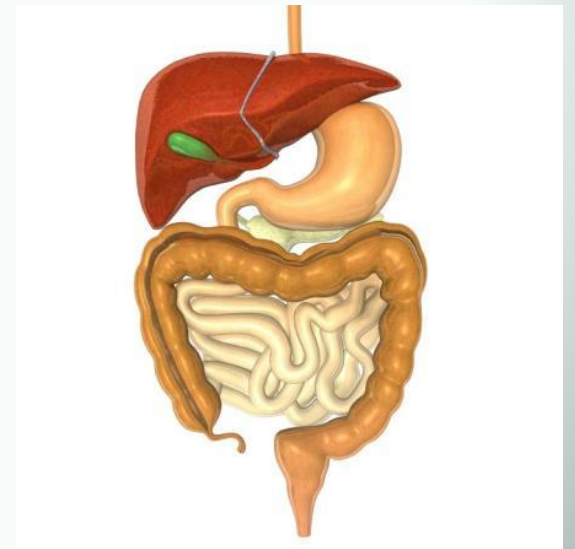


Заболевания органов пищеварения у детей



Семиотика заболеваний ЖКТ у детей. Боли в животе

- Могут быть связаны с приемом пищи или возникать независимо от еды. В зависимости от времени возникновения различают ранние и поздние боли в животе.
- Ранние боли, появляющиеся во время еды или в течение ближайшего получаса, наблюдаются при эзофагитах и гастритах. Эквивалентом ранних болей является чувство быстрого насыщения во время еды.
- Поздние боли свойственны антральному гастриту, дуодениту, гастродуодениту и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Боли в животе

- Чередование периодов болевых ощущений и хорошего самочувствия, а также возникновение и усиление болей в весенне-осенний период нередко отмечаются у больных язвенной болезнью.

Диспепсические расстройства

- К диспепсическим расстройствам относятся:
 - ✓ нарушения стула (диарея, запор)
 - ✓ рвота
 - ✓ срыгивание
 - ✓ тошнота
 - ✓ изжога
 - ✓ отрыжка

Диарея

- Учащенное опорожнение кишечника с изменением характера стула (от кашицеобразного до водянистого).
- Наблюдается при многих инфекционных и неинфекционных заболеваниях. Аллергическая, неврогенная, гастрогенная, при заболеваниях поджелудочной железы, при недостаточности некоторых ферментов кишечника (дисахаридозы), при гормональных нарушениях (тиреотоксикоз, сахарный диабет).
- В первую очередь при диарее выясняется частота дефекаций.

Признаки диареи

1) Консистенция кала:

- кашицеобразный (воды немного)
- жидкий (среднее количество воды)
- водянистый (вода преобладает)

2) запах:

- зловонный (дизентерия, брюшной тиф)
- без запаха (холера)

Признаки диареи

3) цвет:

- белый - холера
- серо-глинистый - вирусный гепатит (болезнь Боткина)
- зеленый - дизентерия, сальмонеллез
- цвет гороха - брюшной тиф
- черный - кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (пищевод, желудок), такой стул называется мелена

Признаки диареи

4) примеси:

- свежая кровь красного цвета - из нижнего отдела кишечника
- прожилки крови (сгустки бордового цвета) - дизентерия
- слизь - энтероколит, дизентерия, сальмонеллез

Полифекалия

- Значительное увеличение суточного количества испражнений - это характерный признак синдрома мальабсорбции.

Запор

- Отсутствие дефекации в течение 24 ч.
- Причины:
 - ✓ механические препятствия в кишечнике
 - ✓ скопление кала в расширенных или удлинённых отрезках кишки
 - ✓ паралич перистальтики
 - ✓ нарушение акта дефекации из-за трещин прямой кишки

Запор

- Склонность детей грудного возраста к запорам объясняется относительно большой длиной кишечника.
- Причины запора в раннем возрасте: нарушение диеты (излишек белков, недостаток овощей и фруктов).
- Хронические запоры - симптом болезни Гиршпрунга (мегаколон или долихоколон) - аномалии развития толстого кишечника.

Рвота

- Рвота - частый симптом у детей. Чем моложе ребенок, тем легче она возникает. Это явление обусловлено слабым развитием мускулатуры кардиального отдела и дна желудка и относительно мощным мышечным слоем его пилорической части.
- Разновидностью рвоты является срыгивание, которое в отличие от других видов рвоты возникает у ребенка легко, без усилия, без напряжения брюшного пресса и изменения общего состояния.
- Рвота фонтаном у детей первых месяцев жизни наблюдается при пилоростенозе.

Диспепсические расстройства

- Тошнота - неприятное ощущение давления в подложечной области, нередко сопровождается слабостью, слюнотечением, иногда холодным потом.
- Изжога - один из самых частых клинических симптомов при заболеваниях пищевода, желудка (признак гиперацидного гастрита) и гепатобилиарной системы.

Отрыжка

- Отрыжка - выход газа из желудка в полость рта (пустая отрыжка) или газа вместе с пищевой кашицей (отрыжка пищей). Частые отрыжки у грудных детей отмечаются при заглатывании воздуха (аэрофагия).
- Тухлая отрыжка возникает в результате процессов гниения и характерна для стеноза привратника, гастрита.
- Отрыжка с резко кислым вкусом (обжигающим) отмечается при повышенной кислотности (язвенная болезнь, гастрит).
- Отрыжка с примесью горечи указывает на забрасывание желчи из двенадцатиперстной кишки в желудок (зияние привратника, заболевание печени, желчных путей).

Методы исследования желудка

- Функционального состояния (кислотообразующая функция)
- Фракционное исследование желудочного сока
- Исследование кислотности (рН - метрия)
- Моторная функция
- Рентгенография с барием
- Электрогастрография
- Морфологическое исследование желудка:
Макроскопическое (рентгенография, ФГДС) Микроскопическое (гистология)
- Микрористалоскопия слюны

ЭГДС

- Метод позволяет осуществить визуальную оценку слизистой оболочки пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, состояние сфинктеров, дает возможность взятия биопсийного материала для морфологических и гистохимических тканевых исследований.



ЭГДС

оценивает

- поражение слизистой (атрофия, воспаление, язвы);
- проходимость желудка, пищевода;
- присутствие рубцов, сужений, стриктур;
- образования (рак, полипы);
- характер гастрита
- наличие и степень рефлюкса;
- наличие дивертикул (выпячиваний ткани желудка).

