

Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Кафедра госпитальной педиатрии**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ  
ЗАНЯТИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**Наименование дисциплины**      Этапность лечения детей и подростков с  
хронической неинфекционной патологией

Специальность                      31.05.02 Педиатрия

Форма обучения                    очная

Год начала подготовки            2022

**Тема10. Восстановительное лечение и реабилитация при гастритах,  
гастродуоденитах, язвенной болезни, панкреатитах и заболеваниях  
билиарной системы**

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Этапность  
лечения детей и подростков с хронической неинфекционной патологией»

Разработаны:

доцентом кафедры  
доцентом кафедры

Водовозовой Э.В.  
Леденевой Л.Н.

Обсуждены на заседании кафедры «Госпитальной педиатрии»,  
зав. кафедрой Водовозова Э.В.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для  
обучающихся по направлению подготовки (специальности) 31.05.02 Педиатрия  
2022 года набора очной формы  
20.04.2022

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Климов Л.Я.

Методические указания по дисциплине «Госпитальная педиатрия» размещены в  
ЭИОС университета в авторской редакции

**1.Цель** Ознакомить обучающихся с основами этапности лечения и

реабилитации больных с патологией желудочно - кишечного тракта студенты должны научиться диагностировать данное заболевания, проводить дифференциальную диагностику и назначать терапию.

## **2.Учебные вопросы**

1. Методы терапии (восстановительное медикаментозное и немедикаментозное лечение).
2. Методы реабилитации.
3. Принципы диспансеризации.
4. Профилактика.
5. Прогноз. Исход.

### **3. Теоретическая часть.**

Реабилитация (фр. rehabilitation от лат. re – вновь + habilis – удобный, приспособленный) в медицине — комплекс медицинских, психологических, педагогических, профессиональных и юридических мер по восстановлению автономности, трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями в результате перенесенных (реабилитация) или врожденных (абилитация) заболеваний, а также в результате травм. Группы детей с патологией ЖКТ, нуждающиеся в реабилитации: перенесшие тяжелое острое заболевание, с функциональными нарушениями, с хронической патологией, с врожденными заболеваниями, с аномалиями развития, перенесшие операции на ЖКТ.

В основе реабилитации больного ребенка с гастроэнтерологической патологией лежат следующие принципы:

1. Осуществление в условиях учреждения, располагающего всеми видами восстановительного лечения, высококвалифицированными кадрами, имеющего в достаточном объеме средства эффективного контроля, а также хорошо налаженную связь с другими лечебными и реабилитационными учреждениями.

2. Реабилитация на самых ранних стадиях болезни, составляя естественную и органическую часть лечебных мероприятий, дополняя и обогащая комплексное лечение.

3. Непрерывность процесса реабилитации, пока не будет достигнуто в минимально возможные сроки максимальное восстановление здоровья и ребенка и его функциональных возможностей.

4. Комплексный характер, под которым подразумевается объединенная общей целью деятельность медицинских работников, педагогов, психологов, социологов и других участников реабилитационного процесса.

5. Индивидуальный принцип, учитывающий личностные особенности ребенка и своеобразие патологических, морфологических и функциональных изменений.

6. Возвращение заболевшего ребенка к обычным для него условиям жизни, воспитания, учебы, занятий спортом, а при необратимых изменениях – адаптация к новым условиям жизни.

Реабилитацию больного ребенка делят на три этапа

### ***Клинический***

Обеспечение всестороннего обследования для уточнения диагноза, включает восстановление функции пораженных систем, подготовку всего организма больного ребенка к следующему этапу реабилитации. Заканчивается при выздоровлении ребенка от основного заболевания и восстановлении функций органов и систем или достаточной компенсации утраченных в результате болезни функций.

### ***Санаторный***

Нормализация функций пораженной системы наряду с нормализацией функций других органов. При завершении отсутствуют клинические, биохимические, функциональные, рентгенологические и иные изменения активности патологического процесса

### ***Адаптационный***

Полное восстановление здоровья ребенка, возврат ребенка к обычным для него условиям жизни, занятиям физкультурой и спортом

### **Показания и противопоказания к профилактическим прививкам**

Обострения хронических заболеваний ЖКТ являются временными противопоказаниями для проведения прививок. Плановые прививки проводятся при отсутствии жалоб и объективных признаков обострения заболеваний. Исключением являются пациенты с язвенным колитом и

болезнью Крона, хроническим гепатитом, получающие иммуносупрессивную терапию. В таких случаях придерживаются правил: инактивированные вакцины вводят

в периоде ремиссии, живые вакцины – не ранее, чем через 1 мес. от окончания лечения.

### **Противопоказания при трудовом обучении**

Противопоказано воздействие производственных факторов: значительное и умеренное физическое и нервно-психическое напряжение, предписанный темп работы, невозможность соблюдения режима питания, длительная ходьба, воздействие токсических веществ, сотрясение тела, неблагоприятное вынужденное положение тела и напряжение брюшного пресса, упор на брюшную стенку. Не рекомендованы работы, сопровождающиеся резкими поворотами тела и длительным напряжением мышц брюшного пресса.

### **Противопоказания и рекомендации при физическом воспитании**

Противопоказаны физические нагрузки высокой интенсивности (бег и прыжки в быстром темпе, эстафеты и пр.), акробатические упражнения, упражнения на гимнастических снарядах, в т.ч. висы без опоры, подтягивание на перекладине, прыжки через «коня», упражнения на брусьях и кольцах, упражнения с натуживанием либо интенсивным напряжением мышц брюшного пресса. Ограничены продолжительные физические нагрузки средней интенсивности (бег трусцой, бег в умеренном темпе, подвижные игры и др.); упражнения, направленные на развитие общей и локальной выносливости, скоротно-силовых качеств, с длительным статическим напряжением мышц, на тренажерах (или с индивидуальным подбором тренажера и дозированием нагрузок), вызывающие нервное напряжение или сопровождающиеся значительным сотрясением тела (прыжки в высоту, с разбега, спрыгивания и др.), круговые движения головой, туловища и наклоны головы, особенно вперед. Рекомендовано выполнение упражнений на спине, животе, четвереньках в сочетании с диафрагмальным дыханием, при которых уменьшается нагрузка на мышцы брюшного пресса.

## ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ НОЗОЛОГИЯХ

### К20. Эзофагит

Поражение слизистой оболочки пищевода воспалительно - дегенеративного характера с последующим вовлечением в патологический процесс с подслизистых слоев пищевода, развивающееся при неоднократных и длительных воздействиях на него различных повреждающих факторов, наибольшее значение среди которых имеет гастроэзофагеальный рефлюкс. Острый эзофагит наблюдается чаще при отравлениях, инфекционных заболеваниях, хронический – алиментарный, при рефлюкс-эзофагитах и др. Первичный – редко, в основном – вторичный при заболеваниях ЖКТ.

**Лечебная программа.** Направленность терапевтического действия:

1. Устранение или уменьшение действия причины, вызвавшей эзофагит
2. Ослабление влияния кислотно-пептического фактора.
3. Уменьшение болевого синдрома.
4. Усиление репаративных процессов в слизистой оболочке пищевода.
5. Снижение сенсibilизации при пищевой аллергии.

#### **Поликлинический этап реабилитации:**

1. Соблюдение диеты с дробным питанием до 6-7 раз в сут, у детей раннего возраста при упорных срыгиваниях антирефлюксные смеси.
2. Организация поструральной терапии, вертикальное положение после еды в течение 1,5-2 ч, режима.
3. Гигиеническая гимнастика, прогулки на свежем воздухе пешком, на лыжах.
4. Избегание повышения внутрибрюшного давления (запоры, физические перегрузки, наклоны туловища вниз и т.д.).
5. Санация очагов инфекции в ротоносоглотке.
6. Устранение психовегетативных нарушений, отрицательных эмоций.

