

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

Н.С. Парамонова
Р.Н. Хоха
М.П. Волкова

ДЕТСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Допущено Министерством образования Республики Беларусь в
качестве учебного пособия для студентов учреждений, обеспечи-
вающих получение высшего образования по специальности
«Педиатрия»

Гродно
ГрГМУ
2008

УДК 616.3-053.2(075.8)

ББК 57.33я73

П18

Авторы: зав. каф. педиатрии №2, канд. мед. наук, доц.,
Н.С. Парамонова;
канд. мед. наук, ассист. Р.Н. Хоха;
канд. мед. наук, доц. М.П. Волкова.

Рецензенты: зав. каф. педиатрии №2 УО «БГМУ», проф.,
д-р мед. наук Т.Н. Войтович;
проректор УО «ГомГМУ», доц. каф. педиатрии,
канд. мед. наук А.А. Козловский.

Парамонова Н.С.

П18 Детская гастроэнтерология: учебное пособие для студентов педиатрического факультета / Н.С. Парамонова, Р.Н. Хоха, М.П. Волкова. – Гродно: ГрГМУ, 2008. – 216с. ISBN 978-985-496-388-4

Учебное пособие составлено в соответствии с программой обучения на педиатрическом факультете. Оно включает темы занятий, основные вопросы для самостоятельной подготовки; литературу к каждому занятию; практические навыки, которыми должен овладеть врач-педиатр при прохождении цикла; ситуационные задачи; вопросы программированного контроля по гастроэнтерологии; лекции «Рецидивирующие боли в животе», «Лекарственные поражения органов пищеварения у детей», «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей». В учебно-методическом комплексе приведена классификация заболеваний желудочно-кишечного тракта, основные методы их диагностики, перечень лекарственных препаратов, применяемых в детской гастроэнтерологии; изложены стандарты лечения, дана характеристика диетических столов.

УДК 616.3-053.2(075.8)

ББК 57.33я73

ISBN 978-985-496-388-4

©Парамонова Н.С., Хоха Р.Н., Волкова М.П., 2008

© УО «ГрГМУ», 2008

**ПРОГРАММА ПО ДЕТСКИМ БОЛЕЗНЯМ
(«ДЕТСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ») ДЛЯ
СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ
ВЫСШИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ
ЗАВЕДЕНИЙ (МИНСК, 2000)**

1. Методы и алгоритм объективного обследования, функциональных и морфологических исследований ЖКТ у детей. Определение показаний и противопоказаний к эндоскопии и другим зондовым методам обследования, а также к УЗИ и R-логической диагностике органов пищеварения. Составление правильной последовательности обследований. Решение вопроса о семейном обследовании при хеликобактериозах. Фракционное желудочное, дуоденальное зондирование, интергастральная Ph-метрия - правила проведения и трактовка результатов.

2. Синдром желудочной диспепсии, хронические гастриты у детей. Определение понятий с современных позиций и МКБ. Данные анамнеза, эпидемиология. Этиология, клинические проявления, результаты объективного осмотра, трактовка специальных методов обследования. Роль биопсии в постановке диагноза. Классификация. Лечение. Диспансеризация.

3. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки у детей. Определение понятия язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у детей. Частота встречаемости. Схожесть и различие в этиологии, жалобах, анамнезе, клинических проявлениях и лечении заболеваний. Возможные осложнения, их частота у детей и предупреждение осложнений. Лечение стадии свежей язвы. Правильное противорецидивное лечение важнейшее требование терапии язвенной болезни. Современные лекарственные схемы, применяемые в педиатрии. Прогноз, профессиональные непригодности в будущем для детей-подростков при язвенной болезни.

4. Заболевания желчевыводящей системы у детей. Дискинезии, холециститы. Функционирование желчевыводящего аппарата у здоровых детей, особенности сложной регуляции (вегетативная нервная система, гастроинтестинальные гормоны) как в норме, так и при патологии. Определение понятий дискинезии желчевыводящей системы и хронического холецистита, частота их обнаружения в детском возрасте; этиологические факторы в возникновении этих заболеваний и, особен-

но, роль синдрома вегетативной дисфункции как причины и проявления дискинезии желчевыводящей системы, методы обследования желчевыводящей системы, их правильная трактовка. Классификации заболеваний; лечение, диспансерное наблюдение.

5. Заболевания поджелудочной железы в детском возрасте (диспанкреатизм, реактивный панкреатит, хронический панкреатит). Основные функции поджелудочной железы в детском организме, анатомическое ее расположение в плане труднодоступности для объективного обследования, лабораторные, функциональные и другие современные (УЗИ, компьютерная томография) методы диагностики состояния поджелудочной железы. Частота обнаружения патологии в детском возрасте. Этиология, клиника, лечение вышеназванной патологии. Дифференциальный диагноз функциональных и органических поражений поджелудочной железы.

6. Синдром раздраженной толстой кишки. Болезнь Крона. Определение понятий синдрома раздраженной толстой кишки и колита с современных позиций. Этиология, клиника, диагностика, лечение синдрома раздраженной толстой кишки. Болезнь Крона. Этиология, клиника. Лечение, диспансеризация. Показания к хирургическому лечению.

7. Неспецифический язвенный колит. Этиология, патогенез. Диагностические критерии, клиника заболевания. Дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансеризация.

8. Рецидивирующие боли в животе у детей и тактика врача. Определение. Причины рецидивирующих болей в животе по смежным органам и системам. Диагностический алгоритм при рецидивирующих болях в животе у детей, использование в диагностике современного медицинского оборудования.

9. Рефлюксная болезнь пищевода. Пищевод Баррета у детей. Определение. Причины этих заболеваний, клиника, диагностические критерии, лечение, профилактика осложнений.

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК

Рецидивирующие боли в животе

Хроническая рецидивирующая боль в животе – это определение болезненности или дискомфорта в области брюшной

полости; она не относится к синдрому острого живота.

Появление острых болей требует исключения хирургической патологии. Ноющие или приступообразные, рецидивирующие боли свидетельствуют о развитии хронического процесса. Правильная интерпретация боли в животе - отправной пункт в диагностике заболеваний органов брюшной полости.

Боли в животе могут быть вызваны различными причинами, среди которых ведущее место занимают заболевания желудка, поджелудочной железы, кишечника, желчных путей, печени, различные инфекционные заболевания и другие болезни. В диагностике исключительно важное значение имеют сбор анамнеза заболевания и осмотр больного, а также сведения о характере и результатах произведенных ранее диагностических, лечебных мероприятий и оперативных вмешательств. С клинической точки зрения, важны следующие характеристики боли: локализация, характер, интенсивность, длительность болевого приступа и его развитие, периодичность, ритм болей, факторы, усиливающие и ослабляющие боли. Локализация болевых ощущений в определенной степени позволяет судить о вовлечении того или иного органа в патологический процесс.

При сборе анамнеза и осмотре больного необходимо учитывать, что рецидивирующие боли с преимущественной локализацией в эпигастральной области и левой верхней части живота наблюдаются при поражении желудка, поджелудочной железы, селезенки, селезеночного угла толстой кишки, левой почки, а также при грыже пищеводного отверстия диафрагмы. В правой верхней части живота боли чаще всего связаны с заболеваниями печени, желчного пузыря и желчных путей, 12-перстной кишки, головки поджелудочной железы, правой почки и поражением печеночного угла толстой кишки. В правой нижней части живота боли могут быть вызваны вовлечением в патологический процесс аппендикулярного отростка, терминального отдела подвздошной, слепой и восходящего отдела толстой кишки, правой почки и мочеточника, а также заболеваниями половых органов у детей. Боли в левой нижней части живота бывают обусловлены поражениями нисходящего отдела тонкой, сигмовидной кишки, левой почки и мочеточника, а также половых органов.

Определенные сведения можно получить при уточнении характера болей. Боль, возникающая в результате обструкции полого органа, имеет волнообразный характер, боль вследствие

прободения полого органа характеризуется резким нарастанием болевых ощущений с последующим спадом. Иррадиация болей в плечо означает раздражение диафрагмы с передачей болевого импульса по диафрагмальному нерву. Это может свидетельствовать о прободной язве, желчной колике, разрыве или инфаркте селезенки, абсцессе печени. Боль, иррадирующая в спину, характерна для панкреатита, почечной колики, прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, разрыва аневризмы брюшной аорты. Постоянная, тупая боль при пиелонефрите отличается от нестерпимой боли при кровооточающей аневризме аорты, желчной или почечной колике. Боль, усиливающаяся при мочеиспускании, может свидетельствовать о раздражении правого мочеточника при аппендиците или тазовом абсцессе, расположенном вблизи мочевого пузыря. Потеря сознания на фоне болей в животе может говорить об артериальной гипотензии и тяжелой кровопотере, что наблюдается при разрыве аневризмы селезенки.

Помогает в постановке диагноза осмотр больного. Бледность, сонливость и холодные цианотичные конечности могут свидетельствовать об угрозе гиповолемического шока в результате кровопотери. Больной с разлитым перитонитом лежит неподвижно, поскольку малейшее движение вызывает боль. При почечной и желчной колике, наоборот, пациент корчится от боли, часто меняет положение тела, стараясь найти такое, при котором боли бы утихли. Непроизвольное сгибание нижней конечности в тазобедренном суставе может наблюдаться при абсцессе большой поясничной мышцы, паранефрите или аппендиците. При пальпации важнейшее значение имеет определение признаков раздражения брюшины в динамике, а также установление области максимальной болезненности, наличие защитного напряжения мышц и объемного образования. Таким образом, анализ характера болей в животе, их локализация и клиническое исследование позволяют провести дифференциальную диагностику в такой степени, которая дает возможность определить целенаправленные дополнительные инструментальные исследования для конкретизации диагноза.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – развитие характерных симптомов и/или воспалительного поражения дистальной части пищевода вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного и/или дуоденального содер-

жимого.

Клиническая картина включает в себя отрыжку, срыгивание пищи, изжогу, дисфагию, боли в грудной и/или в эпигастральной области, бронхолегочные и ЛОР-осложнения.

Диагностика:

– Внутрпищеводная рН-метрия. ГЭР у детей считается патологическим, если время, за которое рН достигает меньше 4, превышает 5% всего времени записи и общее число эпизодов рефлюкса за сутки превышает 27.

– ЭГДС – гиперемия, рыхлость, эрозия, язвы на слизистой оболочке пищевода.

– Рентгенологическое исследование в положении Тренделенбурга с небольшой компрессией брюшной стенки (оценивается скорость прохождения контрастной массы по пищеводу, его тонус, наличие регургитации и т.д.).

– Манометрия.

– Омепразоловый тест (3-5 дней ежедневно омепразол 20-40 мг внутрь – тест считается положительным при уменьшении клинических симптомов ГЭР).

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется болью, локализующейся в подложечной области, за грудиной. Боль иррадирует в левую руку, шею, часто сочетается с изжогой, отрыжкой. Из общих симптомов развивается задержка роста, дефицит массы тела.

Диагностика:

– Рентгенологическое исследование – отсутствует абдоминальный отдел пищевода ниже диафрагмы, своеобразная форма и величина газового пузыря желудка, сглаживание угла Гисса.

– ЭГДС – расширение пищевода в нижней трети, утолщение его слизистой оболочки, отсутствие смыкания пищевода на уровне диафрагмы, размытость зубчатой линии.

Хронический гастрит – хроническое полиэтиологическое рецидивирующее воспалительное заболевание слизистой оболочки желудка с постепенным развитием ее атрофии.

Клиническая симптоматика хронического гастрита у детей отличается полиморфизмом. Характерна боль в верхней половине живота вскоре после приема (сразу или через 10-15 минут) пищи или спустя 1,5-2 часа после (поздние боли). В ряде случаев боль может появиться натощак - перед едой (тощачовая, голодная). Боль не интенсивная, но упорная, длитель-

ная, ноющая с локализацией в эпигастральной области или сверху от пупка.

Диспептический синдром проявляется отрыжкой кислым, воздухом, пищей, тухлым, сниженным или повышенным аппетитом, изжогой, тошнотой, рвотой, нарушением стула, чувством дискомфорта в желудке.

Диагностика:

– Фиброэзофагогастродуоденоскопия – диффузная или очаговая гиперемия, отек, рыхлость слизистой оболочки желудка (СОЖ), утолщение и ригидность складок, при эрозивном гастрите наличие множественных плоских или «полных» эрозий.

– Внутривентрикулярная рН-метрия или желудочное зондирование.

– Гистологическое исследование СОЖ при хроническом гастрите позволяет уточнить глубину и степень патологического процесса (выявляется уплощение и дистрофия покровного эпителия, мукоидных клеток желез, кистозное перерождение последних).

– Выявление инфицированности *Helicobacter pylori*.

Хронический изолированный дуоденит – воспаление слизистой оболочки 12-перстной кишки.

Основным симптомом заболевания являются боли в животе различной интенсивности и продолжительности. У большинства больных наблюдается периодичность болевого синдрома, связанного с приемом пищи. Чаще беспокоят поздние боли, реже ранние, а иногда болевой синдром возникает после каждого приема пищи, локализуясь обычно в правой верхней половине живота. Из диспептических явлений наблюдается снижение аппетита, тошнота, отрыжка воздухом, иногда изжога и рвота, часто нарушение стула (преобладают запоры, реже чередование запоров с неустойчивым стулом). Нередко детей беспокоят периодические головные боли, головокружения, нарушение сна, быстрая утомляемость. При осмотре больных обращает внимание бледность кожных покровов, отставание массы тела, признаки вегето-сосудистой дистонии. При пальпации живота определяется болезненность пилорoduоденальной области. Характерным является симптом Менделя.

Диагностика:

– Фиброэзофагогастродуоденоскопия - очаговая гиперемия, отек, рыхлость слизистой оболочки 12-перстной кишки, при

атрофии - истончение ее, бледность, наличие эрозий.

– Прицельная биопсия слизистой оболочки 12-перстной кишки по показаниям.

– Определение кислотообразующей функции желудка.

Хронический гастродуоденит – хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки 12-перстной кишки и пилорического отдела желудка, сопровождающееся нарушением регенерации слизистой оболочки этих отделов пищеварительного тракта, расстройством секреторной функции и моторики.

Данная патология встречается значительно чаще, чем изолированное поражение желудка и 12-перстной кишки. В период обострения заболевания больные жалуются на боли в околопупочной, эпигастральной области. Желудочные боли поздние (через 1-2 часа после еды) или возникают натощак. Эквивалентом ранних болей является чувство быстрого насыщения.

В случаях гастродуоденита, осложненных эзофагитом, или когда изменения в желудке выражены более значительно, чем в 12-перстной кишке, наблюдается сочетание ранних и поздних болей. При этом боли локализуются не только в области пупка, но и в эпигастральной области. Для заболевания характерна сезонность (осень-весна). Нередко выявляется мойнингановский ритм болей: боль – прием пищи – облегчение – боль.

Астеновегетативный синдром проявляется утомляемостью, недомоганием, функциональными расстройствами сердечно-сосудистой системы, признаками гиповитаминоза.

Диагностика:

– Эндоскопия желудка и 12-перстной кишки - распространенные или ограниченные изменения слизистой оболочки желудка.

Формы поражения слизистой оболочки желудка:

· поверхностный гастродуоденит – очаговая гиперемия, утолщение складок, умеренный отек слизистой оболочки;

· гипертрофический гастродуоденит – слизистая оболочка гиперемирована, резко отечна, имеет «зернистый» вид, складки утолщены и ригидны;

· эрозивный гастродуоденит – гиперемия и отечность слизистой, единичные или множественные эрозии («полные» или «неполные»);

· субатрофический (атрофический) гастродуоденит – слизистая оболочка желудка и 12-перстной кишки бледно-серая, ис-

тонченная, сосудистый рисунок усилен.

– Рентгенография желудка и 12-перстной кишки с контрастом (по показаниям) – утолщение складок слизистой оболочки, изменение её рельефа (потеря исчерченности), нарушение моторики.

– Фракционное исследование желудочного сока.

– рН-метрия внутрижелудочная – гиперсекреция и гиперацидность.

Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся разнообразной клинической картиной в зависимости от стадии и локализации язвенного дефекта, а также наличием пептической язвы в желудке или 12-перстной кишке.

У детей в 90% случаев встречается язвенная болезнь 12-перстной кишки. В ее развитии большое значение имеет наследственный фактор. В период обострения заболевания дети предъявляют жалобы на выраженные боли в области живота, возникающие через 1-1,5 часа после приема пищи, ночью, натощак. Боли носят мойнингановский характер, приступообразные, колющие, режущие, у части больных иррадиируют в спину, поясницу, правое плечо, лопатку. Боль локализуется преимущественно в пилородуоденальной зоне или правом подреберье. Болевой синдром сопровождается нарушением моторики – тошнота, рвота, изжога, отрыжка, запоры. Нарушается общее состояние детей: они беспокойны, плаксивы, раздражительны. Синдром вегетативной дисфункции характеризуется повышенной потливостью, склонностью к брадикардии и гипотензии, красным разлитым дермографизмом, эмоциональной лабильностью, гидрозом конечностей, может быть незначительная задержка физического развития.

Диагностическое значение имеет симптом Менделя (болезненность при поколачивании выпрямленным пальцем в точке проекции луковицы 12-перстной кишки), который наблюдается у 75-80% детей. Характерная особенность клинического течения язвенной болезни 12-перстной кишки – сезонность обострений.

При локализации язвенного дефекта в теле желудка характерны «кранние» боли в эпигастрии после приема грубой, жареной пищи или сырых овощей, отрыжка воздухом, снижение аппетита, рвота после еды, стойкая болезненность в области

проекции антрального отдела на брюшную стенку.

Диагностика:

– Исследование крови: может наблюдаться снижение эритроцитов и гемоглобина (при длительном течении процесса, кровотечениях).

– Эндоскопия: дефект слизистой оболочки, признаки сопутствующего гастрита, гастродуоденита, рубцово-язвенная деформация луковицы 12-перстной кишки.

– Исследование кислото-, секреторно- и ферментообразующей функции желудка – гиперсекреция соляной кислоты, пепсина.

– Исследование на *Helicobacter pylori*.

– Рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки с бариевой массой (по показаниям): прямые признаки («ниша» с воспалительным валом, конвергенция складок слизистой оболочки прилежащего отдела желудка); косвенные признаки (нарушение тонуса желудка, ускорение эвакуации, нарушение рельефа слизистой оболочки, наличие уровня секреторной жидкости натощак).

Дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) – функциональное нарушение моторики желчного пузыря и протоков, проявляющееся нарушением оттока желчи в 12-перстную кишку.

Гипотонический и гипокINETический тип дискинезии проявляется постоянными ноющими болями в правом подреберье, сопровождается снижением аппетита, горечью во рту, тошнотой, вздутием живота, увеличением размеров печени, симптомами интоксикации, выражены симпатические вегетативные реакции.

Гипертонический и гиперкинетический тип дискинезии сопровождается кратковременными болями приступообразного, схваткообразного и режущего характера. Отрицательные эмоции, физические нагрузки, погрешности в диете способствуют рецидивированию болевого синдрома при этом типе дискинезий. В промежутках между приступами дети жалоб не предъявляют. Симптомы интоксикации отсутствуют. Характерна исходная ваготония.

Диспепсический синдром проявляется тошнотой, отрыжкой горьким, чувством горечи во рту, запорами или поносами.

Диагностика:

– Дуоденальное зондирование - для гипертонической фор-

мы ДЖВП характерно увеличение фазы закрытого сфинктера Одди до 6 минут и более (гипертония сфинктера Одди), отсутствие выделения порции А (спазм сфинктера Люткинса).

При гиперкинетическом типе ДЖВП отмечается ускоренное опорожнение желчного пузыря, порция В - небольшая по объему, выделяется медленно, прерывисто. Объем пузырной желчи соответствует возрастным нормам.

При гипотонии сфинктера Одди желчь вытекает сразу после прохождения зонда в 12-перстную кишку.

Для гипокинетического типа ДЖВП характерно замедленное опорожнение желчного пузыря с большим объемом желчи в порции В.

– УЗИ желчного пузыря с исследованием двигательной функции – замедленное или ускоренное опорожнение желчного пузыря.

– Внутривенная холецистография с контрастом – нарушение двигательной функции желчного пузыря.

Хронический холецистит (холецистохолангит) – хронический воспалительный процесс в стенке желчного пузыря и желчных путях бактериального, вирусного или абактериального происхождения, характеризующийся непостоянными ноющими болями в правом подреберье.

Приступы болей возникают чаще после физической нагрузки, стрессовых ситуаций, пищевой погрешности (жирная, жареная, холодная пища, яйца, острые блюда, газированные напитки), интеркуррентной инфекции. Боли иррадиируют в правое плечо, лопатку, ключицу. При пальпации мышечное напряжение в правом верхнем квадранте живота, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Лешака и др. Сопровождаются тошнотой, рвотой, метеоризмом, иногда субиктеричностью склер, субфебрилитетом, неустойчивым стулом.

Диагностика:

– Общий анализ крови – лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ

– Биохимическое исследование крови – повышение билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, положительная ДФА, СРБ

– УЗИ – увеличение толщины стенки желчного пузыря более 4 мм, «зазубренность» внутреннего контура стенки пузыря, уменьшение его размеров.

– Холецистография – изменение размеров желчного пузыря, нарушение его концентрационной функции.

– Дуоденальное зондирование (не в период обострения) с последующим химическим, физическим и бактериологическим исследованием желчи (выявление слизи, кристаллов холестерина, лейкоцитов).

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) - заболевание, характеризующееся образованием камней в желчном пузыре, желчных ходах.

Для большинства детей характерно латентное течение заболевания, характеризующееся периодическими болями в животе, чаще локализующимися в области правого подреберья. Они иногда связаны с приемом острой, жирной или жареной пищи, сопровождаются горечью во рту, тошнотой, отрыжкой пищей и воздухом. Явления интоксикации выражены умеренно. При пальпации живота определяется умеренная болезненность в области правого подреберья.

Диагностика:

– Дуоденальное зондирование – в порции В мелкие камни, песок, кристаллы.

– Внутривенная холецистография с контрастом.

– УЗИ желчного пузыря и желчевыводящих путей – визуализация конкрементов.

Хронический гепатит – длительно протекающее полиэтиологическое воспалительное заболевание печени без перестройки ее структуры.

Сопровождается снижением аппетита, непереносимостью жирной пищи, болями и чувством тяжести в правом подреберье, возникающими при физической нагрузке или после приема пищи, а также повышенной утомляемостью, слабостью, потливостью, лабильностью пульса, неустойчивостью артериального давления, умеренной гепатомегалией, чаще за счет правой доли. В редких случаях определяются субиктеричность кожи и склер, единичные сосудистые звездочки, «печеночные ладони».

Диагностика:

– Биохимическое исследование крови - повышение активности АсАТ, АлАТ, ЛДГ, тимоловой пробы, бета-липопротеидов, повышение активности щелочной фосфатазы, билируби-

на, гипоальбуминемия, гипергаммаглобулинемия, признаки репликации вирусов (положительные маркеры HBV, HCV и HDV).

– Пункционная биопсия (по показаниям) - некровоспалительный процесс в печени.

– Иммунологическое исследование - повышение в сыворотке крови иммуноглобулина М, G, E, высокий титр антиядерных и антимиохондриальных антител.

– Коагулограмма – нарушение свертывания крови.

– Анализ крови общий – ускоренное СОЭ, лейкоцитоз, тромбоцитопения.

– УЗИ – увеличение печени, повышение ее плотности, увеличение селезенки.

Хронический панкреатит – хроническое воспаление поджелудочной железы, сопровождающееся выраженными морфологическими и функциональными нарушениями этого органа, характеризуется периодически наступающими обострениями, ремиссиями различной длительности.

В период обострения основное значение приобретает болевой синдром. Боль возникает приступообразно, в верхней половине живота слева и в подложечной области, носит опоясывающий характер, иррадирует в левое плечо, часто сопровождается тошнотой, рвотой. При пальпации живота определяют болевые зоны и точки: зону Шоффара, точку Мейо-Робсона, Де-Жардена, Кача. Нарушается общее состояние: частые головные боли, эмоциональная лабильность, утомляемость, ребенок теряет в массе тела, стул учащается до 3-4 раз в сутки, умеренно разжижен, зловонный, обильный с признаками мальабсорбции (стеаторея, креаторея, амилорея). В период ремиссии болевой синдром и нарушения функции органов пищеварения уменьшаются, но признаки функциональных расстройств поджелудочной железы сохраняются.

Диагностика:

– Определение содержания панкреатических ферментов в крови и моче.

– Копрограмма – амилорея, креаторея, стеаторея.

– Исследование содержания панкреатических ферментов в дуоденальном содержимом после стимуляции панкреозимином (1 Ед/кг), секретинном (1 Ед/кг), 0,5% раствором соляной кислоты.

– Прозериновый уро- и сывороточный тест.

– Липидограмма кала (в норме количество жира, выделяемое с калом за 1 сутки, составляет не более 10%).

– Определение эластазы-1 в кале (в норме активность эластазы-1 в кале у детей старше 1 месяца и взрослых больше 200 мкг/г кала).

– Инструментальные методы диагностики (УЗИ – изменение размеров, контуров, структуры, наличие эхоплотных включений, состояние Вирсунгова протока; рентгенологический метод; эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография).

Хронический энтероколит – хроническое воспалительное поражение тонкой и толстой кишок с нарушением их пищеварительной, всасывательной, двигательной и выделительной функции.

Клинически проявляется сочетанием болей и диспептических расстройств. Наиболее часто боль при энтероколите ощущается вокруг пупка, реже в нижней части живота с урчанием в околопупочной области и шумом плеска в слепой кишке. Проявляется неприятными ощущениями или носит схваткообразный характер типа кишечных колик в разное время суток, продолжительностью от 10-15 минут до 3-5 часов. Боль не зависит от приема пищи, но появляется или усиливается в зависимости от характера пищи (после употребления продуктов, вызывающих брожение). Стул неустойчивый (чередование поносов с запорами). Кал в виде плотной «пробки» вначале и светлый пенистый, со слизью в конце, иногда в виде «овечьего». Живот вздут из-за метеоризма. На фоне заболевания появляются признаки интоксикации, гиповитаминоза, гипомикроэлементоза, задержка нарастания массы тела, роста, расстройства белкового обмена.

Диагностика:

– Анализ крови общий – снижение гемоглобина, лейкоцитов, ускорение СОЭ.

– Копрограмма – изменение консистенции кала, обнаружение воспалительных элементов, рост йодофильной флоры, нарушения переваривания пищи.

– Посев кала – признаки дисбактериоза кишечника.

– Ректоромано- и колоноскопия – выявление воспалительных изменений слизистой оболочки.

– Рентгенологическое исследование – нарушения моторики кишки, аномалии и другие органические изменения.

Неспецифический язвенный колит (НЯК) – хроническое небактериальное заболевание, характеризующееся воспалительно-язвенным поражением толстой кишки и проявляющееся гемоколитом.

Заболевание характеризуется рецидивирующим течением. Развивается постепенно. Первыми признаками заболевания являются приступы схваткообразных болей в животе при дефекации, локализующихся в левой половине живота (подвздошная область). Затем появляется примесь крови, слизь с гноем, чередование неустойчивого и оформленного стула, повышается температура тела, снижается аппетит, развивается анемия (в анализе крови снижение гемоглобина и эритроцитов), отмечается задержка физического развития. Могут присоединяться изменения со стороны других систем: узловатая эритема, пиодермия, гепатит, артрит. При пальпации определяется урчащая, спастически спазмированная сигмовидная кишка с уплотненными стенками.

Диагностика:

– Длительное течение гемоколита (более 6 недель) без выраженной температурной реакции при отрицательных результатах повторных исследований кала на патогенную группу.

– Отсутствие эффекта от антибактериальной терапии.

– Эндоскопия - гиперемия, отечность слизистой оболочки, контактная кровоточивость, эрозии и язвы с дном, покрытым фибрином и гноем.

– Рентгенологическое исследование с контрастом – деформация или отсутствие гаустр, зубчатость контуров толстой кишки, сужение просвета, дефекты наполнения.

– Общий анализ крови – анемия, ускорение СОЭ.

– Биохимический анализ крови – гипопропротеинемия, гипергаммаглобулинемия.

Болезнь Крона – хронический неспецифический воспалительный гранулематозный процесс, поражающий различные отделы желудочно-кишечного тракта, но чаще слепую и дистальные отделы подвздошной кишки.

Клинически проявляется болями в животе схваткообразного характера, возникающими после еды и перед дефекацией. Возможны также боли при движениях, наклонах туловища (связаны с развитием сплошного процесса), локализующиеся по ходу толстого кишечника (в боковых и нижних отделах живо-

та). К характерным клиническим признакам относят ректовагинальные, кишечно-пузырные, толсто-тонкокишечные свищи и поражение перианальной области (трещины, линейные язвы). Остальные клинические проявления болезни Крона такие же, как и при НЯК.

Диагностика:

- Наличие диареи более 3 месяцев.
- Колоноскопия – стенозирование толстой кишки с пристеночным расширением или сегментарным поражением толстой кишки в виде «булыжной мостовой».
- Гистологические данные – обнаружение эпителиальных гранулем с гигантскими клетками Лангерганса.

Хронический колит (ХК) – воспалительно-дистрофическое поражение слизистой оболочки толстой кишки различной этиологии.

Для ХК характерны боли, локализующиеся в нижней части живота, иногда около пупка, в левом подреберье. Боли носят разнообразный характер – тупые, ноющие, приступообразные, распирающие. Усиливаются при приеме грубой клетчатки, молока, газированных напитков, уменьшаются после отхождения газов, дефекации, после применения тепла на живот, приема спазмолитических препаратов. Локализация болей зависит от локализации и распространения процесса. При тотальном и правостороннем колите боли локализуются преимущественно в правых отделах живота (особенно в правой подвздошной, иррадиируют в правую ногу, пах). При ангите (поражение области селезеночного изгиба – синдром левого подреберья) – боли в левом подреберье с иррадиацией в спину, левую половину грудной клетки. При левосторонних дистальных колитах болезненность отмечается в левой подвздошной области, нижних отделах живота слева, боль иррадиирует в левую паховую область и промежность.

Диспептический синдром – метеоризм, тошнота, снижение аппетита. Изменения со стороны стула – чередование поносов с запорами, синдром недостаточного опорожнения, ложные позывы на дефекацию, «запорный понос». Общее состояние обычно не нарушено. При объективном обследовании обращает внимание обложенность языка, запах изо рта, при пальпации живота – урчание и болезненность по ходу толстой кишки.

Диагностика:

– Колоноскопия – воспалительные изменения слизистой оболочки кишки.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – комплекс функциональных расстройств толстой кишки, не связанных с органическим ее поражением и продолжающихся свыше 3 месяцев на протяжении 1 года.

Абдоминальная боль – обязательный компонент клинической картины СРК. Может проявляться от легкого дискомфорта до интенсивной постоянной схваткообразной боли, с локализацией внизу живота, чаще в левой подвздошной области, но иногда в любом отделе, вплоть до эпигастрия. Появляется после еды, носит непрерывно-рецидивирующий характер, усиливается при нарушении диеты, стрессовых факторах, переутомлении, стихает после дефекации и отхождения газов и, что особенно характерно, боли не беспокоят по ночам.

Болевой синдром сопровождается вздутием живота, метеоризмом, усилением перистальтики кишечника, диареей или урежением стула, потери массы тела не наблюдается. Больные предъявляют много жалоб не гастроэнтерологического характера – головную боль, боли в поясничной области, дисменорею, дизурию, депрессию, утомляемость и др.

СРК - диагноз исключения.

Комплекс обследования направлен на исключение органической патологии кишечника и подтверждения функционального характера страдания.

Пищевая аллергия – состояние повышенной чувствительности к использованию тех или иных продуктов питания, которая проявляется возникновением клиники явных симптомов или реакций аллергического генеза.

Боли в животе - частое проявление этого заболевания у детей как младшего, так и старшего возраста. Наиболее часто пищевая аллергия проявляется клиническими признаками нарушения деятельности органов пищеварения, но нередко наблюдаются патологические симптомы и со стороны других органов и систем.

Употребление пищи, к которой у ребенка отмечается повышенная чувствительность, может вызвать катаральное, афтозное или язвенное поражение полости рта: стоматит, гингивит,

глоссит и другие, а со стороны пищевода – эзофагит и эзофагоспазмы (в частности, спазм кардиального отдела пищевода). При алиментарной аллергии гораздо чаще страдает желудок, возникают типичные гастритические симптомы: боль и тяжесть в эпигастральной области, отрыжка, изжога, горечь во рту, тошнота и в ряде случаев рвота, нередко с большой примесью желудочного сока за счет гиперсекреции. Боль в животе может быть единственным проявлением пищевой аллергии, порой боли настолько интенсивны (спазм гладкой мускулатуры), что их называют даже «брюшной мигренью», а сопровождающие болевой синдром общие явления – «вегетативной бурей».

Поражения и нарушения функции тонкого и толстого кишечника проявляются острыми схваткообразными, реже ноющими тупыми болями по всему животу, которые могут сочетаться с урчанием и переливанием, позывами на дефекацию, частым жидким стулом, нередко с примесью непереваренной пищи и слизи.

Диагностика:

- Ведение пищевого дневника.
- Выяснение аллергологического анамнеза.
- Проведение провокационных проб с пищевыми продуктами.
- Проведение кожных проб.
- Общий анализ крови – эозинофилия, возможна анемия, тромбоцитопения.
- Определение уровня иммуноглобулина Е общего и специфического.
- Консультация аллерголога.

Хронический рецидивирующий аппендицит – это регрессия острого аппендицита на стадии катарального воспаления с возможными последующими обострениями.

Клиническая картина хронического аппендицита характеризуется более или менее выраженными болями в правой подвздошной области, нередко усиливающимися при физической нагрузке.

При пальпации живота определяются болезненная слепая кишка, часто положительный симптом Образцова (урчание в области слепой кишки при пальпации). Симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

Диагностика:

– Рентгенологические и ультразвуковые методы исследования.

– Компьютерная томография (КТ) - расширенный аппендикс, апикальное уплотнение, расширение конца аппендикса по типу наконечника стрелы, абсцесс, флегмона, наличие жидкости.

Новообразования. У детей встречаются доброкачественные и злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта. Последние встречаются редко. Чаще всего они представлены полипами. Клиническая картина новообразования складывается из болей в животе ноющего или спазматического характера, диареи, кишечных кровотечений, нарушения питания, явлений интоксикации.

Диагностика:

– Рентгенологическое исследование - дефект наполнения, полипы, инвагинаты.

– Фиброколоноскопия.

– Пальцевое исследование.

– Ректороманоскопия.

Острый или хронический неспецифический мезаденит (мезентериальный лимфаденит) – воспаление брыжеечных лимфатических узлов, вызываемое аденовирусной инфекцией. Заболевание чаще встречается весной и осенью. Отмечается прямая зависимость его от учащения случаев острой респираторной вирусной инфекции.

Острый мезаденит иногда сопутствует инфекционным заболеваниям (скарлатина, корь, ветряная оспа). Чаще болеют дети в возрасте 4-14 лет, преимущественно, девочки дошкольного и школьного возраста. У детей, страдающих хроническим мезентериальным лимфаденитом, нередки повторные ангины, острые респираторные заболевания, хронический тонзиллит. Острый период заболевания проявляется повышением температуры тела до 38-39° С, иногда тошнотой и рвотой, разлитыми, острыми, периодически усиливающимися, схваткообразными болями в животе. Некоторые дети из-за болей мечутся в постели, ходят или лежат в постели в коленно-локтевом положении. При прекращении болевого приступа сохраняется болезненность в области пупка или в правой подвздошной области. В период между болевыми атаками общее состояние детей сравнительно

удовлетворительное. Мезаденит нередко протекает как острое хирургическое заболевание, поэтому дети должны находиться под наблюдением врача в условиях стационара.

Мезентериальный лимфаденит туберкулезной этиологии проявляется болями вокруг пупка, усиливающимися при ходьбе и физическом напряжении. При пальпации боль локализуется преимущественно в проекции корня брыжейки: левом верхнем (точка Поркеса) и правом нижнем квадрантах живота. Клиническое улучшение наступает после назначения туберкулостатических препаратов *ex ugantibus*.

Диагностика:

- Туберкулезный анамнез.
- Проведение пробы Манту с 2ТЕ.
- Лапароскопия и компьютерная томография мезентериальных лимфатических узлов.
- УЗИ брюшной полости - выявление обызвестных мезентериальных лимфатических узлов.

Хронический пиелонефрит. Ему свойственна тупая, постоянная, иногда приступообразная боль в животе, различной локализации в сочетании с повышением температуры тела до субфебрильных и фебрильных цифр, пониженный аппетит, общее недомогание, повышенная утомляемость, дизурические явления.

Диагностика:

- Общий анализ крови – лейкоцитоз, увеличение СОЭ, нейтрофильный сдвиг формулы влево.
- Общий анализ мочи – лейкоцитурия, протеинурия, бактериурия.
- Анализ мочи по Нечипоренко, Адисс-Каковскому, Амбюрге – увеличение лейкоцитов.
- Биохимический анализ крови – диспротеинемия в периоде обострения, увеличение содержания сиаловых кислот, С-реактивного белка, при нарушении азотвыделительной функции почек – повышение уровня мочевины, креатинина.
- Рентгенологическое исследование с контрастом и УЗИ почек – снижение тонуса верхних мочевых путей, деформация чашечно-лоханочной системы, пиелозктазия.
- Выделение возбудителя в моче.

Хронический цистит – микробно-воспалительный или иммунопатологический процесс в слизистой оболочке мочевого пузыря, сопровождающийся постоянными или коликообразными болями внизу живота перед или во время мочеиспускания. При глубокой пальпации определяется напряжение стенки живота.

Диагностика:

- Синдром дизурии – учащенное (поллакиурия), малыми порциями, болезненное мочеиспускание, недержание мочи.
- Общий анализ мочи – мутная моча, лейкоцитурия нейтрофильного характера, протеинурия, бактериурия, эритроцитурия (свежие эритроциты), клетки плоского эпителия.
- Посев мочи – патогенная флора, чаще кишечная палочка.
- Анализ крови – лейкоцитоз, нейтрофилез с левосторонним сдвигом, повышение СОЭ.
- Рентгенологическое исследование – паренхима почек не изменена, ограниченный стеноз или спазм уретры, дисфункция мочевого пузыря.
- Цистоскопия – изменение слизистой оболочки мочевого пузыря.

Гидронефроз – стойкое, прогрессирующее расширение почечной лоханки и чашечек вследствие нарушения оттока мочи в пиелoureтральном сегменте, приводящее к постепенной атрофии почечной паренхимы. Наиболее частым симптомом является боль в животе, иногда в пояснице, сопровождающаяся дизурией, гематурией, лейкоцитурией.

Диагноз:

- Ультразвуковое и рентгенологическое исследования - расширение лоханок и чашечек с четкими, ровными контурами.

Хронический сальпингофорит (ХСО) – хроническое воспалительное заболевание придатков матки.

Клиническая картина разнообразна. Наиболее часто больные жалуются на ноющие, тупые боли внизу живота, в области крестца, усиливающиеся при охлаждении, экстрагенитальных заболеваниях. Боль особенно выражена по ходу тазовых нервов. ХСО приводит к нарушению менструальной функции. Нередко у этих больных выявляются нарушения функций пищеварительной, мочевыделительной и гепатобилиарной систем. Течение ХСО характеризуется частыми обострениями, связан-

ными с влиянием неблагоприятных факторов, снижением защитных сил.

Диагностика:

– Осмотр гинеколога с последующим обследованием по показаниям.

Кишечные колики кроме грудных детей, можно встретить и у детей дошкольного, а даже и школьного возраста. Чаще они имеют место у детей-невротиков, растущих в невротизирующей обстановке. Проявляются в любое время суток внезапно, главным образом днем, носят приступообразный характер и бывают разной интенсивности. Локализуются около пупка, длительность их разная, исчезают спонтанно, причем при объективном исследовании никакой патологии не обнаруживается.

Гельминтозы – энтеробиоз, трихоцефалез, аскаридоз. Боли бывают слабыми, непостоянными, иногда вообще отсутствуют, локализуются в околопупочной области. Только аскариды могут привести к острой боли в животе – при закупорке кишки сплетенными в клубок глистами или при попадании глистов в общий желчный проток. Боли обычно возникают по утрам, натощак и проходят после приема пищи. Сопровождаются головными болями, повышенной утомляемостью, периодическим повышением температуры, задержкой физического развития. Боли в животе можно связать с соответствующим паразитом лишь тогда, когда исчезают после излечения больного ребенка от паразитоза.

Диагностика:

– Обнаружение в кале яиц власоглавок, аскарид, остриц в перипростальном соскобе.

– Общий анализ крови – эозинофилия, анемия.

Лямблиоз кишечника. Боли локализуются чаще в правом подреберье, околопупочной области, усиливаются после приема пищи, сопровождаются головными болями, слабостью, утомляемостью, снижением или полным отсутствием аппетита, периодически возникающей рвотой, неустойчивым стулом.

Диагностика:

– Обнаружение цист лямблий в фекалиях или вегетативных форм в дуоденальном содержимом.

– Иммунологические методы.

Сильные боли в животе приступообразного характера, не исчезающие полностью в промежутках, являются характерным и основным признаком абдоминальной формы узелкового периаартериита. Боли охватывают весь живот, но дети локализируют их чаще всего около пупка. Они могут сочетаться с болями и в других участках тела, например, в конечностях, мышцах и т.д. Другими характерными признаками этого заболевания являются быстро наступающее и значительное похудание, геморрагические проявления со стороны кожи, внутренних органов почек, повышение кровяного давления.

Повторяющимися болями в животе сопровождаются *гемолитические кризы хронических гемолитических анемий*, диагноз которых основывается на установленной анемии с желтушностью, гепатомегалии и гематологических исследованиях.

В истерическом припадке, наряду с множеством других жалоб и проявлений, ребенок может сообщить и о болях в животе при совершенно отрицательной объективной находке со стороны живота.

В редких случаях боль в брюшной полости является эквивалентом или аурой эпилептического припадка – *абдоминальная эпилепсия*. При этом варианте заболевания боль в брюшной полости может быть ведущим симптомом, но пароксизмы всегда повторяются в одном и том же определенном стереотипном комплексе проявлений: боль в брюшной полости, тошнота, рвота, побледнение, появление пота и др., иногда во время приступа наступает непроизвольное мочеиспускание, может отмечаться и диарейный стул. Чаще всего приступы появляются утром при просыпании, но могут наблюдаться и ночью во время сна, а также и днем. Как правило, после приступа у детей наблюдается слабость и они засыпают. Постановка диагноза облегчается при наличии типичных эпилептических припадков у ребенка в прошлом, а также при наличии приступов у других членов семьи.

Очень часто здоровые дети дошкольного и школьного возраста жалуются на приступообразные боли в животе во время игр и бега. При этом они точно определяют место боли или в правом, или в левом подреберье, или одновременно с двух сторон. Эта боль является результатом сокращения печени и, соответственно, селезенки, которые в качестве резервуаров крови, при внезапно возникших напряжениях мышц, выбрасывают

резервные количества крови, необходимые для работы мышц. Этим болям не следует придавать особое значение, но такой диагноз можно поставить, лишь исключив возможность любого иного заболевания.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей

В настоящее время у населения индустриально развитых стран гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) занимает одно из первых мест по частоте среди заболеваний пищевода и в целом в гастроэнтерологии. Ведущий симптом ГЭРБ - периодически возникающая изжога - отмечается у 20-40% людей. Ежедневно симптомы ГЭРБ испытывают до 10%, еженедельно - до 30%, ежемесячно - до 50% взрослого населения. Эзофагит выявляется у 3-4% в популяции и у 6-12% больных, которым проводилось эндоскопическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта. Состояние пищевода у новорожденных и детей остается относительно малоизученной зоной: только небольшое число исследований проведено на ограниченном контингенте больных раннего возраста. У 60% детей до 18-месячного возраста было выявлено отсутствие гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), но при дальнейшем наблюдении у 10% отмечалось развитие эзофагита. В целом считается, что патология пищевода среди всех заболеваний органов пищеварения у детей составляет от 11% до 13%.

Наиболее полное определение этой болезни, приведенное на IV Всемирной гастроэнтерологической неделе (Берлин, 1995), принадлежит J. Janssens. «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь - полисистемное заболевание, обусловленное повреждением пищевода и смежных органов вследствие первичного нарушения двигательной функции пищевода, ослабления антирефлюксного барьера нижнего пищеводного сфинктера, снижения пищеводного клиренса и опорожнения желудка, которые ведут к длительному спонтанному контакту слизистой пищевода с кислым или щелочным желудочным содержимым».

