**Синдром дисфагии**

Нарушение прохождения пищи через пищевод: из ротоглотки в верхний отдел пищевода (орофарингеальная дисфагия), транспорта пищевого комка по пищеводу

(пищеводная дисфагия)

СИМПТОМЫ:

1)Затруднение прохождения твердой или жидкой пищи 2)Срыгивание, часто ночью (симптом мокрой подушки).

3)Рвота без предшествующей тошноты, не измененной, непереваренной пищей, без примесей желудочного сока (результат вторичного расширения пищевода).

4)Слюнотечение.

5)Неприятный запах изо рта.

6)Боли, чувство распирания по ходу пищевода, за грудиной. Различают:

А)функциональную (пароксизмальную)

Б)органическую (постоянную, прогрессирующую)дисфагию

Функциональная дисфагия:

ПРИЧИНЫ:

Повреждение глотательного центра, блуждающего и языкоглоточного нерва, паралич языка, ротоглоточная анестезия, пониженное слюноотделение, повреждение мышц глотки и пищевода, ахалазия кардии на ранних стадиях.

СИМПТОМЫ:

1)преходящий характер нарушений

2)связь с психоэмоциональными факторами

3)часто провоцируется волнением, поспешной едой

4)ощущение «комка в горле» или за грудиной

5)одинаково затруднено прохождение твердой и жидкой пищи, иногда, жидкая пища проходит труднее, чем плотная

6)общее состояние мало изменяется

7)устраняется седативными и спазмолитическими средствами.

Органическая дисфагия:

ПРИЧИНЫ:

Воспалительные заболевания и стриктуры пищевода, опухоли, дивертикулы пищевода, ахалазия кардии на поздних стадиях.

СИМПТОМЫ:

1)постоянный и прогрессирующий характер нарушений.

2)2.затруднение прохождения сначала только твердой, а затем кашицеобразной и жидкой пищи. 3)общее состояние:

а) при рубцовом сужении пищевода (рис. 4.1)(ожог, эзофагит, ахалазия кардии)мало или медленно изменяется.

б) при раке пищевода быстро ухудшается

**Синдром гастродуоденальной боли**

ПРИЧИНЫ:

Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки. Чаще при язвенной болезни, хроническом гастрите, дуодените.

СИМПТОМЫ:

1)Боль в эпигастрии. Часто наблюдается сезонность обострения: весной и осенью.

2)Ранние боли: возникают спустя несколько минут или в течение первого часа после еды. Иногда, возникает страх приема пищи (цитофобия). Характеризуют поражение кардиального и фундального отделов желудка.

3)Поздние боли: возникают через 1,5 - 2 часа после еды, натощак, ночью, часто сопровождаются гиперсекрецией. Характеризуют поражение пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки.

4)Боль купируется приемом пищи, антацидов, антисекреторных препаратов.

5)На высоте болей может быть рвота, приносящая облегчение.

6)Перкуторная болезненность — симптом Менделя. Этот симптом выявляется путем отрывистой перкуссии согнутым под прямым углом пальцем по симметричным участкам эпигастральной области. Соответственно локализации язвы при такой перкуссии иногда появляется локальная, ограниченная болезненность, болезненность ярче выражена на вдохе. Симптом Менделя обычно указывает на то, что язвенный дефект не ограничен слизистой оболочкой, а локализуется в пределах стенки желудка или 12-перстной кишки с развитием перивисцерита.

**Синдром желудочной гиперсекреции**

ПРИЧИНЫ: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит с гиперсекрецией, синдром Золлингера-Эллисона, панкреатит.

СИМПТОМЫ:

1)Изжога, отрыжка, рвота кислым, аппетит сохранен или повышен, спастические запоры. Возможность появления болей в пилородуоденальной зоне, чаще поздних.

2)Рентгенологически в пилородуоденальном отделе: функциональные (спазм), органические ("язвенная ниша", деформация, перигастрит, перидуоденит).