7. При гастроэзофагеальном рефлюксе: - антирефлюксная терапия (прокинетики, антисекреторные препараты) по требованию, в зависимости от наличия симптомов рефлюкса и кислотности; - фитотерапия при отсутствии аллергии: отвар мяты перечной, ромашки 10:200,0 по 1 ст.л. 3 раза в день в течение 1-1,5 мес., корень валерианы, курс – 2-3 раза в год. 8. СКЛ; минеральные воды (Смирновская, Боржоми, местные щелочные) по 100 мл 3 раза в день через 40 мин после еды в течение 4 нед.)

### Схема диспансерного наблюдения при эзофагите в III группе

Кратность осмотра специалистами	Контрольные исследования	Группа по физкультуре	Снятие с учета
<p>Педиатр: в 1-й год ежемесячно,</p> <p>на 2-3-м году при отсутствии</p> <p>обострений – 1 раз в 6 мес., затем до 18 лет – 1- 2 раза в год.</p> <p>Консультация гастроэнтеролога 2 раза в год.</p>	<p>ЭГДС, внутрипищеводная</p> <p>pH – метрия 1–2 раза в год.</p>	<p>ЛФК после обострения, через 2 мес. после обострения специальная , подготовительная, основная без участия в соревнованиях – через год</p>	<p>Через 3 года после обострения</p>

### К21. Гастроэзофагеальная болезнь

Хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное спонтанным, регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, приводящему к поражению нижнего отдела пищевода.

#### Лечебная программа.

Направленность терапевтического действия базируются на трех «китах».

1. Немедикаментозные методы (нормализация образа жизни, режима дня и питания).
2. Консервативная терапия.

### 3. Хирургическая коррекция.

#### **Поликлинический этап реабилитации:**

1. Изменение стиля жизни.

2. Соблюдение диеты с дробным питанием, за 3–4 ч до сна и применением антирефлюксных смесей у детей раннего возраста. Снижение содержания жира (способствуют снижению давления нижнего пищеводного сфинктера) и повышение белка (повышают давление нижнего пищеводного сфинктера); избегание раздражающих продуктов (соки цитрусовых, томаты, кофе, чай, шоколад, лук, чеснок, алкоголь и др. с прямым повреждающим эффектом и снижающим давление нижнего пищеводного сфинктера). Избегание раздражающих продуктов (соки цитрусовых, томаты, кофе, чай, шоколад, лук, чеснок, алкоголь и др.), имеющих прямой повреждающий эффект и снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера.

3. Организация постуральной терапии (терапия положением): вертикальное положение после еды в течение 1,5-2 ч, кормление ребенка под углом 45- 60°, в ночное время приподнимать головной конец кровати на 10-15 см

4. Санация хронических очагов инфекции.

5. Устранение психовегетативных нарушений, отрицательных эмоций.

6. Антирефлюксная терапия с использованием 3-х основных стратегий: монотерапия — применение одного антирефлюксного препарата; комплексная, поэтапно усиливающаяся (step-up) терапия; с поэтапным уменьшением (step-down) активности лечения. У детей старшего возраста – применение блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов и ингибиторов протонной помпы.

7. В периоде ремиссии СКЛ, минеральные воды (Смирновская, Боржоми, местные щелочные) по 100 мл 3 раза в день через 40 мин после еды в течение 4 нед.

8. Длительность диспансерного наблюдения при отсутствии рецидивов должна составлять не менее трех лет.

### Изменение стиля жизни при ГЭРБ

Рекомендация	Комментарии
Сон с поднятым головным концом кровати не менее чем на 15 см	Уменьшает продолжительность за-кисления пищевода
Снижение веса при ожирении	Избыточный вес – предполагаемая причина рефлюкса
Избегание тесной одежды, тугих поясов	Повышают внутрибрюшное давле-ние, усиливают рефлюкс
Избегание глубоких наклонов, длительного пребывания в согнутом положении, поднятия руками тя-жестей более 8-10 кг на обе руки, физических упражнений, связанных с перенапряжением мышц брюшного пресса	Повышают внутрибрюшное давле-ние, усиливают гастроэзофагеаль-ный рефлюкс
Избегание приема седативных, снотворных, транквилизаторов, антагонистов кальция, теофиллина, холинолитиков и др. лекарственных препаратов	Препараты снижают давление сфинктера или замедляют пери-стальтику пищевода
Прекращение курения	Курение уменьшает давление ниж-

## **К29. Хронический гастрит и гастродуоденит**

Полиэтиологическое заболевание, в основе которого лежат диффузные или очаговые воспалительные изменения слизистой оболочки желудка и / ДПК, наиболее часто (до 60% случаев), вызванные инфицированием *H. pylori*, со - провождающиеся нарушением секреторной и двигательной функции.

### **Лечебная программа.**

Направленность терапевтического действия:

1. По показаниям – эрадикационный курс терапии хеликобактерной инфекции (*CagA*-позитивные штаммы *H. pylori*) – 10 дней;
2. Нормализация секреторной и моторной функций, улучшение крово - и лимфообращения в слизистом и подслизистом слое.
3. Стимуляция регенеративных процессов и метаболизма в слизистой оболочке.
4. Ликвидация или уменьшение астеноневротического синдрома.
5. Коррекция нарушений микробиоты.
6. Лечение сопутствующих заболеваний ЖКТ.

### **Поликлинический этап реабилитации:**

1. Охранительный режим.
2. Диетическое питание: режим питания – 4-5 раз в день, стол № 1 при повышенной кислотности либо стол №2 – при пониженной кислотности, в дальнейшем при отсутствии обострения – стол №5.

При проведении профилактических курсов лечения весной и осенью обязательное соблюдение диеты №5. З.

По индивидуальным показаниям:

- периферическихолинолитики, спазмолитики — при болевом абдоминальном синдроме;
- прокинетики для нормализации моторики ЖКТ;
- антациды гельной формы, не всасывающиеся – при повышенной кислотности;
- желчегонные средства, холекинетики, холеспазмолитики на 2–3 нед — при холестазах.
- витамины и поливитаминные препараты;
- пре- и пробиотики;
- препараты железа – при анемии.

4. При эрозивном ХГД – профилактическая прерывистая эрадикационная терапия (как при ЯБ); при рефлюкс-эзофагите и дуодено-гастральном рефлюксе – антирефлюксная терапия прокинетиками на 2 – 3 нед.

5. Физиопроцедуры (аппликации озокерита, парафина, гальванизация воротниковой зоны, иглорефлексотерапия, электросон) № 10–12 на первом году реабилитации 2 раза в год.

6. Минеральные воды в зависимости от кислотности, курс 4 нед.

1. Санация очагов хронической инфекции.

7. Фито- и апитерапия.

