

Актуальные вопросы гастроэнтерологии детского возраста

*Кафедра педиатрии лечебного
и стоматологического факультетов,
доцент, к.м.н. Е.М. Корнюшо*

Срыгивания

у здоровых детей раннего возраста: нечасто, объем содержимого невелик

Причины: незначительный объем желудка,

- его шарообразная форма,
- замедленное опорожнение
- недостаточная функция дистального сфинктера пищевода,
- ферментативная недостаточность.

Патологический ГЭР

1) Функциональные нарушения моторики (дискинезии ЖКТ):

 Незрелость нервной регуляции органов пищеварения

 Поражение ЦНС, чаще гипоксического характера, перинатальные повреждения позвоночника и спинного мозга (в шейном отделе).

2) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

3) пилоростеноз

На фоне ГЭРБ формируется:

- - рефлюкс-эзофагит
- - воспалительно-дегенеративные изменения пищевода, обусловленные забросом и длительной экспозицией в нем желудочного содержимого.

К факторам, способствующие развитию патологического ГЭР у детей:

- - длина нижнего эзофагального сфинктера, его незрелость и транзиторные релаксации
- - медленное опорожнение желудка
- - пониженный гравитационный и перистальтический клиренс забрасываемого содержимого из дистального отдела пищевода

Клинические проявления:

- - рецидивирующая рвота
- - отрыжка
- - аспирация
- - признаки эзофагита
- - анорексия, отказ от еды
- - м.б. ларингоспазм, длительный кашель, рецидивирующие ларингиты, синуситы
- - бронхиальная астма
- - обструктивное апноэ – внезапная смерть

Диагностика: 24-часовая внутрипищеводная рН-метрия

- эзофагальная манометрия
- рентгенография пищевода
- «золотой стандарт» диагностики – ЭГДС с прицельной биопсией слизистой оболочки пищевода
- у детей раннего возраста – клиника и эмпирическое лечение

Основные принципы терапии:

1. Постуральная терапия

- – кормление ребенка в положении сидя под углом 45-60 градусов, ношение ребенка вертикально

2. Диета –

- а) дробное питание: увеличение частоты кормлений с уменьшением разового объема пищи
- б) применение антирефлюксных смесей: (Nutrilon антирефлюкс)
- - белковый состав – увеличение доза казеина
- - понижение содержания жиров
- - введение в состав смеси загустителей:
рисовый, кукурузный или картофельный крахмал,
камедь (из бобов рожкового дерева) – сохраняется
антирефлюксный эффект длительно, т.к. на участвует в
метаболизме

3. Лекарственная терапия

- - прокинетики – мотилиум и координакс

4. Симптоматическая терапия

по назначениям невропатолога, ортопеда





Диарея

- Синдром мальабсорбции
- Дисбактериоз
- Кишечная инфекция





Синдром мальабсорбции

(синдром нарушенного кишечного всасывания)

Первичная мальабсорбция:

-  дисахаридазная (лактазная) недостаточность,
-  глюкозо-галактозная недостаточность,
-  глютенная энтеропатию (целиакию),
-  врожденная хлоридная диарея.

Вторичные синдромы нарушенного кишечного всасывания:

-  синдром экссудативной энтеропатии,
-  муковисцидоз,
-  непереносимость белков коровьего молока,
-  приобретенная (вторичная) лактазная и глютенная недостаточность

Начало заболевания с раннего возраста.

При лактазной недостаточности – чаще всего с рождения, при целиакии – после введения продуктов питания, содержащих глютен – пшеница, рожь, овес, ячмень.

Диспептический синдром:

-  снижение аппетита,
-  непостоянная рвота,
-  частый обильный стул с кашицеобразной консистенцией и неприятным запахом.

Гипотрофия

Изменение поведения

Диагностика

- Анамнез (появление диспептических явлений после употребления определенных продуктов),
- При целиакии – биопсия слизистой тонкой кишки (субтотальная атрофия ворсинок слизистой)
- Повышенное выделение углеводов с калом
- Провокационные тесты (алиментарный, проба с лактозой)
- окончательное выздоровление после диеты.

