

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Учебное пособие

Под общей редакцией профессора В. Н. Цыгана

Санкт-Петербург

СпецЛит

2017

УДК 616-092:616.3

П20

Авторы:

Зиновьев Евгений Владимирович — доктор медицинских наук, профессор, старший научный сотрудник НИЛ военной хирургии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова (ВМедА), профессор кафедры госпитальной хирургии СПбГПМА;

Цыган Василий Николаевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой патологической физиологии ВМедА;

Дергунов Анатолий Владимирович — доктор медицинских наук, профессор кафедры патологической физиологии ВМедА;

Пахальская Ольга Юрьевна — аспирант кафедры патологической физиологии ВМедА

Патологическая физиология системы пищеварения :

П20 учеб. пособие / Е. В. Зиновьев, В. Н. Цыган, А. В. Дергунов, О. Ю. Пахальская ; под ред. В. Н. Цыгана. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2017. — 103 с.
ISBN 978-5-299-00800-5

В книге проанализированы и обобщены взгляды на особенности функционирования и патогенетические механизмы нарушений функций системы пищеварения.

Сведения, представленные в данном пособии, предназначены для студентов медицинских вузов при подготовке к занятиям по патофизиологии и гастроэнтерологии. Информация, изложенная в этой работе, может оказаться полезной также для специалистов широкого круга медицинской деятельности.

УДК 616-092:616.3

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| Условные сокращения | 5 |
| Введение | 6 |
| 1. ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ ... | 8 |
| 1.1. Нарушения основных фаз пищеварения | 8 |
| 1.2. Нарушения обработки пищи в полости рта и ее прохождения по пищеводу | 12 |
| 1.3. Нарушения пищеварения в желудке | 16 |
| 2. ГАСТРИТ | 29 |
| 2.1. Острый гастрит | 29 |
| 2.2. Хронический гастрит | 32 |
| 2.3. Принципы лечения и профилактики гастритов | 35 |
| 3. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИ- ПЕРСТНОЙ КИШКИ | 37 |
| 3.1. Этиология, патогенез, клиника и осложнения | 37 |
| 3.2. Принципы диагностики, профилактики и лечения | 42 |
| 4. НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ В ТОНКОЙ КИШКЕ | 46 |
| 4.1. Расстройства секреторной функции тонкой кишки | 47 |
| 4.2. Нарушение мембранного пищеварения в тонкой кишке | 48 |
| 4.3. Расстройства моторной функции тонкой кишки | 49 |
| 4.4. Расстройства всасывательной функции тонкой кишки | 52 |
| 4.5. Синдром микробной контаминации тонкого кишечника, кишечной аутоинтоксикации | 54 |
| 5. КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ | 55 |
| 6. НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ В СВЯЗИ С НЕДОСТАТОЧНЫМ ПОСТУПЛЕНИЕМ ЖЕЛЧИ И ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА | 58 |
| 6.1. Недостаточное поступление желчи | 58 |
| 6.2. Недостаточное поступление панкреатического сока | 59 |
| 7. ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТЫ | 60 |
| 7.1. Этиология и патогенез | 60 |
| 7.2. Основные принципы профилактики, диагностики и лечения панкреатита | 62 |
| 8. НАРУШЕНИЯ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ... | 65 |
| 8.1. Основные нозологические заболевания | 65 |
| 8.2. Запоры | 66 |

| | |
|--|-----|
| 9. ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ | 68 |
| 9.1. Классификация основных видов патологии печени | 69 |
| 9.2. Краткая характеристика основных клинико-биохимических синдромов при патологии печени | 70 |
| 9.3. Печеночная недостаточность | 72 |
| 9.4. Основные заболевания печени и желчевыводящих структур ... | 83 |
| 9.5. Патогенетические принципы профилактики и терапии основных заболеваний печени и желчевыводящих путей ... | 100 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 102 |
| ЛИТЕРАТУРА | 103 |

