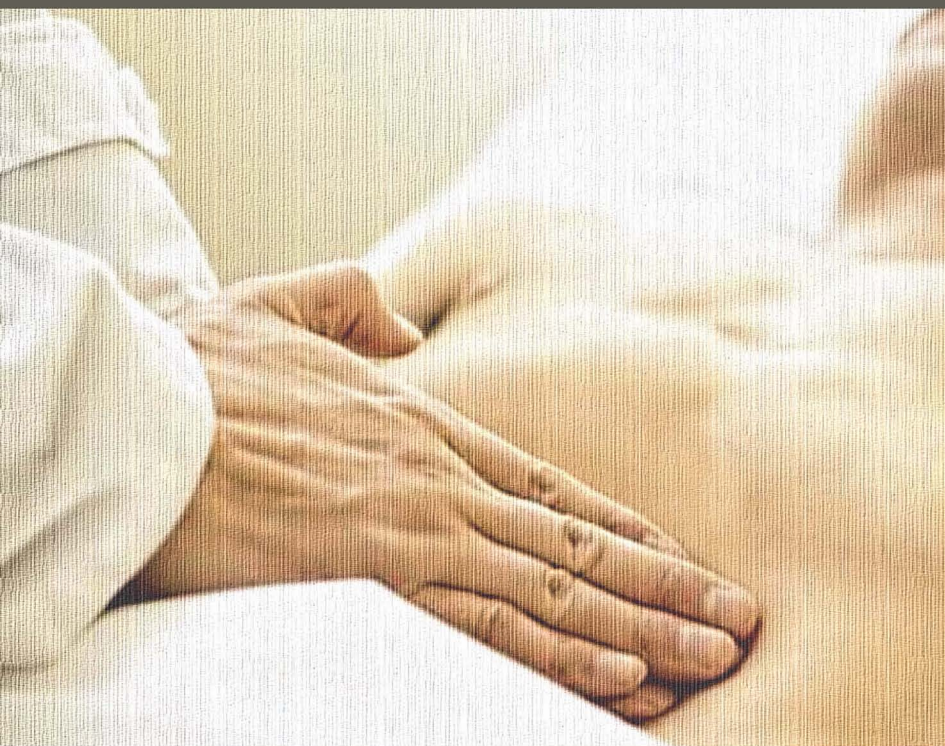


Д.И. Трухан, С.Н. Филимонов

Дифференциальный диагноз основных гастроэнтерологических синдромов и симптомов



Д.И. Трухан, С.Н. Филимонов

Дифференциальный диагноз основных гастроэнтерологических синдромов и симптомов

УДК 616.33-002
ББК 54.132
Т80

Рекомендовано к печати Учебно-методической комиссией ГБОУ ДПО
«Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Министерства здравоохранения РФ, протокол № 4 от 18.06.2015

Авторы:

Трухан Дмитрий Иванович — профессор кафедры внутренних болезней и поликлинической терапии ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, доктор медицинских наук, доцент.

Филимонов Сергей Николаевич — профессор кафедры терапии ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения РФ, доктор медицинских наук, профессор.

Рецензенты:

Раскина Татьяна Алексеевна — заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ, доктор медицинских наук, профессор.

Онищенко Александр Леонидович — проректор по научной работе ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения РФ, доктор медицинских наук, профессор.

Трухан Д.И.

Т80 Дифференциальный диагноз основных гастроэнтерологических синдромов и симптомов / Д.И. Трухан, С.Н. Филимонов. — М.: Практическая медицина, 2016. — 176 с.

ISBN 978-5-98811-396-6

В учебном пособии рассмотрены вопросы дифференциальной диагностики основных гастроэнтерологических синдромов и симптомов.

При составлении учебного пособия использованы фрагменты авторских статей, опубликованных в рецензируемых журналах, и материалы учебных пособий с грифом УМО, опубликованных в издательствах Санкт-Петербурга, Москвы и Новокузнецка.