1. Элиминационная диета

- *При лактазной недостаточности* – смеси с низким содержанием лактозы и безлактозные смеси на основе соевого молока (Prosobee, Alsoy) или гидролизатов белка (Alfore, All110)
- *При целиакии* аглиадиновая диета: исключаются хлеб, печенье, сухари, макаронные изделия, овсяные хлопья, мясные консервы, пудинги, крекеры, шоколад, мороженое, майонез. Не содержат глютена рисовая, кукурузная, гречневая, пшенная каши, картофель, яйца, молочные продукты. Положительная динамика отмечается через 10-15 дней после назначения диеты.
- *При непереносимости белков коровьего молока* в питании ребенка рекомендуется использовать смеси на основе козьего молока.

Лечение (продолжение)



2. Ферментативные препараты: панкреатин, креон, мезим, дигестал, вобензим
в дозировках выше возрастных.
3. Витамиотерапия внутрь и парентерально в дозах, превышающих потребность в них
4. Минеральные вещества и микроэлементы: кальций, магний, железо, цинк, кобальт
5. Симптоматическая терапия:
 - а) противодиарейные средства:
 - имодиум (лоперамид)
 - дифеноксилат (реасек)
 - б) биопрепараты (для ликвидации дисбактериоза) – лактобактерин, бифидумбактерин

Дисбактериоз кишечника

Микробиоценоз кишечника – микроэкологическая система организма, которая сложилась в процессе филогенетического развития микрофлоры у человека.

В кишечнике человека 500 видов микроорганизмов, общее количество 10^{14} .

Нормальная микрофлора кишечника:

-  Анаэробные микроорганизмы: бифидобактерии (*Bifidobacterium bifidum, brevis, longum*) и анаэробные аспорогенные грамотрицательные бактерии (в том числе и *Bacteroides*)
-  Аэробная и факультативно-анаэробная флора: Молочнокислые бактерии и энтерококки.

Функции микрофлоры кишечника

- Защитная функция: антагонистическая активность к патогенным и условно-патогенным бактериям (эшерихии, клебсиелла, протей, сальмонеллы, шигеллы, стафилококки, грибки)
- Обменная функция:
 - утилизация непереваренных пищевых веществ
 - инактивация биологически активных соединений, выделяющиеся с пищеварительными соками
 - синтез витаминов группы В, вит К, никотиновой и фолиевой кислот, аскорбиновой кислоты, некоторых ферментов
 - Обмен холестерина
- Иммунологическая - антигенная стимуляция аутофлорой в организме создает общий пул иммуноглобулинов

К развитию дисбактериоза у детей приводят:

- применение антибактериальной терапии (путь введения а/б существенной роли не играет)
- - искусственное вскармливание
- - пребывание ребенка в стационаре в периоде новорожденности
- Клиническая картина
учащение стула,
появлением метеоризма, срыгиваний
развитие гипотрофии.

Лечение

1. При условно-патогенных микроорганизмах -
назначение бактериофагов: стафилококковый,
клебсиеллезный, протейный, поливалентный,
пиобактериофаг
2. При появлении патогенных микроорганизмов —
а/б препараты с учетом чувствительности
3. Основа терапии — биопрепараты:
хилак-форте
аципол
бифидумбактерин, лактобактерин
бифиформ
4. Ферментные препараты
5. Прокинетики

Хронический гастрит, гастродуоденит.

Заболевания, сопровождающиеся хроническим воспалительным процессом в слизистой оболочке желудка и 12-перстной кишки.








- В структуре патологии ЖКТ у детей хронический гастродуоденит занимает одно из ведущих мест. Его удельный вес составляет от 58% до 90%.

