БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Реферат

На тему:

«Подозрительные» симптомы пищевого дискомфорта

МИНСК, 2009

Введение

Вид, запах и вкус привычной пищи здоровому человеку доставляют удовольствие (если он немного проголодался, конечно). Но если еда не в радость, если кусок хлеба в переносном и буквальном смысле застревает в горле, если после приема пищи сразу или через некоторое время возникают неприятные ощущения, — внимание! Не пропустите ранних симптомов злокачественной опухоли. Только при своевременном обращении к врачу возможно полное излечение от рака.

Пищевой комфорт или даже отвращение к еде человек может испытывать при множестве заболеваний. В этой главе вы познакомитесь с теми симптомами и синдромами (группой связанных между собой признаков), появление которых может указывать на онкологическое заболевание органов пищеварения.

Синдром анорексии

Анорексия бывает функциональной, невротической. Она возникает вследствие эмоциональных потрясений, подавляющих аппетит; при депрессивных состояниях, когда больному безразличен весь окружающий мир; при некоторых психических расстройствах. Боль и бессоница также весьма ощутимо притупляют желание принимать пищу.

Органическая анорексия возникает при инфекционных заболеваниях, болезнях внутренних органов, гормональных расстройствах, сердечной недостаточности. Тяжелое состояние, развивающееся при почечной и печеночной недостаточности, всегда сопровождается резким снижением аппетита.

При многих патологических состояниях анорексия имеет смешанный характер. Такова диспептическая анорексия при заболеваниях органов пищеварения, когда пациент из-за боли, тошноты, рвоты и других неприятных ощущений сознательно отказывается от пищи. Или интоксикационная анорексия при многих инфекционных заболеваниях, острых и хронических отравлениях, когда нарушается нормальная возбудимость пищевого центра в результате прямого повреждающего действия яда или бактериального токсина.

Раковая анорексия типична для рака пищевода, желудка, поджелудочной железы. Одновременно с утратой аппетита отмечаются слабость, утомляемость, апатия. Масса тела больного снижается, подкожно-жировой слой истончается. Кожа и слизистые оболочки становятся сухими. Язык обложен серым налетом, наблюдается неприятный запах изо рта. Дефекация (опорожнение кишечника) редкая и затрудненная. Половая функция резко снижена.

В случае рака других локализаций на ранних стадиях заболевания аппетит обычно не страдает.

При быстром росте опухолей, как это было установлено на животных, уже через несколько дней после трансплантации раковых клеток опухоленосители начинают потреблять корм в меньшем количестве, а незадолго до гибели прекращают его есть вовсе.

Раннее пресыщение или отказ от пищи при росте злокачественных новообразований обусловлены интоксикацией организма продуктами распада опухоли и пораженных тканей, болями, бессонницей. Болеутоляющие средства в больших дозах угнетают аппетит. Во время химиотерапии и лучевой терапии он часто теряется из-за побочных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта (тошноты, рвоты и других диспептических явлений). После полного удаления опухоли или успешной химиорадиотерапии аппетит быстро восстанавливается, легче всего - к новому типу пищи, а отвращение к старой диете сохраняется до месяца (A.Theologides, 1986).

В случае отказа больного от пищи, особенно если он истощен, надо бить тревогу. Не следует думать, что голодание не принесет вреда. Голодающий раковый больной лишается последних сил, а ему надо быть достаточно крепким, чтобы перенести оперативное или другое специальное лечение. Больному часто необходимо дополнительное питание, в частности внутривенное. Даже такая простая мера, как инфузия растворов глюкозы с инсулином, помогает больному легче перенести хирургическое вмешательство. Профессором В.Н. Суколинским установлено, что применение глюкозы с инсулином при предоперационной подготовке больных раком желудка нормализует белковый, углеводный и энергетический обмен, снижает в крови повышенный уровень гормонов коры надпочечников и стимулирует иммуннозащитные реакции организма (подр. об этом см. в главе «Голодание»). Болевой синдром.

Боль - это ощущение, воспринимаемое организмом при повреждении тканей. Она бывает упорной и мучительной, принося больному раком тяжелые страдания. Наиболее выраженный болевой синдром отмечается при распространенном раковом процессе, метастатическом поражении костей, головного мозга и внутренних органов.

В начальном периоде своего развития большинство опухолей не сопровождается болями, поэтому человек часто опаздывает вовремя обратиться за помощью. Но пораженный орган пусть не сильно, спорадически, все же дает о себе знать. Неясные тупые боли обычны при инфильтрирующих формах канцера желудка. При раке кардинального отдела желудка нередко отмечаются боли, симулирующие стенокардию (Н.Н.Петров, 1961). Иногда боли возникают только при функциональном напряжении, например при акте дефекации (рак прямой кишки). Если перемена положения тела, надавливание, ощупывание, легкое поколачивание вызывают болезненные ощущения, это может указывать на наличие глубоко лежащих опухолей (печени, кишечника и др.).

