .	54
Эндоскопическое исследование желудка и кишечника . . . . .	55
Радионуклидная диагностика . . . . .	57
Дополнительные методы исследования . . . . .	57

<b>Глава 3. ОСНОВНЫЕ ЖЕЛУДОЧНЫЕ, КИШЕЧНЫЕ СИНДРОМЫ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ . . . .</b>	<b>61</b>
Синдром желудочной диспепсии . . . . .	61
Синдром мальабсорбции . . . . .	63
Синдром раздраженного кишечника . . . . .	66
Основные заболевания желудка и кишечника . . . . .	69
Хронический гастрит . . . . .	69
Язвенная болезнь . . . . .	73
Рак желудка . . . . .	79
Хронический энтерит . . . . .	81
Хронический неязвенный колит . . . . .	81
<b>Глава 4. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ . . . . .</b>	<b>84</b>
Желтуха . . . . .	86
Синдром портальной гипертензии . . . . .	93
Синдром печеночной недостаточности . . . . .	101
Анамнез . . . . .	104
<b>Глава 5. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ . . . . .</b>	<b>106</b>
<b>Глава 6. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ . . . . .</b>	<b>125</b>
Вирусные гепатиты . . . . .	126
Хронические гепатиты . . . . .	132
Циррозы печени . . . . .	140
Первичная карцинома печени (гепатома) . . . . .	149
<b>Глава 7. СИМПТОМЫ, СИНДРОМЫ И МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ . . . . .</b>	<b>151</b>
<b>Глава 8. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ . . . . .</b>	<b>165</b>
Дискинезия (дисфункция) желчевыводящих путей . . . . .	165
Желчнокаменная болезнь . . . . .	168
Хронический холецистит . . . . .	170
Заболевания желчных путей . . . . .	172
Холангит . . . . .	173
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ . . . . .</b>	<b>174</b>
<i>Рекомендуемая литература . . . . .</i>	<i>175</i>

## Условные сокращения

А/Г	– альбумин-глобулиновый коэффициент
АДГ	– антидиуретический гормон
АЛТ	– аланинаминотрансфераза
АМФ	– аденозинмонофосфорная кислота
АСТ	– аспарагиновая трансаминаза
БКП	– базальная кислотная продукция
БПДЗ	– билиопанкреатодуоденальная зона
ГГК	– гипергликемический коэффициент
ГГТП	– гамма-глутамилтранспептидаза
ГКП	– гистамин-кислотная продукция
ГТФ	– глутамилтрансфераза
ГЭРБ	– гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ДЖП	– дискинезия желчевыводящих путей
ЖКБ	– желчнокаменная болезнь
ИГА	– индекс гистологической активности
КП	– кислотная продукция
КТ	– компьютерная томография
МКБ-10	– Международная классификация болезней 10-го пересмотра
МКП	– максимальная кислотная продукция
МРТ	– магнитно-резонансная томография
НПВП	– нестероидные противовоспалительные препараты
ПАБК	– парааминобензойная кислота
ПКК	– постгликемический коэффициент
ПКП	– пентагастрин-кислотная продукция
ПЦР	– полимеразная цепная реакция
РААС	– ренин-ангиотензин-альдостероновая система
РЖ	– рак желудка
РФП	– радиофармацевтические препараты
РЭС	– ретикулоэндотелиальная система
СКП	– стимулированная кислотная продукция
СМ	– синдром мальабсорбции
СОЭ	– скорость оседания эритроцитов
СРК	– синдром раздраженного кишечника
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ХБХ	– хронический бескаменный холецистит
ХГ	– хронический гастрит

ХрГ	– хронический гепатит
ХНК	– хронический неязвенный колит
ХТЗ	– хеморецепторная триггерная зона
ХЭ	– хронический энтерит
ЧЧХ	– чрезкожная чрезпеченочная холангиография
ЦНС	– центральная нервная система
ЩФ	– щелочная фосфатаза
ЭГДС	– эзофагогастродуоденоскопия
ЭРХПГ	– эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
ЭФГДС	– эзофагогастродуоденоскопия
ЭХЗ	– этапное хромотическое зондирование
ЯБ	– язвенная болезнь
Au-антиген	– австралийский антиген
Нр	– хеликобактер пилорический