Факторы, способствующие формированию хронических заболеваний ЖКТ у детей

■ Экзогенные

- Алиментарные факторы
- Длительный прием медикаментов

■ Эндогенные:

-  Аллергия
-  Нарушение моторики
-  Хрон.очаги инфекции
-  Глистная инвазия
-  Лямблии
-  Нарушение обмена
-  Генетические факторы

Helicobacter pylori

- 1983 год *Campylobacter pylori* Marshall et Warren (в 1989 году переименован в *Helicobacter pylori*)
- Фекально-оральный и орально-оральный путь передачи инфекции
- Адгезия НР на клетках желудочного эпителия - колонизация и концентрация его в желудочных ямках - продукция уреазы, вызывающей гидролиз мочевины - накопление аммиака, бактериальных токсинов и ферментов - местное ощелачивание и локальное снижение вязкости желудочной слизи - повреждение слизистой желудка и разрушение ее защитных слоев.
- Избыток соляной кислоты в желудке (гиперпродукция гастрина) - закисление содержимого 12ПК - активная колонизация НР - развитие дуоденита.

Классификация хрон. гастритов, гастродуоденитов

По этиологии: - первичный, вторичный

По форме: Тип А (аутоиммунный),

Тип Б (бактериальный), Тип С (химико-токсический)

По локализации: Пангастрит, очаговый,
гастродуоденит

По морфологии: Поверхностный, атрофический, без
атрофии

По эндоскопической картине: поверхностный,
гипертрофический, субатрофический, эрозивный,
смешанный

- Хеликобактерный гастрит (тип В)
антральный отдел
(рН антрального отдела 3,0-4,0)
предъязвенное состояние
80-85%
- Аутоиммунный гастрит
фундальный отдел

Клиника

При обострении:

- боли в животе (при фундальном гастрите ранние, при антральном, гастродуодените – поздние).
- Часто связь болей с приемом пищи выявить не удастся.
- Из диспептических явлений:
тошнота, отрыжка, реже изжога и рвота, быстрая насыщаемость, чувство тяжести в эпигастрии, позывы на дефекацию после приема пищи.

Объективно: обложенность языка, неприятный запах изо рта,

болезненность при пальпации живота в эпигастрии, пилоро-дуоденальной зоне, там же может быть локальная мышечная защита

Диагностика

- эндоскопия, при которой выявляются классические признаки воспаления (гиперемия, отек слизистой) в определенных отделах желудка и 12 пк.
- Гистология
- рН-метрия.
- Кроме того, существует ряд методов выявления НР (с биопсийным материалом: уреазный тест, морфологический, бактериологический; непрямые: дыхательный, серологический).

Методы диагностики Helicobacter pylori

■ Инвазивные

1. Бактериологический
2. Гистологический
3. Уреазные тесты с биоптатами желудка
4. Иммунологические
5. ПЦР (кровь, биоптат)

■ Неинвазивные

1. Дыхательные уреазные тесты с мочевиной
2. ПЦР (слюна, зубной налет, копрофильтраты)

Язвенная болезнь желудка и 12-п кишки

- - хроническое заболевание с циклическим, рецидивирующим течением, склонное к прогрессированию и развитию осложнений, в основе - образование дефекта слизистой оболочки желудка и/или 12пк, не имеющие четко очерченной этиологии.

В структуре заболеваний органов пищеварения у детей ЯБ составляет 1,6%, в структуре заболеваний желудка и 12пк – 2,7%.

У школьников в 7 раз чаще, чем у дошкольников.

За последние 10 лет распространенность ЯБ у детей выросла в 2,5 раза.

Соотношение язв желудка и 12пк в структуре ЯБ у взрослых равно 1:4, у детей до 1:13

- ◆ Факторы агрессии:

 - Соляная кислота

 - Пепсин

- ◆ Факторы защиты слизистой:

 - слизисто-бикарбонатный барьер

 - локальный синтез простагландинов

 - регенерация эпителия

 - сохранное кровоснабжение

Классификация язвенной болезни

Клинико-эндоскопическая стадия:

- свежая язва
- начало эпителизации дефекта
- заживление язвенного дефекта
- клинико-эндоскопическая ремиссия

Фаза

- Обострение
- Неполная клиническая ремиссия
- Клиническая ремиссия

Форма:

осложненная

неосложненная

- Кровотечение
- Пенетрация
- Перфорация
- Стеноз привратника
- перивисцерит

Классификация язвенной болезни

Локализация:

Желудок

12-перстная кишка (луковица, постбульбарный отдел)

Двойная локализация

Функциональная характеристика:

Кислотность желудочного содержимого (повышена, понижена, нормальная)

Сопутствующая патология:

Панкреатит, гепатит, энтероколит, эзофагит, холецистохолангит

Клиника.

