



Заболевания желудочно-кишечного тракта. Профилактика.

ООО «Первая детская поликлиника»
Овчинникова С.В.,

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ:

- Во всем мире ежегодно увеличивается количество людей, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы ;**
- Спектр болезней пищеварительной системы широк и весьма разнообразен; болезни органов пищеварения - многофакторные заболевания;**
- Медико-социальная значимость (страдают все группы населения).**
- Рост частоты заболеваний среди детей и подростков, у молодёжи;**
- Увеличение числа пациентов с хроническими формами в связи с сочетанностью поражения, рецидивирующим характером течения болезни, формированием сопряженных с болезнями пищеварительной системы психосоматических расстройств;**
- Экономический ущерб (длительная нетрудоспособность и инвалидизация, необходимость дорогостоящего лечения и реабилитации больных).**

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ:

- В развитых странах порядка 95% населения в той или иной мере нуждается в регулярном наблюдении у гастроэнтеролога.
- К 30-ти годам каждый четвертый человек имеет в своем анамнезе одно из заболеваний ЖКТ.
- Гастроэнтерологические заболевания занимают 3-е место в структуре всех заболеваний по Российской Федерации.
- За последние 2 года, только болезни органов пищеварения стали причиной 4,5% случаев смерти россиян. Причем в 55-56% случаев речь идет о поражениях печени.
- В общей структуре онкологической смертности в России колоректальный рак занимает 2-е, а рак желудка — 3-е место.
- Заболеваемость ЖКТ выше у городского населения. Каждые девять из десяти жителей мегаполисов имеют болезненные изменения желудочно-кишечного тракта.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖКТ У ДЕТЕЙ:

- ▣ **Формирование гастроэнтерологических заболеваний происходит в основном в 5-6 и в 9-12 лет, в периоды интенсивного роста, когда наблюдается выраженный дисбаланс регуляторных систем, благоприятствующий возникновению различных функциональных нарушений. Основной «пик» заболеваемости детей дошкольного возраста отмечается у мальчиков в 5 лет, у девочек в 6 лет.**
- ▣ **Хронический гастрит встречается у 10-80% детей, хронический гастродуоденит - у 25-30%, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь - в 20-40%, хроническая дуоденальная непроходимость - в 3-17%.**
- ▣ **У детей раннего возраста преимущественно функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, отличительной особенностью которых является проявление клинических симптомов при отсутствии каких-либо органических изменений со стороны ЖКТ (структурных аномалий, воспалительных изменений, инфекций или опухолей) и метаболических отклонений. Причины функциональных расстройств часто лежат вне пораженного органа и обусловлены нарушением нервной и гуморальной регуляции деятельности пищеварительного тракта.**

ПРИЧИНЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

ЖКТ:

□ Связаны с матерью:

- отягощенный акушерский анамнез;
- эмоциональная лабильность женщины и стрессовая обстановка в семье;
- погрешности в питании у кормящей матери;
- нарушение техники кормления и перекорм при естественном и искусственном вскармливании;
- неправильное разведение молочных смесей;
- курение женщины.

□ Связаны с ребёнком:

- анатомической и функциональной незрелости органов пищеварения (короткий брюшной отдел пищевода, недостаточность сфинктеров, пониженная ферментативная активность, нескоординированная работа отделов ЖКТ и др.);
- нарушении регуляции работы ЖКТ вследствие незрелости центральной и периферической нервной системы (кишечника);
- особенностях формирования кишечной микробиоты;
- становлении ритма сон/бодрствование.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ:

Согласно Римским критериям III, предложенными Комитетом по изучению функциональных расстройств у детей и Международной рабочей группой по разработке критериев функциональных расстройств в 2006 г. к функциональным нарушениям ЖКТ у младенцев и детей второго года жизни относят:

- Срыгивание у младенцев.
- Синдром руминации у младенцев.
- Синдром циклической рвоты.
- Колики новорожденных.
- Функциональная диарея.
- Болезненность и затруднения дефекации (дисхезия) у младенцев
- Функциональные запоры.

Более чем у половины детей они наблюдаются в различных комбинациях, реже — как один изолированный симптом!

