**Содержание**

1. Желудочно-кишечные заболевания у детей первых месяцев жизни

2. Заболевания желудочно-кишечного тракта у детей среднего возраста

3. Воспалительные заболевания желчного пузыря и желчных путей

4. Острые кишечные заболевания

Список литературы

# 1. Желудочно-кишечные заболевания у детей первых месяцев жизни

Желудочно-кишечные заболевания у детей первых месяцев жизни развиваются в результате нарушений внутриутробного развития ЖКТ, действия факторов перинатальной патологии, нарушений кормления и воздействия целого комплекса конституциональных, инфекционных и неинфекционных факторов. Общим для этой группы заболеваний является развитие синдрома диспепсии (несварения), для которого характерны жидкий стул с примесью слизи, зеленоватый оттенок мекония или фекалий, наличие остатков непереваренной пищи в фекалиях, вздутие кишечника, болезненный живот, вялость, адинамия или чрезмерное возбуждение, нарушения сна, нарастающее обезвоживание, появление кожных высыпаний аллергического характера, задержка роста и развития, снижение массы тела и другие признаки.

Особенно неблагоприятным для детского организма является хронизация процессов воспаления и дисфункции желудочно-кишечного тракта с развитием синдрома раздражения кишечника и проявлением как кишечных, так и внекишечных осложнений.

Среди болезнетворных факторов, определяющих появление и развитие желудочно-кишечных заболеваний в первые недели и месяцы жизни, важнейшими являются десинхронизация и недостаточность образования и выделения пищеварительных соков и ферментов, а также дисбактериоз.

**Дисбактериоз -** нарушение нормального соотношения микрофлоры в организме человека. Чаще всего наблюдается кишечный дисбактериоз. Причиной его возникновения является частое применение антибиотиков широкого спектра действия гормонов, различные болезни органов пищеварения, расстройство нервной и эндокринной регуляции пищеварения, неправильное питание, торопливая еда, однообразное питание, употребление холодной, недоброкачественной и загрязненной микроорганизмами пищи.

Дисбактериоз в основном протекает с малым количеством нормальной кишечной палочки или с полным ее отсутствием и с преобладанием протея, стафилококка и патогенных кишечных бактерий. Нередко дисбактериоз развивается после дизентерии, сальманелиза, лямблиоза, глистных заболеваний, а также на фоне гастрита и дуоденита с пониженной секретерной функцией желудка. Способствуют развитию дисбактериоза холецистогепатиты и панкреатиты.

Дисбактериоз может привести к острому и хроническому колиту, энтероколиту, дуодениту, гастриту, панкреатиту, холангиту и другим тяжелым заболеваниям. При определенных неблагоприятных условиях кишечный дисбактериоз является источником тяжелого стафилококкового и протейного сепсиса, пиэлонефрита, анемии.

Для дисбактериоза характерны вздутие, урчание, поносы, запоры, временами боли в животе, общая слабость, плохой аппетит, головные боли, головокружения.

Лечение дисбактериоза весьма затруднительно, так как антибиотики губительно действуют, прежде всего, на кишечную палочку, а стафилококки и протей обладают большой устойчивостью. Энтеросептол, мексаформ, мексаза, интестопан дают хороший результат при дисбактериозе, но необходимо длительное применение, которое опасно осложнениями (невриты, миэлопатии, поражение зрительного нерва). Применение колибактерина весьма обременительно и часто недостаточно эффективно.

Весьма эффективна при дисбактериозе фитотерапия. Лекарственные растения ликвидируют патогенную флору (стафилококк, протей и др.) и способствуют развитию нормальной кишечной палочки. Одновременно фитотерапия позволяет снимать воспалительные явления в кишечнике, восстанавливать его функцию. Ликвидации дисбактериоза способствует и налаживание функции желудка, поджелудочной железы, печени и желчевыводящих путей. Сборы следует составлять исходя из заболеваний, сопровождающих дисбактериоз и их проявления. При дисбактериозе, сопровождающемся только уменьшением кишечной палочки, не следует назначать сильные противомикробные растения. Внимание нужно направить на улучшение функции органов пищеварения и уменьшение воспалительного процесса. Если при таком виде дисбактериоза секреторная функция желудка понижена, можно назначать растения, стимулирующие секреторную функцию желудка.

