

# ***Острые желудочно-кишечные заболевания***

**Доцент В.Н.Белозерцева**

*ОЖКЗ занимают второе  
место по частоте после  
ОРВИ  
среди патологии детей  
раннего возраста*





## ***Предрасполагающие факторы***

- 1. АФО пищеварительной системы у детей (*желудок, кишечник, печень, билиарный тракт*)
- 2. Характер вскармливания (*искусственное, неадекватный прикорм*)
- 3. Особенности иммунной системы в раннем возрасте (*незрелость иммунных органов, низкий титр антител к патогенным микроорганизмам, незавершенный фагоцитоз*)

# Классификация желудочно-кишечных заболеваний детей раннего возраста

8 Всесоюзный съезд детских врачей. Г.Н.Сперанский

- 1. Заболевания функционального происхождения  
*(простая и токсическая диспепсия, парентеральная диспепсия, пилороспазм, атония, спастический запор)*
- 2. Заболевания инфекционного происхождения  
*(дизентерия, сальмонеллезы, кишечная коли-инфекция, кишечная форма стафилококковой, энтерококковой, грибковой инфекции; вирусная диарея; кишечная инфекция невыясненной этиологии)*
- 3. Пороки развития ЖКТ  
*(пилоростеноз, мегадуоденум, мегаколон; атрезия (пищевода, отделов кишечника, ануса); другие пороки)*

# Этиология ОЖКЗ у детей раннего возраста

- **До 1 года**

*Ротавирус,*

*Сальмонеллы,*

*ЭПКП*

*Протей, клебсиелла,  
цито-*

*бактер, энтеробактер,*

*Псевдомонас*

*шигеллы*

- **После 1 года**

*Шигеллы*

*Сальмонеллы*

*ЭПКП*

*Ротавирус*

*Кампилобактерии*

# Патогенез ОЖКЗ у детей раннего возраста

- *Продукты распада и токсины угнетают ферменты стенки кишки, нарушают функции энтероцитов; разрушаются ворсинки → нарушается процесс пристеночного пищеварения.*
- *Повышается проницаемость кишечного барьера*
- *Нарушается микроциркуляция – местная, затем общая.*
- *Ишемия нарушает окислительные процессы в тканях*
- *Барьерная функция печени оказывается несостоятельной*
- *Токсемия*
- *Понос и рвота → обезвоживание → нарушение гемодинамики*
- *Нарушается функция ЦНС*

# **Клиника ОЖКЗ:** токсикоз, эксикоз, диспептический синдром

- **Токсикоз-** неспецифический с-м:  $\uparrow t$  , бледность, мраморность кожи; нарушается сон, аппетит, поведение
- **Эксикоз** – наиболее специфичен и диагностически значим
- 1 (легкая) – дефицит м.т. = 4-5%
- 2 (средней тяжести) = 6-9%
- 3 (тяжелая = 10% и более
- Дефицит массы тела за счет воды 20% и более несовместим с жизнью