Как известно, стенка пищевода состоит из 4 слоев - слизистой, подслизистой, мышечной и адвентициальной оболочек. Слизистая оболочка представлена многослойным плоским неороговевающим эпителием, состоящим из 20-25 слоев клеток. В области перехода плоского эпителия пищевода в цилиндрический эпителий желудка располагается зубчатая граница - Z-линия. Подслизистая оболочка - рыхлый слой соединительной

ткани с большим количеством кровеносных сосудов, нервов и желез. Мышечная оболочка состоит из мощного циркулярного и более тонкого продольного слоев. Адвентиция содержит лимфатические сосуды, покрытые однорядным плоским эпителием.

В нормальных условиях рН в нижней трети пищевода составляет 6,0. Гастроэзофагеальным рефлюксом считается снижение рН менее 4,0 (при попадании в пищевод кислого желудочного содержимого при кислотном варианте ГЭР) или повышение рН более 7,0 (при попадании в пищевод желчи и панкреатического сока при щелочном или желчном варианте ГЭР). Значительный вклад в изучение двигательной функции пищевода внесло применение суточного мониторинга внутрипищеводного рН. Было установлено, что физиологический рефлюкс возникает, главным образом, после еды, не вызывает клинической симптоматики и редко отмечается во время сна. В норме допускается не более 50 кратковременных рефлюксов с общим временем снижения уровня интраэзофагеального рН ниже 4,0 не более 1 часа в сутки (или 5% от всего времени рН-мониторирования пищевода).

Основными причинами возникновения ГЭРБ являются:

- нарушение функции нижнего пищеводного сфинктера вследствие его структурных изменений или расстройства нейромышечного контроля, приводящее к частым и длительным эпизодам его расслабления;
- снижение пищеводного клиренса вследствие нарушения перистальтической функции пищевода и саливации, приводящей к ощелачиванию агрессивного действия желудочного содержимого;
- уменьшение резистентности слизистой оболочки пищевода.

Защитная система пищевода имеет три уровня:

- предэпителиальный, включающий муцин, немугиновые протеины, бикарбонаты, продуцируемые слюнными железами и подслизистого слоя пищевода;
- эпителиальный, представленный 25 слоями клеток плоского эпителия пищевода и его нормальной регенерацией;
- постэпителиальный, обеспечиваемый адекватным кровоснабжением и нейтральным тканевым кислотно-щелочным балансом.

Развитие ГЭРБ, по аналогии с язвенной болезнью, можно представить в виде весов, на одной чаше которых находятся агрессивные факторы (заброс кислоты, пепсина, желчи, панкреатических ферментов вследствие ГЭР, снижение саливации, нарушение пищеводного клиренса), а на другой - факторы защиты (эффективное эзофагеальное очищение, адекватная саливация, резистентность слизистой оболочки пищевода, антирефлюксная функция нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и др.).

В последние годы широко обсуждается роль инфицирования *Helicobacter pylori* в развитии эзофагита. В одних исследованиях установлено увеличение частоты возникновения эзофагитов после проведения эрадикационной терапии. В других указывается на недооценку тяжести имеющихся изменений пищевода к моменту назначения лечения. Таким образом, вопрос о роли *Helicobacter pylori* при ГЭРБ до настоящего времени остается нерешенным и требует дальнейшего изучения.

У новорожденных толщина кардиального жома составляет 0,8-0,9 мм, протяженность его - 4-5 мм. К концу первого года жизни ребенка размеры, соответственно, увеличиваются до 1,5 мм и 5-8 мм. Завершение формирования нижнего пищеводного сфинктера происходит на 1-3 году жизни, поэтому ГЭР у детей первых 3 месяцев является обычным физиологическим явлением и проявляется срыгиваниями или рвотой. Кроме того, в основе рефлюкса у новорожденных лежит шарообразная форма и незначительный объем желудка, замедление эвакуации его содержимого.

Несостоятельность антирефлюксного механизма может быть первичной и вторичной. Основой первичной несостоятельности у детей раннего возраста обычно являются нарушения вегетативной регуляции моторики пищевода, что чаще обусловлено гипоксией мозга при неблагоприятном течении беременности и родов. Доказана связь между повреждением позвоночника и спинного мозга в шейном отделе в родах и функциональными нарушениями пищеварительного тракта. Ряд продуктов (кофе, жиры, пряности, шоколад, алкоголь), медицинские препараты (седативные, барбитураты, антихолинергетики, блокаторы кальциевых каналов, допамин и др.) могут приводить к снижению тонуса нижнего пищеводного сфинктера. Вторичная несостоятельность обуславливается грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, пилороспазмом и/или пилоростенозом, стимуляторами желудочной секреции, склеродермией и др.

Поражение слизистой пищевода может возникнуть при сильном, но кратковременном воздействии на нее повреждающего фактора: ожог очень горячей пищей или питьем, или такими химически раздражающими веществами, как йод, концентрированные кислоты и щелочи. Эзофагит может наблюдаться и при некоторых инфекционных заболеваниях (дифтерия, скарлатина, корь, острые респираторные заболевания, герпес, грибковая инфекция), при травме пищевода инородным телом, радиационном поражении. Вторичные поражения слизистой оболочки пищевода отмечаются при систематических алиментарных погрешностях (употребление слишком горячей, острой пищи), пищевой аллергии, застое и разложении пищи в пищеводе при его стенозе или дивертикуле, после ингаляционного наркоза, при гиповитаминозах А, С, группы В, при передозировке антибиотиков, системных заболеваниях (склеродермия), варикозном расширении вен пищевода при портальной гипертензии.

Диагностика. Наиболее достоверным методом диагностики патологии пищевода является эндоскопическое исследование. ЭГДС дает возможность оценить характер и степень выраженности воспалительных изменений пищевода, определить наличие осложнений, произвести прицельную биопсию слизистой оболочки пищевода, а также установить состояние нижележащих отделов (желудка, 12-перстной кишки), решить вопрос о последующем объеме терапии и контролировать ее. Следует помнить, что эзофагоскопия при острых эзофагитах, а также при типичной картине ГЭРБ и отсутствии тревожных симптомов (признаков кровотечения, мелены, анемии, потери массы тела) не проводится. В этих случаях диагноз ставится на основании данных анамнеза и клинической картины. При эндоскопически негативном ГЭР визуальные признаки воспаления пищевода отсутствуют.

Гистологическое исследование слизистой оболочки пищевода позволяет оценить активность воспалительных изменений, их глубину и специфику, обнаружить осложнение ГЭРБ - метаплазию эпителиальной выстилки пищевода с развитием синдрома Баррета.

Рентгенологическое исследование, которое сейчас проводится значительно реже, дает возможность оценить скорость прохождения контрастного вещества по пищеводу, его тонус, наличие или отсутствие диафрагмальной грыжи и регургита-

ции, выявить осложнения ГЭРБ.

Суточная внутрипищеводная рН-метрия является наиболее чувствительным и специфичным методом диагностики ГЭРБ, позволяющим получить достоверную количественную информацию о степени выраженности и продолжительности ГЭР. Суточное рН-мониторирование дает возможность осуществлять подбор лекарственных препаратов и контроль проводимой терапии. Метод информативен при дифференциальной диагностике состояний, протекающих с упорным кашлем, ночными приступами бронхиальной астмы, загрудинными болями и нарушениями ритма сердца. Установлено, что основные клинические симптомы ГЭРБ могут не соответствовать степени эндоскопических изменений пищевода, но хорошо коррелируют с данными суточной рН-метрии. Высокоспецифичной и чувствительной является также 12-часовая рН-метрия пищевода.

Для оценки функции нижнего пищеводного сфинктера, контроля эффективности терапии прокинетическими препаратами и при подготовке к хирургическому лечению применяется манометрия.

Классификация. ГЭРБ подразделяется на эндоскопически негативную и позитивную, в зависимости от наличия визуальных признаков воспалительных изменений слизистой пищевода. Для оценки степени тяжести имеющегося эзофагита в настоящее время предложено большое количество классификаций, однако единой эндоскопической классификации степеней эзофагита в настоящее время нет. Наибольшее распространение и практическое применение получила эндоскопическая классификация эзофагитов, предложенная M.Savary, G.Miller (1978), в соответствии с которой различают 4 степени воспалительно-деструктивных изменений и 0 степень, соответствующую интактной слизистой оболочке пищевода.

Таблица 1 Эндоскопическая классификация эзофагитов у детей (по M. Savary, G. Miller, 1978)

Степень эндоскопических изменений	Характер эндоскопических изменений
1	2
0 степень	Нормальная слизистая
I степень	Отек и гиперемия дистальных отделов пищевода, возможны отдельные несливающиеся эрозии, занимающие не более 10% поверхности слизистой оболочки

1	2
II степень	Продольные сливающиеся эрозии пищевода, занимающие до 50% поверхности дистального отдела пищевода
III степень	Циркулярные сливающиеся эрозии, занимающие практически всю поверхность слизистой оболочки пищевода
IV степень	Подобно предыдущей степени, но имеются осложнения: язвенные поражения, стриктуры или развитие метаплазии слизистой оболочки (синдром Баррета, аденокарцинома)

Клиническая картина ГЭРБ представлена эзофагеальными симптомами. Основными и наиболее характерными из них являются изжога, а также срыгивания, усиливающиеся при наклоне туловища и в горизонтальном положении, после погрешностей в диете (употребления жирной, жареной пищи, кофе, газированных напитков и переедания). Возможно, появление болей за грудиной и мечевидным отростком при глотании. Боли могут иррадиировать в область сердца, межлопаточное пространство, шею. Может отмечаться отрыжка воздухом, кислым, горьким. Многократные необильные срыгивания и регургитация возникают преимущественно ночью.

Таблица 2 Симптомы эзофагита у новорожденных
(по Vandenplas Y., Hegar B., 2000)

Общие	Характерные
Раздражительность	Кровавая рвота. Примесь крови в стуле, мелена
Чрезмерный плач	Анемия
Отказ от пищи	Синдром Сандифера (кривошея)
Недостаточная прибавка в массе	Аспирация
Чрезмерное срыгивание	Одышка
Рвота	Апноэ, стридор

Симптомы эзофагита у детей более старшего возраста
(по Vandenplas Y., Hegar B., 2000)

1. Боли в эпигастрии (особенно во время и после приема пищи и ночью)
2. Загрудинные боли
3. Изжога
4. Дисфагия
5. Тошнота, регургитация, рвота
6. Анорексия

7. Специфические нарушения приема пищи
8. Боль при глотании
9. Быстрое насыщение
10. Кровавая рвота, мелена
11. Анемия

ГЭРБ у детей может являться причиной возникновения экстраэзофагеальных симптомов, характерных для ларингеальной и респираторной патологии. К ним относятся ларингоспазм, ларингит, фарингит, апноэ, бронхоспазм, рецидивирующие пневмонии, хронический бронхит, бронхообструктивный синдром и приступы бронхиальной астмы, которые чаще возникают при горизонтальном положении ребенка. Возможны также возникновение экстрасистолии и нарушение сердечной проводимости, поражение зубов. Экстраэзофагеальные симптомы могут иметь место и при эндоскопически негативном течении ГЭРБ.

Хронический эзофагит характеризуется циклическим течением с периодами обострения и ремиссии. Рефлюксэзофагит как изолированная патология у детей встречается редко, и обычно сочетается с хроническим гастродуоденитом, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, хроническим холециститом, что необходимо иметь в виду при выявлении ГЭРБ. Нередко ГЭРБ у детей протекает бессимптомно и является эндоскопической находкой.

Лечение патологии пищевода проводят с учетом этиологии и патогенеза заболевания. Основой эффективной терапии ГЭРБ является изменение образа жизни, в частности, коррекция диеты, объема принимаемой пищи и режима питания. Пищу следует принимать за 3-4 часа до сна, после еды в течение 1,5-2 часов не принимать горизонтального или наклонного положения. Категорически противопоказано переедание. Полностью исключаются из рациона жирные и жареные продукты, шоколад, кофе, газированные напитки, кислые фруктовые соки. Следует избегать употребления продуктов, усиливающих газообразование, и также чеснока, перца, лука, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера.

Спать следует с приподнятым на 15 см изголовьем (на высокой подушке). Приподнимание только головы может привести к повышению внутрибрюшного давления и усилению рефлюкса.

Необходимо помнить, что ряд лекарственных препаратов (те-

офиллин, седативные, транквилизаторы, антагонисты кальция) снижает тонус нижнего пищеводного отверстия с последующим усилением недостаточности кардии и развитием рефлюкс-эзофагита.

Медикаментозное лечение эзофагита проводится с использованием антацидов, альгинатов, антисекреторных препаратов и прокинетики, обладающих антирефлюксным эффектом. Антациды и альгинаты по скорости терапевтического действия (купирование изжоги и болей) превосходят другие препараты и могут назначаться с симптоматической целью. Предпочтение отдают таким гелеобразным, невсасывающимся антацидным препаратам, как фосфалюгель, ма-алокс. Препараты этой группы детям старшего возраста назначают по 1 пакету 3-4 раза в день через 1-2 часа после еды и на ночь. У детей раннего возраста эффективно применение альгинатноантацидной смеси Гавискон, которая назначается по 10 мл после кормления и на ночь. Детский Гавискон может смешиваться с молочной смесью при кормлении из бутылочки. В желудке этот препарат образует вязкий гель, который плавает на поверхности желудочного содержимого и предохраняет слизистую пищевода от агрессивного содержимого желудка.

Из прокинетики применяются метоклопрамид (церукал), домперидон (мотилиум), которые усиливают антропилорическую моторику, что приводит к ускорению эвакуации содержимого из желудка и повышению тонуса нижнего пищеводного сфинктера. **Метоклопрамид назначают детям в возрасте 3-14 лет по 0,1 мг/кг за 30 минут до еды 3-4 раза в сутки.** На фоне приема препарата возможно развитие экстрапирамидных нарушений моторики, аллергических реакций и других побочных эффектов, в связи с чем использование метоклопрамида в настоящее время ограничено.

Более предпочтителен в детском возрасте домперидон, который назначается в дозе **0,25 мг/кг (в виде суспензии или таблеток) 3 раза в день за 15-20 минут до еды** и, в случае необходимости, дополнительно перед сном.

У детей раннего возраста для купирования срыгивания, метеоризма, болей, запоров, неустойчивого стула успешно применяется **прифиниум бромид (риабал) в дозе 0,2 мг/кг/сут. в готовом растворе в 3 приема за 20 минут до кормления.** Препарат обладает антиспастическим и антисекреторным действием.

Антисекреторные препараты при ГЭРБ используются с целью уменьшить повреждающее действие кислотного желудочного содержимого на слизистую оболочку пищевода. Широко применяются H₂-гистаминовые блокаторы (ранитидин, фамотидин). **Ранитидин (150 мг) и фамотидин (20 мг) назначают однократно вечером после ужина (не позднее 20 часов).** При длительном приеме для профилактики обострения заболевания используется половинная суточная доза. Ингибитор протонной помпы омепразол (лосек, омез) по антисекреторному эффекту превосходит другие препараты. Препарат лишен побочных действий, так как в активной форме существует только в париетальных клетках. **Омепразол обычно назначают по 10-20 мг 1 раз в день утром, натощак.**

Следует помнить о том, что выбор объема и длительности медикаментозной терапии зависит от тяжести эзофагита.

Таблица 3 *Схема медикаментозной терапии при эзофагитах*

Степень тяжести эзофагита	Медикаментозные препараты	Длительность лечения
I	прокинетики + антациды	2 нед.
II	прокинетики + H ₂ -блокаторы	2-4 нед.
III-IV	ингибиторы протонной помпы + прокинетики	4-6 нед.

В настоящее время в лечении ГЭРБ используется 3 основных стратегии:

- монотерапия - применение одного антирефлюксного препарата;
- комплексная поэтапно усиливающаяся (step-up) терапия;
- терапия с поэтапным уменьшением (step-down) активности лечения.

Монотерапия хотя и является наиболее простой и дешевой, однако не соответствует многообразию симптоматики заболевания и в последнее время применяется редко. Step-up-терапия начинается с более простых и дешевых методов лечения, которые при отсутствии эффекта постепенно заменяются на более дорогие и сильнодействующие. На первом этапе (обычно, при эндоскопически негативной ГЭРБ) проводится коррекция образа жизни, назначаются антацидные препараты. На втором этапе (при сохранении клинических симптомов) назначаются про-

кинетики или их комбинация с H₂-гистаминовыми блокаторами. При отсутствии эффекта переходят к третьему этапу - назначению ингибиторов протонной помпы. Проведение step-up-терапии является методом лечения при эзофагите I-II степени тяжести при отсутствии язвенных дефектов и осложнений. Схема терапии с поэтапным уменьшением активности лечения (step-down) применяется при язвенных эзофагитах и предполагает назначение препаратов в обратной последовательности, начиная с наиболее мощных, с постепенным переходом ко второму и первому этапу.

Прогноз, профилактика, лечение: рекомендации больному определенного образа жизни и диеты, профилактические курсы прокинетиков и антацидов.

Первый этап лечебно-профилактических мероприятий - это **постуральная терапия**. Она направлена на уменьшение степени рефлюкса и способствует очищению пищевода от желудочного содержимого, уменьшая риск возникновения эзофагита и аспирационной пневмонии. Кормление **грудного ребенка** должно проходить в положении, сидя под углом 45-60°. Этот угол наклона может поддерживаться с использованием ремней и кресла с жесткой спинкой. Ношение ребенка в вертикальном положении после кормления в течение короткого промежутка времени совершенно бесполезно. Постуральное лечение должно поддерживаться в течение дня и также ночью, когда нарушается очищение нижнего отдела пищевода от аспирата, вследствие отсутствия перистальтических волн (вызванных актом глотания) и нейтрализующего эффекта слюны.

При ведении ребенка в амбулаторных условиях больным рекомендуется **диетическая коррекция**. Согласно мнению исследователей, целесообразно использование сгущенной или коагулированной пищи. В последние годы разработаны готовые детские питательные смеси, включающие клейковину рожкового дерева (камедь) – «Фрисовом» и «Нутрилон» и др., а также «Сэмпер», содержащая амилопектин. Так, например, «Фрисовом» - готовая к употреблению смесь, содержащая - 6 г клейковины рожкового дерева на 1 литр. Эффект от применения «Фрисовома» у детей с ГЭР, по нашим данным, отмечается на 10-14 день. Кроме того, целесообразно рекомендовать частое дробное питание малыми порциями.

Необходимо подчеркнуть, что сгущенная пища не может быть

применена у больных с эзофагитами, так как нарушенное продвижение по пищеводу может замедлять его очищение от сгущенного материала рефлюкса.

Для детей старшего возраста общие рекомендации по режиму и диете предусматривают частое и дробное питание (5 - 6 раз в день), прием механически и химически щадящей пищи. Последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 3 - 4 ч до сна. Необходимо избегать употребления продуктов, усиливающих ГЭР (кофе, жиры, шоколад и т.д.). При выраженном рефлюксе рекомендуют принимать пищу стоя, после еды походить в течение получаса. Безусловную пользу приносит отказ больных от курения, употребления алкоголя, оказывающих неблагоприятное действие на слизистую оболочку пищевода. Учитывая, что развитию ГЭР способствует определенное положение тела, рекомендуется спать на кровати, головной конец которой приподнят на 20 см.

Прокинетики и антациды с профилактической целью применяют только при неэффективности диеты и постурального положения в тех же дозах, которые использовались для терапии.

На диспансерном учете дети находятся у педиатра и гастроэнтеролога в течение 1 года. Прогноз заболевания благоприятный. Оперативное вмешательство лишь при формировании пищевода Баррета и стриктурах пищевода, что в педиатрической практике практически не наблюдается.

Лекарственные поражения органов пищеварения у детей

Врач-педиатр, назначая лекарственную терапию ребенку при том или ином заболевании, должен знать о возможных осложнениях и побочных реакциях в связи с их применением. В детской практике наиболее часто приходится наблюдать лекарственные поражения органов пищеварения, связанные с передозировкой препарата, индукцией его метаболизирующих ферментов, специфическим органотропным действием, повышенной чувствительностью больного ребенка, ослаблением иммунной защиты, лекарственной зависимостью, синдромом отмены и др. Накопленные знания по этому вопросу требуют от врача-педиатра внимания к возможному неблагоприятному влиянию назначаемых лекарственных средств у детей.

Таблица 1 Основные лекарственные поражения органов пищеварения

Отдел пищеварительного тракта	Группа лекарственных препаратов
Полость рта	Антибиотики, цитостатики, нестероидные противовоспалительные средства, препараты солей тяжелых металлов, железа, новокаин и другие местные анестетики, сульфаниламиды
Пищевод	Антибиотики (пенициллины, тетрациклины), цитостатики, нестероидные противовоспалительные средства, калия хлорид, препараты железа, трициклические антидепрессанты, адреномиметики, α -адреноблокаторы
Желудок и 12-перстная кишка	Цитостатики, нестероидные противовоспалительные средства, калия хлорид, препараты солей тяжелых металлов, железа, трициклические антидепрессанты, антикоагулянты, аллопуринол, глюкокортикоиды, диуретики, анорексики
Тонкая кишка	Цитостатики, нестероидные противовоспалительные средства, калия хлорид, трициклические антидепрессанты, антикоагулянты, аллопуринол, глюкокортикоиды, диуретики, анорексики, адреномиметики, α -адреноблокаторы
Толстая кишка	Антибиотики, цитостатики, нестероидные противовоспалительные средства, препараты солей тяжелых металлов, трициклические антидепрессанты, аллопуринол
Печень, желчевыводящие пути	Цитостатики, препараты солей тяжелых металлов, сульфаниламиды
Поджелудочная железа	Цитостатики, препараты солей тяжелых металлов, сульфаниламиды, аллопуринол, глюкокортикоиды, диуретики

Лекарственные поражения полости рта часто развиваются контактным путем, когда медикаменты принимаются через рот. Другим путем является ингаляционное введение препаратов, употребляемых длительное время, например, при бронхиальной астме. В основе воспалительных изменений слизистой оболочки губ и полости рта лежат аллергические или иммунологические реакции. Не исключается прямое токсическое воздействие сильных кислот и щелочей, солей тяжелых метал-

лов, цитостатиков и др.

Гингивит, глоссит, стоматит и другие изменения в полости рта вызываются антибиотиками, сульфаниламидами, нестероидными противовоспалительными препаратами, местными анестетиками, препаратами йода и др. Наиболее выраженные изменения слизистой оболочки полости рта (петехии, геморрагические везикулы на небе, буллезно-эрозивная сыпь) наблюдаются при приеме сульфаниламидов.

Лекарственные поражения пищевода могут быть разнообразными, включая эзофагиты, а также гематомы слизистой оболочки вследствие терапии антикоагулянтами. Чаще всего наблюдаются эзофагиты, когда применяются антибиотики: доксицилин, тетрацилин, эритромицин, линкомицин, феноксиметилпенициллин и др. Возможно поражение слизистой оболочки пищевода при использовании таких нестероидных противовоспалительных средств, как ацетилсалициловая кислота, индометацин, бутадион. Описаны случаи развития эзофагита после назначения тинидазола, калия хлорида, железа закисного сульфата, фенобарбитала и даже аскорбиновой кислоты.

Считается, что основной причиной изменений слизистой оболочки пищевода, преимущественно дистального отдела, является использование таблетированных и капсулированных форм препаратов, которые могут длительное время задерживаться в самом пищеводе. Этому способствуют грыжа пищеводного отдела диафрагмы, стриктура пищевода или дискинезия пищевода по гипотоническому типу. Иногда таблетки или капсулы не запиваются достаточным количеством жидкости. Крайне тяжелыми осложнениями могут быть перфорация пищевода (калия хлорид, железа закисного сульфат) и кровотечение (индометацин).

Помимо прямого поражения слизистой оболочки пищевода, лекарственные средства могут существенно влиять на состояние сфинктерных аппаратов, в первую очередь, в зоне нижнего (кардиального) пищеводного сфинктера. Именно лекарствам отводится важная роль в снижении давления в зоне кардиального сфинктера, что обуславливает возникновение гастроэзофагеального рефлюкса, а в дальнейшем, при прочих неблагоприятных условиях (нарушение пищеводного клиренса, снижение резистентности слизистой оболочки пищевода, прием некоторых пищевых продуктов и др.), развитие гастро-эзо-

фагеальной рефлюксной болезни. К таким медикаментам относятся β -адреностимуляторы, α -миметики, дофамин, седуксен, теофиллин, антагонисты кальция и пр.

Напротив, другие лекарственные средства (α -адреностимуляторы, β -адренолитики, домперидон, кофеин, метоклопрамид, антациды и др.) повышают давление в зоне кардиального сфинктера. При одновременном приеме этих и других препаратов в виде таблеток и капсул последние могут длительное время находиться в просвете пищевода и в зависимости от химических свойств лекарственного вещества и компонентов, входящих в состав лекарственных форм, повреждать слизистую оболочку пищевода.

Высок риск возникновения эзофагита при приеме химиотерапевтических средств, в частности, фторурацила, блеомицина, прокарбазина и др. Одним из побочных эффектов метотрексата является способность обуславливать метаплазию сквамозного эпителия пищевода по типу цилиндрического (переходного или кардиального), кислотообразующего (фундального) или интестинального. Обнаружение интестинального типа эпителия является патогномоничным признаком синдрома (пищевода) Барретта, при котором возможно развитие аденокарциномы.

Возможно развитие лекарственного кандидоза пищевода при длительном приеме антибиотиков, особенно, при наличии у больных грибкового поражения полости рта.

Лекарственные поражения желудка и 12-перстной кишки по частоте занимают первое место среди лекарственных поражений желудочно-кишечного тракта. Это связано с наиболее распространенным в детской практике приемом препаратов через рот. Ульцерогенным свойством обладает большое количество медикаментов, чаще всего ацетилсалициловая кислота, индометацин, бутадион, резерпин, кофеин, цитостатики и др. Патогенез лекарственных эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки сложен и неоднороден в зависимости от применяемого лекарственного средства.

Ульцерогенным свойствам ацетилсалициловой кислоты посвящено большое количество публикаций. Препарат изменяет защитный барьер слизистой оболочки желудка, уменьшая выработку желудочной слизи, и нарушает ее качественный состав. Одновременно усиливается десквамация и замедление регенерации поверхностного эпителия клеток желудка. Препарат тор-

мозит локальный синтез простагландинов E1-2, агрегацию тромбоцитов, увеличивает время кровотечения, а в высоких дозах снижает уровень протромбина. Возможны желудочно-кишечные кровотечения, поскольку даже при кратковременном назначении ацетилсалициловой кислоты развиваются эрозии и язвы в желудке и 12-перстной кишке. Это происходит вследствие снижения защитной функции слизистой оболочки желудка по отношению к ионам водорода. Из-за снижения разницы потенциалов между слизистой оболочкой и полостью желудка развиваются ультраструктурные повреждения поверхностного эпителия, возникают микроэрозии. В свою очередь, нарушение микроциркуляции приводит к нарушениям метаболизма, функций желудка и 12-перстной кишки. В изменившихся условиях желудочный и дуоденальный соки снижают свертываемость крови, так как уменьшение коагуляционной активности сопровождается усилением местного фибринолиза и повышением уровня антикоагулянтов.

Повреждающее действие на желудочно-кишечный тракт нестероидных противовоспалительных препаратов послужило мощным стимулом изучения индуцированных ими гастропатий. Установлено, что как эффективность, так и токсичность указанных медикаментов связана с подавлением активности циклооксигеназы. Этот фермент принимает участие в метаболизме арахидоновой кислоты, которая в физиологических условиях используется как энергетический субстрат, подвергаясь (-окислению и, таким образом, включается в цикл трикарбоновых кислот. Под влиянием циклооксигеназы арахидоновая кислота преобразуется в простагландины, простациклин, тромбоксаны.



Рис. 1 *Схема метаболизма арахидоновой кислоты*

Многие лекарственные средства, главным образом, несте-

роидные противовоспалительные препараты, способны ингибировать циклооксигеназу, существующую в виде изоформ 1 и 2. Первая форма постоянно присутствует в большинстве тканей и относится к категории «структурных» ферментов, регулирующих физиологические эффекты простагландинов, в том числе, протективные функции по отношению к слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта. Напротив, циклооксигеназа 2 обычно в большинстве тканей не обнаруживается, но ее уровень возрастает при воспалительных процессах. Следовательно, угнетение циклооксигеназы 2 служит одним из механизмов противовоспалительной и анальгетической активности рассматриваемых лекарственных средств, а ингибирование циклооксигеназы 1 вызывает развитие побочных эффектов.

Это послужило основанием для создания так называемых селективных ингибиторов циклооксигеназы 2, обладающих всеми свойствами нестероидных противовоспалительных препаратов, но менее токсичных. Их разделяют по степени безопасности:

- высокая - ингибиторы циклооксигеназы 2: мелоксикам, целекоксиб, немесулид;
- умеренная - ибупрофен, диклофенак, кетопрофен;
- низкая - индометацин, пироксикам, флурбипрофен.

Исключительное значение имеет выявление факторов риска побочных эффектов нестероидных противовоспалительных препаратов. Наиболее частыми являются заболевания желудочно-кишечного тракта в анамнезе, сопутствующие заболевания, протекающие с артериальной гипертонией, сердечной, печеночной или почечной недостаточностью. Риск увеличивается в случае длительного лечения, приема высоких доз препаратов, назначения нескольких лекарственных средств данной группы, сочетанного применения с глюкокортикоидами, метотрексатом, циклоспорином А, антикоагулянтами.

Аналогично действуют кортикостероиды, которые одновременно вызывают гиперплазию гастринпродуцирующих клеток слизистой оболочки желудка с последующей избыточной секрецией пепсина. Резерпин и кофеин влияют на секрецию хлористоводородной кислоты. Известны побочные эффекты в отношении желудка и 12-перстной кишки при приеме тиреостатиков, пероральных антидиабетических средств (букарбан, цикламид и др.), антикоагулянтов и т.п.

Клинические проявления лекарственных поражений желуд-

ка и 12-перстной кишки разнообразны. К субъективным относятся боли в животе, симптомы желудочной (тошнота, рвота, изжога) и кишечной (диарея, понос) диспепсии. При эндоскопическом исследовании выявляются эрозивно-язвенные изменения желудка и/или двенадцатиперстной кишки. Наиболее тяжелыми, жизнеугрожающими осложнениями являются прободные язвы и кровотечения.

Эти и другие лекарственные поражения обуславливают срочные терапевтические мероприятия. Рекомендуются антагонисты H₂-гистаминовых рецепторов (ранитидин, фамотидин), ингибиторы протонного насоса (омепразол, лансопризол, рабипразол и др.). Немедленно отменяются препараты, обусловившие поражение желудка и 12-перстной кишки. При тяжелых осложнениях проводятся экстренные мероприятия, вплоть до оперативных вмешательств. С профилактической целью, особенно, когда показано применение нестероидных противовоспалительных средств, назначают мизопростол, ингибиторы протонного насоса, либо циклооксигеназы 2.

Частота лекарственных поражений печени - от субклинических форм вплоть до фульминантного гепатита - в последние годы возросла как у детей, так и у взрослых. В немалой степени это обусловлено формированием в нашей стране безрецептурного рынка и либерализацией доступа населения к препаратам, обладающим высокой фармакологической активностью, но оказывающим также возможные побочные действия.

Патогенез лекарственных поражений печени сложен и не всегда может быть установлен у конкретного больного. К медикаментам с дозозависимым гепатотоксическим действием относится, в частности, парацетамол, получивший широкое распространение в педиатрической практике, как за рубежом, так и в нашей стране. Все остальные препараты проявляют свои повреждающие свойства лишь у некоторых лиц вследствие развития идиосинкразии, которая, однако, может приводить к различным патогистологическим вариантам лекарственных поражений печени.

Таблица 2 *Формы лекарственных поражений печени*

Патология	Препараты
Острые поражения	
Острый гепатит	Индометацин, сульфаниламиды, изониазид
Фульминантная печеночная недостаточность	Парацетамол, кетоконазол, флуконазол, изониазид, никотиновая кислота, вальпроевая кислота
Внутрипеченочный холестаз	Ампициллин, амитриптилин, аминазин, циметидин, ранитидин
Гранулематозный гепатит	Аллопуринол, диазепам, пенициллин, хиинидин, сульфаниламиды
Стеатоз	Глюкокортикоиды, метотрексат, миноциклин, нифедипин, ацетилсалициловая кислота, пироксикам, тетрациклины, вальпроевая кислота
Хронические поражения	
Хронический гепатит	Изониазид
Фиброз/цирроз	Изониазид, метотрексат
Фосфолипидоз	Амиодарон, нифедипин
Деструктивный холангит	Аминазин, галоперидол

Примечание. В таблице представлены не все формы поражения печени и перечислены далеко не все препараты, оказывающие гепатотоксическое действие.

Столь разнообразные формы лекарственных поражений обусловлены важной ролью печени в метаболизме различных медикаментов, ксенобиотиков и других ингредиентов, входящих в состав препаратов. Большое значение в патогенезе медикаментозных поражений печени имеют процессы биотрансформации, разделяющиеся на две фазы.

Первая фаза представляет собой окислительные реакции, проходящие при участии цитохром-Р 450-оксидаз. Вследствие этого образуются активные метаболиты, некоторые из них обладают гепатотоксическими свойствами. Вторая фаза обеспечивает конъюгацию образовавшихся окисленных метаболитов лекарств с глутамином, сульфатом или глюкуронидом, вследствие чего формируются нетоксичные гидрофильные соединения, которые выводятся из печени в кровь или желчь.

Примером образования в первой фазе токсичного продукта метаболизма из парацетамола является синтез N-ацетил-п-бензохинонимина под воздействием цитохром-Р 450-оксидазы. Это вещество приводит к истощению запасов клеточного глутатио-

на и подавляет окислительное фосфорилирование в митохондриях печени. Если у ребенка имело место нарушение функционального состояния печени (наркоз, токсическое воздействие, прием других лекарств и т.п.), активность цитохром-Р 450-оксидазы может повышаться, что приводит к ускоренному метаболизму парацетамола и возрастанию риска поражения органа даже при приеме препарата в обычно рекомендуемых дозах.

Тем не менее, молекулярные механизмы поражений печени весьма разнообразны: перекисное окисление липидов, денатурация белков, истощение запасов АТФ, нарушение функции митохондрий, образование свободных радикалов и гаптенных, связывание с ядерными и цитоплазматическими молекулами, блокада транспортной РНК, связывание с мембранными рецепторами, нарушение гомеостаза кальция, разрушение клеточного цитоскелета, ускоренный апоптоз гепатоцитов.

Большое значение в развитии гепатотоксического действия лекарственных средств придается индивидуальным особенностям организма, наличию сопутствующих заболеваний пищеварительного тракта, других органов и систем, состоянию питания и др. К числу факторов, влияющих на развитие медикаментозных поражений печени, относятся следующие: возраст ребенка (чем он меньше, тем больше риск повреждения печени, особенно, у новорожденных и детей первого года жизни), доза и длительность приема препарата, лекарственные взаимодействия (включая лекарственно-пищевые) и индивидуальная гиперчувствительность, возрастные особенности ферментов - цитохром-Р450-оксидаз, наличие сопутствующих заболеваний, нарушенное состояние почек.

Диагностика медикаментозных поражений печени трудна. Наряду с тщательным изучением анамнеза, включая информацию о лекарственных средствах, дозировке и длительности их применения, необходим комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования. Биохимические методы предусматривают определение в крови активности таких внутриклеточных энзимов, как аспаратаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа (изоэнзим ЛДГ₅), малат-дегидрогеназа (изоэнзимы МДГ₃₋₄), g-глутамилтранспептидаза и др. При биопсии определяют гранулемы, наличие эозинофилов в воспалительном инфильтрате, четкую зону демаркации между участком некроза и непораженной паренхимой печени. Хотя все эти признаки нельзя считать патогномичными, они могут быть использованы для

разграничения вирусного, аутоиммунного и иных поражений печени.

При подозрении, тем более при подтверждении острых лекарственных поражений печени, препарат должен быть немедленно отменен. С лечебными целями рекомендуются эссенциальные фосфолипиды, в частности, Эсливер Форте, действие которого направлено на восстановление гемостаза в печени, стимуляцию репаративных процессов, нормализацию функций органа. Мембраностабилизирующий и гепатопротективный эффект препарата обуславливается за счет встраивания молекул эссенциальных фосфолипидов в фосфолипидную структуру поврежденных гепатоцитов, замещения дефектов и восстановления клеточных мембран. Помимо этого, эссенциальные фосфолипиды ингибируют процессы перекисного окисления липидов, которые рассматриваются как один из ведущих механизмов поражения печени.

Вновь привлекает внимание тиоктовая или а-липоевая кислота. Она снижает токсическое воздействие лекарственных средств, поскольку способствует эффективной репарации ДНК после «окислительного стресса». Известно, что клетку повреждает фактор некроза опухолей. В условиях токсинемии он индуцирует апоптоз, опосредованный фактором апоптозного сигнала, т.е. программирует раннюю гибель гепатоцитов и клеток Купфера. Один из механизмов действия тиоктовой кислоты состоит в предотвращении апоптоза. Рекомендуется следующая схема лечения: тиоктацид + силимарин + селен.

Лекарственные поражения поджелудочной железы изучены недостаточно, хотя различные препараты, осуществляя фармакологическую регуляцию экзокринной секреции железы, способны нарушать функциональное состояние этого важного органа не только пищеварительной системы, но организма в целом.

Известны случаи острого панкреатита после приема глюкокортикостероидов, цитостатиков, некоторых антибиотиков. В то же время накапливается все больше данных о развитии хронического панкреатита, в частности, калькулезной формы, при длительном использовании некоторых препаратов. Доказанным считается развитие этой формы хронического панкреатита при приеме азатиоприна, гипотиозида, фуросемида, 6-меркаптопурина, эстрогенов, тетрациклина, сульфасалазина, сульфанила-

мидов. Высокий риск поражения поджелудочной железы отмечен в случае использования аспаргиназы, глюкокортикостероидов, метронидазола, нитрофуранов, нестероидных противовоспалительных препаратов, химиопрепаратов.

В патогенезе лекарственных повреждений поджелудочной железы определенное значение придается продуктам перекисления липидов, когда накопление активных форм кислорода и индукция свободно-радикального окисления липидов способствуют модификации белков, в частности, литостатина. Этот белок - гликопротеид, находящийся в зимогенных гранулах ацинарных клеток железы, поддерживает в растворимом состоянии кальций, в большом количестве содержащийся в составе панкреатического секрета. Основная роль литостатина связана именно с ингибированием нуклеации, агрегации и образованием солей кальция.

Становится очевидным, что высокий риск лекарственных поражений поджелудочной железы существует у детей с наследственной предрасположенностью, гиперкальциемией, гиперлипидемией, нарушением питания. Уместно высказывание Тацита - «Лекарства порой действуют медленнее (т.е. могут оказать свое негативное воздействие), чем сама болезнь».

Лекарственные поражения кишечника являются частыми, поскольку биотрансформация и всасывание большинства лекарственных средств происходит в тонкой кишке, некоторых медикаментов, принятых через рот, - в толстой кишке. Спектр лекарственных поражений кишечника достаточно широк - от функциональных до органических. В литературе используется даже термин «медикаментозный энтероколит».

Среди функциональных поражений выделяют диарею (осмотическую, секреторную, моторную), экссудативную энтеропатию, стеаторею, запоры, синдром мальабсорбции. К органическим поражениям относят ишемический энтероколит (при приеме антикоагулянтов), язвенный энтероколит (вследствие применения антигипертензивных препаратов), иммуноаллергический колит (при назначении сульфасалазина).

Лекарственные средства могут оказывать побочное влияние на тонкую кишку и толстую кишку изолированно или сочетанно, вызывая диарею, запор, боли в животе, дилатацию или стеноз кишечника, предрасполагая к воспалению, изъязвлению и даже кровотечениям. Одним из характерных проявлений не-

желательных медикаментозных эффектов является диарея, причины и патогенез которой неоднозначны.

Диарея при бактериальной инфекции. Энтеральное или парентеральное введение антибиотиков широкого спектра действия практически всегда может вызвать диарею, обусловленную влиянием препаратов на обычную (нормальную) микрофлору кишечника и активацией условно-патогенных микроорганизмов. Наиболее серьезным побочным эффектом антибактериальной терапии может быть суперинфекция токсинпродуцирующими штаммами *Clostridium difficile*, вызывающая псевдомембранозный колит. Высокий риск этого осложнения антибактериальной терапии наблюдается при применении клиндамицина, линкамицина, амоксициллина, пенициллина, цефалоспоринов, тетрациклинов.

Подозрение на суперинфекцию, особенно у ослабленных больных, детей с почечной недостаточностью и находящихся в отделениях интенсивной терапии, возникает при наличии лейкоцитоза $15,8 \times 10^9/\text{л}$ и усилении интоксикации. Таким больным необходимо назначение метронидазола из расчета до 1000 мг на 1 м^2 поверхности тела либо ванкомицина.

Недостаточно внимания уделяется возможным последствиям применения ингибиторов протонного насоса и антагонистов H_2 -блокаторов гистамина, которые, угнетая секрецию желудочного сока, подавляют или устраняют этот один из основных барьеров для инфекционных агентов.

Осмотическая диарея обычно связана с длительным применением антацидов, содержащих магний. Подобное действие также оказывают некоторые лекарственные средства, содержащие магний, а также сорбитол и другие невсасываемые сахара.

Диарея, обусловленная нарушениями перистальтики кишечника, связана с повышением сократительной деятельности как тонкой, так и толстой кишки. Прямое воздействие на мускулатуру кишечника оказывает мизопропрост - синтетический аналог простагландинов. Возникает дозозависимая диарея, сопровождающаяся урчанием в животе.

Сульфасалазин и другие аminosалицилаты, широко используемые при лечении хронических неспецифических заболеваний кишечника, могут индуцировать воспалительную реакцию гиперчувствительности, которая проявляется водянистым стулом с примесью крови. В подобной ситуации необходимо отме-

нить предшествующую терапию и назначить глюкокортикостероиды.

Лечение эритромицином может приводить к появлению диареи, обусловленной способностью макролида связываться с рецепторами к мотилину в кишечнике.

Диарея, обусловленная нарушением всасывания, возникает при применении смол (холестирамин), используемых для выведения из организма желчных кислот.

Запоры, вызываемые сниженной моторикой кишечника, возникают при приеме атропина и атропиноподобных препаратов, оказывающих угнетающее действие на парасимпатическую нервную систему. Задержка стула характерна в случае использования трициклических антидепрессантов и противоаритмических препаратов.

Поражение слизистой оболочки кишечника возможно при применении высокоактивных в фармакологическом отношении препаратов, в частности, новых генераций панкреатинсодержащих лекарственных средств, таких как креон, панцитрат, используемых у больных с муковисцидозом. За счет высоких доз панкреатина развиваются урикозурия, аллергические реакции немедленного типа и фиброзирующая колитопатия (структура восходящей части толстой кишки), приводящая к кишечной непроходимости. Помимо этого, желчные кислоты и гемипеллюлоза, входящие в состав препаратов, увеличивают содержание воды в желудочном соке, тем самым способствуя возникновению диареи.

К медикаментам, наиболее часто поражающим кишечник, относятся нестероидные противовоспалительные средства. При их длительном применении у большинства (60%) больных развивается бессимптомная энтеропатия, которая сопровождается кровопотерей и потерей белка, что может привести к железодефицитной анемии и гипоальбуминемии. Количество теряемой крови составляет 1-10 мл/сут., как при колоректальных опухолях. Считается, что в основе энтеропатии лежат следующие механизмы: повышение тонкокишечной проницаемости, снижение уровня простагландинов в слизистой оболочке кишечника, сосудистые повреждения.

Следует считаться с побочными эффектами препаратов дигиталиса. Гликозиды наперстянки влияют на кровообращение тонкой кишки путем уменьшения кровотока в селезенке или стимуляции ренин-ангиотензиновой системы, ведущей к вазо-

констрикции. Этим создаются условия для ишемии тонкой кишки. Возникают боли в животе, рвота, диарея, мелена. Аналогичные изменения тонкой кишки могут быть в результате применения диуретиков, гипотензивных средств, ганглиоблокаторов, катехоламинов, противоаритмических препаратов.

Повреждения тонкой кишки, вызываемые антикоагулянтами, в частности, гепарином, всегда являются серьезными вследствие образования интрамуральных гематом. У больных появляются боли в животе и рвота.

Медикаментозный язвенный колит возможен при лечении индометацином, бутадионом, ацетилсалициловой кислоты, меклофенамовой кислотой, напроксеном и др.