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

- АКТГ — адренкортикотропный гормон
АлАТ — аланинаминотрансфераза
АсАТ — аспартатаминотрансфераза
ВИП — вазоактивный интестинальный полипептид
ДПК — двенадцатиперстная кишка
ЖКБ — желчнокаменная болезнь
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт
ЛДГ — лактатдегидрогеназа
НПВС — нестероидные противовоспалительные средства
ОП — острый панкреатит
ОР — осмотическая разница
ОЦК — объем циркулирующей крови
ПВ — протромбиновое время
СОЭ — скорость оседания эритроцитов
УДХК — урсодезоксихолевая кислота
УЗИ — ультразвуковое исследование
ФГДС — фиброгастроуденоскопия
ХВГ — хронический вирусный гепатит
ХГ — хронический гастрит
ХП — хронический панкреатит
цАМФ — циклический аденозинмонофосфат
ЦНС — центральная нервная система
ЩФ — щелочная фосфатаза
ЯБ — язвенная болезнь

ВВЕДЕНИЕ

Патология системы пищеварения является одной из основных среди соматических заболеваний; она нередко имеет длительный, хронический характер, существенно нарушая работоспособность, привычный образ жизни, диету. Через пищеварительную систему человек осуществляет теснейший и разносторонний контакт с биосферой.

Органы пищеварения (рис. 1), наряду с кожей и дыхательными путями, чаще других систем подвергаются воздействию чрезвычайных раздражителей и внешних воздействий. Механизмы развития заболеваний пищеварительной системы сложны, их проявления разнообразны. Система пищеварения находится в тесной взаимосвязи с другими физиологическими системами организма, патология системы пищеварения нередко обусловлена патологией органов любой другой из физиологических систем. Неврологические нарушения, эндокринопатии часто являются причинами разнообразных нарушений пищеварения. Изолированная патология какого-либо органа системы пищеварения нехарактерна, расстройство одной из функций сопровождается нарушениями других: например, нарушение секреторной функции желудка вызывает изменение его двигательной, эвакуаторной и экскреторной активности.

Возникновение и характер проявления патологии пищеварения зависят от возраста, пола, типа высшей нервной деятельности, климата. У детей и людей в пожилом возрасте патология пищеварения наблюдается значительно чаще. У детей это объясняется несовершенством адаптации в период становления физиологических систем, у пожилых — ослаблением регуляторных механизмов и снижением адаптации к меняющимся условиям среды. В патологии системы пищеварения важное значение имеет пол: рак сигмовидной кишки и заболевание желчных путей чаще констатируются у женщин, а язва желудка — у мужчин.