ОСНОВА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ:

- ❑ Перенесенная гипоксия (вегето-висцеральные проявления церебральной ишемии):
- ❑ Частичная лактазная недостаточность;
- ❑ Гастроинтестинальная форма пищевой аллергии, вследствие снижения активности ферментов и повышения проницаемости тонкой кишки.



ОСЛОЖНЕНИЯ:

Возникают у детей с упорными срыгиваниями (оценка свыше 3-х баллов):

- **Эзофагит;**
- **Отставание в физическом развитии;**
- **Железодефицитная анемия;**
- **Заболевания ЛОР-органов.**

Клиническими проявлениями эзофагита являются:

- **Снижение аппетита;**
- **Дисфагия;**
- **Осиплость голоса.**

СРЫГИВАНИЯ (РЕГУРГИТАЦИЯ) - ЭТО

- ❑ Самопроизвольный заброс желудочного содержимого в пищевод и ротовую полость.
- ❑ Частота срыгиваний на первом году жизни от 18 до 50 %;
- ❑ Преимущественно в первые 4-5 месяцев жизни;
- ❑ Степень выраженности синдрома срыгиваний:

Таблица 1

Шкала оценки интенсивности срыгиваний (Y. Vandeplass et al., 1993)

0 баллов	Отсутствие срыгиваний
1 балл	Менее 5 срыгиваний в сутки, объемом не более 3 мл
2 балла	Более 5 срыгиваний в сутки, объемом более 3 мл
3 балла	Более 5 срыгиваний в сутки, объемом до 1/2 количества смеси, введенного за одно кормление, не чаще, чем в половине кормлений
4 балла	Срыгивания небольшого объема в течение 30 минут и более после каждого кормления
5 баллов	Срыгивания от 1/2 до полного объема смеси, введенного во время кормления, менее чем в половине кормлений

КИШЕЧНЫЕ КОЛИКИ- ЭТО

- ❑ Эпизоды болезненного плача и беспокойства ребенка, которые занимают не менее 3 часов в день, возникают не реже 3 раз в неделю;
- ❑ Дебют приходится на 2–3 недели жизни, достигают кульминации на втором месяце, постепенно исчезая после 3–4 месяцев;
- ❑ Наиболее типичное время для кишечных колик — вечерние часы;
- ❑ Приступы плача возникают и заканчиваются внезапно, без каких-либо внешних провоцирующих причин.



КЛИНИКА КИШЕЧНЫХ КОЛИК

- Частота составляет от 20 до 70 %;
- Резкий болезненный плач, сопровождающийся покраснением лица;
- Ребенок принимает вынужденное положение, прижав ножки к животу;
- Возникают трудности с отхождением газов и стула;
- Заметное облегчение наступает после дефекации.

Кишечные колики с одинаковой частотой встречаются как на естественном, так и на искусственном вскармливании.

Чем меньше масса тела при рождении и гестационный возраст ребенка, тем выше риск развития данного состояния.

ПРИЧИНЫ КИШЕЧНЫХ КОЛИК

- ❑ **Образование газов в кишечнике;**
- ❑ **Неправильный рацион питания матери, которая кормит малыша грудью;**
- ❑ **Аллергия;**
- ❑ **Введение в рацион новых продуктов питания;**
- ❑ **Нарушение функций желчного пузыря;**
- ❑ **Заглатывание воздуха во время кормления грудью;**
- ❑ **Незрелость пищеварительного тракта, особенно у недоношенных детей;**
- ❑ **Нарушение микрофлоры кишечника.**
- ❑ **Курение матери во время беременности и в период лактации;**
- ❑ **Употребление матерью антибиотиков в период лактации.**

МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА

- ▣ Увеличение количества условно-патогенных микроорганизмов;
- ▣ Снижение защитной флоры — бифидобактерий и особенно лактобацилл;
- ▣ Повышенный рост протеолитической анаэробной микрофлоры сопровождается продукцией газов, обладающих потенциальной цитотоксичностью;
- ▣ У детей с выраженными кишечными коликами нередко повышается уровень воспалительных белков.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИЧИНА КИШЕЧНЫХ КОЛИК

- ▣ Дети, чувствительные к перепадам температуры, мокрому подгузникам, яркому свету;
- ▣ Эмоциональные расстройства и переживания кормящей матери, что передаются ребенку вместе с гормонами через молоко.



