

## Тема занятия № 12: Заболевания органов пищеварения.

### Учебные цели занятия:

ознакомить с заболеваниями органов пищеварения. Знать клинические проявления, оказание сестринской помощи.

### Вопросы для контроля знаний (фронтальный опрос)

1. Определение и этиология острого ринита?
2. Назовите особенности клинического течения и принципы лечения острого ринита?
3. Дайте определение острому ларингиту?
4. Клиническая картина и лечение острого ларингита?
5. Острый трахеит. Расскажите об этиологии заболевания?
6. Клиника и принципы лечения острого трахеита?
7. Дайте определение острому бронхиту. Расскажите об основных этиологических факторах?
8. Назовите основные клинические проявления острого бронхита. Какие формы бронхита вы знаете?
9. Опишите особенности клинического течения и принципы лечения заболевания?
10. Определение и этиология бронхиальной астмы?
11. Клиническое проявление и принципы лечения бронхиальной астмы?
12. Дайте определение пневмонии. Расскажите об этиологии заболевания?
13. Опишите особенности клинической картины пневмонии у новорожденных детей?
14. Назовите критерии диагностики пневмонии?
15. Назовите принципы лечения пневмонии?
16. Расскажите об особенностях ухода за больными детьми?

### Информационный блок. План:

1. Острый гастрит. Этиология, клиника, лечение, профилактика.
2. Хронический гастрит. Этиология, клиника, лечение, профилактика.
3. Язвенная болезнь желудка. Этиология, клиника, лечение, профилактика.
4. Дискинезии желчевыводящих путей. Этиология, клиника, лечение.

### Острый гастрит-воспаление слизистой оболочки желудка.

**Этиология.** В развитии острого гастрита ведущими факторами являются:

- пищевая токсикоинфекция,
- употребление недоброкачественной пищи,
- количественные пищевые перегрузки желудка,
- длительное применение некоторых лекарственных средств /салицилаты, сульфаниламиды/,
- отравления бытовыми ядами, аллергия.

**Клиническая картина.** Симптомы заболевания появляются спустя 8-12ч после воздействия причинного фактора.

Острый гастрит алиментарного происхождения развивается после пищевой погрешности. Развернутой клинической картине предшествуют признаки дискомфорта: общее недомогание, ощущение тяжести в подложечной области, тошнота, слюнотечение, неприятный вкус во рту. Одновременно появляется общая слабость, головная боль, головокружение. Снижается аппетит, иногда до полного отвращения к пище. Вскоре в верхней половине живота появляются разлитые боли схваткообразного характера. Развивается неоднократная рвота, в тяжелых случаях – неукротимая. Рвотные массы содержат остатки съеденной накануне пищи, жидкость с примесью слизи и желчи. Рвота приносит облегчение. При осмотре ребенок бледен, язык обложен бело-желтым налетом, выявляется метеоризм. Пальпация живота болезненна в эпигастральной области. В последующие дни сохраняются вялость и недомогание. Продолжительность заболевания – до 2-5 дней.

Гастрит токсико-инфекционного происхождения сопровождается интоксикацией, фебрильной температурой тела, более длительной рвотой и обезвоживанием. Продолжительность заболевания составляет 7-10 дней.

**Лечение.** Важным этапом в лечении острого гастрита является освобождение желудка от застоявшейся пищи. Желудок промывают изотоническим раствором натрия хлорида, 1% раствором натрия гидрокарбоната, минеральной или кипяченой водой. Показана очистительная клизма. Внутрь дают солевое слабительное. В первые 8-12ч заболевания назначается обильное охлажденное питье. При значительной потере жидкости проводится инфузионная терапия. Через 12ч больной может получать слизистые потертые супы-пюре, нежирные бульоны, кисели и каши. Диета постепенно расширяется, за счет включения кефира, овощных пюре, творога, фрикаделек. К 5-7-му дню больной переводится на общий стол. Из пищевого рациона исключаются острые блюда. Жареное мясо, копчености, консерванты, тугоплавкие жиры, грубая клетчатка.

Гастрит токсико-инфекционного происхождения требует проведения антибактериальной терапии, введения ферментов, витаминов группы В.

**Профилактика.** Для предупреждения заболевания необходимо соблюдать принципы возрастной диеты и гигиены питания. Не рекомендуется длительный прием лекарственных средств, раздражающих слизистую оболочку желудка.

**Хронический гастрит, гастродуоденит (ХГ, ХГД)** - хроническое рецидивирующее, склонное к прогрессированию воспалительно-дистрофическое поражение слизистой оболочки желудка (и двенадцатиперстной кишки).

**Этиология.** ХГ и ХГД — мультифакториальные заболевания. Имеют значение:

— наследственно-конституциональная предрасположенность к заболеваниям органов пищеварения — показатель семейной отягощенности составляет 35-40%;

— инфицированность *Helicobacter pylori* (НР);

— погрешности питания (нерегулярное, неполноценное по составу, плохое пережевывание, злоупотребление острой пищей);

— химические, в том числе медикаментозные, воздействия;

— пищевая аллергия;

— очаги инфекции и болезни других органов пищеварения.