Методы диагностики НР

- **Инвазивные**

- Бактериологический метод (материал – биоптат слизистой желудка или 12-ти перстной кишки)
- Гистологический метод (материал – биоптат слизистой желудка или 12-ти перстной кишки)
- Уреазный тест (материал – биоптат слизистой желудка или 12-ти перстной кишки)
- Молекулярный метод (материал – биоптат слизистой желудка или 12-ти перстной кишки, желудочный сок)

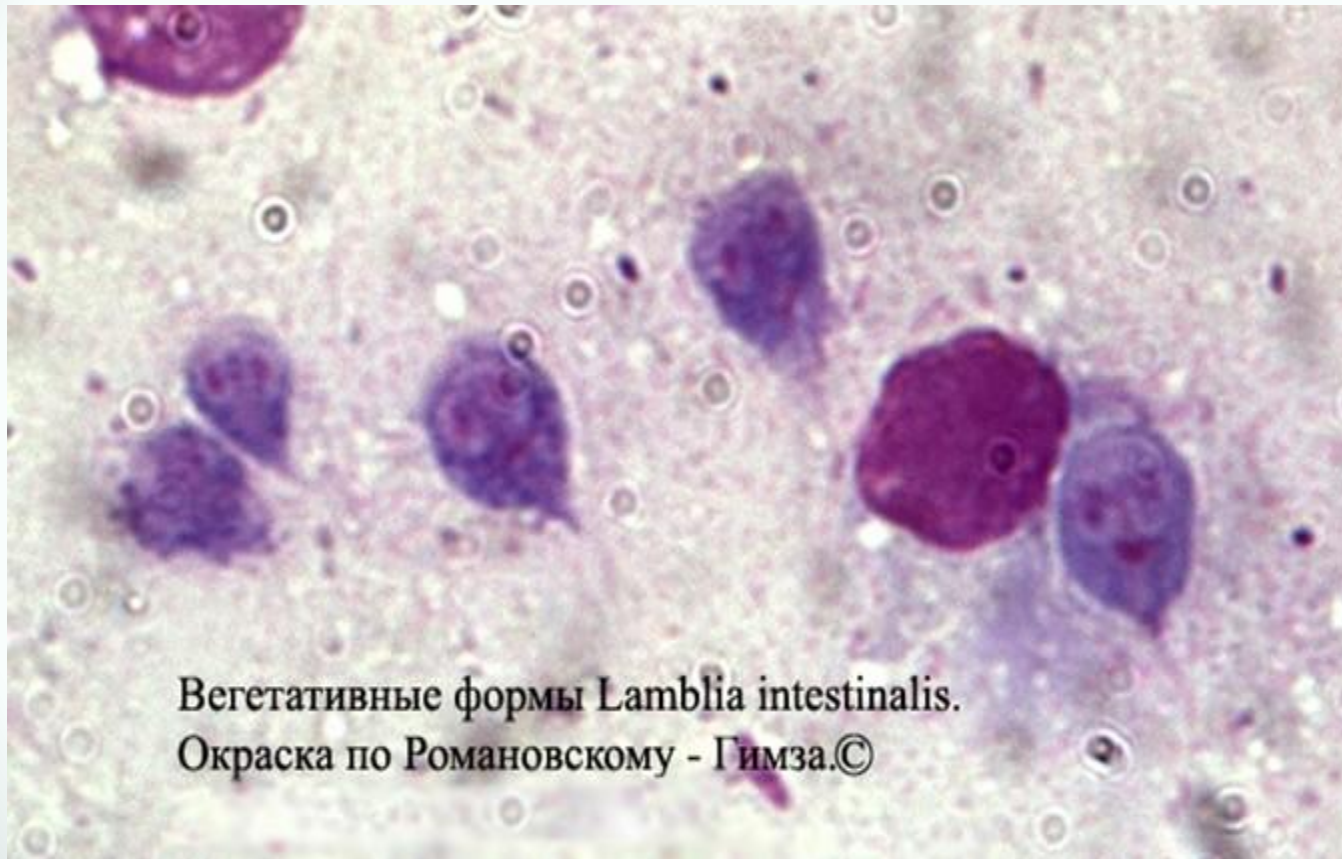
- **Неинвазивные**

- Дыхательный уреазный тест(материал – выдыхаемый воздух пациента, после приема мочевины меченной изотопами углерода: C13, C14)
- Молекулярный метод(материал – зубной налет, копрофильтраты)
- Серологические методы(материал – сыворотка крови)

Методы исследования билиарной системы:

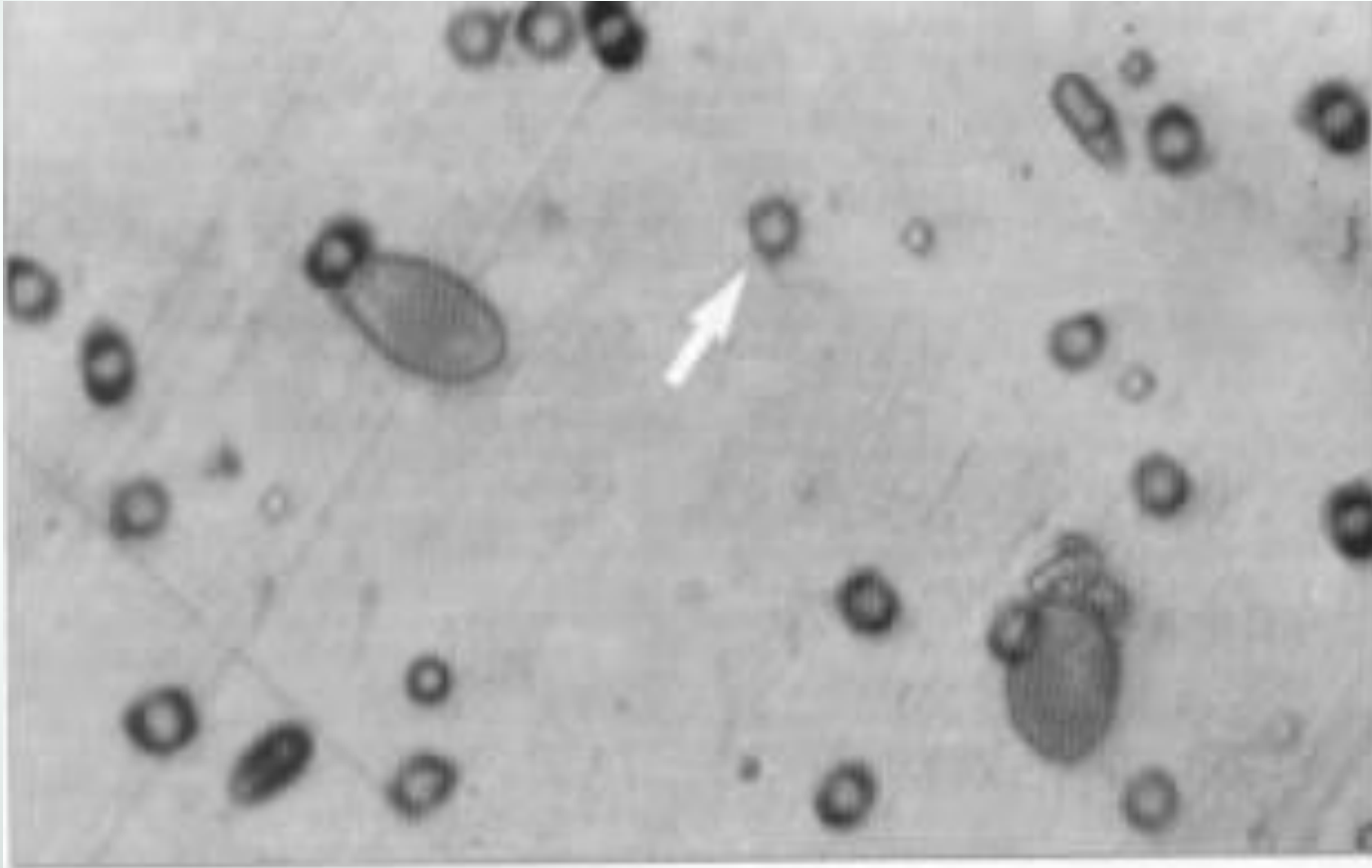
- Биохимическое исследования крови (протеинограмма, коагулограмма, метаболизм липидов, пигментный обмен)
- Изучение ферментного профиля сыворотки крови (АсАТ, АлАТ, ЩФ)
- УЗИ
- Холецистография
- Дуоденальное зондирование
- Копрограмма
- Анализ мочи на желчные пигменты