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Не вызывает сомнений, что впечатляющие успехи развития современной клинической медицины и гастроэнтерологии, в частности, обусловлены внедрением высокосоввершенных методов лабораторной и инструментальной диагностики. Вместе с тем уместно вспомнить, что в 70—80% случаев гастроэнтерологический диагноз становится ясным уже на этапе сбора анамнеза и проведения объективного обследования у постели больного. В дальнейшем подтверждение и уточнение первоначальной гипотезы в результате наиболее оптимальных методов дополнительного обследования позволяет врачу поставить точный и исчерпывающий клинический диагноз. Не случайно, что классические схемы клинического обследования больного легли в основу современной подготовки врача общей практики.

Предоставляемое вниманию читателя «Введение в гастроэнтерологию» является учебным пособием, построенным на классических принципах клинической медицины, подразумевающих мыслительный путь врача от «симптома к синдрому, и от него к диагнозу». Оптимизация клинического мышления врача в этом случае заключается в усвоении клинических симптомов заболеваний органов пищеварения в неразрывной связи с механизмами их возникновения, а следовательно — в разумном и патогенетически обоснованном назначении дополнительных методов обследования.

В пособии детально освещены методические приемы объективного исследования органов брюшной полости у постели больного, усвоение которых облегчается в результате использования иллюстраций. Подробно изложены показания и противопоказания к назначению лабораторных, функциональных и инструментальных методов исследований. Обращено внимание на то, что в ряде случаев некоторые из исследований в современных условиях развития медицины носят характер скрининговых (лабораторные исследования, УЗИ, ЭФГДС и др.), а значит, имеют большое значение для ранней диагностики заболеваний. И в этом автор не усматривает противоречий классическому принципу в медицине. Так, например, бесспорно, что лица в возрасте 40 лет и старше с желудочной диспепсией, продолжающейся в течение месяца, подлежат эндоскопическому исследованию для исключения возможного рака желудка, а методы физикального, лабораторного и даже рентгеновского исследований в этом случае не имеют существенного значения.

В любых клинических ситуациях врач должен стремиться к наиболее точному объяснению имеющихся у больного симптомов не только с точки зрения логики клинического диагноза, но и подтвердить свои умозаключения данными дополнительных (инструментальных) методов обследования. Именно поэтому описательные и «удобные» диагнозы типа «спастический колит» в настоящее время следует рассматривать как «анахронизм», не соответствующий современным требованиям медицины.

Касаясь отдельных нозологических форм в гастроэнтерологии, автор также придерживается основной диагностической линии, и поэтому вопросы терапии отдельных заболеваний не разбираются.

Издание адресовано в первую очередь студентам и начинающим врачам, а также может быть использовано врачами общей практики в повседневной работе.

Зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней  
СПб ГМУ им. акад. И. П. Павлова  
проф. **А. В. Смирнов**



## Глава 1

# ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА (СЕМИОТИКА)

### БОЛЬ (ЭПИГАСТРАЛЬНАЯ)

Важные в диагностическом плане данные можно получить уже при правильной оценке жалоб больного, особенностей возникновения и течения заболевания, анамнеза жизни. С целью распознавания заболеваний органов пищеварения применяются общепринятые традиционные методы непосредственного исследования: расспрос больного, осмотр полости рта и глотки, пальпация живота.

К основным проявлениям заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки относятся: боли, диспептический синдром, желудочно-кишечное кровотечение, снижение массы тела (похудание).

Анализ болевого синдрома имеет определенное значение для постановки правильного диагноза, хотя и требует уточнения при помощи других методов исследования. Следует отметить, что для большинства патологических процессов в брюшной полости характерна локализация боли в области проекции анатомического расположения пораженного органа. Так, боли, вызванные патологией желудка, как правило, локализируются в эпигастральной области, под мечевидным отростком; боли, связанные с патологией кишечника, в том числе и кишечная колика, проецируются в нижних и боковых отделах живота, в правой и левой подвздошных, в мезогастральной и гипогастральной областях; боли, обусловленные заболеваниями желчного пузыря, локализируются в правом подреберье, в месте его проекции на брюшную стенку или чуть правее.

