

Составители:

Алтыбаева С.Ш. – д.м.н., профессор кафедры поликлинической педиатрии и реабилитологии ТашПМИ

Шамансурова И.А. – доцент, заведующий кафедрой поликлинической педиатрии и реабилитологии ТашПМИ

Агзамова Ш.А. – к.м.н., ассистент кафедры поликлинической педиатрии и реабилитологии ТашПМИ

Акбарова Ш.Т. – к.м.н., ассистент кафедры поликлинической педиатрии и реабилитологии ТашПМИ

Деворова М.Б. - ассистент кафедры поликлинической педиатрии и реабилитологии ТашПМИ

Нажмиддинова М.А. – доцент, заведующий курсом Гематологии

Рецензенты:

Ф.С.Шамсиев – д.м.н., профессор, зав.кафедрой «Детских болезней» ТашиУВ.

А.В.Муратходжаева - д.м.н., профессор, зав. кафедрой «Факультативная педиатрия»ТашПМИ.

ЦЕЛЬ: Обучить студентов критериям диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающихся синдромом боли в животе, стандартному лечению, проведению реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях.

ЗАДАЧИ:

Студент должен знать:

- Заболевания, сопровождающиеся синдромом боли в животе (ЗССБЖ);
- Диагностические критерии ЗССБЖ;
- Дифференциальную диагностику при ЗССБЖ;
- Методы физикальных, лабораторных и инструментальных исследований при ЗССБЖ;
- Стандарты лечения и реабилитации ЗССБЖ в амбулаторных условиях;
- Показания к госпитализации при ЗССБЖ.

Студент должен уметь:

- Диагностировать ЗССБЖ;
- Интерпретировать данные физикальных, лабораторных и инструментальных исследований при ЗССБЖ;
- Привести лечение ЗССБЖ в амбулаторных условиях;
- Приводить реабилитационные мероприятия при ЗССБЖ в условиях поликлиники.

Боль в животе является одной из наиболее частых жалоб у детей. Она может быть сигналом заболевания органов брюшной полости, а также соседних с ней и более отдаленных органов (табл.1,2). Боль возникает по самым разнообразным причинам в любом возрасте. Дети до трех лет вообще точно не могут указать места, где они ее чувствуют. Они особенно склонны представлять всякие болевые ощущения в теле как «боль в животе», указывая ее локализацию в пупке. Дети несколько старше, как правило, тоже неточно определяют болезненный участок, поэтому их указания имеют относительно небольшое диагностическое значение. Наиболее частыми причинами болей в

животе являются: воспалительные (химические) повреждения тканей или брюшины (аппендицит, колит, панкреатит), гипоксия (например, при ущемленной грыже, инвагинации кишок), растяжение капсулы органа (острое увеличение печени), гиперстальтика (спазм, колика), растяжение стенки кишечника, растяжение его просвета, например скоплением газов (заворот, инвагинация кишок), натяжение корня брыжейки, особенно восприимчивого к болевому раздражению, иррадирующие боли при заболеваниях, локализующихся вне живота, системные заболевания и др.

Таблица 1.

Наиболее распространенные причины болей, иррадирующих в живот

Локализация	Заболевания
Органы грудной клетки и сердце	Перикардит Плеврит Пневмония
Брюшная стенка	Параректальная гематома Растяжение мышц Почечная колика
Забрюшинное пространство	Инфаркт почки Разрыв аневризмы брюшной аорты
Органы таза	Боли в середине менструального цикла

Таблица 2.

Системные заболевания, вызывающие боли в животе

Метаболические	Острая Порфирия Уремия Диабетический кетоацидоз
Гематологические	Аддисонический криз Серповидно-клеточная анемия Лейкозы
Токсические	Отравления тяжелыми металлами Бактериальная инфекция (стафилококк, столбнячная палочка) Лекарственная болезнь Реакции на укусы насекомых

Выделяют острую, подострую, хроническую и рецидивирующую боль в животе. По характеру: схваткообразные, тупые, давящие, постоянные; по локализации: правая пореберная область, нижний отдел живота, область эпигастрия. Могут быть связаны с приемом пищи, появляться в ночное время или натощак. Как правило, боль в эпигастрии вызвана поражением верхних, а

боль в гипогастрии- поражением нижних отделов ЖКТ.

- Схваткообразная боль в животе и повторная рвота характерны для тонкокишечной непроходимости.
- Схваткообразная боль в животе и симметричное вздутие живота характерны для толстокишечной непроходимости.
- При острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости почти всегда сначала возникает боль, а затем рвота.

- **Обследование**

Анамнез Обязательно нужно выяснить характер, интенсивность, локализацию и иррадиацию боли, время ее появления и исчезновения, продолжительность, что усиливает и уменьшает боль. Уточняют наличие следующих симптомов:

- потеря аппетита, тошнота, рвота;
- учащенное и болезненное мочеиспускание;
- запор, понос.

Выясняют, какие лекарственные средства принимает больной. У девочек уточняют регулярность и характер менструаций.

При сборе анамнеза следует получить ответы на ряд важных вопросов:

- покажите, где болит.
- болит ли здесь с самого начала, или боль появилась в другом месте?
- боль постоянная или схваткообразная?
- какова интенсивность боли (по десятибалльной шкале)
- была ли раньше такая боль?
- что еще беспокоит, помимо боли?
- что усиливает боль?, что уменьшает?
- какое влияние на боль оказывает пища, молоко, пищевая сода, антациды?
- есть ли ознобы, потливость, боль при мочеиспускании?
- не было ли поноса или запора, крови в кале?
- не было ли нарушений мочеиспускания? Не изменялся ли цвет мочи?
- перечислите лекарственные средства, которые принимает ребенок.
- перенесенные ранее операции
- какова продолжительность менструального цикла? Не было ли задержек менструации? и т.д.

Физикальное исследование

Физикальное исследование проводят по следующему плану:

- оценка общего состояния.
- осмотр рта,
- оценка основных физиологических показателей (пульс, температура, АД, частота дыхания),
- при боли в эпигастрии — исследование сердца и легких, особенно если нет признаков поражения органов брюшной полости,
- исследование живота — осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация,

исследование проводят в положении лежа на спине, живот должен быть обнажен полностью,

- исследование слабых мест брюшной стенки,
- исследование пульса на бедренных артериях,
- исследование грудного и поясничного отделов позвоночника (при подозрении на остеохондроз или остеоартроз),
- у мальчиков — ректальное, у девочек — гинекологическое исследование,
- исследование мочи — определение лейкоцитов, эритроцитов, глюкозы, кетоновых тел и порфиринов,
- поиск отдельных симптомов, таких, например, как симптом Мерфи (болезненность на высоте вдоха при пальпации желчного пузыря, наблюдается при остром холецистите), симптомы поясничной и запирательной мышц.

Общие рекомендации

- Живот пальпируют очень осторожно. Во время пальпации ищут симптомы раздражения брюшины — напряжение мышц передней брюшной стенки и симптом Щеткина—Блумберга. Место наибольшей болезненности обычно соответствует положению пораженного органа.
- Во время исследования просят больного показать место наибольшей болезненности — при раздражении брюшины (соматическая боль) боль локальна, больной может указать ее место пальцем; при поражении внутренних органов (висцеральная боль) боль разлитая, больной показывает, где болит, кладя на живот ладонь.
- При наличии мерцательной аритмии исключают острое нарушение мезентериального кровообращения.
- При тахикардии исключают сепсис и гиповолемию.
- При гиповолемическом шоке исключают внутрибрюшное кровотечение.
- Одышка наблюдается при сепсисе, пневмонии, ацидозе.

При приеме кортикостероидов клиническая картина острого живота бывает стертой

Лабораторные исследования

Лабораторные признаки некоторых заболеваний:

- анемия (вследствие хронической кровопотери) возникает при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при злокачественных новообразованиях и эзофагите,
- изменение формы эритроцитов характерно для серповидно-клеточной анемии,
- лейкоцитоз наблюдается при аппендиците, остром панкреатите, мезадените (в первые сутки заболевания), остром холецистите, пиелонефрите,
- увеличение СОЭ наблюдается при злокачественных новообразованиях, болезни Крона, абсцессах брюшной полости,
- повышение активности амилазы сыворотки более чем в 5 раз характерно для

острого панкреатита; прободной язве желудка или двенадцатиперстной кишки, разрыве эмпиемы желчного пузыря или аневризмы брюшной аорты,

- изменения в общем анализе мочи:
 - гематурия — наблюдается при почечной колике (вследствие обструкции мочевых путей камнем или сгустком крови) и при инфекции мочевых путей,
 - лейкоцитурия — характерна для инфекции мочевых путей, а также для аппендицита (при тазовом расположении аппендикса),
 - билирубинурия — возникает при болезнях печени и желчного пузыря.
 - кетонурия — наблюдается при диабетическом кетоацидозе.
 - газ в моче появляется при пузырно-кишечных свищах (осложнение дивертикулита, тазовых абсцессов, злокачественных новообразований).
- кровь в кале наблюдается при остром нарушении мезентериального кровообращения, инвагинации кишечника (стул в виде смородинового желе), раке толстой кишки, дивертикулите, болезни Крона

Инструментальные исследования

- Рентгенографию брюшной полости выполняют в прямой проекции в положении стоя и лежа. Можно обнаружить следующее:
 - камни в почечных лоханках и мочеточниках (видны в 70% случаев),
 - камни в желчном пузыре (видны в 10— 30% случаев),
 - кальцификаты при аневризме брюшной аорты,
 - раздутая газом сигмовидная кишка при ее завороте, раздутая газом слепая кишка — при толстокишечной непроходимости,
 - раздутые газом кишечные петли с уровнями жидкости при кишечной непроходимости,
 - нечеткость контуров правой поясничной мышцы при аппендиците (с ретроцекальным расположением аппендикса),
 - газ под куполом диафрагмы при прободной язве желудка или двенадцатиперстной кишки.
- УЗИ брюшной полости позволяет выявить следующее:
 - камни в желчном пузыре,
 - истинные и ложные кисты поджелудочной железы,
 - аневризма брюшной аорты,
 - опухоли органов брюшной полости, метастазы в печень,
 - утолщение стенки аппендикса при аппендиците.
 - параколит.