Некоторые злокачественные новообразования с самого начала вызывают значительные боли. Из опухолей органов пищеварительного тракта этим печально отличаются инфильтрирующие раки языка, поджелудочной железы, заднепроходного отверстия.

От боли можно и надо избавляться, но только после тщательного врачебного обследования.

Симптом аносмии

Аносмия - ослабление или полное отсутствие обоняния. Запах пищи становится слабо различимым, и кажется, что все блюда пахнут одинаково. А то и отвратительно.

Этот симптом может являться ранним признаком рака мозга. Но он может сопутствовать опухолям и других локализаций (в качестве одного из многих паранеопластических симптомов, определяемых во время роста злокачественных опухолей или даже за несколько лет до клинического выявления рака).

Аносмия может проявиться еще в младенческом возрасте. Это обычно результат недоразвития или отсутствия обонятельных путей; она, как правило, сочетается с другими пороками развития (врожденная аносмия).

Приобретенная аносмия может быть центрального происхождения (при развитии патологического процесса в центральной нервной системе) и периферической, возникающей из-за поражения периферического отдела обонятельного анализатора или патологических изменений в полости носа. Различают также функциональную аносмию. Она, как правило, непостоянна и свойственна больным с различными неврозами, истерией. Старческая аносмия возникает вследствие атрофии слизистой оболочки носа, что приводит, в частности, к уменьшению влажности полости носа.

Определить характер аносмии поможет врач.

Симптом дисгевзии

Известно 4 первичных ощущения вкуса: сладкий, кислый, горький и соленый, однако возможны бесчисленные варианты

этих сочетаний. Дисгевзия - аномальный (непривычный) вкус во рту, чаще всего - ощущение горечи.

Этот симптом может проявляться по-разному: 1. Теряется или ослабевает только одно из основных вкусовых ощущений. 2. Ошибочно воспринимается одно вкусовое ощущение вместо другого. 3. Появляется необычный, например металлический, вкус во рту (Р.Б.Тейлор, 1988).

Расстройство вкуса может вызвать любой патологический процесс, затрагивающий полость рта, слюнные железы и вкусовые рецепторы. Оно может быть следствием генетических заболеваний, психических расстройств, патологии эндокринной системы и нарушения обмена веществ. Так, например, при понижении функции щитовидной железы вкусовые ощущения притупляются, а при гипертиреозе отмечается некоторое обострение вкусовой чувствительности. Больным диабетом пища часто кажется безвкусной, а при недостаточности надпочечников имеет место повышенная вкусовая чувствительность.

Симптом дисгевзии часто встречается при заболеваниях органов пищеварения, в том числе при раке.

Симптомы глоссодинии и глоссалгии (glossus -язык)

Основная жалоба больного с глоссодинией - ощущение жжения языка. Реже изменения чувствительности языка проявляются покалыванием, пощипыванием, зудом, щемлением, давлением, а иногда и болью (глоссалгия - боль в языке). Такие ощущения могут возникать периодически либо быть постоянными. Характерным является их исчезновение во время еды, тогда как при глоссите (см.ниже) они усиливаются. Обычно больные ощущают жжение при утреннем пробуждении, и в течение дня оно нарастает, или же жжение возникает днем и усиливается к вечеру (P.J.Lamey, A.B.Lamb 1988). В начале болезни симптомы локализованы, в дальнейшем неприятные ощущения распространяются на смежные с языком ткани - слизистую щёк и нёба, кожу подглазничной и подбородочной областей.

Вкусовая чувствительность может быть понижена; возможно извращение вкуса. При осмотре языка обычно не заметно никаких изменений, разве что выявляется небольшая «сглаженность» из-за слабой атрофии сосочков.

Описанная симптоматика может наблюдаться не только при канцерогенезе, но и при множестве самых разнообразных состояний: кариесе, пломбах и протезах из неоднородных материалов, в которых возникают гальванические токи; травмах языка зубном камне, раздражающей пище. Определенную роль могут играть грибковая инфекция, аллергические реакции, сахарный диабет, нарушения гормонального фона в период менопаузы, канцерофобия (страх заболеть раком).

Симптом глоссита

При глоссите язык приобретает яркую малиновую окраску, становится гладким и блестящим (лакированный язык), характерно чувство жжения в языке (ошпаренный язык). По характеру изменений языка различают также складчатый глоссит, ромбовидный срединный глоссит, волосатый черный язык и пр.