8. СКЛ

**Схема диспансерного наблюдения при хроническом гастрите / гастродуодените в III группе**

Кратность осмотра специалистами	Контрольные исследования	Группа по физкультуре	Снятие с учета
<p>Педиатр – 1 раз в 3 мес. в течение 1-го года после обострения; затем при отсутствии и обострени 2раза в год индивидуально, в стадии стойкой ремиссии – 1 раз в год.</p> <p>Оториноларинголог стоматолог – 2 раза в год невролог, хирург – 1 раз в год.</p> <p>Гастроэнтеролог индивидуально, реже 2 раз в год</p>	<p>Анализ крови общий; расширенная копрограмма; эндоскопия по показаниям; исследование на гельминты и простейшие; исследование на хеликобактериоз через 4-6 нед. после окончания эрадикационной терапии двумя методами (лучше неинвазивные методы) далее, реже 1 раза в год.</p>	<p>ЛФК после обострения, специальная физкультура. 2 мес после обострения, подготовительная при ремиссии 1 год, основная при стойкой ремиссии в течение 2-х лет.</p>	<p>Отсутствие жалоб, изменение слизистой и моторно-эвакуаторных нарушений через 2-3 года после обострения</p>

течение года обострения, затем 1-2 раза в год.	посл е			
--	-----------	--	--	--

### **К25 / К26. Язвенная болезнь желудка / ДПК**

Хроническое заболевание, характеризующееся изъязвлением слизистой оболочки желудка или ДПК, которое проявляется разнообразной клинической картиной и протекает с периодами обострений и ремиссий. Язвенный дефект у большинства детей локализуется в луковице ДПК, реже в желудке.

**Лечебная программа.**

Направленность терапевтического действия:

1. Ускорение заживления язвы: уменьшение кислотопродукции и пепсинообразования – при локализации язвы в ДПК, гиперацидности, повышенной протеолитической активности, защита слизистой и улучшение процессов эпителизации – при медиогастральной язве.
2. Устранение болей и диспепсических явлений.
3. Воздействие на *H. pylori*.
4. Нормализация деятельности нервной системы.
5. Местное воздействие на поверхность язвенного дефекта.

**Поликлинический этап реабилитации:**

1. Упорядочение режима питания, труда, отдыха, отказ от вредных привычек, коррекция психо-вегетативных нарушений.
2. Прерывистые курсы профилактического лечения (антациды, холинолитики, репаранты слизистой оболочки). Курсы не менее 1 мес., ежемесячно в течение 2-3 лет, в последующем – 2 раза в год.
3. При рецидивирующем течении ЯБ – непрерывное двух-трех годичное лечение: антисекреторные препараты, средства, улучшающие крово- и лимфообращение, нормализующие моторику, по показаниям – выявление *H. pylori* и эрадикационная терапия, гастропротекторы, про- и пребиотики. В последующем – прерывистое профилактическое лечение.
4. СКЛ – при эпителизации язвенного дефекта и отсутствии осложнений в периоде ремиссии ЯБ не ранее, чем через 3 мес. в местных бальнеологических санаториях или на курортах Кавказских Минеральных Вод. Рекомендуют минеральные воды слабой минерализации в зависимости от кислот-

ности, курсом 3-4 нед. С 12 лет – минеральные ванны (серные, радоновые, углекислые), грязи на эпигастральную область.

### Схема диспансерного наблюдения при ЯБ в III-V группах

Кратность осмотра специалистами	Контрольные исследования	Группа по физкультуре	Снятие с учета
<p>Педиатр – в 1-3-й мес. 1 раз в мес. после выписки из стационара, 1 раз в 3 мес. на 1-м году, затем при отсутствии рецидивов 2 раза в год до снятия учета в течение 1-2 лет, затем декретированные сроки 1 раз в год.</p> <p>Ото-риноларинголог и стоматолог – 2 раза в год, невролог – 1 год. Хирург – после по показаниям.</p> <p>Гастроэнтеролог – 1 раз в 3 мес на 1-м году наблюдения, на втором году – 2 раза в год, затем не</p>	<p>Расширенная копрограмма, эндоскопия через 6 мес. и через 1 год после лечения, общий анализ крови, биохимический анализ крови, кал на гельминты и простейшие.</p> <p>Исследование желудочной кислотности рН-метрией, хеликобактериоз через 4- 6 нед. реакции на пробу раз в окончании с дозированной эрадикационной терапией двумя методами, (предпочтение неинвазивным методам).</p>	<p>Освобождение от физкультуры (ЛФК) – 6 мес., далее при отсутствии рецидивов специальная группа 1 год, затем подготовительная при полной клинико-эндоскопической ремиссии в течение 1 года и благоприятной реакции на пробу раз в физической нагрузкой . При наличии осложнений только ЛФК</p>	<p>С учета не снимают, при достижении 18 лет передаются во взрослую поликлинику</p>

реже 1 раза в год. Частота наблюдения индивидуальна при нестойкой ремиссии, недостаточной эффективности противорецидивной терапии, развитии осложнений и т.д	дальнейшем исследование на H.pylori – по назначению гастроэнтеролога, но не реже 1 раза в год.		
--	--	--	--

**Противоэпидемические мероприятия** при H.pylori – ассоциированных формах: соблюдение личной гигиены (желательно выделение индивидуальной посуды и приборов для принятия пищи), обследование на наличие H.pylori членов семьи, проживающих или тесно контактирующих с пациентом, с последующим эрадикационной терапией при его выявлении.

### **К86.1. Хронический панкреатит**

Прогрессирующий воспалительно-дегенеративный процесс в поджелудочной железе, конечной стадией которого является нарастающее замещение ацинозных клеток соединительной тканью, сопровождающееся снижением экзо- и эндокринной функции железы.

#### **Лечебная программа.**

Направленность терапевтического действия:

1. Создание функционального покоя органам пищеварения, улучшение оттока от поджелудочной железы, снятие спазма и болей.
2. Устранение метаболических нарушений, расстройств микроциркуляции и интоксикации.

3. Устранение нарушений внешнесекреторной функции железы.
4. Предупреждение инфицирования железы.
5. Симптоматическая терапия.

**Поликлинический этап реабилитации:**

1. Строгое соблюдение режима дня, включающего мероприятия по устранению стрессов, психических и физических перегрузок. Дневной сон, максимум 10 минутное пребывание на свежем воздухе, ограничение аудиовизуальной нагрузки.
2. Стол № 5П с уменьшением жиров, преобладанием растительного масла и белков, питание дробное не менее 6 раз в сут.
3. В течение 2-3 лет после обострения курсы противорецидивной терапии проводятся ежемесячно, затем при отсутствии обострений – 1-2 раза в год.
4. Лечение сопутствующих расстройств, санация очагов инфекции, профи-лактика вирусных инфекций, травм.
5. Заместительная терапия микрокапсулированными ферментными препаратами (назначаются по результатам копрограммы и уровня активности панкреатической эластазы-1 в кале в течение 1 мес. и более), при присоединении вирусных и бактериальных инфекций – в течение 7-10 дней в возрастных дозах.
6. Регуляторы моторики – прокинетики за 20 мин до еды, по показаниям – антисекреторные препараты, витамины, спазмолитики, желчегонные, гепатопротекторы в возрастных дозах.
7. Лечебная физкультура.

8. СКЛ на бальнеогрязевых курортах с питьевыми минеральными водами (Железноводск, Ессентуки и др.), минеральные воды слабоминерализованные по 1/2 – 2/3 стакана после еды в течение 1-1,5 мес.

