

Функциональные расстройства желудка

Подготовила: Аухатова Диана

Проверила: Аскарлова К.М.

○ **Функциональные расстройства желудка** – нарушения секреторной и двигательной функции желудка с симптомокомплексом желудочной диспепсии и болевым синдромом без четко определяемых структурных изменений слизистой оболочки. Это неоднородная группа заболеваний, в которую принято включать функциональные расстройства желудка как самостоятельную нозологическую форму и вторичные нарушения секреторной и моторной деятельности желудка при других заболеваниях.

- Выделяют особые виды функциональных расстройств желудка: острое расширение желудка, аэрофагию, привычную рвоту.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Функциональные расстройства желудка как самостоятельная нозологическая форма чаще встречается у мужчин молодого возраста, составляя от 1,5 до 58,8% среди гастро-дуоденальной патологии у лиц молодого возраста. Несовпадение данных о частоте функциональных расстройств желудка отражает различные взгляды авторов на сущность заболевания, а также уровень проводимого обследования, не позволяющего разграничить функциональные расстройства желудка от других заболеваний гастродуоденальной системы (хронического гастрита, дуоденита). Нарушения различных функций желудка можно обнаружить практически у каждого больного с тяжело протекающими внежелудочными заболеваниями, однако они редко протекают самостоятельно и обычно не диагностируются. Особые виды функциональных расстройств желудка (аэрофагия, привычная рвота) более характерны для женщин с истероидным типом психики.

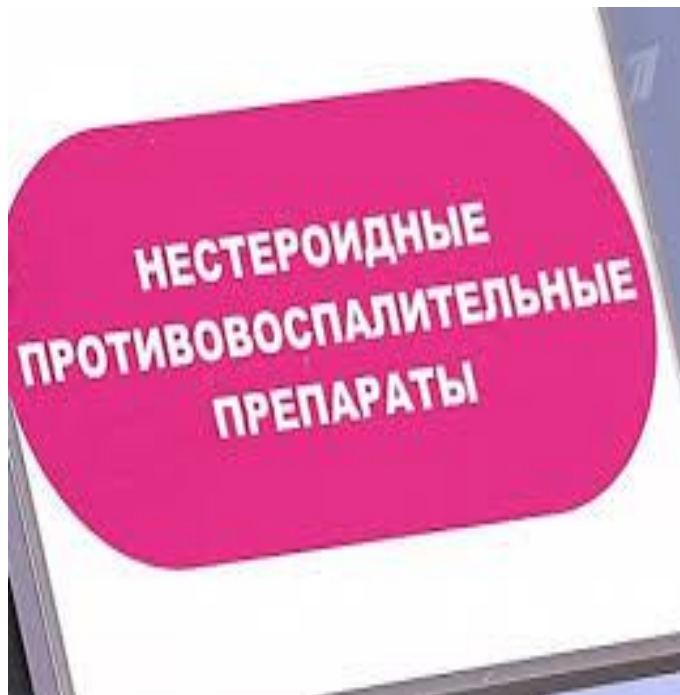
ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- Ведущими этиологическими факторами функциональных расстройств желудка как самостоятельного заболевания являются нарушения питания (еда всухомятку, употребление грубой и острой пищи, несбалансированное питание, нерегулярный прием пищи, плохое пережевывание при быстрой еде), нервно-эмоциональное напряжение, профессиональные вредности и вредные привычки (прием алкоголя, курение, частое употребление кофе).



Воздействие неблагоприятных факторов может привести к срыву адаптационно-компенсаторного механизма в любом звене этой системы, что проявляется различными нарушениями секреторной и моторной деятельности желудка.

Вторичные функциональные расстройства желудка развиваются на фоне заболеваний других органов и систем организма. Патогенез этих расстройств сложен, в нем участвуют нарушения нейроэндокринной регуляции, токсические воздействия, недостаточность местного кровообращения и ряд других факторов, приводящих к дистрофическим изменениям железистого аппарата и покровного эпителия.



- Неблагоприятное воздействие на слизистую оболочку желудка оказывают некоторые лекарственные препараты, особенно нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак, ортофен, индометацин и т.д.)
и глюкокортикоидные гормоны.

КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЖЕЛУДКА

- I. По причинам возникновения
- 1. Самостоятельное заболевание (первичные функциональные расстройства желудка)
- 2. Проявления или последствия основного заболевания (вторичные функциональные расстройства желудка)
- II. По типам нарушения функции:
 - 1) гиперстенический,
 - 2) нормостенический,
 - 3) гипостенический,
 - 4) астенический
- III. По форме (по клиническим проявлениям):
 - 1) болевая,
 - 2) диспепсическая,
 - 3) смешанная
- IV. Особые формы:
 - 1) острое расширение желудка,
 - 2) аэрофагия,
 - 3) привычная рвота

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

○ **Функциональная неязвенная диспепсия**

При этом состоянии пациента беспокоят боли и ощущение дискомфорта в области желудка, чувство переполненного раздутого желудка. Эти ощущения могут быть не связаны с непосредственным приемом пищи. Могут возникать жалобы на тошноту, вздутие живота, реже встречаются изжога, рвота, срыгивание. Пациент часто плохо переносит жирную пищу. Все эти жалобы усиливаются в состоянии психоэмоциональной или физической нагрузки. При обследовании пациента выявить какое-нибудь заболевание не удастся

Встречаются четыре варианта функциональной диспепсии



- Рефлюксоподобный. При этом варианте у пациента возникают жалобы на изжогу, боли в области желудка, жжение за грудиной, отрыжка. Обычно интенсивность болей увеличивается после физических усилий, наклонов, приема пищи, после психоэмоциональных переживаний.



- Язвенно-подобный. При этом варианте функциональной диспепсии боли возникают на голодный желудок, иногда ночью. Пациенту приходится просыпаться из-за болей в желудке. Прием пищи или антацидных препаратов резко уменьшает боли, или болевые ощущения исчезают совсем.

- ⊙ Дискинетический вариант.
Этот вариант называется еще моторным и проявляется чаще ощущением тяжести в желудке, ощущением переполнения желудка. Быстро возникает чувство насыщения. После приема пищи беспокоит отрыжка, тошнота, метеоризм. Иногда встречаются приступы длительной рвоты.



- ⊙ Смешанный или неспецифический вариант
проявляется самыми различными жалобами.



АЭРОФАГИЯ ИЛИ ПНЕВМАТОЗ ЖЕЛУДКА

- ◎ Аэрофагия или пневматоз желудка - это функциональное заболевание желудка. При аэрофагии происходит заглатывание воздуха. В норме воздух заглатывается и здоровым человеком. Но, в этом случае небольшое количество воздуха, около 2-ух кубических сантиметров, заглатывается во время еды. Этот воздух скапливается в желудке в виде «газового» или «воздушного» пузыря. Затем воздух поступает в кишечник и там постепенно всасывается.
- ◎ При аэрофагии пациент заглатывает воздух, как во время, так и вне приема пищи. Причинами усиленного заглатывания воздуха часто служат психогенные нарушения: стрессы, нервные потрясения.



- Обычно **аэрофагия** проявляется громкой отрыжкой воздухом, которая может усиливаться при психоэмоциональном возбуждении. Часто эта отрыжка не зависит от приема пищи. Пациент жалуется на чувство переполнения желудка, вздутие верхней части живота после еды. Эти жалобы уменьшаются после отрыжки. Реже возникает икота.
- Иногда при **аэрофагии** возникают проявления со стороны сердечно-сосудистой системы. Это могут быть перебои в сердце, ощущение усиленного сердцебиения, боли в сердце после приема пищи. Боли в сердце могут напоминать стенокардию, поэтому обязательно надо проводить подробное обследование, для исключения заболеваний сердечно-сосудистой системы. Пациент может жаловаться на чувство нехватки воздуха, одышку, которые возникают после еды и уменьшаются после отрыжки.



- Привычная рвота возникает чаще всего при истерии. В ответ на вид, цвет или запах определенного вида пищи возникает рефлекторное сокращение желудка и наступает рвота. Это функциональное состояние появляется обычно еще в детстве. Обычно привычная рвота возникает не после еды, а до начала приема пищи, или даже до приема пищи. Протекает привычная рвота легко, пациент к этому состоянию привыкает, и его это не слишком беспокоит. Такая рвота редко возникает в многолюдных местах.