# 

# 2. Заболевания желудочно-кишечного тракта у детей среднего возраста

В настоящее время первые симптомы хронического гастрита и дуоденита выявляются уже в 2-3 летнем возрасте ребенка и характеризуются рецидивирующим течением.

Хроническое воспаление в желудке и двенадцатиперстной кишке вовлекает в патологический процесс и другие органы, функционально связанные в единую систему - печень, поджелудочную железу, кишечник.

Причины формирования гастродуоденальной патологии условно делят на две группы: внешние (первичные) и внутренние (вторичные). К внешним относят алиментарные (пищевые) факторы, глистные инвазии, к внутренним - острые или хронические заболевания печени и желчного пузыря, поджелудочной железы, интоксикации, заболевания нервной системы, эндокринных желез, пищевую аллергию. Часто причины объединяются, наслаиваются друг на друга, в результате не удается вычленить основную.

Одним из факторов риска развития **хронических гастритов и дуоденитов** является нарушение рационального питания (прием пищи в сухомятку, нарушения введения прикорма грудному ребенку, ранний переход на искусственное вскармливание и использование заменителей грудного молока, нарушения режима приема пищи.

Развитию **хронических гастродуоденитов** в детском возрасте способствует длительный прием лекарственных препаратов в группе часто болеющих детей, постоянное наличие у больного ребенка очагов хронических инфекций, особенно верхнего отдела органов дыхания.

Обнаружена связь формирования **хронического гастродуоденита** после острых кишечных заболеваний и острых вирусных гепатитов.

Часто встречается **хеликобактерный гастрит** в детском возрасте. Прогностически, развитие хеликобактерного гастрита неблагоприятно из-за возможного раннего перехода хронического воспаления в неопластический процесс (рак желудка) или во вторичную атрофию железистых структур слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Хронический гастрит** - это заболевание, характеризующееся диффузными или очаговыми, длительно существующими воспалительными изменениями слизистой оболочки желудка с постепенным развитием ее атрофии.

Ведущими симптомами при **хроническом гастрите** являются боли в животе и тошнота по утрам и после приема пищи, Боли возникают во время еды или сразу после нее. В большинстве случаев они ноющие, умеренные, иногда интенсивные. Дети могут жаловаться на головную боль, слабость, быструю утомляемость, иногда головокружение, снижение аппетита. При отсутствии ранней диагностики и своевременного лечения у части больных возникает **дуоденальная или пилорическая язва**, у других прогрессирует гастрит с постепенным снижением желудочной секреции.

**Дуоденит** - заболевание, в основе которого лежат воспалительно-дистрофический процесс в стенке или слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки.

Среди жалоб ведущее место при дуодените занимают боли в животе. Они носят упорный характер и появляются до приема пищи, вечером и редко ночью. Боли локализуются в правом подреберье, что объясняется заинтересованностью желчевыводящей системы. Почти у всех детей наблюдается тошнота, отрыжка, изжога (при сочетании с поражением желудка), склонность к запорам. Отмечаются быстрая утомляемость, адинамия, головная боль, головокружение, нарушение сна, снижение массы тела, проявления гиповитаминоза.

**Язвенная болезнь** - хроническое рецидивирующее общее заболевание ребенка, основным проявлением которого является язвенный дефект слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки.

Ведущей жалобой у детей с язвенной болезнью является боль, различной степени выраженности, вначале непостоянный в дальнейшем становится постоянной, более интенсивной, принимает ночной и 'голодный' характер. Тошнота и рвота сопровождают заболевание редко, иногда бывает изжога, отрыжка и слюнотечение. Аппетит чаще не нарушен. При снижении аппетита возможна потеря массы тела. По мере развития заболевания усиливается подавленное настроение, нарушается сон, возникает повышенная утомляемость. Отмечается склонность к запорам или неустойчивому стулу, может наблюдаться снижение артериального давления

У большинства больных при своевременно начатой терапии заживление язвы происходит уже после первого курса лечения. Наиболее частым осложнением является кровотечение. Возможны развитие перигастрита, перидуоденита, стенозирование пилородуоденальной области, пенентрация в другие органы, прободение язвы с развитием перитонита.