- Эндоскопические методы — эзофагогастродуоденоскопия, ректороманоскопия. колоноскопия.ЭКГ

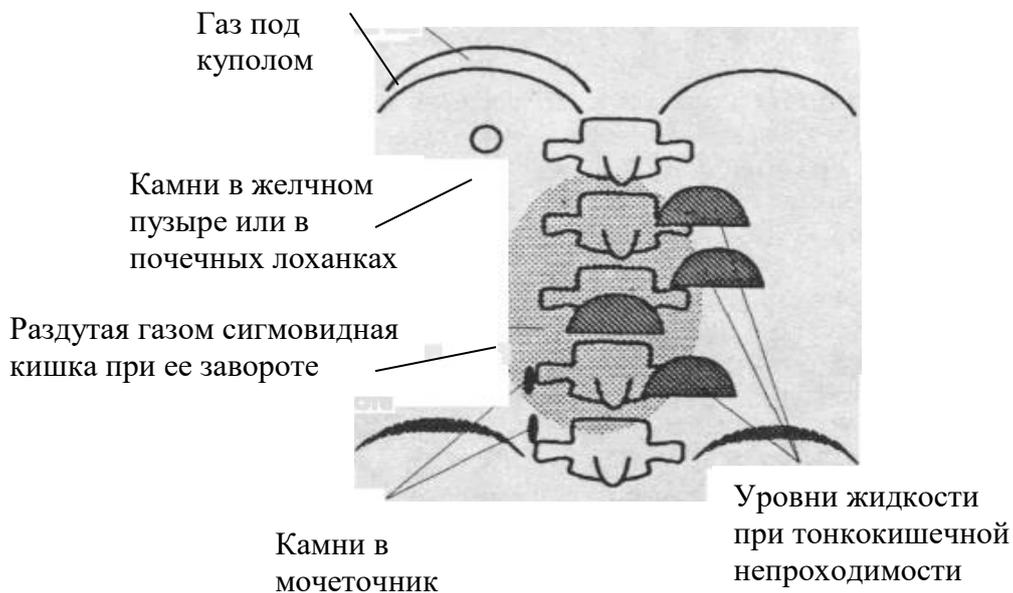


Рисунок 1. Рентгенологические находки при остром животе (рентгенограмма брюшной полости в прямой проекции)

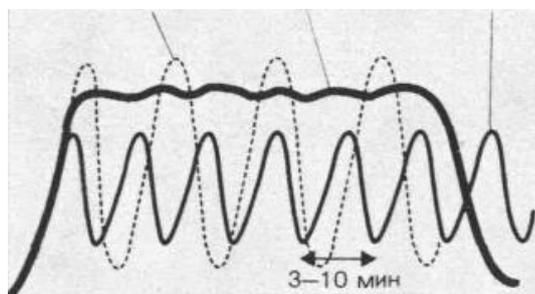
Характер боли

Боль при остром животе может быть постоянной и приступообразной. Приступообразная боль — с постепенным нарастанием, а затем полным исчезновением — называется коликой. Различают кишечную, почечную и желчную колики (рис.2). Несмотря на то что боль при заболеваниях почек и желчного пузыря называется коликой, она нередко бывает постоянной. Боль же при обструкции мочеточника обычно имеет характер именно колики.

Локализация боли

Характерная локализация боли в животе при заболеваниях органов брюшной полости представлена на рис. 3 и 5. Боль в эпигастрии наблюдается при заболеваниях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, селезенки, печени и желчного пузыря. При заболеваниях печени и желчного пузыря боль нередко смещена от срединной линии вправо, а при заболеваниях селезенки — влево. Боль в области пупка возникает при заболеваниях тонкой кишки, а в гипогастрии — при заболеваниях прямой кишки.

Почечная колика Желчная колика Кишечная колика



Время, мин

Рисунок 2. Характер боли при кишечной, почечной и желчной колике

Острая боль в животе

Дифференциальная диагностика при острой боли в животе представлена в табл. 3,4

Таблица 3.

Хирургические заболевания — причины острого живота

Патологический процесс	Орган	Заболевание
Воспаление	Кишечник Аппендикс Аппендицит Желчный пузырь Холецистит Поджелудочная железа Панкреатит Маточные трубы Сальпингит	Воспалительные заболевания кишечника
Перфорация	Двенадцатиперстная кишка Желудок Толстая кишка (дивертикул или опухоль) Желчный пузырь Аппендикс	Прободная язва двенадцатиперстной кишки Прободная язва желудка Каловый перитонит Желчный перитонит Перфоративный аппендицит, перитонит
Обструкция	Желчные пути Тонкая кишка Толстая кишка Почечные лоханки мочеточники Мочеиспускательный канал Брыжеечные артерии	Желчная колика Тонкокишечная непроходимость Толстокишечная непроходимость Почечная колика Острая задержка мочи Инфаркт кишки
Кровотечение	Маточные трубы	Разрыв маточной трубы при

	Печень и селезенка Яичники Брюшная аорта	внематочной беременности Разрыв печени и селезенки Разрыв кисты яичника Разрыв аневризмы брюшной аорты
Ишемия	Сигмовидная кишка Яичник Яичко	Заворот сигмовидной кишки Перекрут ножки кисты яичника Перекрут яичка

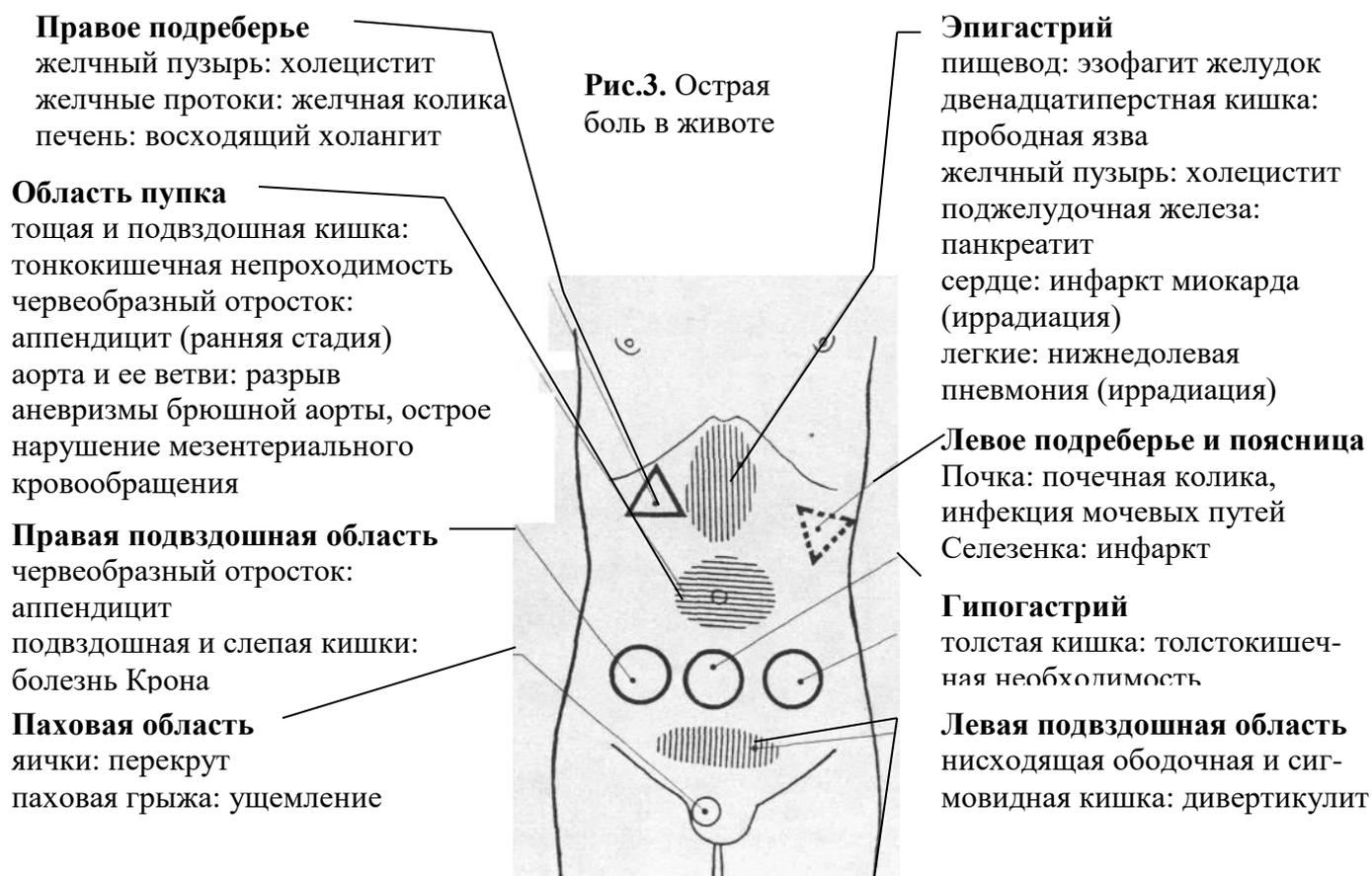


Таблица 4.	Надлобковая область мочевой пузырь: цистит; матка: эндометрит; придатки: перекрут ножки или разрыв кисти яичника, разрыв маточной трубы при внематочной беременности, острый сальпингоофорит
Дифференциал	
Самые частые причины.	