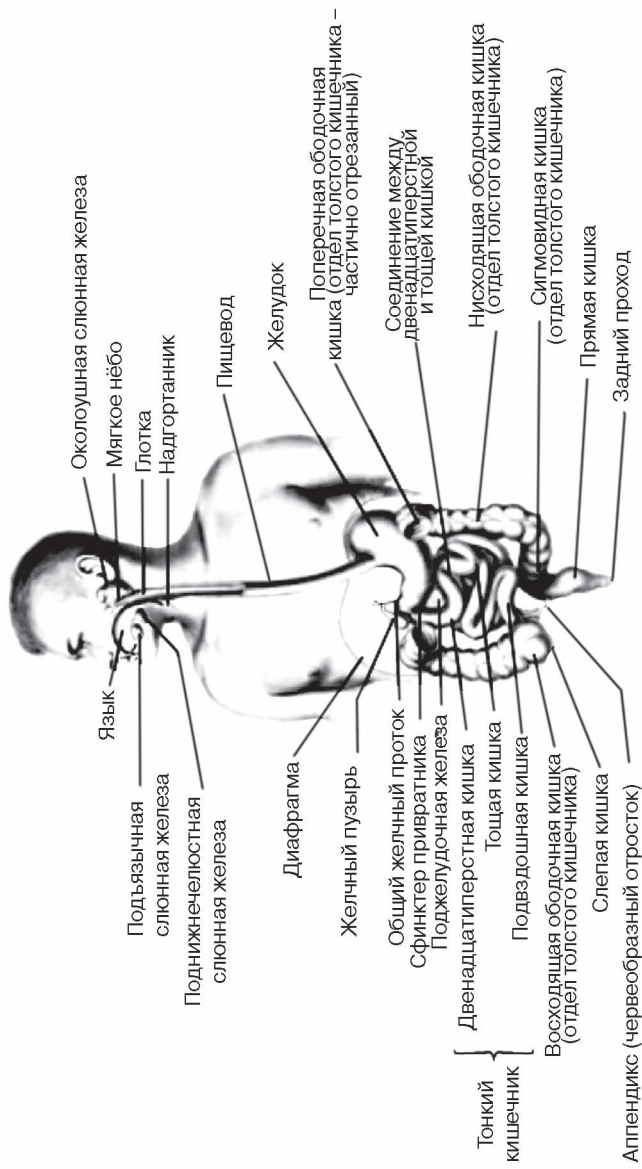


Рис. 1. Органы пищеварительной системы человека

1. ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Все этиологические факторы, приводящие к нарушению системы пищеварения, предложено условно разделить на семь групп. *Первую* формируют факторы нарушения питания. Полное или абсолютное голодание, прием неполноценной в качественном и количественном отношении пищи. Факторами нарушения питания считаются — прием грубой пищи, сухоядение, нерегулярность питания. Ко *второй* группе факторов относят бактерии, вирусы, простейшие и гельминты. *Третья* группа факторов — ионизирующие излучения, отравляющие вещества, а также ряд лекарственных препаратов. *Четвертая* группа этиологических факторов — никотин и алкоголь. *Пятая* группа включает в себя профессиональные вредности. К *шестой* группе относятся психоэмоциональные факторы, способствующие развитию психосоматических заболеваний, нарушающих регуляцию системы пищеварения. *Седьмую* группу этиологических факторов составляют эндокринные факторы, нередко обусловленные генетически.

1.1. Нарушения основных фаз пищеварения

Основными функциями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются: **двигательная** и **эвакуаторная** — механическая обработка пищи, ее измельчение, перемешивание и перемещение по ЖКТ; **секреторная** — выработка протеолитических ферментов, соляной кислоты, желчи и др., обеспечивающих переваривание и ферментативную переработку нутриентов; **всасывательная** — активное проникновение конечных продуктов переваривания, воды, солей, витаминов, минеральных веществ через слизистую ЖКТ в кровь и лимфу; **эксcretорная (выделительная)** — экстраренальное выведение ряда метаболитов из кровотока (например, мочевина через слизистую пищеварительного тракта при уремии); **эндокринная** — синтез ряда гормонов (холецистокинин, секретин, энтерогастрон и т. д.), а также **угастие в кровотоке, метаболизме витамина В₁₂** — синтез внутреннего фактора Касла слизистой желудка. **Недостаточность пищеварения** — состояние ЖКТ, при котором не обеспечивается достаточного усвоения поступающих в организм нутриентов; в организме развиваются отрицательный азотистый баланс, гипопротейнемия, гиповитаминозы, явления неполного голодания, истощение организма, нарушение реактивности. Недостаточность пищеварения может развиваться при нарушении работы всего пищеварительного тракта или его отделов. Органы ЖКТ взаимосвязаны, обычно нарушение деятельности какого-либо его отдела закономерно вызывает расстройство функций и других.

Классификация нарушений пищеварения. Расстройства пищеварения можно классифицировать следующим образом.

1. По этиологии (экзогенные или эндогенные факторы).

К факторам *экзогенной* природы относятся:

– факторы нарушения питания: полное или частичное голодание, прием недоброкачественной, грубой, механически необработанной, слишком горячей либо холодной пищи, нерегулярное питание, сухоядение и др.;

– инфекционные факторы: возбудители желудочно-кишечных заболеваний (патогенные микробы, гельминты, простейшие) и интоксикаций (возбудители брюшного тифа, паратифа, дизентерии, холеры и т. д.);

– физические и химические факторы: все виды ионизирующего излучения, механическая, ожоговая травма, отравление спиртами, действие кислот, щелочей, лекарственных препаратов.

К факторам *эндогенной* природы относят:

врожденные аномалии различных отделов ЖКТ: атрезия, стеноз, гипоплазия пищеварительных органов;

– врожденные и приобретенные ферментопатии;

– заболевания других органов и систем организма, при которых система пищеварения частично компенсирует недостающие функции (патология почек и печени);

– заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной систем с развитием гипоксии и нарушением кровоснабжения слизистой оболочки желудка и кишечника;

– расстройства нервной регуляции пищеварительной системы: дисфункция местной нервной регуляции, нарушение функций центральной или вегетативной нервной системы;

– нарушение синтеза либо дисбаланс желудочно-кишечных пептидов и аминов: гастрин, гистамина, серотонина, вазоинтестинальный пептид (ВИП), мотилина и др.;

– злокачественные и доброкачественные опухоли ЖКТ;

– аутоиммунная патология.