В каждом конкретном случае возникновения болей в животе необходимо уточнить ряд особенностей и дополнительно выяснить возможные причины, их вызывающие.

1. *Локализация болей* с уточнением места максимального болевого ощущения.

2. *Характеристика болей*: держатся постоянно или возникают в виде резких периодически наступающих болевых приступов. Одновременно выясняется *продолжительность болей* (мгновенная, держится несколько минут, часов и даже суток). Устанавливается *харак-*

*тер болевых ощущений*: колющие, жгучие, тянущие, давящие, раздражающие, ноющие, сосущие.

3. При расспросе необходимо выяснить: *когда впервые возникли боли* или не появились ли новые «краски» в болевом спектре.

4. *Причины возникновения болей*: не связаны ли они с приемом пищи (и какой именно: острой, горячей, холодной). Когда они появляются: во время еды или после нее, каким образом прием пищи влияет на возникшие боли, не связаны ли боли с актом дефекации, не наступает ли облегчение после стула.

5. Не появляется или не усиливается ли боль в *определённом положении больного*, при сотрясении тела, подъеме тяжести, наклонах туловища, прыжках, беге, быстрой ходьбе. При хронических заболеваниях желчных путей боль, локализуемая в правом подреберье, усиливается после приема жирной и «тяжелой» пищи, иногда — при глубоком вдохе, кашле.

6. Уточняется *роль отрицательных эмоций* в появлении болей в животе.

7. *Иррадиация болей*. При заболеваниях желчного пузыря боли иррадируют вверх и вправо, под правую лопатку, при патологии поджелудочной железы — вверх и влево.

8. *Меры облегчения*: щелочи, тепло (грелка), рвота, вынужденное положение.

9. Выясняется *ряд других симптомов*, которые предшествуют болям, возникают на фоне болей или вслед за ними (тошнота, рвота, изжога, метеоризм, акт дефекации). Уточняется характер других нарушений со стороны органов пищеварения и также других систем: отсутствие аппетита, горечь во рту, нарушение стула, а также легкая общая возбудимость, нервозность, повышенная раздражительность, бессонница или сонливость. Иногда появление болей происходит на фоне головных болей, повышения температуры, сопровождающегося ознобами и потами.

Одним из ведущих симптомов многих заболеваний желудка являются **боли в эпигастрии (эпигастралгия)**. Абдоминальные боли, как известно, подразделяются на две главные разновидности: висцеральная, связанная с воздействием повреждающих или раздражающих факторов на внутренние органы, и соматическая, обусловленная нарушением целостности органа или ткани, как правило, при этом в процесс вовлекается париетальный листок брюшины.

*Висцеральная боль* обычно нечетко локализована, ощущается около средней линии живота, так как внутренние органы получают сенсорную информацию с обеих сторон спинного мозга. Висцеральные боли могут сопровождаться вегетативными эффектами: общим беспокойством, потливостью, тошнотой, рвотой, бледностью кожных покровов. В то же время, *соматическая (париетальная) боль* отличается локальностью, точным соответствием болевого ощущения месту

повреждения. Боль может усиливаться при изменении положения тела или при кашле.

Эпигастралгия является типичным примером висцеральной боли. Дистальным источником возникновения боли являются интерорецепторы, а точнее ноцицепторы, расположенные в межмышечных нервных сплетениях (типа мейсснеровского) и содержащие свободные окончания А-, В- и С-афферентных нервных волокон, воспринимающих разнообразные изменения, происходящие внутри просвета желудка и кишечника.

Внешняя иннервация желудочно-кишечного тракта состоит из парасимпатических и симпатических нервов, которые осуществляют передачу информации через афферентные (сенсорные) и эфферентные волокна. Первый нейрон (рис. 1), реагирующий на ноцицептивные раздражения, находится в спинальных ганглиях. Аксоны этих клеток в составе задних корешков входят в спинной мозг и оканчиваются на нейронах задних рогов. Нейроны II порядка образуют с ними синаптические контакты. По спиноретиккулярному и спиноталамическому тракту возбуждение достигает ретикулярной формации продолговатого мозга, моста зрительного бугра. Из ретикулярной формации (нейроны III порядка) возбуждение передается в лимбическую систему и кору головного мозга, а из нейронов зрительного бугра — в постцентральную извилину, где происходит окончательное формирование болевого ощущения. Адекватным стимулом для активации ноцицепторов является резкое натяжение или напряжение стенок пищеварительной трубки, включающие гладкие мышцы, способные к значительному изменению их тонуса.