В желчи-вегетативные формы лямблий



Вегетативные формы *Lamblia intestinalis*.
Окраска по Романовскому - Гимза.©

В желчи - описторх



Методы исследования поджелудочной железы

- Лабораторное исследование внешнесекреторной функции:
- А) прямые (исследование концентрации ферментов в дуоденальном содержимом)
- Б) косвенные (исследование ферментов в крови, мочи, кале)
- УЗИ
- Копрограмма

узи

- Ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря и поджелудочной железы безвредно и позволяет судить о размерах печени, состоянии паренхимы печени, желчного пузыря, определять диаметр общего желчного протока (холедох), а также размеры, положение и гомогенность паренхимы поджелудочной железы.

Ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря и поджелудочной железы



Копрограмма

важное исследование в педиатрии

- **Белок**- кровотечения в области толстого и тонкого кишечника, а также воспалительных явлениях
- **Мышечные волокна** - недостаточное желудочное переваривание, проблемы с секрецией поджелудочной железы
- **Соединительная ткань** -функциональная недостаточность поджелудочной железы
- **Непереваривая клетчатка**-при плохом переваривании пищи в желудке и в тонком кишечнике, диспепсии гнилостной или бродильной, полном отсутствии желчи, быстрой эвакуации из толстого кишечника, низкой секреции поджелудочной железы
- **Слизь**- колит с запором, изъязвлениями, диспепсия гнилостная или бродильная, высокая секреторная функция толстой кишки дают.

Копрограмма

- **Крахмал и йодофильная флора**-различные нарушения секреции поджелудочной железы, плохое переваривание в тонком кишечнике, недостаточное пищеварении в желудке
- **Эритроциты**- язвенный колит, дизентерия, геморрой, полипы, трещина прямой кишки, скрытая кровь при язве желудка или двенадцатиперстной кишки, рак желудка или кишечника
- **Лейкоциты, кристаллы Шарко-Лейдена**- при колитах разной этиологии

Хронические заболевания органов пищеварения

- относятся к числу наиболее часто встречающихся болезней детского возраста. Распространенность их в настоящее время превышает 100 на 1000 детского населения.
- За последние 20 лет частота гастроэнтерологической патологии среди детей выросла более чем на 30%.
- Кроме того, в последние годы в 2,5 раза увеличился удельный вес тяжелых форм гастродуоденита и язвенной болезни, а у 25-30% несмотря на проведение комплексной терапии, отмечаются рецидивы заболевания.

Способствующие факторы

- ухудшение экологической обстановки, увеличение частоты аллергических заболеваний
- режим повышенных нервно-психических нагрузок, малоподвижный образ жизни
- Алиментарные факторы

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ –

- **хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, с нарушением процессов физиологической регенерации со склонностью к прогрессированию**

ЭТИОЛОГИЯ

- **Инфекционная – НР. 70% гастритов, ассоциированы с НР. Среди детей 5-6 лет инфицированность НР 40-45%, а к 14-15 г. – 60-70%**
- **Неспецифические факторы – нарушение режима дня, нерациональное питание, психоэмоциональные нагрузки и стрессы.**
- **Длительное влияние веществ, обладающих раздражающим действием: лекарств, желчных кислот при ДГР.**
- **Генетическая предрасположенность к развитию заболевания**

Ведущие патогенетические механизмы хронического гастрита :

- нарушение трофики слизистой оболочки;
- повреждение эпителия;
- расстройство регенерации эпителия, дистрофические изменения слизистой оболочки желудка;
- нарушение секрето- и кислотообразования, выработки слизи;
- микроциркуляторные расстройства.

КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА У ДЕТЕЙ

- **ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР:**
 - Первичный (экзогенный);
 - Вторичный (эндогенный, сопутствующий)
- **ТОПОГРАФИЧЕСКИ:**
 - Антрального отдела
 - Фундального отдела
 - Пангастрит
- **По форме поражения желудка эндоскопически выделяют:**
 - Эритематозный / экссудативный
 - Узловатый
 - С эрозиями (с плоскими или приподнятыми)
 - Геморрагический
 - С атрофией
 - Смешанный
- **По характеру кислотной продукции желудка:**
 - Повышенная
 - Пониженная
 - Неизменная

- **Гистологически различают:**
- **А. По глубине поражения: поверхностный; диффузный**
- **Б. По характеру поражения:**
- **Оценка степени: воспаления, активности, атрофии, кишечной метаплазии, обсемененности *H. Pylori***
- **Степени тяжести:**
- **- норма (0);**
- **- слабая (1+)**
- **- средняя (2+)**
- **- сильная (3+)**
- **По периоду заболевания:**
- **обострение**
- **неполная клиническая ремиссия**
- **полная клиническая ремиссия**
- **клинико-эндоскопическая ремиссия**

КЛИНИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА У ДЕТЕЙ

- **БОЛЕВОЙ СИНДРОМ:**
- боли в эпигастрии, связанные с приемом пищи,
- длительность болей от нескольких дней до 1,5-2 недель,
- При пальпации живота разлитая болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной зоне,
- **2. ДИСПЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**
- Желудочная диспепсия – отрыжка кислым, воздухом, тухлым, изжога, тошнота, рвота;
- Кишечная диспепсия – жидкий стул, запор, метеоризм

КЛИНИКА ХГ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ

С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ

- Преобладание болевого синдрома над диспептическим. Аппетит повышен.

С ПОНИЖЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ

- Преобладание диспептического синдрома над болевым. Аппетит снижен.