G4. Младенческие кишечные колики

«Правило троек» («Rule of Threes»)

- ❑ развиваются в течение первых 3 недель жизни
- ❑ длятся 3 часа в день и более
- ❑ повторяются по меньшей мере 3 дня в неделю
- ❑ продолжаются по меньшей мере 3 недели
- ❑ *исчезают в возрасте после 3 месяцев (?)*

Отсутствуют
признаки
прогрессирования (!)

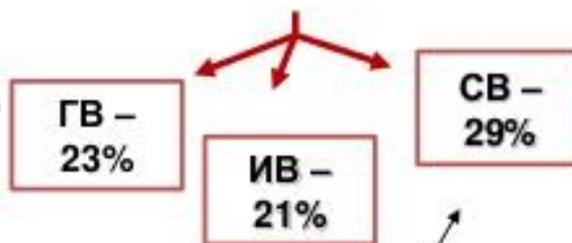


ВЫБИРАЙ:
ИЛИ Я СПЛЮ С МАМОЙ,
ИЛИ ОРУ ВСЮ НОЧЬ



«Сто дней
плача»

Распространенность колик
среди младенцев:



Колики – удел детей,
находящихся на смешанном
вскармливании



ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЗАПОРЫ - ЭТО

- Увеличение интервалов между актами дефекации по сравнению с индивидуальной физиологической нормой более 36 часов и/или систематически неполное опорожнение кишечника;
- Выявляются у 20–35% детей первого года жизни;
- К расстройствам дефекации у младенцев также относятся **дисхезия** — болезненная дефекация, для которой характерно увеличение интервалов между актами дефекации, сочетающихся с калом мягкой консистенции, большого диаметра и объема.
- Наиболее частой причиной возникновения запоров у детей первого года жизни являются алиментарные нарушения.

Частота стула у детей считается нормальной, если в возрасте от 0 до 4 месяцев происходит от 7 до 1 акта дефекации в сутки, от 4 месяцев до 2 лет от 3 до 1 опорожнения кишечника.

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ:

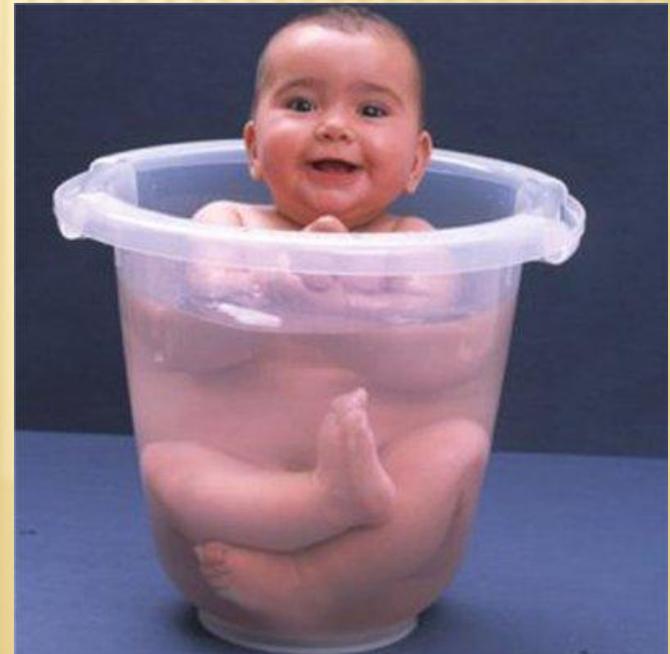
- **Недостаточная двигательная активность кишок;**
- **Дискоординация мышечных сокращений;**
- **Несовершенство ферментативных систем к лактотрофному типу пищеварения;**
- **Несовершенство микрофлоры кишечника;**
- **Ведущий фактор- алиментарные нарушения:**
 - **Беспорядочное грудное вскармливание (перекормы);**
 - **Нерациональное питание матери (скудный рацион, недостаточное употребление жидкости, грубой клетчатки, употребление продуктов матерью, тормозящих перистальтику кишечника ребёнка);**
 - **При искусственном вскармливании частая смена смесей, либо насильственное и избыточное кормление;**
 - **Дефицит жидкости;**
 - **Ранний перевод на твёрдую пищу.**