- Основной клинический симптом ЯБ - боль
- Боли обычно приступообразные, колющие или режущие, возникают внезапно, могут иррадиировать в спину, правое плечо, лопатку.
- Типичным для болевого синдрома язвы 12-пк является Мойнингановский ритм болей: голод – боль – прием пищи – облегчение – голод – боль – и т.д.
- Характерны также ночные боли. При язве кардиального отдела боли ранние, сразу после принятия пищи, с этим иногда связано снижение аппетита.
- Болевой синдром м.б.с явлениями диспепсии: изжога, тошнота, рвота, отрыжка. Изжога у детей иногда является эквивалентом боли. Появление изжоги свидетельствует не только о повышенной кислотности, но и о наличии ГЭР.

Диагностика

- Диагностика ЯБ невозможна без ЭГДС.
- При ЭГДС в острую фазу на фоне резко воспаленной слизистой выявляется дефект с выраженным приподнятым воспалительным валом вокруг. Дно язвы покрыто фибрином, некротическим налетом.
- Через 10-14 дней - в подострую фазу: налет уменьшается, обнажаются грануляции, выраженность воспалительного вала.
- На 3-ей неделе – фаза рубцевания – по краям язвы появляются рубцы

Лечение хронических ГД и ЯБ

Основные цели терапии:

- эрадикация НВ (антибактериальные препараты)
- подавление кислотной продукции
- качественная репарация
- снижение риска развития рецидива

- Постельный режим – снижается внутрибрюшное давление и перистальтическая активность ЖКТ, улучшается его кровоснабжение, уменьшаются энергетические затраты организма) – от 1 нед до 1 мес. Дети переносят тяжело, что имеет обратный эффект, усугубляет ГЭР и др.
- Диета. Стол 1 с обязательным исключением маринадов, пряностей, приправ, газированных напитков. Небольшие объемы и частое питание с сохранением привычек достаточно эффективно. Механическое, химическое и термическое щажение. Регулярность приема пищи. Диета, богатая белками, достаточное содержание жира (сливочное масло), ограничение углеводов.

Как правило используется тройная и квadroтерапия:

- тройная с препаратом висмута (висмут + 2 а/б)
- тройная с антисекреторным препаратом (а/с+2 а/б)
- квадрo (висмут +а/с+2 а/б)

Антибактериальная терапия с действием на НР:

- Амоксициллин (флемоксин) 25 мг/кг макс 1г/сут
- Кларитромицин (клацид) 7,5 мг/кг макс 500 мг/сут
- Рокситромицин (рулид) 5-8 мг/кг макс 300 мг/сут
- Азитромицин (суммамед) 10 мг/кг макс 1 г/сут (3 дня)
- Нифуратель (макмирор) 15 мг/кг
- Фуразолидон 5 мг/кг

Препараты висмута

- де-нол 4 мг/кг (1т 4 р/день)
- вентрисол, пилорид

Антисекреторные препараты:

- а) H₂ блокаторы гистамина (т.к. они повышают уровень гастрина в крови и, как следствие, тонус нижнего пищеводного сфинктера, показано их применение у больных с ГЭР

- ◆ ранитидин

- ◆ квамател (фамотидин) – 1 р/сут на ночь

- б) M₁-холинолитики (наиболее показаны при ваготонии)

- ◆ пирензепин (гастроцепин)

- в) блокаторы протонной помпы

- ◆ омепразол (лосек, омез) 20 мг утром

- ◆ рабепразол (париет)

- ◆ эзомепразол (нексиум)