2. По направленности нарушений тех или иных функций, тех или иных отделов или всей системы пищеварения (гиперфункция, гипофункция, дисфункция).

3. По количеству нарушений (единичные, или солитарные, и множественные).

4. По клиническому течению (острые и хронические).

5. По степени компенсации нарушенных функций (компенсированные, или субклинические, и некомпенсированные, или манифестные).

6. По тяжести патологии (легкие, средней тяжести и тяжелые).

7. По **морфологическим проявлениям патологии** ЖКТ (а-, гипо- и гипертрофические; а-, гипо- и гиперпластические, дегенеративные, ulcerогенные, канцерогенные, смешанные).

8. По **преимущественной локализации нарушений** в пищеварительном тракте: 1) в ротовой полости; 2) в желудке; 3) в тонкой кишке (двенадцатиперстной, тощей, подвздошной); 4) в толстой кишке (слепой, ободочной восходящей, поперечной, нисходящей, сигмовидной, прямой).

9. По **преимущественному нарушению вида пищеварения**: 1) внеклеточного, полостного — с участием ферментов экзокринных желез; 2) мембранного — с участием двух групп ферментов (экзокринных и лизосомальных); 3) внутриклеточного эндо- и эктоплазматического типа — с участием лизосомальных гидролаз, эндоцитоза, пиноцитоза, фагоцитоза.

10. По **сохранению или нарушению основных функций** ЖКТ (секреторной, моторной, всасывательной, резервуарной, эвакуаторной, экскреторной и инкреторной).

Типовые формы нарушения функций системы пищеварения. Нарушения аппетита. Аппетит (греч. *orexis* — аппетит) — субъективное ощущение потребности организма в приеме пищи. Среди нарушений аппетита выделяют его снижение или отсутствие (гипо- или анорексия), повышение (гиперрекция, булимия), извращение (парарексия).

Гипорексия и анорексия — снижение или отсутствие аппетита соответственно. В зависимости от причин выделяют следующие виды гипо- и анорексии: *диспептическая* — при заболеваниях органов ЖКТ с нарушением моторики; *интоксикационная* — при инфекциях, интоксикациях; *нейродинамическая* — при торможении центра голода в гипоталамусе другими доминирующими в данный момент центрами (например, болевым); *невротическая* — при неврозах, стрессах, депрессии; *психогенная* (нервная) — патологическое желание похудеть при навязчивом состоянии об излившей полноте. В патогенезе анорексий существенное значение имеют нарушения метаболизма орексинов, хахектина, холецистокинина, нейропептида Y и ряда других. На фоне ано- или гипорексии развиваются: снижение массы тела, вплоть до истощения (кахексии); расстройства пищеварения; дистрофии; иммунодефицит.

Гиперрекция — патологическое повышение аппетита; его крайняя степень — булимия. Обычно гиперрекция сочетается с полифагией (избыточное потребление пищи), акорией (снижением или отсутствием чувства насыщения); она развивается при: органических поражениях центральной нервной системы (ЦНС) и гипоталамуса с разрушением центра насыщения; эндокринных нарушениях (тирео-

токсикоз, сахарный диабет I и II типа, гиперэстрогемия); резекции кардиального отдела желудка, при отсутствии растяжения которой отсутствует фаза сенсорного насыщения; невротической гиперрекции: абсолютный либо относительный дефицит серотонина, дофамина, норадреналина. Повышение аппетита при тиреотоксикозе и сахарном диабете I типа обуславливается лептиновым механизмом.

Извращение аппетита — **парарексия** — желание поедать несъедобные предметы. Развивается при шизофрении, эпилепсии, железодефицитной анемии, органическом поражении ЦНС. При сидеропеническом синдроме изменяется чувствительность сосочков языка и появляется пристрастие употреблять в пищу известку, мел, лед и др.