Таким образом, эффективность любого препарата всегда соотносится с его безопасностью. Лечащий врач, определяя показания к назначению любого без исключения лекарственного средства и считаясь с противопоказаниями к использованию медикаментов, не может игнорировать возможность развития побочных эффектов. Это касается случаев и кратковременного, и, тем более, длительного применения препаратов, когда поражаться могут различные органы и системы, в первую очередь, органы пищеварения. Во многом это связано с пероральным приемом лекарственных средств, поскольку данный путь введения медикаментов считается оптимальным. Исключительное значение придается определенным схемам (протоколам) лечения, особенно в случаях хронических заболеваний. Длительная терапия, в том числе, с использованием высокоактивных в фармакологическом отношении лекарств, практически не исключает возможности развития нежелательного действия того или иного препарата. Не случайно в практике используется старый, но хорошо зарекомендовавший себя принцип «Pro re nata», т.е. по мере необходимости, потребности. Однако в основе профессиональной деятельности врача любой специальности, в первую очередь, педиатра, главным является «No nocens» (не навреди).

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К ЛАБОРАТОРНЫМ ЗАНЯТИЯМ

Занятие №1. Методы и алгоритмы объективного обследования, функциональных и морфологических исследований желудочно-кишечного тракта у детей.

Вопрос для повторения:

Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта у детей.

Контрольные вопросы:

1. Особенности сбора анамнеза у больных гастроэнтерологического профиля.
2. Объективное обследование детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.
3. Лабораторные методы, используемые для диагностики заболеваний органов пищеварения.
4. Инструментальные методы, используемые для диагностики:
 - Заболеваний пищевода
 - Заболеваний желудка и 12-перстной кишки
 - Заболеваний поджелудочной железы
 - Заболеваний желчевыводящих путей
 - Заболеваний толстого и тонкого кишечника

Литература

Основная:

1. Шабалов Н.П. Детские болезни. - СПб: Питер ком, 1999. – С. 413-481.

Дополнительная:

1. Е.П. Сушко, Л.М. Тупкова, В.И. Новикова, В.П. Лялькова. Детские болезни: Учебное пособие. - Мн.: Вышэйшая школа, 1998. -С. 215-222.
2. Денисов М.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра: Справочное руководство. - Издание 2-е перераб. и доп. – М.: Москва, 1999. – С. 21-114.

Темы УИРС:

1. Типы желудочной секреции у детей.

2. рН-метрия у детей.

**Занятие №2. Синдром желудочной диспепсии,
хронические гастриты у детей.**

Вопрос для повторения:

Анатомо-физиологические особенности желудка у детей.

Контрольные вопросы:

1. Синдром желудочной диспепсии. Определение понятия с современных позиций. Органическая и неорганическая диспепсия.
2. Причины. Клинические проявления. Критерии диагностики. Лечение функциональной диспепсии.
3. Хронический гастрит у детей. Определение понятия.
4. Классификация гастритов у детей.
5. Клинические проявления (основные синдромы) хронических гастритов.
6. Диагноз и дифференциальный диагноз хронического гастрита у детей.
7. Лечение хронического гастрита (режим, диета, медикаментозная терапия, физиолечение, фитотерапия).
8. Диспансеризация и реабилитация больных с хроническими гастритами.

Литература

Основная:

1. Шабалов Н.П. Детские болезни. - СПб: Питер ком, 1999. – С. 424-435.

Дополнительная:

1. Е.П. Сушко, Л.М. Тупкова, В.И. Новикова, В.П. Лялькова. Детские болезни: Учебное пособие. - Мн.: Вышэйшая школа, 1998. - С. 166-170.
2. Денисов М.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра: Справочное руководство. - Издание 2-е, перераб. и доп. – М.: Москва, 1999. – С. 47-68.
3. Пайков В.Л., Хацкель С.Б., Эрман Л.В. Гастроэнтерология детского возраста в схемах и таблицах: Справочное руководство. - СПб: Специальная литература, 1998. - С. 102-107.
4. Справочник по лечению детских болезней/ Под ред. М.В. Чичко. - Мн.: Беларусь, 1998. - С. 343-346.

Тема УИРС:

1. Характеристика диетических столов при хронических гастритах.

Занятие №3 Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки у детей.

Вопрос для повторения:

Нейрогуморальная регуляция секреторной деятельности желудка.

Контрольные вопросы:

1. Определение понятия язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
2. Факторы, способствующие развитию язвенной болезни 12-перстной кишки и желудка.
3. Патогенез язвенной болезни.
4. Клинические проявления язвенной болезни 12-перстной кишки у детей.
5. Осложнение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
6. Диагноз и дифференциальный диагноз язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
7. Лечение язвенной болезни (в период обострения, противорецидивное).
8. Профессиональная ориентация в будущем для детей-подростков при язвенной болезни.

Литература

Основная:

1. Шабалов Н.П. Детские болезни. - СПб: Питер ком, 1999. – С. 435-445.
2. Е.П. Сушко, Л.М. Тупкова, В.И. Новикова, В.П. Лялькова. Детские болезни: Учебное пособие. - Мн.: Вышэйшая школа, 1998. - С. 166-170.

Дополнительная:

1. Денисов М.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра: Справочное руководство. - Издание 2-е, перераб. и доп. – М.: Изд-во Москва, 1999. – С. 148-156.
2. Пайков В.Л., Хацкель С.Б., Эрман Л.В. Гастроэнтероло-

гия детского возраста в схемах и таблицах: Справочное руководство. - СПб: Специальная литература, 1998. - С. 107-132.

3. Справочник по лечению детских болезней/ Под ред. М.В. Чичко. - Мн.: Беларусь, 1998. - С. 361-373.

Темы УРИС:

1. Характеристика диетических столов при язвенной болезни.
2. Побочные действия НПВС на желудочно-кишечный тракт.

Занятие №4. Рефлюксная болезнь пищевода. Пищевод Баррета у детей.

Вопрос для повторения:

Анатомо-физиологические особенности пищевода у детей.

Контрольные вопросы:

1. Определение понятия рефлюксной болезни пищевода.
2. Этиология рефлюксной болезни пищевода.
3. Клиника. Диагностические критерии рефлюксной болезни.
4. Пищевод Баррета.
5. Лечение рефлюксной болезни пищевода.
6. Профилактика. Диспансеризация.

Литература

Основная:

1. Шабалов Н.П. Детские болезни. - СПб: Питер ком, 1999. – С. 414-418.

Дополнительная:

1. Денисов М.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра: Справочное руководство. - Издание 2-е, перераб. и доп. – М.: Изд-во Москва, 1999. – С. 40-45, 117-132, 143-146.

2. Пайков В.Л., Хацкель С.Б., Эрман Л.В. Гастроэнтерология детского возраста в схемах и таблицах: Справочное руководство. - СПб: Специальная литература, 1998. - С. 53-90.

3. Справочник по лечению детских болезней./ Под ред. М.В. Чичко. - Мн.: Беларусь, 1998. - С. 338-341.

Тема УИРС:

1. Осложнения рефлюксной болезни пищевода.

Занятие №5. Заболевания желчевыводящей системы у детей. Дискинезии, холецистит.

Вопрос для повторения:

Анатомо-физиологические особенности желчевыводящих путей у детей.

Контрольные вопросы:

1. Определение понятия дискинезии желчевыводящей системы и хронического холецистита.
2. Этиологические факторы, способствующие развитию дискинезий, холециститов у детей.
3. Классификация дискинезии, холециститов.
4. Клинические проявления заболеваний желчевыводящих путей.
5. Диагностика и дифференциальный диагноз заболеваний желчевыводящих путей, желчного пузыря.
6. Лечение больных с заболеваниями желчевыводящих путей, желчного пузыря.
7. Диспансерное наблюдение и медицинская реабилитация детей с заболеваниями желчевыводящих путей.

Литература

Основная:

1. Шабалов Н.П. Детские болезни. - СПб: Питер ком, 1999. – С. 503-511.

Дополнительная:

1. Е.П. Сушко, Л.М. Тупкова, В.И. Новикова, В.П. Лялькова. Детские болезни: Учебное пособие. - Мн.: Вышэйшая школа, 1998. - С. 215-222.
2. Денисов М.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра: Справочное руководство. - Издание 2-е, перераб. и доп. – М.: Москва, 1999. – С. 68-79, 121-123, 140, 157-164.
3. Пайков В.Л., Хацкель С.Б., Эрман Л.В. Гастроэнтерология детского возраста в схемах и таблицах: Справочное руководство. - СПб: Специальная литература, 1998. - С. 211-221.
4. Справочник по лечению детских болезней/ Под ред. М.В. Чичко. - Мн.: Беларусь, 1998. - С.414-415, 423-431.

Темы УИРС:

1. Функционирование желчевыводящего аппарата у здоровых детей, особенности регуляции (вегетативная нервная система, гастроинтестинальные гормоны) в норме и при патологии.
2. Характеристика диетических столов при заболеваниях желчевыводящих путей у детей.

Занятие №6. Заболевания поджелудочной железы в детском возрасте (диспанкреатизм, реактивный панкреатит, хронический панкреатит).

Вопрос для повторения:

Анатомо-физиологические особенности поджелудочной железы у детей.

Контрольные вопросы:

1. Определение понятий диспанкреатизм, реактивный панкреатит, хронический панкреатит.
2. Этиология воспалительных заболеваний поджелудочной железы.
3. Классификация хронического панкреатита.
4. Клинические проявления хронических панкреатитов у детей.
5. Диагностика и дифференциальный диагноз заболеваний поджелудочной железы у детей.
6. Лечение заболеваний поджелудочной железы.
7. Профилактика. Диспансеризация.

Литература

Основная:

1. Шабалов Н.П. Детские болезни. - СПб: Питер ком, 1999. – С. 451-457.

Дополнительная:

1. Е.П. Сушко, Л.М. Тупкова, В.И. Новикова, В.П. Лялькова. Детские болезни: Учебное пособие. - Мн.: Вышэйшая школа, 1998. - С. 215-222.
2. Денисов М.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра: Справочное руководство. - Издание 2-е, перераб. и доп. – М.: Москва, 1999. – С. 91-98, 124-126, 135-136.

3. Пайков В.Л., Хацкель С.Б., Эрман Л.В. Гастроэнтерология детского возраста в схемах и таблицах: Справочное руководство. – СПб: Специальная литература, 1998. - С. 231-234, 243-254.

4. Справочник по лечению детских болезней./ Под ред. М.В. Чичко. - Мн.: Беларусь, 1998. - С. 373-386.

Тема УИРС:

1. Характеристика диетических столов при заболеваниях поджелудочной железы у детей.

Занятие №7. Синдром раздраженной кишки. Болезнь Крона. Хронический колит.

Вопрос для повторения:

Анатомо-физиологические особенности кишечника.

Контрольные вопросы:

1. Определение понятий синдрома раздраженной кишки и колита с современных позиций.

2. Этиология синдрома раздраженной кишки и хронических колитов у детей.

3. Клинические проявления синдрома раздраженной кишки и хронических колитов у детей.

4. Диагностика и дифференциальная диагностика синдрома раздраженной кишки и хронического колита у детей.

5. Лечение синдрома раздраженной кишки, хронических колитов у детей.

6. Болезнь Крона. Этиопатогенез. Диагностические критерии.

7. Клинические проявления болезни Крона.

8. Диагностика и дифференциальный диагноз болезни Крона.

9. Лечение больных с синдромом раздраженной кишки, хроническими колитами, болезнью Крона.

10. Диспансеризация больных с синдромом раздраженной толстой кишки, хроническими колитами, болезнью Крона.

Литература

Основная:

1. Шабалов Н.П. Детские болезни. - СПб: Питер ком, 1999. – С. 464-481.

Дополнительная:

1. Е.П. Сушко, Л.М. Тупкова, В.И. Новикова, В.П. Лялькова. Детские болезни: Учебное пособие. - Мн.: Вышэйшая школа, 1998. - С. 192-195.
2. Денисов М.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра: Справочное руководство. - Издание 2-е, перераб. и доп. – М.: Москва, 1999. – С. 104-114.
3. Пайков В.Л., Хацкель С.Б., Эрман Л.В. Гастроэнтерология детского возраста в схемах и таблицах: Справочное руководство. - СПб: Специальная литература, 1998. - С. 311-316.
4. Справочник по лечению детских болезней/ Под ред. М.В. Чичко. - Мн.: Беларусь, 1998. - С. 392-395.

Темы УИРС:

1. Фитотерапия заболеваний кишечника.
2. Характеристика диетических столов при заболеваниях кишечника у детей.

Занятие №8. Неспецифический язвенный колит.

Контрольные вопросы:

1. Этиология неспецифического язвенного колита.
2. Патогенез неспецифического язвенного колита.
3. Клиника. Диагностические критерии.
4. Дифференциальный диагноз неспецифического язвенного колита.
5. Лечение больных с неспецифическим язвенным колитом.
6. Диспансеризация больных с неспецифическим язвенным колитом.

Литература

Основная:

1. Шабалов Н.П. Детские болезни. - СПб: Питер ком, 1999. – С. 471-481.

Дополнительная:

1. Пайков В.Л., Хацкель С.Б., Эрман Л.В. Гастроэнтероло-

гия детского возраста в схемах и таблицах: Справочное руководство. - СПб: Специальная литература, 1998. - С. 320-332.

2. Справочник по лечению детских болезней/ Под ред. М.В. Чичко. - Мн.: Беларусь, 1998. – С. 386-392.

Темы УИРС:

1. Фитотерапия неспецифического язвенного колита.
2. Характеристика диетического стола при неспецифическом язвенном колите.

Занятие №9. Рецидивирующие боли в животе у детей и тактика врача при них.

Вопрос для повторения:

Характеристика абдоминальной боли.

Контрольные вопросы:

1. Причины болей в эпигастрии у детей.
2. Причины болей в мезогастррии у детей.
3. Причины болей в гипогастрии у детей.
4. Дифференциальная диагностика болей в животе.
5. Тактика врача при болях в животе у детей.

Литература:

Основная:

1. Шабалов Н.П. Детские болезни. - СПб: Питер ком, 1999. – С.

Дополнительная:

1. Денисов М.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра: Справочное руководство. - Издание 2-е, перераб. и доп. – М.: Москва, 1999. – С. 7-11.

2. Пайков В.Л., Хацкель С.Б., Эрман Л.В. Гастроэнтерология детского возраста в схемах и таблицах: Справочное руководство. – СПб.: Специальная литература, 1998. – С. 114-115

Тема УИРС:

1. Механизм болевого синдрома в животе.

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК (В СХЕМАХ И
ТАБЛИЦАХ) К ЛАБОРАТОРНЫМ ЗАНЯТИЯМ ПО
ЦИКЛУ «ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»**

***Классификация эзофагитов (К 20)
(Н.Г. Зернов и соавт., 1988)***

1. По происхождению:
 - первичные
 - вторичные
2. По течению:
 - острые
 - подострые
 - хронические
 - осложненные (кровотечение, перфорация)
 - неосложненные
3. По характеру изменений слизистой оболочки:
 - катаральные
 - эрозивно-язвенные
 - геморрагические
 - некротические
4. По локализации патологического процесса:
 - диффузные (распространенные)
 - локализованные
 - рефлюкс-эзофагит
5. По степени тяжести:
 - легкие
 - среднетяжелые
 - тяжелые
6. По периодам заболевания:
 - обострение
 - стихание обострения
 - ремиссия
7. Исходы заболевания:
 - стенозирование
 - рубцевание
 - дилатация

Пример диагноза: хронический вторичный диффузный катаральный эзофагит, легкое течение, стадия обострения.

Классификация гастроэзофагальной рефлюксной болезни (K 21) (по Savary-Miller, 1978)

Степень тяжести	Состояние слизистой оболочки пищевода
0 степень	Нормальная слизистая
I степень	Единичные эрозии, занимающие менее 10% поверхности слизистой оболочки дистального отдела пищевода
II степень	Эрозии сливные, занимают до 50% поверхности слизистой оболочки дистального отдела пищевода
III степень	Циркулярно расположенные сливные эрозии занимают практически всю поверхность слизистой оболочки дистального отдела пищевода
IV степень	Пептические язвы и стриктуры пищевода, развитие цилиндрической метаплазии слизистой оболочки пищевода (синдром Баррета)

Классификация функциональной диспепсии (K 30) (Римские критерии, 1997)

1. Язвенноподобный вариант
2. Дискинетический вариант
3. Неспецифический вариант

Классификация гастритов (K 29) (Сиднейская система с доп., 1990)

1. По форме:
 - острый
 - хронический
 - особые формы
2. По этиологии:
 - ассоциированный с *Helicobacter pylori*
 - аутоиммунный
 - идиопатический
 - реактивный
 - особые формы (лимфоцитарный, гранулематозный, эозинофильный, гигантский, гипертрофический – болезнь Менетрие)

3. По топографии поражения:

- пангастрит (распространенный)
- гастрит антрума (антральный)
- гастрит тела и дна желудка (фундальный)

4. Эндоскопические изменения: поверхностный, эрозивный (острые и хронические эрозии), атрофический, гиперпластический, геморрагический.

5. По степени выраженности основных морфологических изменений (воспаление, активность, атрофия – легкая, умеренная, тяжелая степень; метаплазия) и обсеменение *Helicobacter pylori* (слабое, умеренное, тяжелое).

6. По характеру секреторной и кислотообразующей функции желудка (повышенная, сниженная, сохраненная).

7. Период заболевания – обострение, ремиссия, субремиссия.

В классификации хронических гастродуоденитов дополняются изменения со стороны 12-перстной кишки в разделе «Локализация» (топография) – дуоденит, антродуоденит, распространенный гастродуоденит.

Примеры диагноза:

1. Хронический гастрит, фундальный, атрофический, умеренной степени, с кишечной метаплазией, *Helicobacter pylori* - со сниженной кислотообразующей и сохраненной секреторной функцией желудка, в стадии ремиссии.

2. Хронический гастродуоденит: гиперпластический антральный гастрит, дуоденит с острыми эрозиями, с выраженной активностью воспаления, *Helicobacter pylori* +, с повышенной кислотообразующей и секреторной функцией желудка в стадии обострения.

Классификация язвенной болезни (К 25) (А.В. Мазурин, И.В. Проколова, 1984)

По локализации	Клинико-эндоскопическая картина	Формы	Функциональная способность желудка	Сопутствующие заболевания	Степень тяжести
Язвенная болезнь желудка	Обострение: I стадия – «свежая» язва	Несложненная	Секреторная и моторная	Панкреатит	Легкая
(медиагастральная)	II стадия – начало эпителизации язвенного дефекта	Осложненная: а) кровотечением	а) повышена б) понижена	Гепатит	Средняя
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (бульбарная, постбульбарная)	Стихание обострения: III стадия – заживление язвенного дефекта: без рубца, рубцово-язвенная деформация	б) пенетрацией в) перфорацией	в) нормальная	Колит	Тяжелая
Язва с двойной локализацией	IV стадия – клинико-эндоскопическая ремиссия	г) стенозированием привратника		Холелистохо-лангит	

**Степени дуоденогастрального рефлюкса у детей
(В.С. Приходько, М.Н. Ермолаев, 1989)**

I степень – сама процедура эндоскопии способствует появлению рефлюкса. В пилорическом отделе образуется «шапка» из пенистой желчи, которая появляется при осмотре антрального отдела желудка и 12-перстной кишки, а также при извлечении эндоскопа из 12-перстной кишки. Эндоскопически видимых патологических изменений слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки не отмечается.

II степень – интенсивное забрасывание пенистой желчи ярко-желтого цвета. Умеренные воспалительные изменения слизистой оболочки выходного отдела желудка (легкая гиперемия, отечность). На некоторых участках видны единичные налеты слизи бледно-желтого цвета, что свидетельствует о забросе желчи до эндоскопии. Слизистая луковицы 12-перстной кишки розового цвета, отечная.

III степень – оболочка желудка красного цвета, сочная. Заброс желчи темно-желтого цвета, локальные налеты желтой слизи. 12-перстная кишка – ярко гиперемирована, блестящая, в луковице могут быть эрозии.

IV степень – отмечается значительное количество желчи желто-зеленого или интенсивно зеленого цвета. Слизистая желудка ярко-красная или бордовая с участками выраженного гастрита (поверхностный, эрозивный, атрофический). В начале эндоскопии может отмечаться заброс желчи в просвет пищевода. В пищеводе слизистая гиперемирована. В 12-перстной кишке слизистая отечна, гиперемирована, иногда эрозивно-язвенные дефекты.

Лечение:

I ст. – слепые дуоденальные зондирования, 8-10 процедур с интервалом в 2 дня, витамины С и В6.

II ст. – все то же + холеретики, прокинетики.

III ст. – все то же + витамины U, B1, A, метилурацил, алюминий-содержащие антациды, сорбенты (карболоен, холестирамин 4-5 г 3 раза в день, за час до еды).

IV ст. – все то же + холестирамин 5-7 г 3 раза в день. Курс лечения I-II ст. 5 недель, III-IV ст. – 1,5-2 мес.

**Классификация хронических панкреатитов (К 86)
(Ж.П. Гудзенко, 1978)**

1. Варианты клинического течения:
 - рецидивирующий
 - с постоянным болевым синдромом
 - латентный
2. Период заболевания:
 - обострение
 - ремиссия
 - субремиссия (неполная ремиссия)
3. Стадия болезни (фаза):
 - начальная
 - развернутых клинических проявлений
 - заключительная
4. Тяжесть:
 - легкое
 - средней тяжести
 - тяжелое
5. Осложнения:
 - со стороны железы
 - со стороны других органов (желудочно-кишечные кровотечения, синдром подпеченной желтухи и др.)

Пример диагноза: Хронический рецидивирующий панкреатит, фаза развернутых клинических проявлений, среднетяжелое течение, период обострения.

Диагностика хронического панкреатита по балльной системе по (P. Lauer, U. Melle. 2005)

Оцениваемые параметры	Баллы
Кальцификация поджелудочной железы	4
Характерные гистологические изменения	4
Характерные изменения по УЗИ или ЭРХПГ (см. Кембриджскую классификацию)	3
Эзокринная недостаточность поджелудочной железы	2
Приступы панкреатита и/или хроническая абдоминальная боль	2
Сахарный диабет	1

Примечание: Диагноз хронического панкреатита ставится в случае 4 и более баллов.

Кембриджская классификация структурных изменений в поджелудочной железе при хроническом панкреатите у детей старше 12 лет

Изменения	ЭРХПГ	УЗИ или КТ
Нормальная ПЖ	Главный панкреатический проток (ГПП) и боковые ветви протока не изменены.	Нормальные размеры, четкие контуры ПЖ. ГПП = 3 мм. Паренхима ПЖ гомогенна.
Сомнительные изменения	ГПП не изменен, менее 3 измененных боковых ветвей	Один из следующих признаков: ГПП = 2-4 мм; размеры ПЖ в пределах 1-2 норм; неоднородная паренхима ПЖ.
Мягкие изменения	ГПП не изменен, более 3 измененных боковых ветвей	Два или более признаков: ГПП = 2-4 мм; незначительное увеличение размеров ПЖ; неоднородность паренхимы.
Умеренные изменения	Изменения ГПП и более 3 боковых ветвей	Нечеткость контуров ПЖ. Маленькие кисты (менее 10 мм). Неравномерный ГПП. Острые фокальные некрозы. Повышение эхогенности стенки протока. Неровность контуров ПЖ.
Значительные изменения	Все признаки из указанных выше + один или более из следующих признаков: - кисты более 10 мм в диаметре - внутрипротоковые дефекты наполнения - камни / панкреатическая кальцификация - обструкция или стриктуры ГПП - выраженная дилатация и неравномерность ГПП - инвазия в соседние органы	

Диагноз и классификация хронического панкреатита (P. Iayer, U. Melle. 2005)

Этиопатогенез хронического панкреатита

1. **Наследственный**
 - Мутация гена трипсिनогена.
2. **Аутоиммунный**

3. **Метаболический / алиментарный**

- гиперкальциемия
- гиперпаратиреоз
- приобретенная или наследственная гипертриглицериде-

мия

4. **Тропический**

- тропический калькулезный панкреатит
- фиброзно-калькулезный панкреатогенный диабет

5. **Идиопатический**

- раннее начало (мутации SPINK1)
- позднее начало

6. **Обструктивный**

Легкая обструкция ГПП

- травматическая стриктура
- стриктура после некроза
- стеноз сфинктера Одди
- дисфункция сфинктера Одди
- камни
- дуоденальная обструкция (дивертикул, кисты дуоденальной стенки)

Злокачественная стриктура протока ПЖ

- панкреатическая
- ампулярная
- дуоденальная кальцинома

Клинические симптомы

1. **Степень выраженности болевого синдрома**

- без боли
- умеренная
- тяжелая

2. **Наличие боли**

- продолжительная
- рецидивирующая

3. **Характер боли**

- стихающая
- устойчивая
- прогрессирующая

Выраженность экзо- и эндокринной недостаточности

1. Экзокринная недостаточность (стеторея)

- отсутствие жира в кале (менее 7 г/сут)
- среднее присутствие жира в кале (7-15 г/сут)
- значительное присутствие жира в кале (более 15 г/сут)

2. Эндокринная недостаточность

- нет
- латентный сахарный диабет
- клинически выраженный сахарный диабет

***Выраженность структурных нарушений
ПЖ (Кембриджская классификация)***

- в норме
- сомнительные изменения
- мягкие изменения
- умеренные изменения
- значительные изменения

Осложнения

1. Кисты / псевдокисты с инфекцией и без, абсцессы
2. Портальная гипертензия, вызванная тромбозом воротной или селезеночной вены
3. Кровотечение / псевдоаневризмы
4. Асцит
5. Непроходимость / стриктуры протоков ПЖ и/или желчного протока
6. Свищ ПЖ
7. Дуоденальный стеноз
8. Рак ПЖ

***Классификация заболеваний желчевыводящей
системы (К 80 - К 83; М.Ю. Денисов, 1999)***

I. Дискинезии желчевыводящих путей

1. Для сфинктерного аппарата желчевыводящих путей: гипертоническая (спазм сфинктеров), гипотоническая (недостаточность сфинктеров).
2. Для моторики желчного пузыря и желчных ходов: гиперкинетическая, гипокинетическая.
3. Смешанная

Пример диагноза: дискинезия желчевыводящих путей по

гипертонически-гиперкинетическому типу.

II. Воспалительные заболевания желчного пузыря и желчных протоков

1. По локализации:
 - холангит
 - холецистит
 - холецистохолангит
2. По течению
 - острое
 - хроническое
 - рецидивирующее
 - латентное
3. По характеру воспаления:
 - катаральный
 - флегмонозный
 - гангренозный
4. По фазе заболевания:
 - обострение
 - неполная ремиссия
 - ремиссия

Пример диагноза: Хронический холецистит, рецидивирующее течение, фаза обострения.

Классификация аномалий развития желчного пузыря и желчных протоков (С.В. Бельмер и соавт., 2006)

I. Аномалии развития желчного пузыря:

1. Отсутствие пузыря.
2. Гипоплазия.
3. Аномалии положения:
 - подвижный желчный пузырь
 - внутripеченочный желчный пузырь
4. Добавочный желчный пузырь:
 - дольчатый
 - дуктулярный
5. Внутripузырные перегородки
6. Дивертикулы желчного пузыря
7. Деформации желчного пузыря:
 - перегибы
 - перетяжки

- «забрюшинный» желчный пузырь
- «серозный» желчный пузырь

II. Аномалии развития пузырного протока:

1. Аномалии впадения
2. Изменения хода
3. Отсутствие протока
4. Двойной проток
5. Гипоплазия и фиброз

III. Аномалии развития желчных протоков:

1. Аномалии печеночных протоков
2. Аномалии общего желчного протока
3. Добавочные желчные протоки

Пример диагноза: аномалия развития желчного пузыря: перетяжка в средней трети пузыря.

**Классификация синдрома раздраженной кишки (К 58)
(F. Weber, H. McCallum, 1992)**

1. Синдром раздраженной кишки с преимущественной диареей.
2. Синдром раздраженной кишки с преимущественными запорами.
3. Синдром раздраженной кишки с болевым синдромом и метеоризмом.

Типы хронической диарей

1. Секреторная
2. Гиперэкссудативная
3. Гиперосмолярная
4. Дискинетическая

**Классификация неспецифического язвенного колита
(К 51) (Н.К. Каншина, О.А. Каншин, 1974)**

1. Степень тяжести:
 - легкая
 - среднетяжелая
 - тяжелая

2. Форма (локализация, протяженность патологического процесса):
 - дистальный колит (проктит, проктосигмоидит)
 - левосторонний колит
 - тотальный колит
3. Течение неспецифического язвенного колита:
 - молниеносное
 - острое
 - хроническое (рецидивирующее, непрерывно рецидивирующее)
4. Активность процесса:
 - минимальная (I)
 - умеренная (II)
 - максимальная (III)
5. Фаза болезни:
 - обострение
 - ремиссия
6. Эндоскопические варианты:
 - геморрагический
 - гнойный
 - язвенный
 - язвенно-полипозный
7. Внекишечные проявления (артрит, узловатая эритема, ирит, иридоциклит, хронический гепатит и т.д.) и осложнения (перфорация, кровотечение, токсическая дилатация толстой кишки, стриктуры толстой кишки, воспалительные полипы).

Пример диагноза: Неспецифический язвенный колит, левосторонний, хроническое непрерывно-рецидивирующее течение, тяжелой степени, умеренной активности (II), обострение, узловатая эритема.

**Клинические и параклинические признаки,
характеризующие активность неспецифического
язвенного колита**

Частота стула

- 0 – нормальное количество дефекаций (1-2 раза в сутки)
- 1 – учащение стула до 3-4 раз в сутки
- 2 – стул 5-6 раз в сутки
- 3 – частота дефекации более 6 раз в сутки или наличие ночных дефекаций при меньшем их количестве

Эндоскопическая активность процесса

0 – отсутствие признаков воспаления

1 – I степень активности

2 – II степень активности

3 – III степень активности

Изменение скорости оседания эритроцитов (СОЭ)

0 – нормальная (до 10 мм/ч)

1 – ускоренная (11-20 мм/ч)

2 – выраженное ускорение (21-30 мм/ч)

3 – значительное ускорение (свыше 31 мм/ч)

Наличие крови в стуле

0 – нет крови

1 – визуальные следы в форме отдельных капель или прожилков

2 – видимая в кровь умеренном количестве

3 – кровь, слизь, гной в большом количестве

Протяженность воспаления

0 – проктит, проктосигмоидит

1 – левостороннее (дистальнее уровня селезеночной кривизны) поражение

2 – тотальный колит

3 – тотальное поражение толстой кишки с наличием ретроградного илеита или признаками колонизации подвздошной кишки

Общее состояние

0 – без внекишечных проявлений

1 – умеренные внекишечные проявления (артралгии, артриты, гепатомегалия, поражение кожи и ее придатков)

2 – внекишечные поражения паренхиматозных органов (неактивные и умеренной активности гепатит, гломерулонефрит, панкреатит)

3 – внекишечные изменения паренхиматозных органов высокой активности, наличие септических осложнений

4 – сочетанные поражения паренхиматозных органов

ИКА (индекс клинической активности)

0 – 4 ЕД – фаза ремиссии болезни

5 – 9 ЕД – легкая степень обострения
10-14 ЕД – среднетяжелая степень обострения

Классификация запоров по этиопатогенетическому признаку (В.А. Пайков, 1998)

1. Истинные

– Первичные

· **Неврогенные** (гипокинетические - редко, гиперкинетические - гипертонические спазмы), дискинетические - чередование спазма и гипотонии участков кишки

· **Привычные** (вследствие систематического подавления позывов на дефекацию и ослабления рефлекса опорожнения кишечника)

· **Гиподинамические** (вследствие недостаточной физической активности, слабости скелетной мускулатуры, уменьшения раздражения рецепторов на подошвах стоп, стимулирующих работу кишечника)

– Вторичные

· **Воспалительные** заболевания кишечника

· **Проктогенные** (расстройство акта дефекации при заболеваниях rectum - трещина ануса, парапроктит, геморрой, др.)

· **Механические** (уменьшение просвета толстой кишки в связи с аномалией развития, рубцовой деформацией при болезни Крона, др.)

· **Рефлекторные** (воздействие на кишечную мускулатуру при заболеваниях мочевой, половой, эндокринной, центральной нервной системы)

· **Токсические**

2. Ложные

– **Медикаментозные** (холинолитики, некоторые антациды)

– **Искусственное** подавление позывов на дефекацию в условиях дискомфорта

– **Отсутствие** стула после подготовки к рентгенологическому или эндоскопическому исследованию кишечника

– **Алиментарные** (голодный стул, либо длительный прием пищи, не содержащей балластных веществ)

– **Психогенные** (фиксация внимания на акте дефекации, количестве и внешнем виде feces, как следствие, систематическое, недостаточное опорожнение кишечника)

Симптомы, входящие в синдром неязвенной диспепсии, и их определение

Симптомы	Определение
Боли, локализованные по срединной линии	Боли субъективно воспринимаются как неприятные ощущения; некоторые пациенты могут чувствовать как бы «повреждение тканей». Другие симптомы могут беспокоить больного, но не определяться им как боли. При расспросе пациента необходимо отличать боли от чувства дискомфорта.
Дискомфорт, локализованный в подложечной области по срединной линии	Субъективно неприятное ощущение, которое не интерпретируется пациентом как боль, и которое при более детальной оценке может включать в себя симптомы, указанные ниже
Раннее насыщение	Чувство, что желудок переполняется сразу после начала еды, независимо от объема принятой пищи, в результате чего прием пищи не может быть завершен
Переполнение	Неприятное ощущение задержки пищи в желудке; оно может быть связано или не связано с приемом пищи
Вздутие в эпигастральной области	Чувство распираия в подложечной области, его необходимо отличать от видимого вздутия живота
Тошнота	Ощущение дурноты и приближающейся рвоты

Клинические особенности различных вариантов функциональной диспепсии

Язвенноподобный	Дискинетический
боли, локализованные в подложечной области боли проходят после приема антацидов голодные боли ночные боли периодические боли	раннее насыщение чувство переполнения в эпигастрии после еды тошнота ощущение вздутия в верхней половине живота ощущение дискомфорта, усиливающееся после еды

**Основные показатели секреторной функции желудка
у здоровых детей (по Б.Г. Апостолову и др., 1973)**

Показатели	Базальная секреция	Последовательная (на мясной бульон)	Максимальная (на пентагастрин) 6 мкг/кг в/м
Объем желудочной секреции (мл)	15-60	27-64	55-165
Свободная НСІ, титр. ед.	10-28	30-60	28-86
Общая кислотность титр. ед.	20-40	40-80	44-136
Кислотная продукция по общей кислотности, мг-экв/ч	0,75-2,56	1,47-2,80	4,23-11,55
Дебит-час Н-ионов, мг-экв/ч	0,61-1,01	1,01-1,70	-
Концентрация пепсина, мг%	1,8-38	12-38	32-190
Дебит пепсина, мг/ч	11,5-20,1	9,6-28,4	40,5-113
Концентрация пепсиногена в моче, мг/сут	-	0,3-0,8	-

**Дифференциальная диагностика функциональной
(неязвенной) диспепсии и язвенной болезни
(А.В. Фролькис, 1991)**

Признаки	Функциональная (неязвенная) диспепсия	Язвенная болезнь
1	2	3
Суточный ритм болей	Не характерен (боли в любое время суток)	Характерен
Сезонность боли	Отсутствует	Характерна
Многогодичный ритм боли	Отсутствует	Характерен
Прогрессирующее течение болезни	Не характерно	Характерно
Длительность болезни	Чаще 1-3 года	Часто свыше 4-5 лет
Начало болезни	Часто еще в детском и юношеском возрасте	Часто у взрослых молодых людей
Облегчение болей после еды	Не характерно	Характерно при дуоденальной язве
Ночные боли	Не характерны	Характерно при дуоденальной язве

1	2	3
Связь с психоэмоциональными факторами	Характерна	Встречается
Тошнота	Встречается часто	Редко
Стул	Чаше нормальный	Чаше запоры
Похудание	Не характерно	Чаше умеренное
Симптом локальной пальпаторной болезненности	Не характерен	Характерен
Сопутствующие невротические проявления	Характерны	Встречаются, но не закономерно и не столь значительно выражены, как при язвенной диспепсии
Данные рентгенологического исследования	Выявляется моторноэвакуаторная дискинезия желудка	Выявляются язвенная «ниша», перидуоденит, перигастрит
ФЭГДС	Норма или повышение тонуса желудка, выражен сосудистый рисунок, отчетливые складки	Язва, послеязвенный рубец, гастрит

рН-метрия желудка (Ю.Я. Лея, 1987)

Проводится на аппарате «Гастроскан». Используются специальные рН-зонды с двумя оливами (датчиками). Один помещается в антральном отделе, другой – в теле желудка. Показатели рН с антральной и фундальной оливы регистрируются каждые 15 минут в течение 1 часа (базальные условия кислотообразования желудка в ответ на механическое раздражение СОЖ зондом). Первые 15 минут исследования отражают функциональное состояние желудка натощак. По показаниям электрода, расположенного в теле желудка, различают:

натощак:

- сильно кислый желудок рН 0,9-1,9
- среднекислый желудок рН 2,0-2,9
- умеренно кислый желудок рН 3,0-4,9
- слабокислый желудок рН 5,0-6,9
- щелочной желудок рН 7,0-8,9

в базальных условиях:

- гиперацидность рН 1,2 и менее
- нормаацидность рН 1,21-2,0
- гипоацидность рН 2,1-3,0

- сниженная реакция рН 3,1-5,0
- анацидность рН 6,0 и более

Если рН кислотообразующей зоны желудка в базальных условиях превышает 2, применяется стимулятор кислотообразующих желез 0,1% раствор гистамина дигидрохлорида в субмаксимальной дозе (0,01 мг/кг), пентагастрин (0,006 мг/кг).

При рН кислотообразующей зоны желудка в базальных условиях меньше 2 показано использование блокатора кислотообразующих желез 0,1% раствора атропина сульфата в возрастной дозировке.

После введения стимулятора или блокатора кислотопродукции регистрация показателей рН проводится не менее 1 часа через каждые 15 минут. Результаты оценивают по следующим показателям:

В стимулированных условиях:

- гиперацидность рН 1,5 и менее
- нормаацидность рН 1,6-2,0
- гипоацидность рН 2,1-5,9
- анацидность рН 6,0 и более

Кислотообразование оценивается по минимальному показателю рН тела желудка, т.е. по максимальной кислотности.

Оценка результатов атропинового теста

Разница базального и последовательного рН	Качественная оценка	Полуколичественная оценка
0-0,3	Отрицательный	-
0,31-1,0	Слабоположительный	+
1,1-2,0	Положительный	++
2,1 и более	Резко положительный	+++

Об активности кислотообразования дополнительные сведения может дать щелочной или содовый тест Неллера.

Щелочное время – это отрезок с момента увеличения рН в результате введения соды до возвращения этого показателя к исходному уровню.

В ответ на введение в желудок 1,0 г пищевой соды, предварительно растворённой в 30-50 мл теплой воды (температура 37-38° С), показатели рН увеличиваются до 6,0-7,0. Врач следит за степенью и продолжительностью снижения рН в просвете желудка, т.е., за какое время рН вернулось к исходному. В норме щелочное время составляет 17-28 минут. Если щелоч-

ное время меньше 17 минут – ускоренное кислотообразование, если больше 28 минут – замедленное.

Оценку нейтрализующей функции антрального отдела желудка проводят по разнице между минимальным показателем рН в теле и максимальным показателем рН в антральном отделе. При декомпенсированной нейтрализующей функции антрального отдела желудка разница между показателями рН в двух отделах меньше 2, при субкомпенсированной – 2-4, при компенсированной больше 4.

Интрагастральная рН-метрия

Время, мин.		5	5	5	5		2	2	2	10	10	10	10	10	10
Corpus	1,8	1,7	1,4	1,2	1,2	6,4	5,8	1,8	1,2	1,2	1,4	1,2	1,4	1,2	1,4
Antrum	6,6	6,6	2,1	2,1	2,1	6,0	6,1	5,9	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
							Сода			Атропин					

Заключение:

Сильнокислый желудок.

Компенсированное состояние.

Ускоренное содовое время.

Отрицательный атропиновый тест.

Повышенное кислотообразование.

Дифференциально-диагностические признаки гастродуоденальной патологии
(Э.П. Яковенко, 2006)

	Патология	Отрыжка	Боль	Аппетит
Хронический гастрит	Нормосекреторный и с повышенной секрецией	Кислым	В эпигастрии, через 1-1,5 часа после еды или ланчонак, не иррадирует	Сохранен
	С пониженной секрецией	Пищей, воздухом	Без четкой локализации, после еды, тулая, давящая	Снижен
Дуоденит	С дуоденогастральным рефлюксом	Горьким	В подложечной области, через 0,5-1 час после еды, иррадирует в подреберье, не усиливается после еды	Снижен
	Без дуоденогастрального рефлюкса	-	- « -	Снижен
Дискинезия 12-перстной кишки	Гипермоторная	Горьким	Приступообразная в эпигастрии, правом подреберье, усиливается после еды	Позышен
	Гипомоторная	Горьким	Постоянная в эпигастрии, правом подреберье, усиливается после еды	Снижен
Язвенная болезнь	Желудка	Кислым	Сразу после еды	Позышен
	12-перстной кишки	Кислым	Через 1-2 часа после еды	Снижен
Резекция желудка	Демпинг-синдром	Горьким	Нейровегетативные приступы слабости	Снижен
	Синдром приводящей петли	Горьким	Распирающая в эпигастрии и правом подреберье	Снижен

Дифференциально-диагностические признаки гастроудоденальной патологии
(Э.П. Яковенко, 2006)

	Патология	Рвота	Стул	Чувство быстро насыщения
Хронический гастрит	Нормосекреторный и с повышенной секрецией С пониженной секрецией	+/- Тошнота	Преобладает запор Преобладает диарея	- +
Дуоденит	С дуоденогастральным рефлюксом Без дуоденогастрального рефлюкса	+/- +/- +/-	Диарея Запор Диарея	
Дискинезия 12-перстной кишки	Гипермоторная Гипомоторная	+ +/-	Запор Запор	
Язвенная боль	Желудка 12-перстной кишки	Приносит облегчение +/- Кислым	Запор Запор	
Резекция желудка	Демпинг-синдром Синдром приволящей петли	С желчью +/- С желчью, пищей	Диарея Преобладает диарея	+ +

**Основные проявления антральной и диффузной форм
хронического гастрита, ассоциированного с
хеликобактерной инфекцией (Л.И. Аруин, 1993)**

Проявления	Формы ХГ хеликобактерного	
	Антральный (неатрофический – ранняя стадия)	Диффузный (пангастрит) с атрофией (поздняя стадия)
1	2	3
Возраст	Чаще молодой	Чаще пожилой
Субъективные проявления	Язвенно-подобная симптоматика: периодические боли, нередко голодные, изжога, тошнота, иногда отрыжка кислым, запоры	Общая слабость, чувство тяжести, полнота, тупая боль с подложечной области, неприятный вкус во рту, снижение аппетита, тошнота, отрыжка воздухом, ощущение урчания и переливания в животе после еды, нарушение стула
Результаты пальпации живота	Локальная болезненность в пилородуоденальной области	Диффузная болезненность в эпигастрии
Результаты рентгенологического исследования	Рельеф слизистой оболочки грубый в антральном отделе, спазм привратника, сегментирующая перистальтика, беспорядочная эвакуация контрастного вещества	Рельеф слизистой оболочки сложен, гипотония, вялая перистальтика, ускоренная эвакуация контрастного вещества
Результаты гастроскопии	На фоне пятнистой гиперемии и отека слизистой оболочки антрального отдела нередко видны подслизистые кровоизлияния и эрозии (плоские, приподнятые), гиперплазия складок, экссудация, антральный спазм, стаз	Бледность, истонченность, сглаженность слизистой оболочки в теле желудка и антральной области, иногда пятнистая гиперемия, просвечивание сосудов, повышенная ранимость, гипотония, рефлюкс дуоденального содержимого
Результаты гистологического исследования	Выраженный активный антральный гастрит (инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки и эпителия лимфоцитами, плазмощитами,	Атрофия железистого эпителия, кишечная метаплазия, незначительное количество хеликобактерий в слизистой оболочке тела желудка и антрума.