**Клиническая картина** зависит от локализации и распространенности воспалительного процесса. Периоды обострения продолжительностью от нескольких дней до 2-3 недель;

стереотипные клинические проявления в период обострения;

связь симптомов с приемом и характером пищи;

сезонный (весенне-осенний) характер обострений.

**При антральном гастрите и антродуодените** заболевание протекает по язвенноподобному типу. Ведущий симптом — боли в животе:

возникают натощак или спустя 1,5—2 ч после приема пищи, иногда ночью;

уменьшаются после приема пищи;

нередко сопровождаются изжогой, иногда кислой отрыжкой, изредка рвотой, приносящей облегчение.

**Также типичны:**

болезненность при пальпации в эпигастрии или пилородуоденальной зоне; склонность к запорам;

при эндоскопии — воспалительно-дистрофическое поражение антрального отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки (антродуоденит); характерна ассоциация с НР.

**При фундальном гастрите боли:**

возникают после еды

локализованы в эпигастрии и области пупка;

имеют ноющий характер;

проходят самостоятельно через 1 — 1,5 ч;

сопровождаются чувством тяжести, переполнения в эпигастрии, отрыжкой воздухом, тошнотой, изредка рвотой съеденной пищей, приносящей облегчение.

**Из других симптомов:**

стул неустойчивый;

аппетит пониженный и избирательный;

при пальпации разлитая болезненность в эпигастрии и области пупка;

при эндоскопии — поражение фундального отдела и тела желудка, гистологически могут выявляться атрофические изменения слизистой оболочки желудка;

**Диагностика** основана на данных анамнеза и осмотра, включает исследование секреторной и моторной функций желудка, эндоскопию.

Обязательным при ХГ и ХГД является определение инфекции НР гистологическое исследование слизистой оболочки желудка.

**Лечение** комплексное. В период обострения необходимы физический и психический покой, лечебное питание, медикаментозная и физиотерапия. Питание дробное, механически и химически щадящее с исключением раздражающих секрецию блюд.

При нормальной и повышенной кислотообразующей функции используют неадсорбируемые антациды: фосфалюгель, мегалак, маалокс, протаб. В случаях выраженной гиперпродукции соляной кислоты применяют селективные холинолитики: гастрोцепин, риабал.

Физиотерапевтическое лечение включает электрофорез новокаина, папаверина. Парафиновые аппликации.

**Профилактика** состоит в создании условий для рационального питания, оптимизации режима дня и уровня физических и психоэмоциональных нагрузок, санации очагов инфекции.

**Язвенная болезнь (ЯБ)** — хроническое заболевание характеризующееся образованием язв в желудке или двенадцатиперстной кишке с возможным прогрессированием и развитием осложнений.

**Этиология.** Важнейшим фактором развития ЯБ двенадцатиперстной кишки считают наследственную предрасположенность.

К предрасполагающим к развитию язвенной болезни у детей факторам относят следующие:

- 1) инфицирование *Helicobacter pylori*.
- 2) ранний перевод на искусственное вскармливание
- 3) алиментарные погрешности;
- 4) длительный прием некоторых лекарственных средств (салицилаты, глюкокортикоиды, цитостатики и др.);
- 5) очаги хронической инфекции;
- 6) кишечные паразитозы;
- 7) пищевую аллергию.

**Клиническая картина.** Классическая картина ЯБ характеризуется прежде всего типичным болевым синдромом. Боли голодные (натошак или через 1,5—2 ч после еды), нередко — ночные;

упорные приступообразные, режущие, колющие;

иррадиируют в спину, правое плечо, лопатку;

локализованы в эпигастрии и справа от средней линии;

проходят после приема пищи, приема антацидов или спазмолитиков;

обострения сезонные (осенне-весенние). Характерны диспепсические явления:

рвота на высоте болей без предшествующей тошноты, изжога, отрыжка; запоры.

**Диагностика.** Основное значение придается эндоскопическому (или рентгенологическому) исследованию, позволяющему уточнить локализацию язвы,

определить стадию заболевания и характер секреторно-моторных нарушений.

**Лечение** язвенной болезни должно быть комплексным, включать режим, диету, медикаментозную и немедикаментозную терапию, а также предупреждение рецидивирования и развития осложнений.

Диету строят на принципах механического, химического, термического щажения слизистой оболочки желудка. Из пищи исключают острые приправы, ограничивают потребление поваренной соли и продуктов, богатых холестерином. Пищу необходимо принимать 4—5 раз в день.

В острой фазе заболевания используют лечебные диеты № 1а, № 1б, № 1

1. Средства, снижающие агрессивные свойства желудочного сока:

- антацидные препараты (альмагель, фосфолюгель, маалокс, мегалак, ви-каир, викалин) через 1,5-2 ч после еды и перед сном 2—3 недели;
- антисекреторные средства:
  - селективные м-холинолитики (пиренцепин, гастроцепин 25 мг утром и на ночь, риабал 1 мг/кг 3 раза в день 2—3 недели),
  - блокаторы H<sup>2</sup>-гистаминорецепторов II и III поколений (фамотидин, гастросидин 40 мг/сут.; низатидин, аксид 20-40 мг/сут.; роксатидин 20-40 мг/сут.),
  - блокаторы транспорта водородных ионов (омепразол, лосек, лопрал, оmez, пантопразол) используют у детей ограниченно из-за побочных действий (гипергастринемии).

