



ЖАЛОБЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА

ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ

- Затруднение прохождения пищи по пищеводу
- Боль по ходу пищевода при прохождении пищевого комка
- Боль по ходу пищевода, не связанная с глотанием пищи, постоянного характера

- Рвота пищеводным содержимым

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЖАЛОБЫ

- Отрыжка
- Изога
- Руминация
- Икота
- Гиперсаливация
- Ихорозный (гнилостный) запах изо рта

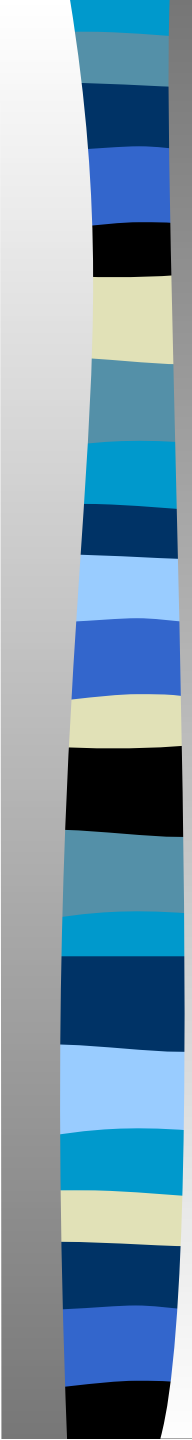
Все они связаны с органическими либо с функциональными нарушениями пищевода и могут быть объединены общим понятием: ***синдром пищевой диспепсии.***

СИНДРОМ ПИЩЕВОДНОЙ ДИСПЕПСИИ

Кластеры симптомов

- Пищеводная дисфагия*
- Эзофагалгия
- Регургитации (пищеводная рвота, ее эквиваленты: руминация, отрыжка, икота)

*Примечание: Определение термина «дисфагия» - расстройство акта глотания в связи с нарушением на всех или на одном из трех основных уровней пассажа пищи: в ротовой полости, глотке (так называемая буккофарингеальная или «высокая» дисфагия), или в пищеводе (пищеводная или «низкая» дисфагия).



Пищеводная дисфагия – кластер симптомов, вызванных нарушением продвижения пищевого комка (болюса) по пищеводу и задержкой пищи в пищеводе в связи с органическими или функциональными причинами.

Пищеводная дисфагия возникает в течение нескольких секунд после проглатывания пищи. В ряде случаев больной может достаточно точно указать место задержки пищи. Выделяют две группы причин пищевой дисфагии:

а) механического характера вследствие обструкции просвета пищевода (стриктура, опухоль), либо сдавления извне (рак легкого, увеличение лимфатических узлов средостения, аневризма аорты, выраженный зуб);

б) функционального характера вследствие нарушения моторики – диффузный эзофагоспазм, ахалазия кардии, системная склеродермия.

Больные с механической обструкцией пищевода испытывают дисфагию при проглатывании главным образом твердой пищи. Дисфагия носит постоянный характер и нарастает по мере прогрессирования сужения просвета пищевода.

У больных с функциональными нарушениями моторики пищевода дисфагия одинаково выражена при приеме как твердой, так и жидкой пищи. Дисфагия наблюдается эпизодически, не прогрессирует, либо прогрессирует очень медленно. Обычно периоды нормального глотания чередуются с периодами дисфагии, которая, как правило, умеренно выражена. Дисфагия может провоцироваться проглатыванием большого пищевого комка, приемом холодной или горячей пищи, стрессами.

Характеристика пищеводной дисфагии

| Показатель | Пищеводная дисфагия | |
|-------------------------------------|--|--|
| | Функциональная | Органическая |
| Причины | Рефлекторный спазм мускулатуры, Идиопатическое нарушение моторики, Нарушение иннервации пищевода, Кардиоспазм, Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы | Новообразования, Стриктуры, Дивертикул пищевода. Пристенотическое расширение пищевода любого генеза, Склеродермическое поражение пищевода, приводящее к угнетению его перистальтики. |
| Нарушение пассажа пищи по пищеводу | -преимущественно жидкой, -чрезвычайно холодной или горячей, -обогщенной различными примесями и добавками, газированной. | -Твердой. -Лучше проходит измельченная, запиваемая жидкостью пища |
| Дополнительные клинические признаки | Пароксизмальность, наличие периодов спонтанной ремиссии, когда больной способен нормально питаться. | Чувство полноты, распирания за грудиной после еды, Фонтанная рвота, содержащая непереваренную пищу без примеси соляной кислоты. |

Эзофагалгия – кластер симптомов, связанных с болевыми ощущениями при прохождении пищи по пищеводу. Иногда эзофагалгию называют болевым синдромом, что по сути неверно, т.к. кластер симптомов эзофагалгии отнюдь не исчерпывается симптомом боли.

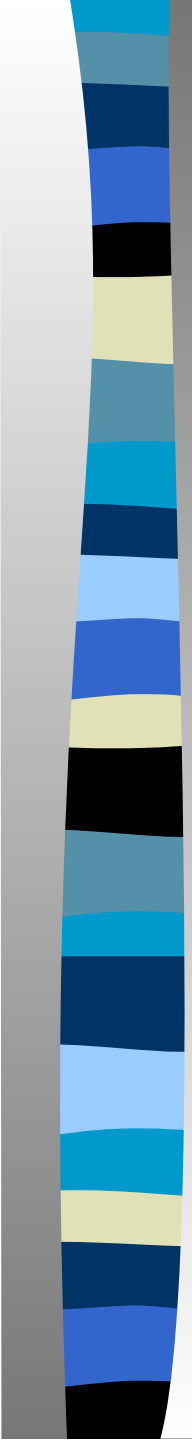
Характеристика эзофагалгии.

| | |
|--|---|
| Локализация | Загрудинная |
| Причина | Раздражение пищевым комком пораженной поверхности пищевода |
| По длительности | Приступообразные и постоянные* |
| *Характеристика боли различной продолжительности | |
| <p>Приступообразные <i>Одинофагия</i> (греч. <i>Odyn-боль</i> + <i>фагия</i>) - боли различной интенсивности, возникающие при прохождении пищи по пищеводу. Имеют чаще всего загрудинную локализацию, связаны с приемом пищи и сочетаются с другими симптомами дисфагии.</p> | <p>Постоянные <i>Эзофагодиния</i> (<i>oesophagodynia</i>; <i>Эзофаг-</i> + греч. <i>odyn боль: боль в области пищевода</i>) – боли в проекции пищевода, не связанные с приемом пищи. По характеру - тупые, ноющие, в виде изжоги или чувства распирания, с иррадиацией в нижнюю челюсть, шею, межлопаточную область в зоне V-VII грудных позвонков и по межреберьям. Купируются приемом спазмолитиков, анальгетиков, жидкостей.</p> |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Условия возникновения | Приступообразные – связаны с проглатыванием пищи Постоянные – нарастают после воздействия патогенного фактора |
| По характеру | Тупые, ноющие, жгучие (напоминают изжогу), или чувства распирания за грудиной, иногда – резкие, жгучие. |
| Иррадиация | В задне-дорсальном направлении, в первую очередь в межлопаточную область в зоне V-VII грудных позвонков, оттуда по межреберьям, в том числе в прекардиальную область, реже в шею по передней поверхности с распространением на нижнюю челюсть и надключичные области. |
| Связь с приемом пищи | Изменяются, ослабевают или исчезают либо усиливаются до режущих, пронизывающих при глотании |
| Связь с физической нагрузкой | с В целом не связаны. Но при натуживании, подъеме тяжестей, а так же при кашле - т.е. при резком повышении внутрибрюшного давления могут усиливаться. |
| Интенсивность | Различная от едва ощутимых до интенсивных, требующих введение наркотиков |
| Купируются | Приемом спазмолитиков, анальгетиков, жидкостей, применением грелки на область грудины. |