**Сравнительная характеристика
хеликобактериального и аутоиммунного гастритов
(П.Я. Григорьев, А.В. Яковенко, 1977)**

Признаки	Аутоиммунный гастрит	Хеликобактериальный гастрит
Преимущественная локализация	Дно, тело желудка	Антральный отдел желудка
Воспалительная реакция	Слабо выражена	Выражена значительно, гастрит активный
Атрофия желудочного эпителия	Первичная (развивается изначально)	Вторичная (развивается в поздней стадии заболевания)
Наличие эрозий слизистой оболочки желудка	Не характерно	Очень часто
<i>Helicobacter pylori</i>	Нет	Есть
Наличие <i>Helicobacter pylori</i> в крови	Нет	Есть
Антитела к париетальным клеткам	Есть	Нет
Антитела к гастромукопротеину	Есть	Нет
Антитела к H ⁺ к-АТФ-азе	Есть	Нет
Гипергастринемия	Выражена	Незначительна или уровень гастрин в крови нормальный
Кислотообразующая функция желудка	Резкое снижение, по мере прогрессирования – анацидное состояние	В начальной стадии заболевания – нормальная или повышенная, в поздней стадии – снижена (но не анацидное состояние)
Развитие В12-дефицитной анемии	Характерно	Не характерно
Сочетание с язвенной болезнью	Не характерно	Очень часто
Малигнизация	Крайне редко	Часто

Клинико-лабораторные особенности различных типов хронических гастритов

Признаки	Хронический гастрит аутоиммунный	Хронический гастрит хелибактерасоциированный	Хронический гастрит реактивный
Болевой абдоминальный синдром	Выражен слабо, умеренная болезненность при пальпации в эпигастрии	Выражен, уменьшается при диетическом питании	Выражен, уменьшается при подключении антирефлюксной терапии
Синдром желудочной диспепсии	Отчетливо выражен: урчание в животе, метеоризм, склонность к послаблению стула, диарея после приема молока и жиров, признаки полигиповитаминоз, анемия	Склонность к запорам	Выражены отрыжка, горечь во рту, запах изо рта, изжога после приема крепкого чая, кофе, шоколада
Желудочная секреция	Выраженная гипоацидность	Гиперацидность или нормальная желудочная секреция, редко гипоацидность	Нормальная желудочная секреция или гипоацидность
Уровень гастрина в крови	Высокая гастринемия	Нормальный уровень	Нормальный уровень
Эндоскопическая картина	Поражение преимущественно фундального отдела с преобладанием атрофических процессов	Гиперемия и отек преимущественно в антральном отделе, единичные эрозии слизистой оболочки	Признаки дуоденогастрального рефлюкса, гиперемия, отек, эрозии слизистой оболочки в антральном отделе и (или) в теле желудка
Сопутствующие заболевания	Сочетание с хроническим тиреоидитом, тиреотоксикозом, другими аутоиммунными заболеваниями	Заболевания желчных путей, кишечника, 12-перстной кишки	Рефлюкс-эзофагит

Клинические особенности хронического гастрита в зависимости от типа желудочной секреции

Вид хронического гастрита	Болевой синдром	Диспепсический синдром	Астено-вегетативные проявления
Хронический гастрит с нормальной и повышенной секрецией желудка	Тупые, ноющие боли через 10-15 мин. после еды, иногда голодные боли (при гастрите типа В, рефлюксогастрите)	Отрыжка кислым; изжога; чувство давления и полноты в эпигастрии; иногда рвота, дающая облегчение; запоры	Раздражительность, вялость, недомогание, головные боли
Хронический гастрит с секреторной недостаточностью	Не характерен	Чувство полноты в желудке, отрыжка воздухом, слюнотечение; стремление к приему острых блюд, солений; неустойчивый стул, неприятный запах изо рта; обложенный язык или его покраснение, отечность, сглаженность сосочков, ангулярный стоматит, кровоточивость десен	Выражены

Критерии прогнозирования течения язвенной болезни у детей

Показатели	Прогноз течения	
	благоприятный	неблагоприятный
1	2	3
Пол ребенка	Женский	Мужской
Возраст	Дошкольный и младший школьный	Пубертатный

1	2	3
Наследственная отягощенность по язвенной болезни	Отсутствует	Имеется
Телосложение	Нормостеническое	Астеническое
Расположение пальцев стопы	Второй палец короче первого	Второй палец длиннее первого
Цвет глаз	Темный	Зеленый, серо-голубой
Тип нервной системы	Сильный	Слабый
Сопутствующие заболевания	-	Поджелудочной железы и эндокринной системы
Рецидивы язвенной болезни	Первичное обострение	Повторные рецидивы
Течение обострения язвенной болезни	В зимний и особенно в летний периоды года	В марте-апреле и сентябре-октябре
Осложнения язвенной болезни	Отсутствуют	Имеются
Сроки пальпаторной болезненности в верхней половине живота	До 2-х недель	3 недели и более
Локализация язв	Желудочная	Дуоденальная и сочетанная
Количество язв	Одиночная	Две и более
Размер язвы	До 1 см	Свыше 1 см
Глубина язвы	Поверхностная	Глубокая
Расположения язв в луковице 12-перстной кишки	Проксимальное	Дистальное
Исход заживления язвы	Без образования рубца	С формированием рубца
Сопутствующие изменения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны	Явления поверхностного, особенно субатрофического гастродуоденита	Обострение гипертрофического и эрозивного гастродуоденита
Рефлюкс-эзофагит	Отсутствует	Имеется
Дуодено-гастральный рефлюкс	Отсутствует	Имеется
Спастическая деформация луковицы 12-перстной кишки	Отсутствует	Имеется

1	2	3
Показатели кислотообразующей функции желудка: общей кислотности, стимулированного дебита НСІ	До 100 титр. Ед. До 20 мг	Свыше 100 титр. Ед. Свыше 20 мг
Пепсин желудочного сока	До 40 г/л	Свыше 40 г/л
Значение рН в антральном отделе желудка	Свыше 3-х ед.	Ниже 3-х ед.
Лизоцизм желудочного сока	Выше 40%	Ниже 40%

Некоторые биохимические синдромы при поражении поджелудочной железы (Е.Г. Лифшиц, 1975)

Синдром цитолиза: Повышение в крови содержания амилазы, липазы, фосфолипазы, липопротеинлипазы, трипсина, эластазы, дезоксирибонуклеазы, лейцинаминопептидазы, лактатдегидрогеназы. Увеличение количества амилазы, липазы, пептидаз в моче. Повышение уровня трансаминаз в крови. Уменьшение содержания кальция и повышение содержания фосфора в крови.

Синдром внешнесекретной панкреатической недостаточности: Снижение активности ферментов в дуоденальном содержимом натощак и после стимуляции. Плоская сахарная кривая после нагрузки крахмалом. Патологическая липоидоловая проба. Патологический желатиновый тест. Нарушение всасывания триолеина-131 при нормальном всасывании олеиновой кислоты-131. Уменьшение активности трипсина в кале. Наличие в кале увеличенного количества нейтрального жира, крахмала, переваренных мышечных волокон.

Синдром внутрисекреторной панкреатической недостаточности: Двугорбые или диабетические гликемические кривые после двойной нагрузки глюкозой с максимальным повышением гликемии после второй нагрузки. Гипергликемия, глюкозурия.

Средние показатели поджелудочной железы

Возраст	Головка (см)	Тело (см)	Хвост (см)
1 мес. – 1 год	10±4	6±2	10±4
1 год – 5 лет	17±3	10±2	18±4
6 – 15 лет	16±4	10±3	18±4
16 – 18 лет	20±5	11±3	20±4

Дифференциальный диагноз диспанкреатизма, реактивного и хронического панкреатита

Признаки	Диспанкреатизм	Реактивный панкреатит	Хронический панкреатит
1	2	3	4
Определение	Обратимые нарушения функции без морфологических изменений	Интерстициальный ОП на фоне обострения хронических гастродуоденальных, билиарных заболеваний	Воспалительно-дегенеративный процесс с развитием фиброза и экзокринной недостаточности
Боли	Нестойкие, разлитые, перемещающиеся из подреберья в подреберье	Интенсивные, над пупком и левее, иррадирующие влево в спину, постоянные или после еды	Рецидивы болей или слабые постоянные боли
Болезненность	Эпигастрий, подреберья, точка Мейо-Робсона	Зоны Шоффара, Губергрица, симптомы Керте, Мейо-Робсона, Кача	Симптомы Мейо-Робсона, Кача, Гротта, болезненность в зонах Шоффара, Губергрица
Диспепсические расстройства	Тошнота, метеоризм, отрыжка	Тошнота, рвота, метеоризм, иногда кратковременная диарея	Полифекалия, стул кашицеобразный, блестящий, иногда чередование поносов и запоров
Копрограмма	Норма	Норма или непостоянная стеаторея	Стеаторея нейтральным жиром, реже с креатореей
Амилаза крови и мочи	Непостоянно повышена	Повышена	Может быть повышенной или нормальной

1	2	3	4
УЗИ	Увеличение размеров частей ПЖ (могут быть нормальные размеры), эхогенность и эхоструктура нормальные	Увеличение поджелудочной железы, ровные нечеткие контуры, снижение эхогенности	Гиперэхогенность ПЖ, изменение формы, размеров, контуров, может быть расширение протока поджелудочной железы
ЭГДС	Признаки дуоденита, папиллита	Признаки дуоденита, папиллита	Возможны варианты

Особенности клинических проявлений хронического панкреатита у детей в зависимости от тяжести проявления (Г.В. Римарчук, 1997)

Легкая форма: Боли ноющие или приступообразные, кратковременные, без иррадиации, болезненность преимущественно в проекциях поджелудочной железы. Прогноз благоприятный.

Среднетяжелая форма: Болевой синдром возникает после нарушений в диете, физического переутомления. Боли локализуются в эпигастральной области, левом подреберье, иногда усиливаются до резких болевых кризов, но быстро купируются, диспепсические расстройства умеренно выражены. Течение благоприятное.

Тяжелая форма: Преобладают выраженные болевые кризы, длительные, с локализацией по всей верхней половине живота, сочетаются с разнообразными диспепсическими симптомами. Частота и тяжесть обострений нарастают с возрастом. Возможно развитие осложнений.

Вторичные нарушения пищеварительных функций поджелудочной железы (Бельмер С.В., Гасилина Т.В., 2006)

Заболевания печени и биарной системы

Дефицит желчных кислот

- билиарная обструкция
- холестатические поражения печени
- гепатит, цирроз печени

Заболевания кишечника

- 1. Инактивация панкреатических ферментов в кишке**
 - синдром Золингера-Эллисона
 - избыточный бактериальный рост в тонкой кишке
- 2. Быстрый транзит кишечного содержимого, снижение концентрации ферментов в результате разведения**
 - постгастроэктомический синдром
 - избыточный бактериальный рост в тонкой кишке
 - состояние холецистэктомии
- 3. Нарушение смешивания ферментов с пищевым химусом**
 - дуодено- и гастростаз
 - синдром раздраженного кишечника
- 4. Дефицит желчных кислот в тонкой кишке**
 - патология терминального отдела тонкой кишки
 - избыточный бактериальный рост в тонкой кишке
- 5. Нарушение продукции холестерина**
 - структурные повреждения слизистой оболочки тонкой кишки

Заболевания поджелудочной железы

- Снижение продукции панкреатических ферментов**
- муковисцидоз
 - хронический панкреатит
 - рак поджелудочной железы

Типы нарушений панкреатической секреции при хроническом панкреатите (Г.В. Римарчук, 1997)

Гиперсекреторный: Повышение концентрации панкреатических ферментов при нормальном или повышенном объеме секреции и уровня бикарбонатов. Такой тип встречается при обострении панкреатита и отражает начальные неглубокие воспалительные изменения в железе, связанные с гиперфункцией ацинарной ткани.

Гипосекреторный: Качественная недостаточность панкреатической секреции, при которой снижается активность ферментов на фоне нормального или пониженного объема сока и бикарбонатов. Такой тип чаще встречается при хроническом панкреатите с развитием фиброза органа, отражает прогресси-

рование воспалительного процесса.

Обтурационный: Уменьшение количества панкреатического сока при нормальном или измененном содержании ферментов и бикарбонатов. Такой вариант отмечается при наличии обтурации протоков железы (папиллит, дуоденит, спазм сфинктера Одди).

Гипореактивный: Нормальный уровень активности панкреатических ферментов в дуоденальном содержимом и отсутствие адекватной реакции на панкреозимин.

Клинические особенности различных форм хронического панкреатита у детей

Хронический рецидивирующий панкреатит

Болевой синдром: Выраженные боли приступообразного характера, опоясывающие, с иррадиацией в левое подреберье, левое плечо, лопатку, реже в спину. Зоны гиперестезии в левом подреберье на уровне 8-10 грудных позвонков слева.

Диспепсические расстройства: Тошнота, возможна рвота, неустойчивый стул в период обострения.

Панкреатические ферменты крови и мочи: Повышение амилазы крови и мочи на фоне болевого приступа.

Хронический панкреатит с постоянным болевым синдромом

Болевой синдром: Тупые постоянные, периодически усиливающиеся боли в верхней половине живота, длительностью до нескольких месяцев.

Диспепсические расстройства: Снижение аппетита, тошнота, похудание, метеоризм.

Панкреатические ферменты крови и мочи: Нормальные или незначительно повышены.

Хронический безболевой панкреатит

Болевой синдром: Выражен незначительно, присутствует клиника заболеваний других органов пищеварения, ведущим является диспептический синдром.

Диспепсические расстройства: Выражены признаки внешнесекреторной недостаточности железы: при сохраненном аппетите отмечаются пониженное питание, бледность, признаки

полигиповитаминоза, отрыжка, чувство тяжести после еды, метеоризм, неустойчивый стул, нейтральный жир при копроскопии.

Панкреатические ферменты крови и мочи: Нормальные или снижены.

Характеристика непрерывного фракционного дуоденального зондирования

Фаза	Характеристика
I фаза, общего желчного протока	Период с момента появления первых порций желчи до введения раздражителя. Скорость выведения желчи 1-1,5 мл/мин., время 15-20 мин., количество 20-30 мл
II фаза, закрытого сфинктера Одди	Время от введения раздражителя до появления новой порции желчи. Время 3-5 мин.
III фаза, порция А	От момента открытия сфинктера Одди до появления желчи. Время 3-5 мин., количество до 5 мл
IV фаза, пузырьная порция В	Время выделения пузырьной желчи. Скорость выделения 1-2 мл/мин., время 20-30 мин, количество 30-50 мл
V фаза, порция С	Скорость выделения желчи из печеночных ходов 1,1-1,5 мл/мин.

Биохимические показатели состава желчи у здоровых детей

Показатели	Порции желчи	
	В (M±m)	С (M±m)
Билирубин (по Мейленграхту), г/л	1,23±0,13	0,22±0,03
Холестерин, г/л	1,02±0,09	3,00±0,07
Холато/холестериновый коэффициент (желчные кислоты/холестерин)	23,1±2,7	21,5±2,4
Холестерино-билирубиновый коэффициент	0,66±0,01	1,33±0,26
Фосфолипиды (по А.И. Иванову), г/л	14,2±1,2	2,34±0,5
Фосфолипидно-билирубиновый коэффициент	11,9±3,2	11,0±3,6
Желчные кислоты, г/л	23,4±1,4	6,36±0,7
Липидный комплекс, оптич. Ед	0,47±0,07	0,06±0,01
Гексозамины, гл	0,09±0,009	0,11±0,01
Гексозы, гл	0,37±0,05	0,39±0,03
Отношение гексозы/ билирубин	0,30±0,05	1,75±0,18
ДНК, г/л	0,33±0,001	0,023±0,001

Средние размеры желчного пузыря у детей

Возраст	Длина, см	Ширина у основания, см	Ширина шейки, см
Новорожденный	3,4	1,08	0,68
1-5 месяцев	4,0	1,02	0,85
6-12 месяцев	5,05	1,33	1,0
1-3 года	5,0	1,6	1,07
4-6 лет	6,9	1,79	1,11
7-9 лет	7,4	1,9	1,3
10-12 лет	7,7	3,7	1,4

Изменение показателей двигательной функции при различных видах дискинетических нарушений желчной системы у детей

Тип нарушения опорожнения	Вид нарушения координации
Замедленное опорожнение (поперечник желчного пузыря сокращается менее чем наполовину)	Спазм сфинктеров желчевыводящей системы. ПДФ больше 0,75. Слабое сокращение желчного пузыря. ПДФ меньше 0,75
Ускоренное опорожнение (поперечник желчного пузыря сокращается более чем наполовину)	Недостаточность сфинктеров желчевыводящих путей. ПДФ меньше 0,59. Сильное сокращение желчного пузыря. ПДФ больше 0,59
Своевременное опорожнение (поперечник желчного пузыря сокращается наполовину)	Слабое сокращение желчного пузыря при недостаточности сфинктеров. ПДФ меньше 0,59. Сильное сокращение желчного пузыря при спазме сфинктеров. ПДФ более 0,75

Клинико-диагностическое значение элементов копрограммы (Бельмер С.В., Левина Е.Е.)

Показатели	Норма	Показатели	Норма
1	2	1	2
Консистенция	плотноватый	Соединительная ткань	-
Форма	оформленный	Жир нейтральный	-
Запах	обычный	Жирные кислоты	-
Цвет	коричневый	Кристаллы	-
Реакция	pH 6,5-7,5	Соли жирных кислот	+/-
Слизь	-	Растительная клетчатка	+

1	2	1	2
Кровь	-	Реакция на кровь	-
Стеркобилин	+	Йодофильная флора	
Мышечные волокна без исчерченности	-	Мышечные волокна с исчерченностью	-
Крахмал внутриклеточный	-	Крахмал внеклеточный	-
Белок	-		

Клинико-диагностическое значение элементов копрограммы (Бельмер С.В., Левина Е.Е.)

Элементы	Патогенез	Клинические ситуации
1	2	3
Мышечные волокна		
Непереваренные	Нарушение протеолитических процессов. Снижение желудочной секреции (соляной кислоты и пепсина), ускоренная эвакуация пищи из желудка.	Хронический атрофический гастрит, язвенная болезнь желудка, рак желудка.
Переваренные (значительное количество)	Нарушение протеолитических процессов. Ускоренная эвакуация пищи по ЖКТ, недостаточность пептидаз поджелудочной железы.	Функциональные нарушения моторики, хроническая (в т.ч. врожденная патология поджелудочной железы.)
Крахмал	Нарушение амилолитических процессов. Ускоренная эвакуация пищи, недостаточность амилазы поджелудочной железы	Функциональные нарушения моторики, хроническая (в т.ч. врожденная) патология поджелудочной железы.
Жир		
Нейтральный	Нарушение липолитических процессов. Дефицит липазы поджелудочной железы.	Панкреатическая недостаточность, хроническая (в т.ч. врожденная) патология поджелудочной железы.
Жирные кислоты	Нарушение кишечного всасывания жирных кислот. Атрофия слизистой оболочки тонкой кишки, недостаточность желчных кислот (внутри- или внепеченочный холестаза).	Целиакия и другие заболевания тонкой кишки (невоспалительные и воспалительные), сопровождающиеся синдромом нарушенного кишечного всасывания,
Мыла	Нарушение кишечного всасывания жирных кислот. Омыление в толстой кишке невосававшихся жирных кислот	обтурационная желтуха и другие причины холестаза

1	2	3
Клетчатка		
Перевариваемая	Нарушение кишечной микрофлоры. Желудочная гипосекреция, нарушение состава микрофлоры толстой кишки.	Хронический атрофический гастрит, язвенная болезнь желудка, рак желудка, функциональные нарушения моторики, нарушения кишечного микробиоценоза.
Неперевариваемая	Изменение состава микрофлоры толстой кишки	Функциональные нарушения моторики, антибиотик-ассоциированный дисбиоз кишечника, патология толстой кишки.
Йодофильная флора	Изменение состава микрофлоры толстой кишки	Диета, богатая клетчаткой; бродильная диспепсия, функциональные нарушения моторики, антибиотик-ассоциированный дисбиоз кишечника, патология толстой кишки.
Слизь, лейкоциты	Воспалительный процесс в толстой кишке	Колиты
Эритроциты	Воспалительный процесс в толстой кишке, кровотечение при полипозе и опухолях толстой кишки, другие кровотечения	Колиты, полипоз и опухоли толстой кишки, геморроидальные кровотечения, травма
Дрожжевые клетки и мицелий (грибы)	Нарушение микробиоценоза кишечника с ростом грибов	Хронический колит, кандидоз, антибиотик-ассоциированный дисбиоз кишечника, иммунодефицитные состояния
Простейшие, яйца гельминтов, цисты лямблий	Инвазия простейшими и гельминтами	Инфекционные и паразитарные заболевания

**Дифференциально-диагностическая таблица
гиперкинетических и гипокинетических запоров**

Результаты исследования	Гиперкинетические запоры	Гипокинетические запоры
Особенности кала	Кал фрагментирован, в виде овечьего, иногда лентовидный, шнуровидный	Кал может быть объемным
Результаты пальпации живота	Сигмовидная кишка сокращена, ощущается перистальтика, прощупываются комки кала	Сигмовидная кишка расширена, перистальтика не определяется, комки кала не прощупываются
Результаты пальцевого исследования прямой кишки	Прямая кишка пуста, иногда болезненна	Прямая кишка может быть расширена
Результаты ректороманомкопии	Слизистая оболочка прямой кишки влажная, окраска ее быстро меняется, видны перистальтика и спазмы	Слизистая оболочка прямой кишки сухая, тусклая, прямая кишка иногда спавшаяся
Результаты колоноскопии	Циркулярные складки высокие, пространства между ними уменьшены, просвет толстой кишки сужен, большая его часть закрыта гаустрами	Циркулярные складки снижены, пространства между ними увеличены, просвет толстой кишки расширен, открыт для осмотра
Результаты рентгенологического исследования	Гаустрация глубокая, частая, толстая кишка сужена	Гаустрация слабо выражена, толстая кишка может быть растянута

**«Римские критерии» синдрома раздраженного
кишечника**

Боли и/или дискомфорт в животе	Два или более следующих симптома на протяжении 25% времени заболевания
Проходят после акта дефекации	Изменения частоты стула (чаще чем 3 раза в день или реже чем 3 раза в неделю)
Связаны с изменениями частоты стула (запорами, поносами или их чередованием)	Изменение консистенции кала (жидкий, твердый). Изменение акта дефекации. Императивные позывы
Связаны с изменениями консистенции кала	Неполное опорожнение. Дополнительные усилия при дефекации. Выделение слизи с калом. Вздутие живота, метеоризм. Урчание в животе

**Симптомы, исключающие диагноз синдрома
раздраженного кишечника**

Жалобы и анамнез

1. Немотивированная потеря массы тела
2. Ночная симптоматика (кишечные расстройства, прерывание сна)
3. Постоянные интенсивные боли в животе как единственный ведущий симптом поражения ЖКТ
4. Начало в пожилом возрасте
5. Рак толстой кишки у родственников, семейный полипоз, хронические воспалительные заболевания кишечника
6. Физикальное обследование
7. Лихорадка
8. Изменения в статусе (гепатомегалия, спленомегалия и др.)
9. Лабораторные показатели
10. Кровь в кале
11. Лейкоцитоз
12. Анемия
13. Увеличение СОЭ
14. Изменения в биохимии крови и иммунологических пробах

**Внекишечные поражения при неспецифическом
язвенном колите**

Органы и системы	Частота поражения и особенности проявления
Суставы	У 20-25% больных поражаются крупные суставы. Возможны моноартриты. Тенденция к миграции воспаления в суставах. Спондилит и изолированный сакроилеит. Артриты возникают при обострениях неспецифического язвенного колита или предшествуют им. Сочетание артритов с поражениями кожи и глаз
Глаза	Частота 5-10%. Преимущественно увеит, возможны кератит, эписклерит, ретробульбарный неврит, конъюнктивит
Кожа и слизистые оболочки	Узловатая эритема (1-3%) чаще на предплечьях и голенях. Гангренозная пиодермия (1-4%) при тяжелых формах заболевания с поражением всей толстой кишки. Афтозный и язвенный стоматит, глоссит, гингивит (15-24%) при тяжелых атаках
Печень	У 25% больных жировая инфильтрация, хронический активный гепатит, амилоидоз, перихоангит и другие
Почки	Камни почек 2,2%
Поджелудочная железа	Панкреатит

**Клинико-лабораторные критерии тяжести
неспецифического язвенного колита**

Признаки	Клиническая форма заболевания	
	легкая	тяжелая
Диарея	Нерезко выраженная (стул жидкий или кашицеобразный, 4 раза или реже в сутки). Могут быть только тенезмы	Резко выраженная (стул жидкий, водянистый, 6 раз в сутки и чаще)
Примесь крови в испражнениях	В небольшом количестве	В значительном количестве, видимом на глаз
Лихорадка	Отсутствует	Вечерняя температура 38° С и выше
Тахикардия	Отсутствует	Пульс 90 в 1 мин. и чаще
Уменьшение массы тела	Не наблюдается	На 20% от исходной и больше
Анемия	Отсутствует	Содержание гемоглобина 110 г/л и ниже
Гипоальбуминемия	Отсутствует	Выражена
СОЭ	Не увеличена	30 мм/ч и выше
Содержание белково-углеводных комплексов в сыворотке крови	Нормальное	Повышено
Гипергаммаглобулинемия	Умеренная	Выраженная
Иммунологические пробы	Положительные	Резко положительные

Примечание: клинико-лабораторные показатели, характеризующие среднюю тяжесть неспецифического язвенного колита, занимают промежуточное место между рассмотренными в таблице.

**Дифференциально-диагностические признаки
неспецифического язвенного колита и болезни Крона**

Показатель	Неспецифический язвенный колит	Болезнь Крона
1	2	3
<i>Аналитические данные</i>		
Семейный анамнез	Наследственная предрасположенность 3-5%, особенно у кровных родственников	
Возраст к началу болезни	От 2 мес. до 90 лет. Чаще в 20-40 лет. Дети составляют 10% больных.	18-30% больных в возрасте от 10 до 20 лет
Этиология	Неизвестная	Неизвестная

1	2	3
Значимые факторы	Мальчики, работники интеллектуального труда, эмоциональные стрессы, раннее искусственное вскармливание и другие пути сенсibilизации	Анкилозирующий спондилит, гистосовместимость по антигену HLA-B27, подростки
Патогенез	Аутоиммунные антитела к слизистой оболочке толстой кишки, дисбактериоз, аллергияция	Аутоиммунные антитела к слизистой оболочке толстой кишки и сенсibilизированные лимфоциты, трансмуральное поражение лимфатических сосудов
Начальный период	Заболевания могут быть похожи вначале, особенно при наличии диареи	
Острое начало	Встречается нередко, начинается с выраженной диареи, чаще водянистого стула, потери крови, выделений слизи и гноя, спазмов прямой кишки, тенезмов, слабости анального сфинктера	Бывает редко. Характеризуется полуоформленным стулом, болями в животе. Кровотечения обычно отсутствуют. Первыми признаками могут быть поражения перианальной области
Молниеносное	Возникает сразу в тяжелой форме: лихорадка, вздутие живота. Может развиваться острая токсическая дилатация толстой кишки с угрозой перфорации	Редко встречается
Постепенное	Наблюдается в форме проктита или проктосигмоидита, отличается выраженностью симптомов, тенезмами, спастическими явлениями и болями в прямой кишке	Начало заболевания более мягкое, редко в форме проктита
Клинические проявления		
Кровотечения	У детей за 2-3 мес. до диареи. Постоянные, даже небольшие потери крови приводят к анемии	Редко. Наблюдается, главным образом, при вовлечении в процесс прямой кишки
Диарея	Может быть за 1-2 мес. до появления других симптомов. Стул частый, водянистый, нередко в ночное время	Обычно 4-6 раз в день, кашицеобразный, как правило, только в дневное время

1	2	3
Запоры	Встречаются редко, только при проктитах и проктосигмоидитах	Более типичны
Боль в животе	Может быть за 2-3 мес. до появления других симптомов. Имеет преимущественно спастический характер, возникает перед дефекацией и может стихать после опорожнения кишечника. Является второстепенным признаком болезни	Типична, особенно при наличии инфильтрата. Интенсивность варьирует от нерезкой тупой до (реже) острой
Пальпируемый инфильтрат в брюшной полости	Истинный инфильтрат отсутствует	Встречается часто, обычно локализуется в правой подвздошной области, по ходу нисходящей ободочной, сигмовидной кишки или глубоко в малом тазу. Самопроизвольно вскрывшийся абсцесс определяется как перфорация; при илеоколите бывают ретроперитонеальные абсцессы
Перфорации	Главным образом, при острой тотальной форме болезни на фоне токсической дилатации толстой кишки и происходят в свободную брюшную полость	Более типичны прикрытые перфорации
Токсический мегаколон	В 1-2% случаев	Очень редко
Внутренние свищи	Не встречаются	Возникают из-за язв-трещин, подрывающих слизистую оболочку и мышечный слой с образованием картины «бульжной мостовой», проникают через серозную оболочку, открываются в уретру, мочевой пузырь и другие органы, соединяют петли кишок между собой

1	2	3
Наружные свищи	Не встречаются	Открываются на коже передней брюшной стенки в области послеоперационных рубцов
Кишечная непроходимость	Обычно не наблюдается, за исключением случаев, при которых возникает в результате приема грубой пищи на фоне спазма кишки и после операции.	Наблюдается часто при наличии фиброзно-измененных, суженных участков кишки и отека. Обычно для илеоколита и раньше проявляется у детей из-за меньшего диаметра кишки.
Клиническая ремиссия	Характерна, может быть спонтанной, сезонной, частичной или полной. Иногда длится многие годы и характеризуется обратным развитием рентгенологических симптомов. В других случаях в периоде ремиссии повышается риск малигнизации.	Отмечаются периодические улучшения, но полной клинической ремиссии на длительное время не бывает. Абсолютной нормализации рентгенологической картины никогда не наступает. Сужения кишки могут исчезать лишь в нестенотической фазе, когда они обусловлены спазмом.
Раковое перерождение	У детей в 3-4% случаев. Частота возрастает при тотальном поражении кишки и длительности болезни более 10 лет. Риск повышается при заболевании, возникшем в детстве.	Очень редко
Обострения	Характеризуются теми же проявлениями, что и в начале заболевания, но обычно протекают тяжелее.	Рецидивы часты, но больные и в периоды улучшения не чувствуют себя вполне здоровыми.
Поражения перианальной области	В 10-20% случаев наблюдаются небольшие изменения в виде экскориаций перианальной кожи, иногда единичных анальных трещин, возникающих в результате тяжелой диареи. Свищи прямой кишки и изредка ректовагинальные свищи встречаются только при проктоколитах	Отмечаются в 75-80% случаев и включают широкий комплекс перианальных абсцессов, свищей, трещин или язв; наружные свищи и безболезненные анальные язвы-трещины вначале могут быть единственными проявлениями болезни.

1	2	3
Распространенность процесса	Всегда начинается в прямой кишке, часто диффузно распространяется на вышележащие отделы толстой кишки и примерно в 10% случаев – на терминальную часть подвздошной. Между протяженностью поражения и степенью тяжести болезни имеется явный параллелизм. При дистальных формах перфорации смертельные исходы не наблюдаются.	Возникает в любом отделе желудочно-кишечного тракта, обычно в правой половине толстой кишки, особенно в илеоцекальной области. Поражение может сплошь захватывать один более или менее протяженный участок или проявляться в нескольких отдельных участках, разделенных здоровой слизистой оболочкой. Прямая кишка вовлекается непостоянно. Несмотря на сегментарный характер поражения, часто наблюдаются осложнения.
Структуры	Не типичны даже в далеко зашедшей стадии непрерывного процесса сужения толстой кишки, возникает вследствие сокращения циркулярных мышечных слоев, а не в результате фиброза. Наличие стриктуры всегда подозрительно на малигнизацию.	Наблюдается часто; при илеоколите обычно встречаются в терминальном отделе подвздошной кишки
Рецидивы заболевания после операции	Не наблюдаются	Отмечаются почти в 50% случаев
Состояние перианальной области	Кожа не изменена или слегка раздражена из-за частого жидкого стула	Часто отмечаются отек, синюшность и изъязвление кожи перианальной области, нагноения и свищи
Пальцевое исследование	Спазм или атония прямой кишки, гранулярная или нормальная поверхность кишечной стенки	Тонус прямой кишки не изменен; имеют место глубокие изъязвления, при наличии отека определяется узловатость
<i>Рентгенологические различия</i>		
Поражение прямой кишки	Постоянно	В половине случаев, нередко со свищами и «слепыми синусами»
Сужение просвета толстой кишки	Равномерное на значительном протяжении, без закупорки, может расширяться в период ремиссии	Локальное, иногда непроходимость на почве стриктуры

1	2	3
Эвакуация бария из толстой кишки	Нормальная или ускоренная	Замедленная
Кишечная стенка	Сохраняет эластичность; псеводивертикулы, асимметричные вовлечения кишечной стенки отсутствуют	Ригидная, с асимметрией контуров и псеводивертикулами
Контрактильная способность	Сохраняется	Снижена или полностью утрачена
Характер слизистой оболочки	Равномерно зернистый, с псевдополипами	Вид «булыжной мостовой»
Язвенные дефекты	В тяжелых случаях множественные, при глубоких язвах – двойной контур	Редкие, в виде глубоких трещин, спикурообразных выступов
Укорочение толстой кишки	Часто наблюдается в хронических случаях, связано с мышечным спазмом, дает начало трубкообразному сужению. В период ремиссии может исчезать	Не характерно
Поражение тонкой кишки	Чаше отсутствует. При «ретроградном илеите» равномерное, ограниченное терминальным отделом, только как продолжение тотального колита.	Прерывистое, неравномерное, с ригидностью стенки, часто со свищами, имеющими характер «слепого синуса»
Просвет тонкой кишки при ее поражении	Диффузно расширен	Неравномерное сужение разной степени – от умеренного до резко выраженного (симптом «шнура»): спазм, стойкое сужение

Эндоскопические и дифференциально-диагностические признаки неспецифического язвенного колита, болезни Крона и эрозивных колитов

Эндоскопический признак	Неспецифический язвенный колит	Болезнь Крона	Эрозивные колиты
1	2	3	4
Протяженность поражения кишки	Чаше диффузное, редко (во время лечения) многоочаговое	Чаше очаговое, многоочаговое, реже диффузное	Чаше сегментарное
Поражение прямой кишки	Почти в 100% случаев	Менее 50% случаев	Поражается редко

1	2	3	4
Поражение подвздошной кишки	Только при тотальных колитах с вовлечением в процесс илеоцекального клапана (7-10%)	Поражается часто или изолированно в форме илеоколита	Не поражается
Характер просвета	В тяжелых случаях деформирован, сужен, неправильной формы, в легких – изменений нет	Сужен в фазе выраженного воспаления до стенозов	Не изменен
Циркулярные складки	При легком течении расширены, в активной фазе исчезают	В фазе инфильтрации уплощены, затем отсутствуют	Сохранены, за исключением тяжелых сосудистых поражений
Инфильтрация стенки кишки	Выражена при тяжелых формах	Выражена во всех формах	Отсутствует
Цвет слизистой оболочки	Различные оттенки красного цвета	От бледно-желтого до выраженной гиперемии	На непораженных участках обычного цвета
Поражение слизистой оболочки	Сплошное	Сплошное	Очаговое
Сосудистый рисунок	Отсутствует	Отсутствует	Обычно четко прослеживается
Поверхность слизистой оболочки	Зернистая	Неровная («бульжная мостовая»)	Ровная, гладкая, исключая выраженные сосудистые нарушения
Характер язвенных дефектов	Различные по величине, форме и глубине эрозии и язвы	Продольные трещины, обширные глубокие язвы	Равномерные поверхностные эрозии
Края язвенных дефектов	Нечеткие	Четкие	Четкие
Контактная кровоточивость	Выражена	Выражена	Не выражена
Псевдополипы	Множественные	Множественные	Отсутствуют
Стенозы	Редки	Очень часты	Нет
Наружные и внутренние свищи	Редки	Часты	Нет
Наложения на слизистой оболочке	Гной, слизь, фибрин	Гной, слизь, фибрин	Кровь, слизь

Примечание: эрозивные колиты могут быть проявлением инфекционного (микробного или паразитарного) заболевания, глистной инвазии (шистоматоз), сосудистых поражений (капилляротоксикоз, ревматизм), осложнением септического или травматического шока и др.

Лекарственные средства, используемые при лечении больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

1 Препарат	2 Форма выпуска	3 Дозировка
Актовегин	Амп. 2 мл (80 мг), 5 мл (200 мг), 10 мл (400 мг)	По 1-2 мл в день в/м, курс лечения 10-12 дней
Аллохол	Табл.	Детям по 1 табл. 3-4 раза в день после еды курсом 3-4 нед. Перерыв между курсами 3 мес.
Алмагель	Фл. 170 и 200 мл суспензии	До 10 лет – 1/2 ч.л., старше 10 – 1-2 ч.л. 3 раза в день через 1,5-2 часа после еды и на ночь или за 30 мин. до еды
Алмагель А	Фл. 170 и 200 мл суспензии	До 10 лет – 1/2 ч.л., старше 10 – 1-2 ч.л. 3 раза в день через 1,5-2 часа после еды и на ночь или за 30 мин. до еды
Алмагель Нео	Фл. 170 и 200 мл суспензии Саше 10 мл	Старше 10 лет 1/2 дозы для взрослых. Старше 12 лет 1 саше или 2 доз.л. 4 раза в день после еды и на ночь.
Албендазол (немозол)	Табл. 0,4 Суспензия 100 мг/ 5 мл	15 мг/кг/сут. – младшего возраста, 400 мг 1 раз в день – детям старшего возраста. Курс 5 дней
Амоксициллин	Капс. 0,25 и 0,5 г	25 мг/кг/сут. в 2-4 приема. Максимум 1 г/сут.
Азитромицин	Капс. 0,25 Табл. 0,125, 0,5 Фл. 20 мл суспензии (5 мл = 100 мг)	10 мг/кг/сут. (не более 1 г/сут.) 1 раз в день – 3 дня.
Бускопан	Драже 10 мг	Старше 12 лет по 1 драже 2-3 раза в сут.
Вентер	Табл. 0,001 Пакетики 0,001 сукральфата	1 табл. или 1 пакетик за 0,5-1 час перед едой, 4 раза в день 4-6 нед., максимум до 12 нед.
Викалин	Табл.	1-2 табл. 3 раза в день после еды с 1/2 стакана воды
Галидор	Табл. 100 мг Амп. – 2 мл (1 мл = 25 мг)	Внутрь 1-2 табл. 1-2 раза в сут.; в/в, в/м 2-4 мл 1-2 раза в сут.

1	2	3
Гастал	Табл. и пакетики 10 мл	1-2 табл. или 10 мл препарата в пакетики 4-6 раз в день через 1,5-2 часа после приема пищи
Гастрофарм	Табл. 2,5	1-2 табл. 3-4 раза в день за 40-60 мин перед едой. Курс лечения 4-5 нед.
Гастроцепин	Табл. 0,025, 0,05 Амп. 2 мл (1 мл – 5 мг)	Дошкольникам по 1/2 табл. 2 раза, школьникам – 1 табл. 2 раза в день за 30 мин. перед едой. Курс 4-6 нед.
Гепабене	Капс.	1-2 капс. 3 раза в сут., при необходимости 1 капс. перед сном.
Гепатофальк планта	Капс.	2 капс. 3 раза в день – 2 нед., затем по 1 кап. 3 раза 1-3 мес. Через 1-3 мес. курс может повторяться.
Гутталакс	Капли 15 и 30 мл (1 мл = 15 капель = 7,5 мг)	До 4 лет – 250 мкг/кг/сут., 4-10 лет – 5-10 капель, старше 10 лет – 10-20 капель вечером
Де-нол	Табл. 0,12	До 10 лет 1/2 табл.; старше 10 лет – 1 табл. 4 раза за 30 мин. до еды (4 мг/кг в пересчете на окись висмута), максимум 480 мг/сут.
Дебридат (мебеверин)	Табл. 0,1 Суспензия 250 мл	До 6 мес. - 1/2 ч.л. - 2-3 р/сут.; 6 мес.- 1 год - 1 ч.л. 2 р/сут.; 1-5 лет - 1 ч.л. 3 р/сут., старше 5 лет - 2 ч.л. 3 раз в сут.
Дюспаталин (мебеверин)	Капс. ретард 200 мг Табл. 135 мг	Старше 12 лет – 1 табл. или 1 кап. 2-3 раза за 20 мин. до еды не разжевывая
Дюфалак (лактолоза)	Пакеты 10 г Сироп 200 и 500 мл (100 мл = 67г)	До 1 года – 3 г/сут., 1-6 лет – 3-7 г/сут., 7-14 лет – 10-30 г/сут. 2 дня, затем перейти на поддерживающую дозу. Сироп до 3 лет – 3 мл, 3-4 года – 5-10 мл, 7-14 лет – 15 мл 1 раз/сут. во время еды
Иберогаст	Фл. 20, 50 и 100 мл	Дети до 3 мес. – 6 кап. 3 раза в день, от 3 мес. до 3 лет – 8 кап. 3 раза в день, 3-6 лет – 10 кап. 3 раза в день, 6-12 лет – 15 кап. 3 раза в день, старше 12 лет – 20 кап. 3 раза в день
Калефлон	Табл. 0,1	Дошкольникам – 1/2 табл. 2-3 раза в день, школьникам – 1 табл. 3 раза в день через 20-30 мин. после еды
Квамател	Табл. 20 мг, 40 мг Порошок для инъекций (1 фл. – 20 мг)	Внутрь 20 мг 2 раза или 40 мг 1 раз в сут. перед сном. В/в струйно 20 мг 2 раза в день – вводится в течение 15-30 мин. – старше 12 лет.