Спазмолитики

а) нейротропные

- холинолитические средства (атропин, платифиллин)

—
сильный эффект снятия спазма+антисекреторный

б) миотропные

- блокаторы натриевых каналов —

мебеверина гидрохлорид (дюспаталин)

1 т 3 р/д за 20 мин до еды

- блокаторы кальциевых каналов — спазмомен, дицетел

- ингибиторы фосфодиэстеразы 4 типа: дротаверин, папаверин

Прокинетики (за 20 мин до еды)

- метоклопрамид (церукал, реглан)
- дроперидон (мотилиум)
- цизаприд (координакс)

Антациды:

- алюминий-содержащие (альмагель, фосфалюгель, маалокс) – обладают не только антацидным эффектом, но и адсорбирующим, обволакивающим и репаративным (за счет стимуляции синтеза простагландинов)
- **Простагландины** – синтетический аналог ПЕ-2 мизопростол (цитотек) снижает базальную и стимулированную желудочную секрецию, стимулирует репаративные процессы

Физиотерапия: электрофорез, индуктотермия

Фитотерапия:

- Пустырник
- Валериана
- Ромашка
- Зверобой
- Тысячелитник

Диспансеризация:

- В периоде наблюдения 1 раз/квартал
 - далее 1 раз/полгода,
 - 1 р/год (2 года без симптомов).
-
- Противорецидивное лечение 2 раза/год,
при ЯБ – 2-3 раза/год.
- ЭГДС 1-2 р/год при неполной ремиссии, при
полной – по показаниям.

Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей

Холепатии

- Условное объединение группы болезней желчевыводящей системы, включающее заболевания желчного пузыря, внепеченочных и внутрипеченочных желчных протоков различной природы.
- Чаще функциональные нарушения, реже – заболевания воспалительной природы и аномалии развития ЖВП.

Классификация заболеваний желчевыводящей системы

- 1. Функциональные нарушения
- 2. Механические нарушения
- 3. Воспалительные заболевания
- 4. Заболевания БДС и общего желчного протока
- 5. ЖКБ
- 6. ПХЭС
- 7. Паразитарные заболевания
- 8. Опухоли
- 9. Травматические повреждения

АФО желчевыводящей системы

- Желчь образуется в гепатоцитах – в желчные капилляры – внутридольковые желчные капилляры – правый и левый дольковые протоки – общий ЖП.
- Общий ЖП соединяется с протоком поджелудочной железы чаще всего в фатеровом соске в ДПК.
- Желчные протоки имеют сложный сфинктерный аппарат: сфинктер Люткенса (в месте впадения пузырного протока в шейку ЖП), Мирицци (слияние пузырного и общего желчного протоков), Одди (конец общего желчного протока - регулирует не только поступление желчи, панкреатического сока в 12-пк, но и предохраняет протоки от рефлюксов содержимого кишки).

Физиологическое значение желчи

- ❖ - нейтрализация HCl, пепсина
- ❖ - активация кишечных и панкреатических ферментов
- ❖ - фиксация ферментов на ворсинках
- ❖ - эмульгирование жиров
- ❖ - усиление всасывания вит А, Д, Е, К
- ❖ - повышение перистальтики кишечника, усиление тонуса кишки
- ❖ - уменьшение размножения гнилостных бактерий
- ❖ - стимуляция холереза в печени
- ❖ - экскреция лекарственных, токсических веществ

При недостатке желчи в просвете кишечника

- - тормозится двигательная функция кишечника
- - уменьшается всасывание кальция, витаминов
- - увеличивается риск развития остеопороза
- - снижение уровня фибриногена
- - снижение уровня гемоглобина
- - возможно развитие язв, дисфункции половых желез, цирроза печени

Дуоденальное зондирование

Метод хроматографического зондирования с использованием метиленовой сини.

«Раздражители»:

раствор пептона,

оливковое масло,

сорбит,

10% р-р поваренной соли,

ХОЛЕЦИСТОКИНИН.