Учебное пособие предназначено для интернов, ординаторов и врачей, обучающихся в системе послевузовского профессионального образования врачей по специальностям: «Терапия», «Гастроэнтерология», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», а также студентов медицинских вузов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия».

УДК 616.33-002

ББК 54.132

© Трухан Д.И., 2016

© Филимонов С.Н., 2016

ISBN 978-5-98811-396-6

© практическая медицина, оформление, 2016

Содержание

Сокращения	5
1 ИЗЖОГА	6
2 БОЛЬ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ	13
3 БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	24
4 БОЛЬ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ	34
5 БОЛЬ В ЛЕВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ	43
6 ОСТРЫЙ ЖИВОТ	52
7 РВОТА	64
8 СИНДРОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ	75
9 ДИАБЕТИЧЕСКИЙ ГАСТРОПАРЕЗ	92
10 ДИАРЕЯ	99
11 ЗАПОРЫ	109
12 СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА	119

13	КОЖНЫЙ ЗУД	137
14	ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	147
15	ИЗМЕНЕНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	153
16	РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ В АСПЕКТЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ И КОМОРБИДНОСТИ	161
	Литература	172

Сокращения

- ВИЧ** — вирус иммунодефицита человека
- ВОЗ** — Всемирная организация здравоохранения
- ГПОД** — грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- ГЭРБ** — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- ЖКТ** — желудочно-кишечный тракт
- НПВП** — нестероидные противовоспалительные препараты
- СД** — сахарный диабет
- СОЭ** — скорость оседания эритроцитов
- СРК** — синдром раздраженного кишечника
- УЗИ** — ультразвуковое исследование
- ФД** — функциональная диспепсия
- ХИБОП** — хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения
- ЭКГ** — электрокардиография
- ЭФГДС** — эзофагогастродуоденоскопия
- FDA** — Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США

Изжога — симптом, субъективно воспринимаемый как чувство жжения или тепла различной интенсивности и продолжительности, возникающее за грудиной (на уровне ее нижней трети) и/или в подложечной области, распространяющееся вверх от мечевидного отростка.

Изжога может возникать натощак или после сытной еды, употребления большого количества сладостей, пряных или острых блюд. Курение, животные жиры, шоколад, кофе, томаты, цитрусовые и алкоголь также могут провоцировать изжогу. Нередко она возникает, когда человек находится в горизонтальном положении, в процессе физической работы, особенно связанной с подъемом тяжестей, наклонами туловища вниз, в период беременности. Если изжога вызвана ретроградным забросом кислого содержимого, то она довольно легко снимается питьевой содой и антацидами, молоком или щелочными минеральными водами. Заброс комбинированного (кисло-щелочного содержимого) требует использования адсорбентов и антацидов.

Изжога считается наиболее характерным симптомом (встречается у 83 % пациентов) **гастроэзофагеальной рефлюксной болезни** (ГЭРБ), проявляющимся в результате длительного контакта кислого ($\text{pH} < 4,0$) или щелочного ($\text{pH} > 7,0$) желудочного содержимого со слизистой оболочкой пищевода. Изжоге при ГЭРБ могут сопутствовать другие пищеводные симптомы: регургитация (срыгивание, пищеводная рвота), отрыжка, гиперсаливация, одинофагия (боль при проглатывании пищи)

и дисфагия (затрудненное прохождение пищи), а также ряд внепищеводных проявлений: осиплость голоса, заложенность носа, покашливание, глоссит, перебои в работе сердца.

Тенденция к увеличению заболеваемости ГЭРБ стала основанием для провозглашения на 6-й Европейской гастроэнтерологической неделе (Бирмингем, 1997 г.) лозунга «XX век — век язвенной болезни, XXI век — век ГЭРБ».