Кишечная колика у грудных детей, гастроэнтерит, мезаденит

Наиболее опасные заболевания: Инвагинация кишечника, острый аппендицит, кишечная непроходимость

Источники неверного диагноза:

Запор, перекрут яичка, дефицит лактазы

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Инфекции

- эпидемический паротит
 - ангина
 - пневмония
 - инфекционный мононуклеоз
 - инфекция мочевых путей
- Редкие причины

- воспаление дивертикула Меккеля
- геморрагический васкулит
- болевой криз при серповидноклеточной анемии
- отравление свинцом

Семь главных притворщиков

Депрессия, сахарный диабет, побочное действие лекарственных средств и интоксикация, анемия, болезни щитовидной железы, болезни позвоночника инфекция мочевых путей, психические нарушения и симуляция, весьма вероятно психогенная боль в животе

- Физикальное исследование не выявляет отклонений от нормы.

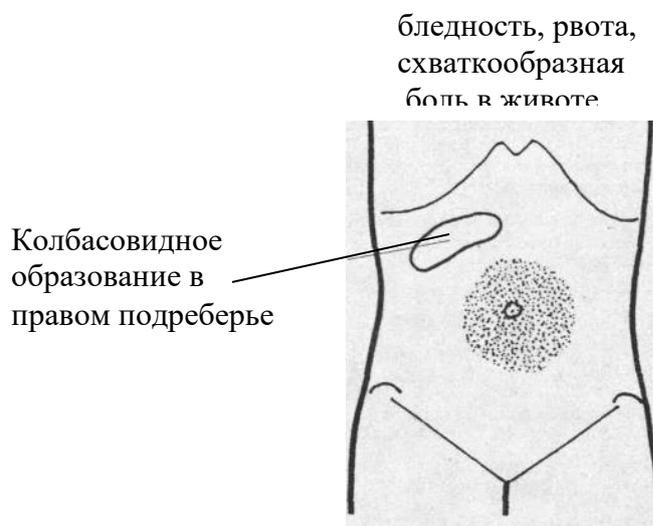


Рисунок 4. Клиническая картина инвагинации кишечника

Инвагинация кишечника

Инвагинация кишечника — это внедрение одной кишечной петли в просвет другой с развитием кишечной непроходимости. Чаще всего инвагинация возникает в области илеоцекального угла.

Заболевание, как правило, наблюдается у детей от 5 месяцев до 2 лет (обычно — в 6—12 месяцев), чаще у мальчиков. Характерна внезапная схваткообразная боль, длительность приступов — 2—3 мин, интервалы между ними — 15—20 мин.

Диагноз необходимо поставить как можно раньше, поэтому у детей при любой кишечной колике в первую очередь исключают инвагинацию.

Клиническая картина: (см. рисунок 4)

Классическая триада симптомов: внезапная схваткообразная шоковая боль (ребенок бледнеет), кровотечение из прямой кишки (комочки слизи в виде малинового желе), пальпирующийся инвагинат.

- Ребенок бледен, беспокоен, слаб, плачет.

- При пальпации живота в правом подреберье определяют колбасовидное образование, а в правой подвздошной области — «пустое пространство».
- Во время приступа боли при аускультации живота слышны громкие кишечные шумы.
- При ректальном исследовании в ампуле прямой кишки иногда обнаруживается кровь
- Выполняют ирригоскопию.

Дифференциальная диагностика

Проводят с острым гастроэнтеритом, каловыми камнями, ущемленной паховой грыжей, заворотом.

- При остром гастроэнтерите боль в животе не столь продолжительна, как при инвагинации, обычно наблюдается лихорадка, обильный водянистый стул, объемное образование в животе не пальпируется. Сомнения возникают, когда стул необилен и имеется примесь крови и слизи. В таких случаях следует подозревать инвагинацию кишечника и направлять больного к хирургу.
- Каловые камни обычно возникают у детей старшего возраста, страдающих запорами.

Лечение

В большинстве случаев требуется оперативное лечение, иногда, однако, эффективно введение газа в ободочную кишку. Устранение инвагинации может произойти и во время ирригоскопии.

Курение и употребление наркотиков

Причиной кишечной колики у детей может быть курение, употребление гашиша, кокаина или героина.

Острый аппендицит

У детей старше 3 лет острый аппендицит встречается чаще, чем у взрослых. В 80% случаев аппендицит у детей сопровождается рвотой, в 20% случаев — поносом. Температура обычно повышена незначительно и лишь в 5% случаев она превышает 39°C. Физикальное исследование (пальпация живота, ректальное исследование) у детей нужно проводить очень аккуратно, для этого требуется много такта, терпения и настойчивости.

Боль в эпигастрии, смещающаяся в правое подвздошье. Боль ноющая, умеренная, при тазовом остром аппендиците - в надлобковой области.

Трудности возникают при тазовом расположении аппендикса. Аппендицит в этом случае сопровождается поносом и рвотой и напоминает гастроэнтерит. В неясных случаях считают, что у ребенка острый аппендицит, и направляют его к хирургу. Особенно трудно распознать аппендицит у детей младшего возраста и при задержке умственного развития: нередко это удается сделать только после перфорации аппендикса и развития перитонита.

Диагноз основывается на клинические и анамнестические данные, данные объективного осмотра. Вспомогательны - лабораторные данные, в неясных случаях - данные УЗИ.

Дифференциальная диагностика острого аппендицита и мезаденита

Аппендицит следует дифференцировать с мезаденитом, поскольку симптомы их очень схожи. Следует помнить, что боль при мезадените не столь локализована, напряжение мышц передней брюшной стенки выражено незначительно, реже наблюдается потеря аппетита, тошнота и рвота, но температура обыч- но выше (табл. 5) Мезаденит длится около 5 суток и заканчивается выздоровлением. Нередко при физикальном исследовании точный диагноз установить не удастся — тактика в этих случаях аналогична таковой при остром аппендиците. Нужно, однако, иметь в виду, что больные с мезаденитом в целом плохо переносят общую анестезию, у них высок риск ранних послеоперационных осложнений. .

Таблица 5.

Дифференциальная диагностика острого аппендицита и мезаденита у детей

	Острый аппендицит	Мезаденит
Возраст	Старший	Младший
Место появления боли	В области пупка с последующим перемещением вправо	Правая подвздошная область, реже область пупка
Предшествующие острые респираторные вирусные инфекции или ангины	Редко	Часто
Беспокойство, тошнота, рвота	Выражены	Встречаются редко
Кожа	Бледная	Румянец
Температура	Нормальная или слегка повышенная	Высокая
Пальпация живота Болезненность в правой под- Напряжение мышц передней брюшной стенки выражено незначительно	Болезненность в правой под- вздошной области Напряжение мышц передней брюшной стенки	Болезненность в правой подвздошной области Напряжение мышц передней брюшной стенки выражено незначительно
Ректальное исследование	Болезненно	Болезненно в меньшей степени
Симптомы запирательной	Положительные	Отрицательные и поясничной мышц

Рецидивирующая боль в животе

Рецидивирующая боль в животе наблюдается примерно у 10% школьников, при этом органические причины боли удастся выявить лишь у 5—10% из них [8]. Гипотеза о роли психических факторов в происхождении рецидивирующей боли в животе популярна, но остается недоказанной [8].

При любой рецидивирующей боли в животе в первую очередь исключают

органические причины. Признаки того, что боль вызвана органическими причинами:

- локализация — в любой области живота, кроме пупка,
- иррадиация,
- боль возникает ночью, мешает спать,
- приступы боли сопровождаются рвотой,
- между приступами наблюдается недомогание,
- имеется замедление физического развития и похудание.

Наиболее частые причины рецидивирующей боли в животе у детей:

- абдоминальная форма ассоциированной мигрени (приступ сопровождается выраженной бледностью),
- дефицит лактазы (боль в животе возникает после употребления молока),
 - кишечные гельминтозы (нередко дети просыпаются от боли вскоре после засыпания).

Чтобы выяснить причину боли, проводят следующие исследования:

- микроскопия и посев кала,
- анализ мочи,
- общий анализ крови, включая определение СОЭ.

Рецидивирующая боль в животе при психических нарушениях

Признаки функционального происхождения боли в животе:

- боль в области пупка, отсутствие иррадиации,
- тяжелые и частые кишечные колики, обычно днем,
- длительность приступа не более 1 ч,
- отсутствие рвоты,
- безболезненность при пальпации,
- тревожность, педантичность, чрезмерная родительская опека.

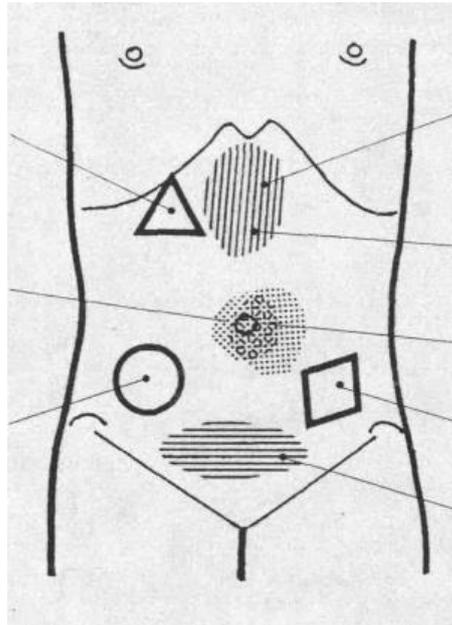
Принципы лечения

- Исключают органические причины боли в животе.
- Если заболеваний органов брюшной полости нет, то ребенка и его родителей успокаивают, объясняют, что подобное состояние встречается часто и проходит самостоятельно.
- Выясняют, какие у ребенка взаимоотношения в семье и в школе, нет ли у него постоянного эмоционального перенапряжения.
- Проводят психотерапию, с тем чтобы не дать ребенку «уйти в болезнь».
- В трудных случаях направляют ребенка к психологу.