ПРИЧИНЫ ЭЗОФАГАЛГИИ

| Приступообразные | Постоянные |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Спазм мышечного слоя пищевода (при гипермоторных эзофагеальных дискинезиях),• Ретроградный заброс кислого содержимого желудка в пищевод, или содержимого двенадцатиперстной кишки, имеющего в составе желчные кислоты и панкреатические ферменты (при пептическом рефлюкс-эзофагите); в момент отрыжки, наклоне вперед, переедании или в горизонтальном положении (при грыже пищеводного отверстия диафрагмы). Ослаблению болей способствует прием ощелачивающих препаратов.• Усиление сокращения мышечного слоя пищевода при ахалазии кардии), когда нерасслабившийся кардиальный сфинктер препятствует прохождению пищевого комка по пищеводу и переполнение пищевода застойным содержимым приводит к гипермоторной дискинезии пищевода.• Затекание кислого содержимого желудка в пищевод при повышении внутрибрюшного давления (метеоризм, запоры, наклоны туловища вперед, горизонтальное положение)) | <ul style="list-style-type: none">• Воспалительные явления во внутренней оболочке пищевода (при застойном эзофагите ноющие, жгучие).• Непосредственное раздражение слизистой оболочки пищевода полурасщепленной пищей (при ахалазии кардии и эзофагеальном стенозе боли в виде изжоги).• Ущемление параэзофагальных грыж (боли особой интенсивности – «кинжальные», связанные с дыханием).• Прорастание злокачественной опухоли (боли интенсивные) в серозную оболочку пищевода, снабженную значительным количеством болевых рецепторов.• Дивертикулит (тупые или жгучие боли, возникающие спонтанно или после еды и сочетающиеся с полной дисфагией).• Заглатывание воздуха при разговоре или во время еды (аэрофагии – ощущение сильного распирания в эпигастрии, у мечевидного отростка и нехватка воздуха на вдохе (встречается при невротических реакциях, кардиоэзофагеальном раке, манипуляциях в зоне нижнего пищеводного сфинктера).• Скопление в пищеводе остатков пищи (давление, распирание или переполнение за грудиной при ахалазии кардии и стенозе пищевода). |



Пищеводная рвота – ретроградный заброс большого объема содержимого пищевода в ротовую полость вследствие антиперистальтического сокращения всего пищевода или его сегментарных спазмов.

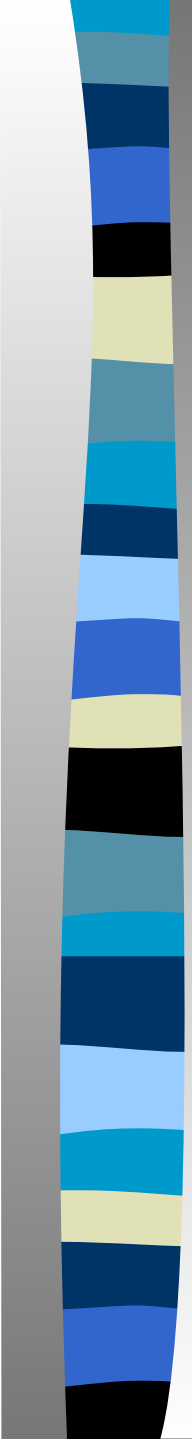
Причины: дискинезия пищевода, дистальный стеноз, ахалазия кардии, эзофагеальные стриктуры (пептические, ожоговые), крупные дивертикулы пищевода, рак пищевода.

Клинические признаки: рвотные массы при ахалазии кардии, стриктурах пищевода могут содержать остатки непереваренной пищи, слизи и слюны. При раке пищевода в рвотных массах обнаруживается значительное количество слизи, примесь крови, либо при проведении реакции Григгерсена обнаруживается скрытая кровь. При микроскопическом исследовании в рвотных массах часто обнаруживаются атипичные клетки и примесь элементов распадающейся опухоли.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОДНОЙ РВОТЫ

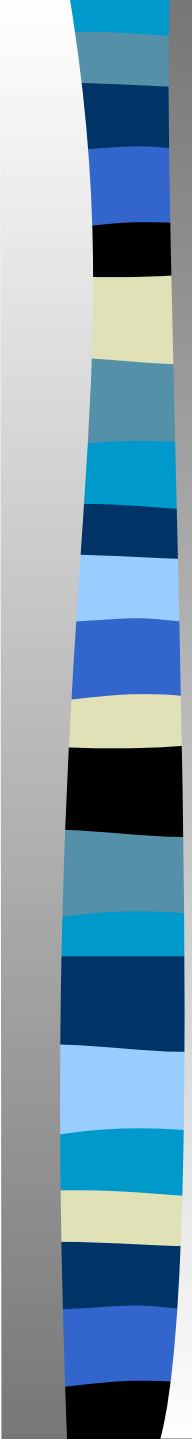
| Признаки/симптомы | Пищеводная рвота | Желудочная рвота | Мозговая рвота |
|-----------------------------------|---|---|---|
| Патогенетические механизмы | При наличии престенотического сужения пищевода, дивертикула пищевода или опухоли поступление пищи вызывает антиперистальтические движения пищевода | Наличие патологического очага в желудке | Повышении внутричерепного давления, раздражении мозговых оболочек, заболевания ЦНС, истерия. |
| Характеристика рвоты | Возникает непосредственно после проглатывания пищи. При декомпесированном престенотическом расширении пищевода может быть весьма обильной и носить фонтановидный характер | Приступообразный выброс содержимого желудка через пищевод в полость рта | Каждое попадание пищи в полость рта или ее проглатывание вызывает мучительный приступ рвоты. Может возникать вне связи с приемом пищи, натошак, упорная, мучительная. |

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| Условия возникновения | Возникает непосредственно после еды. Предшествует кратковременная быстро нарастающая тошнота, завершающаяся извержением рвотных масс | Возникает после тошноты | Возникает внезапно, без тошноты, никак не связана с приемом пищи |
| Сопутствующие симптомы | Эзофагалгия, отрыжка изжога, руминация икота, гиперсаливация ихорозный запах изо рта | Гиперсаливация Боли в животе, стихающие после рвоты | Сопутствующие диспептические симптомы отсутствуют |
| Содержимое рвотных масс | При доброкачественных стриктурах – остатки проглоченной пищи, слюна и слизь. При опухолевом сужении – элементы распада опухоли, кровь | Зависит от многих причин (см. в разделе «Семиотика болезней желудка»). Содержание рвотных масс кислое, с примесью желудочного сока | Кислое, может содержать примесь недавно съеденной пищи |
| Облегчение после рвоты | Наступает | Наступает | Не наступает |