3)Лабораторные данные - желудочная секреция: гиперсекреция соляной кислоты и (или)пепсина (в межпищеварительный период или в ответ на стимуляцию).

4)Суточная PH-метрия позволяет верифицировать диагноз.

**Синдром желудочной гипосекреции**

ПРИЧИНЫ: Рак желудка, хронический гастрит с пониженной секреторной функцией желудка, инволюционные изменения.

СИМПТОМЫ:

1)Чувство тяжести в подложечной области, иногда ноющие, тупые боли, тошнота после еды, отрыжка тухлым, аппетит понижен, склонность к поносам (позывы на «низ» сразу после еды)без болей, метеоризм.

2)Рентгенологически - уплотненные складки слизистой оболочки желудка.

3)ЭФГДС - признаки хронического гастрита, атрофия фундальных желез ранней степени. 4)Лабораторно - пониженное количество соляной кислоты и пепсина Показателей PHметрии даже в ответ на максимальную стимуляцию гистамином, вплоть до ахлоргидрии (отсутствие соляной кислоты)и ахилии (отсутствие соляной кислоты и пепсина).

5)Кровь- возможная анемия В-12-фолиеводефицитная.

6)Кал оформленный или кашицеобразный, темно-коричневого цвета, много непереваренных мышечных волокон, непереваренной клетчатки, немного крахмала.

**Синдром нарушения эвакуации из желудка**

ПРИЧИНЫ: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная стенозом привратника (рис. 4.2), опухоль пилорического отдела желудка и головки поджелудочной железы.

СИМПТОМЫ:

1)Постоянные, либо приступообразные боли (пилороспазмы)в подложечной области, усиливающиеся к вечеру и на высоте пищеварения, отрыжка кислым, с запахом «тухлых яиц», обильная рвота с остатками пищи, съеденной «накануне» и не приносящая облегчение, запоры, сменяющиеся поносами.

2)При декомпенсированном стенозе больной истощен, иногда в эпигастрии видна перистальтика и антиперистальтика желудка. При выраженном стенозе большая кривизна желудка ниже пупка, часто определяется поздний шум плеска - положительный симптом Василенко.

3)Рентгенологически - эвакуация контрастной массы из желудка в 12-перстную кишку замедленна, но быстро наступает после воздействия атропином, (компенсированный стеноз), не изменяется после фармакологического воздействия при декомпенсированном стенозе, развивается синдром желудочной тетании (хлоргидропенический).

4)ЭФГДС - сужение выходного отдела желудка

5)Увеличение остатка голодного желудка (более 200мл)

**Синдром функциональной диспепсии**:

Функциональная диспепсия - комплекс жалоб, включающих в себя боли и чувство жжения в подложечной области, ощущение переполнения в эпигастрии после еды и раннее насыщение, которые отмечаются у больного в течение 3 последних месяцев (при их общей продолжительности не менее 6 месяцев)и которые не могут быть объяснены органическими заболеваниями.

Клинические варианты функциональной диспепсии:

а)синдром боли в эпигастрии (прежнее название – язвенноподобный вариант);

б)постпрандиальный дистресс-синдром (прежнее название – дискинетический вариант);

в)диспепсия, ассоциированная с инфекцией Н.pylori;

г)диспепсия после перенесенной токсикоинфекции.

Диагноз функциональной диспепсии – это динамический диагноз или диагноз исключения, который может быть поставлен только после тщательного лабораторноинструментального обследования больного.