ГЭРБ как самостоятельная нозологическая единица официально была утверждена международной рабочей группой относительно недавно — в октябре 1997 г. (г. Генваль, Бельгия). ГЭРБ рассматривается как хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забрасыванием в пищевод агрессивного (желудочного и/или дуоденального) содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода с развитием в нем эрозивно-язвенных, катаральных и/или функциональных нарушений и появлению типичных клинических симптомов. На сегодняшний день термином «ГЭРБ» принято обозначать все случаи патологического заброса агрессивного содержимого желудка и/или двенадцатиперстной кишки в пищевод с развитием характерных клинических симптомов вне зависимости от того, возникают ли при этом морфологические изменения слизистой оболочки пищевода или нет. В первом случае принято говорить об *эндоскопически позитивной ГЭРБ с развитием рефлюкс-эзофагита*, во втором — об *эндоскопически негативной ГЭРБ, или неэрозивной рефлюксной болезни*. В качестве третьей клинической формы заболевания на Всемирном конгрессе гастроэнтерологов (Лос-Анджелес, 2002 г.) выделен *пищевод Барретта*.

Следует отметить, что при ГЭРБ нет четких параллелей между выраженностью клинических симптомов болезни и наличием или отсутствием патологических изменений слизистой оболочки пищевода, свидетельствующих об эзофагите.

Монреальский консенсус по ГЭРБ (2006) предлагает рассматривать ГЭРБ как «состояние, развивающееся в случаях, когда заброс содержимого желудка в пищевод вызывает у больного причиняющие неудобство симптомы и/или приводит к развитию осложнений». Экспертами допускается постановка диагноза ГЭРБ без эндоскопического исследования, только на основании симптомов (прежде всего изжоги), которые причиняют неудобство пациенту, например один эпизод умеренных или сильновыраженных симптомов или два эпизода слабой интенсивности в неделю.

Европейский алгоритм, основанный на Гштадском руководстве по лечению ГЭРБ (Gstaad Treatment Guidelines, 2008), выделяет три

уровня оказания помощи пациентам ГЭРБ: самолечение, первичная медицинская помощь (терапевт или врач общей практики), специализированная медицинская помощь (гастроэнтеролог). Обращение к терапевту или врачу общей практики, в соответствии с этим алгоритмом ведения пациентов с ГЭРБ, рекомендуется при наличии симптомов ГЭРБ два и более раз в неделю. На данном этапе алгоритм также предусматривает постановку диагноза ГЭРБ только на основе типичных клинических проявлений заболевания.

Таким образом, на сегодняшний день изжога у пациента связывается прежде всего с ГЭРБ. Подобная доминанта имеет свои плюсы и минусы.

К плюсам следует отнести более серьезное отношение к изжоге — не как к диетической погрешности, а как к ведущему симптому ГЭРБ. Актуальность проблемы ГЭРБ заключается в том, что в клинической картине ГЭРБ наряду с пищеводными симптомами могут отмечаться и внепищеводные (атипичные) симптомы: сердечные, легочные, оториноларингологические, стоматологические, которые могут выходить на первый план и влиять на прогноз у конкретного пациента. Внепищеводные симптомы в соответствии с Монреальским консенсусом подразделяются на две группы: достоверно связанные с ГЭРБ (рефлюкс-кашель, рефлюкс-ларингит, рефлюкс-астма и рефлюкс-кариес) и вероятно связанные с ГЭРБ (фарингит, синусит, идиопатический легочный фиброз, рецидивирующий отит). Кроме этого, не стоит забывать об осложнениях ГЭРБ: стриктуре пищевода, пептической язве, кровотечении из язв пищевода. К наиболее значимым осложнениям относятся пищевод Барретта (метаплазия желудочным или тонкокишечным эпителием дистальной трети пищевода) и аденокарцинома.

К минусам установившейся тесной ассоциации изжоги и ГЭРБ можно отнести возможность пропуска у пациента другой патологии органов пищеварения, которая может быть более серьезной, чем ГЭРБ, а также изменений со стороны других органов и систем, прежде всего сердечно-сосудистой системы.

Так, больной с ишемической болезнью сердца может субъективно ощущать проявления **стенокардии** как чувство жжения, которое локализуется чаще за грудиной (в верхней или средней ее трети). К основным факторам, провоцирующим приступ стенокардии, относятся: физическая нагрузка (быстрая ходьба, подъем в гору или по лестнице, перенос тяжестей); повышение артериального давления; холод; обильный прием пищи; эмоциональный стресс. Для типичной стенокардии характерна преимущественная иррадиация в левую руку, плечо, лопатку, шею, нижнюю челюсть.

