**Дискинезии пищеварительного тракта**

Дискинезии пищеварительного тракта - функциональные заболевания, проявляющиеся нарушением тонуса и перистальтики органов пищеварения, имеющих гладкую мускулатуру (пищевода, желудка, желчевыводящих путей, кишечника).

Дискинезия пищевода проявляется в виде его атонии и паралича, спастической дискинезии (эзофагоспазма), недостаточности глоточно-пищеводного и кардиального сфинктеров.

Атония и паралич пищевода обусловлены нарушением его иннервации и наблюдаются при поражениях как центральной (при травмах головы, кровоизлияниях в мозг, опухолях мозга, полиомиелите и т. д. ), так и периферической нервной системы (поражение блуждающего нерва, нервных сплетений пищевода), а также мышечной оболочки пищевода (системная склеродермия, миастения и др. ).

Симптомы атонии и паралича пищевода в большинстве случаев маскируются проявлениями основного заболевания. Атония пищевода проявляется дисфагией, возникающей при употреблении сухой и плохо прожеванной пищи, а также при еде в положении лежа. При атонии глоточно-пищеводного сфинктера затрудняется проглатывание и возникает поперхивание вследствие попадания содержимого пищевода в дыхательные пути. Диагноз устанавливается на основании характерных клинических симптомов, данных прицельного рентгенологического исследования, эзофаготонокимографии.

Недостаточность кардиального сфинктера возникает при аксиальных грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, повреждениях кардиального сфинктера вследствие оперативного вмешательства при системной склеродермии, а также в результате дискинезии пищевода и желудка (функциональная недостаточность кардии).

Характерны отрыжка, срыгивание желудочным содержимым после обильной еды, при наклоне туловища и в положении лежа. Диагноз устанавливают на основании жалоб на частую, порой мучительную отрыжку и срыгивание (особенно при наклоне туловища) и данных рентгенологического исследования, которое производят, помимо вертикального положения больного, также в горизонтальном положении, что позволяет выявить затекание контрастной бариевой взвеси из желудка в пищевод, а нередко установить наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Эзофаготонокимография позволяет определить наличие и степень снижения тонуса кардиального сфинктера. С помощью эзофагофиброскопии и рН-метрии косвенно подтверждают наличие недостаточности кардии, выявляя заброс желудочного содержимого в пищевод (желудочно-пищеводный рефлюкс). Вследствие систематического попадания активного желудочного сока в пищевод часто развиваются рефлюкс-ээофагит, пептическая язва и затем пептическая стриктура пищевода.

Дискинезия пищевода спастическая (эзофагоспазм). Различают первичный эзофагоспазм, являющийся следствием кортикальных нарушений регуляции функции пищевода, и вторичный (рефлекторный и симптоматический), возникающий при эзофагите, язвенной и желчнокаменной болезни и т. д. или при заболеваниях, сопровождающихся общим судорожным синдромом (эпилепсия и пр. ). Длительный выраженный эзофагоспазм приводит к резкой гипертрофии мышечной оболочки стенки пищевода.

Характерна непостоянная дисфагия, иногда имеющая парадоксальный характер: возникающая при приеме жидкости и отсутствующая при проглатывании плотной и кашицеобразной пищи. Часто отмечается загрудинная боль, связанная с глотанием, но в ряде случаев напоминающая коронарную. Диагноз подтверждается рентгенологическим исследованием; при проглатывании контрастной взвеси выявляются разнообразные спастические деформации пищевода. Течение может быть длительным. Осложнениями являются формирование истинных дивертикулов пищевода (см. ), аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Дифференциальный диагноз проводят с начальными стадиями ахалазии кардии. Основное значение имеет рентгенологическое исследование, при котором устанавливается нормальная проходимость кардии, хорошо выявляется газовый пузырь желудка. Эзофагофиброскопия позволяет исключить рак пищевода и другие его органические поражения, нередко протекающие со вторичным эзофагоспазмом.

Дискимезия желудка проявляется острой атонией, хронической гипотонией и гастроптозом, гипертонической дискинезией, пневматозом.