**Синдром кровотечения из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (пищеводно-желудочно-дуоденального)**

ПРИЧИНЫ: язвы желудка, двенадцатиперстной кишки, пищевода, опухоли различной локализации, эрозивный гастрит, дуоденит, варикозно расширенные вены пищевода, разрывы слизистой оболочки желудочно-пищеводного перехода (синдром Меллори-Вейса), дивертикулы и др. заболевания. Различают: скрытое и массивное кровотечение

СИМПТОМЫ скрытого кровотечения:

1)Постоянная слабость, сонливость, головокружения

2)"Беспричинная" анемия, не требующая неотложной помощи

СИМПТОМЫ массивного кровотечения:

1)Симптомы острой сосудистой недостаточности - обморок, шум в ушах, головокружение, слабость, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, холодный пот, тахикардия, нитевидный пульс, падение АД, одышка (проявления постгеморрагической анемии).

2)Рвота с кровью (пищеводное или обильное желудочное кровотечение), "кофейной гущей" (при желудочном кровотечении).

3)Мелена – жидкий, кашицеобразный, неоформленный, черный дегтеобразный стул (при кровопотере более 80-100 мл).

4)Возможно развитие геморрагического шока (при потере более 1500 мл крови). 5)Исчезновение или уменьшение болей в эпигастрии при кровотечении при язве желудка или двенадцати перстной кишки.

6)Положительная реакция Грегерсена (кал на скрытую кровь).

7)Общий анализ крови: постепенное снижение уровня Эр., Нв, Нtc.

8)Эндоскопическое подтверждение кровотечения.

**Синдром кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта**

ПРИЧИНЫ:, геморрой, анальные трещины, дивертикулы, полипы, опухоли кишечника, воспалительные заболевания кишечника, неспецифический язвенный колит, ишемические поражения кишечника, гельминтозы.

СИМПТОМЫ:

1)Общие симптомы постгеморрагической анемии

2)Изменения кала:

 -Алая кровь – прямая кишка

 -Прожилки алой крови – сигмовидная кишка

 -Темно-красная кровь, равномерно перемешанная с калом - проксимальные отделы толстой кишки

 -Мелена – тонкий кишечник.

3)Общий анализ крови: постепенное снижение уровня Эр., Нв, Нtc.

4)Эндоскопическое подтверждение кровотечения.

**Синдром «острого живота»**

Собирательный термин, клинически характеризующий катастрофу в брюшной полости с последующим развитием перитонита.

ПРИЧИНЫ: аппендицит, холецистит, панкреатит, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, непроходимость кишечника, ишемический некроз кишечника.

СИМПТОМЫ:

1)Жалобы: боли в животе: кинжальные при прободной язве, тупые постоянные при воспалении, схваткообразные при непроходимости; тошнота и рвота, не облегчающая состояние; вздутие живота и отсутствие кала, неотхождение газов при перитоните и непроходимости кишки;

2)Осмотр: сухой язык, плоский живот, безучастен в акте дыхания, вынужденное положение на спине с подтянутыми к животу ногами, метеоризм с волнами перистальтики при непроходимости;

3)Пальпация: напряжение мышц брюшной стенки над очагом повреждения, положительный симптом Щеткина-Блюмберга над местом воспаления, раздутые петли кишечника при непроходимости - метеоризм;

4)Перкуссия: локальная боль над пораженным органом при покалачивании, пузырные симптомы при холецистите, исчезновение печеночной тупости при прободении язвы (Симптом Жобера — тимпанит над областью печени. Это обусловлено скоплением газа (вышедшего из желудка)под правым куполом диафрагмы при перфорации язвы желудка и ДПК, что подтверждается при рентгеноскопии и рентгенографии брюшной полости);

5)Аускультация: уменьшено количество кишечных шумов или их нет при перитоните, увеличено количество шумов при непроходимости;

6)Лапароскопия подтверждает диагноз;

7)Рентген: обзорный снимок живота – воздух (газ)над печенью (прободная язва желудка или ДПК, рис. 4.4), чаши Клойбера при непроходимости кишечника (рис. 4.3);

8)УЗИ: патология желчных путей, патология поджелудочной железы, воспалительные изменения аппендикса;

9)Кровь: лейкоцитоз со сдвигом влево, анемия, высокий уровень амилазы при панкреатите.