К основным факторам, приводящим к раздражению нервных окончаний, относится изменение внутрипросветного, внутриоргана давления, как в сторону повышения, так и понижения, своеобразного «разрежения среды». При этом активизируются баро-, пресс-рецепторы и возникают в первом случае *спастические*, а во втором — *дистензионные боли*.

Определенную, иногда достаточно существенную, роль играет ***ишемия пищеварительных органов***, сопровождающаяся раздражением хеморецепторов, служащих источником возникновения болей. Этот фактор приобретает ведущее значение у людей старше 50 лет, на фоне атеросклероза висцеральных сосудов, питающих соответствующие органы.

Существенно, что ***воспаление стенок органов пищеварения*** не сопровождается болями, но оно отчетливо снижает порог болевой чувствительности, облегчая появление болей (пермиссивное действие).

Не следует забывать и о роли ***опущения (птоза) органов***, сопровождающегося натяжением связок, что может приводить к появлению болей при перемене положения тела, быстрых движениях, ходьбе, беге.

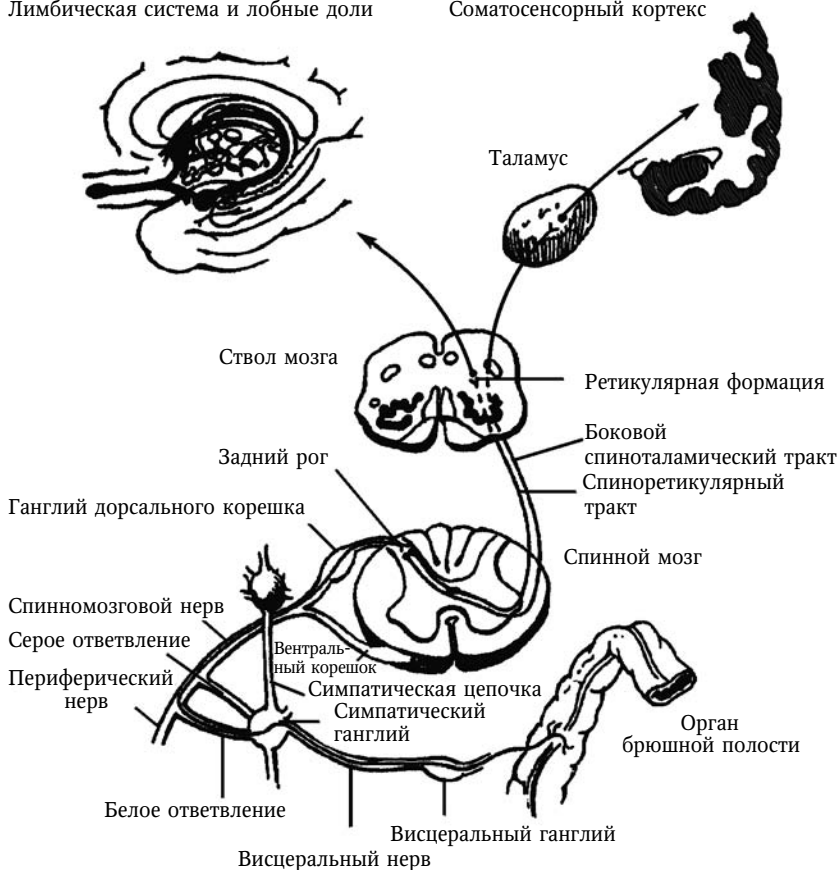


Рис. 1. Путь нейрональной передачи висцеральной боли

Пояснение в тексте

## МЕХАНИЗМ СПАСТИЧЕСКИХ И ДИСТЕНЗИОННЫХ БОЛЕЙ И ИХ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

**Основными причинами** спастических болей в эпигастрии служат функциональные расстройства, включающие в большей мере моторные нарушения (двигательные) и в меньшей — секреторные сдвиги. Центральную эфферентную роль в реализации эпигастралгии играет *блуждающий нерв*, регулирующий как моторную, так и секреторную функции желудка.