Этот симптом чаще всего наблюдается при нарушении кислотообразующей функции желудка (анацидный гастрит, рак желудка), витамин Bi2 и В9 -дефицитных анемиях, злокачественных заболеваниях крови.

Симптом неприятного запаха изо рта

Он бывает двух видов: запах изо рта, ощущаемый независимо от акта дыхания, и халитоз - неприятный запах выдыхаемого воздуха. Некоторые чувствительные люди жалуются на зловонный запах изо рта, который не воспринимается окружающими. В таком случае фиксация внимания больного на этом ощущении при отсутствии какого-либо органического заболевания может являться симптомом психоза.

Собственно неприятный запах изо рта обычно обусловлен патологическим процессом в ротовой полости или глотке (пародонтит, кариес, ангина), появлением очагов некроза и участков изъязвления в слизистой оболочке.

Халитоз возникает при заболеваниях органов дыхания (бронхоэктатическая болезнь, рак бронха) и пищеварения (гастрит, рак желудка). Характерно, что несвежее дыхание ощущается окружающими, но обычно не чувствуется самим больным. Однако, зная о своем «недостатке», эмоциональный больной может впасть в депрессию с исходом в стойкий невроз.

Поскольку стойкий неприятный запах изо рта - симптом заболевания (пусть и не всегда серьёзного), надо обратиться к врачу, чтобы установить его причину.

Конечно, культурный человек не станет есть чеснок или лук, если в ближайшие часы ему предстоит тесное общение с коллегами, и уж, естественно, он не забудет утром почистить зубы. Очень неприятным запахом изо рта отличаются курильщики.

Симптом слюнотечения

Слюнотечение - частый симптом заболевания желудка, поджелудочной железы и кишечника. Гиперсаливация - обильное слюнотечение (порой выделяется больше 3 литров слюны в сутки) -сопровождает токсикозы беременности, иногда наблюдается у больных с нарушениями мозгового кровообращения, при паркинсонизме, невралгии тройничного нерва, воспалении слизистой оболочки полости рта, некоторых отравлениях (ртутью, йодом).

Слюнотечение устраняется после лечения основного заболевания, ликвидации интоксикации организма.

Симптом аэрофагии

Аэрофагия - заглатывание избыточного количества воздуха и последующее его отрыгивание. Отрыжка не имеет запаха, возникает как после еды, так и вне зависимости от приема пищи. Иногда аэрофагия почти постоянна и исчезает лишь во время сна. Больных беспокоят чувства тяжести и распирания преимущественно в подложечной области. Попавшие в желудок газы могут проникать через привратник в кишечник, вызывая вздутие живота. В тяжелых случаях аэрофагии возникает гастрокар-диальный синдром, сопровождающийся перебоями в сердце и болевыми ощущениями типа стенокардии.

Аэрофагия наблюдется при нарушении правил приема пищи (быстрая еда или разговор во время еды), заболеваниях полости рта, обильном слюноотделении с частым глотанием слюны, затрудненном носовом дыхании; нередко встречается при неврозах. Симптом аэрофагии может возникать при раке полости рта и пищевода.

Симптом дисфагии

Дисфагия - расстройство акта глотания или затруднение прохождения пищевого комка в глотке и по пищеводу; сопровождается неприятным ощущением задержки пищи в горле, загрудиной, между лопатками. Для дисфагии характерно срыги-вание, возвращение проглоченной пищи или жидкости в полость рта, а также боль или неприятные ощущения при глотании.

Пассаж пищи может нарушаться в трех местах: 1) полости рта, 2) глотке, 3) пищеводе.

Дисфагия при поражении ротовой полости наблюдается У больных с воспалительными изменениями в ней (стоматит, тонзиллит, глоссит) и у больных с опухолями ротовой полости.

При нарушении иннервации мышц верхней части глотки пища, особенно жидкая, может попадать в дыхательные пути или носоглотку, вызывая кашель, чихание.

При поражении нижних отделов глотки прохождение твёрдой пищи нарушается незначительно, а жидкая глотается с трудом. Такая дисфагия обычно имеет функциональный характер и наблюдается в основном у больных, страдающих истерическим неврозом.

Пищеводная дисфагия в подавляющем большинстве слу чаев характерна для злокачественных заболеваний; реже она встречается при ожоговых сужениях, дивертикулах, грыжах пищеводного отверстия диафрагмы и др.