2. Средства, регулирующие гастродуоденальную моторику:

- спазмолитики (папаверин, нош-па, галидор) эпизодически при спастических болях;
- антагонисты дофамина (церукал — 2—5 мг, мотилиум — 5—15 мг) до еды и на ночь в случаях рефлюксов 10—14 дней.

**Антибактериальные средства.** Учитывая роль НР в ульцерогенезе, важной лечебной и противорецидивной задачей является эрадикация НР.

Используют тройную:

- (пилорид + амоксициллин или кларитромицин + фуразолидон) или
- (омепразол + амоксициллин или кларитромицин + фуразолидон) либо четверную схемы терапии:
- (омепразол + дебол или вентрисол + фуразолидон + амоксициллин) или
- (ранитидин + дебол + фуразолидон + амоксициллин), обеспечивающие эрадикацию в 85-95%.

**Дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП)** - нарушение и дискоординация тонуса сфинктерного аппарата и/или моторики желчного пузыря и желчных протоков, приводящие к нарушению пассажа желчи в кишечник.

**Этиология.** Провоцирующими факторами считают:

- пищевые погрешности;

- кишечные паразитозы (особенно лямблиоз);
- пищевую аллергию;
- дуоденит, язвенную болезнь.

**Клиническая картина.** Проявления дискинезии характеризуются общими симптомами, чаще всего — невротического характера, и непосредственно обусловлены нарушениями двигательной функции желчевыводящих путей. Потливость, тахикардия, гипотония, ощущение слабости, головная боль. У большинства больных имеются симптомы невроза: повышенная утомляемость, раздражительность, плаксивость, вспыльчивость. Наряду с этим дети жалуются на боли в правом подреберье, эпигастрии.

При гиперкинетической форме дискинезии желчных путей периодически возникает острая коликообразная, иногда сильная боль в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, плечо.

Гипокинетическая дискинезия характеризуется постоянной тупой, ноющей болью в правом подреберье без четкой иррадиации. Больные часто жалуются на плохой аппетит, отрыжку, тошноту, горечь во рту, вздутие живота, запор.

**Диагностика** дискинезии желчных путей базируется на характерной клинической картине, данных ультразвукового исследования, рентгенологического исследования желчных путей и желудочно-кишечного тракта, результатах фракционного дуоденального зондирования.

**Лечение.** Диетотерапия: стол № 5, питание механически, химически, термически щадящее. Утром и вечером следует употреблять кисломолочные продукты. Исключить из рациона блюда, содержащие экстрактивные вещества, эфирные масла, перец, лук, чеснок, копчености, сдобное тесто, шоколад, кофе. При гипомоторной дискинезии показаны продукты с желчегонным эффектом (сливочное и растительное масло, яйца, сливки, сметана, черный хлеб, овощи и фрукты). При гипермоторной дискинезии нельзя употреблять ржаной хлеб, горох, холодные напитки, мороженое.

Желчегонная терапия при гипомоторной дискинезии: применяют препараты, стимулирующие желчеобразование (холагол, холензим); препараты, содержащие желчные кислоты (аллохол, лиобил); препараты, вызывающие повышение тонуса желчных путей (сорбит, ксилит, сульфат магния); препараты растительного происхождения: одуванчик, шиповник, мяту, кукурузу). Желчегонная терапия при гипермоторной дискинезии: применяют препараты, вызывающие расслабление тонуса желчных путей (эуфиллин); препараты растительного происхождения (зверобой, ромашку, крапиву двудомную). Хороший холекинетический эффект дают тюбажи.

Минеральные воды при гипермоторной дискинезии показаны маломинерализованные «Славяновская», «Смирновская»; при гипомоторной дискинезии – минеральные воды с высокой и средней минерализацией («Ессентуки»).

### **Закрепление нового материала**

- 1.** Дайте определение дискинезии, перечислите причины ее возникновения?
- 2.** Назовите основные формы заболевания, расскажите об особенностях клинической картины каждой из них?
- 3.** Укажите основные принципы лечения дискинезии?
- 4.** В чем заключается профилактика заболевания?
- 5.** Дайте определение, перечислите причины возникновения острого гастрита?
- 6.** Перечислите особенности клинических проявлений острого гастрита?
- 7.** В чем заключаются принципы лечения острого гастрита?
- 8.** Дайте определение и расскажите о причинах возникновения хронического гастрита?
- 9.** Клинические проявления и принципы лечения хронического гастрита?
- 10.** Дайте определение язвенной болезни желудка. Расскажите об этиологии заболевания?
- 11.** Клинические проявления и методы лечения язвенной болезни желудка?
- 12.** Расскажите о методах диагностики заболеваний ЖКТ?
- 13.** В чем заключается профилактика заболеваний ЖКТ?
- 14.** Сестринский/у при заболеваниях ЖКТ?