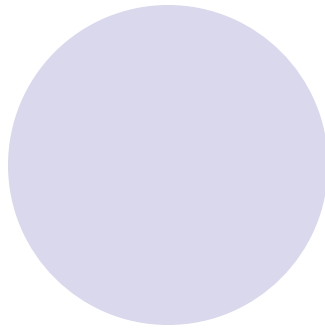


Острые расстройства пищеварения



Острые расстройства пищеварения делятся на:

- **Функционального характера:** простая диспепсия (ФРЖ), пилороспазм
- **Органического характера:** пилоростеноз

Простая диспепсия (ФРЖ)

- это заболевание детей грудного возраста, которое возникает при **НЕСООТВЕТСТВИИ** объема и (или) состава пищи физиологическим возможностям ребенка по ее утилизации.
- Заболевание **ФУНКЦИОНАЛЬНОГО** характера, проявляется **ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**.

ПАТОГЕНЕЗ



- При нарушении в питании происходит **МЕНЬШЕЕ** выделение **ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА** и **БЫСТРОЕ** опорожнение **ЖЕЛУДКА** (астеническая реакция секреции).
- В **КИШЕЧНИК** поступает пища **НЕДОСТАТОЧНО** обработанная ферментами и **НЕПОЛНОСТЬЮ** расщеплена. Это создает условия для **ПОВЫШЕНИЯ** жизнедеятельности постоянной **НОРМАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ** кишечника.
- **НЕПОЛНОСТЬЮ** расщепленная **ПИЩА** подвергается в кишечнике **ЛЕГКОМУ БРОЖЕНИЮ**.
- Бактериальное расщепление пищевых компонентов содействует образованию **БОЛЬШИХ** количеств **ТОКСИЧЕСКИХ** продуктов (газы, индол, скатол и др.).

ПАТОГЕНЕЗ



- РАЗДРАЖЕНИЕ рецепторов СЛИЗИСТОЙ оболочки ЖЕЛУДКА и КИШЕЧНИКА измененным составом ХИМУСА ведет к ПОЯВЛЕНИЮ рефлекторных ЗАЩИТНЫХ реакций в виде СРЫГИВАНИЙ, РВОТ, усиления перистальтики, увеличения отделения слизи железами кишечника и ДИАРЕИ.
- КИСЛОТЫ, в избытке образующиеся в кишечнике, подвергаются нейтрализации щелочными солями-Са, Mg, Na, K , которые вступают в соединение с жирными кислотами, образуя МЫЛА жирных кислот (в каловых массах они имеют вид беловатых комочков).

Понятия



- **Рвота** – непроизвольное стремительное выбрасывание содержимого желудка через рот (иногда через нос) **при активном сокращении** брюшных мышц и диафрагмы
- **Срыгивание** – выделение съеденной пищи без усилий, **без сокращения** мускулатуры передней брюшной стенки сразу после кормления или через небольшой промежуток времени

Клиника



- Начало ОСТРОЕ.
- Ребенок периодически беспокойный, более вялый.
- Грудь сосет неактивно или из рожка норму не высасывает.
- Может быть нарушен сон, субфебрильная температура тела.

Клиника



- **ГЛАВНЫЕ СИМПТОМЫ:**

- срыгивания, иногда рвота 1 – 2 раза в день
- диарея (стул 6 – 8 раз в день, жидкий желто – зеленого цвета, с примесью слизи и белых комочков, нередко с неприятным запахом)
- вздутие живота (метеоризм)
- бурное отхождение газов
- урчание живота

Клиника



- Беспокойство может быть связано из – за возникновения болей при кишечной колике.
- ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ.
- Отмечается некоторое уменьшение массы тела, обложенность языка.
- Повторные рвоты, диарея могут привести к эксикозу, токсикозу.