Отрыжка – выход газов или содержимого их пищевода и желудка в полость рта. Обусловлена сокращением мускулатуры желудка на фоне расслабления нижнего пищеводного сфинктера. Такая отрыжка обычно наблюдается при наличии гастроэзофагеального рефлюкса. Реже встречается пищеводная отрыжка. Является эквивалентом пищеводной рвоты, отличаясь от нее лишь объемом попадающего в полость рта пищеводного содержимого. Различают пищеводную отрыжку:

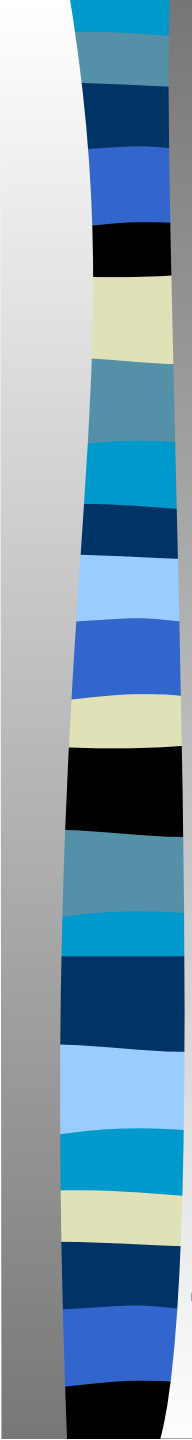
- **Воздухом** – внезапное, иногда звучное выхождение через рот воздуха, скопившегося в пищеводе. Появление гнилостного запаха с отрыжкой свидетельствует о застое и разложении пищи в пищеводе при крупных дивертикулах, эзофагеальных стенозах, ахалазии кардии). Желудочная отрыжка воздухом наблюдается при стазе пищевых масс в желудке в результате стеноза привратника, атонии желудка. Характеризуется запахом тухлых яиц и свидетельствует о распаде полупереваренных протеинов в желудке с образованием сероводорода.

- 
- **Пищей** – ретроградное попадание в рот пищи без примеси кислого содержимого желудка. Реакция рвотных масс щелочная.

Примечание: здоровый человек заглатывает определенное количество воздуха с пищей. Объем заглатываемого воздуха повышается в результате переедания или употребления газированных напитков.

Ночная отрыжка (ночная регургитация) - симптом «мокрой подушки» встречается при ахалазии кардии. Это может способствовать аспирации рвотных масс в дыхательные пути и развитию аспирационных пневмоний и бронхитов.

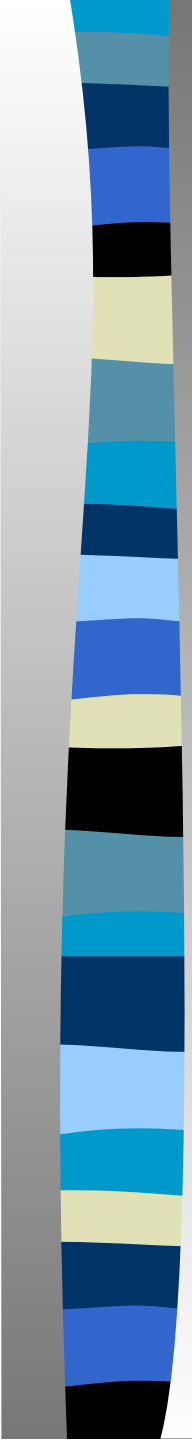
Примечание: от пищеводной рвоты следует отличать заброс застойного содержимого пищевода наружу при наклоне туловища вперед или в горизонтальном положении под действием силы тяжести.



Руминация – повторное заглатывание срыгиваемой пищи встречается при ахалазии кардии, при эзофагеальных стриктурах.

Примечание: в педиатрии этот симптом рассматривается как вариант нормы, связанный с анатомическими особенностями пищевода новорожденных.

Изжога – ощущение жжения или жара у мечевидного отростка грудины, связано с раздражением терминального отдела пищевода кислым желудочным содержимым или щелочным секретом двенадцатиперстной кишки, имеющем в своем составе желчные кислоты и панкреатические ферменты. Изжога обычно возникает после еды, особенно после приема жирной и острой пищи, помидоров, шоколада, алкоголя, а также после курения. Она может усиливаться в горизонтальном положении больного, при наклоне вперед, при метеоризме, подъеме тяжестей, ношении тугого пояса. Наличие жалоб на упорную изжогу у больного с пищевой диспепсией указывает на вероятное развитие пептической стриктуры пищевода.



Икота при заболеваниях пищевода возникает в связи с возбуждением блуждающего и добавочного нервов и III – IV сегментов спинного мозга. Пищеводная икота носит упорный болезненный характер, может быть признаком грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, рака пищевода часто – прорастающего органы средостения, дивертикулита, сужений пищевода с престенотическим расширением. В этих случаях эвакуация застойного пищеводного содержимого способствует уменьшению или исчезновению икоты.

Гиперсаливация – связана со стимуляцией блуждающего нерва и встречается в основном при ахалазии кардии и стриктурах нижней трети пищевода.

Ихорозный (гнилостный) запах изо рта – возникает при длительной задержке пищевых масс в крупных дивертикулах либо в пристенотических расширениях пищевода. Связан с активацией гнилостной флоры и развитием процессов гниения.

Обратить внимание!

- Пищеводная отрыжка, в т.ч. ночная, и руминация должны быть отнесены к кластеру симптомов пищеводной регургитации (рвоты и ее эквивалентов).
- Изжога, икота, гиперсаливация и ихорозный (гнилостный) запах изо рта должны быть отнесены к кластеру симптомов пищеводной диспепсии.

К дополнительным жалобам относятся так же и внепищеводные, в том числе легочные: кашель, затруднение дыхания, инспираторная одышки и удушье, усиливающиеся в горизонтальном положении, осиплость голоса. Они возникают вследствие прорастания опухолью или сдавления трахеи, крупных бронхов, поражения нервных стволов, иннервирующих голосовую щель. Они так же требуют детализации с патогенетических позиций.

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА

При сборе анамнеза заболевания у больного, предъявляющего жалобы, заставляющие заподозрить наличие заболевания пищевода, следует особое внимание уделить следующим вопросам.

| Вопросы | Анамнез заболевания |
|---|--|
| Как возник настоящий патологический процесс? | <u>Начало яркое, бурное:</u> внезапно появляются пароксизмы дисфагии даже воды; нестерпимых болей, быстрая потеря массы тела наблюдается при идиопатических гипермоторных дискинезиях пищевода, ахалазии кардии, рефлюкс-эзофагите, ожогах, травмах, инородных телах пищевода. <u>Постепенная нарастающая динамика,</u> причем точную дату начала заболевания больные указать не могут – имеет место при новообразованиях, дивертикулах пищевода. |
| Каковы особенности его эволюции? | <u>Волнообразное течение:</u> периоды обострений сменяются периодами ремиссий указывает на хронические заболевания пищевода: рефлюкс-эзофагит, ахалазия кардии. <u>Отсутствие какой-либо цикличности</u> характерно для злокачественных новообразований пищевода. <u>Появление новых симптомов</u> свидетельствует о прогрессировании заболевания. <u>Изменение характера ретростернальных болей, а так же появление новых жалоб</u> пищеводной локализации свидетельствует о присоединении осложнений. |
| Результаты обследования и лечения? | Проводилось ли ранее обследование по поводу подобных жалоб, в чем оно заключалось, каковы его результаты? Каким было проводимое ранее лечение, в чем оно заключалось. Эффективность лечения. |
| Какова причина обращения | Уточнить присутствие травмирующей и стрессовой ситуации, злоупотребление алкогольных и раздражающих напитков, резкой сильной физической нагрузки – Вопросы задаются врачом исходя из его представлений о вероятном патогенезе патологического процесса. |

Особенности анамнеза жизни при заболеваниях пищевода.