**Диспепсический синдром (нарушение пищеварения)**

ПРИЧИНЫ: гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, холециститы, дискинезия желчевыводящих путей, желчно-каменная болезнь, панкреатиты, гепатиты, циррозы печени, колиты, энтериты, опухоли желудочнокишечного тракта, поджелудочной печени, дисбактериоз и т.д. Возникает в результате нарушения желудочного и кишечного пищеварения, расстройства моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, дисбактериоза и т.д.

СИМПТОМЫ:

1)Нарушения аппетита;

2)Неприятный привкус во рту;

3)Отрыжка – заброс содержимого желудка в ротовую полость (что связано с недостаточностью сфинктера кардии). При попадании газообразного содержимого желудка говорят об «отрыжка воздухом», если содержит частицы пищи – «отрыжка пищей», при образовании органических кислот в результате брожения – «отрыжка прогорклым маслом».

4)Изжога – сильное жжение за грудиной, что связано с попаданием содержимого желудка в пищевод в результате недостаточности кардиального сфинктера;

5)Тошнота – наблюдается чаще при заболеваниях с пониженной секреторной функцией желудка, а также связано с приемом определенной пищи (жиров);

6)Рвота – связана с повышением тонуса блуждающего нерва, что сопровождается выраженными секреторными и моторными нарушениями желудочно-кишечного тракта. Ее характер, содержание рвотных масс и их количество имеют диагностическое значение;

7)Запоры возникают в результате рефлекторной дискинезии кишечника, обусловленной повышением тонуса блуждающего нерва, особенностями питания, ограничением двигательной активности, приемами лекарственных средств, гиперсекрецией;

8)Диарея – является следствием снижения кислотообразующей функции желудка, заболевании поджелудочной железы, следствием вторичного авитаминоза, моторных, воспалительных и функциональных заболеваний кишечника.

9)Метеоризм – повышенное газообразование в кишечнике.

10)Диспепсия в зависимости от преобладания нарушения функции того или иного органа пищеварения схематично разделяется на клинические формы – желудочную, кишечную, панкреатическую и печеночную.

Диспепсия желудочная: симптомокомплекс, включающий симптомы: чувство переполнения, тяжести в эпигастрии, отрыжка, изжога, тошнота, рвота. Возможные механизмы: недостаточность секреторной [функции, нарушение моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Диспепсия кишечная: мальдигестия - нарушении переваривания в тонком кишечнике; мальабсорбция -нарушении всасывания. Симптомокомплекс, включающий симптомы: метеоризм, урчание и боли в животе, запоры, поносы (см. Диспепсия бродильная, Диспепсия гнилостная). Является признаком воспаления кишечной стенки, нарушения моторики кишки, недостаточности ряда ферментов: энтерокиназы, сахаразы, фосфатаз и др. Встречается при заболеваниях кишечника.

Диспепсия бродильная (при нарушении периваривания углеводов): симптомокомплекс, включающий симптомы: выраженный метеоризм, схваткообразные боли, диарея, ухудшение состояния после еды, богатой углеводами, характерные изменения копрограммы. Разновидность кишечной диспепсии. Наблюдается при длительном соблюдении углеводной диеты.

Диспепсия гнилостная (при нарушении переваривания белков): симптомокомплекс, включающий симптомы: умеренный метеоризм, постоянные боли в животе, поносы, чередующиеся с запорами, ухудшение состояния после еды, богатой белками, характерные изменения копрограммы. Разновидность кишечной диспепсии. Наблюдается при длительном соблюдении белковой диеты.

**Мальабсорбции синдром**

ПРИЧИНЫ: первичный (наследственно обусловленный дефицит отдельных пищеварительных ферментов). Вторичный (в следствие дисфункции и заболеваний желудка, кишечника, органов пищеварения, эндокринной и других систем, воздействия токсических, лекарственных веществ).