### Схема диспансерного наблюдения при панкреатите в III-IV группах

Кратность осмотра специалистами	Контрольные исследования	Группа по физкультуре	Снятие учета
<p>Осмотр в течение мес. после выписки из стационара, затем 1 раз в 3 мес. в течение 1-го года, 2 раза в год в течение 2-х лет, в последующем – 1 раз в год.</p> <p>При углубленном осмотре стоматолог и оториноларинголог – 2 раза в год.</p> <p>Гастроэнтеролог индивидуально, но не реже 2-х раз в год в течение 1-го года после обострения, затем 1-2 раза в год.</p> <p>Эндокринолог по показаниям</p>	<p>Общий анализ крови и мочи через 6 и 12 мес. на содержание амилазы, уровень панкреатической эластазы- 1 в кале и/или расширенная копрограмма</p> <p>1 раз в 3 мес. в течение 1-го года, затем 2 раза в год в течение 1-2 лет, в последующем – 1 раз в год.</p> <p>Уровень сахара в крови и сахарная кривая – 1 раз в год.</p> <p>УЗИ поджелудочной железы, желчного пузыря – 1-2 раза в год</p>	<p>ЛФК.</p> <p>Группа по физкультуре – специальная А при ремиссии 2 мес., подготовительная – при полной ремиссии в течение 1 года, основная – при стойкой ремиссии не менее 2-х лет</p>	<p>С учета не снимают, по достижении 18 лет передают во взрослую поликлинику.</p>

### К58. Синдром раздраженного кишечника

Расстройство моторной и секреторной функции кишечника, характеризующиеся наличием болей или абдоминального дискомфорта в течение 12 (не обязательно последовательных) нед. за последние 12 мес. в сочетании с двумя из следующих 3-х признаков:

- 1) купируются после акта дефекации;
- 2) 11 связаны с изменением частоты стула;
- 3) связаны с изменением формы кала.

В данную рубрику включены: СРК с диареей (шифр K58.0); СРК без диареи K58.9); СРК с запором (K59.0).

**Лечебная программа комплексная с повышением физической активности, психотерапевтическим воздействием.**

**Поликлинический этап реабилитации:**

1. Диета подбирается индивидуально в зависимости от стула: стол по Певз - неру №4б на 1–2 мес. в стадии реконвалесценции, затем перевод на стол №4 – на несколько мес. При запорах стол №3 с повышенным содержанием пищевых волокон, усиливающих моторную функцию кишечника и регулирующих опорожнение кишечника. Диеты физиологические, полноценные – с нормальным содержанием белка, умеренным ограничением жира, углеводов, поваренной соли до нижней границы нормы, максимально обогащенные продуктами функционального питания в зависимости от типа.
2. В периоде реконвалесценции – при избыточном бактериальном росте в кишечнике и при выявлении условно-патогенной микрофлоры – 2-3 курса бактериофагов 5-7 дней, кишечных антисептиков широкого спектра действия (фуразолидон, нифуроксазид и др.) со сменой препарата в очередном курсовом лечении и с последующим использованием пробиотиков, пребиотиков, синбиотиков и фитопрепаратов.

3. При преобладании запоров возможно дополнительное использование ос-мотических слабительных – лактулозы, лактитола, форлакса; назначение других слабительных средств не оправданно. Пре- и пробиотикорекомендуют при постинфекционном СРК.

4. При диарее – смектитдиооктаэдрический и др. энтеросорбенты – коротким курсом на 2–5 дней. Применение лоперамида у подростков оправдано только при тяжелой некупирующейся диарее и должно хорошо контролироваться.

5. Физиотерапия: легкое тепло в виде согревающих компрессов: водных, по - луспиртовых, масляных, электрофорез с новокаином, хлористым кальцием, сернокислым цинком. По мере стихания болей могут быть использованы импульсные токи Бернара, массаж живота для повышения тонуса мышц передней брюшной стенки.

6. СКЛ. Курсы минеральных вод высокой и средней минерализации в течение 1 мес., эффективны лечебные грязи. Рекомендуются хвойные, радоно - вые ванны.

### Схема диспансерного наблюдения при СРК в III группе

Кратность осмотра специалистами	Контрольные исследования	Группа по физкультуре	Снятие с учета
Педиатр – 1 раз в 3 мес. на 1-м году после обострения, затем при отсутствии обострений 2 раза в год, в стадии стойкой ремиссии – 1 раз в год,	Анализ крови общий, расширенная копрограмма, кал на гельминты и простейшие, анализ кала на скрытую кровь, кал на дисбактериоз,	После обострения ЛФК; в стадии реконвалесценции – специальная А, далее подготавливаемая; в стадии ремиссии	Если нет и диспепсического синдрома, нормализованы стул и лабораторные

<p>Оториноларинголог и стоматолог – 2  раза в год, невролог и эндокринолог – по показаниям 1 раз в год.  Гастроэнтеролог – индивидуально, 2 раз в год в течение года после обострения, затем 1 раз в год.</p>	<p>ректороманоскопия – по показаниям</p>	<p>– основная</p>	<p>показатели через 3 года с учета снимают</p>
---	--	-------------------	--

### К90.0. Целиакия

Аутоиммунная Т-клеточно опосредованная энтеропатия, хроническое воспаление слизистой оболочки тонкой кишки с развитием обратимой атрофии слизистой и нарушением процессов мембранного пищеварения и всасывания питательных веществ вследствие активации как клеточного, так и гуморального звена иммунитета у генетически предрасположенных лиц в ответ на присутствие глютенных белков: проламины и глютенины пшеницы, ржи, ячменя и (редко) овса.

#### Лечебная программа при целиакии.

Направленность терапевтического действия:

1. Уменьшение выраженности основных клинических проявлений заболевания (купирование болевого абдоминального, энтерального синдрома).
2. Улучшение нутритивного статуса (нарастание массовых показателей, повышение физической активности).

3. Улучшение психоэмоционального состояния (повышение настроения, уменьшение проявлений агрессивности, тревожности).
4. Снижение активности аутоиммунного воспаления слизистых оболочек ки-шечника и восстановление структуры эпителия (по данным морфологическо - го обследования: уменьшение лимфоцитарной инфильтрации и атрофических процессов).
5. Нормализация ряда показателей иммунологического статуса (уровня анти-глиадиновых антител).
6. Общеукрепляющая и симптоматическая терапия.

### **Поликлинический этап реабилитации:**

1. Строгое соблюдение режима учебы, отдыха, коррекция психо-вегетативных нарушений.
2. Стол №4 аглютеновый пожизненно.
3. Высокоактивные панкреатические ферменты – ввиду нутритивного дефи- цита. Доза препарата и длительность терапии определяется возрастом ре- бенка, характером питания и выраженностью стеатореи.
4. Желчегонная терапия с учетом нарушений моторики желчных путей прерывистыми курсами 2 раза в год (весной и осенью) – 3 курса по 14 дней с двухнедельным перерывом и чередованием препаратов.
5. Гепатопротекторы 2-3 раза в год в возрастной дозировке по 2-3 мес.
6. Витамины А, Е, С, В1, В2, В6 в возрастных дозах по 4 нед. 3 раза в год.
7. Физиолечение (курс 1 раз в год): аппликации озокерита или парафина на переднюю брюшную стенку или широким поясом №8-10; лазеротерапия на рефлексогенные зоны №8-10.

8. Выявление и лечение хронических очагов инфекции, сопутствующих за-болеваний.

9. СКЛ

### Схема диспансерного наблюдения при целиакии в III-IV группа

Кратность осмотра специалистами	Контрольные исследования	Группа по физкультуре	Снятие учета
<p>Педиатр – после установки диагноза в течение первых 2-х лет–1 раз в 6 мес., с 3-го года при условии установления стойкой ремиссии и регулярных достаточных массоростовых прибавок – 1 раз в год. Гастроэнтеролог и др. специалисты – индивидуально</p>	<p>Измерение роста и массы, копрограмма, общий анализ крови, мочи и кала, биохимическое анализы крови; эндоскопическое и серологическое исследование при 1-м поступлении, в активном периоде заболевания, через 6-12 мес. после 1-го обследования в случае клинической ремиссии, при ухудшении</p>	<p>ЛФК после обострения, далее специальная А, через год – подготовительная, при стойкой ремиссии – основная</p>	<p>Отсутствие дефицитных состояний, признаков холестаза, нарушений функции кишечника. Срок наблюдения – пожизненно</p>

	состояния; серологическое исследование – повторять ежегодно		
--	---	--	--

## **Хронические воспалительные заболевания кишечника**

**К51. Язвенный колит и К50. Болезнь Крона** имеют много общих патофизиологических и эпидемиологических характеристик, образуют группу — хронические рецидивирующие воспалительные заболевания кишечника. Ключевые отличия в том, что поражение при язвенном колите — в пределах слизистой оболочки толстой и прямой кишок, в то время как при болезни Крона воспалительное и гранулематозно-язвенное поражения терминального отдела подвздошной ободочной кишки, может вовлекаться весь ЖКТ, начиная от ротовой полости и заканчивая анусом, а также имеется поражение всех слоев пищеварительной трубки.