1	2	3
Контрикал	Амп. 10000 Ед в сухом виде с растворителем А ГрЕ аprotинина	Детям вводится внутривенно капельно до 3 лет 1000 ЕД на кг (суточная); 4-12 лет 10000 ЕД (разовая); старше 12 лет - 20000 ЕД (разовая)
Кларитромицин	Табл. 0,25	7,5 мг/кг/сут. в 2 приема. Максимум 500 мг/сут.
Креон	Капс. 25000, 10000 Ед	1000 ЕД/кг/сут. до 1 года; старше 1 года 1/2-2 капс. 3-4 раза в день
Лансопризол	Табл. 0,03	30 мг 1 раз в сут. и детям старше 12 лет, утром. Курс лечения 2-4 нед.
Лаксигал	Фл. 10 мл (1 мл = 7,5 мг)	4-10 лет – 6-12 кап., старше 10 лет – 12-24 кап. перед сном.
ЛИВ 52	Табл. Капли Фл. 60 и 120 мл	1-2 табл. 2-3 раза в сут. или 10-20 капель 2-3 раза в сут; новорожденным 5-10 капель 2-3 раза в сут.
Ликвиритон	Табл. 0,1	Дошкольникам по 1 табл. 3 раза, школьникам 1-2 табл. 3-4 раза в день за 30-40 мин. до еды. Курс 3-6 нед.
Лоперамид	Табл. и капс. 0,002	У детей старше 2 лет 1 мг, затем по 0,5 мг после каждого акта дефекации, но не более 4 мг/кг/сут.
Маалокс	Фл. 250 мл суспензии Пакетики 15 мл суспензии Табл. жевательные	4 мес. – 1 год – 1/2 ч.л. 3 раза, старше 1 года – 1 ч.л. 3 раза, старше 12 лет – 1-2 табл. или 1 ст.л. или 1 пак. 3 раза и на ночь
Макмирор	Драже 0,2 г	15 мг/кг/сут. в 2 приема после еды
Мезим форте	Драже (амилазы – 7500Ед, липазы – 10000Ед, протеаз – 375 Ед)	1-2 драже 2-3 раза в день во время еды
Месалазин	Табл. 0,25 и 0,5 Св. 0,25 и 0,5 Суспензия	30-50 мг/кг/сут. в 3 приема. Курс не более 8-12 нед. Табл., принимаются после еды
Месакол	Табл. 400 мг	Старше 2 лет – 400-800 мг 3 раза внутрь, запивать большим к-вом воды. Курс - 8-12 нед.
Метоклопрамид	Табл. 0,01 Амп. 2 мл (1 мл = 5 мг)	1 мг/кг/сут. в 2-3 приема перед едой

1	2	3
Метронидазол	Табл. 0,25	До 2 лет – 0,125 г/сут. в 2 приема; 3-5 лет – 0,25 г/сут. в 2 приема; 6-10 лет – 0,375 г/сут. в 2-3 приема; 11-14 лет – 0,5 г/сут. в 2 приема после еды (для лечения лямблиоза, курс – 5-7 дней). 15-20 мг/кг в 2-4 приема после еды (для лечения хеликобактериоза)
Метилурацил	Табл. 0,5	3-8 лет – 0,25 г; старше 8 лет – 0,25-0,5 3 раза в день
Метеоспазмил	Капс. (60 мг альверина, 300 мг <input type="checkbox"/> име тикона)	Старше 14 лет - 1 капс. 2-3 раза в сут. перед едой
Микролакс	Микроклизмы 5 мл	Ректально 1 микроклизма
Мотилиум	Табл. 10 мг Табл. линг. 10 мг Фл. 200 мл суспензии (5 мл = 5 мг)	5 мл суспензии на 10 кг м.т. 3-4 раза в день; 0,5 мг/кг/сут. в 3-4 приема
Мукофальк	Пакетики Суспензия	Дети старше 12 лет – 1 ч.л. или 1 пакетик 2-6 раз в день
Низатидин	Табл. 0,15 и 0,3	Старше 12 лет 0,15 г 2 раза в день. Курс 4-6 нед.
Никодин	Табл. 0,5	До 3 лет – 0,05-0,2 г 3 раза; 4-6 лет – 0,25-0,5 г 3 раза; 7-12 лет – 0,5-0,75 г 3 раза; 13-15 лет – 0,75-1,0 3 раза в день после еды. Курс 10-14 дней
Нифуроксазид	Табл. 100 мг Суспензия 90 мл (220 мг = 5 мл)	Дети с 6 лет – 2 табл. 4 раза в сут. Суспензия: с 2 до 6 мес. – 1/2-1 ч.л. 2 раза в сут., с 6 мес. до 6 лет – 1 ч.л. 3 раза в сут., с 6 лет и старше – 1 ч.л. 4 раза в сут.
Но-шпа	Табл. 0,04 Амп. 2% - 2 мг	1-1,5 мг/кг 1-3 раза в день – внутрь; 0,05-0,07 мл/кг 1-2 раза в сут. – парентерально
Одестон	Табл. 200 мг	1-3 табл. в день в 1-3 приема
Оксафенамид	Табл. 0,25	До 3 лет – 0,025-0,1 г 3 раза; 4-6 лет – 0,15-0,25 г 3 раза; 7-12 лет – 0,25-0,3 г 3 раза; 13-15 лет – 0,25-0,5 3 раза в день. Курс 2-3 нед.
Омепразол	Табл. 0,02 и 0,04	Старшим детям 0,02-0,04 г/сут. (0,5 мг/кг) в 2 приема. Курс 4-8 нед.
Овомин	Амп. Фл. 5 мл (12000 АТЕ/мл)	750-800 АТЕ/кг в/в капельно (20-40 кап./мин.) через каждые 6 часов

1	2	3
Панзинорм форте	Драже	Дошкольникам и школьникам 1 драже 2-3 раза в день сразу после еды. Курс 2-3 нед.
Панкреатин	Порошок Табл. 0,25 и 0,5	До 1 года – 0,1-0,15 г; 1-2 года – 0,2 г; 3-4 года – 0,25 г; 5-6 лет – 0,3 г; 7-9 лет 0,4 г; 10-14 лет 0,5г. Прием 2-3 раза в день во время еды или сразу после еды, запивать щелочным раствором, не раскусывать
Панцитрат	Капс. 10000, 20000, 25000 ЕД	До 18 мес. – 50000 ЕД/сут; старше 18 мес. – 100000 ЕД/сут в 3-4 приема
Плантаглоцид	Гранулы во флаконах 50	Внутрь 1 ч.л. 2-3 раза за 20-30 мин. до еды, растворить в 1/2 стакана воды
Пентаса	Табл. 500 мг Свечи 1 г	Внутрь детям старше 2 лет – 20-30 мг/кг/сут. в 3 приема; свечи 1-2 г/сут. старше 12 лет, старше 2 лет – дозировать индивидуально
Пептипак	1 блистер содержит: 2 капс. омепразола (20 мг) и амоксициллина (500 мг), 2 табл. кларитромицина (500 мг)	1 капс. омепразола (20 мг) и амоксициллина (500 мг), 1 табл. кларитромицина (500 мг) 2 раза в день. Курс 7 дней.
Пилобакт	Каждая полоска содержит 2 капс. омепразола (20 мг), 2 табл. тинидазола (500 мг) и кларитромицина (250 мг)	1 капс. омепразола (20 мг), 1 табл. тинидазола (500 мг) и кларитромицина (250 мг) 2 раза в день. Курс – 7 дней.
Ранитидин	Табл. 0,15 и 0,3 Амп. 50 мг	С 12 лет по 150 мг 2 раза в день после еды. Курс 4-6 нед.
Рокситромицин	Табл. 150 и 300 мг	5-8 мг/кг/сут. в 2 приема. Максимум 300 мг/сут.
Салофальк	Табл. 250 мг Свечи 250 и 500 мг Суспензия 30 и 60 мл в одноразовом резервуаре	500 мг 2 раза в сут. до еды; 1 свеча 3 раза; суспензия – 1 раз по 30-60 мл перед сном (предварительно очистить кишечник)
Солкосерил	Амп. 2 мл	0,5-2 мл ежедневно в/м. Курс 25-30 дней

1	2	3
Сульфасалазин	Табл. 0,5	До 5 лет – 1-3 г/сут.; 6-10 лет – 4 г/сут.; старше 10 лет – 5 г/сут в 3 приема (средняя дозировка 30-60 мг/кг/сут.)
Сок желудочный натуральный	Флаконы 100 мл	До 3 лет – 1 ч.л.; 3-6 лет – 1 дес.л.; 7-14 – 1 дес.л. – 1 ст. л. 2-3 раза в день во время или после еды
Смекта	Пакеты (1 пак. 3г)	До 1 года – 1 пак./сут., 1-2 года – 2 пак./сут., старше 2 лет 2-3 пак./сут. Растворять в 50 мл воды или сока.
Спазмомен	Табл. 0,04 мг	Старше 12 лет 1 табл. 2-3 раза в сут.
Танна комп.	Табл. 0,05 – этакридина + 0,5 танина альбумината	До 1 года по 1 табл. 2-3 р/сут.; 1-6 лет по 1 табл. 4 р/сут.; 6-14 лет по 1 табл. 3-4 р/сут. до еды или во время еды в измельченном виде
Тетрациклин	Табл.	1 г/сут. у детей старше 14 лет в 2 приема
Тинидазол	Табл. 0,5 г	50-60 мг/кг/сут. в 1 прием после еды
Фламин	Табл. 0,05 г	1/3-1 табл. 3 раза в день. Курс 10-30 дней
Фамотидин	Табл. по 0,02 и 0,04 г	С 10 лет – 0,02-0,04 г на ночь в 1 прием. Курс 4-6 нед.
Фестал Н	Табл.	1-2 табл. 2-4 раза в день во время еды
Форлак	Пакетики (10 г макрогола = 4000)	Старше 12 лет – 2 пакетика в сут. (содер. пакета растворить в стакане воды)
Фосфалогель	Пакетики 16 г	1-2 пакетика 2-3 раза через 1,5-2 часа после еды.
Фуразолидон	Табл. 0,05 г	20 мг/кг/сут. в 3-4 приема через 15-20 мин. После еды. Курс 10-12 дней
Урсосан	Капс. 250 мг	8-10 мг/кг однократно, вечером
Урсофальк	Капс. 250 мг	10 мг/кг/сут. 1 раз в день длительно
Хенофальк	Капс. 250 мг	15 мг/кг 1 раз в сут. перед сном
Холензим	Табл. 0,03 г	1/3-1 табл. 1-3 раза в день
Хофитол	Табл. 200 мг Апм. (1 = 5 мл) Фл. 120 (1 мл = 200 мг)	Детям 0-12 мес. 0,3-0,5 мл, 1-5 лет – 0,5-1 мл, 6-12 лет – 2-3 мл или 1 табл., старше 12 лет – 1/2-1 ч.л. или 1-2 табл. 3 раза в сут. за 20 мин. до еды. Курс – 20-30 дней.
Эглонил	Капс. 50 мг Табл. 200 мг Фл. 200 мл (5 мл – 25 мг)	5 мг/кг/сут. в 2-3 приема

1	2	3
Энтерол	Капс. 250 мг Пакетики 250 мг	1-3 года – 1 капс. или 1 пакетик 1-2 раза в день, старше 3 лет – 1-2 капс. или 1 пакетик 1-2 раза в день. Капсулы запивать небольшим количеством жидкости, содержимое пакетика развести в 1/2 стакана теплой воды.
Эссенсиал форте	Табл.	Старше 12 лет - 1-3 табл. 3 раза в день перед едой. Возможно повторение курса
Эссенциале Н	Касп. 300 мг Амп. 250 мг (5 мл)	2-4 амп. в/в в день, 10-14 дней, или 2 капс. 2-3 раза в день во время еды. Курс – 1-2 мес.
Эспумизан	Капс. 40 мг Фл. с эмульсией 100 мл	Грудным и детям раннего возраста в виде эмульсии по 40 мг 3-5 раз в день. Школьникам – 40-80 мг 3 раза в день.

Лекарственные средства, рекомендуемые при запорах у детей

I. Средства, вызывающие химическое раздражение рецепторного аппарата кишки:

1. Растительного происхождения
 - листья сенны
 - кора крушины
 - корень ревеня
2. Синтетического происхождения
 - фенолфталеин
 - бисакодил
 - гутталакс
 - касторовое масло

II. Средства, обладающие осмотическими свойствами:

- сульфаты натрия и магния
- карловарская соль
- лактулоза

III. Средства, увеличивающие объем содержимого кишечника

- отруби
- агар-агар

- метилцеллюлоза
- морская капуста (ламинарид)

IV. Средства, способствующие размягчению каловых масс, их скольжению

- вазелиновое масло (жидкий парафин)
- миндальное, конопляное, кукурузное масло

Классификация слабительных по механизму действия (Ю.О. Шульпекова, 2006)

Механизм действия	Фармакологические классы препаратов
Увеличение объема кишечного содержимого («контактные слабительные»)	Растительные волокна Гидрофильные коллоиды Препараты, содержащие антрагликозиды Солевые слабительные Синтетические дисахариды
Препараты, стимулирующие перистальтику кишечника	Касторовое масло Препараты, содержащие антрагликозиды Синтетические средства (фенолфталеин, изофенин, бисакодил, натрия пикосульфат) Синтетические дисахариды
Мягчительные средства	Вазелиновое и миндальное масло

Классификация слабительных по локализации действия (Ю.О. Шульпекова, 2006)

Локализация действия	Фармакологические классы препаратов
Преимущественно тонкая кишка	Растительные волокна Солевые слабительные Синтетические средства (фенолфталеин, изофенин, бисакодил, натрия пикосульфат)
Преимущественно толстая кишка	Препараты, содержащие антрагликозиды
Весь кишечник	Солевые слабительные Мягчительные средства Синтетические средства (гидрофильные коллоиды, синтетические дисахариды)

Коррекция дискинезий и дистоний желчевыводящих путей (С.В. Бельмер и соавт., 2006)

Моторика		Тонус	
↓	↓	↓	↓
Повышена	Снижена	Повышен	Снижен
↓	↓	↓	↓
Спазмолитики Седативные Фитотерапия физиотерапия	Тюбажи Тонизирующие Холекинетики	Спазмолитики Седативные	Тонизирующие средства
	↓	↓	↓
	На фоне терапии возможно развитие относительной гипертензии в желчевыводящих путях		
		↓	
		Спазмолитики	

Лекарственные растения, обладающие желчегонным эффектом (С.В. Бельмер и соавт., 2006)

1. Аир болотный, корневища
2. Артишок посевной, соцветия-корзинки
3. Барбарис обыкновенный, корень, листья, плоды
4. Бессмертник песчаный, цветок
5. Береза бородавчатая, листья, почки
6. Золотысячник зонтичный, трава
7. Кукуруза, рыльца
8. Лопух большой, корень
9. Полынь горькая, трава
10. Редька посевная, корнеплод
11. Рябина обыкновенная, плоды
12. Хмель обыкновенный, соцветия-шишки
13. Брусника обыкновенная, лист
14. Василек синий, цветки
15. Вахта трехлистная, трава
16. Душица обыкновенная, трава
17. Календула лекарственная, цветки
18. Можжевельник обыкновенный, плоды
19. Одуванчик лекарственный, корни
20. Ревень тунгусский, корни, корневища
21. Ромашка аптечная, соцветия
22. Тимьян обыкновенный, трава

23. Тмин обыкновенный, плоды
24. Тысячелистник обыкновенный, трава
25. Шиповник, плоды
26. Фенхель обыкновенный (укроп аптечный), плоды

**Лекарственные растения, обладающие
холеспазмолитическим эффектом
(С.В. Бельмер и соавт., 2006)**

1. Арника горная, цветки
2. Валериана лекарственная, корень
3. Девясил высокий, корневища, корни
4. Зверобой продырявленный, трава
5. Мята перечная, листья
6. Сушеница топяная, трава
7. Шалфей лекарственный, листья

**Физиотерапевтические методы лечения детей с
заболеваниями желудочно-кишечного тракта**

Наименование процедуры	Кол-во сеансов	Дозировка и длительность воздействия	Примечание
1	2	3	4
<i>Диспепсия</i>			
Электрофорез брома, кальция на воротниковую зону	10-12	10-15 мин. ежедневно или через день	
Индуктотермия эпигастральной области	8-10	8-10 мин. через день	
Ультразвук на эпигастральную область	8-10	6-8 мин. через день	
Электросон	10-20	10 мин. ежедневно или через день	
Диадинамические токи на область эпигастрия	10-15	6-8-10 мин. ежедневно или через день	
Синусоидальные модулированные токи на область эпигастрия	10-12	6 мин. через день	
Аппликации озокерита, парафина, грязи на область живота	8-12	6-8 мин. через день	
Иглорефлексотерапия	10		

1	2	3	4
ГЭРБ			
Синусоидальные модулированные токи на область эпигастрия и нижнюю треть грудины	8-10	6-8 мин. через день	
Аппликации парафина, грязи на область эпигастрия и нижнюю треть грудины	10-12	20-30 мин. через день	
Электросон	10-20	10 мин. ежедневно или через день	
Иглорефлексотерапия	10		
Хронический гастрит и гастродуоденит			
Электрофорез брома, кальция на воротниковую зону	10-12	10-15 мин. ежедневно или через день	
Индуктотермия эпигастральной области	8-10	8-10 мин. через день	
Ультразвук на эпигастральную область	8-10	6-8 мин. через день	
Электросон	10-20	10 мин. ежедневно или через день	
Аппликации озокерита, парафина, грязи на область живота	8-12	6-8 мин. через день	
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки			
Синусоидальные модулированные токи на область эпигастрия и нижнюю треть грудины	8-10	6-8 мин. через день	
Электрофорез новокаина на эпигастральную область	10-12	10-15 мин. ежедневно или через день	
Лазеротерапия пилородуоденальной области	6-8		
УВЧ на эпигастральную область	8-12	6-10 мин. через день	
Иглорефлексотерапия	10		
Электросон	10-20	10 мин. ежедневно или через день	
Дискинезии желчевыводящих путей, хронический холецистит			
Аппликации озокерита, парафина, грязи на область желчного пузыря	8-12	20-35 мин. ежедневно	

1	2	3	4
Электрофорез папаверина, но-шпы, сульфата магния на область желчного пузыря	10-12	20 мин. ежедневно	
Синусоидальные модулированные токи на область правого подреберья	10	10 мин. ежедневно	
<i>Хронический панкреатит</i>			
Электрофорез папаверина, но-шпы, ноовкаина на область проекции поджелудочной железы	8-10	8-12 мин. ежедневно или через день	
УЗИ на 3 поля, в т.ч. паравerteбрально Th7-L1	8-10	1,5-2,0 мин. на каждое поле	
Иглорефлексотерапия	10		
Электросон	10-20	10 мин. ежедневно или через день	
<i>Гипермоторная дискинезия кишечника</i>			
Электрофорез папаверина, но-шпы на область живота и сегментарную зону (пояснично-грудной отдел позвоночника)	8-12	10-15 мин. ежедневно или через день	
Гальваногрязь	10-12	10-15 мин. ежедневно или через день	
Апликации озокерита, парафина на область живота	6-8	30 мин. через день	Температура 42-45° С
Иглорефлексотерапия	10		
Электросон	10-20	10 мин. ежедневно или через день	
<i>Гипомоторная дискинезия кишечника</i>			
Иглорефлексотерапия	10		
Электросон	10-20	10 мин. ежедневно или через день	
Электрофорез кальция на область живота и сегментарную зону (верхнепоясничный отдел позвоночника)	10-12	12-15 мин. ежедневно или через день	
Эндоназальный электрофорез вит. В1	8-12	10-15 мин. ежедневно или через день	
Диадинамические токи	10-12	По 4 мин. на каждую область, общая длительность 12 мин. через день	

ОТРАСЛЕВЫЕ СТАНДАРТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

1 Наименование позологических форм заболеваний	2 Шифр по МКБ 10	3 Уровень оказания помощи	4 Обследование			5 Объемы оказания медицинской помощи		6 Лечение	7 Средняя длительность	8 Исход заболевания
			4.1 Обязательное	4.2 Кратность	4.3 Дополнительное (по показаниям)	5.1 Необходимое	5.2 Исход заболевания			
1 Эзофагит (с учетом классификации Савари-Миллера)	2 K20	3 Обл. б-цы	4 Эзофагоскопия Об. ан. крови Контрольная эзофагоскопия после курса лечения	5 1	6 Биопсия 24-часовая внутри пищевода рН-метрия Рентгеноскопическая	7 Эзофагит III-IV ст. Диета (механическое, термическое, химическое щажение пищевод) Антациды: альмагель, гелфол до 10 лет; по 1 доз. л. 3-4 р/дн., Н2-блокаторы: ранитидин 2-3 мг/кг или фамотидин 0.5-0.8 мг/кг в 2 приема детям старшего возраста Прокинетики: домперидон 10 мг 2-3 р/дн. детям старшего возраста, детям до года пизаприд 1-2 мг суспензии 2 р/дн., дсутилх возраст 5-10 мг 2-4 р/дн. При отсутствии эффекта оперативное лечение (фундопликация по Ниссену или др.)	8 7-14 дней	9 Выздоровление I-III ст. Улучшение состояния IV ст.		

1	2	3	4	5	6	7	8	9
		РЦ	Эзофагоскопия Биопсия лицевой 24-часовая внутрипищеводна я рН-метрия до- и после курса лечения	1	Рентгеноскоп ия 24-часовая внутри- пищеводная рН-метрия	Эзофагит III-IV ст. То же + При отсутствии эффекта - оперативное лечение (фундопликация по Ниссену или др.)	14-21 дней	Выздоровление Улучшение состояния IV ст.
Гастроэзофа геальный рефлюкс с эзофагитом Рефлюкс- эзофагит	K21.0	Обл. б-ць	Об. ан. крови Эзофагоскопия Об. ан. крови	1 1	Биопсия 24-часовая внутри пищеводная рН-метрия	Рефлюкс-эзофагит I-III ст. Антациды: альмагель, гелфал до 10 лет по 1 доз. л. 3-4 р/дн., детям 10-15 лет 2 доз. л. H2-блокаторы: ранитидин 2-3 мг/кг или фамотидин 0,5-0,8 мг/кг в 2 приема детям старше возраста. Прокинетики: домперидон 10 мг 2-3 р/дн. детям старшего возраста, детям до года цизаприд 1 - 2 мг суспензий 2 р/дн., других возрастов 5-10 мг 2-4 р/дн. При отсутствии эффекта - оперативное лечение	7-14 дней	Выздоровление Улучшение состояния
		РЦ	Эзофагоскопия Биопсия лицевой 24-часовая внутрипищеводна я рН-метрия до и после лечения	1 1 2		То же	7-14 дней	Выздоровление I- III ст. Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Гастрозофа геальный рефлюкс Щицевод Баретта		Обл. б-цы	Эзофагоскопия Биология пищевода Об. ан. крови	1 1 1		Щадящая диета Ингибиторы протонного насоса: детям старше 12-ти лет омепразол 0,5-1 мг/кг 1-2 р/сут. Антациды: альмагель или гелфал до 10 лет по 1 доз. л. 3-4 р/дн., детям 10-15 лет 2 доз. л. H2-блокаторы: ранитидин 2-3 мг/кг или фамотидин 0,5-0,8 мг/кг в два приема детям > 12 лет Прокинетики: метоклопрамид детям > 6 лет 5 мг 3 р/дн. - 10-14 лет, детям до года цизаприд 1-2 мл суспензии 2 р/дн., других возрастов 5-10 мл 2-4 р/дн. Плановая госпитализация 2 р/год	14 дней	Улучшение состояния
		РЦ	Эзофагоскопия Биология пищевода 24-часовая внутрищелеводн ая рН-метрия до и после лечения Об. ан. крови	1 1 2 1	Сцинтиграфия	То же + Оперативное лечение (по показаниям)	14-21 день	Выздоровление Улучшение состояния
Гастрозофа геальный рефлюкс без эзофагита	К21.9	Гор. обл. б- цы	Эзофагоскопия Об. ан. крови	1 1	Рентгеноскопия к УЗИ брюшной полости	Режим, щадящая диета Прокинетики: домперидон 10 мг 2-3 р/дн. детям старше возраста, детям до года цизаприд 1-2 мл суспензии 2 р/дн.; других возрастов 5-10 мл 2-4 р/дн. Антациды (по показ.): альмагель или гелфал до 10 лет по 1 доз. л. 3-4 р/дн., детям 10-15 лет 2 доз. л.	7 дней	Выздоровление

1	2	3	4	5	6	7	8	9
		РЦ	Эзофагоскопия 24-часовая внутрипищеводная рН-метрия Об. ан. крови	1	Рентгеноскопия Сцинтиграфия	10 же	7-14 дней	Выздоровление
Ахалазия кардиальной части	K22.0	Гор., обл. б- пы	РЦ	1		Направление на лечение в ДХЦ		
		РЦ	Эзофагоскопия Рентгеноскопия Об. ан. крови	1 1	Тонометрия	Пневматическая баллонная дилатация Оперативное лечение (кардиомиотомия)	10 дн. 14 дн.	Выздоровление Выздоровление
Язва пищевода	K22.1	Гор., обл. б- пы	Эзофагоскопия Биопсия пищевода Об. ан. крови	1 1	24-часовая внутрипищеводная рН-метрия	Щадящая диета Н2-блокаторы, ранитидил 2-3 мг/кг или фамотидин 0,5-0,8 мг/кг в 2 приема детям >12 лет Ингибиторы протонного насоса: детям старше 12-ти лет омепразол 0,5-1 мг/кг 1-2 р/сут. Прокинетики: домперидон 10 мг 2-3 р/дн. детям старшего возраста, детям до года цизаприд 1-2 мл суспензии 2 р/дн., других возрастов 5-10 мл 2-4 р/дн	18-21 день	Выздоровление
		РЦ	Эзофагоскопия Биопсия пищевода	1	Сцинтиграфия	10 же		Выздоровление

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Острый геморрагический гастрит (эрозивный) гастрит с кровотечением	К29.0	Обл. б-цы РЦ	Об. ан. крови Об. ан. мочи Консультация хирурга (по показ.) Фб/ГС (по показ.) Ретикулоциты Коагулограмма	1 1	УЗИ органов брюшной полости Ретикулоциты Биохим. ан. крови: об. белок, фракции,	Промывание желудка «ледяным» изотоническим р-ром натрия хлорида, 2% р-ром натрия гидрокарбоната, 5% р-ром аминопропионовой кислоты до исчезновения примеси крови Гемостатическая терапия: викасол в/м 1%	7-14 дней	Воздорвание Ремисия
			Биохим. ан. крови: об. белок, фракции, сыв. Fe, ОЖСС, электролиты Консультация хирурга (по показ.)	1	сыв. Fe, ОЖСС, электролиты	р-р детям до 1 года 0,2-0,6 мл, 1-3 года 0,7-0,8 мл, 4-7 лет 0,9-1 мл, 7-14 лет 1-1,5 мл в/в. Этампилат 10-15 мг/кг/сут. 3 р/сут. в равных дозах. аминокапроновая кислота 5% 1-1,5 мл/кг на 1 вливание скорость введения 20-30 кап/мин. Повторное вливание можно делать при продолжающемся кровотечении через 5-6 часов, инфузионно-трансфузионная заместительная терапия по показ., эндоскопический гемостаз по показ. Показания к экстренной операции: продолжающееся кровотечение, принимающее угрожающий темп, особенно при геморрагическом шоке, если при массивной кровопотере консервативные мероприятия неэффективны; рецидивирующее кровотечение, после короткого перерыва		

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Другие острые гастриты	К29.1	Обл. б-ца РЦ	Выяснение характера питания Об. ан. крови Об. ан. мочи	1 1	Биохим. ан. крови. об. белок, фракции, электролиты ФГДС УЗИ органов брюшной полости	Промывание желудка 0,5% р-ром соды, очистительная клизма, при нарушении общего состояния - парентеральное введение жидкости Ципрофлоксацин от года до 12 лет в р/дозе 0,2-0,3 мг/кг 2-3 р/дн., старше 12 лет - 10-20 мг 2 р/дн. (по показ.) Антациды: альмагель или гелфал до 10 лет по 1 доз. л. 3-4 р/дн., детям > 10 лет 2 доз. л. Абсорбирующие средства: белосорб. 1/2-2 ст. л. 3-4 р/дн	7 дней	Воздорвление
Хронический поверхностный гастрит	К29.3	Обл. б-ца РЦ	Об. ан. крови Об. ан. мочи ФГДС с уреазным тестом на HP Гистологическое исследование биоптата	1 1 1 1	УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы Биохим. ан. крови. об. белок и белковые фракции	При обнаружении HP применяется одна из схем: 1. Коллоидные соли висмута 4 мг/кг/сут. - 5-7 дн. + амоксициллин 25-30 мг/кг/сут. - 5-7 дн. + фуразолидон 20 мг/кг/сут. - 5-7 дн. 2. Омепразол 0,5-0,6 мг/кг/сут. + амоксициллин 25-30 мг/кг/сут. + фуразолидон 20 мг/кг/сут. - 5-7 дн. При HP негативных формах: Фамотидин детям > 12 лет по 0,5-0,6 мг/кг/сут. до 28 дн. Антациды: гелфал до 10 лет по 1 доз. л. 3-4 р/дн., детям > 10 лет 2 доз. л.	7 дней	Ремиссия Улучшение состояния

Хронический атрофический гастрит (эктопрофит)	K29.4	Обл. б-ца РЦ	Об. ан. крови Об. ан. мочи ФДС с уреаза- ным тестом на НР Гистологическое исследование биоптата 2 теста на	1 1 1	УЗИ печени, желчных пу- тей и подже- луденной же- лезы Биохим. ана- лиз крови.	1 мл 0,1% р-ра цианокобаламина (1000мкг) – 6 дн. Далее в той же дозе 1 р/нед. в течение месяца. В последующем 1 раз в 2 мес. по- жизненно Ферментотерапия: абомин детям до 7 лет	7 дней	Улучшение со- стояния Стабилизация
	Атрофия слизистой оболочки		НР (урезаный + гистологиче- ский) Интрагастраль- ная рН-метрия Исследование костного мозга, определение уровня витамина B12 (меньше 150 пг/л)	1	общий белок и белоквыс фракции	по 1/3 табл. 3 р/дн., 7-14 лет - 1/2 табл. 3 р/дн., старше 14 лет - по 1 табл. 3 р/дн.		
Хронический гастрит неуточнен- ный Хронический гастрит, антральный, фундальный	K29.5	Обл. б-ца РЦ	Об. ан. крови Об. ан. мочи ФДС с уреаза- ным тестом на НР Гистологическое исследование биоптата	1 1 1 1	УЗИ печени, желчных пу- тей и подже- луденной же- лезы Биохим. ана- лиз крови.	При обнаружении НР применя- ется одна из схем: 1. Коллоидные соли висмута 4 мл/сут. - 5-7 дн. + Амксицил- лин 25-30 мг/сут. - 5-7 дн. + Фуразолидон 20 мг/сут. - 5-7 дн. 2. Омепразол 0,5-0,6 мг/сут. + амоксциллин 25-30 мг/сут. + фуразолидон 20 мг/сут. - 5-7 дн.	7-14 дней	Ремиссия Улучшение со- стояния
			Биохим. ан. кро- ви: об. белок и белоквыс фрак- ции ФДС с био- псией + 2 теста на НР (урезаный + гистология)	1	об. белок и белоквыс фракции	При НР негитивных формах: Фамотидин детям >12 лет по 0,5- 0,6 мг/сут. до 28 дн. Антациды: альмагель, гефал до 10 лет по 1 доз. л. 3-4 р/дн., де- тем >10 лет 2 доз. л. 7 дн.		

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Другие гастроиты Гастрит гиперфизический Гранулематозный гастрит Болезнь Менетрие	K29.6	Обл. б-ца РЦ	Об. ан. крови Об. ан. мочи ФУДС с уреаза-ным тестом на НР Гистологическое исследование биоптата 2 леста на НР (уреазный + гистология) Биохим. ан. крови: об. белок и белковые фракции	1 1 1 1 1 1	УЗИ желудка, печени, желчных путей и поджелудочной железы Биохим. ан. крови: об. белок и белковые фракции	Щадящая диета Симптоматическая терапия: препараты, содержащие гидроксид алюминия и магния, алюминий фосфат в возрастных дозировках Фамотидин по 0,5-0,6 мг/кг/сут.	7-14 дней	Ремиссия Улучшение состояния
Гастрит неуточненный	K29.7	Обл. б-ца РЦ	Об. ан. крови Об. ан. мочи ФУДС с уреаза-ным тестом на НР Гистологическое исследование биоптата 2 леста на НР (уреазный + гистология) Биохим. ан. крови: об. белок и белковые фракции Исследование костного мозга, определение уровня витамина В12 (меньше 150 нг/л)	1 1 1 1 1 1	УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы Биохим. ан. крови: об. белок и белковые фракции	Щадящая диета Целя облучения НР применяется одна из схем: 1. Коллоидные соли висмута 4 мг/кг/сут. - 5-7 дн. + Амоксициллин 25-30 мг/кг/сут. - 5-7 дн. + Фуразолидон 20 мг/кг/сут. - 5-7 дн. 2. Омепразол 0,5-0,6 мг/кг/сут. + амоксициллин 25-30 мг/кг/сут. + фуразолидон 20 мг/кг/сут. - 5-7 дн. При НР негативных форм: Фамотидин детям > 12 лет по 0,5-0,6 мг/кг/сут. до 28 дн. Антациды: гефал до 10 лет по 1 доз. л. 3-4 р/дн., детям > 10 лет 2 доз. л.	7-14 дн., затем амбулаторно до 28 дн.	Ремиссия Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Дуоденит	K29.8	Обл. б-цы РЦ	Об. ан. крови Об. ан. мочи ФДДС с уреаза- ным тестом на НР Ан. кала на дис- те, лямблий 1 истологическое исследование биоптата 2 теста на НР (урезный + тис- тология) Биохим. ан. кро- ви: об. белок и белковые фрак- ции Дуоденальное зондирование с микроскопией на лямблии	1 1 1 1 1 1 1 1	УЗИ печени, желчных пу- тей, поджелу- дочной железы Дуоденальное зондирование с микроскопи- ей на лямблии	Щадящая диета При обнаружении НР применя- ется одна из схем: 1. Коллоидные соли висмута 4 мг/кг/сут. - 5-7 дн. + Амоксицил- лин 25-30 мг/кг/сут. - 5-7 дн. + Фуразолидон 20 мг/кг/сут. - 5-7 дн. 2. Омепразол 0,5-0,6 мг/кг/сут. + амоксциллин 25-30 мг/кг/сут. + Фуразолидон 20 мг/кг/сут. - 5-7 дн. При НР негативных формах фамотидин: детям >12 лет по 0,5- 0,6 мг/кг/сут. до 28 дн. Антаци- ды: гефал до 10 лет по 1 доз. л. 3- 4 р/дн., детям > 10 лет 2 доз. л. При лямблиозе: метронидазол 15 мг/кг/сут. - 5 дн., фуразолидон 20 мг/кг/сут. - 5 дн.	7-14 дн. и далее амбу- латор- но до 28 дн.	Ремисия: Улучшение со- стояния
Гастроудо- денит не- уточненный	K29.9	Обл. б-цы РЦ	Об. ан. крови Об. ан. мочи ФДДС с уреаза- ным тестом на НР Ан. кала на дис- те, лямблии 1 истологическое исследование биоптата 2 теста на НР (урезный + тис- тология) Биохим. ан. кро- ви: об. белок и белковые фрак- ции Дуоденальное зондирование с микроскопией на лямблии	1 1 1 1 1 1 1 1	УЗИР печени, желчных пу- тей, поджелу- дочной железы Дуоденальное зондирование с микроскопи- ей на лямблии	Щадящая диета При обнаружении НР применя- ется одна из схем: 1. Коллоидные соли висмута 4 мг/кг/сут. - 5-7 дн. + Амоксицил- лин 25-30 мг/кг/сут. - 5-7 дн. + Фуразолидон 20 мг/кг/сут. - 5-7 дн. 2. Омепразол 0,5-0,6 мг/кг/сут. + амоксциллин 25-30 мг/кг/сут. + фуразолидон 20 мг/кг/сут. - 5-7 дн. При НР негативных формах: Фамотидин: детям >12 лет по 0,5- 0,6 мг/кг/сут. до 28 дн. Антациды: гефал до 10 лет по 1 доз. л. 3-4 р/дн., детям > 10 лет 2 доз. л.	7-14 дн. и далее до 28 дн. ам- була- торно	Улучшение со- стояния Ремисия:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Функциональная диспепсия	КЗ0	Обл. б-ца РЦ	Об. ан. мочи Ан. кала на яйца гельминтов, пис- ты дямббий Соскоб на энте- робноз Копрограмма ФГДС с Урсаза- ным тестом на НР ФГДС с биопси- ей слизистой Гистологическое и гистологиче- ское исследование низе биоптатов Тест на НР Исследование желудочной сек- реции (фракци- онное желудоч- ное зондирова- ние или рН- метрия Биохим. ан. кро- ви об. белок, билирубин, ти- молава проба, АлАТ, АсАТ, амилаза Ан. мочи на диа- стазу	1 1 1 1 1 1 1 1 1 2 1 1	Биохим. ан. крови: об. белок, билирубин, тимолова проба, АлАТ, АсАТ, амилаза Ан. мочи на диастазу	Падящая диета При болевом синдроме - спазмолитики: дротаверин - детям до 6 лет в р/дозе 10-20 мг; 6-12 лет - 20мг 1-2 р/сут, папаверин детям от года до 12 лет в р/дозе 0,2-0,3 мг/кг 2-3 р/дн., старшие 12 лет- 10-20 мг 2 р/дн. Антациды: гелфал до 10 лет по 1 доз. л. 3-4 р/дн., детям > 10 лет 2 доз. л. То же + При нарушении моторики прокинетика: метоклопрамид 0,5-1,0 мг/кг 2-3 р/дн., домперидон по 1/2-1 табл. - 3 р/дн. При повышенной кислотности желудка функции желудка антациды: альмагель, гелфал по 1-2 мерн. л. 4 р/дн. Седативная терапия: настойка пустырника, настойка валерианы (1 кап. на год жизни ребенка 3 р/дн.) Иглоукалечение Психотерапия	10-14 день	Выздоровление Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Болезнь Крона (ре- гионарный илеит)	К50	Обл. б-цы РЦ	Оц. физ. разви- тия Об. ан. крови Об. ан. мочи Копрограмма Блохим. ан. кро- ви: об. белок, фракции, СРБ, сыв. Fe, АсАТ, АлАТ, билирубин, мо- чевина, креатинин Иммунограмма Бак. исследова- ние кана на па- тогенную ки- шечную флору Исследование кала на дисбак- териоз, паразиты Уригоскопия Ситмоскопия или колоноско- пия	1 2 1 1	Электролиты крови КТ органов брюшной по- лости Лактоз- ная кривая	Легкая и средняя ст. тяжести: сульфасалазин 20 мг/кг/сут. внутри - 4 нед. Средняя и тяжелая степень: сульфасалазин 20-40 мг/кг/сут. + преднизолон 1 мг/кг/сут. рек- тально - 4 нед.; при нефр. + преднизолон 0,5-1 мг/кг/сут. внутрь; при нефр. - сульфасалазин 20-40 мг/кг/сут. внутрь + преднизолон 1-1,5 мг/кг/сут. внутрь и/или рек- тально - 4 нед., + цефалексин 20- 50 мг/кг/сут. 10-14дн. Дезинток- сикация, коррекция водно- электрол. нарушений Ферменты: мезим-форте 1 т. 3 р/дн. 10-14 дн. Витамины с минералами: «Сре- паша» или «Учус М» 1 табл. 3 р/дн. в течение 3 нед. Биопрепараты бифидум- или лак- тобактерин 5-10 доз 3 р/дн. 3 нед. При отсутствии эффекта хирур- гическое лечение	14-21 день	Улучшение со- стояния Ремиссия

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Язвенный колит (неспецифический)	КС1	Обл. б-цы РЦ	Оц. физ. развития Об. ан. крови Об. ан. мочи Копрограмма Биохим. ан. крови Об. белок, фракции, СРБ, свя. Fe, АсАТ, АлАТ, билирубин, мочевины, креатинин Иммунограмма Бак исследование кала на патогенную кишечную флору Исследование кала на дисбактериоз, паразиты	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Электролиты крови КТ органов брюшной полости	Легкая и средняя степень тяжести: сульфасалазин 30-40 мг/кг/сут. внутрь - 4 нед., при неэф. + преднизолон 1 мг/кг/сут. ректально 2-4 нед. Средняя и тяжелая степень: сульфасалазин 30-40 мг/кг/сут. + преднизолон 1 мг/кг/сут. ректально - 4 нед., при неэф. + преднизолон 0,5-1 мг/кг/сут. внутрь, при неэф. - сульфасалазин 40-60 мг/кг/сут. внутрь + преднизолон 1-1,5 мг/кг/сут. внутрь и/или ректально - 4 нед., при неэф. 20-50 мг/кг/сут. Коррекция водно-электролитных нарушений	14-21 день	Улучшение состояния Ремиссия Прогрессирование
			Консультация хирурга Ирригоскопия Сигмоскопия или колоноскопия	1 1 1		Дезинтоксикационная терапия (по показ.) Мезим-форте 1 др. 3 р/дн. 10-14 дн. Витамины с минералами: «Крепыш» или «Vitrus М» 1 табл. 3 р/дн. в течение 3 нед. Бифидум- и лактобактерии 5-10 доз 3 р/дн. - 3 нед.		