Нарушения вкуса. Среди расстройств вкуса (греч. *geusis* — вкус) — нарушений ощущений рецепторами языка горького, сладкого, кислого, соленого — выделяют агевзии, гипогевзии, гипергевзии, парагевзии и дисгевзии.

Агевзии и гипогевзии — отсутствие или снижение вкусовых ощущений. Причины: функциональные расстройства или поражение структур вкусового анализатора: рецепторов (при химических ожогах или глосситах); нервных стволов, проводящих импульсы от рецепторов к нервным центрам (при повреждении, травме, невритах, нейроdistрофиях язычного и/или языкоглоточного нервов, травмах таламуса); нейронов коркового анализатора вкусовых ощущений (последствия энцефалитов, инсультов, иногда — при неврозах).

Гипергевзия — патологическое усиление вкусовых ощущений, основными причинами которой могут быть: гиперсенситизация рецепторов (при трансмембранном дисбалансе ионов в рецепторах ткани языка), а также поражение корковых нейронов, участвующих в формировании вкусовых ощущений (часто при неврозах). Основные группы рецепторов языка приведены на рис. 2 (см. цв. вкл.).

Среди нарушений адекватности вкусовых ощущений реальному раздражителю выделяют парагевзии и дисгевзии.

Парагевзия — качественное отличие ощущения вкуса от нормы (ложное ощущение, например: кислое воспринимается как горькое; сладкое как соленое).

Дисгевзия — патологическое изменение (извращение) вкуса; часто сочетается с неадекватными склонностями (например, употребление испорченных пищевых продуктов, опасных веществ — травы, земли, песка, фекалий). Основные причины этих нарушений: патология отделов ЦНС, участвующих в формировании вкусовых ощущений, часто — при менингитах, энцефалитах, иногда — при шизофрении, неврозах. Парагевзии и дисгевзии обычно сопровождаются нарушениями аппетита, расстройствами функций желудка, кишечника.

1.2. Нарушения обработки пищи в полости рта и ее прохождения по пищеводу

Основные формы патологии органов ротовой полости. В ротовой полости происходит механическая обработка пищи, распознавание ее вкуса, слюноотделение, формирование пищевого комка, первичный гидролиз углеводов под действием амилазы и мальтазы слюны. Расстройства пищеварения в полости рта связаны с нарушениями процессов пережевывания пищи, образования, выделения слюны (саливации).

Нарушения процессов пережевывания пищи (жевания).

Жевание — процесс механического измельчения кусков пищи; в результате повышается общая площадь их поверхности для последующей химической обработки. Причины нарушения жевания: недостаток или отсутствие зубов; воспалительные заболевания челюстей и тканей зубов (стоматиты, гингивиты, глосситы, пародонтиты, пародонтоз и др.), сопровождающиеся болевыми ощущениями; патология суставно-мышечного аппарата нижней челюсти (артрозы, артриты височно-нижнечелюстного сустава, переломы костей черепа (челюстей), атрофия мышц, их гипертонус); привычное («неврологическое») недостаточное жевание (при еде «на ходу», при чтении, автоматизмах и др.). Нарушения жевания оказывает прямое влияние на аппетит: при этом организм не получает сенсорного насыщения, для насыщения требуется большее количество пищи, в результате чего повышается аппетит. Кроме этого, при нарушении жевания происходит механическое повреждение слизистой оболочки ЖКТ (пищевода, желудка) грубой, необработанной пищей.

Нарушения слюноотделения (саливации) представляют собой увеличение (гиперсаливация) либо уменьшение (гипосаливация) количества отделяемой слюны в ротовую полость.

Наиболее частыми причинами **гиперсаливации** (гиперсалии) являются: избыточная парасимпатическая иннервация; активация нейрогенных влияний на слюнные железы (например, под влиянием (часто — побочное действие) ряда лекарств, М-холиномиметиков, токсинов, при неврозах, энцефалитах, инсультах, болезни Паркинсона); острые стоматиты и гингивиты, стоматологические процедуры, интоксикации солями ртути, никотином, при интоксикациях (при уремии, токсикозе беременных); глистные инвазии. В результате гиперсаливации происходит: мацерация губ и окружающей кожи, разведение и ощелачивание желудочного содержимого, что снижает протеолитическую активность желудочного сока, его бактерицидную способность; ускорение пассажа пищи из желудка в двенадцатиперстную кишку. При выраженной гиперсаливации может развиваться гипогидратация.