### **Лечебная программа при язвенном колите и болезни Крона** Направленность терапевтического действия:

1. «Агрессивное» лечение при болезни Крона с назначением иммуномодуляторов, глюкокортикостероидов не только для индукции ремиссии, но не для поддержания ремиссии.
2. Базисная медикаментозная терапия при язвенном колите пероральными аминосалицилатами длительно.
3. Нормализация моторики кишечника.
4. Улучшение процессов переваривания и всасывания пищи.
5. Устранение нарушений микробиоты.

6. Восстановление нарушений водно-электролитного состава плазмы крови.

7. Устранение дефицита белков, витаминов, микроэлементов. **Поликлинический этап реабилитации:**

1. Упорядочение режима учебы, отдыха, отказ от вредных привычек, кор - рекция психо-вегетативных нарушений.

2. Энтеральное питание специализированными продуктами – постоянно, в течение не менее 1 года. Диета с учетом индивидуальной переносимости продуктов и моторики кишечника. С момента обострения назначается стол №4а, при стихании воспалительных процессов – стол №4б, затем обычная, но высококалорийная диета с увеличением легкоусвояемых белков на 15–20%. Исключают молоко и молочные продукты, облигатные аллергены, продукты, раздражающие слизистую кишечника.

3. Препараты для ускорения процессов регенерации: витамины А, Е, U, С, группы В, фолиевая кислота, ретинол; лечебные клизмы с бальзамом Шостаковского, настоем ромашки и др.

4. При нарушении переваривания пищи – микрокапсулированные фермент-ные препараты в течение 2-3 нед., курсы 2-3 раза в год.

5. Лечение сопутствующих заболеваний и хронических очагов инфекции.

6. Фитотерапия по 2 нед. ежемесячно в течение 1 года.

7. СКЛ.

#### **Схема диспансерного наблюдения при язвенном колите и болезни Крона в IV-V группах**

Кратность осмотра	Контрольные исследования	Группа по физкультуре	Снятие с учета
специалистами	исследования	физкультуре	учета
Педиатр или	Копрограмма – 1	При язвенном	Больные с

гастроэнтеролог – после выписки из стационара – ежемесячно, далее 1 раз в 3 мес. в течение первого года, затем – 2 раза в год; при тяжелых формах – наблюдение ежемесячно. ЛОР-врач и стоматолог – 2 раза в год.	раз в 3 мес. первый год, затем – 1 раз в 6 мес.; кал на скрытую кровь – 1 раз в 3 мес., чаще – по показаниям; кал на дисбактериоз, гельминты, простейшие 1 раз в 6 мес.; специальные исследования:	ко-лите после выписки из стационара – освобождение от физкультуры и ЛФК, далее специальная А, подготовительная. При болезни Крона – освобождение от физкультуры и ЛФК.	учета не снижаются.
Невропатолог и хирург – по показаниям.	илеоколоноскопия с биопсией,		
Гастроэнтеролог – не менее 2-х раз в год.	рентгенография, компьютерная томография и др. – по показаниям		

### Болезни печени и билиарного тракта

#### Дисфункции билиарного тракта: К82.8. Дисфункция желчного пузыря и К83.4. Дисфункция сфинктера Одди

Функциональные расстройства, проявляющиеся изменением двигательной функции желчного пузыря и желчевыводящих протоков, приводящих к нарушениям оттока желчи в ДПК. **Лечебная программа.**

Направленность терапевтического действия:

1. Улучшение оттока желчи из желчного пузыря и печени.
2. Нормализация деятельности центральной нервной системы.
3. Лечение сопутствующих заболеваний.

**Поликлинический этап реабилитации:**

1. Упорядочение режима учебы, отдыха, коррекция психо - вегетативных нарушений.
2. Стол № 5 в течение 6 мес. с последующим ее расширением.
3. При гипокинетическом типе дискинезии: - желчегонные по 10-14 дней в течение 3 мес.; - тюбажи с минеральной водой, желчегонными травами 1 раз в нед. № 4-5, курсы – 2 раза в год; - электрофорез магния, парафиновые аппликации на область правого под-реберья № 10-12 – 1 раз в год; - витамины В1, В2, В6 в возрастных дозах в течение 2 нед., курсы – 2 раза в год; - ЛФК.
4. При гиперкинетическом типе дискинезии: - спазмолитические средства или холинолитики на 2-3 нед.; - седативные препараты в течение 2 нед., курсы – 2 раза в год; - тепловые физиопроцедуры № 10-12 – 2 раза в год.
5. СКЛ.

**Схема диспансеризации при дисфункциях билиарного тракта в III группе**

Кратность осмотра специалистами	Контрольные исследования	Группа по физкультуре	Снятие с учета
Педиатр – 1 раз в 6 мес.; оториноларинголог, стоматолог,	Общий анализ крови, кала, исследование глист-но-протозойной	В первые 6 мес. – подготовительная, затем – ос-	Отсутствие болевого синдрома, признаков

невролог – 2 раза в год; хирург – по показаниям; гастроэнтеролог – 1 раз в год, по показаниям – чаще	инвазии, УЗИ печени и желчного пузыря	новная	холестаза, нарушений функций кишечника. Снятие с учета через 1-2 года
---	---------------------------------------	--------	--

### **К81.1. Хронический холецистит (холецистохолангит)**

Воспалительный процесс в стенке желчного пузыря и желчных путях бактериального, вирусного или абактериального происхождения, развивающийся чаще всего вторично на фоне дискинетических расстройств, аномалий желчного пузыря, нарушений коллоидного состава желчи, инвазии некоторыми гельминтами и простейшими.

#### **Лечебная программа при хроническом холецистите.**

Направленность терапевтического действия:

1. Улучшение условий оттока желчи (устранение затруднений оттока в результате дискинезий, аномалий развития желчного пузыря и протоков, камней, заболеваний гастродуоденальной зоны и застоя желчи в желчном пузыре).
2. Подавление инфекционно-воспалительного процесса в желчном пузыре.
3. Уменьшение обменно-трофических функций печени.
4. Общеукрепляющая и симптоматическая терапия.

#### **Поликлинический этап реабилитации:**

1. Строгое соблюдение режима учебы, отдыха, коррекция психо-вегетативных нарушений.

2. Стол №5 в течение 1-2 лет.

3. Желчегонная терапия с учетом нарушений моторики желчных путей по 10 дней ежемесячно в течение 6 мес. После купирования обострения хронического холецистита при гипомоторной дисфункции желчного пузыря показана терапия желчегонными препаратами холекинетического действия курсами по 10 дней в мес. на протяжении 6 мес., затем фитотерапия курсами по 2-3 нед. Для улучшения отхождения желчи – тюбажи с минеральной водой, ксилитом, сорбитом, отваром кукурузных рыльцев, оливковым маслом 1 раз в нед. по 5-7 процедур 2 раза в год. При гипертонически-гиперкинетической дисфункции желчного пузыря, спазме сфинктера Одди назначают препараты холеспазмолитического действия прерывистыми курсами по 2 нед в течение 6 мес, затем фитотерапия курсами по 2-3 нед. На втором году наблюдения и в последующем при отсутствии обострений противорецидивная терапия может проводиться 2 раза в год (весной и осенью) в течение 2-4 нед. На третьем году наблюдения возможно проведение только курсов фитотерапии.