БРИСТОЛЬСКАЯ ШКАЛА КАЛА:

Большое транзита (100 часов)	Тип 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
	Тип 2	В форме колбаски, но комковатый	
	Тип 3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью	
	Тип 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий	
	Тип 5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями	
	Тип 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул	
Короткое время транзита (10 часов)	Тип 7	Водянистый, без твердых частиц	Полностью жидкий

ТЕРАПИЯ

- ❑ Разъяснительная работа и психологическая поддержка родителей;
- ❑ Диетотерапия;
- ❑ Лекарственная терапия (патогенетическая и посиндромная);
- ❑ Немедикаментозное лечение: лечебный массаж, упражнения в воде, музыкотерапия, ароматерапия, аэроионотерапия.



ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ЛАКТАЗНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ:

Анализ полиморфизма с.-13910С>Т в гене МСМ6 (регуляторная область гена LCT, ассоциированного с непереносимостью лактозы).

СС- непереносимость лактозы;

ТТ- переносимость лактозы;

СТ- гетерозиготное состояние.

ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ:

- Создать спокойную обстановку для кормящей матери, направленную на сохранение лактации;
- Нормализовать режим кормления ребенка, исключая перекорм и аэрофагию;
- Из питания матери исключают продукты, повышающие газообразование в кишечнике (сладкие: кондитерские изделия, чай с молоком, виноград, творожные пасты и сырки, безалкогольные сладкие напитки) и богатые экстрактивными веществами (мясные и рыбные бульоны, лук, чеснок, консервы, маринады, соленья, колбасные изделия);
- При аллергии к белку коровьего молока из питания матери исключаются цельное коровье молоко и продукты, обладающие высоким аллергизирующим потенциалом.

Необходимо помнить, что даже выраженные функциональные расстройства ЖКТ не являются показанием для перевода ребенка на смешанное или искусственное вскармливание. Сохранение симптоматики является показанием к дополнительному углубленному обследованию ребенка.

ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ:

- ❑ Режим кормления ребенка;
- ❑ Адекватность выбора молочной смеси, соответствующей функциональным особенностям пищеварительной системы ребёнка;
- ❑ Объем кормления, питьевой режим.



АДАПТИРОВАННЫЕ МОЛОЧНЫЕ СМЕСИ:

- Кисломолочные смеси и продукты, обогащенные пре- и пробиотиками (Агуша кисломолочная 1 и 2, NAN Кисломолочный 1 и 2, Нутрилон кисломолочный, Нутрилак кисломолочный. При отсутствии эффекта используются продукты, специально созданные для детей с функциональными нарушениями ЖКТ: NAN Комфорт, Нутрилон Комфорт 1 и 2, Фрисовом 1 и 2, Хумана AP и др.).
- Безлактозные смеси;
- Смеси на основе высокогидролизованного молочного белка;
- Антирефлюксные смеси, вязкость которых повышается за счет введения в их состав специализированных загустителей. С этой целью используются два вида полисахаридов:
 - неперевариваемые (камеди, составляющие основу клейковины бобов рожкового дерева (КРД));
 - перевариваемые (рисовый или картофельный крахмалы).

Таблица 2

Антирефлюксные молочные смеси, представленные в Российской Федерации

Название продукта	Фирма, страна	Вид и количество загустителя (г/100 мл)	Соотношение сывороточные белки/казеин
Фрисовом 1, Фрисовом 2	ФризлендКампина, Нидерланды	Камедь (0,5 и 0,4) + ГОС	60/40
Нутрилон Антирефлюкс	Нутриция, Нидерланды	Камедь (0,4)	20/80
Хумана AP Антирефлюксная	Хумана, Германия	Камедь (0,5) Крахмал (0,3)	56/44
Нутрилак Антирефлюксный	Нутритек, Россия	Камедь (0,34)	20/80
NAN Антирефлюкс	Нестле, Швейцария	Крахмал (2,9)	60/40
Enfamil A.R.	Мид Джонсон, США	Крахмал (2,1)	20/80
Сэмпер Лемолак	Сэмпер Фудс, Швеция	Крахмал (0,9)	60/40