Хронический холецистит
Желчная колика
Хронический гепатит
Сердечная недостаточность

Хроническое нарушение
мезентериального
кровообращения

Хронический аппендицит
Болезнь Крона



Язвенная болезнь желудка
и двенадцатиперстной
кишки
Рефлюкс-эзофагит
Рак желудка

Хронический
панкреатит

Синдром раздраженной
кишки

Дивертикулит
Запор

**Гинекологические
заболевания**

Воспалительные
заболевания женских
половых органов
Овуляторная боль
Опухоли яичников

**Рисунок 5. Рецидивирующая и хроническая
боль в животе**

Хроническая боль в животе

Кишечная колика у новорожденных и грудных детей

Кишечная колика наблюдается примерно у 30% новорожденных и грудных детей. Колика обычно появляется в возрасте 2—16 недель (особенно часто в 10 недель) и продолжается не менее 3 недель. Выяснить причины, как правило, не удается.

Клиника

- Внешне здоровый ребенок беспричинно плачет и капризничает.
- Приступы возникают во второй половине дня и продолжаются не менее трех часов, возникают не реже трех раз в неделю.
- Во время колики ребенок подтягивает ноги и руки к животу.

Лечение

Родителей успокаивают, затем подробно объясняют им, что делать.

- Освещение в комнате ребенка должно быть неярким, музыка и разговоры негромкими, во время кормления нельзя шуметь.
- Следует избегать резких движений, они могут испугать ребенка.
- Ребенок должен быть сыт.
- Если ребенок находится на естественном вскармливании, то перед каждым кормлением мать должна сцеживать первую порцию молока.
- Чтобы предотвратить отрыжку, ребенка во время кормления держат вертикально.
- Во время колики ребенка успокаивают игрушками и соской, берут его на

руки, носят по комнате. Для ношения ребенка мать может использовать сумку-кенгуру.

- Колики не столь опасны: при необходимости ребенка можно оставить на 10—15 мин.
- Медикаментозного лечения обычно не требуется. В тяжелых случаях назначают симетикон.

В этот сложный для нее период мать ребенка должна полноценно отдыхать.

Синдром раздраженного кишечника (СРК)- комплекс функциональных кишечных нарушений продолжительностью свыше 12 нед. за истекший год, включающий в себя боли в животе, уменьшающиеся после акта дефекации, диспептические расстройства (метеоризм, урчание, поносы, запоры или их чередование, чувство неполного опорожнения кишечника, императивные позывы на дефекацию и др.)

Диагностика Процесс диагностики может быть условно разделен на несколько этапов.

I этап - постановка предварительного диагноза СРК на основании соответствия жалоб больного;

II этап - выделение доминирующего симптома (боль, диарея, запор).

III и IV этапы включают целенаправленное исключение органических заболеваний. Для этого проводится "оптимум" диагностических тестов, куда входят: клинический анализ крови, копрограмма, УЗИ, сигмоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, V этап - назначение первичного курса лечения на 3-6 нед.

VI этап - при эффективности проведенного курса лечения ставится окончательный диагноз СРК, при неэффективности решается вопрос о дополнительных методах обследования индивидуально для каждого больного с целью уточнения диагноза.

Дифференциальная диагностика

Состояния, с которыми необходимо дифференцировать диагноз СРК, разнообразны и схематично могут быть представлены следующим образом.

1. Реакции на продукты питания, например, кофеин, алкоголь, жиры, молоко, овощи, фрукты, черный хлеб и др., на обильный прием пищи, изменение привычек питания.
2. Реакции на прием лекарственных средств (слабительных, препаратов железа, антибиотиков, препаратов желчных кислот).
3. Кишечные инфекции (бактериальные, амебные).
4. Воспалительные заболевания кишки (язвенный колит, болезнь Крона, микроскопические колиты, мостоцитоз).
5. Синдром мальабсорбции (постгастрэктомический, панкреатический, энтеральный).
6. Состояния ЦНС (переутомление, испуг, волнение, острый стресс, эмоциональные нагрузки).

7. Психопатологические состояния (депрессия, синдром тревоги, панические атаки, синдром соматизации).
8. Нейроэндокринные опухоли (карциноидный синдром, VIP-ома).
9. Эндокринные заболевания (тиреотоксикоз).
10. Гинекологические заболевания (эндометриоз, повторные гинекологические операции).
11. Функциональные состояния у женщин (предменструальный синдром, беременность, климакс).
12. Проктоанальная патология (синдром опущения промежности, одиночная ректальная язва).

Лечение

Психосоциальная адаптация. Ведущую роль в лечении СРК играют разъяснительные беседы. Лечение является основой успеха в лечении больных с СРК.

Диетические рекомендации.

Медикаментозное лечение. Целесообразна симптоматическая терапия - применение спазмолитиков, антидиарейных, слабительных препаратов. На сегодняшний день не существует жесткой схемы лечения этих больных.

Гастриты у детей часто сочетаются с пептическими язвами. *Helicobacter pylori* (НР) — основной этиологический фактор, приводящий к развитию воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка. Другие причины гастрита: аллергия, приём алкоголя и НПВС, проникающая радиация.

1. Симптомы: боли в животе (в частности, в эпигастрии), тошнота, рвота и редко — кровотечение.

2. Диагноз может быть затруднён, так как рентгенологическое исследование с барием при этом заболевании не информативно. Если клиническая картина очевидна, проводится эндоскопия и биопсия слизистой оболочки (выяснение типа воспаления и возможного инфицирования НР).

3. Терапия

а. Если гастрит развился после приёма аспирина или других медикаментов, их применение следует прекратить и провести короткий курс лечения (1-2 недели) антацидами или H₂-блокаторами.

Когда гастрит сочетается с язвенной болезнью желудка, проводят шестинедельный курс лечения (антациды или H₂-блокаторы). Если при биопсии обнаружили НР, терапию дополняют суспензией субсалицилата висмута, амоксициллином, метронидазолом или различными их сочетаниями в виде двух-трёх недельного курса.

Пептическая язва детей до шести лет пептическая язва обнаруживается с равной частотой у девочек и мальчиков (с одинаковой локализацией в двенадцатиперстной кишке и желудке и с идентичными причинами их возникновения [лекарственные препараты, стресс]). У детей старше шести

лет язвы чаще встречаются у мальчиков с преимущественной локализацией в двенадцатиперстной кишке.

1. Клиника

а. У новорождённых кровотечение и перфорация — первые симптомы язвы желудка, часто вторичной (на фоне сепсиса или РДС).

б. У детей раннего возраста при язве наблюдаются плохой аппетит и рвота. Кровотечение встречается довольно часто и возникает как при первичной (идиопатической), так и при вторичной (стрессовой) язве.

с. У детей старшего возраста боль — ведущий симптом. Хотя у многих больных наблюдается классическая язвенная боль, уменьшающаяся после приёма пищи, часть больных указывает на усиление болей после еды. Скрытое или явное кровотечение встречается у половины страдающих язвенной болезнью детей школьного возраста.

2. Диагноз. Эндоскопия верхних отделов ЖКТ предпочтительнее контрастной рентгенографии. При эндоскопии возможна биопсия с последующей микроскопией биоптата для уточнения диагноза (например, аллергический генез язвы) или выявления возбудителя заболевания (НР).

3. Терапия. При вторичной язве терапия должна быть направлена на основное заболевание. Лечение пептической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки ориентировано на нейтрализацию кислоты желудочного сока (антациды) или снижение секреции (антагонисты H_2 -гистаминовых рецепторов). Цель обоих методов — поддержание pH желудочного сока выше 5. В последнее время при лечении язвенной болезни применяют препараты цитопротективного действия (например, сукралфат). а. Лекарственные препараты

(1) Антациды. В остром периоде антациды назначают *per os* или через назогастральный зонд в дозе 0,5 мл/кг каждые 1-2 ч Антагонисты H_2 -рецепторов. В детской практике назначают ранитидин (2-3 мг/кг каждые 12 часов, *per os*; 1-1,5 мг/кг каждые 8 часов в/в) и циметидин (7,5-10 мг/кг каждые 6 часов *per os* или в/в). Ранитидин предпочтительнее циметидина, так как он не подавляет активность ферментных цитохром P₄₅₀-зависимых систем печени. Длительность лечения. Рекомендуется 6-недельный курс. У трети детей с первичной пептической язвой бывает, по крайней мере, один рецидив. Наиболее высока частота рецидивов в юношеском возрасте. В ограничении диеты нет необходимости, но исключают вещества, усиливающие секрецию желудочного сока (алкоголь, кофе).

Хронические гастродуодениты

Целесообразно выделить три варианта клинических проявлений хронических гастродуоденитов.

1. У большинства детей с хроническим гастродуоденитом с экзогенными факторами более выраженные изменения определяются в слизистой оболочке антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки в виде воспаления,

субатрофии и (или) гиперплазии слизистой, эрозивных поражений. Нозологически они могут определяться как гастродуоденит, антральный гастрит, дуоденит, эрозивный антральный гастрит или дуоденит. Особенностью этого варианта течения болезни являются сохраненная или повышенная функция кислото- и ферментообразования, дискоординация секреторной и двигательной функций желудка и двенадцатиперстной кишки. У больных отмечаются раздражительность, головные боли. Аппетит часто сохранен. Диспепсические расстройства (изжога, отрыжка кислым) связаны, как правило, с кардиальной недостаточностью пищевода. Иногда у детей отмечается повышенная жажда. Язык часто обложен белым налетом. *Боли в животе интенсивны, локализуются в эпигастрии и пилородуоденальной зоне, возникают не только после еды, но и натощак. Нередко боли прекращаются после приема пищи.* Больные этой группы склонны к запорам.