4. Витамины С, В1, В2, В6 в возрастных дозах по 3 нед. 2 раза в год.

5. Минеральные воды с учетом характера сопряженной патологии органов пищеварения курсом 1 мес. ежемесячно в течение первого года наблюдения, в дальнейшем при отсутствии обострений – 2 раза в год.

6. Физиолечение (курс 1-2 раза в год): электрофорез магния на область правого подреберья № 10-12; аппликации озокерита или парафина, грязевые аппликации № 10-12; электросон № 10; магнитотерапия; синусоидальные модулированные токи; индуктотермия.

7. Выявление и лечение очагов инфекции, сопутствующих заболеваний ЖКТ, профилактика частой заболеваемости вирусными инфекциями.

8. СКЛ.

**. Схема диспансерного наблюдения при хроническом холецистите в III-IV группах**

Кратность осмотра специалистами	Контрольные исследования	Группа по физкультуре	Снятие с учета
<p>Педиатр – 1 раз в 3 мес. на 1-м году, затем при отсутствии обострений 2 раза в год, в стадии стойкой ремиссии 1 раз в год, стоматолог и оториноларинголог – 1-2 раза в год; гастроэнтеролог – индивидуально, но не реже 2 раз в год в течение года после обострения, затем 1-2 раза в год. Детский хирург – по показаниям (калькулезный холецистит и др.)</p>	<p>Общий анализ крови и мочи 1-2 раза в год; копрологическое исследование, кал на гельминты и простейшие – 2 раза в год; биохимия крови – 1 раз в год; желчного пузыря, желчевыводящих основных поджелудочной железы и печени - в течение первого года после обострения – 2 раза в год, далее – 1 раз в год. При наличии билиарного сладжа, конкрементов</p>	<p>ЛФК. Спецеальная – 2 мес., далее при полной ремиссии в течение 1 года благоприятно реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой, при обострен ия через 2 года –</p>	<p>Отсутствие жалоб, клинических и инструментальн ых признаков и холецистита и дисфункции билиарного тракта – в течение 3 лет УЗИ при калькулезном холецистите с учета не снимают, передают во взрослую поликлинику</p>

	В желчном пузыре – УЗИ ежемесячно, по показаниям – чаще		
--	---	--	--

### **К80. Желчнокаменная болезнь (холелитиаз)**

Многофакторное и многостадийное заболевание, характеризующееся нарушением обмена холестерина и/или билирубина с образованием камней в желчном пузыре и/или желчных протоках.

#### **Лечебная программа.**

Направленность терапевтического действия:

1. Лечение при сопутствующих дискинезиях желчного пузыря, заболеваний гастродуоденальной зоны и др.
2. Подавление инфекционно-воспалительного процесса в желчном пузыре.
3. Улучшение обменно-трофических функций печени.
4. Общеукрепляющая и симптоматическая терапия.
5. Детям до 3 лет при холелитиазе рекомендуют консервативное лечение урсодезоксихолевой кислотой. При рецидивирующих болях в животе выполняют холецистэктомию. В возрасте от 3 до 12 лет осуществляют плановое оперативное вмешательство всем больным независимо от длительности заболевания, клинической формы, величины и места расположения желчных камней. Детям от 12 до 15 лет следует предпочесть консервативное лечение, хирургическое вмешательство проводят только по экстренным показаниям.

#### **Поликлинический этап реабилитации:**

1. Строгое соблюдение режима учебы, отдыха, коррекция психо - вегетативных нарушений. Недопустима перегрузка аудио-визуальной информацией. Физические нагрузки, включая спортивные соревнования, ограничиваются, это связано с тем, что при сотрясении тела, например, беге, прыжках, резких движениях, возможно перемещение конкрементов в желчных путях, следствием чего могут быть боли в животе и желчная колика.

2. Стол №5 постоянно. Прием пищи должен быть регламентирован без значительных перерывов.

3. Гепатопротекторурсодезоксихолевая кислота в дозе 10-15 мг/кг по 1- 2 мес. 3-4 раза в год.

4. Фитопрепараты, коррекция вегетативных расстройств.

5. Физиолечение: электросон № 10 курс 1 раз в год.

6. Выявление и лечение очагов инфекции, сопутствующих заболеваний.

7. СКЛ в специализированных детских санаториях на бальнеологических курортах: Железноводск, Ессентуки, Друскининской, озеро Шира, Горячий ключ и др. только в начальной стадии, безболевого формы. Противопоказано применение минеральных вод, тепловых процедур (парафиновые аппликации, грязелечение), холекинетиков, т.к., кроме спазмолитического и противовоспалительного действий, стимулируется желчеотделение, что может явиться причиной вклинивания конкремента и обструкции желчных путей.

### **Схема диспансерного наблюдения при желчнокаменной болезни в III-IV группах**

Кратность осмотра специалистами	Контрольные исследования	Группа по физкультуре	Снятие с учета
---------------------------------	--------------------------	-----------------------	----------------

Педиатр – 1 раз в 3 мес. на первом году, затем 2 раза в год, стоматолог и ЛОР- врач – 2 раза в год; гастроэнтеролог 2 раза в год, др. специалисты по показаниям	Общий анализ крови, кала и мочи 2 раза в год; кал на гельминты и простейшие 2 раза в год; биохимия крови – 1 раз в год; УЗИ печени и желчного пузыря – 2 раза в год, другие инструментальные методы – по показаниям	ЛФК. Специальная А при ре- миссии 2 мес., через год – подготовительная	Отсутствие болевого синдрома, признаков холестаза, нарушений функций кишечника. С учета не снимают, передают во взрослую поликлинику
---	---	--	--

### Санаторно-курортное лечение

Один из основных этапов в общей системе лечебно-профилактических мероприятий направлен на снижение заболеваемости и укрепление здоровья детей. Важным этапом оздоровления детей является оздоровительная кампания во время каникул, а в качестве одной из ее форм – пребывание детей в загородных стационарных учреждениях отдыха и оздоровления детей, в которые принимают, в основном, здоровых детей, детей с функциональными отклонениями, а также детей с хроническими заболеваниями в периоде стойкой ремиссии, не нуждающихся в специальных коррекционно-терапевтических условиях (специальный режим, стол, лечебные назначения по поддерживающей терапии) и не имеющих противопоказаний для активного отдыха.