К развитию хронических небактериальных заболеваний кишечника (**хронический энтероколит**) могут привести кишечные инфекции, паразитарные заболевания, погрешности в пищевом режиме, алергические реакции, длительный прием антибиотиков (**дисбактериоз кишечника).** Ведущее значение имеет изменение двигательной, секреторной (нарушение полосного и пристеночного пищеварения) и кишечного всасывания. В последнем случае развивается **синдром мальабсорбции** - полный или селективный дефицит всасывания различных питательных веществ: белков, жиров, углеводов.

**Хронические небактериальные колиты**. Выделяют 3 формы болезни: хронический постинфекционный колит, неспецифический язвенный колит, гранулематозный колит (болезнь Крона толстой кишки). Хроническому постинфекционному колиту в большинстве случаев предшествуют кишечные инфекции или понос неясной этиологии. Развитию заболевания способствуют лямблиоз, гельминтозы, кишечный дисбактериоз, долихосигма, дискинезия кишечника.

**Дискинезии желчевыводящих путей** - расстройство движений мышечной стенки желчных протоков, проявляющееся нарушениями отведения желчи из печени и желчного пузыря в двенадцатиперстную кишку и сопровождающееся появлением болей в правом подреберье. У большинства больных имеются повышенная утомляемость, раздражительность, плаксивость, вспыльчивость, головные боли, сердцебиения потливость, боли в правом подреберье (приступообразные, острые, связанные с эмоциональным или физическим перенапряжением, приемом жирной пищи). Температура тела обычно нормальная. Длительно текущая дискинезия ведет к дисбактериозу, дискинезиям кишечника, приводит к холециститу.

# 3. Воспалительные заболевания желчного пузыря и желчных путей

Возникновение воспаления в желчевыводящей системе чаще всего связано с инфицированием чаще всего условно-патогенной флорой: кишечная палочка, протей, энтерококк, стафилококк. Нередко заболеванию предшествуют кишечные инфекции, вирусные заболевания, вирусный гепатит, заболевания энтеровирусной природы, грибковое поражение, дисбактериоз кишечника, обострение очагов хронической инфекции.

**Хронический бескаменный холецистит** (холецистохолангит) может быть следствием острого катарального холецистита, но чаще развивается как первично-хронический воспалительный процесс в желчных путях, и обычно захватывает всю желчевыводящую систему. При хроническом воспалении в желчных путях дискинезия, дисхолия и дискриния приобретают стойкий характер. Эти изменения могут долго удерживаться и после ликвидации воспаления на фоне лечения, создавая условия для возникновения новых рецидивов заболевания. При хроническом течении **холецистита** почти всегда поражен желудок, может возникнуть **дуоденит, панкреатит, холангит**.

Основной причиной возникновения **хронического калькулезного холецистита (желчнокаменной болезни, холелитиаза)** являются застой желчи в связи с нарушением обмена веществ (наследственная предрасположенность). Чаще всего образование камней происходит на фоне различных аномалий желчных путей и пузырного протока. Имеется связь с перенесенным вирусным гепатитом, а также гемолитическими анемиями. **Осложнением холелитиаза** является закупорка пузырного протока с формированием водянки или эмпиемы желчного пузыря, закупорка общего желчного протока со стойкой механической желтухой и развитием **холангита**.

**Хронические панкреатиты** - заболевание, проявляющееся воспалительными и дегенеративными изменениями ткани поджелудочной железы с последующим склерозированием ее паренхимы и снижением внутрисекреторной и внешнесекреторной функций. Редко протекает изолировано, сочетается с патологией гепатобилиарной системы, желудка и кишечника.

Проявляется приступообразными тупыми, ноющими, или колющими болями верхней половине живота. Иногда боли носят опоясывающий характер, иррадиируют в поясницу, левую половину грудной клетки, левую руку, ногу. Болевые приступы обычно повторяются несколько раз в день, появляются или усиливаются после приема жирной пищи, фруктов, кисломолочных продуктов, овощных супов или сладостей. У всех детей понижен аппетит, отмечаются тошнота, рвота, повышенная слюноотделение, иссхудание, вздутие живота, неустойчивый стул (чередование поносов и запоров).

# 4. Острые кишечные заболевания

Острые кишечные заболевания, с которыми приходиться сталкиваться практически в каждой семье представляют собой зону наиболее острых проблем в педиатрии.