В норме у здорового человека химус, проходящий в просвет желудка, подвергается первичной обработке, приобретает кислую реакцию и дробными, небольшими порциями поступает через пилорический канал и привратник в луковицу двенадцатиперстной кишки, где происходит раздражение кислым содержимым определенных рецепторов, что приводит к плавному закрытию (замыканию) привратника и ограничению двенадцатиперстной кишки от желудка (рефлекс Меринг—Гирш—Сердюкова). В луковице постепенно, за счет кишечного сока и секрета поджелудочной железы происходит нейтрализация химуса, что сопровождается одновременным его продвижением в нижележащие отделы кишечника и открытием пилорического жома. В норме это происходит постоянно и не вызывает никаких ощущений у здоровых людей.

В патологии дисрегуляторные центральные нарушения приводят к развитию стойкой желудочной гиперсекреции и гиперхлоргидрии, химус становится все более и более кислым, и в определенный момент в соответствии с общебиологическими законами происходит качественный скачок и возникает сильное и резкое патологическое сокращение привратника — его спазм. Это сопровождается неминуемым повышением внутрижелудочного давления и раздражением баро- или пресс-рецепторов (возможно, и ноцицепторов), содержащих афферентные нервные волокна. Возникает источник болевого ощущения — спастической боли. Так как выработка желудочного сока четко обусловлена поступлением пищи в желудок, то и боли такого рода оказываются четко зависящими от приема пищи.

Другим механизмом развития спастических болей в желудке является нарушение физиологических соотношений между желудочной секрецией и моторной его активностью. Дело в том, что на высоте пищеварения, для обеспечения нормальной первичной обработки пищевого комка, в желудке у здоровых людей имеет место торможение двигательной активности органа (своеобразные функциональные ножницы). В патологических условиях образуется «сшибка», и обе эти функции «раскручиваются» одновременно — имеет место гиперсекреция и антифизиологическая активизация двигательной, перистальтической активности желудка, что неминуемо сопровождается резким повышением внутриорганного давления, и, по уже рассмотренным выше путям, сопровождается развитием боли.

Как уже отмечалось, спастическая эпигастралгия четко зависит от приема пищи. По времени появления боли различают несколько вариантов:

- ранние — через 30—60 мин после еды, длятся — 1—1,5 ч;
- поздние — через 2—4 ч после еды;
- голодные боли «натошак», т. е. до принятия пищи, купируются ее приемом;
- ночные, в 3—4 ч ночи, купируются несколькими глотками молока и куском булки.

Раньше авторы как чрезвычайно характерный для язвенной болезни эпизод описывали именно стакан с молоком на прикроватной тумбочке больного, содержимое которого использовалось при регулярном возникновении ночных эпигастральных болей.

Интенсивность спастических болей широко варьирует. Иногда они едва ощутимы, тупые и настолько мало беспокоят, что больные не придают им серьезного значения. На другом полюсе находятся весьма интенсивные боли, лишаящие больных покоя и сна. Далеко не редкость, когда больные сгибаются от болей в позе «перочинного ножа», упираются кулаком в живот и стремятся к немедленному приему любых купирующих боли средств.

Спастические боли имеют и некоторые другие типичные особенности. Для них характерен определенный ритм как в течение суток, так и месяцев, и даже лет. Возникает определенный цикл: прием пищи — светлый промежуток (2—4 ч) — боль — светлый промежуток — новый прием пищи и т. д.; или в более широком плане — обострение заболевания (спастические боли), полное, внезапное прекращение болей и новое, часто беспричинное их появление. Спастическим болям иногда свойственна сезонность (осень — весна), нередко — моносезонность (осень, либо весна, либо зима), повторяющиеся годами и десятилетиями. Эта особенность обычно носит название *цикличности болей*. Причина такой цикличности остается нераскрытой, обсуждаются гормональные влияния, гиповитаминоз, воздействие геомагнитных сдвигов и т. д.