Дуоденальное зондирование

- 1 – этап базальной секреции желчи – нервно-рефлекторная фаза – 18-22 минуты, объем 26-34 мл
- 2 – «этап латентного периода желчеотделения» - 5-7 мин (при этом желчь не отделяется).
- 3 – этап сфинктера Люткенса и холедоха – 1-4 мин, объем 1-5 мл.

Все 3 этапа составляют классическую порцию «А».

Дуоденальное зондирование

- 4 – этап желчного пузыря – опорожнение ЖП вначале идет интенсивно до 4 мл в мин, затем уменьшается. Время 30-36 мин, объем 57-71 мл сине-зеленой пузырьной желчи (порция В)
 - 5 – этап внешней секреции желчи – начинается с появления печеночной желчи желтовато-золотистого цвета. Продолжительность 22-26 мин, объем 29-39 мл (порция С)
- В норме кол-во желчи, собранное в течение 60 мин, составляет 72-84 мл.
- 6 – этап остаточной пузырьной желчи – наблюдается не всегда. У здоровых 5-12 мин 10-15 мл сине-зеленой пузырьной желчи.

Болевые точки и симптомы

- Точка Кера – возникновение (усиление) болей во время вдоха при пальпации в точке ЖП

Симптомы

- Ортнера-Грекова – болезненность при покалывании по краю реберной дуги

- Мюсси-Георгиевского (френикус) – болез-сть при пальпации между ножками пр. грудино-ключично-сосцевидной мышцы

- Мерфи – усиление болей в правом подреберье при надавливании на переднюю брюшную стенку в проекции ЖП во время глубокого вдоха при втянутом животе

- Лепене – болезненность при поколачивании по мягким тканям правого подреберья

- Боаса – болезненность при надавливании справа от 8-10 грудных позвонков

- Захарьина - болезненность в точке пересечения правой прямой мышцы с реберной дугой

ДЖВП

Функциональное расстройство, характеризующееся несогласованным, несвоевременным, недостаточным или чрезмерным сокращением желчного пузыря, желчных протоков и/или сфинктеров внепеченочных желчных путей.

Причины ДЖВП

Эндогенные

- анатомические – перегибы, деформации
 - функциональные нарушения мышечного аппарата
- дисхолия

Экзогенные

- - инфекционные и паразитарные болезни (гепатит, дизентерия, сальмонеллез, лямблиоз)
- - нарушение диеты
- - ОХИ, патология других систем

Классификация (Пайков В.Л.)

- По происхождению:
 - ◆ первичные (пороки развития, инфекции),
 - ◆ вторичные (нервные, эндокринные болезни, заболевания ЖКТ)
 - ◆ первично-нейрогуморальные
- Локализация:
 - ◆ желчный пузырь,
 - ◆ желчные протоки,
 - ◆ сфинктеры Одди, Люткенса

- Характер моторных нарушений:
 - ◆ гипертония,
 - ◆ гиперкинезия,
 - ◆ гипотония
- Клинические формы:
 - ◆ бессимптомная,
 - ◆ болевая,
 - ◆ диспептическая,
 - ◆ смешанная
- Осложнения: желчная колика, желтуха, мальдигестия

Клиника

■ *Гипомоторная*

- ◆ постоянные ноющие боли, чувство тяжести
- ◆ тошнота, рвота
- ◆ усиливаются после стрессов, погрешностей в диете, заболеваний
- ◆ болезненность справа
- ◆ пуз.симптомы
- ◆ пальпируется край печени

■ *Гипермоторная*

- ◆ приступообразные кратковременные боли у детей неопределенной локализации
- ◆ усиливаются при эмоциональной или физической нагрузке

Дополнительные методы

- УЗИ – признаки дисхолии, аномалии развития
- УЗХ – недостаточное (менее $1/3$) или избыточное (более $2/3$) начального объема сокращения ЖП
- Холецистография:

Желчегонный завтрак: 1-2 сырых куриных желтка

Сокращение площади ЖП через 1 час от $1/3$ до $2/3$

- Дуоденальное зондирование: ускорение или замедление истечения пузырной желчи (порция «В»), увеличение или сокращение времени открытых сфинктеров (1-3 фаза)