Острая атония желудка - парез мышц его стежки, возникающий как вследствие непосредственного поражения иннервирующих желудок нервных образований, так и рефлекторно. Заболевание редкое, может наблюдаться при инфаркте миокарда, перитоните, пневмонии, при тромбозе сосудов желудка, иногда - на фоне длительно существующего стеноза привратника, при некоторых тяжелых инфекционных заболеваниях (брюшном тифе и т. д. ); в хирургической практике - при травме желудка, ранении спинного мозга, в послеоперационном периоде и выходе больного из наркоза.

Характерны ощущение тяжести, переполнения в эпигастральной области, позывы на рвоту (рвота большим количеством зеленоватой жидкости), икота, тупая распирающая боль под ложечкой. Симптоматика быстро нарастает, возникают осложнения (нарушения кровоснабжения стенки желудка, разрыв желудка). При осмотре определяется значительное, быстро увеличивающееся выбухание в эпигастральной области; при перкуссии над ним определяется широкая зона тимпанического звука, заходящая за срединную линию вправо. Желудочный зонд свободно вводится в желудок, при этом эвакуируется очень большое количество жидкого содержимого и наступает временное облегчение.

Хроническая гипотония желудка и гастроптоз обычно сочетаются. Различают три степени гастроптоз а. При 1 степени малая кривизна определяется на 2-3 см выше l. biiliaca, при II степени-на уровне и при III степени-ниже ее. Выделяют также тотальный гастроптоз и частичный, т. е. антропилороптоз. Гастроптоз чаще встречается у женщин обычно в возрасте 15-45 лет и старше.

Этиология, патогенез. Врожденный гастроптоз в первую очередь обусловлен конституционной астенией: чрезмерно длинной брыжейкой толстой кишки? которая, опускаясь, натягивает желудочно-ободочную связку и тянет за собой большую кривизну желудка, вызывая гастроптоз. Опущение антропилорического отдела желудка приводит к перегибу начальной части двенадцатиперстной кишки, что еще более нарушает эвакуацию из желудка и может вызывать боль. Приобретенный гастроптоз наблюдается при резком ослаблении мышц брюшной стенки вследствие значительного похудания, после родов, удаления асцитической жидкости или крупных опухолей брюшной полости. Он объясняется растяжением связочного аппарата, фиксирующего положение желудка. В большинстве случаев антропилороптоз сочетается с удлинением и гипотонией желудка; тотальный гастроптоз наблюдается лишь при одновременном опущении диафрагмы (вследствие эмфиземы легких, массивного плеврального выпота и т. д. )? смещающей вниз дно желудка.

Симптомы, течение. В большинстве случаев гастроптоз 1 и II степени протекает бессимптомно. Реже имеются жалобы на ощущение тяжести, распирания, полноты в подложечной области, особенно после обильной еды; тупая ноющая боль в эпигастрии облегчается в лежачем положении больного и объясняется растяжением фиксирующих желудок связок. Иногда отмечается кардиалгия. У некоторых больных возникает кратковременная боль в животе во время бега или прыжков, которая самостоятельно проходит, тошнота, снижение аппетита. Часто наблюдается запор. Сочетание гастроптоза с птозом других органов (печени, почек и т. д. ) может давать дополнительные симптомы. Больные с конституционапьным гастроптозом нередко предъявляют большое количество невротических жалоб. При осмотре больного гастроптозом обращает на себя внимание отвислый живот, при этом при подтягивании его кверху боль нередко уменьшается или исчезает. Опущение привратника и большой кривизны желудка можно определить пальпаторно. Диагноз подтверждается при рентгенологическом исследовании. В желудочном соке часта ахлоргидрия.

Профилактика гастроптоза и гипотонии желудка заключается в правильном физическом воспитании детей и подростков. Большое значение имеет укрепление брюшной стенки у женщин в период беременности и в первые месяцы после родов, применение лечебной гимнастики.