2. При большой длительности заболевания и преобладании эндогенных, токсических факторов риска в патологический процесс вовлекается фундальный отдел желудка, при этом наряду с воспалительными, атрофическими, субатрофическими изменениями, очаговой атрофией часто определяются множественные эрозии средней трети слизистой оболочки желудка. Нозологической формой у этого контингента детей может быть фундальный гастрит, гастродуоденит с поражением железистого аппарата желудка, эрозивными изменениями. Особенности этого варианта болезни являются снижение кислото- и ферментообразования, атония пищеварительного органа.

У больных отмечаются слабость, вялость, быстрая утомляемость, диспепсические проявления - чувство тяжести, распирающая в эпигастрии после приема пищи, тошнота, иногда отрыжка воздухом. *Боли в животе тупые, малоинтенсивные, возникают после приема пищи.* У детей регистрируются метеоризм, склонность стула к послаблению. Пальпаторно определяется болезненность в верхней и средней трети пространства между мечевидным отростком и пупком.

3. Наличие у ребенка наследственно обусловленных морфофункциональных изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, способных трансформироваться в язвенную болезнь, рассматривается как предязвенное состояние. У детей определяется гиперплазия фундальных желез слизистой оболочки желудка с увеличением количества главных, обкладочных клеток. Нозологическая форма может быть определена как гастрит, гастродуоденит, дуоденит с высоким непрерывным кислото и ферментообразованием и выраженными воспалительными, гиперпластическими, эрозивными изменениями в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки.

Клинические проявления сходны с таковыми язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Ведущий симптом - *тощачковые боли: до еды и*

через 2-3 ч после приема пищи. Боли интенсивные, приступообразные, колющие, режущие, локализуются в пилородуоденальной зоне, левом подреберье. Характерна отрыжка кислым. Сезонность болевого синдрома (весна, осень) отмечается у 1/3 - 1/2 больных. Стул у этих больных со склонностью к закреплению или имеют место запоры.

При пальпации живота четко выявляется болезненность в пилородуоденальной зоне, симптом Менделя положителен (болезненность при перкуссии).

Язвенная болезнь

Рассматривая клинические проявления язвенной болезни, необходимо подчеркнуть "омоложение" заболевания; в настоящее время язвенная болезнь может быть диагностирована у детей с 5-6-летнего возраста.

Язвенные поражения в основном (85%) локализуются на передней или задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, у 15% больных отмечаются постбульбарные (внелуковичные) язвы. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки встречается в 6-7 раз чаще, чем язвенная болезнь желудка. Представлена рабочая классификация язвенной болезни у детей, широко используемая в клинической практике. У детей проявления язвенной болезни разнообразные и зависят от стадии и локализации дефекта.

Для язвы двенадцатиперстной кишки характерны голодные боли (натощак или спустя 1,5-2 ч после еды). У подавляющего большинства детей отмечаются ночные боли. Боли по характеру приступообразные, режущие, колющие, иррадируют в спину, правое плечо, лопатку. Локализация болей определяется местонахождением язвы: боли чаще возникают в эпигастральной области и справа от средней линии. Пальпация живота затруднительна, отмечается болезненность в пилородуоденальной зоне. Рвота у больных возникает чаще на высоте болевого синдрома. Диспепсические проявления (изжога, отрыжка кислым) при язвенной болезни свидетельствуют о недостаточности кардии. Аппетит у детей чаще всего сохранен, иногда даже усилен. Язык обложен белым налетом, влажный. Запоры характерны для больных с обострением заболевания. Отмечается сезонность болевого и диспепсического синдромов (весна, осень).

Внелуковичные, или постбульбарные, язвы характеризуются более тяжелым и осложненным течением болезни. Боли упорные, особенно сильные ночью (дети от них просыпаются).

Клиническая характеристика язвы желудка имеет ряд особенностей и определяется локализацией язвы (в кардиальном или антральном отделе желудка).

При локализации язвы в кардиальном отделе желудка характерны ранние боли в животе, возникающие непосредственно после приема пищи. Болевой синдром сопровождается тошнотой, отрыжкой воздухом. Боли локализуются под мечевидным отростком. Язвы в антральном отделе

желудка сопровождаются приступами сильных болей в животе, не связанных с приемом пищи, иррадирующих в спину, за грудину. Сезонность обострения заболевания менее типична, чем при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Осложнения язвенной болезни:

- кровотечение, сопровождающееся рвотой с примесью крови, меленой, слабостью, головокружением; одним из первых признаков является тахикардия;
- пенетрация, характеризующаяся упорным болевым синдромом, резкими болями, иррадирующими в спину, рвотой, не приносящей облегчения, и упорной изжогой;
- перфорация, возникающая остро и сопровождающаяся резкой болью в эпигастральной области, напряжением передней брюшной стенки и симптомами раздражения брюшины. Перистальтика ослаблена или отсутствует.

Высокая инфицированность детского населения *Helicobacter pylori* (НР), достигающей 58-72% к 13-15 годам жизни, связывается с более частыми рецидивирующими болями в животе, рвотой и геморрагическим синдромом (носовое кровотечение, кровоточивость десен, кровоизлияния в слизистую оболочку желудка). Отмечаемые при эндоскопии изменения слизистой оболочки желудка в виде "бульжной мостовой", "нодулярный гастрит" вряд ли могут быть отнесены к маркерам инфицированности слизистой оболочки желудка НР.

Диагностика

Наблюдения в гастроэнтерологической клинике свидетельствуют, что тщательное изучение анамнеза, анализ факторов риска, оценка клинических проявлений болезни, осмотр ребенка и пальпаторное исследование органов брюшной полости позволяют в 70-80% случаев своевременно распознать заболевание желудка и двенадцатиперстной кишки. Затруднения в диагностике на ранних этапах развития болезни часто связаны с вовлечением в патологический процесс других органов пищеварения (поджелудочная железа, гепатобилиарная система, кишечник), что обуславливает "смазанность" клинических проявлений хронических гастродуоденитов и язвенной болезни у детей.

Дополнительные методы исследования желудка и двенадцатиперстной кишки могут быть разделены на три группы.

1. Методы, основанные на изучении морфологических особенностей желудка и двенадцатиперстной кишки (рентгенологические исследования, гастродуоденофиброскопия).
2. Методы изучения функционального состояния гастродуоденальной системы (фракционное желудочное зондирование, рН-метрия, и др.).
3. Методы выявления НР.

Дифференциальная диагностика

Гастроуденит и язвенную болезнь у детей в первую очередь следует дифференцировать с заболеваниями верхних отделов ЖКТ: с заболеваниями пищевода (эзофагит, грыжа пищеводного отверстия) отмечаются боли в подложечной области в сочетании с диспептическими явлениями (тошнота, изжога), усиливающимися или ослабевающими в зависимости от перемены положения тела. Пальпаторно имеется максимальная болезненность в области мечевидного отростка. Верификация диагноза достигается с помощью эндоскопического и рентгенологического методов исследования.

Большие трудности возникают в дифференциальной диагностике с холецистохолангитом (ХЦХ). Это обуславливается тем, что при гастродуоденальной и гепатобилиарной патологии наблюдаются дискинетические проявления которые нередко сходны. Кроме того, у детей с гепатобилиарной патологией могут наблюдаться «ночные» и голодные боли, связанные с пилороспазмом и растяжением желчного пузыря. Острый ХЦХ, особенно гнойный, сопровождается сильным болевым синдромом в правом подреберье и перитонеальными симптомами, высоким нейтрофильным лейкоцитозом. Клиника хронического ХЦХ очень сходна с дискинетическими нарушениями. Характерными признаками поражения билиарной системы являются увеличение печени, обусловленное подпеченочным холестазом, максимальная болезненность в правом подреберье, увеличение активности в крови экскреторных энзимов (щелочной фосфатазы, лейцинаминопептидазы, гаммаглутаминтранспептидазы)- биохимических маркеров холестаза. Болевой синдром характеризуется полиморфизмом, отсутствием четкой сезонности и связи с приемом пищи. Боли усиливаются после жирных и острых блюд.

Заболевания гастродуоденальной зоны приходится дифференцировать с энтероколитом. Для последнего характерно не менее трех их наиболее типичных симптомов: 1- вздутие и урчание в животе; 2- непереносимость половине живота заставляет проводить диф.диагностику с почечной коликой (мочекаменная болезнь). Для колики характерны боли в правой поясничной области ис иррадиацией по ходу мочеточника (в ногу, половые органы), дизурические явления, гематурия, положительный симптом Пастернацкого. Истинной диагностике способствует анализ мочи, при необходимости УЗИмолока, каш, фруктов и овощей; 3- умеренные или сильные схваткообразные боли с локализацией около дефекации или отхождения газов; 4- неустойчивый стул 5- полифекалия. Диагностику способствуют исследования кала копрологическое, бактериологическое. На простейшие и гельминты, а также рентгенологическое исследование.

Внезапное появление болей с преимущественной локализацией в правой.

