

АНАЛИЗ РАССТРОЙСТВА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Аскарьянц Вера Петровна доцент кафедры
фармакологии, физиологии. **Расулова Сарвиноз
Баходир кизи Турдиева Зарина Азизовна Геворгян
Генрик Артурович** студенты Ташкентский
Педиатрический Медицинский Институт г. Ташкент

Функциональные заболевания желудочно-кишечного
тракта - заболевания желудочно-кишечного тракта, не связанные с органическими поражениями и включающими в себя ряд отдельных идиопатических расстройств, влияющих на различные отделы желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с висцеральной гиперчувствительностью и нарушениями моторной функции.

Согласно современным представлениям, функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта определяются как расстройства взаимодействия желудочно-кишечного тракта и центральной нервной системы.

Клиницистами отмечено, что боль в животе — симптом, знакомый каждому человеку буквально с самого детства, и одновременно одна из самых частых жалоб людей с расстройством работы желудочно-кишечного тракта. Именно на нее, а не на разного рода диспепсические явления, люди обращают внимание и приходят к терапевту с жалобами на работу органов пищеварения.

Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта занимают одно из ведущих мест в структуре патологии органов пищеварения.

Специалистами подтверждено, что клинические признаки функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта имеются почти у четверти населения Земного шара и являются второй причиной временной нетрудоспособности после респираторных инфекций, при этом до 75% лиц с симптомами ФЗ< ЖКТ за медицинской помощью не обращаются и лечатся самостоятельно. Так, авторами отечественной литературы подтверждено, что функциональная диспепсия (ФД) в ряде

стран, включая Россию, выявляется у 30-40% населения. Частота встречаемости в общей популяции другого клинического варианта /Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта - синдрома раздраженного кишечника (СРК) — в большинстве стран мира в среднем составляет 20%, варьируя по данным различных исследований от 9 до 48%.

В литературных источниках отмечен тот факт, что у детей симптомы функционального расстройства кишечника проявляются иначе и сильнее. В частности, даже самая обычная диарея у детей может привести к тяжелому состоянию ребенка и потребовать госпитализации. Если же этого не происходит, все равно последствия диареи переносятся значительно хуже в сравнении со взрослым пациентом.

У детей и взрослых, поражение в работе кишечника одинаково сильно влияют на работу иммунной и эндокринных систем, что может привести к вялости, апатичности, частым простудным и иным заболеваниям.

Зарубежными и отечественными авторами отмечено, что высокая социальная значимость функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта, в первую очередь, определяется тем, что подавляющее число больных функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта - люди молодого и среднего возраста. ФД и СРК часто являются причиной временной утраты трудоспособности у этих пациентов. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта, значительно снижая качество жизни, физическую и профессиональную активность пациентов и приводя к развитию выраженной социальной дезадаптации.

Столь высокая распространенность функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта среди населения определяет огромные расходы, которые несет здравоохранение по обследованию и лечению таких больных.

А также анализ литературы показал, значимость функционального сдвига в поджелудочной железе, при этом заболеваемость острым панкреатитом в последние десятилетия неуклонно растет и достигает 42% в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Общая летальность при остром панкреатите - 14,6%, однако, летальность от деструктивных форм острого панкреатита остается на том же уровне, что и 30 лет назад, 20-40%. При этом деструктивный панкреатит

составляет в среднем 15% от всех больных с острым панкреатитом.

Клиницистами отмечено, что проблемам острого панкреатита, посвящено большое количество публикаций в периодических изданиях и целый ряд монографий, подчеркивающих высокий уровень заболеваемости острым панкреатитом.

Современные исследования позволили достичь определенных успехов в изучении этиологии и патогенеза острого панкреатита, однако по сравнению с предыдущим десятилетием в три раза чаще стали наблюдаться случаи поражения различных отделов забрюшинной клетчатки с развитием флегмоны, абсцессов забрюшинного пространства и аррозивного кровотечения. Летальность в этих случаях составляет более 50% и обусловлена, в основном, неадекватным дренированием парапанкреатической забрюшинной клетчатки и флегмон, распространяющихся вниз от ПЖ.

Специалистами отражено, что воспаление забрюшинной клетчатки является тяжелым осложнением острого деструктивного панкреатита. Этот процесс частое обозначается как панкреатит и подчас выходит на первый план, когда деструктивный процесс в ПЖ регрессирует или уже закончился. При парапанкреатитах патологические изменения происходят, как в собственно забрюшинном клетчаточном пространстве, непосредственно вокруг ПЖ, так и в отдаленных от нее анатомических зонах, вплоть до диафрагмы и малого таза.

Зарубежными авторами отражено, что диагностика и лечение острого панкреатита, в особенности его деструктивных форм, являются одной из самых сложных и актуальных проблем в неотложной абдоминальной хирургии.