Гипосаливация может развиваться: при дегидратации; заболеваниях слюнных желез (опухоль, воспаление); при сдавлении протоков слюнных желез извне (опухолью, отеком жидкостью, рубцовой тканью) или закрытии их изнутри (камнем, густым секретом); на фоне приема некоторых лекарственных препаратов (седативные, анорексигенные, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), М-холиноблокаторы, антигистаминные, гипотензивные препараты (клофелин, β-адреноблокаторы, диуретики и пр.); при системных заболеваниях (коллагенозы, синдром Шегрена), гипертиреозидных состояниях; воздействии ионизирующих излучений, при ряде психогений (стресс, тревога, депрессия), а также при старении и нарушении процессов жевания. Гипосаливация приводит к развитию сухости слизистой оболочки полости рта (ксеростомии), утрате основных защитных свойств слюны, легкой травматизации, воспалительным процессам слизистой полости рта, инфицированию, а также к множественному кариесу (из-за утраты минерализующих свойств слюны).

Расстройство глотания. Глотание – сложный рефлекторный акт, имеющий три фазы: ротовую (произвольную), глоточную (непроизвольную быструю) и пищеводную (непроизвольную медленную). К расстройствам глотания и движения пищи по пищеводу относятся дисфагии (от греч. *dys* – приставки, означающей разделение или отрицание («раз» или «не»), *phagein* – есть), афагии (от греч. *a* – отрицательной частицы) и различные дисфункции пищевода.

Дисфагия – затруднение проглатывания (ощущение «застревания» или препятствия) твердой пищи и воды, а также попадание пищи или жидкости в верхние дыхательные пути.

Афагия – невозможность проглатывания твердой пищи и жидкости. Дисфагия или афагия, вызванная чрезмерным размером пищевого комка или сужением просвета ротоглотки, называется механической. Дисфагия или афагия, обусловленная некоординированными или слабыми перистальтическими сокращениями мышц ротоглотки, нарушениями глотательного центра, определяется двигательной.

Механическая афагия или дисфагия может быть обусловлена внутренним или наружным сдавлением просвета ротоглотки. Пищевод здорового человека благодаря эластичности его стенки имеет способность растягиваться до 4 см в диаметре. Если его диаметр ограничен до 2,5 см, возможна дисфагия, а при ограничении до 1,3 см дисфагия будет развиваться всегда. Причины развития механической дисфагии: избыточный размер пищевого комка, инородное тело, внутреннее сужение канала за счет воспалительных процессов (стоматит, фарингит, эпилоттит, эзофагит), доброкачественных

стриктур (пептических — под воздействием щелочей, кислот либо лекарственных препаратов, воспалительных — болезнь Крона, кандидоз, ишемические, послеоперационные, постлучевые, врожденные изменения), злокачественных (первичный рак, метастазы) или доброкачественных (ангиома, папиллома, полип) опухолей. Наружное сдавление глотательного канала может быть связано с шейным спондилитом, остеофитами позвоночника, заглоточным абсцессом, абсцессом средостения, увеличением щитовидной железы, аневризмой аорты, опухолями средостения и др.

Двигательная афагия или дисфагия развивается при нарушении глотательного рефлекса, повреждении скелетных мышц глотки и пищевода или гладких мышц пищевода.

Тяжелые расстройства глотания отмечаются при поражении ствола мозга, инсультах. При этом происходят тяжелые нарушения начальной фазы глотания, нередко необратимые. Механизмы глотания нарушаются при таких заболеваниях ЦНС, как полиомиелит, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, боковой амиотрофический склероз. Причиной афагии или дисфагии может стать также дистрофия мышц языка и глотки, что приводит к носоглоточной регургитации. Возможны поперхивания, аспирация пищей из-за слабости мышц, поднимающих глотку. Дисфагия развивается и при дерматомиозите, при котором нарушается функция верхнего пищеводного сфинктера и проксимальной поперечно-полосатой мускулатуры пищевода. Расстройство глотания отмечается при ботулизме, что вызвано нарушением передачи импульсов с нервов на мышцы, участвующие в акте глотания.

