

*Синдромы и диагностика
заболеваний органов
пищеварения.*

*Функциональные
расстройства верхних
отделов ЖКТ.*

к.м.н., доцент

Ксетаева Г.К.

Симптомы при нарушении ЖКТ

1. Нарушения аппетита
2. Дисфагия (нарушение глотания)
3. Рвота, срыгивание, отрыжка, тошнота
4. Сухость во рту и ощущение жажды
5. Слюнотечение (гиперсаливация)-
наблюдается при глистной
инвазии (аскаридоз)
6. Халитоз – неприятный запах изо рта
(бактериальный, экзогенный,
псевдохалитоз, симптоматический
халитоз)

Симптомы при нарушении ЖКТ

- 7. Дисгевзия- это расстройство вкуса;
- Агевзия-потеря одного из основных
- ощущений; парагевзия – ошибочное восприятие
- одного вкусового ощущения вместо другого
- 8. Глоссалгия –ощущение в кончике языка
- 9. Изжога; Икота
- 10. Метеоризм
- 11. Урчание и переливание в животе
- 12. Боли в области живота
- 13. Диарея
- 14. Запор
- 15. Меконий (первородный кал)
- 16. Анальный зуд
- 17. Потеря крови через пищеварительный тракт
- 18. Увеличение размеров живота

Синдромы при нарушении ЖКТ

- **болезненность**
- **Гастритическая**
- **Энтеритическая**
- **Колитическая**
- **Диспепсическая**
- **Синдром Мальабсорбции**

Причины функциональных нарушения ЖКТ

- **Связанные с матерью:**
 - . Отягощенный акушерский анамнез;
 - . Эмоциональная лабильность женщины и стрессовая обстановка в семье;
 - . Погрешности в питании у кормящей матери;
 - . Нарушение техники кормления и перекорм при естественном и искусственном вскармливании;
 - . Неправильное разведение молочных смесей;
 - . Курение женщины.
- **Связанные с ребенком:**
 - . Анатомической и функциональной незрелости органов пищеварения (короткий брюшной отдел пищевода, недостаточность сфинктеров, пониженная ферментативная активность, нескоординированная работа отделов ЖКТ и др.);
 - . Нарушении регуляции работы ЖКТ вследствие незрелости центральной и периферической нервной системы (кишечника);
 - Особенностях формирования кишечной микробиоты;
 - . Становление ритма сон / бодрствование.

Все моторные нарушения пищеварительной трубки можно сгруппировать следующим образом:

- **Изменение пропульсивной активности:**
 - . **снижение-повышение**
- **Изменение тонуса сфинктеров:**
 - . **снижение-повышение**
- **Появление ретроградной моторики**
- **Возникновение градиента давлений в смежных отделах пищеварительного тракта**

Функциональные нарушения, проявляющиеся рвотой

- **Функциональные срыгивания
(регургитация)**
- **Руминация**
- **Циклическая (функциональная) рвота**
- **Аэрофагия**

Срыгивания (регургитация):

- Самопроизвольный заброс желудочного содержимого в пищевод и ротовую полость.
- Распространенность срыгиваний у детей первого года жизни, колеблется от 18 до 50%. Чаще срыгивания наблюдаются в первые 4-5 мес. жизни.
- Высокая частота регургитаций у детей грудного возраста обусловлена особенностями строения верхних отделов пищеварительного тракта, незрелостью нервно-гуморального звена сфинктерного аппарата и моторики ЖКТ.
- Регургитации у детей первого года жизни наиболее часто вызываются следующими причинами:
 - **Срыгивания без органических изменений со стороны ЖКТ:**
 - . Быстрое сосание, аэрофагия, перекорм, нарушение режима кормления, неадекватный подбор смесей и др.;
 - . Перинатальное поражение центральной нервной системы (ЦНС);
 - . Ранний переход к густой пище; пилороспазм;
 - **Срыгивания, обусловленные органическими поражениями:**
 - . Пилоростеноз
 - . Пороки развития ЖКТ

Руминация

- Руминация (МКБ-10) представляет собой повторяющиеся периодические приступы сокращения мышц брюшного пресса, диафрагмы и языка, приводящие к забросу желудочного содержимого в ротовую полость, где оно вновь пережевывается и проглатывается. Характерно начало в возрасте 3-8 месяцев и отсутствие эффекта от изменения характера питания, вскармливания через соску.