Симптомокомплекс, развивающийся вследствие недостаточности всасывания многих ингредиентов пищи (белков, углеводов, витаминов, микроэлементов).

Симптомы: диарея, похудание, вплоть до кахексии, гипопротеинемические отеки, креаторея, стеаторея, амилорея, невриты, выпадение волос. Синдромы: астенический, полигиповитаминоза, анемический.

**Синдром раздраженной кишки**

Функциональные расстройства деятельности кишечника, не связанные с органическими заболеваниями.

ПРИЧИНЫ:

1)Частые стрессовые ситуации

2)Избыточный бактериальный рост

3)Нерациональное питание

4)Злоупотребление алкоголем

5)Перенесенные кишечные инфекции

Клинические варианты:

• Спастико-колитический вариант

• С преобладанием диареи

• С преобладанием запоров

СИМПТОМЫ:

1)Боли в животе - локализуются около пупка или внизу живота. Имеют различную интенсивность, от незначительно ноющих до весьма выраженной кишечной колики. Как правило, боли уменьшаются или исчезают после дефекации или отхождения газов. Важным отличительным признаком является отсутствие болей и других симптомов ночью.

2)Нарушение стула выражается в появлении диареи или запора. Диарея часто возникает внезапно после еды, иногда в первой половине дня. Характерно отсутствие полифекалии (количество кала менее 200 г за сутки, при запорах он напоминает овечий). Кал часто содержит слизь. У многих больных бывает ощущение неполного опорожнения кишечника после дефекации.

3)Метеоризм - один из характерных признаков, обычно усиливается к вечеру. Как правило, вздутие живота нарастает перед дефекацией и уменьшается после нее. Довольно часто метеоризм имеет локальный характер.

4)Лабораторно-инструментальные исследования:

• Копрограмма: большое количество слизи или слизистых пленок и лент, в которых при микроскопии иногда обнаруживаются эозинофилы. • Эндоскопическии - изменений не обнаруживается.

• При рентгенологическом исследовании могут выявляться признаки дискинезии асимметричность и неравномерность сокращений толстой кишки, чередование спастически сокращенных и расширенных участков кишки.

**Болевой абдоминальный синдром**

Различают следующие типы болей в животе:

• спастические;

• вследствие метеоризма;

• мезентериальные; • вследствие ганглионита; • прямокишечной колики; • смешанного характера.

Кишечная колика - обусловлена спазмом или растяжением тонкого или толстого кишечника, носят приступообразный характер, и локализуются над участком спазма. Боли вследствие метеоризма - обычно постоянного характера, связаны с раздутием кишки газами, уменьшаются после отхождения газов и дефекации.

Мезентериальные боли обусловлены развитием неспецифического мезаденита. Эти боли носят постоянный характер, не связаны с едой, не купируются холинолитиками, спазмолитиками, не исчезают после дефекации и отхождения газов. Боли располагаются по ходу брыжейки тонкой кишки.

Боли вследствие ганглионита. При хроническом энтерите возможно вовлечение в патологический процесс ганглиев вегетативной нервной системы. В этом случае боли носят своеобразный жгучий характер, они постоянные, не уменьшаются после дефекации и отхождения газов, а также после применения спазмолитиков.

Прямокишечная колика, или так называемые тенезмы - они проявляются частыми и болезненными позывами на дефекацию с чувством судорожного сокращения кишки и сфинктера. Дефекация при этом не происходит, иногда выделяются комочки слизи (ректальный плевок).

Боли смешанного характера обусловлены сочетанием причин, вызывающих боли в животе. Чаще всего это сочетание спастических болей и болей, обусловленных метеоризмом.

**Астеноневротический синдром**

При длительном течении хронических заболеваний желудка и кишечника развивается астеноневротический синдром. Больные жалуются на слабость, быструю утомляемость, головную боль, снижение работоспособности, раздражительность, повышенную потливость, плохой сон.