ОСОБЕННОСТИ ХГ У ДЕТЕЙ

- Преимущественно рецидивирующее течение заболевания
- С возрастом приобретает прогрессирующее течение с постоянной симптоматикой (особенно в подростковом возрасте)
- Морфологические изменения на фоне комплексного лечения подвергаются обратному развитию

Показания к ЭГДС:

- Хронические и рецидивирующие боли в эпигастрии;
- Рецидивирующая рвота;
- Кровотечение из верхних отделов ЖКТ
- Динамическая оценка течения патологического процесса
- Лечебная эндоскопия (полипэктомия)

Лечение хронического гастрита

проводится с учетом этиологии заболевания, особенностей секреторной, моторно-эвакуаторной функции желудка и включает в себя:

- режим физического и психического покоя;
- диетотерапию (лечебное питание);
- медикаментозное лечение;
- физиотерапию;
- санаторно-курортное лечение

Лечение хронического гастрита

- Гастрит с повышенной секрецией – стол №1.
- Из рациона питания исключаются продукты, стимулирующие желудочную секрецию. В состав диеты включают продукты обволакивающего действия (слизистые супы, кисель и др) и подавляющие секрецию (молоко и др.). Диету №1 назначают на 1-1,5 мес.
- Гастрит с пониженной секрецией – стол №2
- Исключают механические раздражители желудка, но включают в рацион продукты, стимулирующие секрецию: овощное пюре и салаты с растительным маслом, овощные, мясные и рыбные супы без острых приправ, кисломолочные продукты . Диету №2 назначают на 1-1,5 мес.

Лечение хронического гастрита

- - эрадикация хеликобактерной инфекции;
- - нормализация желудочной кислотной продукции;
- - качественная репарация слизистой оболочки желудка;
- Препараты, рекомендуемые для эрадикации НР-инфекции у детей:
- ингибиторы протонной помпы /ИПП (Омепразол, Рабепразол),
- полусинтетические пенициллины (Амоксициллин), макролиды нового поколения (Кларитромицин, реже Азитромицин),
- а также метранидазол, нифуратель, фуразолидон.
- препараты висмута (Де-нол),

Лечение хронического гастрита

- **Антациды :**
- **всасывающиеся (гидрокарбонат натрия, карбонат кальция, карбонат магния и окись магния)**
- **невсасывающиеся – гели гидроокисей алюминия, магния и трисиликат магния.**

Предпочтение отдается невоссывающимся антацидам:

- **- альмагель не более 2-3 недель;**
- **- альмагель А, содержит анестезин, применяется при выраженном болевом синдроме;**
- **- маалокс, гастал, гелусил, гелусиллак в течение месяца.**
- **- фосфалюгель - 2-3 недели;**



Язвенная болезнь(ЯБ)

хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки.

Шифр по МКБ-10:

К 25 – язва желудка (язвенная болезнь желудка)

К 26 – язва 12-перстной кишки (язвенная болезнь 12-перстной кишки)



- Распространенность язвенной болезни составляет 1,6 случаев на 1000 детей. До периода полового созревания заболевание с одинаковой частотой встречается у детей обоего пола, в дальнейшем чаще отмечается у юношей, что объясняется защитным действием женских половых гормонов.
- В структуре ЯБ у детей значительно превалирует ЯБ 12-перстной кишки (ЯБДК), она составляет около 81 % всех случаев заболевания, ЯБ желудка (ЯБЖ) составляет 13 %, сочетание ЯБЖ и ЯБДК встречается у 6 % больных.

Этиология язвенной болезни

- Важнейший фактор развития ЯБ – **наследственная предрасположенность** (семейная отягощенность 60 - 80 %, а повышение агрессивных свойств желудочного сока у одного из родителей выявляют практически в 100 % случаев)

Наследственная предрасположенность

при ЯБ проявляется в:

- Генетически детерминированных особенностях строения слизистой оболочки желудка – в повышенном количестве гастриногистаминопродуцирующих клеток, гиперплазии, гиперплазии фундальных желез с увеличением числа главных и обкладочных клеток.
- Повышенной кислотно-пептической агрессии, связанной с наследованием повышенной секреции слизистой оболочкой желудка пепсиногена А (ген локализован в 11-й паре хромосом), а также с качественными особенностями пепсиногена А – доминирование в его структуре 3-й фракции (Pg 3).
- Снижение защитных свойств слизистой оболочки – пониженной интенсивности муцинообразования, а также сниженной секреции бикарбонатов.
- Особенности моторной функции желудка – снижение запирающего рефлекса, препятствующего поступлению в 12-перстную кишку кислого содержимого до его ощелачивания в антральном отделе

Предрасполагающие факторы

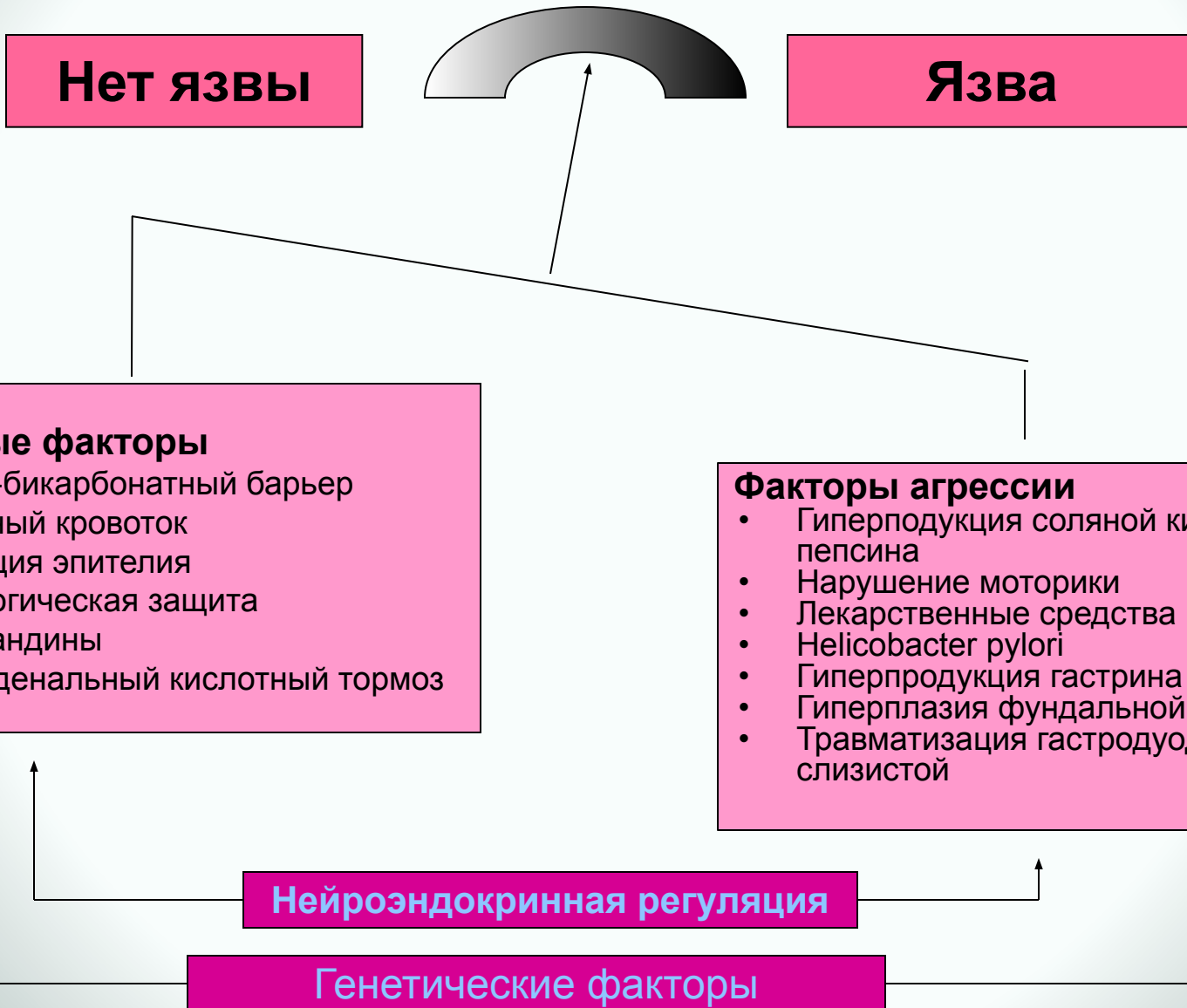
- Инфицирование НР
- Ранний перевод на искусственное вскармливание (при этом индуцируется увеличение гастринпродуцирующих клеток и гистаминпродуцирующих клеток слизистой оболочки антрального отдела желудка)
- Алиментарные погрешности
- Длительный прием некоторых лекарственных средств (салицилаты, глюкокортикоиды, цитостатики)
- Особенности семейного уклада – организация быта и воспитания детей, семейные особенности питания, взаимоотношения в семье
- Гиподинамия и физические перегрузки
- Очаги хронической инфекции
- Кишечные паразиты
- Нервно-психические перегрузки
- Курение и токсикомания
- Пищевая аллергия