ЦЕЛЬ - оценить преморбидный фон пациента, факторы риска развития заболевания пищевода.

- **Выяснение преморбидного фона** – условия развития, профессия, социально-бытовые условия. Социальная дисадаптация - психосоматический предрасполагающий фактор при функциональных заболеваниях пищевода.
- **Перенесенные ранее заболевания**: поражение ЩЖ и др. эндокринопатии могут вести к развитию идиопатических дискинезий, СКВ, ССД, ЖДА сопровождаются поражениями пищевода, ЯДЖ, панкреатит, холецистит свидетельствуют сопровождаются рефлюкс-эзофагитом.
- **Особенности питания**: чрезвычайно горячая пища, крепкие спиртные напитки, суррогаты алкоголя
- **Вредные привычки**: алкоголь понижает тонус кардиального сфинктера. Табакокурение, употребление сублингвальных и жевательных форм табака в течение 10 – 15 лет способны с высокой вероятностью вызывать рак пищевода.
- **Профессия** Следует указать конкретные факторы и вещества профессионального характера, с которыми имел контакт больной.
- **Гинекологический анамнез**. При беременности - усиление дисфагии при ахалазии кардии, бесконтрольное употребление эстрогенсодержащих контрацептивов - может вызвать изжогу.
- **Лекарственные воздействия** длительное бесконтрольное применение антибиотиков способно вызвать активацию грибковой флоры. НПВС вызывают гастропатию и гастро-эзофагальный рефлюкс.

Резюме: В результате детального анализа анамнеза болезни и жизни выявляется **КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**, в рамках которого совершенно точно дифференцируются кластеры анамнестических симптомов, указывающих на вероятный патогенетический процесс.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Особенности общего осмотра: Осмотр позволяет выявить снижение массы тела, обезвоживание, признаки витаминной недостаточности, признаки системных заболеваний соединительной ткани, признаки железодефицитной анемии, заболеваний других органов и систем, являющихся факторами риска развития заболевания пищевода.

Особенности пальпации.

Гиперестезия в зонах Захарьина-Геда указывает на локализацию патологического процесса в пищеводе. Кожно-висцеральные зоны Захарьина-Геда, указывающие на заболевания пищевода расположены у основания мечевидного отростка, в зоне III-IV-V грудных позвонков и в соответствующих дерматомах.

Увеличение шейных лимфатических узлов наблюдается при гнойных эзофагитах, увеличенные лимфоузлы в над/подключичной и подмышечной областях можно выявить при раке пищевода, подкожная эмфизема может развиваться при флегмоне пищевода, при туберкулезе лимфоузлов средостения, болезненность и локальное мышечное напряжение в эпигастрии у мечевидного отростка определяется при патологических процессах в нижней трети пищевода и кардии.

Особенности перкуссии

При перкуссии у больных с декомпенсированным супрастенотическим расширением пищевода, заполненным застойным содержимым можно определить тупой перкуторный тон в межлопаточной области.

Исчезновение полулунного пространства Траубе – признак нарушения трансэзофагеального пассажа, который развивается при ахалазии кардии, при опухолевой облитерации просвета пищевода.

Увеличение пространства Траубе возникает при аэрофагии.

Аускультация

Широкого распространения не получила.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Специальные лабораторные методы исследования ***

- Эзофагоскопия
- Рентгенография пищевода, обзорная и с контрастированием
- Компьютерная томография пищевода и органов средостения
- Эзофагоманометрия.
- Внутрипищеводная рН-метрия. суточный мониторинг рН пищевода.
- Определение клиренса пищевода
- Сцинтиграфия пищевода (радионуклидный метод исследования) имеет ограниченное применение.



СИНДРОМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА

1. ПИЩЕВОДНАЯ ДИСПЕПСИЯ

- Кластер симптомов дисфагии**
- Кластер симптомов ззофагалгии (одинофагия, эзафагодиния)**
- Кластер симптомов пищеводной регургитации**
- КЛИНИКО – АНЕМНЕСТИЧЕСКИЙ**
- ВОСПОЛИТЕЛЬНО-ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ,**
- ОПУХОЛЕВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**
- АНЕМИЧЕСКИЙ**
- ПОРАЖЕНИЯ ДРУГИХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ**

ЭЗОФАГИТ – наиболее распространенное заболевание среди болезней пищевода.

Выделяют острый, подострый и хронический эзофагит.

ОСТРЫЙ ЭЗОФАГИТ – Этиология – бактериальная, вирусная инфекция, воздействие медикаментов, при употреблении крепких алкогольных напитков и суррогатов алкоголя.

Основные синдромы:

1. Синдром пищеводной диспепсии*

- **Дисфагия.** Особенности – сочетание дисфагии с одинофагией: *dysphagia dolorosa*. Особенно выражена при эрозивных и язвенных эзофагитах, в т.ч. туберкулезного происхождения.
- **Регургитация.** Представлена, в основном, отрыжкой, в особенности если при длительно существующем хроническом эзофагите на фоне атрофических процессов в стенке пищевода развиваются функциональные нарушения моторики
- **Эзофагалгия.** Представлена в основном кластером симптомов одинофагии (*dysphagia dolorosa*)

*Примечание. Клиническая выраженность симптомов зависит от глубины и распространенности патологического процесса. При катаральном эзофагите она представлена в основном кластером симптомов *dysphagia dolorosa* незначительной выраженности (минимальная), при эрозивном – умеренно выраженная, с присоединением симптомов регургитации, ночной регургитации иногда геморрагического характера. При геморрагическом – возможна кровавая пищеводная рвота.

3. Синдром воспалительной интоксикации – наиболее выражен в острой фазе заболевания при геморрагической и некротической формах

4. Клинико-анамнестический. Особенности – в анамнезе заболевания имеется эпизод острого начала после воздействия этиологического фактора. Острая стадия обычно длится 7 – 10 дней, при адекватном своевременном лечении – 5-7 дней, затем наступает период реконвалесценции. Продолжительность заболевания не превышает 2 – 2, месяца.

Подострый эзофагит продолжается не более 3-6 месяцев, Возникает в особых условиях – у больных с иммунодефицитом, на фоне тяжелых поражений ЦНС. Встречается как осложнение основного заболевания в нейрохирургической и камбустиологической практике.



ХРОНИЧЕСКИЙ ЭЗОФАГИТ- воспаление слизистой оболочки пищевода продолжительностью более 6 месяцев.

Причины: Алкоголь, ожоги пищевода, медикаменты, инфекция, полигиповитаминоз, сидеропения; идиопатические формы

ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ:

1. Синдром пищеводной диспепсии

- **Дисфагия.** Особенности – сочетание дисфагии с одинофагией: *dysphagia dolorosa*. Особенно выражена при эрозивных и язвенных эзофагитах, в т.ч туберкулезного происхождения.
- **Регургитация.** Рвота слизью, утренняя рвота, слюнотечение, срыгивание остатками пищи, постоянная отрыжка. При отсутствии стриктур пищевода, это связано с развитием функциональных нарушения моторики на фоне атрофических процессов в стенке пищевода
- **Эзофагалгия.** Носит постоянный характер с иррадиацией в кожно-висцеральные зоны Захарьина – Геда: в позвоночник, более широко – в межлопаточную область, в мечевидный отросток. В фазу обострения характерно присоединение одинофагии (*dysphagia dolorosa*).