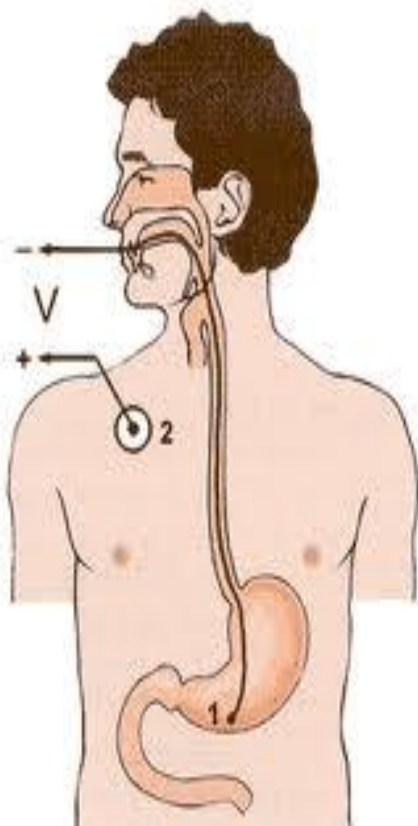
- Пилороспазм - это спазм пилоруса или привратника, который находится при переходе желудка в двенадцатиперстную кишку. Это состояние чаще всего встречается у больных неврозами. После приема пищи или через некоторое время после приема пищи возникает боль в подложечной области и обильная рвота. При этом состоянии может возникать значительное похудание пациентов, так как пища просто не успевает усваиваться.



ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- При *фракционном зондировании* для стимуляции секреции обычно используется субмаксимальный гистаминовый тест (под кожу вводят дигидрохлорид гистамина в дозе 0,008 мг/кг массы тела) или вводят под кожу 6 мг/кг пентагастрина, чем достигается максимальное стимулирование. Пробные завтраки (5% раствор алкоголя, отвар капусты, мясной бульон и др.) в связи с их слабым сокогонным эффектом и нестабильностью получаемых результатов в настоящее время применяют редко.
- Основные нормативы показателей желудочной секреции представлены в [таблице](#).

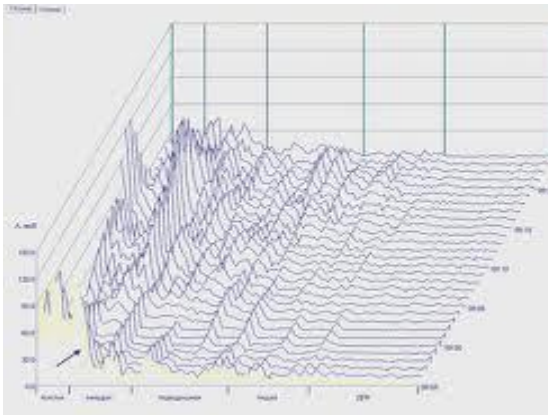
Основной недостаток титрационного метода — низкая чувствительность реактивов-индикаторов, с помощью которых выявляют лишь кислотность с рН ниже 2,5, а при рН в пределах 2,5—6,9 она определяется как анацидность. Возможность устанавливать рН в пределах 2,5—6,9 и более — ведущее преимущество рН-метрии.



- При интрагастральной рН-метрии, с помощью зоны с двумя датчиками можно регистрировать кислотообразование в теле желудка и получать данные о щелочном резерве в пилорическом отделе; проводить длительное исследование кислотообразования с применением возбуждителей или блокаторов секреции; определять, является ахлоргидрия истинной, т. е. обусловленной резким уменьшением обкладочных клеток в слизистой оболочке желудка, или ложной, связанной с функциональным торможением имеющихся в достаточном количестве обкладочных клеток.
- В соответствии с принятыми критериями кислотообразования в теле желудка натошак определяется следующим образом: рН 0,9–1,5 – гиперацидность; рН 1,6–2 – нормацидность; рН 2,1–5 – гипацидность; рН более 6 – ахлоргидрия.

○ *Рентгенологическое исследование* моторной функции желудка включает оценку тонуса, перистальтики, деятельности привратника и эвакуации содержимого желудка. Нарушения двигательной функции могут быть гипермоторного (гипертонус желудка, сегментирующая перистальтика, пилороспазм) или гипомоторного типа (гипотония желудка, гастроптоз, вялая перистальтика, замедленная эвакуация).





- *Электрогастрографический метод* состоит в избирательной записи биотоков желудка, которые регистрируются с помощью электрогастрографа ЭГС-4м в диапазоне частот 0,03–0,07 Гц. Аппарат позволяет регистрировать биотоки с поверхности брюшной стенки в проекции желудка. Аналогичные результаты получают при записи биопотенциалов с конечностей в отведении «правое предплечье – правая голень».
- При расшифровке электрогастрограмм (ЭГГ) обращают внимание на общий характер кривой, амплитуду, частоту и ритм зубцов. У здоровых людей амплитуда составляет 0,1–0,4 мВ, ритм обычно правильный – 3 колебания в минуту.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- ⦿ Дифференциальную диагностику функциональные расстройства желудка необходимо проводить с хроническим гастритом и язвенной болезнью.