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Запор	КЭ9.0	Общ. б-цы	Выяснение ха- рактера питания Об. ан. крови Об. ан. мочи Контрастамма Ан. кала на яйца гельминтов УЗИ органов брюшной поло- сти Консультация хирурга Исследование кала на дисбак- триоз УЗИ кишечника Ирригоскопия Сигмоскопия Колоноскопия (по показ.)	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Исследование кала УЗИ кишечни- ка Ирригоско- пия Сигмоскопия КТ органов малого таза	Коррекция питания; введение в рацион продуктов с повышенным содержанием пищевых волокон, кисломолочных продуктов у де- тей старшего возраста - лизилче- ние слабительных эпизодически при задержке стула в течение 3 дн. и более Коррекция дисбиоза при его на- личии (бифидум, лактобактерин 5-10 доз 3 р/дн. 3 нед., биофлор 5-10 мл 3 р/дн. - 3 нед.)	7-14 дней	Восстановление здоровья Улучшение со- стояния

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Токсическое поражение печени	К71	Обл. б-цы, РЦ	Об. ан. крови Об. ан. мочи Биохим. ан. крови: Билирубин, АЛТ, АсАТ, ЩФ, протромбин, холестерин, мочевина Коагулограмма (крат. по показ.) Аммиак крови (кратность по показ.) УЗИ органов брюшной полости Консультация невропатолога	2 2	Коагулограмма Аммиак крови УЗИ органов брюшной полости	Щадящая диета Дезинтоксикационная инфузионная терапия (по показ.) Эссенциале в/в 5-7 дн., затем внутрь по 1 капс. 3 р/дн. 10-15 дн. Альбумин в/в 4-5 инфузий Энтеросорбенты: белосорб 1/2-2 ст. л. 3-4 р/дн. Плазмаферез (по показ.)	14-21 день	Выздоровление с частичным или полным нарушением физиологического процесса Ремиссия Улучшение состояния Стабилизация Прогрессирование
Токсическое поражение печени с холестазом Холестаз с поражением гепатоцитов «Чистый» холестаз	К71.0	Обл. б-цы РЦ	Об. ан. крови Об. ан. мочи Биохим. ан. крови: Билирубин, АЛТ, АсАТ, холестерин, ПЩФ, протромбин Коагулограмма (кратность по показ.) УЗИ печени КТ брюшной полости	2 2 2	Коагулограмма УЗИ печени КТ брюшной полости Обследование на антитела	Щадящая диета Дезинтоксикационная инфузионная терапия (по показ.) Энтеросорбенты (белосорб 1/2-2 ст. л. 3-4 р/дн.) 7-10 дн. Урсодиоэксиколоновая к-та 10-15 мг/кг/сут. Плазмаферез (по показ.)	14-21 день	Выздоровление с частичным нарушением физиологического процесса Ремиссия Улучшение состояния Стабилизация Прогрессирование

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Токсическое поражение печени, протекающее по типу острого гепатита	К71.2	Обл. б-цы РЦ	Об. ан. крови Об. ан. мочи Биохим. ан. крови: билирубин, АЛТ, АсАТ, хо-лестерин Протромбин ежедневно до стабилизации показателей Биохим. ан. кро-ви: ЩФ, ГГТП Коагулограмма (кратность по показ.) Определение уровня аммиака крови (кратность по показ.)	2 2 2	Коагулограм-ма Определение уровня аммиака крови	Щадящая диета Инфузионная терапия: глюкозо-солевые р-ры, альбумин, гепатрал в/в в дозе 400 мг/сут. 5-7 дн. Плазмаферез (по показ.)	14-21 день	Выздоровление с частичным или полным нарушением физиологического процесса Ремиссия Улучшение со-стояния Стабилизация Прогрессирование Летальный исход
Токсическое поражение печени, протекающее по типу хронического персистирующего гепатита	К71.3	Обл. б-цы РЦ	То же + протен-нограмма Маркеры гепато-тропных виру-сов: В, С, Д УЗИ органов брюшной поло-сти	2-3 1 1	Функционная Биопсия поче-ки	Щадящая диета Дезинтоксикационная терапия (по показ.) Эссенциале 1 капс. 3 р/дл., ме-тинил 10-15 мг/кг/сут. Уредеолексиколовая к-та 10-15 мг/кг/сут.	14-21 день	Выздоровление с частичным или полным нарушением физиологического процесса Ремиссия Улучшение со-стояния Стабилизация Прогрессирование

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Токсическое поражение печени, протекающее по типу хронического лобулярного гепатита	К71.4	Обл. б-цы РЦ	Об. ан. крови Об. ан. мочи Биохим. ан. крови: билирубин, АЛП, АсАТ, холестерин Прогормон ежедневно до стабилизации показателей (по показ.) УЗИ органов брюшной полости Протеинограмма Маркеры гепатитов: В, С, Д	2 2 2 1 2 1	Пункционная биопсия печени	Дезинт. терапия (по показ.) Эссенциале 1 капс. 3 р/дн. м-тением 10-15 мг/кг/сут. Урсодезоксихолиловая к-та 10-15 мг/кг/сут.	14-21 день	Ремиссия Улучшение состояния Стабилизация Прогрессирование с исходом в цирроз печени
Токсическое поражение печени, протекающее по типу хронического гепатита	К71.5	Обл. б-цы РЦ	Об. ан. крови Об. ан. мочи Биохим. ан. крови: билирубин, АЛП, АсАТ, Холестерин Прогормон ежедневно до стабилизации показателей (по показ.) УЗИ органов брюшной полости Протеинограмма Маркеры гепатитов: В, С, Д	2 2 2 2 1 2 1	Протеинограмма Биопсия печени	Щадящая диета Альбумин при гипопротемии 4-6 инфузий Эссенциале 1 капс. 3 р/дн. Урсодезоксихолиловая к-та 10-15 мг/кг/сут. Метглонин 10-15 мг/кг/сут.	14-21 день	Ремиссия Улучшение состояния Стабилизация Прогрессирование Летальный исход

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Токсическое поражение печени с фиброзом и циррозом печени	K71.7	Обл. б-цы РЦ	Об. ан. крови	2	Пункционная биопсия печени	Щадящая диета Метглюцин 10-15 мг/кг/сут. Альбумин в/в при гипоальбуминемии При наличии асцитга: ограниченные соли до 1 г/сут., верошпирон -5-10 мг/кг/сут., фуросемид 1-2 мг/кг/сут. Эндоскопическое склерозирование варикозно расширенных вен пищевода и желудка	14-21 день	Ремиссия Улучшение состояния Стабилизация Прогрессирование Летальный исход
			Об. ан. мочи	2	Электролиты крови			
			Блохм. ан. крови, билирубин, АлАТ, АсАТ, хо-лестерин	2				
			Протромбин ежедневно до стабилизации показателей (по показ.)					
			УЗИ органов брюшной полости	1				
			ФУДС	1				
			Консультация хирурга	1				
Острая или подострая печеночная недостаточность	K72.0	Обл. б-цы РЦ	Об. ан. крови	2	Электролиты крови	Инфузионная терапия: глюкоза, альбумин, солевые растворы Метглюцин 10-15 мг/кг/сут. в/в 7-10 дн., свежемороженая плазма 10 мл/кг, фуросемид 1-2 мг/кг Эссенциале в/в по показ.	14-21 день	Выводящие с частичным или полным нарушением физиологического процесса Ремиссия Улучшение состояния
			Об. ан. мочи	2	Протейнограмма			
			Блохм. ан. крови, билирубин, АлАТ, АсАТ, хо-лестерин	2	Коагулограмма			
Хроническая печеночная недостаточность	K72.1		Протромбин ежедневно до стабилизации показателей (по показ.)					
			УЗИ органов брюшной полости	1				

1	2	3	4	5	6	7	8	9
			Электролиты крови Протромбин и электролиты ежедневно до стабилизации биохимических показателей Циркулирующая иммунная система Маркеры гепатитов вирусных					Стабилизация Прогрессирование Летальный исход
Хронический переносимый гепатит, не классифицированный в других рубриках	K73.0	Обл. б-цы РЦ	То же + Протромбин	2	Циркулирующая иммунная система Маркеры гепатитов вирусных	Шадица диета Эссенциале по 10 мл в/в 7-10 инфузий Аутоиммунный гепатит: преднизолон в дозе 1-2 мг/кг/сут. до нормализации биохимических показателей, затем снижение суточной дозы на 5	14-21 день	Ремиссия Улучшение состояния Стабилизация Прогрессирование Летальный исход
Хронический лобулярный гепатит, не классифицированный в других рубриках	K73.1					мг/нед. до поддерживающей дозы, которая принимается в течение нескольких лет		

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Хронический активный гепатит, не классифицированный в других рубриках	K73.2		То же + программа Маркеры гепатотропных вирусов	1	Церулоплазмин Альфа-1-антитрипсин Ферритин и трансферрин	То же + течение хронических вирусных гепатитов реферном: гепатит В - по 3-5 млн. ЕД 5 р/нед. в течение 6 мес., гепатит С по 3 млн. ЕД 3 р/нед. в течение года	То же	То же
Другие хронические гепатиты, не классифицированные в других рубриках	K73.8				Антигуксар- нае и антими- тохондраль- ные антитела			
Хронический гепатит неуточненный	K73.9							

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Фиброз и цирроз печени	К74.0	Обл. б-пы РЦ	Об. ан. крови + тромбоциты Блохм. ан. кро- ви. Билирубин, АлАТ, АсАТ, Протромбин Протеинограмма УЗИ печени и селезенки	2 1 1 1	Церулоплаз- мин Альфа-1 - антитрипсин Ферритин и трансферрин Антигуксар- ные и	Щадящая диета Ограничение натрия до 1,5 г/сут. Альбумин в/в 4-6 инфузий по по- каз, верошпирон от 5 до 10 мг/кг/сут., фуросемид 1-2 мг/кг в сут. Эндоскопическое склерезирован- ие варикоза	14-21 дн.	Ремиссия Улучшение со- стояния Стабилизация Прогрессирование
			ФГДС Электростиг- ма Маркеры гепати- тозных виру- сов Допплеро- графия воротной вены Консультация хирурга	1 1 1 1	антимитохон- дриальные ан- титела Обсле- дование на муковисцидоз Биопсия пече- ни Консультат- ция генетиков ЩЦР на токсо- плазмоз Виру- сы герпеса и цитомегалови- русы Обследование на описторхоз	пищевода и желудка		Летальный исход

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Жировая дегенерация печени, неклассифицированная рубриках	К76.0	Обл. б-цы РЦ	Об. ан. крови + тромбоциты Блохм. ан. крови. Билирубин, АлАТ, АсАТ, протромбин, протейнограмма, холестерин, липопротеиды УЗИ печени Маркеры гепатотропных вирусов	2	Биохимия печени	Щадящая диета Эссенциале по 10 мл в/в 10-15 инфузий, в дальнейшем эссенциале внутрь по 2 капс. 3-4 р/дн.	14-21 дн.	Ремиссия Улучшение состояния Стабилизация Прогрессирование
Пергальная гипертония	К76.6	Обл. б-цы РЦ	Об. ан. крови + тромбоциты Блохм. ан. крови. Билирубин, АлАТ, АсАТ, протромбин Протейнограмма УЗИ печени Блохм. ан. крови. электролиты крови, холестерин, липопротеиды Маркеры гепатотропных вирусов Доплерография Консультация хирурга ФГДС	1 1 1 1 1 1 1	Электролиты крови Маркеры гепатотропных вирусов, холестерин, липопротеиды	Метглонил по 10 мг/кг/сут. в/в 7-10 дн, внутрь в течение мес. Переливание альбумина и плазмы (по показ.) Атенолол 50 мг/дн. в/в При наличии асцит: ограниченные соли до 1 г/сут., вероширон 5-10 мг/кг/сут, фуросемид 1-2 мг/кг/сут, при рефрактерном асците – парацентез	2-3 нед.	Ремиссия Стабилизация Прогрессирование Детальный исход

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Поражения печени при инфекционных и паразитарных заболеваниях, классифицированных в других рубриках	К77.0	Обл. б-цы РЦ	Об. ан. крови - тромбоциты Блохм. ан. крови, билирубин, АсАТ, АсАТ, хо-лестерин, ЩФ УЗИ брюшной полости Маркеры гепато-тропных вирус-сов	1	КТ брюшной полости Доплерография	Щадящая диета Программа лечения определяется этиологией заболевания и характером нарушения функций печени	14 дней	Выздоровление с частичным или полным нарушением физиологического процесса Ремиссия Улучшение состояния Стабилизация
Камни желчного пузыря без холестиаста	К80.2	Обл. б-цы РЦ	Об. ан. крови Об. ан. мочи Блохм. ан. крови, белок и белковые фракции, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТЦ,	1 1	Бактериологическое исследование дуоденального содержимого	Диета № 5 Спазмолитики, дротаверин детям до 6 лет в р/дозе 10-20 мг, 6-12 лет - 20 мг 1-2 р/сут, папаверин детям от года до 12 лет в разовой дозе 0,2-0,3 мг/кг	7-14 дни	Прогрессирующие, отсутствие эффекта

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Камни желчного пузыря с холангитом или холециститом Другие формы холелитиаза	К80.5		об. белок, белковые фракции, СРБ, холестерин, амилаза Копрограмма Глюкоза крови УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и селезенки Консультация: хирурга, гематолога	1 1 1	Эндоскопическая ретроградная холангиография Определение группы крови, резус-фактора Рентгенография брюшной полости Осмолическая стойкость эритроцитов	2-3 р/дн., старше 12 лет- 10-20 мг 2 р/дн. Метамизол 4-5 лет 0,1-0,2 г, 6-7 лет 0,2 г, 8-14 лет 0,25-0,3 г 2-3 р/дн., трамадол детям >14 лет 0,05 г при выраженном болевом синдроме Оперативное лечение (по показ.)		Ремиссия Стабилизация При отсутствии осложнений благоприятный исход
Камни желчного пузыря с острым холелитиозом Камни желчного пузыря с другим холелитиозом Камни желчного протока с холангитом Камни желчного протока с холангитом Боллезнь желчевыводящих путей	К80.0 К80.1 К80.3 К80.4 К80.9	Обл. б-пы РЦ	Об. ан. крови Об. ан. мочи Биохим. ан. крови: общий билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТ, об. белок и белковые фракции, СРБ, холестерин, амилаза Копрограмма Глюкоза крови УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и селезенки Консультация: хирурга, гематолога	1 1 1 1 1	Бактериологическое исследование дуоденального содержимого Определение группы крови, резус-фактора Рентгенография брюшной полости	Диета № 5 При остром холелитиозе - госпитализация в хирургический стационар Антибактериальное лечение с использованием одного из АБ: доксицилин, внутрь- 8-10 дн., цефалексин, цефазолин 25-50 мг/кг/сут., эритромицин 15-30 мг/кг/сут. или юлтримоксазол 20-40 мг/кг/сут. 3 р/дн. в теч. 7-10 дн. По показаниям: дезинтоксикационные средства в/в кап. Симптоматические средства: спазмолитики (дротаверин детям до 6 лет в р/дозе 10-20 мг; 6-12 лет 20 мг 1-2	7-14 дн.	Ремиссия Стабилизация Прогрессирование Отсутствие эффекта Летальный исход

1	2	3	4	5	6	7	8	9
водных путей нейтропение			Эндоскопическая ретроградная холангио-панкреатография Ан. кала на дисбактериоз Осом-титеская стойкость эритроцит-тов	1 1		р/сут, папаверин детям от года до 12 лет в р/дозе 0,2-0,3 мг/кг 2-3 р/дн., старше 12 лет - 10-20 мг 2 р/дн., трамадол детям > 14 лет 0,05 г при выраженном болевом синдроме При показанных - оперативное лечение При дисфункции желчного пузыря, обусловленной гипомоторной дискинезией - прокинетики в течение 10-14 дн. (метоклопра-мид) детям > 6 лет 5 мг 3 р/дн. - 10-14 дн.) Холестирамин - 10-25% р-р манния сульфата по 1 ч.-1 ст. л. 3 р/дн., 10 % р-р по		
Хронический холе-цистит	К81.1	Обл. б-цы РЦ	Об. ан. крови Об. ан. мочи Билиру-бин, ан. кро-ви, об. билиру-бина его фрак-ции, АсАТ, АлАТ, ЩФ, и белковые фракции, СРБ, холестерин, амлаза	1 1	Дуоденальное зондирование Бактериологиче-ское исследова-ние дуоденального содержимого Эндоскопиче-ская ретро-градная холан-гиопанкреато-графия Определение группы крови, резус-фактора	сорбита (ксилита) 20-30 мг 2 р/дн. (курсы Диета № 5 Антибактериальная терапия с использованием одного из АБ: доксицилин внутрь в течение 8-10 дн., цефалексин, цефазолин 25-30 мг/кг сут., эритромицин 15-30 мг/кг/сут., котримоксазол 20-40 мг/кг/сут. 3 р/дн. в теч. 7-10 дн. Желчегонные средства: аллохол внутрь по 1 драже 3 р/дн. во вре-мя еды	7-14 дн.	Ремиссия Стабилизация Прогрессирование Отсутствие эф-фекта
Другие формы колечи-стита	К81.8		КТ, УЗИ, об. фракции, СРБ, холестерин, амлаза	1		По показ. протаверин детям до 6 лет в разовой дозе 10-20 мг, 6-12 лет - 20 мг 1-2 р/сут., папаверин детям от года до 12 лет в р/дозе 0,2-0,3 мг/кг 10-20мг 2 р/дн.		
Холецистит неогонечный	К81.9		Контрограмма Глюкоза крови УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и селезенки	1				
Холангит	К83.0							

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Слизь сфинктера Одди	К83.4	Обл. б-цы РЦ	Об. ан. крови Об. ан. мочи Биохим. ан. крови: ви. об. билирубина и его фракции АсАТ, АлАТ, амиллаза Копрограмма УЗИ печени, желчного пузыря с функцией, поджелудочной железы и селезенки Биохим. ан. крови: ПФ, ГГТ, об. белок и белковые фракции, холестерин	1	Рентгенография брюшной полости Ан. кала на дисбактериоз Эзофагогастродуоденоскопия Дуоденальное зондирование	Биопрепараты: бифидум-, лакто-бактерии 5-10 доз 3 р/дн. 3 нед. Полиферментные препараты: панкреатин 0,1 -0,5 3 р/дн. - 2 нед. Диета № 5 Желчечонные средства - аллохол 1 табл. 3 р/дн., холосас по 5-10 мл 3 р/дн. Спазмолитики: дротаверин детям лет - 20 мг 1-2 р/сут., папаверин детям от года до 12 лет в р/дозе 0,2-0,3 мг/кг 2-3 р/дн., старше 12 лет- 10-20мг 2 р/дн.	7-14 дней	Выздоровление (при первичных причинах) Ремиссия Стабилизация Прогрессирование Отсутствие эффекта

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Другие хронические панкреатиты Хронический панкреатит: - БДУ - инфекционный - повторяющийся - рецидивирующий	К86.1	Обл. б-цы РЦ	Об. ан. крови Об. ан. мочи Диастаза мочи Ан. крови на сахар Ко. программа Ан. кала на присутствие лимблий Ан. кала на м/г Соскоб на острицы Биохим. ан. крови: ЦФ, об. белок, протеинограмма, амилаза крови, мочевины, АЛАТ, АСАТ, билирубин и его фракции УЗИ органов брюшной полости ФГДС Посев кала на дисбактериоз Гликемический профиль Дуоденальное зондирование с определением содержания бикарбонатов и панкреатических ферментов в дуоденальном содержимом под контролем после нагрузки	Биохим. ан. крови: щелочная фосфатаза, об. белок, протеинограмма, амилаза крови, мочевины, АЛАТ, АСАТ, билирубин и его фракции УЗИ органов брюшной полости ФГДС Посев кала на дисбактериоз Гликемический профиль Дуоденальное зондирование с определением содержания бикарбонатов и панкреатических ферментов в дуоденальном содержимом под контролем после нагрузки	Диета с ограничением тугоплавких и животных жиров Аминоациловая кислота внутри по 2-3 г 3-5 р/дн. - 10 дн. Альмагель в возрасте 3-6 лет по 3 мл 4-6 р/дн., 7-9 лет - 5-7 мл 4-6 р/дн., 12-15 лет - 10-15 мл 4-6 р/дн. в теч. 10 дн. Циптаверин дегтам от год. до 12 лет в р/дозе 0,2-0,3 мг/кг 2-3 р/дн., старше 12 лет - 10-20мг 2 р/дн. Комбинированные препараты пищеварительных ферментов Диета с ограничением тугоплавких и животных жиров Постельный режим по показаниям Иррифузионная терапия в теч. 3-5 сут. (по показ.) Альбумин в/в кап. 10-15 мл/кг/сут. в теч. 3-5 дн., глюкоза 5%, натрия хлорид 0,9% в соотношении 3:1 Ольомил 1000 ЕД/кг/сут. в/в кап., 7,5% калия хлорид - 1-2 мл на кг/сут. в/в кап. (обязательно под контролем в крови) Альмагель в возрасте 3-6 лет по 3 мл 4-6 р/дн., 7-9 лет по 5-7 мл 4-6 р/дн., 12-15 лет по 10-15 мл 4-6 р/дн. в течение 10 дн. Циптаверин 2% в/м.	14 дн.	Улучшение состояния	

1	2	3	4	5	6	7	8	9
					холестеринном	0,5-0,8 мл/3 р/дн., в возрасте 3-6 лет 0,2-0,5 мл - 3 р/дн., 7-9 лет - 10-14 лет 0,8-1,0 3 р/дн. - 5 дн.		
					Коагулограмма	Антибактериальное лечение с использованием одного из АБ: доксицилин внутрь в течение 8-10 дн., цефалексин, цефазолин 25-50 мг/кг сут., эритромицин 15-30 мг/кг/сут.		
					КТ поджелудочной железы			
					Ретроградная холангиопанкреатография			
					Определение инсулина, трипсина к трипсином и липазы в сыворотке крови	Ферментотерапия: панкреатин		
					Антигена поджелудочной железы			
					Цитологические тесты с введением прозерина или прозерина или			
					присма глюкозы			
					Определение эластазы в кале с использованием моноклональных антител к панкреатической			

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Целиакия	КЭОС	Обл. б-пы РЦ	Об. ан. крови Об. ан. мочи Копрограмма рН стула Ан. кала на <i>г/г</i> ; мазок на острицы, кал на патогенную флору Липидограмма кала Амилаза, липаза, трипсин в сыворотке крови Биохим. ан. крови: монограмма (К, Na, Cl, Са, Mg, Р), об. белок, липиды или холестерин, глюкоза	1 1 2 1 1 1 1 1	Микробиологическое исследование кала Наруточный тест с Д-кейзой Иммунологическое исследование антител Генетическое исследование	Антицелиаковая диета Панкреатин 0,5-2,0 - 5-6 р/дн, в каждое кормление (доза подбирается индивидуально) Поливитамины с микроэлементами: «Брешан» или «Vital М» по 1-2 др. 3 р/дн, с 5-7-го дня заболевания Бифидум-бактерин (лактобактерин) по 2,5-5 доз 3 р/дн. При тяжелой форме заболевания – дополнительно парентеральное питание с целью коррекции дефицита белка, жира, углеводов (в/в 10-15% р-р глюкозы, р-ры аминокислот: альвезин, валин, левамин и др., жировые эмульсии), коррекция об. белка р-рами альбумина, коррекция микроэлементного состава по дефициту (р-рами Са, Mg, натрия хлорида)	14-21 день	Улучшение состояния
Глютеновая энтеропатия								
Идиопатическая								
Неврологическая								
			Простая проба с пшеничной мукой Ретикулоциты УЗИ органов брюшной полости	1 1 1 1				
			Ан. кала на простейший ФЛДС с биопсией из дистального отдела 12-перстной кишки	1				

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Нарушение всасывания в кишечнике неуточнен-нос	К90.9	Обл. б-ды РЦ	Исследование кала на патогенную флору Об. ан. крови Об. ан. мочи Колпрограмма рН стула Ан. кала на яйца, мазок на острицы УЗИ органов брюшной полости	1 1 1 1 1	Ан. кала на цисты лямблий Биохим. ан. крови: ионограмма (К, Na, Cl, Ca, Mg, P), об. белок, липиды или холестерин, глюкоза Цитологическая Сахарная кривая с нагрузкой лактозой сахарозой фруктозой с биопсий из дистального отдела 12-перстной кишки	Панкреатин 0,5-2,0 - 5-6 р/дн., в каждое кормление (доза подбирается индивидуально) Бифидум-бактерин (лактобактерин) по 2,5-5 доз 3 р/дн. Средства, регулирующие перистальтику: метоклопрамид по 0,5-1 мг/кг/сут в течение 10-14 дн. Антигистаминные препараты (по показ.): хифенадин до 3 лет 0,005 г 2-3 р/дн., 3-7 лет 0,01 г 2 р/дн., 7-12 лет 0,01-0,015 2-3 р/дн., >12 лет 0,025 г 2-3 р/дн. При тяжелой форме забоевания - дополнительно парентеральное питание с целью коррекции дефицита белка, жира, углеводов (в/в 10-15% р-р глюкозы, р-ры аминокислот, альбумин,	14-21 дней	Улучшение состояния
			Биохим. ан. крови: амиллаза, липаза, трипсин в сыыворотке крови, СРБ, сываловая проба, ионограмма (Na, K, Cl, Ca, Mg, P) об. белок, липиды или холестерин, глюкоза Микробиол. исследование кала					

ДИЕТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ

Диетические рекомендации при заболеваниях печени, желчного пузыря, желчных путей

Продукты	Можно	Нельзя
Хлеб и хлебобулочные изделия	Пшеничный и ржаной хлеб (вчерашний)	Сдобное тесто, жареные пирожки, чебуреки
Крупяные и макаронные изделия	Каши любые, особенно овсяная и гречневая; макароны, вермишель	-
Мясо	Нежирное (говядина, курица, индейка, кролик) в вареном виде, запеченное или приготовленное на пару: фрикадельки, кнели, котлеты	Жирные сорта мяса (свинина, баранина) и птицы (гусь, утка)
Рыба	Нежирная в отварном виде	В жареном виде
Супы	Крупяные, фруктовые, молочные; бульон некрепкий (мясные и рыбные); борщи, щи вегетарианские	Рыбные и грибные бульоны
Молочные продукты	Творог, кефир, молочно-кислые продукты; сыр неострый (в т.ч. плавленый)	
Жиры	Масло сливочное в ограниченном количестве; растительное масло (подсолнечное, кукурузное, оливковое) – 20-30 г/дн.	Животные
Овощи и фрукты	Любые в отварном, печеном и сыром виде; фрукты и ягоды (кроме кислых) в сыром и вареном виде	Шпинат, лук, редис, редька, клюква
Кондитерские изделия	Сухое печенье	Торты, крем, мороженое, газированные напитки, шоколад, алкогольные напитки
Закуски, консервированные продукты	-	Острые закуски, жареное, копчености
Напитки	Соки овощные, фруктовые; компоты, кисели, отвар шиповника	Алкогольные напитки, крепкий чай и кофе
Минеральные воды	Ессентуки №4 и №17, Смирновская, Славяновская, сульфатный Нарзан по 100-200 мл в теплом виде (40-45°) по 3 р/дн. За 30-60 мин. до еды	

**Диета, улучшающая состав микрофлоры у
пациентов с диареей**

Продукты	Можно	Нельзя
1	2	3
Хлеб и мучные изделия	Белый вчерашний, тост, пшеничные сухари	Ржаной с отрубями, сдоба, пицца, макароны
Первые блюда	Вторичный, некрепкий мясной или рыбный бульон, с протертым мясом, фрикадельками	Первичные мясные, рыбные и грибные бульоны; овощные, молочные и крупяные супы, щи, борщ
Мясо (вареное, тушеное, запеченное, на пару)	Нежирная свинина, говядина, кролик	Баранина, жирная свинина, конина
Птица (вареная, тушеная, запеченная, на пару)	Курица, индейка готовятся без кожи	Гусь, утка, дичь
Рыба (вареная, тушеная, запеченная, на пару, фарш)	Нежирные сорта (судак, треска, минтай)	Жирные (осётр, лосось, белуга, камбала и др.)
Яйца	До 3-4 в нед., в составе блюд, паровом омлете	Вкрутую, всмятку, жареные, сырые
Молочные продукты (желательно без консервантов)	Нежирный, запеченный творог; паровые сырники, нежирный сыр, сметана	Цельное молоко, сливки, йогурты (активиа), кефир (актимель), ряженка
Крупы (протертые, слизистые, дробленые, сечка)	Гречка, рис, овес	Пшено, перловка, ячневая
Жиры	Масло ограничено сливочное, топленое	Животные и растительные (подсолнечное, оливковое)
Овощи (вареные, тушеные, запеченные, на пару)	Брокколи, кабачок, цуккини, морковь, лук-порей, тыква	Сырые, жареные, гриль, маринованные, замороженные
Закуски, консервация	-	Соленые, квашеные, острые, копченые, маринованные
Фрукты (запеченные, кисели, желе) не рекомендуются сырые, кислые фрукты, ягоды	Черника, кизил, айва, запеченное или протертое яблоко	Цитрусовые, виноград, абрикос, слива, груша, персик, банан
Сладкие блюда	Сухое несдобное печенье (Мария), помадки, желе	Мед, варенье, конфеты, шоколад
Соусы, специи, добавки	Цикорий, петрушка, куркума, гвоздика, корица (в пищу)	Кетчуп, соусы, острый (красный и черный) перец, аджика, уксус, майонез

1	2	3
Напитки (лучше в теплом виде)	Чай, кисели и отвары из шиповника, черники, кизила, айвы, черемухи, черной смородины	Соки овощные, фруктовые, шоколад, какао, кофе с молоком, молочные коктейли, газированные, холодные
Алкоголь	Кагор до 300 мл/нед.	запрещен

Диета №1

Показания к назначению:

1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе затухающего обострения и ремиссии (вне обострения), в периоды проведения курсов противорецидивной терапии.
2. Острый гастрит в последнем периоде диетического лечения.
3. Хронический гастрит с сохраненной или повышенной секрецией в фазе затухающего обострения и ремиссии.
4. Инфекционные заболевания, протекающие с нарушениями функций желудочно-кишечного тракта, но без поносов.

Целевое назначение. Щажение желудка (менее строгое, чем на диете №1б) путем ограничения механических, химических и термических раздражителей в пище, стимуляция процессов восстановления слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, нормализация функции кишечника.

Общая характеристика диеты. Физиологическое содержание белков, жиров, углеводов. Из диеты исключаются блюда, являющиеся сильными возбудителями секреции и химически раздражающие слизистую оболочку. Ограничивают блюда, содержащие клеточные оболочки.

Кулинарная обработка. Пища готовится в вареном или паровом, но не в протертом виде.

Химический состав и калорийность диеты: белков 90 г, жиров 90 г (из них 1/3 растительных), углеводов 400 г. Калорийность 2700-3000 ккал. Количество свободной жидкости 1,5 л. Поваренной соли 10 г. Количество приемов пищи – 5-6 раз в день. Температура принимаемой пищи не выше 60° С, а холодных блюд и напитков – не ниже 15° С.

Перечень рекомендуемых продуктов и блюд:

Хлеб и хлебобулочные изделия – хлеб пшеничный вчерашний, сухой бисквит, сухое печенье, 1-2 раза в неделю ограниченное количество несдобных булочек или печеных пирогов

с яблоками, джемом, вареным мясом и яйцами.

Супы – молочные, крупяные, протертые; молочные с добавлением протертых овощей (исключается капуста); молочные с измельченной вермишелью или домашней лапшой; протертые овощные (из моркови, картофеля, свеклы: овощной отвар сливается, мука и овощи не пассируются), заправленные сливочным или рафинированным подсолнечным маслом.

Мясные и рыбные блюда – мясо нежирных сортов (говядина, курица, кролик, телятина), очищенное от сухожилий и жира в отварном или паровом виде, протертое (котлеты, кнели, фрикадельки, пюре, суфле, рулет и т. д.). Нежирное и нежесткое мясо разрешается в отварном виде куском. Различные нежирные сорта рыбы (судак, окунь, треска) в отварном, паровом, протертом виде и куском. Заливная рыба.

Яйца и яичные изделия – до 2 яиц в день всмятку, в виде парового омлета, а также в блюдах.

Молоко и молочные продукты – молоко цельное, сгущенное; сливки в натуральном виде и взбитые; сметана (в ограниченном количестве); творог нежирный протертый в виде суфле, несоленой сырковой массы и др.; простокваша однодневная.

Овощи и фрукты – различные виды овощей (вареные в воде и на пару, в протертом виде).

Фрукты, ягоды, сладости – различные спелые фрукты и ягоды (кроме кислых сортов) в натуральном, запеченном, паровом и протертом виде, сахар, варенье, мед, кисели, желе, муссы.

Крупяные и макаронные изделия – различные крупы (манная, рис, гречневая, овсяная) в виде суфле, каш, пудингов, вареные в воде или на пару, протертые; домашняя лапша, вермишель, макаронные изделия мелкорубленные; зеленый горошек, соевый творог.

Жиры – масло сливочное несоленое, хорошо очищенное оливковое, подсолнечное (не жарить, а добавлять в блюда и давать в натуральном виде).

Закуски – сыр неострый протертый, ветчина (нежилистая, нежирная, мелко нарезанная), икра (паюсная, зернистая) в небольшом количестве.

Соусы и пряности – соусы молочные, сметанные (на крупяном отваре или на молоке). Мука не пассируется. Сладкие фруктово-ягодные подливки. Пряности исключаются.

Напитки и соки – чай с молоком, со сливками, некрепкое какао, кофе некрепкий с молоком, со сливками. Сладкие фруктово-ягодные соки. Отвар шиповника.

Запрещаются: белокочанная и красная капуста, репа, брюква, редька, редис, лук, чеснок, щавель, шпинат, грибы; яйца сырые; черный хлеб; жареные блюда; мясные, рыбные и грибные отвары; алкогольные напитки; сдобные мучные изделия; разные консервы; горох, фасоль, бобы, чечевица, пшено; тугоплавкие жиры; острые и соленые блюда; копченые продукты.

Примерный среднесуточный набор продуктов диеты

Продукты	Количество (г, мл) для детей в возрасте (годы)		
	3-6	7-10	11-14
Крупы, макаронные изделия	80	85	100
Мука пшеничная	5	7	10
«-» картофельная	1	2	2
Молоко	550	600	620
Творог	25	30	35
Сметана, сливки	10	10	15
Сыр	10	15	15
Масло сливочное	30	40	45
Масло растительное	5	5	7
Яйцо, шт.	1/2	1/2	1
Мясо	100	110	120
Куры	20	25	30
Рыба	25	30	35
Сахар	65	70	75
Кондитерские изделия	20	25	30
Картофель	220	260	280
Овощи разные	50	80	100
Фрукты свежие	110	115	120
Фрукты сухие	15	20	20
Сок	50	50	50
Хлеб пшеничный	150	200	250
Чай	0.5	0.5	0.5
Химический состав, г:			
белки	71.3	82.0	95.8
жиры	75.0	86.8	98.1
углеводы	281.0	335.0	383.7
Энергетическая ценность, ккал	2084.4	2343.0	2800.9
С учетом термической обработки, г:			
белки	68.0	78.4	90.6
жиры	69.7	81.1	91.9
углеводы	269.9	321.3	368.6
Энергетическая ценность, ккал	1978.9	2328.7	2663.9

Диета №1А

Показания к назначению: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в период обострения, острый гастрит, обострение хронического гастрита и гастродуоденита; гастродуоденальные кровотечения после исчезновения признаков профузного кровотечения; химические ожоги пищевода.

Целевое назначение: заживление язв и эрозий, уменьшение воспалительного процесса слизистой оболочки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта путем нормализации процессов репарации слизистой оболочки и уменьшения раздражения рецепторного аппарата желудка и двенадцатиперстной кишки, регуляции секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка; снижение возбудимости вегетативной нервной системы. Назначается не более чем на 7 дней.

Общая характеристика диеты. Диета с содержанием белков и жиров на нижней границе физиологической нормы с ограничением углеводов и поваренной соли, некоторым снижением калорийности. В рационе резко ограничены химические и механические раздражители слизистой оболочки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

Кулинарная обработка. Все продукты отваривают или готовят на пару: консистенция блюд жидкая или жидко-кашицеобразная, специи исключают.

Режим питания: дробный, пищу дают 6-7 раз в сутки в теплом виде.

Перечень рекомендуемых продуктов и блюд:

Хлеб и хлебобулочные изделия – исключают.

Супы – слизистые из круп (овсяной, манной, рисовой) с добавлением яично-молочной смеси, сливок, сливочного масла.

Мясные и рыбные блюда – паровые суфле из нежирных сортов рыбы, мяса, птицы без сухожилий, фасций и кожи.

Яйца и яичные изделия – яйца всмятку, паровые омлеты (не более 2 яиц в день).

Молоко и молочные продукты – молоко цельное, творожное паровое суфле.

Овощи и фрукты – исключают.

Фрукты, ягоды, сладости – фрукты и ягоды сладких сортов в виде пюре после тепловой обработки; сахар, мед, сладкие ягодные и фруктовые соки пополам с водой.

Крупяные и макаронные изделия – жидкие протертые молочные каши (из любой крупы, кроме пшеничной и перловой).

Жиры – масло сливочное в готовых блюдах.

Закуски – исключают.

Соусы и пряности – исключают.

Напитки и соки – некрепкий чай с молоком; отвары шиповника и пшеничных отрубей.

Примерный среднесуточный набор продуктов диеты

Продукты	Количество (г, мл) для детей в возрасте (годы)		
	3-6	7-10	11-14
Крупы	55	75	80
Мука пшеничная	10	15	18
«-» картофельная	8	10	10
Молоко	1000	1100	1200
Творог	40	45	55
Сметана	5	5	10
Масло сливочное	15	17	20
Яйцо, шт.	1	1,5	1,5
Мясо	70	85	100
Куры	15	20	20
Рыба	25	30	40
Сахар	60	70	75
Фрукты свежие	25	30	30
Фрукты сухие	15	15	15
Сок	30	30	30
Чай	0,3	0,3	0,3
Химический состав, г:			
белки	60,7	72,4	80,1
жиры	62,0	69,3	77,7
углеводы	168,3	209,2	259,5
Энергетическая ценность, ккал	1474,0	1750,0	2057,3
С учетом термической обработки, г:			
белки	57,0	68,1	75,2
жиры	55,8	62,4	70,1
углеводы	158,6	196,5	236,3
Энергетическая ценность, ккал	1364,6	1620,0	1876,4

Диета №1Б

Показания к назначению: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит, гастродуоденит в период стихания, гастроэзофагеальный рефлюкс, состояние

после полостных операций и тонзиллэктомии.

Целевое назначение: заживление язв и эрозий, уменьшение воспалительного процесса слизистой оболочки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта путем нормализации процессов репарации слизистой оболочки и уменьшения раздражения рецепторного аппарата желудка и двенадцатиперстной кишки, регуляции секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка; снижение возбудимости вегетативной нервной системы. Назначается не более чем на 7 дней.

Общая характеристика диеты. Диета с физиологическим содержанием основных пищевых веществ и энергии. Значительно ограничены химические и механические раздражители слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта.

Кулинарная обработка. Все блюда готовятся в протертом виде, продукты отваривают или готовят на пару, консистенция жидкая или кашицеобразная.

Режим питания: дробный, пищу дают 5-6 раз в сутки в теплом виде.

Перечень рекомендуемых продуктов и блюд:

Хлеб и хлебобулочные изделия – сухари из белого хлеба высшего сорта.

Супы – крупяные (из овсяной, манной, рисовой круп) протертые, молочные.

Мясные и рыбные блюда – паровые котлеты, кнели, фрикадельки из нежирных сортов рыбы, мяса, птицы без сухожилий, фасций и кожи.

Яйца и яичные изделия – яйца всмятку, паровые омлеты (не более 2 яиц в день).

Молоко и молочные продукты – молоко цельное, сливки, творожное паровое суфле.

Овощи и фрукты – гомогенизированное пюре из овощей (консервы для детского питания); натуральные овощи исключают.

Фрукты, ягоды, сладости – фрукты и ягоды сладких сортов в виде пюре после тепловой обработки; сахар, мед, сладкие ягодные и фруктовые соки пополам с водой.

Крупяные и макаронные изделия – жидкие протертые молочные каши (из любой крупы, кроме пшеничной и перловой).

Жиры – масло сливочное, растительное в готовых блюдах.

Закуски – исключают.

Соусы и пряности – исключают.

Напитки и соки – некрепкий чай с молоком; отвары шиповника и пшеничных отрубей.

Примерный среднесуточный набор продуктов диеты №16

Продукты	Количество (г, мл) для детей в возрасте (годы)		
	3-6	7-10	11-14
Крупы	65	80	85
Мука пшеничная	5	10	10
«-» картофельная	8	10	10
Молоко	850	900	950
Творог	25	30	35
Сметана	5	5	10
Масло сливочное	15	17	20
« - « растительное	5	6	7
Яйцо, шт.	1	1,5	1,5
Мясо	70	80	100
Куры	20	20	25
Рыба	30	35	40
Сахар	65	80	85
Фрукты свежие	40	40	50
Фрукты сухие	15	20	20
Сок	35	40	40
Пюре овощное гомогенизированное	150	200	200
Сухари пшеничные	60	80	100
Чай	0,3	0,3	0,3
Химический состав, г:			
белки	62,3	73,2	80,9
жиры	61,8	70,7	79,5
углеводы	227,0	281,7	307,2
Энергетическая ценность, ккал	1713,4	2055,9	2267,9

Диета №2

Показания к назначению. Хронический гастрит с секреторной недостаточностью вне обострения или остаточные явления воспалительных явлений.

Целевое назначение. Содействие нормализации секреторной и кислотообразующей функции желудка, уменьшение моторных расстройств, повышение выработки желудочного сока, подавление броидильных процессов в кишечнике, восстановление компенсаторно-приспособительных реакций желудочно-

кишечного тракта, профилактика прогрессирования заболевания.

Общая характеристика диеты. Физиологически полноценная диета, содержащая достаточное количество белков, жиров, углеводов при калорийности, соответствующей физической активности и образу жизни больного; богатая экстрактивными веществами, с повышенным содержанием аскорбиновой и никотиновой кислот, витаминов В6 и В12, с резким ограничением молока, грубой клетчатки.

Кулинарная обработка. Разрешаются блюда с различной степенью измельчения и разнообразной тепловой обработкой. Пищу готовят преимущественно в пюреобразном или измельченном виде; при жарке не допускают образования грубой корки (жарят без панировки).

Химический состав и калорийность диеты: белков 90 г, жиров 90 г, углеводов 400 г. Калорийность 2700-3000 ккал. Количество свободной жидкости 1,5 л. Поваренная соль до 15 г. Температура пищи: горячих блюд - до 55-60° С, холодных – не ниже 15° С. Режим питания 4-5 раз в день.

Перечень рекомендуемых продуктов и блюд:

Хлеб и хлебобулочные изделия – пшеничный хлеб белый и серый вчерашней выпечки, несдобные сорта булочных изделий и печенья.

Супы – на обезжиренном мясном и рыбном бульоне, на овощных отварах с протертыми овощами и крупами.

Мясные и рыбные блюда – мясо и рыба нежирные, рубленые, запеченные и жареные (но без панировки в сухарях и муке), курица в отварном виде.

Яйца и яичные изделия – яйца всмятку и омлет.

Молоко и молочные продукты – молоко с чаем и другими напитками, в составе разных блюд, творог, простокваша, кефир, ацидофильное молоко.

Овощи и зелень – пюре из различных овощей, пудинги, овощные котлеты, запеченные и жаренные так, чтобы не образовывалась корочка (без панировки в муке или сухарях), капуста цветная отварная с маслом, кабачки и тыква тушеные, салат из помидоров. Раннюю зелень мелкошинкованную можно добавлять к различным блюдам.

Фрукты, ягоды, сладости – протертые компоты, пюре, кисели, желе, муссы из сладких сортов фруктов и ягод. Сахар, мед.

Крупяные и макаронные изделия – каши, пудинги запеченные, котлеты из круп, обжаренные так, чтобы не образовывалась грубая корочка; макаронные изделия мелкорубленные отварные, отварная вермишель.

Жиры – масло сливочное, подсолнечное, оливковое.

Закуски – сыр неострый (натертый), вымоченная сельдь, колбаса докторская, нежирная ветчина.

Соусы и пряности – мясные, рыбные, сметанные соусы; пряности исключаются.

Напитки и соки – чай с молоком, какао и кофе на воде и с молоком. Отвары шиповника и пшеничных отрубей, фруктовые и ягодные соки, разбавленные пополам с водой.

Запрещаются: свежий хлеб и другие свежие изделия из теста (в том числе, сдобного); жареные и обваленные в сухарях мясо и рыба; жирные сорта мяса и рыбы; острые, соленые блюда; рыбные, мясные, овощные консервы, грибные и др. Закусочные консервированные продукты, сырые овощи и продукты, бобовые и молоко в натуральном виде, черный хлеб, сало, гусь, утка, копчения, маринады, газированные напитки, очень холодные и горячие блюда и напитки.

Примерный среднесуточный набор продуктов диеты

Продукты	Количество (г, мл) для детей в возрасте (годы)		
	3-6	7-10	11-14
1	2	3	4
Крупы, макаронные изделия	75	90	100
Мука пшеничная	5	5	7
« - » картофельная	3	3	5
Молоко, кефир	350	370	400
Творог	25	30	35
Сметана	5	5	7
Сыр	7	7	10
Масло сливочное	35	40	45
Масло растительное	10	13	15
Яйцо, шт.	1/2	1/2	1
Мясо	150	170	170
Рыба	30	35	40
Сахар	60	70	70
Кондитерские изделия	20	25	30
Картофель	230	270	300
Овощи разные	150	200	230
Фрукты свежие	120	120	130

1	2	3	4
Фрукты сухие	15	15	20
Сок, фруктовое пюре	200	200	200
Хлеб пшеничный	150	200	250
Чай	0,6	0,6	0,6
Химический состав, г:			
белки	70,3	80,9	93,7
жиры	71,5	82,1	94,2
углеводы	274,8	329,9	375,5
Энергетическая ценность, ккал	2023,9	2382,1	2724,6
С учетом термической обработки, г:			
белки	67,1	77,0	88,1
жиры	67,7	77,7	88,1
углеводы	262,2	310,0	360,7
Энергетическая ценность, ккал	1926,5	2247,3	2588,1

Диета №3А

Показания к назначению. Хронические воспалительные заболевания кишечника (вне обострения), сопровождающиеся запорами.

Целевое назначение. Усиление моторной активности кишечника при одновременном противовоспалительным действием пищевых продуктов на слизистую оболочку; профилактика прогрессирования заболевания.

Общая характеристика диеты. Физиологически полноценная диета, содержащая достаточное количество белков, жиров, углеводов, с резким ограничением продуктов, богатых растительной клетчаткой, с использованием таких сортов овощей и фруктов, которые стимулируют опорожнение кишечника, но не вызывают процессов брожения, не раздражают слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта и не являются сильными стимуляторами секреции желудка и поджелудочной железы. Режим питания – 4-5 раз в день.

Кулинарная обработка. Пищу дают в неизмельченном виде, приготовленную на пару, отваренную в воде или запеченную в духовом шкафу. Овощи и фрукты в диете используют как в сыром, так и в вареном виде. При жаренье продуктов не допускают образования грубой корки (жарят без панировки).

Химический состав и калорийность диеты: белков 90 г, жиров 90 г, углеводов 400 г. Калорийность 2800 ккал. Количество свободной жидкости 1,5 л. Поваренная соль 12-15 г. Температура пищи: горячих блюд - обычная, холодных – не

ниже 10° С.

Перечень рекомендуемых продуктов и блюд:

Хлеб и хлебобулочные изделия – хлеб пшеничный из муки грубого помола, при хорошей переносимости разрешается черный хлеб. Печенье – несдобные сорта типа «Мария», «Школьное»; сухой бисквит, сухарики сливочные, ванильные; пироги несдобные печеные с мясом, яблоками и другими фруктами и ягодами сладких сортов, вареньем и джемом из тех же сортов ягод и фруктов (в ограниченном количестве).

Супы – на слабом мясном и рыбном бульоне (после закипания воду дважды сливать), преимущественно с овощами, из круп предпочтительнее перловая и овсяная; полезны фруктовые супы.

Мясные и рыбные блюда – мясо нежирных сортов (говядина, телятина, курица, индейка, кролик) в вареном, запеченном, паровом виде, преимущественно куском, иногда в виде рубленого. Рыба нежирных сортов (судак, лещ, навага, треска, карп, хек, макрорус и др.) в отварном виде, паровая, заливная, куском, иногда в рубленном виде.

Яйца и яичные изделия – яйца (не более 2 шт. в день) в виде омлетов; блюда из яичных белков.

Молоко и молочные продукты – молоко, входящее в состав блюд, и к чаю; ацидофилин, кефир, ряженка и другие кислые молочные напитки; творог свежий в натуральном виде и в блюдах в виде запеченных пудингов, ватрушек; сливки 10% в блюдах, к чаю и при хорошей переносимости в натуральном виде до 1-2 стаканов в день (лучше в холодном виде).

Овощи и зелень – разнообразные овощи в сыром и вареном виде (гарниры, салаты, запеканки). Особенно рекомендуются свекла, морковь, помидоры, листовой салат, кабачки, тыква, цветная капуста. Капуста белокочанная, зеленый горошек, молодая стручковая фасоль разрешается при хорошей переносимости. Зелень петрушки, укропа, сельдерея можно добавлять к различным блюдам и салатам.

Фрукты, ягоды, сладости – в повышенном количестве рекомендуются свежие спелые сладкие фрукты и ягоды, особенно яблоки в сыром виде и в блюдах; сушеные фрукты и ягоды в размоченном виде и в блюдах (особенно рекомендуется чернослив); мармелад, пастила, зефир, молочные и сливочные карамели; варенье, джемы из сладких сортов ягод и фруктов; сахар, мед.

Крупяные и макаронные изделия – блюда и гарниры из круп употребляют в ограниченном количестве в виде рассыпчатых каш и запеканок. Каша варят на воде с добавлением 1/3 молока, сливок. Рекомендуются крупы: гречневая, овсяная, «Артек», перловая. Макароны в ограниченном количестве, преимущественно в супах (вермишель, лапша), и изредка в качестве гарнира.

Жиры – масло сливочное и оливковое (не жарить, а добавлять в готовые блюда). При хорошей переносимости разрешаются и другие сорта растительного масла (подсолнечное, кукурузное, хлопковое, соевое).

Закуски – сыр неострый (куском или натертый), колбаса докторская, сельдь вымоченная, нежирная ветчина.