У многих больных спастические боли постепенно нарастают и на высоте болей возникает рвота обильным, обжигающим слизистую ротовой полости кислым желудочным содержимым, после чего боли прекращаются. Это объясняется возникновением сильной волны антиперистальтики, уменьшающей внутрижелудочное давление и гладкомышечный спазм. Рвота у таких больных возникает далеко не всегда, и поэтому многие больные с целью прекращения болей вызывают путем надавливания на корень языка искусственный рвотный позыв и, как правило, достигают цели.

Спастические боли купируются приемом соды и других антацидов, а также препаратами белладонны (экстракт белладонны, атропин и близкие средства). Так, под влиянием соды происходит нейтрализация желудочного содержимого, которое активно участвует в развитии болей, а также снимается спазм — все это способствует снижению внутрижелудочного давления, и в результате купируется боль.

Помимо рассмотренных средств, спастические боли купируются теплом, горячей грелкой, обладающей антиспастическим действием и одновременно улучшающей кровообращение, благодаря сосудорасширяющему воздействию.

Но, пожалуй, самым характерным для спастических болей является купирующий эффект пищи, что наиболее ярко представлено при

голодных и ночных болях. Попадающая в просвет желудка пища обладает буферным действием и связывает соляную кислоту, тем самым «выключая» из цепи один из возможных раздражителей, генерирующих интестинальный возбудитель. Спастические боли, как правило, не иррадируют и сохраняют локализацию в эпигастрии, по средней линии или по обе стороны от нее.

Спастические боли характерны для язвенной болезни, особенно при локализации язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, а также (в меньшей степени) для хронического гастрита с сохраненной или умеренно повышенной секреторной функцией желудка. Важно лишний раз подчеркнуть, что сама язва не вызывает болей.

В генезе спастических болей решающую роль играют функциональные сдвиги: желудочная гиперсекреция и гипермоторика. Однако кратер язвы может являться зоной мощных рефлексогенных воздействий, включающих все ведущие патологические механизмы, приводящие к появлению эпигастралгии. Все же следует признать, что этот вопрос еще далек от окончательного разрешения и требует уточнений.

Наряду со спастическими болями при ряде заболеваний желудка могут возникать *дистензионные боли*, обусловленные гипотонусом желудка, его неадекватным растяжением в ответ на прием пищи, при этом раздражаются барорецепторы в межмышечных сплетениях и появляется боль.

Эти боли скорее воспринимаются больными как чувство дискомфорта, тяжести, переполнения после еды, иногда они бывают более интенсивными, но, как правило, носят тупой характер. Это всегда ранние боли, почти сразу после еды, у них нет «спутников», они проходят спонтанно, не требуют приема каких-либо лекарств, не носят ритмического характера, им не свойственна периодичность. Как и спастические боли, дистензионные боли обычно не иррадируют. Последние встречаются при гастритах со сниженной секреторной активностью (*устар. назв.* — катар желудка).

Таким образом, решение вопроса о характере болей (спастические или дистензионные) имеет немаловажное диагностическое значение. При этом врачом должны быть заданы больному следующие простые, но важные вопросы: где болит? как болит? интенсивность болей; когда болит? есть ли иррадиация? что помогает? «спутники» болей? Анализ полученных ответов существенно помогает в трактовке болевого синдрома и тем самым облегчает постановку диагноза в целом в каждом конкретном случае.

*Учебное издание*

**Евгений Симонович РЫСС**

**ВВЕДЕНИЕ  
В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЮ**

*Учебное пособие*

Ответственный редактор *А. А. Редкокаша*

Редактор *О. Ю. Гуршева*

Техническое редактирование и компьютерная верстка *Е. М. Сальниковой*

Корректор *О. В. Антонова*

Регистрационное свидетельство № 87259 от 21.05.1999.

Подписано в печать 10.03.2005. Формат 60 × 90 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Гарнитура «Октава».

Печать офсетная. Печ. л. 11. Тираж 2000 экз. Заказ №

Издательство «СпецЛит». 190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 29

Тел./факс: (812) 251-66-54, 251-16-94. E-mail: [medsale@speclit.spb.ru](mailto:medsale@speclit.spb.ru)

<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано с готовых диапозитивов в ГУП «Типография „Наука“»  
190034, Санкт-Петербург, 9 линия, 12

ISBN 5-299-00286-6



9 785299 002867