Диагностика



- Выявление причин (нарушения при вскармливании, перекорм, недокорм, нарушения ритма кормления)
- Клиника
- Характер стула
- Лабораторные исследования (копрограмма, в некоторых случаях бакисследование кала)

Лечение



- Устранение причины
- **КОРРЕКЦИЯ ПИТАНИЯ** в зависимости от возраста и способа вскармливания, преморбидного фона
- **РАЗГРУЗКА** в питании на 8 – 12 часов – грудное вскармливание можно продолжать, при искусственном вскармливании – **КИСЛОМОЛОЧНЫЕ** смеси, **НИЗКОЛАКТОЗНЫЕ** смеси

Оральная регидратация (ОР)

- **Оральная регидратация** - восстановление водно – электролитного обмена: для проведения используют **глюкозо – солевые** растворы (глюкосолан, цитроглюкосолан, регидрон и др.)

При **эксикозе 1 степени** (5 % потеря массы тела) – **50 мл /кг за 4 – 6 часов**, чайными ложечками каждые 5 – 10 минут между кормлениями

При **эксикозе 2 степени** (5 – 9 % потеря массы тела) – **80 – 90 мл /кг за 6 часов**

Оральная регидратация (ОР)

При возникновении рвоты после 10 минутной паузы продолжить поить ребенка.

- **1 этап ОР** – первичная регидратация (восстановление имеющегося дефицита)
- **2 этап ОР** –поддерживающая регидратация (восполнение продолжающихся потерь)

Оральная регидратация (ОР)

- Медперсонал контролирует ОБЪЕМ введенной и выделенной жидкости.
- При НЕПРАВИЛЬНО проводимой ОР возникают РВОТА, ОТЕКИ.
- При УПОРНОЙ рвоте – ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА, проведение ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

- **Цитопротекторы – СМЕКТА** (вещество природного происхождения, обладает протективным действием на слизистую оболочку кишечника и адсорбирующими свойствами)
До ГОДА – 1 пакетик / сутки (в пакетике 3 грамма активного вещества)
1 – 2 ГОДА – 2 пакетика / сутки
Более 2 ЛЕТ – 2 – 3 пакетика / сутки
- Содержимое растворить в 50 мл воды и выпаивать в 2 – 3 приема.
- Смекту можно СМЕШИВАТЬ с кашей, детским питанием.



МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

- **ЭНТЕРОСОРБЕНТЫ** – полифепан, активированный уголь, белый уголь
- **ФЕРМЕНТЫ** (в период выздоровления) – мезимфорте, панкреатин, фестал по 1 / 2 драже 3 раза после еды, ораза 1 / 2 ч. л. 3 раза после еды, хилак форте 20 – 40 капель на прием, абомин
- **БИОПРЕПАРАТЫ**
Бифидумбактерин 2,5 – 5 доз в сутки на 1 – 2 приема за 30 минут до еды
Ветрогонные средства – эспумизан, боботик

Ферменты, энтеросорбенты



Ветрогонное средство - СИМЕТИКОН



Фитотерапия



- **Отвары трав:**

Цветы ромашки, трава зверобоя, мята –
противовоспалительное действие

Плоды черемухи, черники, соплодия ольхи,
змеевик, кровохлебка, корневище лапчатки –
вяжущие

Трава укропа, тмина, фенхеля , корень зори
лекарственной, стебли золототысячника,
цветы ромашки, мяты – **ветрогонное
действие**

Фитотерапия



- СПОСОБ ПРИГОТОВЛЕНИЯ:
- 10 грамм на 200 мл воды кипятить на водяной бане 30 минут, остудить до комнатной температуры, довести объем до 200 мл.
- Принимать 5,0 мл 3 – 4 раза за 15 минут до еды.

Течение, прогноз



- ТЕЧЕНИЕ заболевания 5 – 7 дней.
- ПРОГНОЗ благоприятный.
- ОСЛОЖНЕНИЙ не бывает.