Дисфагия возникает в результате функциональных расстройств или органических заболеваний, при которых нарушается прохождение пищи, — начиная от полости рта и глотки до пищеводно-желудочного соустья. Она может появляться также при сдавливании верхних отделов желудочно-кишечного тракта извне вследствие заболеваний органов грудной клетки (А.П. Карапата и др., 1984; J.R.Bennet,1985).

Причиной функциональной дисфагии может быть спазм или паралич пищевода, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. При спазме пищевода твёрдая пища нередко проглатывается лучше, чем жидкая, так как более плотный комок легче преодолевает место сужения. Степень выраженности функциональной дисфагии с течением времени обычно не меняется.

Органическая дисфагия вызывается опухолью пищевода; она может быть симптомом дивертикула, эзофагита, воспаления слизистой оболочки пищевода, свища, склеродермии и дер-матомиозита. Так, затруднение глотания может возникнуть при сдавливании или смещении пищевода увеличенной щитовидной железой, а также опухолями или абсцессом средостения, аневризмой аорты, выпотом жидкости в полость перикарда или плевры.

При органических поражениях пищевода дисфагия, как правило, постепенно и непрерывно усиливается, периоды полного благополучия отсутствуют (Е.В.Андрушенко, 1985). При этом клинически в начале заболевания она проявляется затруднением проглатывания лишь твёрдой пищи, затем постепенно ухудшается проглатывание мягкой, а позже - и жидкой. Усиливаются боли при прохождении пищи по пищеводу, учащается ее срыгивание. В результате скопления пищевых масс над местом сужения пищевода возникает чувство переполнения или распирания за грудиной. Облегчение наступает после рвоты застойным содержимым пищевода. При свищах пищевода частицы пищи могут попадать в соседние органы и давать начало абсцессу.

Появление дисфагии у человека пожилого возраста указывает на высокую вероятность развития рака пищевода. Угроза становится тем более реальной, если у больного пропадает аппетит, он теряет в весе, слабеет, становится апатичным.

При появлении симптома дисфагии следует незамедлительно обратиться к врачу для установления диагноза заболевания и лечения.

Симптомы отрыжки и срыгивания

Симптом проявляется внезапным непроизвольным выбрасыванием в рот газов и пищи из желудка или пищевода. Отрыжка может возникнуть у здорового человека при переедании, привычке поспешно есть — при этом заглатывается воздух; после выпитой газированной воды и шампанского. Срыгивание может отмечаться после еды при резком наклоне туловища вперед, поэтому на полный желудок не следует приниматься за физическую работу.

Срыгивание и отрыжка бывают пищеводными и желудочными. При пищеводном срыгивании и отрыжке пищевой комок не имеет кислого вкуса, в то время как при желудочной он кислый, иногда с горечью. Желудочное срыгивание сопровождается изжогой, для него типична отрыжка воздухом.

Отрыжка и срыгивание возникают вследствие слабых антиперистальтических движений пищевода и желудка.

Непременным условием возврата пищи из желудка в рот должно быть открытие пищеводно-желудочного соустья, стойкое зияние которого чаще всего вызывается воспалительным процессом. Но недостаточность этого соустья может иметь и функциональный характер, как это наблюдается, например, у некоторых невропатических личностей.

Срыгивание может указывать на наличие врождённых уродств развития пищевода (дивертикулез) или приобретенных его поражений. Из последних наиболее частым является эзофа-гит - воспалительный процесс слизистой оболочки пищевода. При расширении пищевода также отмечается симптом срыгивания. При незначительной расширении, он появляется после нескольких глотков пищи; при значительном - обычно ночью (симптом «мокрой подушки»),так как при горизонтальном положении тела сьеденная пища из переполненного пищевода выливается через рот на подушку.

Частое появление отрыжки указывает на заболевание желудка, связанное с застоем в нем пищевых масс. При задержке пищи под влиянием бактерий начинаются процессы брожения и гниения желудочного содержимого, в силу чего отрыжка может приобретать различные запахи. При пониженной кислотности в результате гниения белков она имеет запах тухлых яиц. Этот «аромат» свойственен сероводороду, который может образовываться не только в самом желудке, но и попадать в него из кишечника. Запах кислого появляется при повышенной кислотности желудочного содержимого. Отрыжка с горьким привкусом говорит о заболевании желчевыводящих путей и о том, что содержимое двенадцатиперстной кишки забрасывается в желудок (чего в норме быть не должно).

Литература

1. Агаев И.Н. .Вопросы онкологии, М: Медицина, 2001г.
2. Бутенко З.А.. Оперативная онкология, Мн:Мед.лит-ра, 2002г.
3. Шалимов А.А., Полупан В.Н., Диагностика и лечение рака, М.: Медицина, 2002г.