Установлено, что в среднем возрасте каждый ребенок болеет острыми желудочно-кишечными заболеваниями. Они сопровождаются диареей, которая является ведущей причиной детской смертности. По данным ученых, дети в нашем регионе погибают от кишечных инфекций в 20 раз чаще, чем в европейских странах. Центральное место в работе стационаров, поликлиник, ЦРБ, СВА, ФАП занимают вопросы снижения и ликвидации острых желудочно-кишечных заболеваний, возникающих в связи с инфицированием желудочно-кишечного тракта патогенными микроорганизмами и действием их токсинов.

Наиболее часто встречаются - дизентерия, сальмонеллез и острые желудочно-кишечные заболевания, вызванные энтероинвазивными и энтеротоксиненными кишечными палочками, стафилоккоками, клепсиелами, протеями, цитобактериями, вирусами. В то же время продолжает расширяется круг возбудителей, способных вызвать острые желудочно-кишечные заболевания, протекающие рвотой и диареей. К их числу относятся клебсиела, протей и другие.

Источником инфекции являются больные люди, носители инфекции и животные. Желудочно-кишечные заболевания передаются следующими путями: пищевым, контактно-бытовым, водным.

Вспышка инфекция, сопровождающихся диареей, приходится на летне-осенний период. Диарея - это частый (более трех раз в сутки) жидкий, водянистый, зловонный стул. Причина диареи чаще всего острая кишечная инфекция. Ее большая опасность в том, что может привести к смерти от обезвоживания организма или истощения. Чем чаще стул и рвота, тем больше потери солей и воды. Повышенная температура больного способствует обезвоживанию. Ребенок быстро теряет в весе, нарушается аппетит, отмечается выраженная жажда, становится вялым, губы сухие, глаза ввалившиеся, мало мочится.

Если ребенок заболел, нужно предпринять следующие меры: увеличить поступление в организм жидкости в виде отваров лечебных трав или развести специальный раствор «Регидрон», одну пачку порошка на один литр кипяченной воды, по нескольку глотков с перерывом 5-10 минут, до стойкого улучшения состояния ребенка - прекращения рвоты и поноса. Грудных детей следует отпаивать из соски или чайной ложкой по 2-3 через 1-2 минуты (не более 100 мл за 20 минут). Если появляется рвота, прекратите подачу жидкости на 10-15 минут, а затем вновь медленно продолжайте. Не забывайте кормить ребенка прежней пищей - грудное молоко, биолакт, айран, вареный рис - часто и понемногу. Категорически исключаются из пищи мясные продукты и фрукты.

Профилактика острых кишечных инфекций включает в себя общие санитарно-гигиенические мероприятия. Ребенка, больного диареей изолируют от других детей, нельзя посещать ясли, производится дезинфекция. Обязательно соблюдается правило мыть руки до еды и после посещения туалетной комнаты. Соблюдать чистоту в квартире и местах общего пользования. Оберегать от мух пищевые продукты, не оставлять еду открытой, грязную посуду немедленно убирать и мыть, тщательно протирать обеденные столы после еды, держать всегда закрытыми ведра и бочки с мусором и кухонными отходами. Сейчас, в связи с экономическими трудностями, значительно расширенно лечение в домашних условиях, между тем практика показывает, что это не дает необходимого эффекта. И ребенок в тяжелом и крайне тяжелом состоянии поступает в стационар. Все это затрудняет лечение больного, иногда заканчивающееся летальным исходом. Чем раньше ребенка осмотрит педиатр, тем быстрее и успешнее будет лечение.

# Список литературы

1. Клинико-эпидемиологические особенности заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей. // www.gastroportal.ru
2. Курс лекций для матерей. (Глава «Детские заразные болезни») – М.: Медгиз, 1958.– 412 с.
3. Педиатрия. –М.: изд-во «Профит-Стайл», 2006. – 724 с.
4. Педиатрия, детские болезни, диагностика, лечение. //pediatr.boxmail.biz
5. Педиатрия. Заболевания желудочно-кишечного тракта у детей // www.mosmedclinic.ru
6. Стихина Т. М. Состояние местного иммунитета при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта. – М.: Медицина, 1999.- 118 с.
7. Nedug.Ru - Заболевания желудочно-кишечного тракта у детей. // www.nedug.ru