ПИЛОРОСПАЗМ (pylorospasmus)

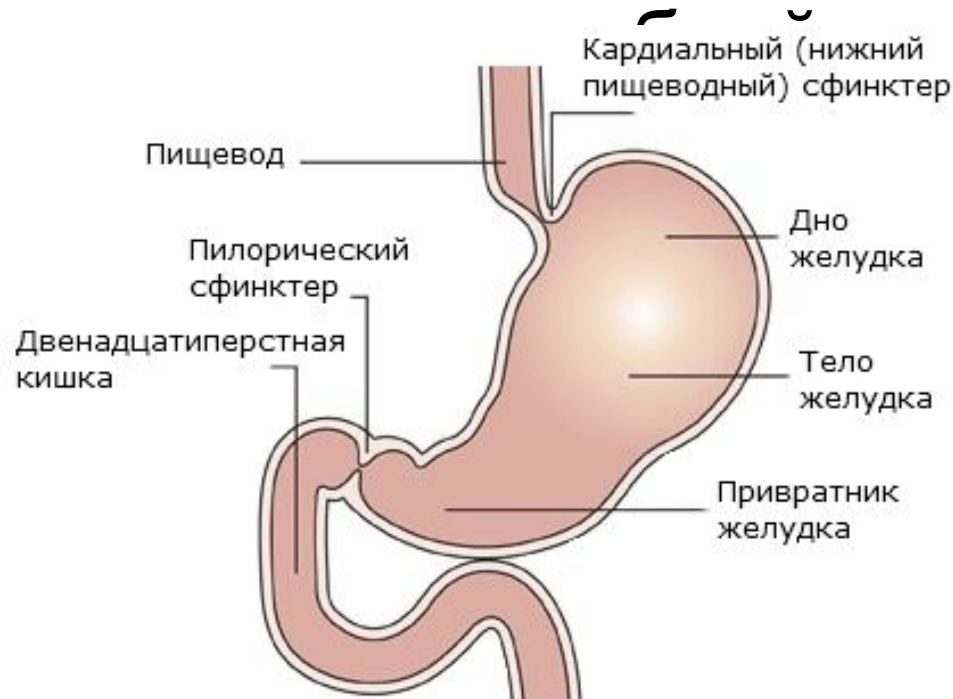
Заболевание, встречающееся у **новорожденных и детей первых месяцев жизни** и характеризующееся срыгиванием, частой периодической рвотой при совершенно **правильном вскармливании** и отсутствии перекорма.

Пилороспазм – непостоянная непроходимость привратника, обусловленная спазмом.

Этиология и патогенез

- Нарушение регулирующей функции ЦНС и ее вегетативного отдела
- Чаще отмечается у детей с

Кардиальный (нижний пищеводный) сфинктер | оксией, родовой



Клиника



- **С момента рождения нерегулярные срыгивания и рвоты (выброс пищи небольшими порциями, иногда с примесью желчи)**
- **Количество рвотных масс меньше количества съеденного молока во время кормления**
- Общее состояние значительно не меняется
- **Весовая кривая уплощается**
- Стул достаточный по объему, склонность к запорам или разжижению каловых масс

Диагностика



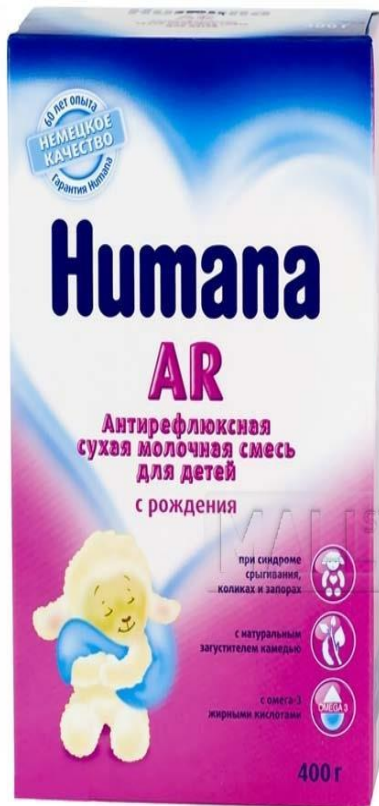
- Анамнез
- Клинические данные
- Фиброэзофагогастродуоденоскопия
- УЗИ органов брюшной полости
- Осмотр детского невролога, хирурга