Патогенез

- В основе патогенеза ЯБ лежит нарушение равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки

Весы Шайя-

соотношение основных протективных и агрессивных факторов, определяющих возможность язвообразования



- Классическая картина типичного болевого синдрома при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки была впервые описана в начале 20 века Мойниганом



КЛАССИЧЕСКАЯ КЛИНИКА

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

1. БОЛЬ ВОЗНИКАЕТ НАТОЩАК ИЛИ СПУСТЯ 1,5-2 Ч ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ (МОЙНИГАНОВСКИЙ РИТМ)
2. НОСИТ НОЧНОЙ ХАРАКТЕР
3. ИНТЕНСИВНОСТЬ – ОТ СЛАБЫХ ДО НЕСТЕРПИМЫХ БОЛЕЙ
4. ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ЭПИГАСТРИИ, ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ ГЭР С ИИРАДИАЦИЕЙ ЗА ГРУДИНУ ИЛИ В ОБЛАСТЬ СЕРДЦА

ДИСПЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

1. ИЗЖОГА (СОЧЕТАНИЕ ЯБ С РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ)
2. ОТРЫЖКА КИСЛЫМ
3. РВОТА ОДНОКРАТНАЯ, ПРИНОСЯЩАЯ ОБЛЕГЧЕНИЕ

ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА

Болезненность в эпигастрии, иногда локальная, чаще в пилородуоденальной зоне.

СИМПТОМЫ ВАГОТОНИИ (ЧАЩЕ У ПОДРОСТКОВ):

- ХОЛОДНЫЕ, ВЛАЖНЫЕ ЛАДОНИ
- ГИПЕРГИДРОЗ
- АКРОЦИАНОЗ
- ТЕНДЕНЦИЯ К СНИЖЕНИЮ АД
- ЛАБИЛЬНОСТЬ ПУЛЬСА

ТИПИЧНЫ ДЛЯ ЯБ СЕЗОННЫЕ ОБОСТРЕНИЯ (ОСЕННЕ-ВЕСЕННИЕ)

Различия между язвой двенадцатиперстной кишки и язвой желудка

Признак	Язва двенадцати-перстной кишки	Язва желудка
Частота встречаемости у детей	81 %	13 %
Пол	У мальчиков значительно чаще	Между мальчиками и девочками нет разницы
Семейственность	В 2 раза чаще, чем при язве желудка	Не наблюдается
Группа крови	Особенно часто 0(I) группа	Связи нет
Количество обкладочных клеток	Заметно увеличено	Уменьшено
Течение	Строго периодичное и сезонное (осенне-весеннее)	Периодичность и сезонность наблюдается не всегда
Интенсивность боли	Обычно сильные режущие, приступообразные, колющие	Разной интенсивности, часто слабые

Характер боли	Голодные, ночные, поздние (через 1,5-2 часа после еды)	После еды
Локализация боли	Справа от средней линии живота	Слева от средней линии живота
Облегчающие боль средства	Пища и щелочи	Щелочи и рвота
Диспепсические расстройства	Выраженные	Отсутствуют или незначительные
Моторика желудка	Усиленная (быстрое опорожнение, спазмы)	Вялая или в норме
Кислотность	Повышена	Понижена или в норме
Базальная секреция	Повышена	Не изменена
Ночная секреция	Повышена	Не изменена