Соусы и пряности – овощные и фруктовые соусы, белый соус «бешамель» на сухой пассировке (муку подсушивать в духовом шкафу, но не обжаривать в масле), в белый соус можно добавлять сметану, выпаренный томатный сок, тертую морковь; пряности (лавровый лист, корицу, гвоздику, белые корни, ваниль) в небольшом количестве.

Напитки и соки – чай с молоком, кофе на воде (некрепкий) с молоком; прохладные сладкие напитки (фруктовые и ягодные соки, компот, кисель), отвар шиповника с сахаром и медом; овощные соки (морковный, свекольный, капустный и особенно картофельный).

Запрещаются: острые, соленые, жареные блюда, копчености, закусочные консервы, жирные сорта мяса и рыбы; овощи, богатые эфирными маслами и грубой клетчаткой (лук, чеснок, редис, редька, репа, шпинат, перец и др.), грибы, тугоплавкие жиры животного происхождения (свиное сало, внутренний жир, бараний жир и др.), маргарин, кулинарные жиры, очень холодные блюда и напитки.

Диета №3Б

Показания к назначению.

1. Запоры не воспалительного происхождения (отсутствие не воспалительных заболеваний кишечника), в том числе, неврогенные, алиментарные, гиподинамические и др.

2. Функциональные заболевания кишечника (дискинезия кишечника, раздраженный кишечник, спастический колит).

Целевое назначение. Учащение и облегчение опорожнения кишечника за счет включения в рацион питания повышенного

количества растительной клетчатки и пищевых стимуляторов моторной функции кишечника.

Общая характеристика диеты. Физиологически полноценная диета, содержащая достаточное количество белков, жиров, углеводов, с большим количеством растительной клетчатки, продуктов, стимулирующих секреторную и моторную деятельность системы желчевыделения и поджелудочной железы, улучшающих и облегчающих опорожнение кишечника, предотвращающих процессы брожения в кишечнике. Режим питания – 4-5 раз в день.

Кулинарная обработка. Обычная, разнообразная.

Химический состав и калорийность диеты: белков 90 г, жиров 80 г (из них растительных 40 г), углеводов 400 г, калорийность 3000 ккал. Количество свободной жидкости до 1,5 л. Поваренной соли 15 г. Температура пищи - обычная.

Перечень рекомендуемых продуктов и блюд:

Хлеб и хлебобулочные изделия – пшеничный хлеб грубого помола или из размолотых цельных пшеничных зерен, хлеб из отрубей с добавлением незначительного количества пшеничной муки, при хорошей переносимости – ржаной хлеб. Печенье – несдобные сорта; сухой и сочный бисквит, пирожные сладкие без крема со сладкой начинкой; пироги печеные из сдобного теста с начинкой из повидла, джема, варенья сладких сортов ягод, фруктов.

Супы – наваристые (концентрированные) бульоны на мясе, рыбе; борщ, щи, в том числе, зеленые; солянки из нежирного мяса; фруктовые супы; холодный свекольный суп, окрошка.

Мясные и рыбные блюда – мясо нежирных сортов обычной кулинарной обработки (жаренье на растительном масле с добавлением небольшого количества сливочного масла). Рыба - нежирные сорта.

Яйца и яичные изделия – не более 1 яйца в день всмятку или в качестве добавки к блюдам, белковый омлет.

Молоко и молочные продукты – молоко в качестве добавки к чаю и в составе блюд; сливки 10% при хорошей переносимости (до 2 стаканов в день) в холодном виде натошак, а также в виде добавки к блюдам и к чаю, кофе; кефир, простокваша, ацидофилин, ряженка только в свежем виде (однодневные) холодные; творог свежий некислый со сметаной, сливками, сахаром и в виде начинки к ватрушкам; мороженое.

Овощи и зелень – разнообразные овощи в сыром и варе-

ном виде (гарниры, салаты, запеканки). При хорошей переносимости овощи с грубой клетчаткой (редька, репа, редис и др.). Зелень следует широко использовать в салатах и в качестве добавки к блюдам, лучше в свежем виде.

Фрукты, ягоды, сладости – в повышенном количестве рекомендуются свежие спелые сладкие фрукты и ягоды в сыром виде и в составе блюд (особенно рекомендуется чернослив); нешоколадные конфеты; варенье и джемы из сладких сортов ягод и фруктов; сахар (ксилит или сорбит), мед.

Крупяные и макаронные изделия – блюда и гарниры из круп и макаронных изделий употребляются в ограниченном количестве.

Жиры – масло сливочное и все (при хорошей переносимости) сорта растительного нерафинированного масла.

Закуски – мясные, рыбные, овощные неконсервированные с растительным маслом, майонезом, другими приправами; студень, заливное мясо, рыба (холодные).

Соусы и пряности – мясные, рыбные, овощные, фруктовые соусы, приготовленные на растительном или сливочном масле в духовом шкафу (не жарить); пряности без ограничения – по вкусу.

Напитки и соки – чай, кофе, сладкие фруктовые, ягодные соки и компоты (лучше с добавлением ксилита или сорбита – по вкусу), концентрированные растворы меда, сахарная вода, газированные воды (лимонад, минеральные воды и др.). Все напитки следует давать в холодном виде, лучше натошак.

Запрещаются: шоколад и шоколадные конфеты, какао, жирные сорта мяса, плоды черемухи, ягоды черники, кальцинированный творог, крепкий чай.

Диета №4

Показания к назначению. Острые и хронические заболевания кишечника в период резких обострений, сопровождающихся сильными поносами.

Целевое назначение. Обеспечить максимальное механическое и химическое щажение слизистой оболочки кишечника, препятствовать бродильным и гнилостным процессам, уменьшить воспалительное состояние слизистой оболочки кишечника.

Общая характеристика диеты. В диете ограничивается содержание жиров и углеводов; содержание белка нормальное

или несколько повышенное. Диета со сниженным содержанием поваренной соли, с резким ограничением механических и химических раздражителей слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта. Исключаются продукты и блюда, усиливающие процессы брожения и гниения в кишечнике, в частности, молоко, грубая клетчатка, пряности и все блюда, стимулирующие желчеотделение, секрецию желудка и поджелудочной железы.

Кулинарная обработка. Все блюда протертые, готовятся в вареном виде и на пару.

Химический состав и калорийность диеты: белков 80 г, жиров 50 г, углеводов 300 г, калорийность 2000 ккал. Количество свободной жидкости до 1,5 л. Поваренной соли 6-8 г. Режим питания 5-6 раз в день. Температура горячих блюд 55-60° С, холодных – не ниже 15° С.

Перечень рекомендуемых продуктов и блюд:

Хлеб и хлебобулочные изделия – сухари высшего качества из белого пшеничного хлеба, неподжаренные, тонко нарезанные.

Супы – на обезжиренном мясном или рыбном бульоне с добавлением слизистых отваров (рис, гречневая крупа, толокно, мука), паровых или сваренных в воде мясных или рыбных кнелей, фрикаделек, яичных хлопьев, вареного и протертого мяса, которое добавляется вместе со слизистыми отварами.

Мясные и рыбные блюда – нежирные и нежилистые сорта говядины, телятины, птицы в виде паровых котлет, кнелей, фрикаделек, суфле из отварного мяса (мясной фарш пропускают 3-4 раза через мясорубку с мелкой решеткой). Рыба разрешается только свежая (немороженая) и нежирных сортов (судак, лещ, карп, треска, навага и др.). Технология приготовления рыбных блюд такая же, как и мясных.

Яйца и яичные изделия – яйца (не более 1шт. в день) добавляют в блюда.

Молоко и молочные продукты – свежий творог (лучше осажденный солями кальция – кальцинированный) в протертом виде. Цельное молоко исключается.

Овощи и зелень – исключаются.

Фрукты, ягоды, сладости – исключаются.

Крупяные и макаронные изделия – каши протертые из риса, овсяной, гречневой, манной и других круп готовятся на воде или обезжиренном мясном бульоне. Бобовые исключают-

ся.

Жиры – масло сливочное (только свежее) добавляется в блюда.

Закуски – исключаются.

Соусы и пряности – исключаются.

Напитки и соки – чай слабый, соки в виде желе, киселей из фруктов и ягод, отвар сушеной черной смородины, черники, черемухи.

Запрещаются: хлеб; овощи, бобовые; фрукты в натуральном виде; грибы; молоко; пряности, закуски; яйца в натуральном виде; сладости, кондитерские изделия, мед, варенье; газированные напитки; холодные блюда.

Примерный среднесуточный набор продуктов диеты

Продукты	Количество (г, мл) для детей в возрасте (годы)		
	3-6	7-10	11-14
Крупы	100	120	130
Мука пшеничная	5	7	9
« - » картофельная	10	12	13
Молоко	40	50	50
Творог	60	70	80
Сметана	2	3	4
Масло сливочное	15	20	20
Яйцо, шт.	1	1	1
Мясо	90	100	120
Рыба	25	30	35
Сахар	40	40	50
Фрукты свежие	60	60	65
Фрукты сухие	20	20	20
Сок	50	50	60
Сухари пшеничные	60	80	100
Чай	0,4	0,4	0,4
Химический состав, г:			
белки	48,6	56,6	65,4
жиры	34,8	42,2	46,4
углеводы	226,8	262,6	290,1
Энергетическая ценность, ккал	1414,8	1656,6	1839,6
С учетом термической обработки, г:			
белки	45,7	53,3	61,4
жиры	32,0	38,8	42,5
углеводы	214,5	247,5	273,0
Энергетическая ценность, ккал	1328,8	1552,4	1720,1

Диета №4Б

Показания к назначению.

1. Хронические воспалительные заболевания кишечника в фазе умеренного обострения или затухающего обострения.
2. Сочетанные заболевания кишечника и патологии желудка и желчевыводящих путей.

Целевое назначение. Обеспечить полноценное питание больного в фазе умеренного обострения хронического энтероколита и как переход от диеты №4 при затухающем обострении заболевания, способствовать уменьшению воспалительных процессов в слизистой оболочке желудка и кишечника и нормализации нарушенных функций желудочно-кишечного тракта, а также снизить возбудимость нервной системы.

Общая характеристика диеты. Физиологически полноценная диета с нормальным содержанием белков и жиров, значительным снижением содержания углеводов при умеренном ограничении поваренной соли, механических и химических раздражителей слизистой оболочки кишечника. Исключаются продукты и блюда, усиливающие процессы брожения и гниения в кишечнике, активные стимуляторы желудочной секреции.

Кулинарная обработка. Блюда протертые, готовятся в вареном виде или на пару. Супы протертые или с мелконашинкованными овощами и хорошо разваренной крупой. Отдельные блюда можно запекать, но без грубой корки.

Химический состав и калорийность диеты: белков 100 г, жиров 100 г, углеводов 350 г, калорийность 3000 ккал. Режим питания 5-6 раз в день. Поваренной соли 6-8 г. Температура горячих блюд 55-60° С, холодных – не ниже 15° С.

Перечень рекомендуемых продуктов и блюд:

Хлеб и хлебобулочные изделия – хлеб пшеничный, вчерашний, сухой бисквит, сухое печенье типа «Мария». Два раза в неделю разрешают пирог с вареным мясом, яблоками и ватрушки с творогом (всего хлебобулочных изделий не более 200 г в день).

Супы – супы готовятся на слабом обезжиренном бульоне или рыбном бульоне с хорошо разваренными крупами, вермишелью, мелконашинкованными овощами (за исключением капусты).

Мясные и рыбные блюда – из мяса и рыбы нежирных сортов (нестарая и нежилистая говядина, телятина, курица, индей-

ка, кролик; судак, щука, треска, навага), готовятся в рубленном виде котлеты, фрикадельки, кнели, суфле, рулеты в отварном или протертом виде.

Яйца и яичные изделия – яйца (2 шт. в день) диетические всмятку или в виде добавок к блюдам; яичные белковые омлеты, меренги, снежки.

Молоко и молочные продукты – молоко только в блюдах в ограниченном количестве, кислые молочные напитки – кефир, ацидофилин, ацидофильное молоко, ряженка, простокваша и т.д., творог в виде свежеприготовленной массы, творожных паровых пудингов.

Овощи и зелень – кабачки, тыква, морковь, зеленый горошек и ограниченное количество картофеля готовятся в вареном или протертом виде, используется паровое овощное суфле из протертых овощей. Спелые помидоры в натуральном виде – не более 100-150 г в день.

Фрукты, ягоды, сладости – сладкие сорта ягод и фруктов (кроме дынь, арбузов, абрикосов и слив) в виде протертых компотов, киселей, желе, муссов и различных соков; печеные яблоки, груши, варенье и джемы из сладких сортов ягод и фруктов; при хорошей переносимости в ограниченном количестве (до 150 г) можно употреблять в сыром виде клубнику, сладкие спелые яблоки и груши.

Крупяные и макаронные изделия – разные крупы (рис, гречневая, овсяная, «Геркулес», манная и др.) в протертом виде в качестве гарниров, каш, запеканок (без корочки); вермишель, лапша, мелкие макароны – в супах, в виде гарниров и запеканки.

Жиры – масло сливочное несоленое добавляется в готовые блюда и к столу, но не более 10 г на один прием.

Закуски – сыр неострый российский, ярославский и др., колбаса докторская, паштетная, телячья, вымоченная селедка, заливное мясо, заливной язык.

Соусы и пряности – соусы на мясном, овощном и рыбном некрепких бульонах с укропом, листьями петрушки, соус молочный «бешамель» с добавлением небольшого количества сметаны, фруктовые соусы; может использоваться корица.

Напитки и соки – чай с молоком, отвар шиповника, некрепкий черный кофе с молоком; фруктовые и ягодные сладкие соки, овощные соки (неконсервированные) пополам с водой.

Запрещаются: хлеб черный, сдоба и изделия из сдобного теста; капуста, огурцы, горох, фасоль, чечевица; мясные, рыбные, овощные консервы; жирные сорта мяса и рыбы; жареные блюда; крепкий кофе; цельные овощные соки; газированные и холодные напитки; мороженое, цельное молоко, сливки, сметана в натуральном виде; шоколад и шоколадные конфеты.

Примерный среднесуточный набор продуктов диеты

Продукты	Количество (г, мл) для детей в возрасте (годы)		
	3-6	7-10	11-14
Крупы	90	110	110
Мука пшеничная	5	5	7
« - » картофельная	5	5	7
Молоко, двухдневный кефир	230	250	300
Творог	35	40	50
Сметана	5	5	7
Сыр	7	7	10
Масло сливочное	30	35	40
« - » растительное	2	3	4
Яйцо, шт.	1	1	1,5
Мясо	100	120	130
Рыба	25	30	35
Сахар	60	65	70
Кондитерские изделия	20	25	30
Картофель	200	220	240
Овощи разные	20	25	35
Фрукты свежие	80	80	85
Фрукты сухие	10	10	15
Сок, фруктовое пюре	50	50	60
Хлеб пшеничный	150	200	250
Чай	0,5	0,5	0,5
Химический состав, г:			
белки	73,9	85,3	98,7
жиры	71,4	80,7	93,5
углеводы	280,5	336,0	373,7
Энергетическая ценность, ккал	2060,2	2507,5	2731,1
С учетом термической обработки, г:			
белки	70,4	81,3	92,4
жиры	66,5	75,0	87,5
углеводы	268,4	321,8	359,0
Энергетическая ценность, ккал	1953,7	2287,4	2593,1

Диета №4В

Показания к назначению.

1. Острые воспалительные заболевания кишечника в период выздоровления как переход к общей диете.
2. Хронические заболевания кишечника, протекающие с поносами, в фазе ремиссии (вне обострения).
3. При сочетании вышеперечисленных заболеваний с поражением желудка, печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы.

Целевое назначение. Обеспечить полноценное питание, адекватное функциональному состоянию системы пищеварения, при хронических заболеваниях кишечника со склонностью к поносам в фазе ремиссии, а также при вовлечении в патологический процесс желудка, печени и желчевыводящих путей, поджелудочной железы. Обеспечить процесс восстановления нарушенных функций органов пищеварения в период выздоровления при острых заболеваниях кишечника.

Общая характеристика диеты. По химическому составу диета физиологически полноценная с нормальным содержанием белков, жиров, углеводов и ограничением поваренной соли до нижней границы физиологической нормы (8-10 г), с некоторым ограничением механических и химических раздражителей слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, с исключением продуктов и блюд, усиливающих процессы брожения и гниения в кишечнике, а также сильных стимуляторов желчеотделения, секреции желудка и поджелудочной железы, веществ, раздражающих печень.

Кулинарная обработка. Пища готовится в вареном виде, на пару, а также запекается в духовке, подается к столу преимущественно не размельченной.

Химический состав и калорийность диеты: белков 90 г, жиров 90 г, углеводов 350-400 г, калорийность 2800-3000 ккал. Количество свободной жидкости 1,5 л, поваренной соли 8-10 г. Режим питания 5-6 раз в день. Температура горячих блюд 55-60° С, холодных – не ниже 15° С.

Перечень рекомендуемых продуктов и блюд:

Хлеб и хлебобулочные изделия – хлеб пшеничный, вчерашний, сухой бисквит, сухое печенье типа «Мария»; 1-2 раза в неделю не более 3-4 булочек, хорошо пропеченных, но без добавления в тесто масла. Пирог с вареным мясом и яйцами, яб-

локами или ватрушки с творогом.

Супы – на слабом обезжиренном мясном или рыбном бульоне с различными крупами (кроме пшена), вермишелью, овощами (картофель, морковь, кабачки, тыква, цветная капуста). При хорошей переносимости разрешаются капуста белокочанная, зеленый горошек, молодая фасоль, свекла.

Мясные и рыбные блюда – нежирная и нежилистая говядина, кролик, индейка, курица, язык, нежирная ветчина, диетические сосиски. Рыба нежирная: судак, щука, лещ, навага, треска, карп. Мясо и рыба в протертом и рубленном виде, вареные, тушеные, паровые, запеченные. Два раза в неделю куском.

Яйца и яичные изделия – цельные яйца (не более 1 шт. в день) в составе блюд, белковые паровые омлеты, меренги, снежки. При хорошей переносимости – цельные яйца всмятку, паровые натуральные омлеты.

Молоко и молочные продукты – молоко в составе блюд, при хорошей переносимости, можно употреблять и в чистом виде; кисломолочные напитки: кефир, простокваша, ацидофилин, ацидофильное молоко, ряженка и т.д. однодневные (при хорошей переносимости); творог свежий натуральный, в виде творожной пасты, паровых и запеченных пудингов.

Овощи и зелень – картофель (в ограниченном количестве), морковь, свекла, тыква, кабачки, цветная капуста – отварные, запеченные, паровые, непротертые, в виде пюре. Листья салата и петрушки, помидоры в виде салата в натуральном виде. Молодую зелень мелконашинкованную в качестве добавки к блюдам.

Фрукты, ягоды, сладости – свежие зрелые фрукты и ягоды (кроме дынь, арбузов, абрикосов и слив) сырые, в натуральном виде, печеные. Сухие фрукты и ягоды. Спелые сорта яблок и груш не более 200 г в день. При хорошей переносимости – мандарины и апельсины. Мармелад, пастила, зефир, сахар.

Крупяные и макаронные изделия – различные рассыпчатые каши (кроме пшеничной и перловой) на воде, на мясном бульоне, с добавлением молока или третьей части 10% сливок, паровые и запеченные пудинги, котлеты (без панировки), плов, зразы, клецки, оладьи; отварная вермишель, мелко нарубленные макароны, молочная лапша в виде гарниров, запеканок, пудингов.

Жиры – масло сливочное (не жарить) добавлять в готовые

блюда, дается в натуральном виде к столу, не более 10 г на один прием.

Закуски – заливная рыба, язык, телятина, сыр неострый, черная икра, докторская колбаса, вымоченная сельдь, нежирная ветчина.

Соусы и пряности – соусы на овощном отваре, на мясном бульоне с использованием лаврового листа, укропа, листьев петрушки, корицы; соус молочный «бешамель» с добавлением небольшого количества сметаны; фруктовые соусы.

Напитки и соки – отвар шиповника, чай натуральный с молоком или сливками, кофе с молоком или сливками и черный кофе некрепкий; соки фруктовые, кроме виноградного, соки ягодные; соки овощные, кроме капустного, разведенные на 1/3 водой.

Запрещаются: черный хлеб; капуста, фасоль, горох, чечевица; грибы; жирные сорта мяса и рыбы; репа, редька, редис, щавель, шпинат, лук, чеснок; неразбавленные овощные соки; мясные, рыбные, овощные консервы; какао; мед.

Примерный среднесуточный набор продуктов диеты

Продукты	Количество (г, мл) для детей в возрасте (годы)		
	3-6	7-10	11-14
1	2	3	4
Крупы, макаронные изделия	80	90	100
Мука пшеничная	5	6	8
«-» картофельная	1	1	1
Молоко, кефир	350	370	400
Творог	25	30	35
Сметана	5	5	7
Сыр	5	5	7
Масло сливочное	35	40	45
Масло растительное	5	7	8
Яйцо, шт.	?	?	1
Мясо	150	160	170
Рыба	30	35	40
Сахар	60	65	70
Кондитерские изделия	20	25	30
Картофель	220	260	290
Овощи разные	75	90	110
Фрукты свежие	150	150	170
Фрукты сухие	10	10	15
Сок, фруктовое пюре	70	70	70

Хлеб пшеничный	150	200	250
Чай	0,6	0,6	0,6
Химический состав, г:			
белки	69,2	78,7	91,6
жиры	66,1	75,3	86,3
углеводы	269,2	315,1	361,1
Энергетическая ценность, ккал	1948,5	2252,9	2587,5
С учетом термической обработки, г:			
белки	66,0	75,1	87,6
жиры	62,4	71,3	81,7
углеводы	258,0	302,8	341,2
Энергетическая ценность, ккал	1857,6	2153,3	2450,5

Пищевые продукты и газообразование в кишечнике

1. «Нормогазообразующие» продукты питания
 - мясо, птица, рыба
 - овощи (например, салат, кабачки, брокколи, перец, цветная капуста, помидоры, спаргаус, цуккини, оливки)
 - фрукты (например, дыня, арбуз, ягоды)
 - продукты, содержащие, преимущественно, углеводы (например, рис, кукурузные хлопья, попкорн, крекеры из муки грубого помола)
 - орехи
 - разные продукты (например, яйца, горький шоколад, желатин, фруктовое мороженое)
2. «Умеренно газообразующие» продукты питания
 - кондитерские изделия
 - картофель
 - баклажаны
 - цитрусовые
 - яблоки
3. «Черезмерно газообразующие» продукты
 - молоко и молочные продукты
 - овощи (например, лук, фасоль, морковь, сельдерей, брюссельская капуста, проросшие зародыши пшеницы и др.)
 - фрукты (например, сухофрукты, изюм, виноград, бананы, абрикосы, сливовый сок и т.д.).

Влияние пищевых веществ на опорожнение кишечника

Способствуют опорожнению. Продукты, содержащие органические кислоты: кислое молоко, фруктовые соки, черный хлеб, кислые фрукты и др.; сахаристые вещества: различные сахара, мед, сиропы, сладкие блюда; блюда, богатые пова-

ренной солью; продукты, содержащие углекислоту (минеральные воды); жиры; продукты, богатые оболочками растительных клеток: овощи, блюда из овощей, гречневой, ячневой круп; продукты в холодном виде; белые вина (шампанское).

Задерживают опорожнение. Продукты, содержащие танин: черника, чай крепкий, какао, натуральные красные вина; пища в протертом виде; каши: манная и рисовая; слизистые супы; кисели; теплые и горячие блюда.

Индиферентные продукты. Мясо и рыба в рубленом виде, паровые блюда из них; черствый хорошо выпеченный пшеничный хлеб; изделия из детской муки; пресный творог.

Диета №5

Показания к назначению.

1. Хронические заболевания печени и желчевыводящих путей (холецистит, холангит, гепатит, цирроз печени и др.), не сопровождающиеся выраженными нарушениями функционального состояния желудочно-кишечного тракта.

2. Болезнь Боткина (острый вирусный гепатит) в фазе выздоровления.

Целевое назначение. Содействовать нормализации нарушенной функциональной способности печени и желчевыводящих путей, стимулировать желчеотделение и моторную деятельность кишечника.

Общая характеристика диеты. Пища полноценная по калорийности, с нормальным содержанием белков, но с некоторым ограничением жиров. В первую очередь ограничивают тугоплавкие жиры и углеводы и максимально азотистые экстрактивные вещества, продукты расщепления жира (альдегиды, акролеины), получающиеся при жарке; повышенное содержание белковых липотропных (улучшающих обмен жиров в организме) продуктов, витаминов группы В и аскорбиновой кислоты. Максимально уменьшают потребление продуктов, усиливающих бродильные процессы в кишечнике (цельное свежее молоко, сдобное тесто, консервы и т.д.). Увеличивают количество овощных и фруктовых блюд.

Кулинарная обработка. Пищу дают в отварном или запеченном виде, измельчение пищи не обязательно. Не допускается жаренье продуктов. Сливочное и растительное масло добавляют только в готовые блюда, а не в процессе кулинарной обработки. Температура пищи обычная, холодные напитки исклю-

чаются.

Химический состав и калорийность диеты: белков 90 г, жиров 90-100 г (с равным содержанием животных и растительных жиров), углеводов 350-400 г, калорийность 3000 ккал. Количество свободной жидкости 1,5 л. Содержание поваренной соли 10-12 г. Режим питания 4-5 раз в день.

Перечень рекомендуемых продуктов и блюд:

Хлеб и хлебобулочные изделия – хлеб серый, грубый, ржаной выпечки предыдущего дня, хлеб пшеничный из муки 2-го сорта; печенье несдобное, сахарное.

Супы – на овощном отваре или на молоке (овощи различные; крупы преимущественно гречневая и овсяная; макаронные изделия); фруктовые супы.

Мясные и рыбные блюда – нежирные сорта мяса и птицы (курицы) в отварном виде, запеченные с предварительным отвариванием, тушеные с удалением сока. Мясо и птицу готовят преимущественно куском, но допускаются и блюда из котлетной массы. Нежирные сорта рыбы (треска, судак, окунь, навага, щука и др.) в отварном или запеченном виде (после отваривания).

Яйца и яичные изделия – преимущественно белковый омлет в запеченном виде, изредка (не чаще 1 раза в неделю) 1 яйцо.

Молоко и молочные продукты – молоко, сметана в составе блюд; творог в натуральном, запеченном виде; сыры: советский, швейцарский, голландский; кисломолочные продукты: простокваша однодневная, кефир нежирный, ацидофильное молоко.

Овощи и зелень – капуста (при переносимости), картофель, морковь, свекла в сыром, в отварном и печеном виде. Лук добавляют после отваривания. Зеленый горошек.

Фрукты, ягоды, сладости – различные сорта спелых фруктов и ягод, кроме кислых фруктов в сыром (натуральном) и вареном виде. Разрешается лимон с сахаром; рекомендуется соевый шоколад, сахар.

Крупяные и макаронные изделия – различные крупы, макаронные изделия, соевый творог, соевая мука, изделия из соевой муки в отварном и запеченном виде (не жарить).

Жиры – масло сливочное, оливковое, соевое, рафинированное подсолнечное добавляют только в готовые блюда.

Закуски – вымоченная сельдь, рыба заливная (нежирные

сорта рыбы), сыры, творожная паста, колбаса докторская.

Соусы и пряности – пряности исключаются; рекомендуются молочные, сметанные, овощные соусы, фруктово-ягодные подливки (муку для соуса не обжаривать).

Напитки и соки – отвар шиповника, овощные, ягодные, фруктовые соки (некислые сорта фруктов и ягод), лучше разбавленные пополам с водой; чай с молоком или лимоном, некрепкий кофе с молоком или черным; компоты из сухофруктов.

Запрещаются: грибы, горох, фасоль, чечевица, бобы, щавель, шпинат; жареные продукты и блюда; редька, редис; перец и все пряности, уксус; какао; чеснок, лук (кроме вываренного), соленые огурцы; экстрактивные вещества (отвары), крепкие бульоны рыбы, мяса, грибов (кроме шампиньонов); мозги, яичные желтки, внутренние органы; кислые, горькие, острые сорта фруктов и овощей; мясные, рыбные и овощные консервы; холодные, газированные напитки.

Примерный среднесуточный набор продуктов диеты

Продукты	Количество (г, мл) для детей в возрасте (годы)			
	1-2	3-6	7-10	11-14
1	2	3	4	5
Крупы	35	45	55	65
Макаронные изделия	15	20	25	30
Мука пшеничная	5	15	25	25
« - » картофельная	1	1	2	2
Молоко	650	650	700	700
Творог	25	30	35	35
Сметана	10	10	15	15
Сыр	5	5	5	10
Масло сливочное	20	30	35	40
Масло растительное	5	10	10	15
Яйцо, шт.	1/2	1	1	1
Мясо, птица	110	130	150	160
Рыба	30	40	50	60
Сахар	45	70	75	80
Кондитерские изделия	10	10	15	20
Картофель	145	200	250	300
Овощи разные	190	250	300	350
Фрукты свежие	100	150	200	250
Фрукты сухие	10	10	15	20
Хлеб пшеничный	80	150	220	300
Чай	0,3	0,4	0,4	0,4
Кофейный напиток	3	3	3	3

1	2	3	4	5
Какао	-	1	1	1
Дрожжи	-	0,5	0,5	0,5
Химический состав, г:				
– белки	62,9	79,0	95,1	108,5
– жиры	69,7	90,8	103,9	119,1
– углеводы	200,2	299,1	372,1	445,1
Энергетическая ценность, ккал	1680,0	2308,7	2809,9	3298,7
Дрожжи	-	0,5	0,5	0,5
Химический состав, г:				
– белки	62,9	79,0	95,1	108,5
– жиры	69,7	90,8	103,9	119,1
– углеводы	200,2	299,1	372,1	445,1
Энергетическая ценность, ккал	1680,0	2308,7	2809,9	3298,7
С учетом термической обработки, г:				
– белки	59,5	74,3	89,4	102,0
– жиры	61,6	79,9	91,4	104,8
– углеводы	185,8	272,2	338,6	405,1
Энергетическая ценность, ккал	1533,0	2077,8	2528,9	2968,8

Диета №5П

Показания к назначению. Хронический панкреатит различного происхождения в фазе обострения.

Целевое назначение. Нормализация функциональной способности поджелудочной железы; обеспечить максимальное щажение деятельности органов пищеварения, уменьшить рефлекторную возбудимость желчного пузыря.

Общая характеристика диеты. Физиологически полноценная диета с нормальным содержанием белков, жиров, углеводов. В диете предусматривается максимальное ограничение продуктов, усиливающих желудочное кислотообразование, холестериносодержащих веществ, тугоплавких жиров. Исключаются жареные блюда, продукты, вызывающие брожение и вздутие кишечника (бобовые, капуста, газированные напитки).

Кулинарная обработка. Все блюда готовятся в паровом, протертом и измельченном виде.

Химический состав и калорийность диеты: белков 90-100 г (из них 60-70% белков животного происхождения), жиров 80 г (из них 80-85% жиров животного происхождения), углеводов 300 г. Калорийность 2200-2500 ккал. Несколько повышенное содержание витаминов группы В, А, никотиновой и аскорбиновой кислоты. Температура пищи обычная. Холодные

блюда не разрешаются. Количество приемов пищи – 6 раз в день.

Перечень рекомендуемых продуктов и блюд:

Хлеб и хлебобулочные изделия – хлеб пшеничный 1-го сорта выпечки предыдущего дня или подсушенный, а также в виде сухарей.

Супы – вегетарианские овощные (овощи любые, кроме белокочанной капусты), крупяные (манная, овсяная, гречневая крупы), с вермишелью, толокном; крем-пюре, молочный суп.

Мясные и рыбные блюда – мясо нежирных сортов (говядина, телятина, курица, кролик, индейка, голуби), свободное от сухожилий и жира, в отварном или паровом виде, протертое (кнели, фрикадельки, пюре, суфле, рулет и др.). Различные нежирные сорта рыбы (треска, судак, щука) в отварном, паровом, протертом виде.

Яйца и яичные изделия – белковый омлет в запеченном виде.

Молоко и молочные продукты – молоко, разбавленное 1:1 водой, в составе блюд (каши, суп, пюре и др.), кефир обезжиренный, простокваша из снятого молока; творог пониженной кислотности обезжиренный (лучше приготовленный в домашних условиях).

Овощи и зелень – неволокнистые овощи (морковь, картофель, свекла, тыква, кабачки и др.) в вареном виде, пюре; укроп, петрушка измельченные в качестве добавок к блюдам.

Фрукты, ягоды, сладости – яблоки спелые, некислые, в запеченном, тертом виде, натуральные, без кожуры; сухофрукты.

Крупяные и макаронные изделия – крупы (гречневая, овсяная, манная, рис) в виде пюре, суфле, каш, пудингов, вареные на пару или в воде, протертые; макароны мелкорубленные, домашняя лапша, вермишель.

Жиры – масло сливочное, растительное (оливковое, рафинированное подсолнечное) добавлять в блюда для вкуса.

Закуски – колбаса докторская.

Соусы и пряности – соусы молочные, сладкие (мука не пассируется), фруктово-ягодные подливки.

Напитки и соки – чай некрепкий, полусладкий, можно с молоком; отвар шиповника полусладкий; овощные соки, разбавленные водой 1:1; компоты из сухофруктов, из свежих яблок.

Запрещаются: жирное мясо, внутренности животных, бульоны мясные, рыбные; выпечные изделия; цельное молоко; капуста, репа, редис, бобовые (бобы, чечевица, горох и др.), лук; грибы; кислые, очень сладкие и горькие сорта фруктов; специи; рыбные, овощные и мясные консервы; газированные напитки; холодные блюда.

Диета №15

Показания к назначению: общая диета для детей от 1 года до 14 лет при различных заболеваниях с момента поступления, когда отсутствует необходимость специального лечебного питания, а также на этапе реконвалесценции по окончании пребывания на диетическом рационе.

Целевое назначение: обеспечение возрастных физиологических потребностей ребенка в основных пищевых ингредиентах и энергии.

Общая характеристика диеты. Диета полноценная, физиологическая, представлена широким ассортиментом блюд из разнообразных мясных, рыбных, молочных продуктов, круп, овощей и фруктов, хлебобулочных изделий. Замена недостающих продуктов в меню проводится только равноценными по химическому составу продуктами по таблице замены продуктов.

Кулинарная обработка. Любая, обычная, с учетом возраста.

Режим питания: прием пищи 4-5 раз в день.

Перечень рекомендуемых продуктов и блюд:

Хлеб и хлебобулочные изделия – хлеб пшеничный и ржаной, выпечка, различные мучные изделия.

Супы – борщи, щи, свекольник, рассольник, овощные и крупяные супы на мясном и рыбном бульоне, отварах из овощей; молочные; фруктовые.

Мясные и рыбные блюда – нежирные сорта мяса, птицы, рыбы; мясные и рыбные блюда различного кулинарного приготовления; сосиски, сардельки, вареные колбасы.

Яйца и яичные изделия – яйца в отварном виде, омлеты, в составе различных блюд.

Молоко и молочные продукты – молоко и молочные продукты в натуральном виде и в блюдах; обязательное включение кисломолочных напитков.

Овощи и зелень – различные овощи в сыром виде и после кулинарной обработки; различная огородная зелень.

Фрукты, ягоды, сладости – любые фрукты и ягоды в сыром виде и после тепловой обработки; сахар, мед, варенье, джемы; фруктовые и ягодные соки; кондитерские изделия.

Крупяные и макаронные изделия – разнообразные блюда из различных круп, бобовых и макаронных изделий.

Жиры – масло сливочное, коровье топленое, растительное масло, ограниченно – маргарины; исключают тугоплавкие животные жиры (говяжий, бараний, свиной).

Закуски – салаты из свежих овощей и фруктов, винегреты с растительным маслом; овощная икра; морепродукты; диетическая колбаса; нежирная ветчина.

Соусы и приправы – сметанные, молочные, томатные, на овощном отваре, мясном, рыбном бульоне; фруктовые подливки; лавровый лист, ванилин, корица, гвоздика, лимонная кислота.

Напитки и соки – чай, кофейный напиток, какао с молоком; фруктовые и овощные соки; отвары шиповника и пшеничных отрубей.

Примерный среднесуточный набор продуктов диеты

Продукты	Количество (г, мл) для детей в возрасте (годы)			
	1-3	4-6	7-10	11-14
1	2	3	4	5
Крупы, макаронные изделия	50	65	80	95
Мука пшеничная	5	15	25	25
« - » картофельная	1	1	2	2
Молоко, кефир	500	450	500	500
Творог	25	30	35	35
Сметана	10	10	15	15
Сыр	5	5	5	10
Масло сливочное	20	30	35	40
Масло растительное	5	10	10	15
Яйцо, шт.	0,5	1	1	1
Мясо, птица	110	130	150	160
Рыба	30	40	50	60
Сахар	45	70	75	80
Кондитерские изделия	10	10	15	20
Картофель	145	200	250	300
Овощи разные	190	250	300	350
Томат-паста	1	2	3	4

1	2	3	4	5
Фрукты свежие	100	150	200	250
Фрукты сухие	10	10	15	20
Сок фруктовый	150	200	200	200
Хлеб пшеничный	65	100	150	200
« - » ржаной	15	50	70	100
Чай	0,2	0,4	0,4	0,4
Кофейный напиток	3	3	3	3
Какао	-	1	1	1
Дрожжи	-	0,5	0,5	0,5
Химический состав, г:				
– белки	57,0	74,2	88,5	101,9
– жиры	60,9	81,0	90,6	106,3
– углеводы	204,6	296,8	428,4	445,7
Энергетическая ценность, ккал	1629,2	2218,0	2668,7	3169,5
С учетом термической обработки, г:				
– белки	53,6	69,8	83,2	95,8
– жиры	53,6	71,3	79,7	93,6
– углеводы	186,0	270,1	389,9	405,5
Энергетическая ценность, ккал	1466,0	1997,0	2401,8	2851,6

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ПО РАЗДЕЛУ «ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»

1. К щелочным минеральным водам относятся следующие:

- 1) Боржоми
- 2) Смирновская
- 3) Эссентуки-4
- 4) Минская-3
- 5) Джермук

2. Лечебная программа при хроническом аутоиммунном гастрите включает следующее:

- 1) лечебное питание
- 2) коррекцию нарушений желудочной секреции путем назначения цитостатических препаратов
- 3) коррекцию моторных нарушений
- 4) стимуляцию репаративных и регенераторных процессов в слизистой оболочке желудка
- 5) физиотерапию

3. Методы диагностики Helicobacter pylori следующие:

- 1) гистологический
- 2) рН-метрия
- 3) биохимический (уреазный) тест
- 4) полимеразная цепная реакция
- 5) фракционное исследование желудочного сока
- 6) водородный дыхательный тест

4. Лечение ГЭРБ включает следующие мероприятия:

- 1) изменение образа жизни
- 2) лечение блокаторами протонной помпы
- 3) лечение прокинетиками
- 4) лечение антидиарейными средствами
- 5) лечение антибактериальными препаратами
- 6) лечебное питание

5. При локализации болей в правом подреберье необходимо исключить следующие заболевания:

- 1) дискинезию желчевыводящих путей
- 2) пневмонию правостороннюю нижнедолевую
- 3) аднексит
- 4) холецистит

6. Защитные факторы желудка - это:

- 1) продукция слизи
- 2) гиперплазия фундального отдела слизистой оболочки
- 3) активная регенерация
- 4) гиперпродукция гастрина
- 5) достаточное кровоснабжение
- 6) антродуоденальный кислотный тормоз

7. Псевдодиабетическая триада при хроническом панкреатите проявляется:

- 1) усиленным аппетитом
- 2) исхуданием
- 3) полиурией без глюкозурии
- 4) полиурией с глюкозурией
- 5) аминоацидурией

8. При воспалительных заболеваниях поджелудочной железы болезненность локализуется в следующих точках:

- 1) Мейо-Робсона
- 2) Кера
- 3) Кача
- 4) Де-Жардена
- 5) Мак-Бурнея

9. Поджелудочная железа выделяет следующие ферменты:

- 1) соляную кислоту
- 2) амилазу
- 3) пепсин
- 4) трипсиноген
- 5) энтерокиназу
- 6) липазу

10. Для коррекции внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите применяются следующие ферментные препараты:

- 1) креон
- 2) мезим-форте
- 3) пепсин
- 4) абомин
- 5) солизим
- 6) панцитрат

11. Контроль эрадикации *Helicobacter pylori* у больных язвенной болезнью проводится через:

- 1) 6–8 месяцев
- 2) 1,5–2 месяца
- 3) 1 месяц
- 4) сразу после лечения
- 5) проводить не надо

12. Холеретики - это:

- 1) оксафенамид
- 2) сульфат магния
- 3) аллохол
- 4) холензим

13. Для гипертонической формы дискинезии желчевыводящих путей характерно следующее:

- 1) постоянные боли в правом подреберье
- 2) приступообразная боль в правом подреберье
- 3) усиление боли после физической нагрузки
- 4) склонность к запорам
- 5) боли в поясничной области

14. Раздражителем желудочной секреции при проведении фракционного зондирования является:

- 1) физиологический раствор
- 2) гистамин
- 3) пентагастрин
- 4) сульфат магния
- 5) 1% раствор соляной кислоты

15. Методы определения внешнесекреторной функции поджелудочной железы:

- 1) исследование активности ферментов в дуоденальном содержимом, после стимуляции разведенной соляной кислотой
- 2) определение эластазы в кале
- 3) УЗИ-исследование
- 4) копрограмма
- 5) липидограмма кала
- 6) секретинный или панкреозиминный тест

16. К методам физиотерапевтического лечения больных с гипотонической формой дискинезии желчевыводящих путей относят все, кроме:

- 1) индуктотермии на область печени
- 2) электрофореза с $MgSO_4$ на правое подреберье
- 3) фарадизации
- 4) парафинотерапии
- 5) электросна

17. В развитии неспецифического язвенного колита ведущая роль принадлежит:

- 1) вирусной инфекции
- 2) бактериальной инфекции
- 3) аутоиммунным реакциям
- 4) гельминтозам

18. Наличие крови в испражнениях требует исключения следующих заболеваний:

- 1) неспецифического язвенного колита
- 2) болезни Крона
- 3) язвенной болезни 12-перстной кишки
- 4) хронического гастрита
- 5) хронического панкреатита
- 6) полипоза кишечника
- 7) трещина прямой кишки

19. Какие варианты функциональной диспепсии Вам известны:

- 1) язвенноподобный
- 2) дискинетический
- 3) неспецифический
- 4) смешанный

20. Для функциональной диспепсии не характерны:

- 1) пробуждение от болей ночью
- 2) боли в эпигастрии
- 3) анорексия или рвота
- 4) запоры или поносы
- 5) ощущение дискомфорта в верхней части живота
- 6) задержка роста

21. Для язвенно-подобного варианта функциональной диспепсии верно следующее:

- 1) исчезновение боли после приема антацидов
- 2) тошнота
- 3) боли после еды
- 4) локализация болей в подложечной области
- 5) голодные боли

22. Для дискинетического варианта функциональной диспепсии верно следующее:

- 1) голодные боли
- 2) ночные боли
- 3) ощущение дискомфорта, усиливающееся после еды
- 4) ощущение вздутия в верхней половине живота

23. Ведущим фактором патогенеза гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является:

- 1) нарушение функционального состояния нижнего пищеводного сфинктера
- 2) угнетение пищевода клиренса
- 3) замедление опорожнения желудка
- 4) наличие *Helicobacter pylori*

24. Клинические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни:

- 1) изжога
- 2) дисфагия
- 3) ощущение кома в горле при глотании
- 4) рвота
- 5) вздутие живота
- 6) слабость

25. Для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни применяют следующие методы исследования:

- 1) фракционное исследование желудочного сока
- 2) внутрижелудочная рН-метрия
- 3) эзофагоскопия
- 4) внутрипищеводная рН-метрия
- 5) колоноскопия
- 6) ректороманоскопия

26. Циметидин имеет следующие побочные эффекты:

- 1) гиперпролактинемия
- 2) синдром «рикошета»
- 3) нарушение функции почек
- 4) гиперкальциемия
- 5) повышение АД

27. Пищевод Баррета является осложнением:

- 1) эзофагита
- 2) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- 3) язвенной болезни
- 4) хронического гастрита
- 5) хронического холецистита

28. Лечебная программа при неспецифическом язвенном колите включает:

- 1) лечебное питание
- 2) лечение препаратами 5-аминосалициловой кислоты
- 3) лечение противохеликобактерными препаратами
- 4) лечение мочегонными препаратами
- 5) локальную терапию проктосигмоидита