Лечение



- Применение до кормления смеси
Антирефлюкс 30 мл или более густой пищи
(10% каша 1 чайная ложка)
- После кормления придать ребенку
вертикальное положение
- Увеличение количества кормлений,
уменьшение разового объема
- Антиспастическая терапия (церукал, ношпа,
атропин, аминазин и др.)
- Лечение ПП ЦНС у невролога (седативная
терапия)

Антирефлюксные смеси (AR=AR) – загуститель камедь бобов рожкового дерева



Антирефлюксные смеси (AR=AR) – загуститель камедь бобов рожкового дерева



Загуститель – картофельный крахмал



Загуститель – рисовый крахмал



Прогноз



- У большинства детей к 4 – 6 месяцам жизни рвоты и срыгивания исчезают
- При неблагоприятных условиях (острое заболевание, повышение T тела, стресс) рвоты могут возобновиться

ПИЛОРОСТЕНОЗ



- **Порок развития, выражающийся в сужении пилорического канала вследствие утолщения стенки привратника**
- Среди ВПР – ведущее место
- **Болезнь детей первых 2 – 3 месяцев жизни, у мальчиков встречается в 4 – 5 раз чаще**
- Частота 3 : 1000 новорожденных

Этиология



- Наследственная предрасположенность (семейные случаи заболевания)
- Первичная гипертрофия стенки привратника
- Вторичная гипертрофия стенки привратника (спазм или нарушение иннервации привратника)

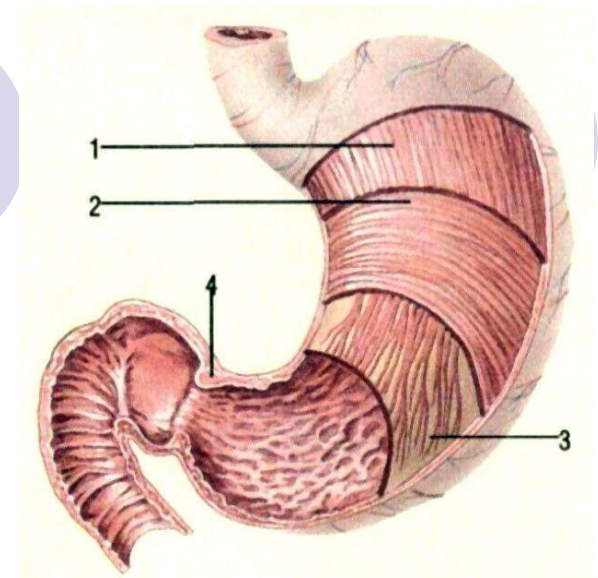
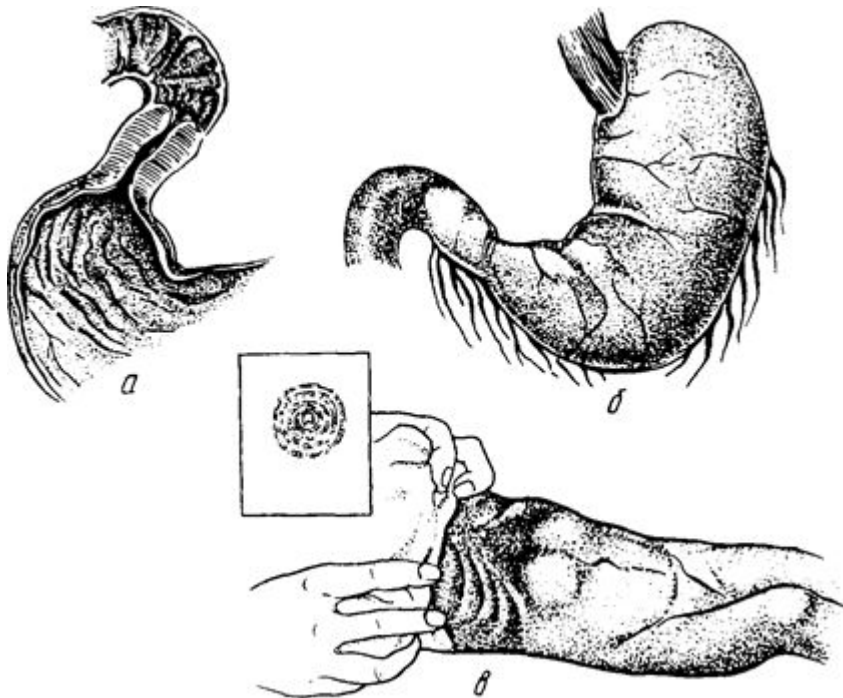
Патогенез