NEW

PEDIATRIC



Nestlé
Nutrition

SPECIALTY

Alfaré

Сухая полуэлементарная гипоаллергенная смесь

- ✓ При пищевой аллергии
- ✓ При нарушениях переваривания и всасывания пищи
- ✓ Питание в пред- и послеоперационном периоде
- ✓ Содержит противовоспалительные липиды (DHA, GLA)

NET WT

400 g

С рождения



PPT1



Без лактозы





1 0-6 месяцев



Similac® Комфорт

БИФИДОБАКТЕРИИ
ПРЕБИОТИКИ

СИСТЕМА ЗАЩИТЫ ЖИВОТИКА

БЕЗ ПАЛЬМОВОГО МАСЛА

Гидролизированный белок
легко переваривается

Без пальмового масла

МАССА НЕТТО
e 375г

Специально разработан для детей
с коликами и запорами



Специализированный питательный продукт. Рекомендуется при вскармливании грудью. Для детей с коликами и запорами. Содержит гидролизированный белок, пребиотики, бифидобактерии. Без пальмового масла.

ПРОФИЛАКТИКА СРЫГИВАНИЙ:

- **Использовать симптоматическую позиционную (постуральную) терапию — изменение положения тела ребенка, направленного на уменьшение степени рефлюкса и способствующего очищению пищевода от желудочного содержимого, тем самым снижается риск возникновения эзофагита и аспирационной пневмонии;**
- **Кормить ребенка следует в положении сидя, при положении тела младенца под углом 45–60°;**
- **После кормления рекомендуется удерживание ребенка в вертикальном положении, причем достаточно продолжительно, до отхождения воздуха, не менее 20–30 минут.**



ПРОФИЛАКТИКА ЗАПОРОВ:

- ❑ Туалетный тренинг (высаживание ребёнка на горшок с 1,5-2-х лет, горшки с учетом пола ребёнка, выработка рефлекса на время);
- ❑ Повышенная двигательная активность;
- ❑ Режим дня, прогулки на свежем воздухе;
- ❑ Питьевой режим;
- ❑ Рацион питания.



МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ:

- Ферменты;
- Энтеросорбенты;
- Кишечные антисептики;
- Пре- и пробиотики;
- Желчегонные препараты.



КЛАССИФИКАЦИЯ ПО МКБ-10:

По МКБ-10 болезни органов пищеварения: К 00-К 93.

К00-К14 Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей

К20-К31 Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки

К35-К38 Болезни аппендикса (червеобразного отростка)

К40-К46 Грыжи

К50-К52 Неинфекционный энтерит и колит

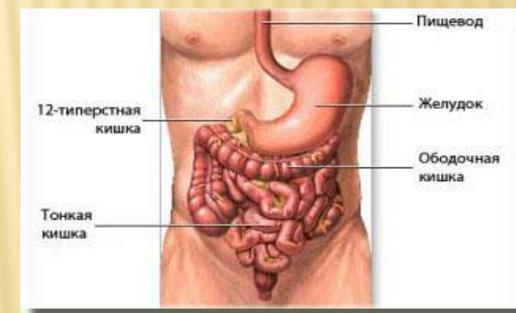
К55-К64 Другие болезни кишечника

К65-К67 Болезни брюшины

К70-К77 Болезни печени

К80-К87 Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы

К90-К93 Другие болезни органов пищеварения



БОЛЕВОЙ СИНДРОМ-

Боль в животе - самый частый и важный симптом при заболеваниях органов брюшной полости. При расспросе выясняют:

- Локализация боли;**
- Иррадиация боли;**
- Связь с приёмом пищи, физической нагрузкой, дефекацией;**
- Чем боль купируется;**
- Частота возникновения и длительность по времени;**
- Характер боли;**
- Интенсивность боли;**
- Сопровождается боль тошнотой, рвотой, повышением температуры тела.**

ТИП БОЛЕЙ:

- ▣ **Висцеральная боль**- является следствием растяжения полых органов, имеет диффузный характер, часто локализуется в эпигастрии и околопупочной области. По характеру висцеральная боль тупая, коликообразная, часто сопровождается тошнотой, рвотой. Боль иррадирует в спину, плечо.
- ▣ **Соматическая боль** возникает при раздражении рецепторов брюшины, четко локализована, пациент может показать место боли. Боль острая, режущая, постоянная по интенсивности.