Приступ стенокардии проходит в покое и купируется в течение нескольких секунд или минут при приеме нитроглицерина. Интенсив-

Традиционно под термином **«гастралгия»** (от *gaster* — желудок и *algos* — боль) понимаются схваткообразные боли в области желудка, возникающие при заболеваниях самого желудка, а также при вегетативных неврозах и некоторых других заболеваниях. В этой связи термин «гастралгия» имеет ограниченную трактовку, поскольку под ним подразумеваются лишь боли, связанные с повышением тонуса желудка и его моторики. Понятие боли по определению Международной ассоциации по изучению боли шире: «боль — неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани». Кроме этого, хотя в определении и идет речь о некоторых других заболеваниях, сам термин «гастралгия» невольно концентрирует внимание врача на патологических процессах в желудке.

В этой связи целесообразнее говорить о боли в эпигастральной области, т.е. области непосредственно под мечевидным отростком, соответствующей проекции желудка на переднюю брюшную стенку.

Вместе с тем, говоря о боли, следует помнить о болевом пороге, который индивидуален для каждого, а один и тот же уровень раздражения у разных людей может привести к болевому ощущению различной степени выраженности, как незначительной, так и сильной. В связи с этим более оптимальной является позиция авторов Римских критериев II (1999), в которых идет речь о «боли или ощущении дискомфорта в подложечной области по срединной линии», однако при этом

они обозначаются термином «диспепсия», дословный перевод которого означает «нарушенное пищеварение». Римские критерии III (2006) в определении диспепсии несколько отходят от взаимоотношений боли и дискомфорта и рассматривают ее как «симптомы, относящиеся к гастродуоденальной области, при отсутствии каких-либо органических, системных или метаболических заболеваний, которые могли бы объяснить эти проявления». Но при этом, понимая определенную условность различий между болью и дискомфортом, при описании клинических критериев двух вариантов диспепсии — эпигастрального болевого синдрома и постпрандиального дистресс-синдрома — в Римских критериях III (2006) отмечается, что при эпигастральном болевом синдроме в клинической картине могут присутствовать симптомы постпрандиального дистресс-синдрома и наоборот.

Следует отметить и то, что в зависимости от особенностей восприятия боли пациенты делятся на четыре так называемых ноцицептивных, или болевых, типа (от лат. *posse* — «повреждение, причиняющее страдания»). Ноцицепция — нейрофизиологическое понятие, обозначающее восприятие, проведение и центральную обработку сигналов о вредоносных процессах или воздействиях. Это физиологический механизм передачи боли, не затрагивающий описание ее эмоциональной составляющей. Необходимо отметить, что само проведение болевых сигналов в ноцицептивной системе не эквивалентно ощущаемой боли.

Поэтому при проведении дифференциальной диагностики нецелесообразно проводить категорическое разделение боли и ощущения дискомфорта.

При оценке болей учитывают их характер, интенсивность, локализацию, наличие или отсутствие иррадиации, продолжительность, периодичность, связь их возникновения с приемом пищи или актом дефекации, физической нагрузкой, изменением положения тела; влияние на их купирование различных лекарственных препаратов.

Пациенты называют боли по аналогии с характером воздействия известного стимула или эмоционального эффекта: колющими, режущими, пронзающими, стреляющими, ноющими, тянущими, сжимающими, давящими, грызущими, сосущими, пульсирующими, жгучими, пекущими и т.д.

Чаще всего боль в эпигастральной области обусловлена **патологией желудка и двенадцатиперстной кишки**, к которой относятся:

- 1) функциональная диспепсия;
- 2) ГЭРБ;
- 3) гастрит и дуоденит;
- 4) язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки;
- 5) рак желудка;
- 6) полипы желудка.