2. Синдром воспалительной интоксикации – выражен в разной степени в зависимости от формы и тяжести обострения заболевания.

3. Клинико-анамнестический. Особенности – в анамнезе заболевания имеются указания на факторы риска, характер течения заболевания чаще волнообразный, с более или менее длительными периодами ремиссии.



АХАЛАЗИЯ КАРДИИ – отсутствие рефлекторного раскрытия кардии **ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ:**

1. Пищеводная диспепсия

- **Дисфагия** – особенности: затруднение происхождения и твердой, и жидкой пищи
- **Регургитация** (постоянная отрыжка, руминация, симптом «мокрой подушки»). Регургитация усиливается при наклоне вперед, часто возникает пищеводная рвота, поперхивание и приступы кашля.
- **Эзофагалгия** . Эзафагодиния наиболее характерна. Возникает в развернутой клинической стадии заболевания и свидетельствует о формировании престенотического расширения пищевода. Сочетается с мучительной отрыжкой, неприятным запахом изо рта, ночной пищеводной рвотой.

2. Клинико-анамнестический: Заболевание, как правило, возникает внезапно без видимой причины. В начале заболевания клинические проявления носят непостоянный характер, возникают при волнении, быстрой еде, плохом пережевывании пищи. Характерная особенность дисфагии в этот период, ее парадоксальный характер, провоцируется приемом в пищу фруктов и фруктовых соков, мягкого хлеба, кисломолочных продуктов. Плотная пища проходит лучше. Ощущается локальное переполнение, давление и распирающие у мечевидного отростка. Снимается выпитым залпом стаканом теплой воды, иногда – напряжением мышц грудной клетки на высоте вдоха с выпячиванием живота и др приемами.

РАК ПИЩЕВОДА

Основные синдромы:

1. Синдром пищеводной диспепсии

- **Дисфагия. Постоянный, у ¼ части больных – первый симптом.**
 - **Эзафагодия. В течение короткого времени носит непостоянный мало выраженный характер, но достаточно быстро прогрессирует в связи с прорастанием опухоли в окружающие ткани, резко иррадирует в межлопаточное пространство, в подложечную область. В запущенных случаях сопровождается осиплостью голоса, развитием медиастенита и плеврита, при распаде опухоли – пищеводно-бронхиального свища с характерным приступообразным кашлем во время еды и с примесью к мокроте элементов пищи.**
- ### **2. Синдром опухолевой интоксикации.**
- ### **3. Клинико-анамнестический.**

СЕМИОТИКА И СИНДРОМОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА



**РАССПРОС БОЛЬНЫХ ПРИ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА**



ЖАЛОБЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА

ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ

- БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ**
- ДИСПЕПСИЧЕСКИЕ ЖАЛОБЫ:**
отрыжка, изжога, тошнота, рвота

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЖАЛОБЫ
метеоризм, нарушение стула.

Локализация боли зависит от расположения язвенного дефекта

При ХГ и ЯБ препилорической и пилорической области, в луковице ДПК боли локализуются в эпигастральной области. При локализации язвы в постбульбарном отделе ДПК боли возникают в правой подложечной области и иррадируют в спину. При язвах и раке кардиального отдела часто наблюдается атипичная локализация боли за грудиной или слева от нее. Если боль, типичная для ХГ и ЯБ меняет свою локализацию и начинает иррадиировать в спину, межлопаточную область, в нижнегрудной отдел позвоночника, то следует думать о пенетрации язвы в головку ПЖ.

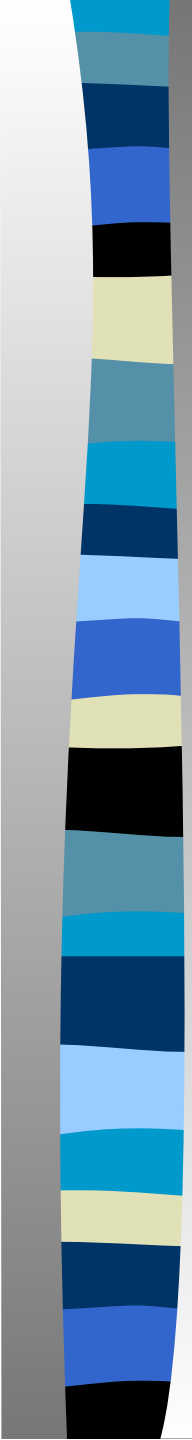


Время появления болей. **Ранние боли**

возникают через 15-60 минут после еды, интенсивность их постепенно нарастает, длятся в течение 1.5-2 ч и затем по мере эвакуации желудочного содержимого постепенно исчезают. Характерны для ХГ, для язв и рака в верхних отделах желудка.

Поздние боли появляются через 1.5-2 ч после еды и характерны, для язв с локализацией в н. трети тела желудка.

Голодные (тощаковые) через 6-7 ч после еды, характерны для язв пилорического отдела и дуоденитов. Вариант - ночные, успокаивающиеся после приема пищи, молока.



**1. 0. Суточный ритм боли
в зависимости от
расположения
патологического очага
может быть разный:**

при желудочных язвах:

**пища - боль - голод - облегчение
- пища - боль...**

при дуоденальных язвах:

**голод - боль - пища -
облегчение - голод - боль...**

Характер болей

- **Жжение, ноющая, тупая боль** указывают на раздражение слизистой оболочки желудка или 12-перстной кишки,
- **спастические, сжимающие боли** при спазме гладкой мускулатуры: кардиоспазм, спазм привратника,
- **«кинжальные» боли** наблюдаются при прободной язве,
- **Пронизывающие постоянные боли** возникают при пенетрирующих язвах, раке с инфильтративным ростом



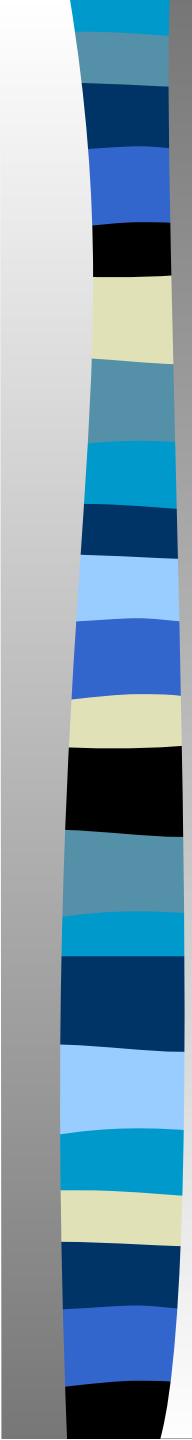
Сезонность болей

Обострение язвенной болезни чаще наблюдается весной и осенью.