Гипертоническая дискинезия желудка характеризуется повышением его тонуса и нарушением перистальтики по спастическому типу. Наблюдается как на фоне общих заболеваний, проявляющихся спастическим состоянием мускулатуры (столбняк, свинцовая интоксикация и т. д. ), так и в результате рефлекторных изменений перистальтики желудка (при пептической язве желудка, привратника, при желчнокаменной болезни и т. д. ). Иногда является следствием истерического невроза или временного повышения тонуса желудка под влиянием эмоций, психического напряжения. Ограниченная (локальная, местная) гипертония и спазм мышечной оболочки стенки желудка обычно бывают рефлекторными (локальный спазм большой кривизны при пептической язве малой кривизны желудка, пилороспазм при язве привратника или луковицы двенадцатиперстной кишки). Желудочная тетания может быть следствием и одним из проявлений недостаточности паращитовидных желез и гипокальциемии. Курение усиливает спастические сокращения желудка. Значительная гиперсекреция и гиперацидное состояние желудка способствуют усилению спазма привратника.

Симптомы, течение. Гипертоническая дискинезия протекает бессимптомно или проявляется болью в эпигастрапьной области, нередко язвенноподобной. При пилороспазме имеется наклонность к рвоте. При рентгенологическом исследовании размеры желудка (в случаях тотальной гипертонии) небольшие, он имеет форму рога. Контрастная масса длительное время задерживается в верхних отделах желудка, принимает форму уширенного клина с вершиной, направленной дистально. При пилороспазме продвижение контрастной массы через привратник затруднено и совершается небольшими редкими порциями; в фазе деком-пенсированного пилороспазма и пилоростеноза желудок расширен, его перистальтика ослаблена. Длительно существующий пилороспазм может повести к формированию органического пилоростеноза.

Пневматоз желудка - повышенное содержание в желудке воздуха. Может возникнуть вследствие органического заболевания (при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, поражении диафрагмального нерва, левого купола диафрагмы и пр. ), но чаще -при нарушениях высшей нервной деятельности, истерическом психозе (неврогенная аэрофагия, нервная отрыжка).

Симптомы, течение. Чувство тяжести, давления, переполнения в эпигастрии и частая сильная отрыжка, иногда настолько громкая, что препятствует появлению больных пневматозом желудка в общественных местах. Вследствие высокого стояния левого купола диафрагмы может наблюдаться кардиалгия (облегчающаяся после отрыжки, зондирования желудка, усиливающаяся после обильной еды). При перкуссии и рентгенологическом исследовании обнаруживается больших размеров газовый пузырь желудка.

Дифференциальный диагноз с аксиальной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и кардиоэзофагеальным раком проводится с помощью рентгенологического и гастроскопического исследования.

Дискинезии желчных путей - функциональные нарушения тонуса и моторики желчного пузыря и желчных путей. Различают гипертонически-гиперкинетическую, характеризующуюся гипертоническим состоянием желчного пузыря (обычно в сочетании с гипертонусом сфинктеров Люткенса и Одди), и гипотонически-гипокинетическую, для которой характерно гипотоническое состояние желчного пузыря и сфинктера Одди. Встречаются чаще у женщин. Гипертонически-гиперкинетическая дискинезия чаща выявляется в более молодом возрасте, а гипотонически-гипокинетическая - у астеников и у лиц старше 40 лет.

Этиология, патогенез. Дискинезии желчных путей обусловлены в первую очередь нарушением нейрогуморальной регуляции, встречаются при неврозе, диэнцефальном синдроме, солярите, эндокринно-гормональных нарушениях (при гипо- и гипертиреозе, климаксе, недостаточной функции яичников, надпочечников и других эндокринных желез). Гипертонически-гиперкинетическая форма возникает рефлекторно (при язвенной болезни, колите, аппендиците, аднексите и т. д. ), при нарушении выработки гастроинтестинального гормона (холецистокинина-панкреозимина) слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки при атрофическом дуодените и других заболеваниях. Астенические состояния, обусловленные перенесенными тяжелыми инфекционными заболеваниями, вирусным гепатитом, авитаминозом, недостаточное питание, различные эндогенные и экзогенные интоксикации также могут привести к развитию дискинезии желчных путей. При выраженной астенической конституции, малоподвижном образе жизни, нерациональном питании с очень большими интервалами между приемами пищи сравнительно часто выявляется гипотонически-гипокинетическая форма дискинезии. Частое, но нерегулярное питание, чрезмерное увлечение острыми блюдами, систематическое применение в пищу специй, раздражающих слизистую оболочку пищеварительного тракта, предрасполагают к возникновению гипертонически-гиперкинетической дискинезии желчных путей. Органические поражения желчевыделительной системы (холециститы, холангиты, желчнокаменная болезнь и др. ), паразитарные, глистные инвазии пищеварительного тракта нередко протекают с выраженными явлениями дискинезии желчного пузыря и желчных путей.