Диагностика вышеперечисленных заболеваний не вызывает существенных затруднений, поэтому целесообразно рассмотреть ее отдельные аспекты.

Ведущая причина формирования клинической симптоматики, прежде всего боли в эпигастральной области, — нарушение моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки (спазма или растяжения). Усиление тонических сокращений гладкомышечных волокон стенки желудка в сочетании с замедленной эвакуацией из него содержимого создают идеальные условия для появления гастралгии. Важно, что при воспалении слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (гастрите, дуодените) гастралгия может возникать при менее выраженных, чем у здоровых людей, изменениях моторной функции названных органов. Боли, механизм возникновения которых связан со спазмом или, наоборот, растяжением желудка и двенадцатиперстной кишки (а иногда и с ишемией их слизистой оболочки), получили название висцеральных. Как правило, они бывают тупыми, имеют диффузный характер, ощущаются обычно по средней линии живота. Висцеральным желудочным болям свойственна иррадиация — отраженная передача болевых ощущений в участки тела, иннервируемые из тех же корешков, в которых проходят чувствительные волокна, несущие импульсы от соответствующих внутренних органов.

Интенсивность боли при заболеваниях желудка может быть различной. У больных хроническим гастритом боль в желудке малоинтенсивна. Поэтому пациент на нее может не обращать внимания в течение длительного времени. Однако при язвенной болезни желудка, особенно при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, боль бывает сильной, иногда очень сильной, вынуждающей больного немедленно принимать меры для облегчения состояния. При перфорации язвы интенсивность боли столь высока, что у больного может развиться болевой шок.

Однако, как уже отмечалось выше, судить по интенсивности боли о характере заболевания сложно, поскольку эта характеристика в значительной степени определяется индивидуальным, личностным ее восприятием.

Характер боли при заболеваниях желудка может свидетельствовать не только о том или ином заболевании, но и о наличии осложнений.

У больных хроническим гастритом типа А обычно отмечаются тяжесть, чувство распираania в эпигастральной области, которое наблюдается и при стенозе привратника. Причиной интенсивной боли у этих пациентов часто служит присоединение холецистита, панкреатита, колита. У больных хроническим гастритом типа В (хроническим неатрофическим гиперсекреторным гастритом) боль чаще носит тупой,

ноющий характер. При язвенной болезни желудка характер боли обычно идентичный, но она может быть и схваткообразной, резкой.

Интенсивная режущая, колющая, схваткообразная, сосущая боль характерна для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и обострения хронического дуоденита. «Кинжальная» боль возникает при перфорации язвы.

Прежде всего необходимо обратить внимание на связь боли с приемом пищи и с характером принятой пищи. Для хронического гастрита обычно характерно раннее появление боли — практически сразу после приема пищи, особенно если пища грубая, кислая. При язвенной болезни кардиального отдела желудка боль тоже возникает сразу после приема пищи. При язве пилорического отдела желудка боль появляется через 1–1,5 часа после еды. При локализации язвенного дефекта в двенадцатиперстной кишке обычно встречаются поздние «голодные» боли — через 1,5–2 часа после еды.

Однако данная характеристика может быть тесно связана с качеством принятой пищи. Так, пища, обладающая большой щелочной буферностью (отварное мясо, молочные продукты, кроме кисломолочных), вызывает более позднее появление боли. Напротив, грубая растительная пища, овощные маринады, черный хлеб, консервы вызывают более раннее появление боли. Так называемые ранние боли могут вызывать у пациента страх перед приемом пищи, что ведет к отказу от еды.

У пациентов, страдающих дуоденитом, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, отмечается иная картина. Боль у них, как правило, носит «голодный», ночной характер и облегчается приемом мягкой (каши, картофельное пюре, мясной или рыбный фарш) или жидкой (молочной) пищи, приемом соды или антацидных средств.

Кроме того, появление боли многие пациенты, например больные дуоденитом и язвенной болезнью, зачастую связывают с выполнением физической работы, нервно-психическими перегрузками, а не с приемом пищи.