Лечение

Лечение хронических гастродуоденитов и язвенной болезни должно быть комплексным, включать физический и психический покой в период

обострения, лечебное питание, медикаментозную терапию и физиолечение. При обострении заболевания назначается постельный режим на 3-5 дней, по мере стихания болевого и диспепсического синдромов режим расширяется. При хронических гастродуоденитах с повышенной кислотностью и язвенной болезни используются столы №1а, №1б. Хронические гастродуодениты с секреторной недостаточностью нуждаются в диете, в состав которой входят сокогонные вещества. Этому контингенту детей назначается стол №2. Указанные диеты рекомендуются и после выписки ребенка из стационара в течении 3-6-12 мес. В дальнейшем диета расширяется, но исключаются копчености, консервы, баранина и свинина. Медикаментозная терапия назначается с учетом нозологической формы и состояния секреторной функции желудка. Больным хроническим гастродуоденитом с повышенной кислотностью и язвенной болезнью назначают антациды для блокирования кислотно-пептического фактора. В педиатрии используются невсасывающиеся антациды, содержащие Al/Mg. Альмагель, альмагель А - комбинированные препараты гидроксида алюминия, окиси магния - назначаются по 1 мерной ложке 3-4 раза в день. Фосфалюгель наряду с блокадой кислотно-пептического фактора повышает защитный слизистый барьер, обладает большой буферной емкостью; назначается по 1-2 пакетика 3-4 раза в день. Гастрофарм помимо нейтрализации кислоты стимулирует репаративные процессы в гастродуоденальной слизистой оболочке и назначается по 1/2-1 таблетке 3-4 раза в день. Маалокс - невсасывающийся антацидный препарат, содержащий гидроксид алюминия и магния, - применяется как адсорбирующее, обволакивающее и антацидное средство по 10-15 мл суспензии 3-4 раза в день. Гастал - буферный антацид, содержащий алюминий, - назначается по 1 таблетке 3 раза в день. Практика показывает, что антациды целесообразно назначать (комбинируя препараты) 4-5 раз в день и обязательно на ночь. Широко используется в детской клинике сукральфат, оказывающий противокислотное, противовоспалительное и спазмолитическое действие в дозе 1/2-1 таблетка 3-4 раза в день натошак. Коллидная соль висмута образует на поверхности язв и эрозий защитную пленку, которая предохраняет их от действия агрессивного желудочного сока. Препарат увеличивает синтез простагландина E₂, стимулирующего образование слизи и секрецию бикарбонатов. Назначается по 1 таблетке 3 раза в день и перед сном. Периферический м-холиноблокатор метацин назначается по 1/2-1 таблетке 3 раза в день перед едой и обязательно перед сном, его следует принимать до исчезновения спонтанных болей. М-холиноблокатор пирензепин, подавляя продукцию гастрина и увеличивая протекторные свойства желудочной слизи, назначается по 0,25 г 3-4 раза в день, курс 3-4 нед. Одновременно с м-холиноблокаторами при выраженном болевом синдроме назначаются спазмолитики. Патогенетически обосновано назначение больным с синдромом "раздраженного желудка" блокаторов

H₂-рецепторы гистамина, снижающих секрето- и кислотообразование, особенно в ночное время. Представителем первого поколения этих препаратов является циметидин, который назначают в дозе 15-20 мг на 1 кг массы тела в сутки.

Препаратами второго и третьего поколения являются ранитидин, применяемый в дозе 4-5 мг на 1 кг массы тела в течение 3-4 нед, фамотидин, назначаемый по 20 мг 2 раза в сутки в течение 4-6 нед, и роксатидин, принимаемый по 75 мг 2 раза в день. Эффективен в лечении язвенной болезни ингибитор протонного насоса омепразол, назначаемый по 10-20 мг 1 раз в день, курс лечения 2 нед. Цитопротекторным свойством обладают простагландины (мизопростол). Для устранения расстройства регулирующих функций ЦНС и снятия эмоциональной напряженности показаны седативные средства и транквилизаторы - курс 2-3 нед. Несмотря на большое количество работ, посвященных лечению гастродуоденальной патологии, ассоциированной с НР, до настоящего времени у педиатров-гастроэнтерологов нет четкого представления о целесообразности выбора двойной, тройной или квадротерапии и антибактериальных средств, которые можно было бы оценить как "золотой стандарт". В настоящее время в качестве антигеликобактерных средств во всем мире используются следующие основные группы препаратов:

- антибиотики (тетрациклин, амоксициллин, оксациллин, кларитромицин и др.);
 - препараты висмута;
 - антипротозойные средства (метронидазол, тинидазол, нитазол);
 - блокаторы H₂-рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин и др.);
 - блокаторы протонного насоса (H⁺ K⁺-АТФазы): омепразол, лансопразол.
- Учитывая противоречивость данных об эффективности различных схем лечения НР у больных хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью по регионам РФ, следует поддержать инициативу Российской группы по изучению НР и, в частности, ответственного секретаря проф. П.Л. Щербакова, представившего на рассмотрение детской секции Российской гастроэнтерологической ассоциации во время IV Российской гастроэнтерологической недели (ноябрь 1998) проект рекомендуемых схем лечения заболеваний, ассоциированных с НР-инфекцией. Широкое обсуждение предложенных рекомендаций, определение оптимальных вариантов будут способствовать повышению эффективности лечения этой патологии у детей. Принципиально иным должен быть подход к лечению хронических гастродуоденитов, протекающих с секреторной недостаточностью за счет поражения слизистой оболочки фундального отдела желудка и подтвержденных данными гистологических и гистохимических исследований слизистой оболочки. Этому контингенту больных необходимо назначение заместительной терапии - бетацид, ацидин-пепсин

по 1/2-1 таблетке 3-4 раза в день во время еды. Курс лечения 2-3 нед. Для стимуляции и восстановления регенерации слизистой оболочки показано назначение белковых гидролизатов. Хорошие результаты получены при назначении курсов пентоксила по 0,05-0,1 г 3 раза в день в течение 2-4 нед и метилурацила по 0,3-0,5 г 3 раза в день в течение 3-4 нед. обязательным в комплексе лечения этого контингента больных является назначение витаминов группы В (В1, В12), С, витамина U в виде солей метионинсульфония по 0,05 г 3 раза в день в течение 3-4 нед. При вовлечении в патологический процесс желчевыводящей системы и поджелудочной железы показано назначение ферментов. Для оптимизации кислотно-пептического фактора наряду с диетой широко используется назначение минеральных вод (славяновская, эссентуки 17, арзни, миргородская и др.). Минеральную воду принимают за 20-30 мин до еды 3-4 раза в день. Курс лечения составляет 4-6 нед. Показаны также настои полыни, шалфея, подорожника, рябины, календулы. Физиотерапевтическое лечение включают электрофорезы, озокеритовые или парафиновые аппликации, индуктотерапию, гидротерапию. Лечебная физкультура обязательна при лечении этой категории больных.

Дискинезии желчевыводящих путей по гипермоторному типу

Клиника: Острые приступообразные боли, возникающие через 30-40 минут после еды; длительность—5-15 минут. Увеличение и болезненность печени — редко. «Пузырные» симптомы отрицательные или слабopоложительные
Частое нарушение неврологического статуса

Диагностика: Дуоденальное зондирование — выделение порции «В» до приёма желчегонного завтрака. Рентгенография — усиленное сокращение жёлчного пузыря в ответ на желчегонный завтрак при оральной холецистографии. УЗИ — усиленное сокращение жёлчного пузыря

Лечение: Диетотерапия. Холеретики (холензим, фламин, аллохол. Спазмолитики (папаверин с платифиллином, но-шпа). Физиотерапия, минеральные воды низкой минерализации, без газа.

Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу

Клиника: Постоянный болевой синдром с периодическими усилениями (боли тупые, ноющие, давящие, возникают через 1-1,5 часа после приёма пищи). Симптомы интоксикации, увеличение печени и её болезненность и положительные «пузырные» симптомы

Диагностика: Дуоденальное зондирование — уменьшение скорости выделения порции «В», изменение её обмена. Оральная холецистография — грушевидная форма жёлчного пузыря, частая деформация, слабое сокращение
УЗИ — те же данные. В просвете жёлчного пузыря нередко регистрируется осадок (плавающие эхосигналы)

Лечение: Диетотерапия Желчегонные препараты (сочетание истинных холеретиков и холекинетиков — сульфат магния). Физиотерапия и минеральные воды

Хронический холецистохолангит

. Клиника: Тупые, приступообразные боли, особенно после жирной и жареной пищи. Увеличение размеров печени, её болезненность. Резко положительные «пузырные» симптомы. Другие симптомы — интоксикация, субфебрилитет, вовлечение в процесс сердечно сосудистой и вегетативной нервной системы.

Диагностика: Дуоденальное зондирование — наличие в осадке хлопьев слизи, кристаллов билирубина и холестер. Повышение активности ферментов — маркёров цитолиза (аминотрансфераз, 5'-нуклеотидазы, у-глутаминтранспептидазы). УЗИ: основной симптом — утолщение стенок жёлчного пузыря .

Осложнение — развитие желчнокаменной болезни

Лечение. Режим, диетотерапия. Антибиотикотерапия — при симптомах интоксикации, субфебрилитете, очагах хронической инфекции.

Нитрофурановые препараты, особенно при лямблиозной инвазии;

Желчегонные препараты — никодин, холеретики, холекинетики

Физиотерапия

Неспецифический язвенный колит характеризуется локализацией воспалительного процесса в толстой кишке. Преобладают поражения слизистой оболочки с вовлечением в тяжёлых случаях подслизистой основы. Процесс — диффузный, без сегментарного распределения очагов воспаления. В активной фазе заболевания в криптах могут развиваться микроабсцессы. При тяжёлой форме образуются многочисленные язвы, сливающиеся в разлитые язвенные поля.

Болезнь Крона может поражать ЖКТ на всём протяжении. У детей в 60% случаев процесс локализуется в илеоцекальной области, в 30% — вовлекается тонкая кишка и только в 10% — толстая. Воспаление тонкой кишки часто захватывает всю толщу её стенки, но может ограничиваться только слизистой оболочкой. Характерно сегментарное поражение. Склерозирование — трансмуральное, часто образуются стриктуры. В 30% случаев происходит развитие туберкулоидных гранулём в регионарных лимфоузлах. Возможно формирование наружных и внутренних свищей (40% случаев). Часто происходит образование язв, внутрстеночных абсцессов.