- В основе – локальный **дефицит нейронов**, синтезирующих расслабляющие мышцы **нейромедиаторы** (оксид азота, вазоактивный интестинальный пептид), в результате развивается **гиперплазия** и **гипертрофия мышечного слоя** привратника
- Развитие **постепенное**, происходит уменьшение диаметра привратника и нарушение эвакуации пищи в 12 п. кишку

Патологическая анатомия.

Привратник желудка при пилоростенозе резко утолщен, увеличен в размерах, имеет характерный вид оливы беловатого цвета, хрящевой консистенции. Просвет привратника резко сужен, с трудом пропускает пуговчатый зонд.



При микроскопическом исследовании отмечают утолщение всех слоев стенки привратника

Клиника



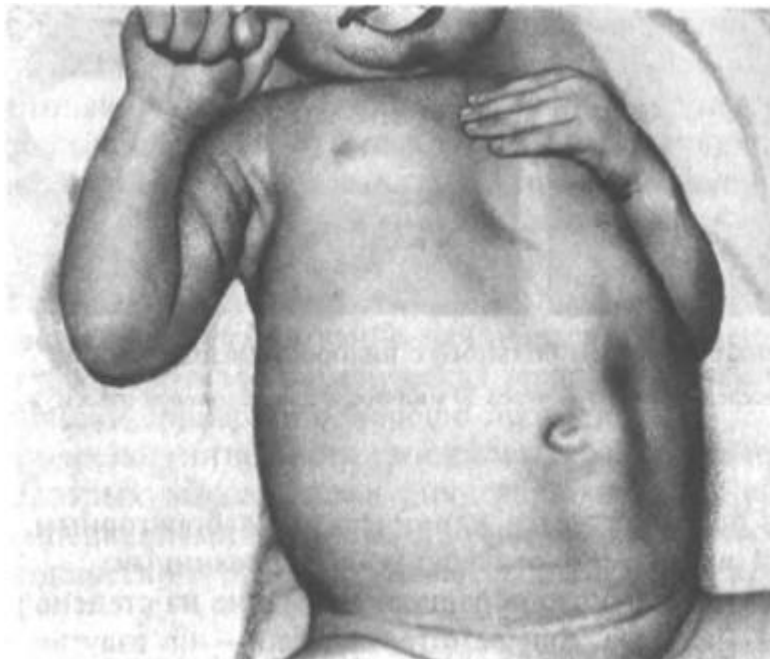
- Основной симптом – рвота «фонтаном»
- Чаще появление в возрасте 2 – 4 недель жизни
- **Объем рвотных масс превышает количество съеденной пищи**, которая накапливается в растянутом желудке
- Общее состояние изменяется, беспокойство (голодный ребенок)
- Развитие гипотрофии до 3 степени, обезвоживания

Клиника



- Редкие мочеиспускания
- Стул «голодный», скудный, запоры
- Симптом **«песочных часов»** положительный
- Вздутие живота в области эпигастрия, западение нижних отделов