При расстройстве глотания в большей степени затрудняется проглатывание воды, так как для этого необходимо максимальное закрытие отверстий, ведущих в нос и трахею, что возможно при интенсивном сокращении глотательной мускулатуры. Проглатывание воды резко нарушается при бешенстве (так называемая водобоязнь при этом заболевании). Спазм глотательной мускулатуры (афагия) отмечается при столбняке, бешенстве, истерии. При этих состояниях может развиваться **фагофобия** — страх глотания и аспирации, отказ от приема пищи. К отказу от глотания может привести и болезненное глотание, например, при воспалительном процессе. *Globus histericus* — это ощущение кома в горле. Некоторые больные ощущают прохождение пищи по пищеводу, что может быть обусловлено и психосоматическими расстройствами. Причинами развития двигательной (нейромышечной) дисфагии может быть повреждение гладких мышц пищевода. Это отмечается при ахалазии пищевода, системных коллагенозах. При дисфагии и афагии нарушается поступление пищи в желудок, развиваются расстройства пищеваре-

ния, трофологического статуса. При аспирации пищи возможно развитие бронхоспазма, бронхита, аспирационной пневмонии, абсцесса легкого, при значительной аспирации — асфиксия.

Нарушения двигательной функции пищевода, сопровождающиеся эзофагеальной дисфагией. Двигательная функция пищевода может быть пониженной (гипокинез или атония) или повышенной (гиперкинез). Причиной затруднения продвижения пищи по пищеводу может быть его спастическое сокращение, вызываемое экспериментально при раздражении симпатического ствола. Основные двигательные расстройства, поражающие тело пищевода, выявляются при ахалазии, гастроэзофагальной рефлюксной болезни, диффузном спазме пищевода и склеродермии.

К основным двигательным расстройствам с поражением тела пищевода относится ахалазия. **Ахалазия** — нарушение способности расслабления его сфинктеров с полной утратой перистальтики (рис. 3, см. цв. вкл.). Причинами развития ахалазии пищевода являются поражения ствола мозга, блуждающего нерва, интрамуральных ганглиев и гладких мышц пищевода. Механизмы ахалазии: дефицит нейротрансмиттеров, необходимых для расслабления гладких мышц — вазоинтестинального пептида, монооксида азота. При таких поражениях наблюдаются медленно прогрессирующая дисфагия, регургитация, изжога, боли в грудной клетке, кашель.

Основным проявлением дисфункции нижнего пищеводного сфинктера является **гастроэзофагальный рефлюкс** — первичное нарушение пищеводной моторно-эвакуаторной функции. При снижении базального давления в нижнем пищеводном сфинктере абдоминальное давление начинает преобладать, и происходит забрасывание кислого содержимого желудка в пищевод. Для кислого рефлюкса характерен эзофагит с образованием эрозий и язв, кишечно-желудочной метаплазией. Может отмечаться при приеме НПВС, нитратов, М-холинолитиков, трициклических антидепрессантов, прогестерона, простагландинов, антагонистов кальция, седативных средств, эуфиллина, β -адреноблокаторов, наркотических средств. Снижает тонус сфинктера и ряд пищевых продуктов, например: алкоголь, шоколад, мята, жареные и жирные продукты, мука. В результате заброса и длительной экспозиции желудочного содержимого в пищеводе возникают его воспалительно-дегенеративные изменения, развивается желудочно-пищеводная (гастроэзофагальная) рефлюксная болезнь (рефлюкс-эзофагит). Эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит осложняется стриктурами; возможно развитие кишечно-желудочной метаплазии (пищевод Барретта), часто осложняющейся аденокарциномой (рис. 4, см. цв. вкл.).

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Учебное пособие

Под общей редакцией проф. В. Н. Цыгана

Редактор *Дудина Е. И.*
Корректор *Борисенкова А. А.*
Компьютерная верстка *Габеган Е. С.*

Подписано в печать 12.12.2016. Формат 60 × 88^{1/16}.
Печ. л. 6,5 + 0,375 печ. л. цв. вкл. Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15
Тел.: (812) 495-36-09, 495-36-12
<http://www.speclit.spb.ru>.

Отпечатано в ГППО «Псковская областная типография»,
180004, г. Псков, ул. Ротная, д. 34