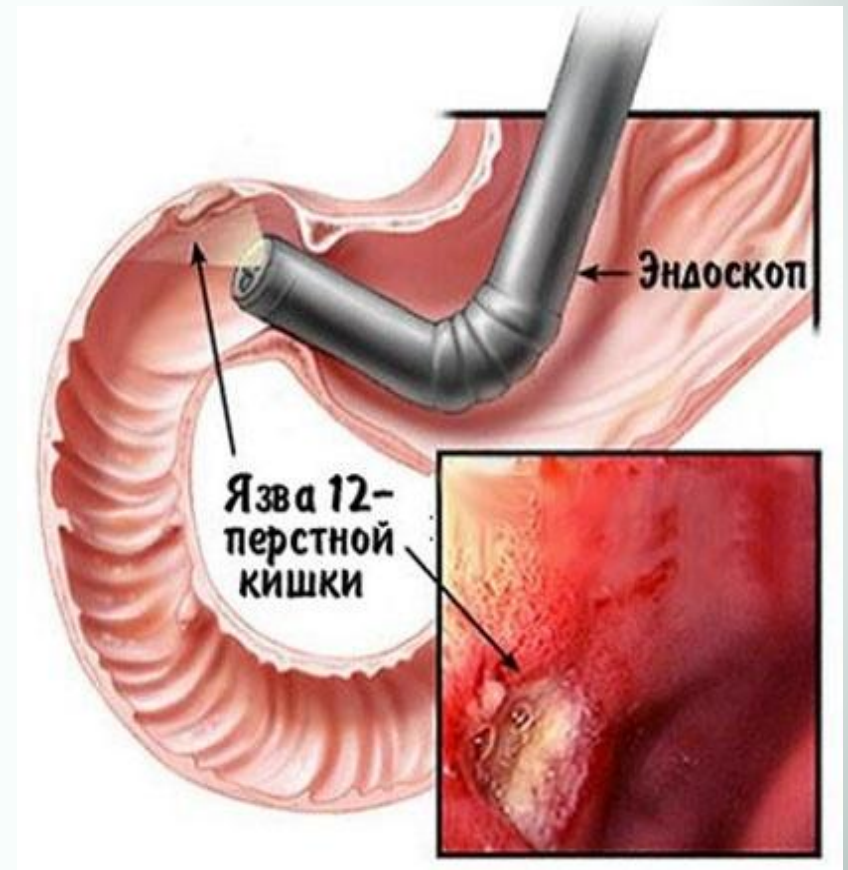
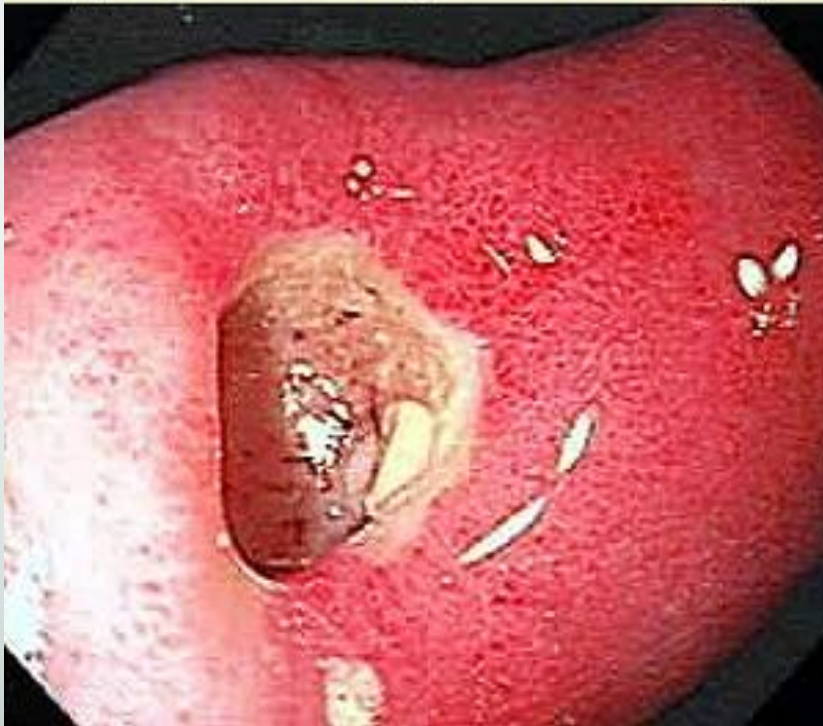
Наиболее информативные диагностические исследования

- Эндоскопическое
- Исследование секреторной функции (повышение показателей базальной и стимулированной фракций) – позволяет выявить функциональные нарушения, но не язву.
- Исследование на хеликобактер пилори.

- Определение моноклонального фекального антигена *H. pylori* и уреазный дыхательный тест с C13-меченным атомом углерода (C13-УДТ) являются основными неинвазивными тестами.

Эндоскопическая картина

Эндоскопическая картина язвы желудка



Эндоскопическая картина язвенной болезни



Классификация язвенной болезни

Фазы:	Течение:	Локализация:	Форма:	Инфицирование <i>H.pylori</i>
1. Обострение. 2. Неполная клиническая ремиссия. 3. Клиническая ремиссия	1. впервые выявленная 2. редко рецидивирующая (ремиссия более 3х лет), 3. непрерывно - рецидивирующая (ремиссия менее 1 года)	желудок. двенадцатиперстная кишка: - луковица - постбульбарные отделы двойная локализация	1. Неосложненная. 2. Осложненная: 1) кровотечение 2) пенетрация 3) перфорация 4) стеноз привратника 5) перивисцерит	1. <i>H.p.</i> - позитивная, 2. <i>H.p.</i> - негативная

Клинико-эндоскопические стадии язвенной болезни

- 1 стадия - свежая язва
- 2 стадия - начало эпителизации язвенного дефекта
- 3 стадия - заживление язвенного дефекта при выраженном гастродуодените
- 4 стадия - клинико-эндоскопическая ремиссия

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯБ У ДЕТЕЙ

- КЛАССИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЯБ НАБЛЮДАЕТСЯ МЕНЕЕ, ЧЕМ У 50% ДЕТЕЙ
- У 15% ДЕТЕЙ ЖАЛОБЫ ОТСУТСТВУЮТ (СПЯЩАЯ ИЛИ НЕМАЯ ЯЗВА)
- У 3% ДЕТЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ (КРОВОТЕЧЕНИЕ, ПЕРФОРАЦИЯ)
- ЧЕМ МЛАДШЕ РЕБЕНОК, ТЕМ МЕНЕЕ ТИПИЧНО ТЕЧЕНИЕ ЯБ

Осложнения ЯБ

Кровотечение - самое частое (80 %) осложнение.

- Клиника: кровавая рвота, мелена, симптомы острой кровопотери.
- Рвота «кофейной гущей» (гемоглобин под влиянием HCl преобразуется в гематин, имеющий черный цвет)
- Мелена – черный стул, наблюдается после потери 60 мл. крови (освобождается сернистое железо под влиянием пищеварительных ферментов).
- Симптомы кровопотери возникают в случае потери большого количества крови: слабость, тошнота, бледность, тахикардия, холодный, липкий пот, снижение АД, головокружение, иногда – обморок.
- Кровотечение может быть скрытым. В кале определяется скрытая кровь (положительная реакция Грегерсена).

- **Перфорация** (8 %) – внезапная «кинжальная» боль в эпигастрии, тошнота, доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки, рвота, не приносящая облегчение.
- **Пенетрация** (1,5 %) – распространение язвы в окружающие ткани. Определяется рентгенологически и изменением функции сопряженных пострадавших органов.
- **Пилородуоденальный стеноз** (11 %).
Формируется постепенно. Чувство переполнения в желудке, тошнота, отрыжка, изжога, рвота, после которой наступает облегчение. Шум плеска в эпигастрии. Рентгенологически – расширение желудка, замедление его опорожнения.



Дифференциальный диагноз

Проводится с острыми (симптоматическими) язвами.

- **Стрессовые.** Возникают при ожогах, травмах, обморожениях. Клиника скудная, первый признак – остро возникающее кровотечение, реже – перфорация.
- **Медикаментозные.** Развиваются после приема средств, нарушающих барьерные функции слизистой оболочки (нестероидные и стероидные противовоспалительные препараты, цитостатики и др.). Бессимптомное течение. Манифестируют кровотечениями.
- **Гепатогенные.** Развиваются при снижении инактивации в печени гастрина и гистамина. Клиническая картина стертая и атипичная, течение торпидное, плохо поддается терапии
- **Панкреатогенные.** Развиваются при снижении продукции бикарбонатов и повышении продукции кининов. Выражен болевой синдром, который связан с приемом пищи. Течение упорное.