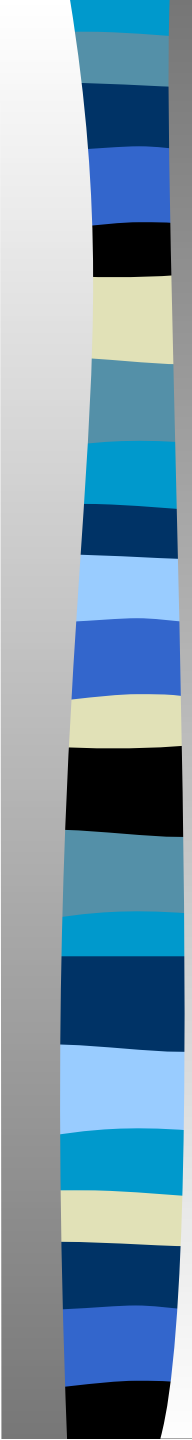
“Сезонность” боли особенно характерна для язвы 12-перстной кишки.

ДИСПЕПТИЧЕСКИЕ ЖАЛОБЫ

Отрыжка воздухом, пищей наблюдается при ХГ. Отрыжка тухлым (сероводород) наблюдается, при ХАГ. Кислая отрыжка возникает во время приступа болей при ЯБ. Горькая отрыжка появляется при забрасывании желчи в желудок из ДПК, а также нередко при повышенной кислотности желудочного сока и зависит от горького вкуса пептонов. Отрыжка с гнилостным запахом характерна для больших расширений желудка, гипохлоргидрии или ахилии с застоем содержимого при рубцово-язвенном стенозе привратника и при раке желудка.



Изжога - ощущение жжения в эпигастральной области и за грудиной. Изжога возникает при желудочно-пищеводном рефлюксе. В ее возникновении играют роль повышенная чувствительность слизистой оболочки пищевода, дисфункция кардиального отдела желудка, спастического состояния привратника, нарушение моторной функции нижнего отдела пищевода, желудка и ДПК



Рвота – возникает в результате нарушения эвакуаторной функции желудка или при раздражении рецепторов СЖ.

При возникновении рвоты у больного необходимо уточнить:

- связь с болью или другими симптомами;
- связь с составом и временем приема пищи;
- частота и кратность рвоты;
- характер рвотных масс.

При ОГ возникает вскоре после еды и приносит временное облегчение. Для ХГ типична рвота натошак, не связанная со временем приема пищи, сочетающаяся с явлениями желудочного дискомфорта; рвотные массы содержат много слизи с незначительной примесью плотных частиц, имеют кисловатый запах. При ЯБ возникает на фоне довольно сильных болей в животе и облегчает их; ей предшествует выраженная тошнота. Стеноз выходного отдела желудка сопровождается обильной рвотой с гнилостным запахом и примесью остатков пищи, съеденной накануне или несколько дней назад. При раке желудка рвотные массы из-за присутствия небольшого количества измененной крови становятся коричневыми.

Нарушение аппетита (анорексия) -

отмечается при ХГ с пониженной секреторной функцией, при расширении желудка, вызванном стенозом привратника, а также при раке желудка. Нередко наблюдается избирательная или частичная анорексия, т.е. отвращение к определенному роду пищи, например к мясу - при опухолях желудка, анемиях.

Неприятный вкус в полости рта - ощущение горечи, металлического или кислого привкуса имеют место при гастритах с секреторной недостаточностью.

Дополнительные жалобы

Метеоризм возникает при гипоацидных Г;

Поносы – при гипо- или ахлоргидрии, при гастритах с секреторной недостаточностью.

Запоры возникают при гиперацидизме, характерном для ЯБ ДПК.

Для ХГ с секреторной недостаточностью характерны следующие жалобы:

- * тупые неинтенсивные боли в эпигастральной области, возникающие вскоре после еды; плохой аппетит, иногда тошнота;
- * ощущение металлического привкуса во рту;
- * Отрыжка воздухом, пищей, иногда тухлым;
- * чувство тяжести и перенаполнения в эпигастральной области после еды;
- * урчание и вздутие живота;
- * склонность к учащенному и жидкому стулу.

Для ЯБ Ж и ДПК характерны:

- боли в эпигастрии различные, в зависимости от локализации язвенного дефекта: ранние при кардиальных язвах; поздние при язвах нижней трети желудка; голодные при препилорических и пилорических язвах.
- боли имеют четкую ритмичность (в зависимости от локализации язвенного процесса) и сезонность
- изжога – характерный признак: иногда может быть единственным субъективным проявлением язвенной болезни
- рвота возникает на высоте болей и приносит облегчение больному

Анамнез заболевания.

Начало болезни ХГ часто протекает как первично хроническое заболевание, т.е. не имеет эпизода острого начала, поэтому больные не могут определить дату начала заболевания. Больные отмечают постепенное нарастание характерных симптомов.

При ЯБ больные могут четко датировать время начала заболевания.

Характер течения болезни. Волнообразное рецидивирующее течение с четко выраженной сезонностью обострений характерно для ЯБ ДПК. Постоянное течение характерно для ХГ.

Причины обострений. При ХГ обострение связа-но с погрешностью в диете. При ЯБ обострения сезонны, часто связаны с психоэмоциональным перенапряжением, Изменение характера болей и течения болезни свидетельствует о присоединении осложнений.



ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ включает

- определение базальной секреции;
- определение стимулированной секреции.

Натошак тонким зондом извлекают все содержимое желудка. Количество полученного натошак сока колеблется от 30 до 50 мл.

Затем в течение часа каждые 15 минут аспирируют желудочный сок и определяют базальную секрецию. Суммарный объем этих порций в мл и представляет собой объем базальной секреции желудочного сока.

Фаза стимулированной секреции представляет собой определение секреторной функции желудка каждые 15 мин. в течение часа после введения стимуляторов секреции желудка.

В качестве стимуляторов желудочной секреции используются: гистаминовые тесты субмаксимальные (гистамин вводят в дозе 0,008 мг/кг) и максимальные (0,025мг/кг) .



Физические свойства определяют в каждой порции желудочного сока: Запах Цвет Слизь

Химические свойства. Определяют общую кислотность, свободную, связанную соляную кислоту, молочную кислоту, количество пепсина. На их основе вычисляют ДЕБИТ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ ЗА ЧАС: Объем желудочного сока в каждой порции взятой в течение часа умножают на общую кислотность этой же порции, полученное произведение суммируют и делят на 1000

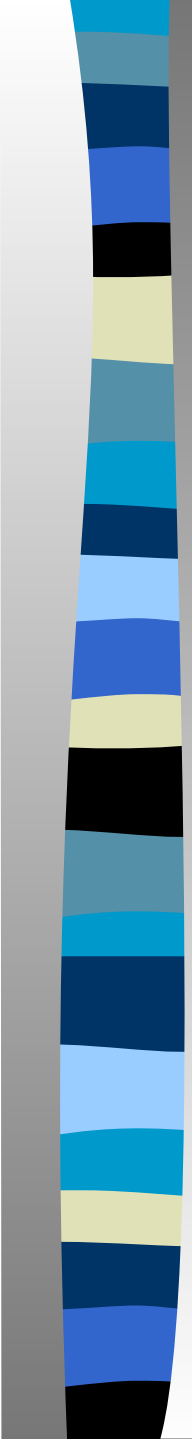
$$\frac{VE + VE + \dots}{1000} \quad \text{Где } V - \text{объем ЖС}$$

1000

Е - общая кислотность

Число слагаемых в формуле зависит от того, сколько порций сока получено за время исследования.

Дебит-час фактически обозначает уровень кислотной продукции за один час исследования.



При изучении желудочной секреции выделяют базальную кислотную продукцию (БКП), субмаксимальную (СМКП), максимальную (МКП) кислотную продукцию.