Лечение ДЖВП

Гипотоническая:

- диета №5 с желчегонными продуктами, клетчаткой
- стимулирующие нейротропные (кофеин)
- физиотерапия – тонизирующего типа

Гипертоническая

- диета №5 с ограничением раздражителей
- седативные, транквилизаторы
- спазмолитики
- физиотерапия седативного типа

Желчегонные препараты

- Холеретики – усиливают функциональную активность гепатоцитов:
 - ◆ содержащие желчные кислоты (аллохол, хологон)
 - ◆ синтетические (никодин, оксафенамид)
 - ◆ растительные (бессмертник, мята, зверобой, холосас, фламин, холагол)
 - ◆ гидрохолеретики (мин.воды, кук.рыльца, валериана)
- Холекинетики – за счет выработки холецистокинина стимулируют желчеотделение, снижая тонус общего желчного протока
 - ◆ сульфат магния, ксилит, сорбит 20%, барбарис, куркума, холангум

- Холеспазмолитики – папаверин, но-шпа, атропин, эуфиллин, беладонна (беллалгин, бесалал), гимекромон (одестон)
- «Слепое» зондирование по Демьянову:
 - ◆ 1-2 раза в неделю, 1-2 месяца
 - ◆ утром натощак 15-20 мл 33% MgSO₄ 40-50 градусов (мин. Вода Ессентуки-17 3 мл/кг или 10 мл/год жизни)
 - ◆ лечь на правый бок на валик с теплой грелкой на 40-60 мин
 - ◆ глубокие вдохи по 2-3 каждые 5 мин (для открытия сфинктера Одди)

Холецистит

Воспаление желчного пузыря

- Острый бескаменный (чаще связан с инфекциями, у детей чаще катаральный – лечение консервативное)
- Хронический бескаменный, холецистохолангит?

Этиология:

- E.coli
- Klebsiella
- Proteus
- Enterobacter
- Streptococcus
- Enterococcus

Клиника острого холецистита:

- ◆ Четко очерченное начало (провокация)
- ◆ Болевой синдром
- ◆ Болезненность и мышечная защита
- ◆ Тошнота, многократная рвота
- ◆ Температура
- ◆ Признаки воспаления в анализе крови

Клиника хронического холецистита

- ◆ чередование ремиссии и обострений
- ◆ связь обострений с погрешностями в диете, физ. или псих. нагрузкой, интеркуррентными инфекциями
- ◆ болевой синдром (чаще пр. подреберье), не купирующийся самостоятельно
- ◆ тошнота и рвота, не приносящие облегчения
- ◆ мышечная защита в пр. подреберье
- ◆ + пузырьные симптомы
- ◆ м.б. умеренная гепатомегалия, признаки холестаза

УЗИ- признаки холецистита:

- Острый:
 - ◆ утолщение стенки
 - ◆ появление двойного контура стенки
 - ◆ болезненность при надавливании датчиком на область проекции ЖП (УЗИ_симптом Мерфи)
- Хронический:
 - ◆ уплотнение и утолщение стенки
 - ◆ неравномерность и деформация контура
 - ◆ негетомогенность содержимого
 - ◆ УЗИ-симптом Мерфи

Лечение холецистита

- ◆ режим постельный
- ◆ стол №5
- ◆ желчегонные
- ◆ антибактериальная терапия (с накоплением в желчи), нитрофурановые (для лечения лямблиоза)
- Антибиотики с желчью
 - ◆ пенициллины (ампициллин) – не монотерапия (т.к. устойчивы энтеробактерии, некоторые штаммы кишечной палочки)
 - ◆ уреидопенициллины (мезлоциллин, азлоциллин, пиперациллин)
 - ◆ аминогликозиды (амикацин, нетилцилин)
 - ◆ цефалоспорины (цефоперазон, цетриаксон)
- фторхинолоны, карбапенемы – а/б резерва

Благодарю за внимание!