Клиника: Неспецифический язвенный колит

- Диарея — постоянный симптом (стул часто содержит примесь слизи и крови).

- Схваткообразные боли в животе предшествуют акту дефекации и сопровождают его.

- Токсический мегаколон — тяжёлое осложнение молниеносного язвенного колита.

- Карцинома толстой кишки — тяжёлое осложнение хронического колита. После 10 лет болезни риск развития карциномы возрастает ежегодно на 1-2%.

- Перфорация — серьёзное осложнение неспецифического язвенного колита.
- Профузное кишечное кровотечение за счёт эрозии сосудов на дне язвы.
- Стриктура толстой кишки — редкое осложнение.

Внекишечные осложнения: Артриты (как правило, не деформирующие), могут быть множественными; обычны поражения крупных суставов нижних конечностей. Анкилозирующий спондилит встречается редко, в основном у пациентов с фенотипом H1A-B27. Кожные проявления в виде узловатой эритемы и гангренозной пиодермии. Заболевания глаз: увеит, эписклерит, рецидивирующий ирит или иридоциклит. Афтозные стоматиты. Поражения печени и желчевыводящих путей: жировой гепатоз, хронический активный гепатит, склерозирующий холангит, цирроз. Тромбофлебиты. Лихорадка. Поражения поджелудочной железы. Деструктивные изменения желудка. Изменения со стороны сердца. Амилоидоз почек. Анемия.

Болезнь Крона

- Диарея — частый, но не постоянный симптом. Кровотечения из прямой кишки возникают в 30-40% случаев.
 - Абдоминальные боли обычно интенсивнее, чем при язвенном колите; могут быть и диффузными или локализоваться в правом нижнем квадранте.
- Анорексия. Плохая прибавка массы тела и задержка роста наблюдается у 40% больных. и. Внекишечные проявления болезни Крона довольно часты; они аналогичны внекишечным проявлениям неспецифического язвенного колита. Диагноз основывают на данных анамнеза, объективного обследования, а также результатах специальных исследований.

Лабораторные исследования

а. Гематологические. Часто выявляют железодефицитную анемию. Мегалобластная анемия может быть вторичной (как следствие дефицита витамина В₁₂ и фолиевой кислоты). Повышение СОЭ наблюдают у 50% больных с язвенным колитом и у 80% — с болезнью Крона.

б. Биохимические. Гипоальбуминемия обычно встречается у больных с тяжёлым течением заболевания и усугубляется алиментарным дефицитом. Отмечают увеличение содержания белков острой фазы.

Эндоскопия. До рентгенологического исследования ЖКТ необходимо провести колоноскопию гибким эндоскопом. При неспецифическом язвенном колите обнаруживается гиперемия, отёчность слизистой оболочки толстой кишки, контактное кровотечение, эрозии, язвы. При болезни Крона обычно поражены верхние части ЖКТ, что может потребовать проведения эндоскопии этих отделов; выявляется резкая отёчность слизистой оболочки за счёт глубоких поперечных фиссур (вид булыжной .о- мостовой)

Рентгенологическое обследование

а. Метод двойного контрастирования даёт больше информации о состоянии слизистой оболочки толстой кишки, чем обычная контрастная бариевая клизма. С целью диагностики поражения желудка и тонкой кишки делают

серию снимков на фоне пассажа бария по верхним отделам ЖКТ.

Дифференциальный диагноз. Ряд заболеваний может проявляться признаками и симптомами, характерными для неспецифических воспалительных заболеваний кишечника:

1. Аппендицит
2. Кишечная инфекция (*Campylobacter*, *Salmonella*, *Yersinia*, Амоeba)
3. Псевдомембранозный колит
4. Гемолитико-уремический синдром
5. Болезнь Шёнлейна-Геноха
6. Радиационный энтероколит
7. Эозинофильный гастроэнтерит
8. Болезнь Уиппла
9. Долихосигма

Терапия:

1. Медикаментозная: Сульфасалазин — основной препарат при средней и тяжёлой формах язвенного колита и болезни Крона с преимущественным поражением толстого кишечника. Не эффективен при болезни Крона с преимущественной локализацией в тонкой кишке. Больным с непереносимостью сульфасалазина назначают 5-аминосалицилат (действующее начало сульфасалазина) внутрь или в клизме. Терапия кортикостероидами остаётся наиболее эффективной при тяжёлом течении язвенного колита и при болезни Крона с преимущественным поражением тонкой кишки. Так как ежедневный приём кортикостероидов может сказаться на обменных процессах, целесообразно, если это возможно, назначать гормоны через день. Метронидазол применяют при лечении параректальных свищей при болезни Крона. При тяжёлом течении болезни Крона применяют кортикостероиды в сочетании с 6-мер-каптопурином, что позволяет уменьшить дозу стероидов. Дифеноксилат и лоперамид могут быть назначены как средства симптоматической терапии (не применяются при тяжёлых формах). Инфузионная терапия. Колибактерин, бификол. Клизмы с облепиховым маслом или маслом шиповника.

2. Диета

3. Хирургическое вмешательство

а. Неспецифический язвенный колит:

Показания: Молниеносное течение колита с тяжёлой кровопотерей, токсический мегаколон. Резистентное к терапии заболевание, требующее высоких доз гормонов; стероидная интоксикация; потеря веса и инвалидизация. Дисплазия толстой кишки.

б. Болезнь Крона: Показания: Кровотечение. Кишечная непроходимость. Перфорация. Резистентность к консервативной терапии. Образование свища. Обструкция мочеточника. Задержка роста (при безуспешности медикаментозной терапии)

Гельминтозы

Аскаридоз (ascaridosis). Распространенная инвазия гельминта класса круглых червей *Ascaris lumbricoides* в просвет тонкого кишечника. По ориентировочным данным, в мире аскаридозом поражено около 1 млрд. человек, чаще всего это дети дошкольного и младшего возраста.

Клиническая картина. В ряде случаев аскаридоз отличается бессимптомным течением, особенно в фазе миграции личинки. При наличии клинических проявлений аскаридоза симптомы различаются соответственно его фазе. В фазе миграции в течение 1-2 нед могут наблюдаться кашель, боль в груди, одышка, кратковременное повышение температуры тела, полиморфная сыпь, иногда в легких выслушивают рассеянные сухие и влажные хрипы. В крови определяются лейкоцитоз и эозинофилия. При рентгеновском исследовании могут выявиться быстропроходящие «летучие» легочные инфильтраты. Все клинические проявления, соответствующие фазе миграции личинки, исчезают спонтанно через 1—2 нед.

В кишечной фазе аскаридоз может проявляться в виде трех форм.

1. Желудочно-кишечная форма: слюнотечение, тошнота, схваткообразные боли вокруг пупка. Эти симптомы чаще появляются после еды, поэтому дети, боясь болей или рвоты, отказываются от пищи, начинают худеть.

2. Гипотоническая форма: слабость, утомляемость, понижение артериального давления.

3. Неврологическая форма: головокружение, головная боль, тревожный сон, рассеянность, вегетативно-сосудистые расстройства.

Осложнения. При проникновении аскарид в общий желчный проток могут возникать желчная колика и инфицирование желчных путей, при попадании их в червеобразный отросток — аппендицит, скопление глистов в просвете кишечника может привести к кишечной непроходимости.

Диагноз. Устанавливается в фазе миграции при обнаружении личинок аскарид в мокроте и антител к ним в крови. В фазе паразитирования диагноз достоверен при наличии самих глистов или яиц в кале. Копрологическое исследование иногда требуется проводить многократно. Количественное определение осуществляется с помощью метода толстого мазка с целлофановой покровной пластинкой по Като. Метод удобен и при проведении массовых обследований. Мазки могут быть приготовлены на месте и доставлены в лабораторию. Нередко у детей встречается сочетанное паразитирование аскарид, остриц и других глистов. Для полного выявления всех видов гельминтов метод толстого мазка по Като рекомендуют сочетать с методом обогащения. Сущность метода заключается в том, что фекалии суспензируют во флотационном растворе, имеющем больший удельный вес, чем яйца гельминтов. Последние всплывают на поверхность, образовавшуюся пленку исследуют под микроскопом.

Лечение. Используют разнообразные химиотерапевтические средства, однако ни одно из них не действует на личинки аскарид, находящихся в легких. Имеющиеся лекарственные препараты — пиперазин, декарис (левамизол), мебендазол (вермокс), комбантрин (пирантель) действуют на всех представителей круглых червей и, в частности, аскарид, паразитирующих в кишечнике. Пиперазин адипинат назначают в суточной дозе 50 мг/кг в течение 2 дней подряд, препарат губительно действует на паразита, поэтому он показан при развитии кишечной непроходимости или обструктивного билиарного синдрома. В неосложненных случаях применяют левамизол, эффективный при аскаридозе в 100% случаев, препарат парализует как зрелые аскариды, так и личинки, находящиеся в кишечнике, которые выделяются из него путем нормальной перистальтики. Левамизол выпускают в форме таблеток, содержащих 50 мг или 150 мг; рекомендуют однократный прием после ужина в дозе 2,5 мг/кг. При запоре, через 36 ч после приема, целесообразно применить глицериновую свечу. Мебендазол и комбантрин также обладают блокирующим действием на мускульные нервы глистов, но их спектр более широк, поэтому их назначают при смешанных инвазиях. При лечении только аскаридоза возрастную дозу указанных препаратов назначают однократно — в любое время дня вне зависимости от приема пищи.

Энтеробиоз (enterobiosis). Контактная кишечная инвазия круглого гельминта *Enterobius vermicularis*, наиболее распространенная среди детей преимущественно 5—14-летнего возраста, особенно в детских коллективах. Инвазивность энтеробиозом в ряде детских учреждений составляет 14—30%. Заражению способствует скученность и проживание в семье, члены которой инвазированы острицами.