Показания к СКЛ детей с болезнями органов пищеварения

N	Код по МКБ	Название по МКБ	Форма, стадия, фаза, степень тяжести заболевания
1	K25  K 26	Язвенная болезнь желудка.  Язвенная болезнь с ДПК	Язвенная болезнь желудка и ДПК:  а) неосложненные формы в стадии белого рубца (не ранее 3 мес. после обострения); б) при непрерывно рецидивирующем течении заболевания при стихании процесса после лечения в стационаре; в) неосложненные формы в стадии клинико-эндоскопической ремиссии (не ранее 3 мес. после обострения).
2	K29	Хронический гастрит, дуоденит	Хронический гастрит, гастродуоденит и дуоденит: а) в стадии полной клинической ремиссии; б) в стадии клинико-эндоскопической ремиссии (не ранее 2 мес. после обострения).
3	K82  K83	Другие болезни желчного пузыря  Другие болезни желчных путей	Дискинезия желчного пузыря и желчевыводящих путей
4	K81	Холецистит	Хронический холецистит, холангит при отсутствии активности воспалительного процесса
5	K80	Желчекаменная болезнь	Желчнокаменная болезнь, неосложненная, во внеприступный период
6	K86	Другие болезни	Хронический и реактивный панкреатит: а)

		ПЖЖ	в фазе неполной ремиссии; б) вне периода обострения при отсутствии активности воспалительного процесса
7	K59	Другие функциональные заболевания кишечника	Хронический и реактивный панкреатит: а) в фазе неполной ремиссии; б) вне периода обострения при отсутствии активности воспалительного процесса

8	K20	Эзофагит	Фаза затухающего обострения, полной и неполной ремиссии, легкой и средней степени тяжести
9	K21.0	Гастроэзофагальный рефлюкс с эзофагитом	Рефлюкс-эзофагит, болевая диспесическая, дисфагическая и смешанная формы, легкой и средней степени тяжести, вне обострения.
10	K21.9	Гастроэзофагальный рефлюкс без эзофагита	Эзофагический рефлюкс легкой и средней степени тяжести, вне обострения.
11	K22	Ахалазия кардиальной части	Легкой и средней степени тяжести вне фазы обострения.
12	K22.1	Эрозия пищевода	Легкой степени вне фазы обострения.
13	K58, K58.0 K58.9	Синдром раздраженного кишечника	Синдром раздраженного кишечника с диареей. Синдром раздраженного кишечника без диареи вне фазы обострения.
14	K90.0	Целиакия	Целиакия типичная или атипичная легкой, средней, тяжелой степени

**Противопоказания к СКЛ детей с болезнями органов пищеварения:**

1. Все болезни органов пищеварения в период обострения.
2. Органический стеноз привратника.
3. Цирроз печени при варикозное расширение вен пищевода, печеночная недостаточность.
4. Аутоиммунный гепатит.
5. Общие противопоказания к физиотерапии.

6. Белково-энергетический дефицит 3 степени.

7. Дефицитная анемия 3 степени.

## Гастроэнтерологические курорты

Курорт (от нем. dieKuhr – лечение ,derOrt-место) – освоенная и используемая

в лечебно-профилактических целях особо охраняемая природная территория, располагающая природными лечебными ресурсами и необходимыми для их эксплуатации зданиями и сооружениями, включая объекты инфраструктуры. Курорты в зависимости от географического расположения и наличия лечебных факторов делятся на следующие:

Климато-лечебные, что позволяет широко использовать аэротерапию, гелиотерапию, талассотерапию и др.; в соответствии с природно - климатическими зонами такие курорты подразделяются на равнинные, пустынные, горные, приморские и т. д.

По общефизическому влиянию они подразделяются на 3 категории:

§ щадящего воздействия (курорты Краснодарского края, Крыма);

§ щадяще-тренирующего (курорты средней полосы);

§ тренирующего (курорты северо-западных регионов страны, Карелии, Урала, Сибири).

– Бальнеолечебные, включающие питьевое применение различных по составу минеральных вод, а также использование их в виде компрессов, примочек, ингаляций и т.д.

– Грязелечебные, расположенные вблизи месторождений иловых, сапропе-левых, торфяных (в основном) грязей.

– Смешанные: климатобальнеолечебные, климатобальнеогрязелечебные, климатогрязелечебные и др.).

По значению выделяются следующие курорты:

1) федерального значения – города-курорты Черноморского побережья, Краснодарского края, Кавказских минеральных вод, курортная зона Санкт-Петербурга, Калининградской области;

2) региональные, которые находятся в ведении субъектов РФ;

3) курорты местного значения, определяемые органами местного само

- управления.

Основным типом лечебного учреждения на курорте является санаторий (sanare – с лат. исцелять, оздоравливать). Большинство санаториев профилизованы для лечения больных с разнообразными заболеваниями органов и систем, в т. ч. гастроэнтерологической направленности. РФ располагает многочисленными и разнообразными курортными ресурсами. На его территории разведано и описано более 4000 источников минеральных вод различного химического состава, около 700 месторождений лечебных грязей, выделено более 450 климатических районов.

- Курорты с питьевыми минеральными водами: Анапа, Березовские Ми-

неральные Воды, Белокуриха, Горячий ключ, Дорохово, Зеленый Городок,

24 Ижевские Минеральные Воды, Икорецкие минеральные воды (санаторий им. Цюрупы), Карачарово, Кашин, Красноусольск, Кука, Ленинградская курортная зона, Липецк, Марциальные Воды, Нижне-Ивкино, Нижние Серги, Озеро Учум, Серноводск-Кавказский, Солониха, Сольвычегодск, Сочи, Хилово, Шмаковка, Ямаровка.

- Курорты с питьевыми минеральными водами и лечебными грязями: Ессентуки, Железноводск, Варзи-Ятчи, Катин, Красноусольск, Липецк, Нальчик, Озеро Медвежье, Озеро Шира, Пятигорск, Сестрорецк, Старая Русса, Хилово, Усть-Качка. Курорты Крыма В Крыму более сотни источников минеральных вод. Они находятся в районах Керчи, Бахчисарая, Нижнегорска, Белогорска, Старого Крыма, Джанкоя, на Азовском побережье мыса Казантип, однако, разработаны и используются с лечебной целью немногие – около десяти. Многообразие климатических зон и их целебные особенности позволяют выделить на сравнительно небольшой территории Крымского полуострова три основные курортные зоны: Южный берег Крыма, горно-лесистую курортную зону и степную приморскую зону юго-восточного (Феодосия) и западного побережий (Евпатория, Саки). Лечебные факторы санаторно-курортной помощи

**Санаторно-курортная помощь детям и подросткам оказывается с**

**учетом** воздействия основных лечебных факторов, к которым относятся:

I. Естественные (природные) факторы:

1) естественные (природные) минеральные воды;

2) лечебные грязи;

3) климат;

4) особые лечебные факторы:

а) лечебная нафталанская нефть;

б) горячий пар, сухой углекислый газ и др.

II. Преформированные физические факторы (аппаратная физиотерапия). Лечебные минеральные воды характеризуются либо повышенным содержанием минеральных или органических компонентов и газов, либо особыми физическими свойствами, определяющими их влияние на организм, отличными от воздействия пресной воды. Выделяют маломинерализованные воды

(минерализация 2-15 г/л), которые используют для внутреннего применения, среднеминерализованные (15-35 г/л), предназначенные в основном для наружного действия в виде ванн, купания в бассейнах, высокоминерализованные воды – рассолы (от 35 до 150 г/л) и крепкие рассолы с минерализацией выше 150 г/л. Воды, содержащие более 30 мг/л органических веществ, внутрь не используются.

По преобладающим ионам минеральная вода получает названия: гидрокарбонатная натриевая, хлоридная натриевая, хлоридная кальциевая, гидрокарбонатная натриево-кальциево-магниевая и т.д. Ионный состав

имеет большое значение в оценке физиологического и лечебного действия минеральной воды преимущественно при внутреннем ее применении. 25 Особую группу минеральных вод составляют воды, содержащие газы: CO<sub>2</sub>, N<sub>2</sub>, H<sub>2</sub>S. При приеме ванн из таких вод на поверхности тела осаждаются пузырьки газа, образуя, так называемый, газовый плащ.

В связи с разной тепло-проводностью пузырьков газа и воды кожа подвергается попеременно меняющемуся температурному раздражению, а благодаря перемещению газовых пузырьков – своеобразному легкому механическому воздействию, сходному с микромассажем. Микроэлементы, присутствующие в минеральных водах (Fe<sup>2+</sup>, Fe<sup>3+</sup>, I, Br, Ag и др.), оказывают фармакологическое воздействие при приеме внутрь и наружном использовании.