СИНДРОМ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ-

патологическое состояние, возникающее вследствие нарушений функций желудка и, как следствие, пищеварения, проявляется изменениями аппетита, неприятным привкусом во рту, отрыжкой, изжогой, срыгиванием, тошнотой, рвотой. Может встречаться при хроническом гастрите, пептической язве, раке желудка и некоторых других заболеваниях.



ДИСФАГИЯ-

- ▣ **Нарушение глотания; может происходить на уровне ротовой полости, глотки и пищевода. Возникает ощущение остановки пищевого комка или затрудненного прохождения пищи, иногда сопровождающееся болью;**
- ▣ **Органические изменения: опухоли, дивертикулы, язвы и стриктуры пищевода, свищи, эзофагиты, ахалазия кардии; инородные тела пищевода;**
- ▣ **Функциональные изменения : неврозы, а также сдавление или смещение пищевода, вызванные опухолями, увеличенными лимфатическими узлами средостения, аневризмой аорты, большой щитовидной железой, экссудативным плевритом, перикардитом.**

ОТРЫЖКА-

- ❑ **Непроизвольное или произвольное отхождение газов из пищевода или желудка через рот в результате сокращения диафрагмы.**
- ❑ **Если при этом содержимое желудка забрасывается в пищевод, говорят о срыгивании.**
- ❑ **Частая отрыжка воздухом возникает при аэрофагии – привычном заглатывании воздуха.**
- ❑ **Отрыжка может быть не только признаком недостаточности кардии и антиперистальтики пищевода и желудка, но и случайным эпизодом у совершенно здоровых лиц при переедании или выпивании жидкости, содержащей углекислый газ. Провоцирующим моментом в этом случае бывает физическая нагрузка.**
- ❑ **Частая или постоянная отрыжка (срыгивание) свидетельствует обычно об органической патологии (возникает при недостаточности кардии, грыже пищеводного отверстия диафрагмы, ахалазии кардии, перегибе желудка, стенозе выходного отдела желудка).**
- ❑ **При застое в желудке отрыжка имеет гнилостный запах.**

ИКОТА-

- ❑ **Непроизвольное судорожное сокращение диафрагмы, сопровождающееся поступлением воздуха в дыхательные пути и сокращением голосовых связок различной продолжительности.**
- ❑ **Икота может быть вызвана раздражением диафрагмы, часто обусловленным поражением близлежащих органов (инфаркт миокарда, перикардит, плеврит, асцит, перитонит, диафрагмальная грыжа, желудочная или кишечная непроходимость).**
- ❑ **Икота может иметь психогенное значение.**



ИЗЖОГА- ЭТО

- ❑ **Жжение, по ощущениям поднимающееся из желудка или нижней части грудной клетки вверх к шее.**
- ❑ **Изжога обусловлена обратным забросом содержимого желудка в пищевод вследствие ослабления тонуса кардиального сфинктера желудка. Такое состояние называется недостаточностью кардии.**
- ❑ **Изжога может быть при любом уровне кислотности желудочного сока, но относительно чаще она бывает при повышенной кислотности.**
- ❑ **Упорная многократная изжога, усиливающаяся в горизонтальном положении пациента, при работе с наклоном туловища вперед характерна для воспалительного заболевания пищевода.**
- ❑ **Изжога характерна для заболеваний пищевода (эзофагит, язва, скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы), желудка и ДПК (язвенная болезнь, хронический гастрит и др.).**
- ❑ **Изжога может быть при беременности, метеоризме, асците (вследствие повышения внутрибрюшного давления).**

ТОШНОТА И РВОТА-

- ❑ **Неприятное ощущение, сопровождающееся ощущением давления в эпигастрии и повышенным слюноотделением, бледностью кожных покровов, головокружением.**
- ❑ **Нередко предшествует рвоте.**
- ❑ **Тошнота является распространенным симптомом многих патологических состояний (интоксикации, невроза, отравлений и т. д.), а также беременности.**
- ❑ **При заболеваниях органов пищеварения (гастрит, гепатит, рак желудка) может наблюдаться тошнота, которая часто заканчивается рвотой.**
- ❑ **Самые частые причины тошноты и рвоты - язвенная болезнь желудка и ДПК, особенно осложненная стенозом; холецистит, аппендицит, непроходимость кишечника; рак, особенно в поздних стадиях; ЛС и бактериальные токсины; психогенные отрицательные эмоции.**

СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ-

- ▣ Патологическое состояние, возникающее вследствие нарушений функции кишечника, которые могут быть первичными (связанными с заболеваниями самого кишечника) и вторичными (связанными с заболеваниями желудка, печени и желчевыводящих путей, поджелудочной железы).
- ▣ Проявляется метеоризмом, чувством распираания в животе урчанием, переливанием в кишечнике, болями в кишечнике без четкой локализации (преимущественно в околопупочной области), диареей, запорами, неустойчивым стулом (запоры сменяются диареей), изменениями количества и характера стула.
- ▣ Характерен для энтероколитов, однако может встречаться и при хронических гастритах, и при пептической язве, и при заболеваниях печени и поджелудочной железы.

МЕТЕОРИЗМ-

- **Вздутие живота, ощущение распираания.**
- **Возникает при избыточном скоплении газов в петлях тонкой и толстой кишок вследствие усиления процесса брожения с обильным выделением газов (флатуленцией).**



ЗАПОР- ЭТО

- ❑ **Урежение опорожнения кишечника (дефекаций) более 48 ч. Кал твердый и сухой, после стула нет ощущения полного опорожнения кишки. Чаще запоры встречаются при заболеваниях толстой кишки, причины их могут быть функциональными и органическими.**
- ❑ **Обусловлены неправильным питанием, малым количеством овощей и фруктов в диете, малоподвижным образом жизни. Неврогенные запоры возникают вследствие нарушения нервной регуляции кишечной моторики при психических перенапряжениях, депрессии.**
- ❑ **Могут развиваться также при приеме некоторых ЛС (опиаты и их производные, антациды, препараты висмута, мочегонные препараты, антидепрессанты и др.). Запоры могут возникать при сахарном диабете, беременности и климаксе.**
- ❑ **Запоры могут быть обусловлены аноректальными заболеваниями - геморроем, трещинами заднего прохода и другими заболеваниями, сопровождающимися спазмом анального сфинктера, язвами и воспалением прямой кишки. Но они могут быть также сигналом более серьезного заболевания - рака толстого кишечника, поэтому лицам, страдающим запорами, следует обратиться к врачу и пройти необходимые обследования.**

ДИАРЕЯ-ЭТО

- ❑ **Учащение опорожнения кишечника (дефекаций) в течение суток и одновременно изменение консистенции кала: он становится жидким и кашицеобразным.**
- ❑ **У здорового человека кишечник опорожняется 1-2 раза в день, кал плотной консистенции. Происходит это благодаря тому, что существует равновесие между количеством жидкости, поступающей в полость кишки из ее стенки, и количеством жидкости, всасывающейся в стенку кишки. Кроме того, имеются нормальные сокращения (перистальтика) кишки.**
- ❑ **При поносах эти условия нарушаются - усиливается секреция жидкости, поступление ее в полость кишки, снижается всасывание и ослабевает перистальтика. В результате кал становится жидким и выделяется 4-5 раз в день и даже чаще. При поносах, вызванных заболеваниями толстой кишки, стул обычно очень частый, кала мало, в нем часто обнаруживается слизь, иногда прожилки крови.**
- ❑ **Причины поносов многочисленны. Это кишечные вирусные и бактериальные инфекционные заболевания, пищевые отравления, хронические заболевания тонкой и толстой кишки, поджелудочной железы.**
- ❑ **Причины диарей могут быть функциональные состояния, лекарственные препараты.**

ЖЕЛТУХА-

- ▣ **Обусловлена накоплением желчных пигментов в крови и тканях.**
- ▣ **Сохранение и нарастание желтушности наблюдается при камнях в общем желчном протоке, раке головки поджелудочной железы, вирусном, алкогольном и лекарственном гепатитах. Вначале пациенты или их близкие могут заметить желтушность склер, затем кожи. Одновременно могут быть указания на изменения цвета мочи ("цвета пива"), обесцвечивание кала. Вместе с этим может быть кожный зуд. Все эти симптомы достаточно серьезные, и при их появлении следует обратиться к врачу для проведения соответствующего обследования и лечения.**



ТИПЫ ЖЕЛТУХ:

- **Гемолитическая (надпеченочная) желтуха.** Она развивается вследствие усиленного образования билирубина при ускоренном распаде эритроцитов. Гемолитическая желтуха является болезнью не печени, а системы крови. Гемолитическая желтуха характеризуется сочетанием желтизны с бледностью слизистых оболочек вследствие развивающегося малокровия (анемии).