**Оценка тяжести дегидратации по клиническим признакам -1**  
**Легкая степень (4-5% потери массы тела)**

**Внешний вид** – возбуждение или беспокойство

**Жажда** – умеренная

**Эластичность кожи** – нормальная

**Слезная жидкость** – есть

**Большой родничок** – нормальный

**Слизистые оболочки рта, язык** – влажные или  
суховатые

**Пульс на лучевой артерии** – нормальный или слегка  
учащен

**Диурез** - нормальный

**Дыхание** – нормальное

**ССС** – без нарушений

**Оценка тяжести дегидратации по клиническим признакам-2**  
**Средней тяжести ( до 9% потери массы тела)**

**Внешний вид** – беспокойство или заторможенность

**Жажда** – выраженная

**Эластичность кожи** – снижена

**Глаза** запавшие

**Слезная жидкость** отсутствует

**Большой родничок** – западает

**Слизистые оболочки рта, язык** – сухие

**Пульс** – быстрый, слабый

**Диурез** – отсутствие в течение нескольких часов  
или выделяется немного темной мочи

**Дыхание** – учащенное

**ССС** - тахикардия



**Оценка тяжести дегидратации по клиническим признакам-3  
Тяжелая (с шоком или без него (~10% потери массы тела))**

**Внешний вид** – сонливость, м.б. кома;  
холодные, влажные, цианотичные конечности

**Жажда** – слабое желание пить

**Эластичность кожи** резко снижена

**Глаза** сильно запавшие

**Слезная жидкость** отсутствует

**Большой родничок** резко западает

**Слизистые рта, язык** – очень сухие

**Пульс** – частый, нитевидный,  
иногда не пальпируется

**Диурез** – анурия в течение 6 часов и более

**Дыхание** – учащенное, глубокое

**ССС** – тахикардия, глухость тонов сердца

## **Типы эксикоза в зависимости от соотношения потерь воды и электролитов**

### **1. Вододефицитный (гипертонический):**

*преобладают потери воды при энтерите.*

*Ребенок возбужден, выражена жажда, двигательное беспокойство; диурез снижен незначительно; гемодинамика стабильная; внешне резко выражены все признаки обезвоживания.*

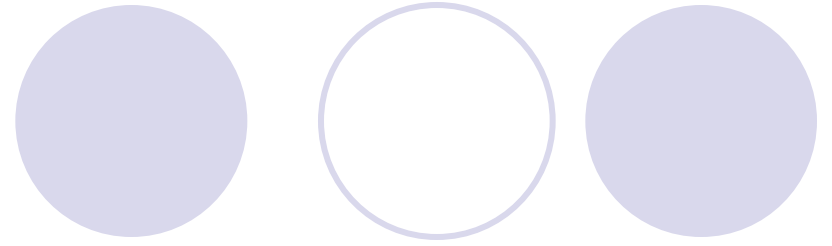
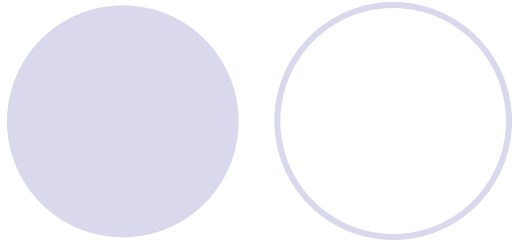
### **2. Соледефицитный (гипотонический):**

*значительная потеря электролитов при рвоте.*

*Ребенок вялый, адинамичный, отказывается от питья, попытка напоить вызывает рвоту; гипотермия; все показатели гемодинамики резко нарушены; диурез снижен или отсутствует; внешние признаки эксикоза выражены умеренно.*

### **3. Изотонический тип – при гастроэнтеритах.**

*Ребенок вялый, периодически возбужден; пьет неохотно; тургор тканей снижен; умеренная сухость слизистых; диурез снижен*





## **Диспептический синдром (синдром локальных изменений)**

**Гастрит – начало остро; схваткообразные боли в животе – в эпигастрии или вокруг пупка, тошнота рвота; у грудных – срыгивание «фонтаном».**

**Энтерит – учащенный водянистый, обильный стул (вплоть до стула «одной водой»); в кале – белые комочки (мыла). При инфекционных процессах – стул пенистый и зловонный; вздутие живота, урчание.**

**Колит – умеренно учащенный скудный, каловидный стул с примесью слизи или гноя; м.б. прожилки крови; позывы на дефекацию: ребенок часто тужится, плачет; поджимает ножки к животу.**

*У младших детей поражение разных отделов ЖКТ чаще сочетаются.*

# Диагностика

1. Анамнез и объективное обследование
2. Этиология: посев каловых и рвотных масс не менее 3 раз в остром периоде (один забор – до начала антибактериальной терапии)
3. Копрологическое исследование: преимущественный уровень поражения ЖКТ.