- **Эндокринные.** Встречаются редко. При диабете, гипотиреозе. По течению похожи на тяжелую язвенную болезнь.
- **Синдром Золлингера-Эллисона** - гастринпродуцирующая опухоль (гастринома), чаще локализуется в антральном отделе желудка или в поджелудочной железе, в 16% случаев злокачественная. Ригидность к противоязвенной терапии. Скрининговый тест – повышение натощак концентрации гастрин в сыворотке крови
- **Аллергические изъязвления** наиболее часто развиваются при пищевой аллергии.
- **При хронической почечной недостаточности** вследствие нарушения разрушения гастрин в почках и нарушения защитного барьера желудка.
- **При диффузных заболеваниях соединительной ткани** в результате нарушения микроциркуляции.

Цель лечения

- Купировать симптомы ЯБ и обеспечить репарацию язвенного дефекта.
- Устранить контаминацию НР.
- Добиться восстановления не только целостности, но функциональной состоятельности слизистой оболочки.
- Предупредить развитие обострений и осложнений.

Лечение язвенной болезни

Лечение ЯБ направлено на подавление факторов агрессии, ведущими из которых являются **кислотно-пептический фактор** и **инфицированность слизистой желудка HELICOBACTER PYLORI**.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

1. Отказ от курения, употребления алкоголя.
2. Отказ от применения стероидных и нестероидных противовоспалительных средств, при невозможности отмены – ограничение дозы.
3. Рациональное питание. Предусматривается дробное питание 5-6 раз в день с исключением острых, маринованных и копченых продуктов. Щадящая диета № 1-б показана при симптомах проявления обострения.

ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ.

1. Эрадикация **HELICOBACTER PYLORI**
2. Подавление кислотно-пептической агрессии.
3. Коррекция моторно-эвакуаторных нарушений.
4. Стимуляция репаративных процессов.

Эрадикация **HELICOBACTER PYLORI** способствует регрессии воспалительно-дистрофических изменений и восстановлению защитных свойств слизистой оболочки желудка.

-
- ИПП (эзомепразол, рабепразол, омепразол*) 1-2 мг/кг/сут + амоксициллин 50 мг/кг/сут + кларитромицин 20 мг/кг/сут
- ИПП + кларитромицин + метронидазол 20 мг/кг/сут.

- Продолжительность терапии 10-14 дней.

- В качестве терапии второй линии используются квадротерапия:
- - висмута субцитрат+ ИПП + амоксициллин+ кларитромицин
- - висмута субцитрат + ИПП + амоксициллин или кларитромицин + нифурател.

АНТИСЕКРЕТОРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- В случае язвенной болезни, не ассоциированной *H. pylori*, целью лечения считают купирование клинических симптомов болезни и рубцевание язвы. В связи с этим рекомендовано назначение антисекреторных препаратов
- Продолжительность курса ИПП 4 недели по ЯДЖ, 8 недель по ЯБДПК

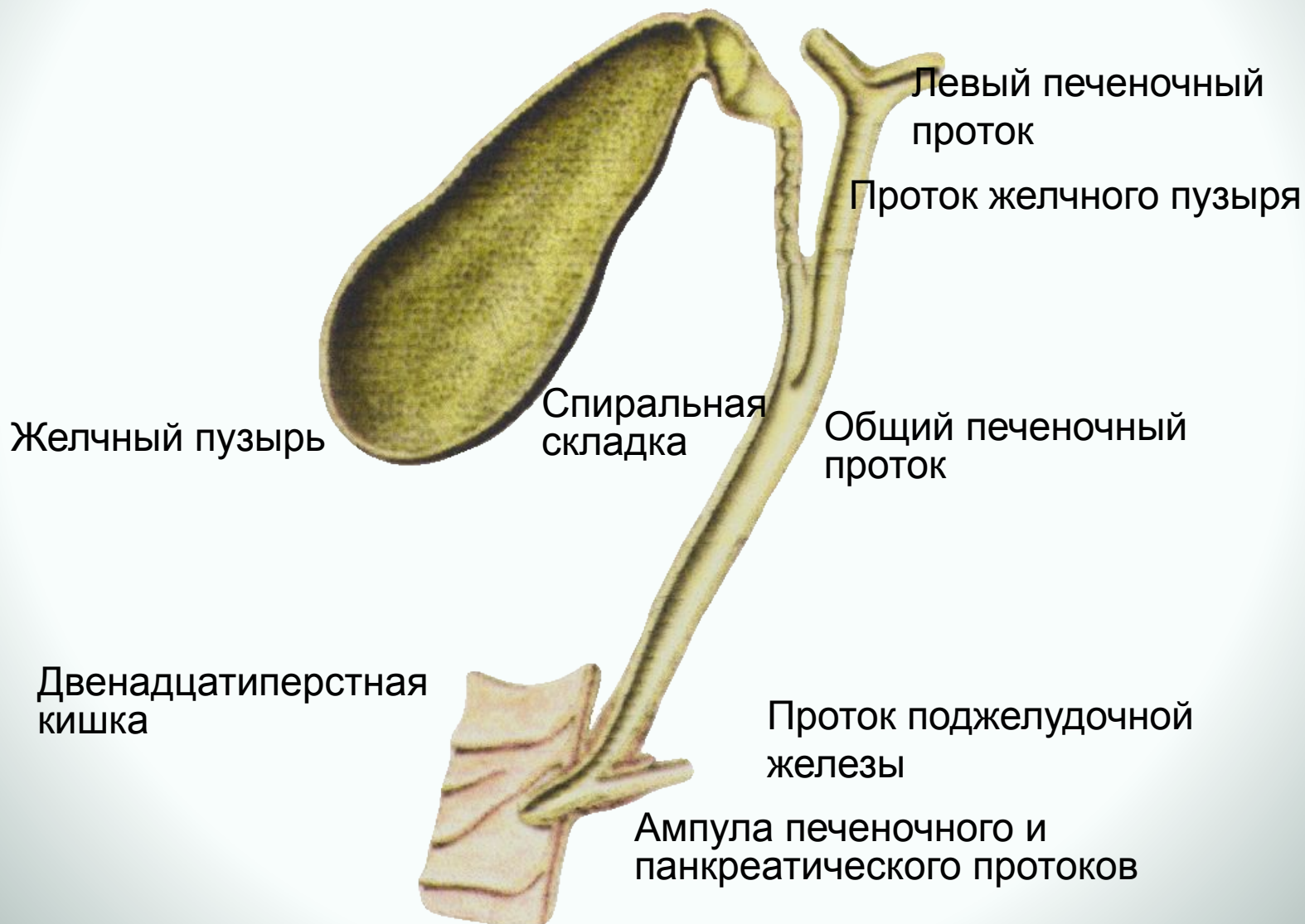
- Критерием эффективности терапии является клинико-эндоскопическая ремиссия с исчезновением симптомов обострения, зарубцевавшейся язвой и отсутствии признаков воспаления при эндоскопии. Снимаются с диспансерного учета при полной ремиссии в течение 5 лет.