Однако, предрасполагающие факторы, а также закономерности распространения деструктивного процесса за пределы поджелудочной железы при панкреонекрозе изучены недостаточно. В частности, не отражена роль брюшины и соединительнотканых образований ПЖ, в то время как соединительная ткань выполняет защитно-приспособительные и барьерно-трофические функции организма.

Трудности верификации диагноза, и обилие терапевтических схем, предложенных для лечения функциональных нарушениях желудочно-кишечного тракта, наглядно иллюстрирует недостаточное знание патогенеза данных расстройств.

Установлено, что в основе развития ФД и СРК лежит взаимодействие нескольких патологических процессов — висцеральной гипералгезии и первичного нарушения моторики ЖКТ, но причины, их формирующие, мало изучены.

Не исключается, что указанные патогенетические механизмы могут быть обусловлены нарушением деятельности нейрогуморальной системы, оказывающей значимое влияние на моторику ЖКТ.

Сведения о строении и индивидуальной анатомической изменчивости соединительнотканного остова ПЖ необходимы для разработки наиболее оптимальных оперативных приемов и профилактики послеоперационных осложнений при остром деструктивном панкреатите.

В литературе также отмечено, что если функциональные нарушения ЖКТ приобретает хронические формы, необходимо провести обследование у гастроэнтеролога, что поможет выяснить причину плохого самочувствия.

Также может понадобиться консультация других специалистов. Например, диетолога, который поможет подобрать наиболее подходящую диету.

Диагностика протекает в несколько этапов. На первом это первоначальный визуальный осмотр пациента и сбор анамнеза.

Затем необходимо пройти обследование. Среди них анализ кала и мочи, колоноскопия, гастроскопия, УЗИ брюшной полости, компьютерная томография и ряд других процедур. После постановки диагноза назначается лечение функционального нарушения ЖКТ. К лечению привлекаются врачи психотерапевты, физиотерапевты, эндокринологи, диетологи. Назначаются медикаментозные методы лечения заболевания, особое внимание обращается на правила приема пищи, физические нагрузки, режим труда и отдыха. Только соблюдение всех этих компонентов может гарантировать избавление от недуга. Таким образом, в конце литературного анализа можно сказать, что образ жизни современного городского жителя едва ли можно назвать здоровым или способствующим сохранению высокого здоровья. Именно поэтому рекомендуется проводить профилактические действия. Причем, это верно как для детей, так и для взрослых.

Для поддержания организма в хорошем состоянии рекомендуется заботиться о

своем рационе. Исключите из него вредную пищу, сократите количество жареного и соленого. Постарайтесь приобретать продукты проверенных производителей и обращайте внимание на состав. Также рекомендуется двигаться как можно больше. Это улучшает общее состояние организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганчо В. Ю., Гриневич В. Б., Успенский Ю. П., Кутуев Х. А., Саблин О. А. Медикоэкономическое обоснование терапии синдрома раздраженного кишечника // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2001. №5.- С.55-60.
2. Гриневич В. Б., Симаненков В. И., Успенский Ю. П., Кутуев Х. А. Синдром раздраженного кишечника: учебно-методическое пособие. М., 2000. С. 56.
3. Багненко, С. Ф.; Лечение острого панкреатита в; ферментативную фазу заболевания / С. Ф. Багненко, В. Р. Гольцов // Вести, хирургии им. И. И. Грекова. 2006. - Т. 165. - № 1. - С. 117.
4. Gamilleri M. , Serotonin in the gastrointestinal tract //Gurr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2009 Feb; 16(1):53.
5. Diculescu M. Predictive factors for pseudocysts and peripancreatic collections in acute pancreatiti / M. Diculescu, M. Ciocarlan, M. Ciocarlan et al. // Rom. J. Gastroenterol. 2005. - Vol. 14, Vol. 2. - 129-134.
6. Dominguez-Munoz, J.E. Pancreatic Enzyme Therapy for Pancreatic Exocrine Insufficiency // Current Gastroenterology Reports. 2007. - Vol. 9. P. 116-122.
7. Мирзаахмедова, К. Т., А. А. Абдусаматов, and А. Н. Набиев. "Влияние иммуномодулина и соединений фитина на показатели перекисного окисления липидов при экспериментальном токсическом гепатите." Сибирский медицинский журнал (Иркутск) 88.5 (2009): 122-124.
8. Aminov, S. D., and A. A. Vakhabov. "Pharmacology of some coumarins isolated from plant *Haplophyllum*." Dokl. Acad. Nauk. UzSSR 8 (1985): 44-45.
9. Aminov, S. D., and A. A. Vakhabov. "ANTIARRHYTHMIC ACTIVITY OF NITRARINE." KHMIIKO-FARMATSEVTICHESKII ZHURNAL 25.3 (1991): 56-58.