Больные, страдающие раком желудка, часто не могут связать боль с какими-то определенными причинами.

По течению или изменению интенсивности болевого ощущения во времени боли подразделяют на *постоянные* (монотонные), *нарастающие* (прогрессирующие), *убывающие* (регрессирующие) и *перемежающиеся* (интермиттирующие).

По продолжительности и течению боли разделяют на острые и хронические. К *острой* относится боль, которая возникла на протяжении нескольких минут, часов, не более суток, ее, в свою очередь, можно разделить на острую «хирургическую» («острый живот») и острую «нехирургическую». К *хронической* относят боль, беспокоящую паци-

ента на протяжении трех и более месяцев. Она бывает органической и функциональной.

Единственным патогенетическим фактором, который считается доказанным в развитии функциональной боли и дискомфорта в эпигастральной области, служит нарушение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки. Нарушение моторики может проявляться:

- нарушением аккомодации (релаксации) желудка — снижением способности проксимального отдела расслабляться после приема пищи под действием нарастающего давления содержимого на его стенки;
- гастропарезом — ослаблением моторики антрального отдела желудка с замедлением эвакуации содержимого;
- нарушением ритма перистальтики — нарушением синхронизации перистальтики антрального отдела желудка с открытием пилорического сфинктера;
- рефлюксами — вследствие снижения тонуса сфинктеров (нижний пищеводный, пилорический).

Следует отметить и висцеральную гиперчувствительность, которая характеризуется повышением чувствительности стенки желудка к растяжению и выражается чрезмерной реакцией на раздражители обычной интенсивности, что приводит к боли в эпигастральной области.

В соответствии с рекомендациями экспертов Римского консенсуса III (2006) клинические диагностические критерии функциональной диспепсии включают в себя:

- 1) наличие одного или более из следующих симптомов:
 - беспокоящее (неприятное) чувство полноты после еды;
 - быстрое насыщение;
 - эпигастральная боль;
 - эпигастральное жжение;
- 2) отсутствие данных об органической патологии (включая данные эндоскопического исследования), которая могла бы объяснить возникновение диспепсических симптомов.

Соответствие критериям должно соблюдаться в течение не менее 3 последних месяцев с началом проявлений не менее 6 месяцев перед диагностикой.

Диагностические критерии *постпрандиального дистресс-синдрома* включают один или оба из следующих симптомов:

- 1) беспокоящее чувство полноты после еды, возникающее после приема обычного объема пищи по крайней мере несколько раз в неделю;
- 2) быстрая насыщаемость (сытость), в связи с чем невозможно съесть обычную пищу до конца, по меньшей мере несколько раз в неделю.

Соответствие критериям должно соблюдаться в течение не менее 3 последних месяцев с началом проявлений не менее 6 месяцев перед диагностикой.

К подтверждающим критериям относятся: вздутие в верхней части живота, или тошнота после еды, или чрезмерная отрыжка, могут присутствовать и клинические симптомы эпигастрального болевого синдрома.

Диагностические критерии эпигастрального болевого синдрома включают наличие всех указанных ниже симптомов:

- 1) боль или жжение, локализованные в эпигастрии, как минимум умеренной интенсивности, с частотой не менее 1 раза в неделю;
- 2) боль периодическая;
- 3) нет генерализованной боли или локализующейся в других отделах живота или грудной клетке;
- 4) нет улучшения после дефекации или отхождения газов;
- 5) нет соответствия критериям расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди.

Соответствие критериям должно соблюдаться в течение не менее 3 последних месяцев с началом проявлений не менее 6 месяцев перед диагностикой.

К подтверждающим критериям эпигастрального болевого синдрома относятся следующие:

- 1) боль может быть жгучей, но без ретростерального компонента;
- 2) боль обычно появляется или, наоборот, уменьшается после приема пищи, но может возникать и натощак;
- 3) в клинической картине могут присутствовать проявления постпрандиального дистресс-синдрома.