Диспансеризация

- **Наблюдение педиатра 2-4 раза в год, в зависимости от особенностей течения болезни.**
- **При отсутствии обострения - ФГДС 1 раз в год, а также при неэффективности терапии “по требованию” в период обострения.**
- **Исследование желудочной секреции методом рН-метрии 1 раз в год.**
- **Анализ кала на скрытую кровь 1 раз в 6 мес.**

Заболевания желчевыделительной системы у детей

Билиарный тракт



Дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП)

- нарушения тонуса, сократимости и координации желчного пузыря, протоков и сфинктеров желчевыделительной системы, без воспалительных и структурных изменений в этих органах.

Клиника дисфункции желчного пузыря по гиперкинетическому типу

- Схваткообразные боли в области правого подреберья
- Без иррадиации
- Средней или малой интенсивности
- Кратковременные
- Провоцируются стрессами или значительной физической нагрузкой с повышением внутрибрюшного давления
- Купируются самостоятельно или после приема спазмолитиков
- Не сопровождаются повышением температуры, желтухой.
- Сопровождаются симптомами вегетативных дисфункций (повышенная потливость, стойкий красный дермографизм)
- Дети эмоционально лабильны. Легко возбудимы, раздражительны.

Клиника дисфункции желчного пузыря по гипокинетическому типу

- **Чувство тяжести, распираания в правом боку**
- **Длительность 20 минут и более**
- **Чаще без иррадиации, но возможна иррадиация боли в спину, или правую лопатку**
- **Усиление болей после жирной, обильной еды**
- **Ослабление болей после приема холекинетиков**
- **Нередки диспептические явления: тошнота, запоры; диарея после обильной, жирной пищи**

Дифференциальный диагноз функциональных нарушений

- Нормальное физическое развитие ребенка
- Имеющиеся в клинической картине признаки невроза, вегетативных дисфункций
- Кратковременность, периодичность боли
- Отсутствие боли вне приступа
- Отсутствие лихорадки во время болевого приступа
- Отсутствие воспалительных изменений в крови
- Отсутствие воспалительных элементов в желчи
- Отсутствие признаков органического поражения желчного пузыря при УЗИ
- Отсутствие в просвете желчного пузыря песка, конкрементов.

Аномалии желчного пузыря

- **Агенезия, атрезия** – отсутствие желчного пузыря (отсутствие эмбриональной закладки)
- **Аплазия, гипоплазия** – недоразвитие желчного пузыря при его правильном положении
- **Аномалии формы:** удвоение, врожденные перегибы, перетяжки, внутрипузырные перегородки, дивертикулы
- **Аномалии положения:** левостороннее, внутripеченочное, ретроперитонеальное, в серповидной связке
- **Аномалии фиксации:** подвижный желчный пузырь
- **Гетеротопии:** слизистой оболочки желудка. Двенадцатиперстной кишки, ткани поджелудочной железы.

Основные симптомы холецистита

- Боли в области правого подреберья и эпигастрия
- Иррадиация вверх и правое плечо
- Диспептические явления (тошнота, рвота)
- Признаки холестаза различной степени выраженности
- **Признаки интоксикации.**
- **Повышение температуры при остром и обострении хронического холецистита**

Клиническая картина более яркая при остром холецистите и стертая при хроническом

Методы диагностики заболеваний желчевыделительной системы.

- 1. Клинико-анамнестический.**
- 2. Лабораторные:**
 - клинический анализ крови**
 - клинический анализ мочи**
 - копрограмма;**
 - биохимический анализ крови;**
 - биохимия желчи.**

Лабораторные признаки холестаза

Повышение в крови:

- уровня билирубина (конъюгированного)
- активности ЩФ
- уровня холестерина
- У ровня желчных кислот

Повышение уровня уробилиногена в моче

Методы диагностики заболеваний желчевыделительной системы.

- **3. Инструментальные:**
- **УЗИ;**
- **обзорная рентгенография брюшной полости;**
- **радиоизотопное сканирование;**
- **эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ);**
- **КТ**
- **МРХПГ**
- **лапароскопия.**

Лечение заболеваний ЖВС

- Соблюдение режима дня
- Диета с ограничением или исключением жаренных блюд, животных жиров, острой пищи, шоколада, какао, кофе, мороженого, крепких бульонов, копченостей, газированных напитков и т.д.
- Регулярный прием пищи – 4-6 разовый.
- Лечение гастродуоденальной патологии, патологии тонкой и толстой кишки.
- Лечение сопутствующей патологии (ЦНС, ВНС)
- Санация очагов хронической инфекции.
- Желчегонные препараты (гепабене, фламин, хофитол)
- Спазмолитики (атропин, но-шпа, бускопан)
- Ферменты (Креон, мезим, панкреатин)
- Про- и пребиотики (бифи-форм, линекс. Дюфалак).
- Консультация хирурга. При необходимости хирургическое лечение

Классификация желчегонных препаратов

1. Холеретики

Препараты, увеличивающие концентрацию желчных кислот в желчи (содержащие компоненты бычьей желчи –аллохол, холензим, лиобил, фестал и др.)

Противопоказания к назначению: гепатиты, циррозы печени, язвенная болезнь, эрозии слизистой оболочки ЖКТ, панкреатиты.

Препараты, увеличивающие концентрацию органических анионов (растительные стероиды, входящие в состав желчегонных трав – бессмертник, одуванчик, кукурузные рыльца, шиповник)

Классификация желчегонных препаратов

2. Холекинетики

Препараты, стимулирующие сократительную функцию желчного пузыря, уменьшающие давление в билиарной системе (серноокислая магнезия, ксилит, сорбит, мотилияум)

Классификация желчегонных препаратов

3. Холеспазмолитики

Препараты, понижающие тонус сфинктера Одди (Атропин, платифиллин, но-шпа, одестон, бускопан, гепабене, дюспаталин)

Синдром мальабсорбции

- Это клинический симптомокомплекс, в основе которого лежит нарушение всасывания одного или нескольких пищевых веществ в слизистой оболочке тонкой кишки.

Этиопатогенез

- Первичные (наследственно обусловленные) - в основе лежит врожденная недостаточность ферментов (например, пептидаз, энтерокиназ) или нарушение всасывания аминокислот, витаминов и др.
- Вторичные (приобретенного генеза) - развиваются при длительном применении антибиотиков после кишечных инфекций, при хроническом гастроэнтероколите, обильной инвазии простейшими (лямблиоз), после значительной резекции тонкой кишки и др.

Патогенез

- Снижение активности или почти полное отсутствие ферментов, а также возможное недостаточное поступление пищеварительных соков вследствие закупорки протоков кишечных желез и возникающее на основании этого нарушение расщепления и передвижения конечных продуктов пищеварения через кишечную стенку.

Клиника

- Хроническая диарея (с полифекалией и стеатореей).
- Резкое выпячивание живота (большое количество химуса и метеоризм).
- Отеки (механизмом их образования является гипопротеинемия).
- Гипотрофия, истощение.
- При длительном течении – гипостатура.
- Примеры: целиакия, муковисцидоз, лактазная недостаточность.