Циклическая (функциональная) рвота (ФР)

- **ФР- остро возникающие приступы тошноты и рвоты, продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней, перемежающиеся с бессимптомными периодами, длящимися в течение недель-месяцев. Встречается, в основном, у детей старше 3 лет и требует тщательного неврологического обследования.**

Аэрофагия

- **Аэрофагия – заглатывание воздуха, приводящее к повторной отрыжке и метеоризму, наблюдающееся на протяжении 12 мес. и более, на протяжении последнего года.**
- **Умеренная аэрофагия является нередким явлением у детей первых месяцев жизни в связи с незрелостью нервной регуляции процесса глотания.**
- **В большей степени аэрофагия выражена у детей недоношенных и незрелых к моменту рождения.**
- **Аэрофагии способствует разговор во время еды, торопливый прием пищи, жевание жевательной резинки, употребление газированных напитков.**
- **Упорная аэрофагия у детей старшего 1 года жизни требует исключения неврологической патологии.**

Диагностика

- **Диагноз функциональных заболеваний ставится на основании клинических данных (в т.ч. тщательно собранного анамнеза) и дополнительного лабораторного и инструментального обследования.**
- **Основная сложность в диагностике функциональных нарушений заключается в необходимости исключить всю возможную органическую патологию. Лишь после этого можно с уверенностью говорить о функциональном характере заболевания.**

«Симптомы тревоги»

- К «симптомам тревоги» относятся:
- Лихорадка
- Немотивированное похудание
- Дисфагия
- Рвота кровью
- Кровь в кале
- Анемия
- Лейкоцитоз
- Увеличение СОЭ

Лечение

- В терапии всех выше указанных состояний важную роль играет нормализация режима питания, охранительный психоэмоциональный режим, разъяснительные беседы с больным и его родителями. Надлежащий выбор лекарственных препаратов - основная задача врача-гастроэнтеролога при функциональных заболеваниях кишечника.

Лечение

- Одним из ведущих патологических механизмов в функциональных заболеваниях кишечника является чрезмерное сокращение гладкой мускулатуры кишечной стенки и связанная с этим абдоминальная боль. Поэтому в терапии этих состояний рационально использовать лекарственные средства, обладающие спазмолитической активностью.
- Многочисленные клинические исследования доказали эффективность и хорошую переносимость миотропных спазмолитиков при функциональных заболеваниях кишечника. Препаратом выбора является мебеверин (Дюспаталин).

Диагностика

- **Диагноз функциональных заболеваний ставится на основании клинических данных (в т.ч. тщательно собранного анамнеза) и дополнительного лабораторного и инструментального обследования.**
- **Основная сложность в диагностике функциональных нарушений заключается в необходимости исключить всю возможную органическую патологию. Лишь после этого можно с уверенностью говорить о функциональном характере заболевания.**

Функциональная задержка стула и функциональный запор (МКБ-10)

- Запор – хроническая задержка опорожнения кишечника более чем на 36 часов, сопровождающаяся затруднением акта дефекации, чувством неполного опорожнения, отхождением малого (<100г) количества кала повышенной плотности.
- При отсутствии перечисленных критериев запора и нерегулярной дефекации можно говорить о функциональной задержке стула.
- Одними из наиболее частых причин запоров являются дисфункция и некоординированная работа мышечных структур тазового дна и прямой кишки. В этих случаях отсутствует или происходит неполная релаксация задних или передних леваторов, пуборектальной мышцы.
- К запорам приводят расстройства кишечной моторики, чаще усиление непропульсивных и сегментирующих движений и снижение пропульсивной активности с повышением тонуса сфинктеров – «высыхание» калового столба, несоответствие емкости толстого кишечника и объема кишечного содержимого.

Функциональная задержка стула и функциональный запор

- Причиной функциональных запоров может также стать угнетение дефекационного рефлекса, наблюдающееся у стеснительных детей (условно-рефлекторные запоры). Они возникают чаще всего с началом посещения ребенком детских дошкольных учреждений, при развитии анальных трещин и при сопровождении акта дефекации болевым синдромом – «боязнь горшка».
- Также запоры могут возникнуть при позднем вставании из постели, утренней спешке, учебе в разные смены, плохих санитарных условиях, чувстве ложного стыда.

Функциональная задержка стула и функциональный запор

- **У детей – невропатов при длительной задержке стула дефекация вызывает удовольствие.**
- **Диагностика запоров основана на анализе клинико-анамнестических данных, морфофункциональных, инструментальных и лабораторных методов исследования**

Функциональная диспепсия

- Под функциональной (неязвенной) диспепсией (ФД) понимают симптомокомплекс, включающий боли или ощущение дискомфорта в подложечной области, тяжесть и чувство переполнения в эпигастрии после еды, вздутие живота, тошноту, рвоту, отрыжку, изжогу и другие симптомы, при которых, несмотря на тщательное обследование, не удастся выявить органическое заболевание.

Функциональная диспепсия

- В зависимости от клинической картины различают три варианта функциональной диспепсии:
- Язвенноподобный (доминируют боли, напоминающие аналогичные при язвенной болезни);
- Дискинетический (преобладают чувство тяжести после еды, вздутие живота, тошнота);
- Неспецифический (смешанная симптоматика).