Симптомы, течение. Гипертонически-гиперкинетическая дискинезия желчных путей протекает с приступообразной болью в правом подреберье ноющего или схваткообразного характера, напоминающей приступы колики при желчнокаменной болезни. Возникновению приступов способствуют волнения, значительная нервно-психическая нагрузка, отрицательные эмоции, у женщин обострения могут быть связаны с менструальным циклом. Боль может иррадировать в правую лопатку, правое плечо, иногда в область сердца, сопровождаться общими вегетативными реакциями - резкой потливостью, бледностью, тошнотой, иногда головной болью, ощущением сердцебиения и т. д. Болевые приступы продолжаются от нескольких минут до нескольких дней; тупая давящая и ноющая боль в правом подреберье может сохраняться неделями, временами усиливаясь или затихая. В период болевого приступа живот не напряжен. Желтухи, лихорадочной реакции, лейкоцитоза и повышения СОЭ после приступа не наблюдается.

Гипотонически-гипокинетическая форма дискинезии проявляется в основном малоинтенсивной болью в правом подреберье, часто длительной. При пальпации выявляется небольшая болезненность в области желчного пузыря.

Диагноз подтверждается многомоментным хромодиагностическим дуоденальным зондированием; при гипертонически-гиперкинетической форме дискинезии II фаза (закрытого сфинктера Одди) может быть удлинена, IV фаза (сокращения желчного пузыря) - укорочена. При гипотонически-гипокинетической форме дискинезии II фаза может отсутствовать (сфинктер Одди постоянно находится в расслабленном состоянии), IV фаза - задержана и удлинена; часто пузырный рефлекс удается получить только при введении достаточно сильного раздражителя (холецистокинина-панкреозимина). Пероральная холецисто- и внутривенная холеграфия, эхография, в более диагностически сложных случаях- компьютерная томография подтверждают функциональный характер заболевания. При гипертонически-гиперкинетической форме с помощью серийной рентгенографии определяется ускоренное и сильное сокращение желчного пузыря после введения стимулятора (двух яичных желтков), при гипотонически-гипокинетической форме желчный пузырь больших размеров, в ряде случаев - опущен, сокращается вяло. Гипотоническое состояние сфинктера Одди иногда выявляется во время рентгенологического исследования двенадцатиперстной кишки (затекание контрастной массы через расслабленный сфинктер Одди в общий желчный проток). В последнее время стала применяться радиоизотопная холецистография.

Течение обычно длительное с периодами обострении (провоцированными нередко эмоциональными стрессами, алиментарными нарушениями) и ремиссией. С течением времени, однако, в желчном пузыре и протоках может возникнуть воспалительный процесс или могут образоваться желчные камни.

Профилактика дискинезии желчных путей заключается в соблюдении рационального режима и характера питания, нормализации режима труда и отдыха, систематическом занятии физкультурой, устранении стрессовых ситуаций на работе и дома, своевременном лечении невротических расстройств.

Дискинезии кишечника включают неврозы кишечника и рефлекторные расстройства, которые наблюдаются как при органических заболеваниях пищеварительной системы (язвенная болезнь, холецистит, желчнокаменная болезнь, аппендицит, трещина заднего прохода и пр. ), так и при поражении других органов и систем (мочекаменная болезнь, аднексит и пр. ).