БКП - отражает влияние блуждающего нерва на продукцию желудочного сока. СМКП и МКП имеют прямую линейную зависимость от массы обкладочных клеток.

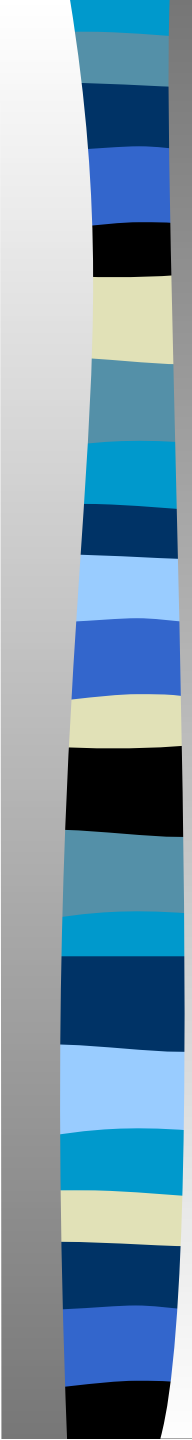
Помимо кислотной продукции определяют часовое напряжение - это количество желудочного сока в мл, выделившееся в течение часа.

Нормальные показатели секреции желудка :

| Основные показатели секреции желудка | Секреция желудка | | | |
|--|------------------|-----------|-----------------|--------------|
| | Натощак | Базальная | Субмаксимальная | Максимальная |
| Объем сока, мл/ч | 30-50 | 50-100 | 100-140 | 180-220 |
| Общая кислотность, титр.ед | до 40 | 40-60 | 80-100 | 100-120 |
| Свободная соляная кислота, титр.ед. | до 20 | 20-40 | 65-85 | 90 -110 |
| Кислотная продукция, (дебит час HCL) ммоль/л | до 2 | 1,5-5,5 | 8-14 | 18-26 |
| Пепсин по Туголукову: | | 20-40 | 50-65 | 50-75 |
| Концентрация, мг% | | 10-40 | 50-90 | 90-160 |
| Дебит, мг/ч | | | | |

Для здоровых лиц отношение БКП:СМКП = 1:3;

БКП:МКП = 1:6

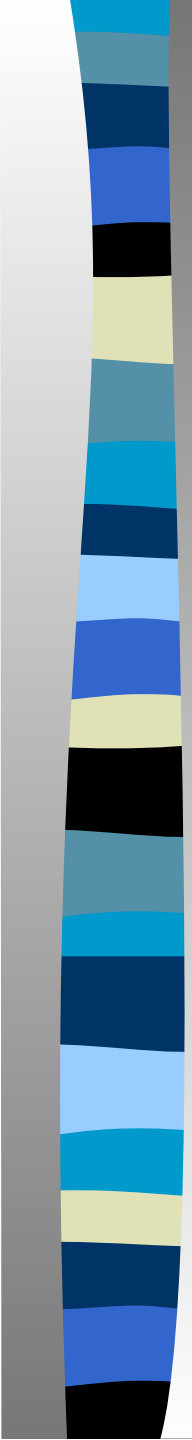


При ХГ с секреторной недостаточностью в базальном секрете отсутствует свободная соляная кислота, а максимальная секреция не превышает 5 ммоль /л.

При умеренном атрофическом Г максимальная секреция может быть в пределах нормы.

При атрофическом - происходит сближение величины ВКП и МКП; БКП : МКП = 1: 1,5 или 1:2

Желудочная секреция при ЯБ различается в зависимости от локализации язв. При язвах с локализацией в теле и кардиальном отделе кислотообразующая функция может быть разной, но она тем ниже, чем ближе к кардиальному отделу расположена язва. Соотношение БКП:МКП может быть 1:3; 1:4



При бульбарных и пилорических язвах кислотная продукция значительно увеличивается как в базальную, так и в стимулированную фазу секреции. Базальное кислото-выделение, повышается в 2-3 раза, а в ночное время в 3-4 раза. Объем желудочного сока натощак может достигать до 200 мл.

При раке желудка характер желудочной секреции зависит от степени распространенности и локализации опухоли, В поздних стадиях рака желудка развивается ахлоргидрия независимо от локализации опухоли. При этом в желудочном содержимом обнаруживается молочная кислота.

СИНДРОМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА 1.

Синдром желудочной диспепсии (ведущий)
вследствие нарушения секреции пепсина и соляной
кислоты: а)

ацидизм, б) гипоацидизм.

вследствие нарушения эвакуации из желудка:

а) демпинг синдром

б) пилоростеноз

2. Болевой синдром (ведущий) 3.

Синдром кишечной диспепсии

- мальабсорбция (сидеропения, гиповитаминоз)

- ускоренная эвакуация (поносы)

- мальдигестия (гнилостная диспепсия)

- замедленная эвакуация (запоры)

4. Клинико-анамнестический

5. Астено-вегетативный синдром.

6. Синдром "малых" признаков (опухолевого
роста) .

СИНДРОМ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ

Желудочная диспепсия является ведущей при заболеваниях желудка и 12-перстной кишки и тесно связана как с секреторными, так и с моторными нарушениями желудка.

В зависимости от механизма возникновения синдром желудочной диспепсии бывает различным: при усилении секреции пепсина и соляной кислоты возникает ацидизм, при снижении секреции пепсина и соляной кислоты - гипоацидизм, при ускорении эвакуации из желудка - демпинг синдром, при замедлении эвакуации вследствие пилоростеноза - синдром замедленной эвакуации.

АЦИДИЗМ Основные клинические признаки:

Отрыжка кислым, изжога, тошнота, рвота

Данные осмотра: признаки вегетативной дисфункции : холодные, влажные ладони, мраморность кожи дистальных отделов конечностей, легкий тремор, яркий дермографизм. Локальные данные: при обострении – умеренная локальная болезненность в эпигастрии или справа от срединной линии. Положительный с-м Менделя при перевисцерите. Лабораторно: желудочного сока натошак более 50 мл – увеличение кислотной продукции как в базальную, так и стимулированную фазу секреции. БПК превышает норму в 2-3 раза, а в ночное время в 3,5-4 раза. Заболевания, сопровождающиеся синдромом ацидизма: хр. Антральный г, хронический дуоденит, ЯБДПК.

ГИПАЦИДИЗМ

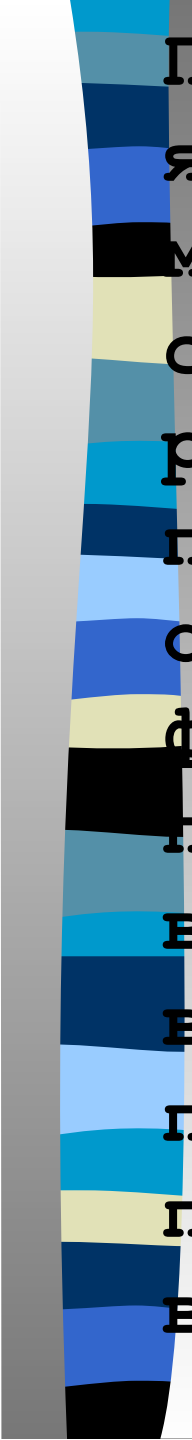
Основные клинические признаки: отрыжка воздухом, а при выраженной секреторной недостаточности – тухлым, съеденной пищей, горьким, тошнота, неприятный привкус во рту особенно по утрам, жжение в эпигатральной области, анорексия.