Этиология и патогенез

- В развитии заболевания могут иметь значение следующие факторы:
- Гиперсекреция соляной кислоты;
- Алиментарные погрешности;
- Психогенные факторы;
- Нарушение моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (пищеводно-желудочный рефлюкс, замедление эвакуации из желудка, нарушение антродуоденальной координации);
- Снижение порога чувствительности стенки желудка к растяжению;
- Инфекция *Helicobacter pylori*.

Причиной появления основных симптомов ФД считают нарушение двигательной функции желудка и 12-перстной кишки. Преобладают следующие моторно-эвакуаторные нарушения:

- **Гастропарез-ослабление моторики антрального отдела желудка с замедлением эвакуации содержимого-наблюдает у 50% больных ФД;**
- **Нарушение аккомодации желудка-это снижение способности проксимального отдела расслабляться после приема пищи под действием нарастающего давления содержимого на его стенки (при нормальной аккомодации после приема пищи происходит увеличение объема желудка без повышения внутрижелудочного давления);**
- **Нарушение ритма перистальтики (желудочная дисритмия)-расстройство антродуоденальной координации, развитие перистальтики желудка по брадигастритическому (чаще) тахигастритическому или смешанному типу.**

Клиническая картина

- При язвенноподобном варианте отмечают постоянные или периодические боли либо ощущение дискомфорта в эпигастральной области, не имеющие четкой связи с приемом пищи.
- При дискинетическом варианте пациентов беспокоят чувство переполнения, тяжести в эпигастральной области после еды, вздутие живота, тошнота, рвота, чувство быстрого насыщения.
- При неспецифическом варианте наблюдают сочетание различных симптомов ФД, и выделить ведущий синдром не удастся.

Диагностика

- Диагноз ФД может быть поставлен при наличии трех обязательных условий:
 1. Постоянная или рецидивирующая диспепсия (боли или дискомфорт, локализующиеся в эпигастральной области по средней линии), продолжительность которой составляет не менее 12 недель за последние 12 месяцев;
 2. Отсутствие доказательств наличия органического заболевания, подтверждаемое тщательным сбором анамнеза, ФГС и УЗИ органов брюшной полости;
 3. Диспепсия не уменьшается после дефекации и не сопровождается изменением частоты или формы стула (эти признаки характерно для синдрома раздраженного кишечника), комфорта в эпигастрии.

Инструментальные и лабораторные исследования:

- **ФГС-исключает органическую патологию верхних отделов ЖКТ (ГЭР, язвенная болезнь, рак желудка).**
- **УЗИ гепатобилиарной зоны-обнаруживает желчнокаменную болезнь, хронический панкреатит.**
- **Электрогастрография-основана на регистрации электрической активности желудка, отражающей сокращение его стенок, с помощью электродов, установленных в эпигастральной области. В норме частота сокращений желудка составляет около 3 волн в минуту (2,4 волны в минуту и менее-брадикастрия, 3,6-9,9 волны в минуту-тахикастрия).**
- **Гастродуоденальная манометрия-оценивает изменение давления при сокращении стенки желудка с помощью датчиков, введенных в полость антрального отдела желудка и 12-перстной кишки**

Инструментальные и лабораторные исследования:

- **Рентгенологическое исследования-выявляет стеноз или дилатацию отделов пищеварительного тракта, замедленное опорожнение желудка.**
- **По показаниям проводятся компьютерная и магнитно-резонансная томография, 24-часовое мониторирование внутрипищеводного рН.**
- **Лабораторные методы: проводят клинический и биохимический (АЛТ, АСТ, ЩФ, гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), исследование кала на скрытую кровь).**

Лечение

- **Терапия комплексная и включает мероприятия по нормализации образа жизни, режима и характера питания, лекарственную терапию, при необходимости- психотерапевтические методы.**
- **По возможности устраняют физические и эмоциональные перегрузки, отрицательно влияющие на моторику ЖКТ.**
- **Недопустимы длительные перерывы в приеме пищи, обильное употребление жирной и острой пищи, консервантов, маринадов, копченостей, газированных напитков.**

Дифференцированная медикаментозная терапия

- При язвенноподобном варианте ФД показаны антациды и антисекреторные препараты (Алмагель Нео; блокаторы H₂ рецепторов гистамина: ранитидин по 150 мг 2 раза в сутки, фамотидин по 20 мг 2 раза в сутки; омепразол, рабепразол по 20 мг 2 раза в сутки, лансопразол по 30 мг 2 раза в сутки).
- При дискинетическом варианте главным образом применяют прокинетики: домперидон, метоклопрамид, цизаприд.

Дифференцированная медикаментозная терапия

- **При неспецифическом варианте ФД показана комбинированная терапия прокинетиками и антисекреторными препаратами.**
- **При выявлении *H. pylori* проводят стандартную эрадикационную терапию.**
- **При наличии депрессивных или ипохондрических реакций необходима рациональная психотерапия, назначение антидепрессантов.**

Спасибо за внимание!