Разграничение функциональные расстройства желудка и хронического гастрита на основании рентгенологического и эндоскопического исследования желудка нельзя считать убедительным, поскольку сделанные на основании этих методов заключения часто не соответствуют гистологической картине. Только гистологическое изучение гастробиоптатов из различных участков желудка позволяет отвергнуть хронический гастрит и остановиться на диагнозе функциональные расстройства желудка. Однако на практике гастробиопсия для дифференциальной диагностики данных заболеваний не проводится из-за риска осложнений (кровотечение из места биопсии, возможность заражения вирусом гепатита, а последнее время и ВИЧ). Критериями диагностики функциональные расстройства желудка в этом случае должны быть непродолжительный анамнез (1 – 2 года) и отсутствие выраженных изменений слизистой оболочки желудка по данным рентгенологического и эндоскопического исследований.

- Дифференциальная диагностика функциональные расстройства желудка с язвенной болезнью основывается на результатах рентгенологического и эндоскопического исследований. Следует, однако, учитывать, что у ряда больных, особенно на ранних этапах болезни, язвы нередко заживают без образования видимого рубца и проведенное в период ремиссии обследование может не выявить прямых и косвенных признаков язвенной болезни. В связи с этим больные с функциональные расстройства желудка, протекающими с язвенноподобным синдромом, должны находиться под диспансерным наблюдением в поликлинике, где им следует проводить те же профилактические мероприятия, что и страдающим язвенной болезнью.

ЛЕЧЕНИЕ



При терапии следует учитывать тип функциональных расстройств желудка.

Успех лечения больных с функциональные расстройства желудка гипертонического типа прежде всего достигается правильной организацией питания. Приема пищи в одно и то же время, исключения переедания, обильного приема пищи на ночь, рационального подбора продуктов и блюд обычно бывает достаточно для восстановления нарушенных функций желудка алиментарного генеза. Если функциональные расстройства желудка связаны с особенностями профессиональной деятельности (ночные дежурства, работа на транспорте, частые командировки и т. д.), необходимо добиться правильной организации труда и отдыха, при необходимости трудоустроить больного. Не менее важна борьба с вредными привычками: курением, злоупотреблением алкоголем и кофе.

○ Дополнительное диетическое и медикаментозное лечение проводится только при обострениях болезни. Больному на период обострения болезни назначают диету № 1. Крайне редко при резко выраженном болевом синдроме показана более щадящая диета № 1а или № 1б.

- Для нормализации секреторной и моторно-эвакуаторной деятельности желудка, а также с целью купирования болевого синдрома назначают антихолинергические средства (атропин, препараты белладонны, платифиллин, метацин, гастроцепин), спазмолитики (папаверин, но-шпа), блокаторы центральных дофаминовых рецепторов (реглан, эглонил), антациды в виде комбинированных препаратов (викалин, викаир, ротер) или гелей (алмагель, фосфалугель, гастрогель). Принципы их назначения и дозы смотри в Язвенная болезнь. Следует лишь учитывать, что для достижения эффекта при функциональные расстройства желудка гиперстенического типа требуются более короткие курсы лечения (2—3 нед).



- При жалобах больного на вспыльчивость, раздражительность, плохой сон применяют транквилизаторы (элениум по 0,01 г 2–3 раза в день, тазепам по 0,01 г 3 раза в день, седуксен по 0,005 г 1–2 раза в день) или седативные средства (экстракт и настойка валерианы, пустырника, боярышника). При преобладании тревожно-депрессивного состояния больному показаны антидепрессанты (триптизол, amitриптилин по 0,25 г 2–3 раза в день).
- Терапевтические мероприятия у больных с вторичными функциональными расстройствами желудка гипостенического типа прежде всего должны быть направлены на лечение основного заболевания, вызвавшего их.

⦿ Специальное лечение при функциональные расстройства желудка гипостенического типа обычно требуется лишь при клинических признаках обострения болезни. Больным назначают диету № 2. Пища должна быть полноценной, разнообразной по составу, с повышенным содержанием витаминов. При назначении лечебного питания следует учитывать характер основного заболевания и индивидуальную непереносимость отдельных продуктов (например, молока).

⦿ При нарушениях пищеварения используют заместительную терапию в виде желудочного сока, ацидин-пепсина (1 таблетка на 1/2 стакана воды) или полиферментные препараты (панзинорм, полизим, фестал и др.), которые назначают во время еды 3—4 раза в день. Рекомендуется прием витаминов (аскорбиновая кислота, витамины В₁, В₆, никотиновая кислота), которые оказывают нормализующее влияние на основные функции желудка.