**Диспепсия**

Диспепсия - собирательный термин для обозначения расстройств пищеварения преимущественно функционального характера, возникающих вследствие недостаточного выделения пищеварительных ферментов или нерационального питания (диспепсия алиментарная).

Диспепсия алиментарная возникает в результате длительного нерационального питания. Различают бродильную, гнилостную и жировую диспепсию. Бродильная диспепсия связана с чрезмерным употреблением в пищу углеводов (сахара, меда, мучных продуктов, фруктов, винограда, гороха, бобов, капусты и т. д. ), а также бродильных напитков (кваса), в результате чего в кишечнике создаются условия для развития бродильной флоры. Гнилостная диспепсия возникает при преимущественном употреблении в пищу белковых продуктов, особенно бараньего, свиного мяса, которое медленнее переваривается в кишечнике. Иногда гнилостная диспепсия возникает вследствие использования в пищу несвежих мясных продуктов. Жировая диспепсия обусловлена чрезмерным употреблением медленно перевариваемых, особенно тугоплавких, жиров (свиной, бараний).

Нарушение двигательной функции пищеварительного тракта (ускорение пассажа химуса) затрудняет нормальное переваривание и способствует развитию диспепсий. В то же время при диспепсиях необычные или образующиеся в чрезмерных количествах продукты расщепления пищевых веществ (органические кислоты, индол, скатол, сероводород) раздражают рецепторы слизистой оболочки кишечника и вызывают ускорение кишечной перистальтики. Расстройство процессов пищеварения нарушает нормальное развитие кишечной микрофлоры и вызывает дисбактериоз.

**Симптомы, течение**

Диспепсия бродильная проявляется метеоризмом, урчанием в кишечнике, выделением большого количества газов, частым, слабо окрашенным жидким пенистым стулом с кислым запахом. При копрологическом исследовании определяется большое количество крахмальных зерен, кристаллов органических кислот, клетчатки, йодофильных микроорганизмов. Реакция кала резко кислая.

Диспепсия гнилостная также проявляется поносом, но цвет испражнений насыщенно темный, запах - гнилостный. Вследствие общей интоксикации продуктами гниения (диметилмеркаптан, сероводород, индол, скатол и т. д. ) нередки ухудшение аппетита, слабость, понижение работоспособности. Микроскопическое исследование испражнений выявляет креаторею. Реакция кала резко щелочная.

При жировой диспепсии испражнения светлые, обильные, с жирным блеском, нейтральной или щелочной реакции. Копрологическое исследование обнаруживает в них большое количество непереваренного нейтрального жира (в виде капель), кристаллов жирных кислот и их нерастворимых солей.

Диагноз устанавливают на основании расспроса больного (характер питания), клинических проявлений диспепсии, данных копрологического исследования. При ректоромано- и колоноскопии признаков воспаления слизистой оболочки толстой кишки не выявляется.

Дифференциальный диагноз проводят с органическими заболеваниями системы пищеварения - атрофическим гастритом с секреторной недостаточностью, хроническим панкреатитом с недостаточностью внешнесекреторной функции поджелудочной железы, хроническим энтеритом, энтероколитом и другими болезнями нередко с синдромом диспепсии. Установлением факта нерационального питания больных при отсутствии изменений в секреторной функции и морфологии органов пищеварения подтверждают функциональный (алиментарный) характер диспепсии. Быстрое устранение симптомов диспепсии при нормализации питания больных также подтверждает диагноз. Дифференциальный диагноз необходимо также проводить с инфекционными паразитарными энтероколитами и колитами (бациллярной, амебной дизентерией и пр. ). В этих случаях имеют значение соответствующий эпидемиологический анамнез, нарушение общего состояния больных (лихорадка, спастические боли в животе, тенезмы), данные ректороманоскопии (воспалительный процесс), выявление сапьмонелл, шигелл, энтамеб и их цист, лямблий, балантидий и других возбудителей в испражнениях или в соскобе слизистой оболочки прямой кишки, взятом во время ректороманоскопии.

Панкреатическая диспепсия обусловлена внешнесек-реторной недостаточностью поджелудочной железы (вследствие хронического панкреатита, опухоли и т. д. ). Недостаточное поступление в кишечник панкреатической липазы, амилазы и трипсина нарушает переваривание пищевых веществ. Возникает ощущение урчания и переливания в животе, метеоризм, нарушается аппетит, возможны коликообразные боли в животе, характерны обильный "панкреатогенный" понос (жирный кал), стеаторея, амилорея, креаторея.

Профилактика диспепсий сводится к рациональному питанию и профилактике заболеваний, ведущих к развитию диспепсии.

**Лечение**

Большое значение имеет правильно отрегулированная диета. Необходимо лечить основное заболевание (хронический гастрит, хронический панкреатит и др.).