29. Критерии Мэннинга для синдрома раздраженного кишечника включают следующие положения:

- 1) учащение стула, возникающее с началом синдрома боли
- 2) боли в эпигастральной области, усиливающиеся после приема пищи
- 3) боль внизу живота, проходящая после дефекации
- 4) выделение слизи с калом

30. Синдром раздраженной кишки (СРК) - это:

- 1) органическое поражение кишечника
- 2) функциональное расстройство кишечника

31. Стол №1 по Певзнеру рекомендуется при лечении больных с:

- 1) хроническим колитом
- 2) хроническим гастритом с повышенной кислотообразующей функцией желудка
- 3) хроническим холециститом
- 4) язвенной болезнью 12-перстной кишки
- 5) хроническим гастритом со сниженной кислотообразующей функцией желудка

32. К препаратам, обладающим противохеликобактерными свойствами, относятся следующие:

- 1) де-нол
- 2) метронидазол
- 3) ликвиритон
- 4) гастрофарм
- 5) амоксикар

33. Синдром нарушенного пищеварения при хроническом панкреатите проявляется:

- 1) потерей массы тела
- 2) избыточной массой тела
- 3) стеатореей
- 4) креатореей
- 5) амилареей
- 6) полиурией
- 7) полифекалией

34. Ингибиторы протеолитических ферментов не используют в лечении больных со следующими заболеваниями:

- 1) хронический гастродуоденит
- 2) хронический панкреатит
- 3) ДЖВП
- 4) СРК
- 5) язвенная болезнь

35. Длительность лечения больных с неспецифическим язвенным колитом производными салазопиридазина при легком течении составляет:

- 1) не менее 1 года
- 2) 2-4 месяца
- 3) 12 месяцев
- 4) 1 месяц
- 5) 3 недели

36. При лечении больных неспецифическим язвенным колитом отдается предпочтение применению:

- 1) производных салазопиридазина
- 2) производных 5-аминосалициловой кислоты

37. Критерии тяжелого течения неспецифического язвенного колита следующие:

- 1) диарея более 6 раз в сутки
- 2) температура тела выше 37,5° С
- 3) диарея более 4 раз в сутки
- 4) повышение СОЭ более 30 мм/час
- 5) гемоглобин менее 75 г/л

38. Болезнь Крона необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями:

- 1) неспецифический язвенный колит
- 2) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- 3) хронический колит
- 4) язвенная болезнь
- 5) хронический холецистит

39. Для болевого синдрома при хроническом холецистите характерно следующее:

- 1) локализуются в правом подреберье
- 2) иррадиируют в левую руку
- 3) иррадиируют в правое плечо
- 4) провоцируются физической нагрузкой
- 5) сопровождается диспептическим синдромом

40. Клинические проявления неспецифического язвенного колита все, кроме:

- 1) гемоколит
- 2) значительная потеря массы
- 3) анемия
- 4) боли в животе натошак
- 5) диарея

41. Методом диагностики неспецифического язвенного колита на начальном этапе является:

- 1) колонофиброскопия
- 2) ректороманоскопия
- 3) ирригография
- 4) исследование кала на скрытую кровь

42. Для неспецифического язвенного колита характерны следующие осложнения:

- 1) перфорация прямой кишки
- 2) стриктура прямой кишки
- 3) профузные кишечные кровотечения
- 4) желудочное кровотечение
- 5) токсическая дилатация толстого кишечника

43. Медикаментозное лечение рефлюкс-эзофагита включает следующее:

- 1) антацидные препараты
- 2) десенсибилизирующие препараты
- 3) блокаторы протонной помпы
- 4) прокинетики
- 5) желчегонные препараты
- 6) H₂-гистаминоблокаторы

44. Легкая степень тяжести неспецифического язвенного колита характеризуется следующим:

- 1) наличием прожилок крови в стуле
- 2) диареей до 4-х раз в сутки
- 3) метеоризмом
- 4) непостоянным субфебрилитетом
- 5) выраженными деструктивными изменениями слизистой оболочки кишечника

45. Для среднетяжелой степени неспецифического язвенного колита верно следующее:

- 1) диарея 4-6 раз в сутки
- 2) температура 37–37,5° С
- 3) наличие поверхностных язв, эрозий на слизистой оболочке
- 4) уровень гемоглобина в крови 130 г/л

46. При проведении дуоденального зондирования в качестве стимулятора не используют:

- 1) пентагастрин
- 2) капустный отвар
- 3) сульфат магния
- 4) кофеин
- 5) аскорбиновую кислоту

47. Нижний край печени по правой среднеключичной линии не пальпируется с:

- 1) 5 лет
- 2) 8 лет
- 3) 7 лет
- 4) 10 лет
- 5) 9 лет

48. Оптимальная частота приема пищи при язвенной болезни:

- 1) 4 раза в день
- 2) 4-5 раз в день
- 3) 7 раз в день
- 4) свободный режим питания
- 5) ничего из перечисленного

49. При лечении больных с язвенной болезнью используют следующие препараты, обладающие репаративными свойствами:

- 1) актовегин
- 2) венгер
- 3) солкосерил
- 4) гастрофарм
- 5) галаскорбин

50. Причины первичного панкреатита у детей следующие:

- 1) эпидемический паротит
- 2) тупая травма живота
- 3) бактериальные инфекции
- 4) гиперкальциемия
- 5) дуоденостаз

51. Вторичный панкреатит обусловлен следующими причинами:

- 1) гастродуоденит
- 2) недостаточность сфинктера Одди
- 3) хронический холецистит
- 4) дискинезия желудочно-кишечного тракта
- 5) эпидемический паротит

52. Болевой синдром при панкреатите характеризуется всем, кроме:

- 1) иррадиации болей в спину, левую лопатку
- 2) ослабления болей в положении на спине
- 3) усиления болей при наклоне вперед
- 4) усиления болей в положении на боку с поджатыми к животу ногами
- 5) иррадиации болей в правое подреберье

53. Эхограмма поджелудочной железы при хроническом панкреатите характеризуется:

- 1) диффузным увеличением поджелудочной железы
- 2) локальным увеличением поджелудочной железы
- 3) неровностью контуров поджелудочной железы
- 4) усилением эхогенности поджелудочной железы
- 5) отсутствием изменений
- 6) расширением Вирсунгова протока

54. Для гипертонического типа дискинезии желчевыводящих путей не характерно:

- 1) увеличение фазы закрытого сфинктера Одди
- 2) ускорение опорожнения желчного пузыря
- 3) замедление опорожнения желчного пузыря
- 4) отсутствие фазы закрытого сфинктера Одди
- 5) увеличение количества желчи в порции В

55. Фаза закрытого сфинктера Одди в течение 25 минут свидетельствует о:

- 1) гиперкинетическом типе дискинезии желчевыводящих путей
- 2) гепатите
- 3) гипотоническом типе дискинезии желчевыводящих путей
- 4) гипокинетическом типе дискинезии желчевыводящих путей
- 5) гипертоническом типе дискинезии желчевыводящих путей

56. Для развития эзофагита наиболее значимым фактором является:

- 1) желудочная гиперсекреция
- 2) злоупотребление острой пищей
- 3) отягощенная наследственность
- 4) гастроэзофагеальный рефлюкс
- 5) эмоциональный стресс

57. При назначении питания больным детям рефлюкс-эзофагитом предусматривается следующее:

- 1) дробное питание до 7 раз в сутки
- 2) малые разовые порции пищи
- 3) употребление молочно-растительных продуктов
- 4) исключение горячей, острой и кислой пищи
- 5) ограничение молочно-растительных продуктов

58. Выберите из числа предлагаемых препараты, ослабляющие гастроэзофагеальный рефлюкс:

- 1) но-шпа
- 2) метоклопрамид
- 3) мотилиум (домперидон)
- 4) анестезин
- 5) папаверин

59. Факторами агрессии в патогенезе язвенной болезни являются:

- 1) желчные кислоты
- 2) *Helicobacter pylori*
- 3) гиперпродукция соляной кислоты и пепсина
- 4) гастродуоденальная дисмоторика
- 5) активная регенерация слизистой

60. Копрологический синдром при недостаточной функции поджелудочной железы включает наличие:

- 1) неизмененных мышечных волокон
- 2) крахмала
- 3) жирных кислот
- 4) нейтрального жира
- 5) соединительной ткани

61. Боли в эпигастральной области могут быть при следующих заболеваниях:

- 1) хроническом гастрите
- 2) дискинезии желчевыводящих путей
- 3) хроническом гастродуодените
- 4) язвенной болезни
- 5) хроническом колите
- 6) функциональной диспепсии

62. Для уточнения характера патологического процесса в желудке необходимо проведение следующих исследований:

- 1) эндоскопии желудка
- 2) внутрижелудочной рН-метрии
- 3) фракционного исследования желудочного сока
- 4) биопсии слизистой оболочки желудка с морфологическим исследованием
- 5) УЗИ органов брюшной полости

63. Ведущим этиологическим фактором при язвенной болезни является:

- 1) психоэмоциональный стресс
- 2) хеликобактериоз
- 3) непереносимость коровьего молока
- 4) снижение естественной резистентности слизистой оболочки
- 5) повышение агрессивности кислотно-пептического фактора

64. Прямыми рентгенологическими признаками язвенной болезни являются:

- 1) гиперсекреция
- 2) усиленная моторика 12-перстной кишки
- 3) ускоренная эвакуация бариевой массы из желудка
- 4) язвенная «ниша»

65. Для клиники хронического рецидивирующего панкреатита характерны следующие синдромы:

- 1) внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы
- 2) холестаза
- 3) «уклонения» панкреатических ферментов
- 4) мальабсорбции
- 5) болевой абдоминальный синдром

66. При заболеваниях дистального отдела пищевода характерна иррадиация болей в:

- 1) область сердца
- 2) правое подреберье
- 3) спину
- 4) левое подреберье
- 5) поясницу

67. Вторичные дискинезии желчевыводящих путей обусловлены следующими заболеваниями:

- 1) хронические заболевания желудка и 12-перстной кишки
- 2) пищевая аллергия
- 3) глистная инвазия
- 4) лямблиоз

68. Для гипертонического типа дискинезии желчных путей характерны следующие признаки:

- 1) боли в правом подреберье через 20-30 минут после еды
- 2) ноющие и голодные боли
- 3) увеличение печени
- 4) удлинение фазы закрытого сфинктера Одди при дуоденальном зондировании более 10 минут

69. Уменьшение поперечника желчного пузыря в 2 раза после приема желчегонного завтрака свидетельствует:

- 1) об ускоренном опорожнении
 - 2) о замедленном опорожнении
 - 3) о нормальном опорожнении
 - 4) об «отключенном» желчном пузыре
70. Тюбажи по Демьянову дают положительный эффект при:
- 1) гиперкинетической дискинезии желчевыводящих путей
 - 2) гипокинетической дискинезии желчевыводящих путей

71. Какие показатели разницы рН антрального отдела и тела желудка говорят о компенсированном желудке у детей школьного возраста:

- 1) рН больше 4
- 2) рН равен 2-4
- 3) рН меньше 2

72. При каких показателях рН желудка отмечается наибольшая активность протеолитических ферментов:

- 1) 1,5–2,0
- 2) 2,0–3,0
- 3) 4,0–5,0
- 4) 6,0–7,0

73. Длина пищевода у ребенка в 10 лет:

- 1) 8–10 см
- 2) 12–13 см
- 3) 16 см
- 4) 19 см
- 5) 18 см

74. Физиологическая емкость желудка ребенка 12 лет составляет:

- 1) 1300–1500 мл
- 2) 800–900 мл
- 3) 1000–1100 мл
- 4) 2000–2500 мл

75. Какие из перечисленных лекарственных препаратов способствуют развитию лекарственного эзофагита:

- 1) доксициклин
- 2) тетрациклин
- 3) аспирин
- 4) индометацин
- 5) мезим-форте
- 6) папаверин

76. К защитным факторам пищевода относятся следующие:

- 1) антирефлюксная функция нижнего пищеводного сфинктера
- 2) жирная, жареная, острая пища
- 3) диафрагмальная грыжа
- 4) пищеводный клиренс
- 5) резистентность слизистой оболочки пищевода
- 6) своевременное удаление желудочного содержимого

77. Перечислите факторы, способствующие развитию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни:

- 1) повышение внутрижелудочного и интраабдоминального давления
- 2) препараты, содержащие кофеин, спазмолитики
- 3) диафрагмальная грыжа
- 4) гастроэзофагеальный рефлюкс

78. Перечислите экстраэзофагеальные симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни:

- 1) симптом бронхиальной обструкции
- 2) диплопия
- 3) кариес зубов
- 4) боль за грудиной
- 5) анемический синдром

79. У здоровых детей рН среды пищевода:

- 1) 10–11
- 2) 6,5–7,5
- 3) 2–3
- 4) 1–2
- 5) 3–4

80. Локализация болей в околопупочной области характерна для следующих заболеваний:

- 1) глистные и паразитарные инвазии
- 2) мезентеральный лимфаденит
- 3) абдоминальная форма эпилепсии
- 4) эзофагит
- 5) хронический гастрит

81. Предрасполагающими экзогенными факторами в развитии хронического гастрита являются:

- 1) нерегулярное нерациональное питание
- 2) прием НПВС
- 3) стресс
- 4) пищевые аллергены
- 5) вегетативная дисфункция
- 6) вредные привычки

82. Для хронического гастрита, ассоциированного с Helicobacter pylori, характерно следующее:

- 1) боли в животе через 1,5-2 часа после еды
- 2) голодные боли
- 3) сниженная кислотообразующая функция желудка
- 4) астеновегетативный синдром
- 5) диспептический синдром

83. Перечислите особые (редкие) формы гастрита:

- 1) лимфоцитарный
- 2) ассоциированный с Helicobacter pylori
- 3) эозинофильный
- 4) гранулематозный
- 5) аутоиммунный
- 6) болезнь Менетрие

84. Для умеренной степени обсемененности хеликобактериями верно следующее:

- 1) насчитывается до 20 микробных тел в поле зрения
- 2) 20–40 микробных тел в поле зрения
- 3) 40 микробных тел в поле зрения

85. Для аутоиммунного хронического гастрита характерно следующее:

- 1) слабо выраженный болевой синдром
- 2) склонность к послаблению стула
- 3) сниженная желудочная секреция
- 4) нормальный уровень гастрина в крови
- 5) преимущественное поражение фундального отдела
- 6) сочетание с другими аутоиммунными заболеваниями

86. Для хронического гастрита с повышенной кислотообразующей функцией желудка характерны следующие симптомы:

- 1) голодная боль
- 2) изжога
- 3) запоры
- 4) неустойчивый стул
- 5) отрыжка тухлым

87. Основные клинические проявления гипертрофического гастрита (Менетрие):

- 1) тошнота, рвота
- 2) нормальная масса тела
- 3) гипопротеинемия
- 4) отеки
- 5) диарея
- 6) боли в эпигастрии

88. У больных с язвенной болезнью отмечаются следующие признаки вегетативной дисфункции:

- 1) холодные, влажные конечности
- 2) склонность к артериальной гипертензии
- 3) склонность к артериальной гипотензии
- 4) тенденция к брадикардии
- 5) разлитой, стойкий, красный дермографизм

89. Особенности клинической картины язвенной болезни 12-перстной кишки следующие:

- 1) чаще встречается в подростковом возрасте
- 2) чаще болеют мальчики
- 3) характерна сезонность обострений
- 4) боли бывают ночные, поздние, ранние утренние
- 5) наследственный характер

90. Особенности течения язвенной болезни в подростковом возрасте:

- 1) латентное течение
- 2) язва, как правило, локализуется в 12-перстной кишке
- 3) резко повышенная кислотообразующая функция желудка
- 4) часто развиваются осложнения
- 5) быстрое заживание язвенного дефекта

91. План обследования больного с неосложненной язвенной болезнью включает следующее:

- 1) общий анализ крови
- 2) проведение колоноскопии
- 3) исследование секреторной функции желудка
- 4) проведение ФЭГДС с исследованием на *Helicobacter pylori*
- 5) исследование кала на скрытую кровь

92. Желудочно-кишечное кровотечение можно заподозрить по следующим симптомам:

- 1) кровавая рвота
- 2) дегтеобразный стул
- 3) бледность кожных покровов
- 4) олигурия
- 5) высокое артериальное давление
- 6) в общем анализе крови низкие цифры гемоглобина и эритроцитов

93. Пенетрация язвы сопровождается следующими симптомами:

- 1) кровавой рвотой
- 2) усилением интенсивности болей
- 3) улучшением общего состояния больного
- 4) повышением температуры до субфебрильных цифр
- 5) отсутствием изменений в общем анализе крови

94. Для стеноза привратника и 12-перстной кишки характерны следующие симптомы:

- 1) похудание
- 2) отрыжка тухлым
- 3) обильная рвота пищей, съеденной накануне
- 4) хорошее физическое развитие
- 5) повышение аппетита

95. Укажите симптомы, не характерные для СРК:

- 1) общий и биохимический анализ крови без отклонений от нормы
- 2) копрологический синдром характеризуется стеатореей, амилареей
- 3) наличие анемии различной степени выраженности в общем анализе крови
- 4) при эндоскопическом исследовании толстого кишечника выявляются множественные язвы, эрозии, контактная кровоточивость
- 5) выраженные невротические проявления

96. Программа обследования больного с СРК включает следующее:

- 1) проведение туберкулиновой пробы
- 2) общий анализ крови, мочи
- 3) анализ кала на наличие простейших паразитов
- 4) исследование кала на дисбактериоз
- 5) рентгенографию органов грудной клетки

97. Лечебная программа хронического гастрита, ассоциированного с *Helicobacter pylori*, включает следующее:

- 1) этиологическое лечение (устранение хеликобактерной инфекции)
- 2) лечебное питание
- 3) коррекцию желудочной секреции назначением препаратов, стимулирующих кислотообразующую функцию желудка
- 4) коррекцию моторных нарушений желудка
- 5) фитотерапию, физиолечение

98. В детском возрасте чаще встречается:

- 1) язвенная болезнь желудка
- 2) язвенная болезнь 12-перстной кишки
- 3) двойная локализация язвы

99. Терапия хронического холецистита включает следующее:

- 1) лечебный режим, лечебное питание
- 2) нормализацию функции вегетативной нервной системы
- 3) антибактериальную терапию в период обострения
- 4) заместительную терапию ферментами препаратами
- 5) назначение препаратов, улучшающих регенерацию СОЖ
- 6) рациональное применение желчегонных средств

100. Выберите правильную схему лечения ГЭРБ III-IV степени:

- 1) прокинетики + антациды в течение 2 недель
- 2) прокинетики + блокаторы протонной помпы в течение 4-6 недель
- 3) прокинетики + H₂-гистаминоблокаторы в течение 2-4 недель
- 4) антациды в течение 1 месяца
- 5) блокаторы протонной помпы или H₂-гистаминоблокаторы в течение 6 месяцев

**ОТВЕТЫ К ПРОГРАММИРОВАННОМУ
КОНТРОЛЮ ПО РАЗДЕЛУ
«ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»**

1.	1, 2, 5	35.	2	69.	3
2.	1, 3, 4, 5	36.	2	70.	2
3.	1, 3, 4, 6	37.	1, 2, 4, 5	71.	1
4.	1, 2, 3, 6	38.	1, 3	72.	1
5.	1, 2, 4	39.	1, 3, 4, 5	73.	5
6.	1, 3, 5, 6	40.	4	74.	1
7.	1, 2, 3	41.	2	75.	1, 2, 3, 4
8.	1, 3, 4	42.	1, 2, 3, 5	76.	1, 4, 5, 6
9.	2, 4, 6	43.	1, 3, 4, 6	77.	1, 2, 3, 4
10.	1, 2, 5, 6	44.	1, 2, 3, 4	78.	1, 3, 4, 5
11.	2	45.	1, 2	79.	2
12.	1, 3, 4	46.	1, 2, 4, 5	80.	1, 2, 3
13.	2, 3, 4	47.	3	81.	1, 2, 3, 4, 5, 6
14.	2, 3	48.	2	82.	1, 2, 4, 5
15.	1, 2, 4, 5, 6	49.	1, 2, 3, 4	83.	1, 3, 4, 6
16.	1, 4	50.	1, 2, 3, 4	84.	2
17.	3	51.	1, 2, 3, 4	85.	1, 2, 3, 5, 6
18.	1, 2, 3, 6, 7	52.	2, 3, 4, 5	86.	1, 2, 3
19.	1, 2, 3	53.	1, 2, 3, 4, 6	87.	1, 3, 4, 5, 6
20.	1, 3, 6	54.	2, 3, 4, 5	88.	1, 3, 4, 5
21.	1, 4, 5	55.	5	89.	1, 2, 3, 4, 5
22.	3, 4	56.	4	90.	1, 2, 3
23.	1	57.	1, 2, 4, 5	91.	1, 3, 4, 5
24.	1, 2, 3	58.	2, 3	92.	1, 2, 3, 4, 6
25.	3, 4	59.	1, 2, 3, 4	93.	2, 4
26.	1, 2, 3	60.	1, 2, 4	94.	1, 2, 3
27.	2	61.	1, 3, 4, 6	95.	2, 3, 4
28.	1, 2, 5	62.	1, 2, 3, 4	96.	2, 3, 4
29.	1, 3, 4	63.	2	97.	1, 2, 4, 5
30.	2	64.	4	98.	2
31.	2, 4	65.	1, 3, 4, 5	99.	1, 3, 6
32.	1, 2, 5	66.	1, 3, 5	100.	2
33.	1, 3, 4, 5, 7	67.	1, 2, 3, 4		
34.	1, 3, 4, 5	68.	1, 3, 4		

ЗАДАЧИ

Задача №1

Больной А., 13 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастральной и пилородуоденальной области после приема пищи через 1,5-2 часа, иногда натошак, поташнивание, отрыжку кислым, изредка однократную рвоту кислым содержимым, приносящую облегчение. Болеет в течение 2 лет. Не обследовался. В семье – отец и старший брат страдают язвенной болезнью 12-перстной кишки.

Объективно: общее состояние ребенка средней степени тяжести. Правильного телосложения, хорошего питания. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев чист. Миндалины не увеличены. Язык у корня обложен белым налетом. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, при глубокой пальпации отмечается болезненность в эпигастральной и околопупочной области. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 1 раз в 3 дня, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 4-5 раз в сутки. Цвет мочи обычный.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Назначьте план обследования ребенка.
4. Какие изменения в лабораторных и инструментальных методах обследования Вы предполагаете?
5. Назначьте лечение по установленному диагнозу.

Задача №2

Под наблюдение дежурного врача детской больницы поступил ребенок, 12 лет, по поводу обморочного состояния, возникшего в школе. Два дня назад появились резкие боли в эпигастральной области, однократно была рвота цвета «кофейной гущи», вечером этого же дня жидкий стул черного цвета.

Из анамнеза известно, что боли в животе беспокоят в течение 1,5 месяцев, возникают чаще натошак, иногда ночью. В течение последних двух дней по поводу ОРЗ принимал аспирин (1 таблетка). При поступлении состояние ребенка очень тя-

желое. Вял, адинамичен. Кожа бледная, холодная на ощупь, «мраморная». Пульс слабого наполнения, тахикардия. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке, в 5 точке, не проводится. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной и пилородуоденальной области. Стул был накануне черного цвета.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Причина обморочного состояния.
3. Действия дежурного врача (по обследованию).
4. Какие лечебные мероприятия необходимо назначить больному после установления диагноза?
5. Какие рекомендации необходимо дать ребенку после выписки из стационара?

Задача №3

Ребенок, 9 лет, поступил с жалобами на боли приступообразного характера, локализующиеся в эпигастральной области с иррадиацией в левое подреберье, левую руку, ногу.

Боли усиливаются после приема свежих фруктов, фруктовых соков, молочных продуктов. Ребенка беспокоят тошнота, иногда рвота, вздутие живота.

Из анамнеза известно, что полгода назад у ребенка была тупая травма живота (на физкультуре стукнули в живот). Были рвота, боли в животе. Лечился амбулаторно, после чего появились боли в животе, интенсивность которых постепенно нарастала. Диету не соблюдал. Не обследовался. При осмотре общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые. Хорошего питания. Зев чист. Язык обложен налетом. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, брадикардия (ЧСС 68 в 1 мин.), систолический шум на верхушке. АД 95/60 мм рт. ст. Живот немного увеличен в размерах, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, точке Мейо-Робсона, положительный симптом Кача, Гротта. Печень и селезенка не увеличены, стул 2 раза в день, кашицеобразный с жирным блеском.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Какова, по Вашему мнению, возможная причина заболевания?
3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Назначьте план обследования.
5. Назначьте лечение.
6. Диспансерное наблюдение в поликлинике.

Задача №4

Больная, 11 лет, поступила в отделение с жалобами на ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся через 20-30 мин после приема жирной, жареной пищи, газированных напитков. После физической нагрузки, нервного напряжения боли становятся приступообразными, иррадиируют в правую руку, под правую лопатку. В последнее время появилась субфебрильная температура, вялость, слабость, быстрая утомляемость. Болеет в течение 3 лет. Наблюдалась участковым врачом. При осмотре общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, пониженного питания. При осмотре полости рта – множественный кариес, хронический тонзиллит, язык обложен желтым налетом. В легких – везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, тахикардия, систолический шум на верхушке. АД 95/45 мм рт. ст. При пальпации живота определяется напряжение мышц в правом подреберье, положительный симптом Керра, Ортнера, Лепине, Василевского, Мерфи. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Стул со склонностью к запорам. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Цвет мочи соломенно-желтый.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Обоснуйте его.
3. Что означают указанные положительные симптомы?
4. Назначьте план обследования и лечения данной больной.
5. Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению данной больной.

Задача №5

Ребенок, 14 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение для обследования с жалобами на изжогу, которая усиливается после физической нагрузки, наклонах, отрыжку воздухом, дисфагию, ощущение кома в горле, покашливание, частые ларингиты, боли в эпигастральной и пилорoduоденальной области, правом подреберье, рвоту с примесью крови (один раз накануне). Считает себя больным в течение 4 лет. Обследование 3 года назад амбулаторно. Выявлен хронический гастродуоденит

с повышенной кислотообразующей функцией желудка. Диету не соблюдает. Страдает пищевой аллергией.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Эмоционально лабильный. Кожные покровы бледно-розовые, сухие. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца чистые, ритмичные. АД – 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области, правом подреберье. Положительные симптомы Ортнера, Мюсси-Георгиевского. Печень не увеличена. Стул оформленный, 1 раз в 3 дня, обычного цвета. Мочеиспускание безболезненное.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. План обследования. Какие возможны изменения при эндоскопии?
3. Осложнения, которые возможны в результате прогрессирования данного заболевания.
4. Назначьте лечение.
5. Составьте план диспансерного наблюдения данного больного.

Задача №6

Девочка, 14 лет, поступила в отделение с жалобами на боли схваткообразного характера внизу живота. Боли возникают чаще после волнения, переутомления. Кроме того, девочку беспокоят вздутие живота, чувство распирания, неустойчивость стула (поносы чередуются с запорами), головные боли, бессонница, снижение аппетита, боли в области сердца, повышенная утомляемость. Ребенок эмоционально лабилен, периодически бывают приступы депрессии.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Руки холодные на ощупь. Зев и язык чист. Со стороны сердечно-сосудистой системы патологических изменений не выявлено. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, левой подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул 1 раз в 3-4 дня (иногда 2-3 раза в день, кашицеобразный). Мочеиспускание свободное, безболезненное, до 4 раз в сутки и 2 раза ночью.

Вопросы:

1. О каких заболеваниях Вы можете подумать?

2. Составьте план обследования.
3. Поставьте наиболее вероятный окончательный диагноз.
4. Назначьте лечение данной больной.

Задача №7

Больной, 9 лет, поступил с жалобами на учащение стула до 4-5 раз в сутки, наличие крови и слизи, периодические боли в околопупочной области, вялость, слабость, похудание, головные боли, головокружение.

Считает себя больным в течение 6 месяцев, когда в стуле впервые появилась примесь крови алого цвета. К врачу не обращались. Мать дома лечила ребенка травами. Месяц назад состояние больного постепенно начало ухудшаться, в связи с чем ребенок госпитализирован для обследования. Страдает пищевой аллергией с раннего возраста.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. На коже спины проявление сыпи аллергического характера. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правой и левой подвздошной области, околопупочной, эпигастриальной. Печень +1,0 см. Селезенка не увеличена. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный с примесью алой крови, слизи. Мочеиспускание не нарушено. В поликлинике проведено следующее обследование:

Общий анализ крови: эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$; Hb – 100 г/л, тромбоциты $250 \times 10^9/л$; лейкоциты $10,0 \times 10^9/л$; э – 6%; п – 6%, сегмен. – 72%; лимф – 16%, СОЭ – 12 мм/час.

Общий анализ мочи – без патологических изменений.

Эзофагогастродуоденоскопия: эрозивный эзофагит, хронический гастрит, эрозивный бульбит.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз. Обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями Вы будете проводить дифференциальный диагноз.
3. Какие еще дополнительные методы обследования необходимо провести данному больному.
4. Назначьте лечение.

Задача №8

Больная, Алла С., 12 лет, поступила в стационар с жалобами на боли в левом подреберье, чувство тяжести в верхней поло-

вине живота, постоянное поташнивание. Болеет около 2 лет. Заболевание клинически проявлялось приступообразными болями в эпигастральной области, усиливающимися после еды, иногда в ночное время суток, изжогой. Лечилась в стационаре по поводу обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Проходя в стационаре курс комплексной терапии язвенной болезни, плохо переносила капустный и картофельный соки: как правило, их прием вызывал резкие боли в животе, рвоту. Выписалась с улучшением, однако полностью боли в животе не прошли. Постоянно рецидивируя, абдоминальный болевой синдром особенно усилился летом, что вполне определенно можно было связать с приемом свежих фруктов и овощей. Боль локализовалась над пупком, иррадиировала в левую половину грудной клетки, нередко сопровождалась рвотой. Лечение получала соответственно установленному диагнозу язвенной болезни 12-перстной кишки, однако противоязвенная терапия была неэффективной. Последний приступ боли начался 2 недели назад после съеденного арбуза.

Из анамнеза: перенесла корь, ветряную оспу, эпидемический паротит, часто болела простудными заболеваниями, трижды – воспалением легких. Тонзиллэктомия 2 года назад. При осмотре бледная. Эмоционально неустойчива. Язык обложен густым налетом. Со стороны органов дыхания и сердца – без особенностей. АД 95/65 мм рт. ст. Болезненность в левом подреберье при пальпации живота, а также при пальпации тела поджелудочной железы, которое определяется в виде напряженного, умеренной плотности поперечного тяжа. Дуоденальная зона безболезненна, симптом Губергрица, печеночно-пузырные симптомы отрицательные. Резкоположительный симптом Мейо-Робсона. Стул неустойчивый.

Общий анализ крови: Эр. – $3,4 \times 10^{12}/л$, Нв – 122 г/л, ц.п. – 0,89, L – $6,6 \times 10^9/л$, Э – 5%, П – 2%, С – 56%, лимф. – 29%, М – 8%, СОЭ – 11 мм/час.

Биохимический анализ крови: сахар – 6,66 ммоль/л. В сыворотке крови билирубин – 9,74 мкмоль/л, прямой отсутствует, тимоловая проба - 4 Ед, АлАТ - 28 Ед/л, общий белок – 85,0 г/л, альбумины – 56,2%, глобулины – 43,8%, А/Г – 1,3, амилаза крови – 38 Ед.

При фракционном исследовании желудочной секреции – данные за гиперацидный тип желудочной секреции.

Анализ мочи - без патологии.

Реакция на скрытую кровь - отрицательная.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Диспансерное наблюдение в условиях поликлиники.

Задача №9

Больная С., поступила в клинику с жалобами на боль за грудиной, которая появляется во время еды, особенно после приема горячей и холодной пищи, боль в эпигастральной области натошак. Кроме того, беспокоят частые изжога, отрыжка воздухом или съеденной пищей, тошнота. Рвота бывает редко, в основном, при сильной боли в эпигастрии. После рвоты боль в эпигастрии исчезает. Отмечается склонность к запорам.

Считает себя больной с 7 лет, когда стала беспокоить непродолжительная боль в эпигастрии, правом подреберье, которая возникала периодически сразу или спустя 20-30 минут после еды. В 7-летнем возрасте находилась на обследовании и лечении в больнице. В удовлетворительном состоянии выписана с диагнозом: хронический гастродуоденит, дискинезия желчевыводящих путей, после чего не обследовалась и не лечилась. В последнее время состояние ухудшилось.

При поступлении состояние средней степени тяжести, больная несколько пониженного питания, язык незначительно обложен белым налетом, живот при пальпации болезнен в эпигастрии и в правом подреберье.

Анализ крови, мочи, кала - без особенностей.

Вопросы:

1. Какие исследования необходимо провести?
2. Проведите дифференциальный диагноз. Поставьте предположительный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №10

Девочка, 13 лет, поступила в стационар с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье.

Больна в течение 2 лет. Периодически отмечаются приступообразные боли в животе, усиливающиеся после приема жир-

ной пищи, занятий физкультурой, тошнота. Боли снимаются после введения спазмолитиков врачом скорой помощи. Аппетит удовлетворительный, стул нормальный. Не обследовалась. У матери девочки хронический гастрит, у бабушки по линии матери сахарный диабет, у дедушки по линии отца язвенная болезнь 12-перстной кишки. Брат девочки здоров.

Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Тоны сердца громкие. В легких дыхание везикулярное. Язык обложен белым налетом. Живот слегка вздут, болезненный при пальпации в пузырной точке. Симптомы Ортнера, Кера положительные. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см., стул оформленный, без патологических примесей, 1-2 раза в день.

Общий анализ крови: Нв – 130 г/л; Эр. – $4,0 \times 10^{12}$ /л; ц.п. – 0,9; лейкоциты – $6,8 \times 10^9$ /л; э – 2%; п – 3%; с – 65%; л – 25%; м – 55%; СОЭ – 6 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,5 ммоль/л, общий билирубин – 17 ммоль/л, билирубин глюкуронид (прямой) – 6,0 мкмоль/л, билирубин свободный (непрямой) – 11,0 мкмоль/л, холестерин – 3,3 мкмоль/л, АЛТ – 0,2 мкмоль/л, АСТ – 0,8 мкмоль/л.

Анализ кала на яйца глистов и простейшие – отрицательный.

Фракционное желудочное зондирование: секреторная функция желудка не нарушена.

Вопросы:

1. Назовите дополнительные методы обследования, которые необходимо провести данной больной.
2. Поставьте диагноз, обосновав его.
3. Составьте родословную.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное?
5. Назначьте лечение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болезни органов пищеварения у детей: Руководство для врачей/ Под ред. А.В. Мазурина. – М.: Медицина, 1986. – 656с.
2. Видаль. Лекарственные препараты в России: Справочник. – М.: Астра Фарм Сервис, 2001. – 1536с.
3. Выгоднер Е.Б. Физические факторы в гастроэнтерологии. – М.: Медицина, 1987. – 304с.
4. Денисов М.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра: Справочное руководство. – 2-е изд., перераб. и допол. – М.: Москва, 1999. – 296с.
5. Детская гастроэнтерология/ Под ред. А.А. Баранова. – М., 2002. – 420с.
6. Златкина А.Р. Синдром раздраженного кишечника/ Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, №1, 2000. – С. 13-17.
7. Избранные лекции по гастроэнтерологии/ Под ред. В.Т. Ивашкина, А.А. Шептулина. – М.: МЕД-пресс, 2001. – 88с.
8. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Малова Н.Е. Эндокринная недостаточность поджелудочной железы: проблемы и решения (руководство для врачей). – М., 2004. – 80 с.
9. Лечебное питание в педиатрической практике: Учебное пособие для студентов/ Под ред. К.У. Вильчука. – Гродно: ГрГМУ, 2004. – 49с.
10. Маев И.В., Черемушкин С.В., Лебедева Е.Г. Синдром раздраженного кишечника/ Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, №5, 2000. – С. 70-74.
11. Машковский М.Д. Лекарственные средства. – Т.1, 2. – Изд. 13-е, новое. – Харьков: Торсинг, 1997. – 592с.
12. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр (МКБ-10): краткий вариант. – Мн.: Ассор, 2001. – 400с.
13. Пайков В.М. Фармакотерапия в детской гастроэнтерологии. – СПб.: Лань, 1998. – 192с.
14. Пайков В.Л., Хацкевич С.Б., Эрман Л.В. Гастроэнтерология детского возраста в схемах и таблицах. – СПб., 1998. – 360с.
15. О कोरोков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. - Т. 1, 2000. – 533с.
16. Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. – Л.: Медицина, 1991. – 224с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРОГРАММА ПО ДЕТСКИМ БОЛЕЗНЯМ («ДЕТСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ») ДЛЯ СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ ВЫСШИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ (МИНСК, 2000)	3
ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК	4
Рецидивирующие боли в животе	4
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей	25
Лекарственные поражения органов пищеварения у детей	35
КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К ЛАБОРАТОРНЫМ ЗАНЯТИЯМ.....	49
Занятие №1. Методы и алгоритмы объективного обследования, функциональных и морфологических исследований желудочно-кишечного тракта у детей.	49
Занятие №2. Синдром желудочной диспепсии, хронические гастриты у детей.	50
Занятие №3 Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки у детей.	51
Занятие №4. Рефлюксная болезнь пищевода. Пищевод Баррета у детей.	52
Занятие №5. Заболевания желчевыводящей системы у детей. Дискинезии, холецистит.	53
Занятие №6. Заболевания поджелудочной железы в детском возрасте (диспанкреатизм, реактивный	

панкреатит, хронический панкреатит)	54
Занятие №7. Синдром раздраженной кишки. Болезнь Крона. Хронический колит.	55
Занятие №8. Неспецифический язвенный колит.	56
Занятие №9. Рецидивирующие боли в животе у детей и тактика врача при них.	57
ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК (В СХЕМАХ И ТАБЛИЦАХ) К ЛАБОРАТОРНЫМ ЗАНЯТИЯМ ПО ЦИКЛУ «ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»	
Классификация эзофагитов (К 20) (Н.Г. Зернов и соавт., 1988)	58
Классификация гастроэзофагальной рефлюксной болезни (К 21) (по Savary-Miller, 1978)	59
Классификация функциональной диспепсии (К 30) (Римские критерии, 1997)	59
Классификация гастритов (К 29) (Сиднейская система с доп., 1990)	59
Классификация язвенной болезни (К 25) (А.В. Мазурин, И.В. Прокопова, 1984)	61
Степени дуоденогастрального рефлюкса у детей (В.С. Приходько, М.Н. Ермолаев, 1989)	62
Классификация хронических панкреатитов (К 86) (Ж.П. Гудзенко, 1978)	63
Диагностика хронического панкреатита по балльной системе по (P. Lauer, U. Melle. 2005)	63
Кембриджская классификация структурных изменений в поджелудочной железе при хроническом панкреатите у детей старше 12 лет	64
Диагноз и классификация хронического панкреатита по (P. Lauer, U. Melle. 2005)	64
Классификация заболеваний желчевыводящей системы (К 80 – К 83; М.Ю. Денисов, 1999)	66

Классификация аномалий развития желчного пузыря и желчных протоков (С.В. Бельмер и соавт., 2006)	67
Классификация синдрома раздраженной кишки (К 58) (F. Weber, H. McCallum, 1992)	68
Классификация неспецифического язвенного колита (К 51) (Н.К. Каншина, О.А. Каншин, 1974)	68
Клинические и параклинические признаки, характеризующие активность неспецифического язвенного колита	69
Классификация запоров по этиопатогенетическому признаку (В.А. Пайков, 1998)	71
Симптомы, входящие в синдром неязвенной диспепсии, и их определение	72
Клинические особенности различных вариантов функциональной диспепсии	72
Основные показатели секреторной функции желудка у здоровых детей (по Б.Г. Апостолову и др., 1973)	73
Дифференциальная диагностика функциональной (неязвенной) диспепсии и язвенной болезни (А.В. Фролькис, 1991)	73
рН-метрия желудка (Ю.Я. Лея, 1987)	74
Дифференциально-диагностические признаки гастродуоденальной патологии (Э.П. Яковенко, 2006)	77
Дифференциально-диагностические признаки гастродуоденальной патологии (Э.П. Яковенко, 2006)	78
Основные проявления антральной и диффузной форм хронического гастрита, ассоциированного с хеликобактерной инфекцией (Л.И. Аруин, 1993)	79
Сравнительная характеристика хеликобактериального и аутоиммунного гастритов (П.Я. Григорьев, А.В. Яковенко, 1977)	80
Клинико-лабораторные особенности различных типов	

хронических гастритов	81
Клинические особенности хронического гастрита в зависимости от типа желудочной секреции	82
Критерии прогнозирования течения язвенной болезни у детей	82
Некоторые биохимические синдромы при поражении поджелудочной железы (Е.Г. Лифшиц, 1975) ..	84
Средние показатели поджелудочной железы	85
Дифференциальный диагноз диспанкреатизма, реактивного и хронического панкреатита	85
Особенности клинических проявлений хронического панкреатита у детей в зависимости от тяжести проявления (Г.В. Римарчук, 1997)	86
Вторичные нарушения пищеварительных функций поджелудочной железы (Бельмер С.В., Гасилова Т.В., 2006)	86
Типы нарушений панкреатической секреции при хроническом панкреатите (Г.В. Римарчук, 1997) ..	87
Клинические особенности различных форм хронического панкреатита у детей	88
Характеристика непрерывного фракционного дуоденального зондирования	89
Биохимические показатели состава желчи у здоровых детей	89
Средние размеры желчного пузыря у детей	90
Изменение показателей двигательной функции при различных видах дискинетических нарушений желчной системы у детей	90
Клинико-диагностическое значение элементов копрограммы (Бельмер С.В., Левина Е.Е.)	90
Клинико-диагностическое значение элементов копрограммы (Бельмер С.В., Левина Е.Е.)	91
Дифференциально-диагностическая таблица гиперкинетических и гипокINETических запоров	93

«Римские критерии» синдрома раздраженного кишечника	93
Симптомы, исключающие диагноз синдрома раздраженного кишечника	94
Внекишечные поражения при неспецифическом язвенном колите	94
Клинико-лабораторные критерии тяжести неспецифического язвенного колита	95
Дифференциально-диагностические признаки неспецифического язвенного колита и болезни Крона	95
Эндоскопические и дифференциально-диагностические признаки неспецифического язвенного колита, болезни Крона и эрозивных колитов	100
Лекарственные средства, используемые при лечении больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.....	102
Лекарственные средства, рекомендуемые при запорах у детей	108
Классификация слабительных по механизму действия (Ю.О. Шульпекова, 2006)	109
Классификация слабительных по локализации действия (Ю.О. Шульпекова, 2006)	109
Коррекция дискинезий и дистоний желчевыводящих путей (С.В. Бельмер и соавт., 2006)	110
Лекарственные растения, обладающие желчегонным эффектом (С.В. Бельмер и соавт., 2006)	110
Лекарственные растения, обладающие холеспазмолитическим эффектом (С.В. Бельмер и соавт., 2006)	111
Физиотерапевтические методы лечения детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта .	111

ОТРАСЛЕВЫЕ СТАНДАРТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ	114
ДИЕТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ	145
Диетические рекомендации при заболеваниях печени, желчного пузыря, желчных путей	145
Диета, улучшающая состав микрофлоры у пациентов с диареей	146
Диета №1	147
Диета №1А	150
Диета №1Б	151
Диета №2	153
Диета №3А	156
Диета №3Б	158
Диета №4	160
Диета №4Б	163
Диета №4В	166
Диета №5	170
Диета №5П	173
Диета №15	175
ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ПО РАЗДЕЛУ «ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»	177
ОТВЕТЫ К ПРОГРАММИРОВАННОМУ КОНТРОЛЮ ПО РАЗДЕЛУ «ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»	198
ЗАДАЧИ	199
Задача №1	199
Задача №2	199

Задача №3	200
Задача №4	201
Задача №5	201
Задача №6	202
Задача №7	203
Задача №8	203
Задача №9	205
Задача №10	205
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	207

Для заметок

Учебное издание

Парамонова Нэлла Сергеевна
Хоха Раиса Николаевна
Волкова Маргарита Петровна

ДЕТСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Учебное пособие

Ответственный за выпуск: И.Г. Жук

Компьютерная верстка: Е.П. Курстак
Корректор: Л.С. Засельская

Подписано в печать
Формат 60x84/16. Ризография.
Гарнитура Таймс. Печать RISO.
Усл. печ. л. **12,5**. Уч.-изд. л. **4,85**. Тираж **100**. экз. Заказ **62п**.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0133347 от 29.06.2004. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.