Данные осмотра: похудание, признаки полигиповитаминоза (при нарушении всасывания витаминов и железа в кишечнике) и сидеропении: бледность кожных покровов, сухость кожи, ухудшение зрения, заеды в углах рта, ломкость ногтей, выпадение волос.

Локальные данные: умеренная разлитая болезненность в эпигастральной области.

Лабораторно: снижение СМКП, величина сближается с БКП (в норме соотношение БКП: СМКП=1:3); дебит НС1 не свыше 2 – 6 ммоль/л.

Заболевания, сопровождающиеся синдромом гипацидизма : хронический атрофический гастрит, рак желудка.



Патологические процессы (воспаление, язва, эрозии и др.) без секреторно-моторных расстройств органа болевого синдрома не вызывают. При распространении патологического процесса на мышечную и серозную оболочку органов, а также при функциональных расстройствах, приводящих к повышению внутриорганного давления, у больных возникает висцеральная боль. Если в патологический процесс вовлекается париетальный листок брюшины - возникает соматическая боль.



Если больного беспокоит жжение, тупая, ноющая периодичная боль без четкой локализации и иррадиации, идущая из глубины брюшной полости, то это висцеральная боль (язва в пределах слизистой оболочки). Для нее характерны: отрицательный симптом Менделя и отсутствие локального мышечного напряжения. Соматическая боль с иррадиацией вызвана перивисцеритом. Она характеризуется высокой интенсивностью, неопределенной локализацией, четкой иррадиацией в позвоночник, левое либо в правое подреберье. положительный с. Менделя и локальное мышечное напряжение в подложечной области.

ДЕМПИНГ-СИНДРОМ

Возникает вследствие ускоренной эвакуации из желудка при оперированном желудке. В ряде случаев сходная клиническая симптоматика развивается на фоне усиления моторной активности желудка в связи с приемом антацидов при ахлоргидрии.

Клинические признаки: после приема пищи, богатой углеводами, появляется резкая общая слабость, тошнота, потливость, головокружение, сердцебиение; бледность или покраснения кожи; тахикардия (реже-брадикардия); снижение артериального давления. При тяжелом течении появляются рвота, режущая боль в животе, урчание, ускоренная перистальтика, частый жидкий стул. В крови - гипоглекимия.

ПИЛОРОСТЕНОЗ

Пилоростеноз: возникает при раке, рубцово-язвенной деформации выходного отдела Ж.

Основные клинические признаки: выраженное чувство давления и полноты, особенно после приема пищи, время от времени спазмы в эпигастральной области (стенотическая перистальтика), тошнота, обильная рвота фонтаном с выделением разлагающегося содержимого. Рвота приносит облегчение. Беспокоит отрыжка тухлым, сильная жажда. При длительном стенозе – обезвоживание организма, скудный стул, истощение.

Локальные данные: при истощенной брюшной стенке можно видеть контуры расширенной границы желудка, спастические сокращения. При толчкообразной пальпации в области желудка – шум плеска натошак.

Синдром кишечной диспепсии

Развивается при заболеваниях желудка и ДПК в связи с нарушением функционального состояния желудка. Так, при гипоацидизме нарушается кишечное переваривание (мальдигестия), как правило осложненная кишечной гнилостной диспепсией (см. синдромы при заболеваниях кишечника). При длительно существующей мальдигестии у больного может развиваться нарушение всасывания (мальабсорбция), которая проявляется гипополивитаминозом и сидеропенией, то есть нарушением всасывания железа вследствие недостаточности его ионизации на фоне гипоацидного (анацидного) гастрита.

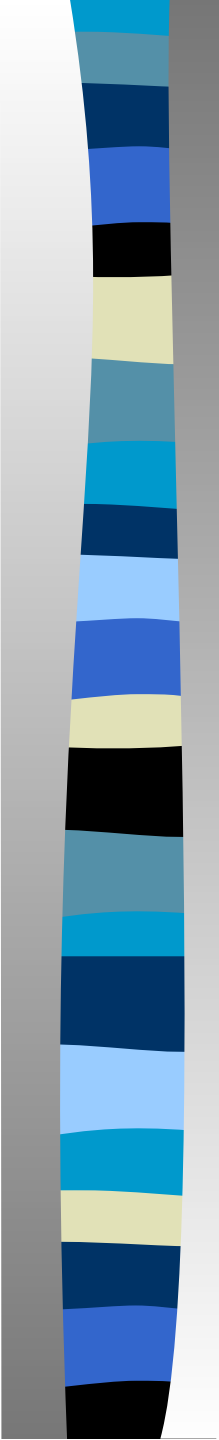
Нарушение двигательной функции кишечника также зависит от активности кислотно-пептического фактора. Так, гипоацидизм сопровождается ускоренной эвакуации химуса из кишечника, а ацидизм - замедленной эвакуацией.

АСТЕНО-ВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ

Обусловлен дисфункцией вегетативной нервной системы и преобладанием парасимпатического ее отдела.

Клинические признаки:

- * холодные, влажные ладони, мраморность кожи дистальных отделов конечностей,
- * легкий тремор, яркий дермографизм
- * лабильность пульса со склонностью к брадикардии
- * склонность к артериальной гипотензии



СИНДРОМ МАЛЫХ ПРИЗНАКОВ (ОПУХОЛЕГО РОСТА)

Характерен для ранних признаков рака желудка и обусловлен не грубыми анатомическими изменениями пораженного органа, а нарушениями обменного порядка. Встречается у 80% больных раком желудка.

Клинические признаки:

- нарушение общего самочувствия, появлении слабости, снижении трудоспособности, быстрой утомляемости;
- психическая депрессия – потеря интереса к окружающему, к труду, жизни, апатия, отчужденность;
- стойкая анорексия, отвращение к пище, иногда только к мясной;
- беспричинное прогрессирующее похудание;
- явления желудочного дискомфорта – потеря чувства удовлетворения от принятой пищи, переполнение и тяжесть в эпигастральной области, иногда тошнота и рвота.



ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ: Основные синдромы при заболеваниях желудка

ХГ с секреторной недостаточностью – хроническое воспаление СОЖ, характеризующееся клеточной инфильтрацией, нарушением регенерации и атрофией слизистой, расстройством секреторной, моторной и инкреторной функций желудка.

1. Синдром желудочной диспепсии.
 - гипоацидизм; - (демпинг синдром)
2. Болевой синдром.
3. Синдром кишечной диспепсии:
 - мальдигестия, (гнилостная диспепсия)
 - мальабсорбция (сидеропиния, полигиповитаминоз)
 - ускоренная эвакуация (поносы)



Язвенная болезнь ДПК

-самостоятельное (первичное) хроническое рецидивирующее заболевание гастродуоденальной области с образованием язв.

1. Синдром желудочной диспепсии.
 - ацидоза
 - пилоростеноза
2. Болевой синдром.
3. Синдром кишечной диспепсии.
 - замедленной эвакуации из кишечника (запоры)
4. Синдром астено-вегетативный

РАК ЖЕЛУДКА

1. Синдром желудочной диспепсии.

- гипоацидизм

2. Болевой синдром.

3. Синдром кишечной диспепсии:

- мальдигестия, (гнилостная диспепсия)

- мальабсорбция (сидеропиния, поливитаминоз)

- ускоренная эвакуация (поносы)

4. Синдром малых признаков