Желудок: соединительная ткань, грубая растительная клетчатка, поперечно-исчерченные мышечные волокна

Энтерит: много ЖК, зерна крахмала (вне- и внутриклеточный)

мышечные волокна, соли ЖК

Колит: неперевариваемая клетчатка, внутриклеточный крахмал, признаки воспаления (лейкоциты, эритроциты, слизь)

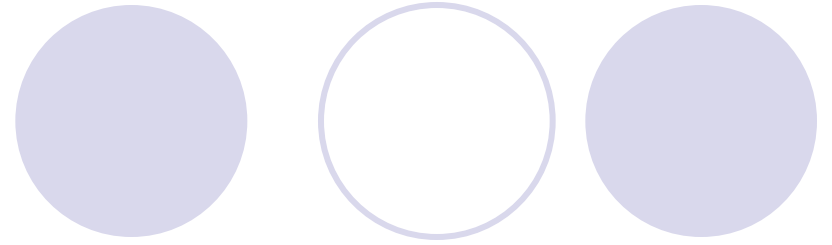
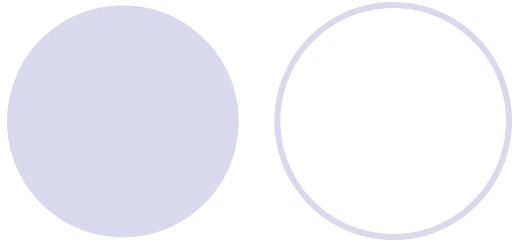
4. Серологическое исследование на сроках 7 и 14 дней.

ПЦР - диагностика



## Лечение ОЖКЗ

- **Режим** – тепловой комфорт, гигиена, свежий воздух, санэпидрежим
- **Диета**- на естественном продолжают кормить грудью, но отменяют прикормы.
- На искусственном **при легких формах** уменьшают объем питания на 15-20% (по аппетиту)
- **При средне- и тяжелых фф.** Объем пищи уменьшают до 50%, кратность питания увеличивают до 7-8 раз
- **Этиотропная терапия** – бактериофаги; интестопан, нитроксилин; эрсефурил. В тяжелых случаях - антибиотики



# Регидратация – основа патогенетической терапии. Объем для 1 этапа регидратации

<i>Масса больного при госпитализации</i>	<i>Возраст больного</i>	<i>Степень обезвоживания</i>	
		<i>легкая</i>	<i>Средней тяжести</i>
3-4 кг	1-2 мес	120-200 мл	300-400 мл
5-6 кг	3-4 мес	200-300 мл	500-600 мл
7-8 кг	6-9 мес	300-400 мл	700-800 мл
9-10 кг	1-2 года	400-500 мл	900-1000
11-12 кг	2-3 года	450-600 мл	1000-1100





## *Оральная регидратация – в 2 этапа*

- **Первичная** - коррекция водно-солевого дефицита на момент начала лечения. Рассчитывается на 4-6 часов.
- При 1 ст. эксикоза (дефицит м.т.4-5%) 50 мл/кг
- При 2 ст. (дефицит м.т. 6-9%) 60-90 мл/кг
- **Поддерживающая** – возмещение продолжающихся потерь: за каждые последующие 6 часов столько раствора, сколько потерял за предыдущие 6 часов (на каждую потерю с рвотой или стулом до 2 лет + 50-100 мл; старше 2 лет – 100-200 мл)

## *Растворы для оральной регидратации*

<b><i>Гидрокарбонатная смесь</i></b>	<b><i>Цитратная смесь</i></b>
Натрия хлорид 3,5	Натрия хлорид 3,5
Натрия гидрокарбонат 2,5	Натрия цитрат 2,5
Калия хлорид 1,5	Калия хлорид 1,5
Глюкоза 20,0	Глюкоза 20,0
Кипяченая вода 1 литр	Кипяченая вода 1 литр