Симптом «песочных часов»



Диагностика



- Анамнез
- Клинические данные (осмотр живота)
- Фиброэзофагогастродуоденоскопия (точечное отверстие в центре привратника и сужение пилорического канала)
- УЗИ брюшной полости (95 – 98%)
- Рентгеноскопия желудка (раньше)
- Осмотр детского хирурга

Дифференциальная диагностика

- Пилороспазм
- Аденогенитальный синдром (сольтеряющая форма)
- Гастроэзофагеальный рефлюкс
- Другие пороки развития верхнего отдела ЖКТ

Дифференциально - диагностические отличия пилороспазма от пилоростеноза

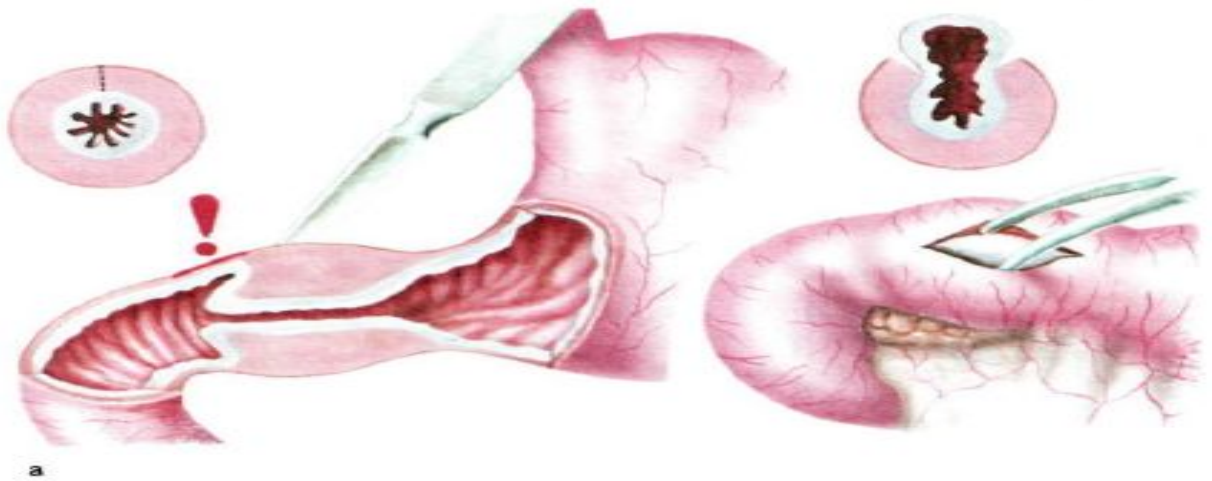
Признаки пилороспазма	Признаки пилоростеноза
Рвота с рождения, частая	Рвота с двухнедельного возраста, редкая
Частота рвоты колеблется по дням	Частота рвоты более постоянная
Рвота небольшим количеством рвотных масс	Рвота большими количествами рвотных масс, «фонтаном»
Запоры, но иногда самостоятельный стул	Почти всегда резкие запоры
Число мочеиспусканий уменьшено незначительно	Число мочеиспусканий уменьшено резко (около 6 в сутки)
Кожа не очень бледная	Резкая бледность кожи, складчатость ее, морщины на лбу
Перистальтика желудка наблюдается редко	Перистальтика желудка наблюдается часто, желудок в виде песочных часов
Ребенок криклив	Ребенок более спокоен
Вес не изменяется или падает умеренно	Вес падает резко
Вес при поступлении больше, чем при рождении	Вес при поступлении меньше, чем при рождении

Лечение



- **Хирургическое – пилоротомия**
(продольный разрез мышечного слоя привратника для уменьшения обструкции)
- При **своевременном** лечении прогноз **благоприятный**

Пилоротомия по Фреде - Рамштедту



a



б