

## **ТЕМАТИЧНЕ РОЗРОБЛЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ ЗА ТЕМОЮ «ДИСФАГІЯ» ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ**

*Гиріна О.М., Сінчук А.І., Кривець В.О., Сірик В.О., Рудіченко В.М.  
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця*

Дисфагія становить в роботі лікаря загальної практики-сімейної медицини симптом, який повинен сприйматися уважно через можливість бути симптомом тривоги, а подеколи стояти в поширеному диференціальному ряду, наприклад, з кардіологічними проблемами, а тому заслуговує на додаткові дослідження, в тому числі інструментально-лабораторні, якщо причина не є очевидною, така як гострий тонзиліт.

З метою ґрунтовного тематичного розроблення навчального заняття за темою «Дисфагія» при підготовці на додипломному етапі лікарів загальної практики-сімейної медицини, а також для забезпечення наступності з післядипломною підготовкою інтернів проведено аналіз та узагальнення літературних джерел за останні 3-5 років. В результаті виявлено, що тематичне розроблення заняття доречно базувати на етіологічних причинах патологічного стану, а саме: обумовлені гострим початком (дія чужорідного тіла, вплив харчового комку, грибкова інфекція стравоходу, гостре виразкування внаслідок дії медикаментозних препаратів, інтрамуральна гематома, променева терапія середостіння), фарингеальні причини (тонзиліт, м'язова дистрофія, міастенія, поліміозит та дерматомиозит, травма стовбура головного мозку, хвороба Паркінсона, хвороба моторних нейронів, множинний склероз, тріщини слизової, карцинома глотки та гортані, фарингеальні кармани), стриктурні ураження стравоходу (пептична виразка та ерозивний езофагіт, каустична стриктура, карцинома, т.зв.кільця Шацького), розлади рухливості стравоходу (ахалазія, дифузний спазм, склеродерма), зовнішні причини (карцинома бронху, ретростернальний зоб, ураження дуги аорти, мітральний стеноз з гігантським лівим передсердям). З власного клінічного досвіду ми пересвідчилися, що в певній категорії хворих з обтяженим соціально-побутовим анамнезом причина дисфагії у демонстративному вигляді фарингеально-езофагеального кандидозу може потребувати розгорнутого дослідження на ВІЛ-інфікування, про що має пам'ятати лікар первинного контакту. Поміж названих причин стриктурні ураження глотки та стравоходу можуть становити диференціально-діагностичну проблему. Констрикція в ділянці глотки найчастіше надає відчуття прилиплої в момент ковтання їжі, що часто супроводжується одночасним поверненням їжі в рот. По мірі погіршення констрикції рідини мають втягуватися хворим, а не ковтатися «залпом». За даними літератури виявлено, що такий тип дисфагії є рідкісним та є симптомом тривоги, який сигналізує про карциному нижче глотки і цервікального стравоходу та, можливо, про так зв.доброякісні слизові мембрани. Зазвичай злоякісні ураження мають коротку прогресуючу історію хвороби протягом декількох місяців, в той час як доброякісні ураження дають інтермітуючі симптоми стриктури глотки на протязі тривалого часу. Доброякісні та злоякісні стриктури стравоходу становлять найбільш часті причини дисфагії. Зроблені висновки, що доброякісна пептична стриктура поблизу або безпосередньо в регіоні гастро-езофагеального сполучення є найбільш поширеною причиною, а типовий пацієнт середнього або похилого віку, часто жінка.