## *Признаки достаточной регидратации:*

- *Уменьшение потерь жидкости*
- *Прибавка массы тела на 6-7% в сутки*
- *Нормализация диуреза*
- *Улучшение общего состояния*
- *Нормализация частоты пульса и его наполнения*



## ***Показания для парентеральной регидратации***

*Экцикоз 3 степени*

*Коматозное состояние*

*Неукротимая рвота*

*Олигурия (более 8 часов)*

*Неэффективность оральной регидратации*

# Биопрепараты



## 1. Бифидосодержащие:

бифидумбактерин, бифилин, бифиформ

## 2. Лактосодержащие:

лактобактерин, ламинолакт, бибактон, биофруктолакт

## 3. Ацидофильную флору содержащие:

аципол, ацилакт, нарине, витафлор

## 4. Комбинированные:

линекс (лактобактерин+бифидобактерин), бифидин (бифидобактерин+E. coli), примадофиллюс (бифидо- + лакто-бактерии)  
бификол (бифидо- + E. coli)

## 5. Лабораторные штаммы (подавляют рост патогенной

флоры) бактисубтил, энтерол, споробактерин, биоспорин, бактиспорин

# Энтеросорбенты



## 1. Угольные

*активированный уголь; карболонг (активированный косточковый уголь); ваулен (волокнистый углеродистый сорбент); микросорб II*

## 2. Поливалентные

*лигнин – полифепан; билигнин; лингосорб*

## 3. Природные

*смекта; богатые пектином овощи и фрукты (морковь, яблоки, бананы)*

# Ферментные препараты

1. **Препараты, содержащие ферменты желудка**  
абомин; пепсин

2. **Препараты, содержащие ферменты поджелудочной железы**

панкреатин; **креон** (панкреатин, липаза, амилаза, протеаза, фосфолипаза, трипсин, химотрипсин, эластаза, карбопептидазы А и В); **сомилаза** (солизим, амилаза); **ораза** (липаза, амилаза, протеазы); **трифермент** (амилаза, липаза, трипсин); **панкурмент** (панкреатин, липаза, протеаза); **солизим** (липаза); **мезим-форте** (панкреатин, амилаза, липаза, протеаза)

3. **Комбинированные препараты**

фестал; панзинорм-форте; дигистал; энзистал; меркензим; пенолез; котазим-форте



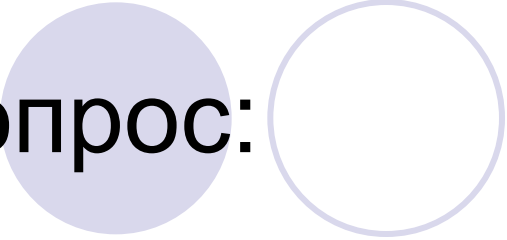
## *Критерии выздоровления*

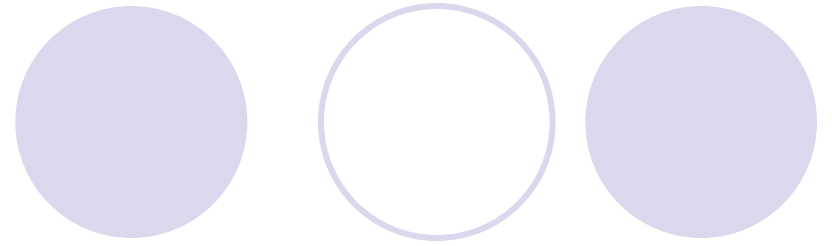
- *Стойкая нормализация стула*
- *Отрицательные результаты посева кала на кишечную группу патогенных бактерий*  
\*\*\*
- *Ребенок подлежит диспансерному наблюдению и должен соблюдать диету минимум в течение  
1 месяца*



# Профилактика



Вопрос: 



- Типы эксикоза?

***Благодарю за внимание!***