ТИПЫ ЖЕЛТУХ:

- **Печеночная (паренхиматозная) желтуха.** Эта желтуха развивается вследствие поражения печеночных клеток, неспособности их выделять билирубин. Печеночная желтуха наблюдается при остром и хроническом гепатитах, токсических, лекарственных, алкогольных повреждениях печени, циррозах печени, некоторых инфекционных заболеваниях. Печеночная желтуха характеризуется увеличением печени и селезенки.



ТИПЫ ЖЕЛТУХ:

- ❑ **Механическая (подпеченочная, обтурационная) желтуха.** Она обусловлена препятствием току желчи из желчных выводных путей в двенадцатиперстную кишку. В результате желчь застаивается и билирубин проходит через печеночные клетки в кровь.
- ❑ **Характерно появление зуда кожи, а при полной непроходимости желчных путей - обесцвеченного (светлого) кала.** Препятствие току желчи создают камни (желчнокаменная болезнь), глисты, хронический панкреатит, опухоль головки поджелудочной железы и др.



ЛИХОРАДКА

- ❑ Часто встречается при различных заболеваниях органов пищеварения. Она характерна для поражений кишечника, особенно инфекционного характера (брюшной тиф, дизентерия и др.).
- ❑ Лихорадка нередко возникает при наличии локализованных инфекционных очагов в органах брюшной полости (поддиафрагмальный абсцесс, холецистит, гепатит, абсцесс печени, панкреатит, аппендицит и др.).
- ❑ Волнообразные повышения температуры типичны для рака печени, желудка, кишечника, туберкулезных поражений органов пищеварения.
- ❑ Рецидивирующие лихорадящие приступы с ознобами и кратковременной желтухой характерны для желчнокаменной болезни.
- ❑ Субфебрильная температура - частый спутник гельминтозов (глистов) и хронического холецистита.
- ❑ При язвенной болезни желудка и ДПК часто наблюдается субфебрильная температура невротического (вегетативного) характера.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

- ❑ Диспансеризации подлежат больные, рациональные методы лечения и профилактики которых могут обеспечить их полноценную и эффективную медицинскую реабилитацию.
- ❑ Диспансеризация осуществляется в строгом соответствии с обязательным объемом исследований и лечением, определенным соответствующими стандартами (протоколами) и настоящими рекомендациями.
- ❑ Диспансеризации подлежат больные, страдающие гастроэзофагеальной рефлексной болезнью (шифр К 21.0), язвенной болезнью желудка (шифр К 25), язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (шифр К 26), хроническим антральным и фундальным гастритом (шифр К 29.5), неспецифическим язвенным колитом (шифр К 51), дивертикулярной болезнью толстой кишки (шифры К 57.3, К 57.5, К 57.9), хроническими гепатитами (шифры К 73.2, В 18, В 18.0, В 18.1, В 18.2), желчнокаменной болезнью в постхолецистэктомическом периоде (шифр К 91.5), хроническим панкреатитом (шифры К 86.0, К 86.1), синдромом раздраженной кишки (шифр К 58).
- ❑ Эффективность диспансеризации зависит в значительной степени от активной позиции пациента, его участия в лечебно-профилактических мероприятиях, проводимых и организуемых врачом.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖКТ

- ❑ Рациональное питание (регулярность питания, режим питания, избегание перекусов, еды всухомятку, температурный режим приготовленных блюд, питьевой режим);
- ❑ Отказ от вредных привычек;
- ❑ Осторожное отношение к лекарствам и некоторым медицинским процедурам;
- ❑ Психический комфорт;
- ❑ Борьба с лишним весом;
- ❑ Своевременное посещение врачей.



РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ:



Благодарю за
внимание!