Клиническая картина. У части больных энтеробиоз протекает бессимптомно. Наиболее частый симптом — зуд в перианальной области, а у девочек — ив области наружных половых органов. Зуд возникает в вечерние или ночные часы. При интенсивной инвазии зуд может быть постоянным, мучительным, что приводит к бессоннице. У таких детей снижаются память, аппетит, трудоспособность. Иногда наблюдаются схваткообразные боли в животе, учащенный кашицеобразный стул.

Осложнения. Трещины, пиодермия, экзема в перианальной области, вульвовагинит, ночное недержание мочи, аппендицит.

Диагноз. Устанавливается на основании характерной клинической картины и обнаружении яиц или выделившихся с калом глистов. Подозрение на энтеробиоз можно подтвердить, обнаружив острицы при осмотре области заднего прохода ребенка после укладывания его в постель на ночь. Яйца остриц обнаруживают при микроскопическом исследовании соскоба с кожных складок перианальной области и подногтевых пространств. Более чувствителен метод с использованием липкой ленты, которую прикладывают на перианальную область рано утром, а затем переносят на предметное

стекло.

Лечение. Лекарственное лечение рекомендуют проводить всем инвазированным лицам, а не только при наличии клинических симптомов заболевания. Назначают мебендазол (вермокс) в количестве 100 мг, однократно, можно применять для лечения энтеробиоза и пиперазин. Через 14 дней курс лечения повторяют. Во время лечения и в ближайшие 3 дня ребенку на ночь нужно делать очистительную клизму, вечером и утром мыть его под душем, 2 раза в сутки менять трусы, ежедневно менять или проглаживать нательное и постельное белье, коротко стричь ногти, смазывать подногтевые пространства йодом или спиртом.

ПРОТОЗООНОЗЫ

Лямблиоз (lambliaosis) — заболевание, вызываемое простейшими (*Lambliа intestinalis*) из класса жгутиковых. У человека встречается в виде вегетативных форм и цист. Наиболее распространен лямблиоз в возрасте 1—5 лет, что связано с недостаточным владением детьми санитарно-гигиеническими навыками и значительным количеством углеводов в пище (сладости), способствующей усиленному размножению лямблий.

Клиническая картина. Заболевание нередко напоминает энтероколит. Характерны приступообразные боли в животе без отчетливой локализации или вокруг пупка, метеоризм, понос (стул обычно учащен до 3—5 раз в сутки, в кале может быть примесь слизи). В периоде ремиссии отмечается склонность к запору. Возможен лямблиоз с клинической картиной дуоденита и поражения желчных путей (приступообразные или ноющие боли в области правого подреберья и эпигастрии, тошнота, периодическая рвота). Для лямблиоза характерны также признаки хронической интоксикации: снижение аппетита, а иногда и массы тела, бледность, синева вокруг глаз, раздражительность, быстрая утомляемость, общая слабость.

Диагноз. В связи с неспецифичностью клинической картины диагноз устанавливается при обнаружении лямблий в порциях дуоденального содержимого и кале. Необходимо помнить, что исследование дуоденального содержимого и кала нужно производить сразу же после их получения (в теплом виде)

Лечение. В детском возрасте показано лечение всех форм лямблиоза, а также лямблионосительства. Применяют фуразолидон, аминохинол, трихопол, тинидазол в возрастных дозировках повторными курсами под контролем исследований кала и дуоденального содержимого.

Профилактика. Возможность эпидемий лямблиоза требует систематического контроля за качеством очистки воды и содержанием в ней хлора. В детских учреждениях распространение лямблиоза можно предупредить путем выявления и лечения бессимптомных носителей.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Больной Я., 3 лет. Родился в срок с массой 3,5 кг. Рос и развивался удовлетворительно. С 10-дневного возраста находился на искусственном вскармливании. В прошлом отмечались частые острые респираторные вирусные инфекции. С рождения страдал запорами. Стула не было по 2—3 дня. В возрасте 1,5 года у ребенка остро появился жидкий стул с кровью до 12 раз в сутки, тенезмы, температура повысилась до 39°.

С диагнозом «дизентерия» был госпитализирован в инфекционную клинику, где, несмотря на отрицательные результаты посева кала, получил соответствующее лечение и был выписан с улучшением. Дома часто появлялась в кале свежая алая кровь, в основном в последних его порциях, стул неустойчивый, общее состояние ребенка оставалось удовлетворительным.

Через год состояние мальчика резко ухудшилось, стул участился до 7—8 раз в сутки, жидкий с кровью и слизью. Он вновь поступил в инфекционную клинику. Несмотря на то, что посева кала и на этот раз были отрицательными, заболевание рассматривалось как дизентерия. Однако проведенное лечение не дало заметного улучшения. Ребенок с диагнозом хронический энтероколит направляется в гастроэнтерологическое отделение Узбекского НИИ педиатрии, где на основании ректороманоскопии, рентгенологических данных диагностируется рецидивирующий неспецифический язвенный колит средней тяжести в стадии обострения.

Пояснение к ответу:

У этого больного начало заболевания было дизентериеподобным и поэтому на первом этапе болезни врачами расценено как дизентерия. Однако наличие симптомов гемоколита в течение длительного времени (20 дней), повторный приступ кровавой диареи, отрицательные бактериологические посева кала, отсутствие эффекта от проводимой терапии, данные ректороманоскопии и рентгенологического обследования позволили диагностировать неспецифический язвенный колит.

Больной Б., 4 года, поступил 16. IV 2001 г. с подозрением на неспецифический язвенный колит. Мальчик рос и развивался нормально. В год перенес острую дизентерию. После этого периодически наблюдался неустойчивый стул. С октября в стуле появилась примесь свежей крови в виде прожилок, капель. Лечился неоднократно амбулаторно, в стационаре по месту жительства, после чего отмечалась непродолжительная нормализация стула. Состояние ребенка оставалось удовлетворительным.

В клинику поступил при очередном обострении заболевания— появление примеси крови в кале. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Ребенок активный. Аппетит понижен. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Физическое и психическое развитие соответствуют возрасту. Язык влажный, обложен небольшим белым налетом.

Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул оформленный, примесь крови. СОЭ — 4 мм/ч, эр.— $3 \cdot 10^{12}$ /л, НЬ— 73 г/л, л.— $12,5 \cdot 10^9$ /л, э.— 3%, п.— 3%, с.— 44%, лимф.— 48%, мои.— 2%, Копрология — слизь. Бактериальные посевы кала (5 раз)—отрицательны. Проба Видаля (трехкратно)—отрицательна.

Пояснение к ответу:

При ректороманоскопии картина катарально-эрозивного проктита, язвенного сигмоидита. Характерный клинический симптомокомплекс, данные лабораторных и ректороманоскопических исследований позволили диагностировать рецидивирующий неспецифический язвенный колит легкой степени тяжести, стадия обострения.

Больной Я., 13 лет. С 9-летнего возраста страдает болями в животе, запорами. Периодически появлялись слизь и кровь в каловых массах. В связи с постановкой диагноза хронического аппендицита произведена аппендэктомия. Червеобразный отросток без изменений. За 2 года до поступления боли в животе участились, стали интенсивными, появились срыгивание, рвота, тошнота. Больной неоднократно лечился по поводу хронического гастрита, холецистита, энтероколита. Вследствие постоянных, интенсивных болей в животе в областной больнице была произведена лапаротомия с биопсией забрюшинного лимфатического узла. Изменений в препарате не обнаружено. Ребенок начал сильно худеть, наступило истощение (масса тела 24,6 кг), отмечались слабость, адинамия, фотодерматит. Кожа морщинистая, сухая, тургор кожи резко снижен, стул неустойчивый, иногда с примесью слизи и прожилок крови.

В результате консультации с эндокринологом установлены гипофизарная недостаточность, гипокортицизм. При ректороманоскопии выявлены язвенный проктосигмоидит, полипоз кишечника. При рентгеноскопическом исследовании желудочно-кишечного тракта обнаружена картина спастического колита.

Окончательный диагноз: неспецифический язвенный колит, дистрофия, гипохромная анемия. Проведенное лечение неспецифического язвенного колита способствовало улучшению состояния ребенка, масса тела увеличилась, наступила длительная ремиссия.

Пояснение к ответу:

Заболевание может протекать в непрерывной или рецидивирующей форме. Хроническая рецидивирующая форма характеризуется определенной цикличностью течения: сменой обострений и ремиссий. В период обострения состояние ухудшается, возникает общая интоксикация, нарастают кишечные расстройства, усиливаются боли в животе, похудание.

Литературы:

1. Аруин Л.И., Григорьев П.Я., Исаков.В.А., Яковенко Э.П., Хронический гастрит.-Амстердам,1993; 362 с.
2. Закономерный А.Г. Современные клинико-эпидемиологические особенности язвенной болезни в детском возрасте и подходы к этапному лечению больных: Дис... т.ф.д.-1992 г.
3. Практические вопросы детской гастроэнтрологии (маъруза ва илмий ишлай тўплами) проф Пайков В.П. нашриёти остида,С-Петербург, 1996 г,185 с.
4. «Педиатрия», шифокор ва талабалар учун Володин Н.Н. нашриёти остида кулланма 1997г,833 с.
5. Справочник детской гастроэнтрологии, Запруднов А.М., Волков А.И. нашриёти остида,М.: Медицина,1995 г;384 с.
6. Суринов.В.А. Клиника, диагностика, патогенез и особенности лечения гастродуоденальной патологии, ассоциированной с геликобактериозом у детей: Дис... т.ф.д.-Пермь, 1998 г; 259 с.
7. Хронические заболевания кишечника у детей.Бодня.И.А.1989 г; 187 с.
8. General Practice John Murtagh Mc Graw Hill Book Company Sidney 1998