Следует отметить, что деление на варианты носит достаточно условный характер, потому что стабильность симптоматики сохраняется приблизительно у 10% больных, у остальных с изменением интенсивности проявлений изменяется и вариант течения, но, учитывая анамнестические данные, за ними можно сохранить «исходный» вариант течения. Комитет экспертов (Римский консенсус III) допустил возможность использования в клинической практике формулировки «функциональная диспепсия» без подразделения на варианты, однако указал на предпочтительность использования более детализированного патофизиологического типа, диагностика которого осуществляется с учетом ряда условий.

Необходимо отметить, что функциональная патология всегда трудна для постановки диагноза, т.к. диагноз ставится методом исключения органической патологии, протекающей с аналогичными симптомами. Важную роль играет своевременное выявление так называемых симптомов тревоги (alarm symptoms), или «красных фла-

гов» (red flags): дисфагия, рвота с кровью, мелена, гематохезия (алая кровь в стуле), лихорадка, немотивированное похудание, появление симптомов диспепсии впервые в возрасте старше 45 лет, анемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ. Обнаружение у пациента хотя бы одного из представленных ниже «симптомов тревоги» ставит под сомнение наличие у него функциональной патологии и требует проведения тщательного обследования с целью поиска серьезного органического заболевания.

При отсутствии органической патологии, когда путь к диагнозу функциональной диспепсии «расчищен», остается эндокринная патология, которая имеет самое прямое отношение к расстройству моторики желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), и верхних его отделов в частности. В этом случае нужно обязательно исследовать сахар крови и щитовидную железу с определением гормонального профиля. При обнаружении этой патологии больной должен быть проконсультирован эндокринологом, а иногда хирургом с целью определения характера лечения.

Необходимо отметить, что женщинам, вступившим в климакс с одновременным или последовательным появлением боли или дискомфорта в эпигастральной области, необходима консультация гинеколога-эндокринолога, возможно, с проведением пробного лечения (*ex juvantibus*).

В диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки в обязательном порядке применяются следующие диагностические исследования:

- эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС) (позволяющая обнаружить рефлюкс-эзофагит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, опухоли желудка);
- определение инфицированности слизистой оболочки желудка пилорическим хеликобактером одним или (лучше) двумя методами (например, с помощью эндоскопического уреазного теста и морфологического метода);
- ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, дающее возможность выявить патологию желчного пузыря, желчевыводящих путей, поджелудочной железы;
- клинические и биохимические анализы (методом скрининга, включающим общевоспалительные тесты, в том числе печеночные и оценивающие синтетические функции печени; определяющие функциональную состоятельность почек; общий анализ кала, метаболиты кишечной микрофлоры, анализ кала на скрытую кровь).

По показаниям проводятся рентгенологическое исследование желудка, электрогастрография и сцинтиграфия желудка, суточное мониторирование внутрипищеводного pH, эндосонография.

Научно-практическое издание

Дмитрий Иванович **Трухан**,
Сергей Николаевич **Филимонов**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
ОСНОВНЫХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ
СИНДРОМОВ И СИМПТОМОВ**

Главный редактор	канд. мед. наук <i>Д.Д. Проценко</i>
Редактор	<i>Т.Е. Федосова</i>
Корректор	<i>И.Ф. Козлова</i>
Макет, верстка	<i>В.С. Чукашев</i>

Подписано в печать 20.05.2016

Формат 84×108¹/₃₂. Объем 9,4 авт. л. / 5,5 п. л.

Бумага офсетная. Печать офсетная.

Тираж 1000 экз.

Издательский дом «Практическая медицина».

115446, Москва, Каширское ш., 23, стр. 5.

Тел. +7 (495) 981-91-03, +7 (499) 324-93-29

e-mail: medprint@mail.ru — редакция,

opt@medprint.ru — реализация.

WWW.MEDPRINT.RU

Отпечатано в полном соответствии
с качеством электронного оригинал-макета
в ОАО «Первая Образцовая типография»,
филиал «Дом Печати — ВЯТКА».
610033, г. Киров, ул. Московская, 122



ISBN 978-5-98811-396-6



9 785988 113966