Этиология, патогенез. Неврогенные дискинезии кишечника, как правило, сопровождаются другими проявлениями общего невроза, однако являются ведущими в клинической картине заболевания. Способствующими факторами являются психические перенапряжения (хорошо известна "медвежья болезнь" - понос при волнениях), семейные, бытовые или производственные конфликты, особенно в сочетании с беспорядочным и нерациональным питанием (поспешная еда, употребление слишком горячей, острой или грубой пищи и пр. ). Функциональный характер имеет так называемый ахилический понос при атрофических гастритах с секреторной недостаточностью желудка. В этом случае возникает ускорение перистальтики из-за раздражения слизистой оболочки кишечника непереваренной пищевой массой. Функциональные расстройства кишечника могут быть следствием эндокринных нарушений (при тиреотоксикозе - понос, при недостаточности функции щитовидной железы -атония кишечника и запор). Наконец, функциональные расстройства кишечника могут сопровождать заболевания центральной и периферической нервной системы (паркинсонизм, сирингомиелию, опухоли и травмы спинного мозга и пр. ).

Симптомы, течение. Тотальная дискинезия кишечника проявляется нарушением стула -хроническими запорами или поносами, причем в каловых массах нет патологических примесей (слизь, кровь и т. д. ), ощущениями урчания, переливания в животе или тяжести, иногда ухудшением аппетита, неприятным вкусом во рту. Рентгенологическое исследование выявляет ускоренный или замедленный пассаж бариевой массы по кишечнику. При ректоромано- и колоноскопии (а также при биопсии) морфологических изменений слизистой оболочки толстой кишки не выявляется.

Дискинезия двенадцатиперстной кишки и дуоденостаз нередко сопровождают язвенную и желчнокаменную болезнь; клиническими симптомами являются боль в эпигастральной области спастического характера, чувство давления или переполнения в эпигастральной области, тошнота, приступы рвоты. При рентгенологическом исследовании двенадцатиперстной кишки определяются длительная задержка бариевой взвеси в ней (свыше 40 с), чередование спазмов и расширений различных участков кишки, забрасывание контрастной массы в более проксимальные отделы кишки, желудок.

Дискинезия тонкой кишки проявляется спастическими болями в животе, поносами или появлением полужидкого стула, урчанием и ощущением переливания в животе.

Дискинезия толстой кишки может возникнуть после дизентерии. Нарушения моторной функции толстой кишки проявляются спазмом либо атонией. Может наблюдаться либо понос - диарея функциональная (при этом в отличие от колита каловые массы обычно не содержат примесей слизи и крови), либо запор. В последнем случае самостоятельного стула не бывает от нескольких дней до 1 -2 нед. Особой клинической формой моторно-секреторных нарушений толстой кишки является колика слизистая, при которой возникают приступы боли в животе, сопровождающиеся выделением испражнений со значительным количеством слизи обычно в виде лент или пленок. При микроскопическом исследовании нередко обнаруживают большое количество эозинофилов и кристаллов Шарко-Лейдена.

Дифференциальный диагноз проводят с энтеритами, энтероколитами; подтверждением функциональной природы заболевания служит появление или усиление нарушений функции кишечника под влиянием эмоций, психических расстройств, наличие признаков общего невроза, других заболеваний, нередко сопровождающихся кишечными расстройствами, внешний вид неизмененной слизистой оболочки кишечника при дуодено- и колоноскопии, отсутствие изменений слизистой при гистологическом исследовании биоптатов различных участков слизистой оболочки кишечника. Причиной стойких запоров могут быть органические поражения кишечника: опухоли, спаечный процесс в брюшной полости, а также аномалии развития толстой кишки (мегаколон), что подтверждается ирригоскопией и эндоскопическим исследованием толстой кишки.

Лечение. При вторичной атонии пищевода лечение основного заболевания. Следует рекомендовать больным избегать тех положений, при которых проявляется недостаточность функции кардиального сфинктера, т е. возникает желудочно-пищеводный рефлюкс. Противопоказаны физические упражнения, все виды работ, связанные с напряжением брюшного пресса, наклоном туловища. Спать рекомендуется с высоко приподнятым изголовьем. При возникновении пептических осложнений – показана соответствующая терапия. Лечение при вторичном эзофагоспазме в первую очередь должно быть направлено на лечение основного заболевания. Рекомендуется регулярное частое (4-6 раз в день) дробное питание, механически и термически щадящая диета. Назначаются необходимые препараты.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://www.policlinica.ru/>