Органические соединения в минеральных водах (гумины, нафтеновые кислоты, фенолсодержащие соединения и др.) определяют бактерицидные и биостимулирующие ее свойства. Но высокое содержание их в питьевых водах может сопровождаться токсическим влиянием.

По величине pH минеральные воды подразделяются на кислые (pH 3,5-6,7), нейтральные (pH 6,8-7,1) и щелочные (pH 7,2-8,5 и выше). Существенна реакция минеральной воды при внутреннем приеме. Действие вод на кожу различно: кислая среда вызывает свертывание белков, уплотняет эпидермис,

щелочная – набухание, отторжение поверхностных слоев эпителиальной ткани, повышение эластичности кожи.

Минеральные воды по температуре подразделяются на холодные (до 20°C), теплые (20-36°C), горячие (37-42°C) и очень горячие (выше 42°C).

Выделяют 7 основных бальнеологических групп вод:

- 1) без специфических компонентов и свойств (хлоридные, натриевые);
- 2) углекислые;
- 3) сероводородные (сульфидные);
- 4) железистые, мышьяковистые и с высоким содержанием Mn, Cu, Al, Zn;
- 5) бромные, йодные и с высоким содержанием органических веществ;
- 6) радоновые;
- 7) кремнистые термы.

Лечебные грязи используются на грязевых курортах, которых в нашей стране насчитывается более 100. На близко расположенные курорты, в санатории и другие лечебно-профилактические учреждения грязи доставляются. Лечебные грязи подразделяются на 6 типов, каждый из которых характеризуется определенными физическими свойствами и химическим составом. Различают следующие виды лечебных грязей:

- 1) торфяные;
- 2) сапропелевые (пресноводные илы);
- 3) сульфидные иловые;
- 4) глинистые илы;
- 5) сопочные;
- 6) гидротермальные.

Наиболее широко используются иловые, сапропелевые и торфяные грязи. Сульфидные иловые и сопочные грязи используют для лечебных целей в естественном состоянии, торфяные грязи перед проведением процедур разводят пресной или минеральной водой, сапропелевые же, наоборот, уплотняют. Различные по происхождению лечебные грязи, имея разные

физические свойства, неодинаковый химический состав, оказывают сложное воздействие на организм, обусловленное всем комплексом их составляющих и, прежде всего, своими температурными, химическими и механическими раздражителями.

Эти воздействия осуществляются непосредственно на кожу, а через нее нейрогуморальным путем – во внутренние среды организма. В результате улучшается трофика тканей, рассасываются воспалительные очаги, ускоряются регенеративные процессы.

Лечебную грязь применяют обычно в виде аппликаций, изредка – в виде ванн. Применяют и сочетанные грязелечебные процедуры (гальвано - грязелечение, электрофорез грязевых препаратов, грязеиндуктотермия и др.).

Климат является основным лечебным фактором на климатических курортах. Климатотерапия в широком понимании слова – это метод использования свойств различных типов климата (зоны тайги, лесной, степной зоны, пустыни, средиземноморского, горного типа и др.), а также отдельных метеорологических комплексов и различных физических свойств воздушной среды в лечебно-профилактических целях.

К климатотерапии относят:

- 1) кратковременную смену климата;
- 2) пребывание в условиях загородной местности в различных климатогео - графических зонах;

3) различные виды климатопроцедур: аэро-, гелио-, талассотерапию и др. Для профилактики заболеваний, оздоровления организма рекомендуется кратковременная смена привычных климатических условий на более контрастные; для лечения хронических заболеваний используются специфические особенности различных типов климата.

Под комплексным воздействием климатических факторов развивается ряд физиологических, биохимических изменений, положительно влияющих на патогенетические звенья заболеваний. Наиболее благоприятный сезон для больных средней полосы – приезд на курорты, расположенные на юго-западе страны, ранней весной и в начале лета, так как значительно удлиняется летний сезон года, не происходит значительных нарушений при реакклиматизации. Широко используются различные климатические процедуры – солнечные, воздушные ванны, купание, длительное пребывание на открытом воздухе. К числу особых лечебных факторов относится лечебная нафталанская нефть, существенно отличающаяся от промышленной. Это густая масса сиропобразной консистенции со своеобразным ароматическим запахом. Нафталанская нефть повышает общую реактивность, оказывает болеутоляющее, противовоспалительное действие, воздействует на нервную систему. Активный нафталан применяют

в виде ванн, смазываний, аппликаций. Выходящий из трещин гор горячий пар (40-50°C) и сухой газ (50-70°C) используют на бальнеологическом курорте Янган-Тау («Горячая Гора») республики Башкортостан. Паровые процедуры проводят в паролечебнице, су- 27 ховоздушные ванны – в кабинах. В педиатрической практике использование этих факторов ограничено.

## **Периоды и оценка эффективности СКЛ**

При проведении курса лечения должна соблюдаться определенная последовательность воздействий, в связи с чем выделяют **3 основных периода**, каждый из которых имеет свои особенности по психо-эмоциональной настроенности, режиму дня, методикам лечения.

***Начальный (адаптационный)*** период характеризуется привыканием к новым климатическим условиям, окружающей обстановке, лечебным мероприятиям. Происходящие в данный период физиологические сдвиги приводят к формированию невротических ситуаций, обострению хронических процессов, присоединению инфекций.

Период адаптации продолжается 5-7 дней, и он тем больше, чем меньше возраст ребенка, чем значительнее функциональные сдвиги, больше контрастность климатических условий, сдвиги биоритмов. В этом периоде соблюдают щадящий двигательный режим, проводят анализ клинической симптоматики, используют климатолечение слабой интенсивности. Назначают питье минеральной воды, лечебную гимнастику, массаж. Важнейшим профилактическим фактором, предупреждающим развитие адаптивной реакции, является организация рационального режима дня, включающего правильную организацию сна, питания, процедур.

Антистрессовым эффектом обладают игровая деятельность, музыкотерапия, рисование, чтение, танцы.

***Лечебный период*** является основным. Дети получают лечебные процедуры в оптимальной возрастной дозировке. С учетом индивидуальных особенностей расширяется двигательный режим, закаливание и климатолечение по режиму средней активности, назначаются различные методы лечебной физкультуры, водолечение, питье минеральной воды, грязелечение, физиотерапия и др.,

***Заключительный период*** (5-10 дней) имеет значение для закрепления результатов лечения, подготовки ребенка к реакклиматизации.

Реакклиматизация является обратным типом адаптивной реакции, приспособление ребенка с непривычных климатогеографических условий к обычным домашним условиям жизни.

Существенным показателем медицинской результативности реабилитации, в том числе санаторно-курортной, является анализ отдаленных результатов лечения.

**Контроль оздоровительных и реабилитационных мероприятий** оценивается по основным и дополнительным критериям, которые, в свою очередь, подразделяются на субъективные и объективные, оцениваемые до и после проведенного оздоровления.

**Основные субъективные критерии** оцениваются по общему состоянию здоровья самим ребенком с отметкой результата ("+" положительный результат, "±" удовлетворительный, "-" отрицательный) Общее самочувствие: "+" самочувствие хорошее, когда ощущается бодрость и сила в течение дня, отсутствуют жалобы; "±" удовлетворительное; "-" плохое. Настроение: "+" настроение хорошее, когда ребенок уверен в себе, спокоен, жизнерадостен; "±" удовлетворительное; "-" пониженное. Сон: "+" хороший, глубокий и спокойный, с быстрым засыпанием, без сновидений, и бодрым состоянием после утреннего пробуждения; "±" удовлетворительный; "-" плохой. Аппетит: "+" хороший, с желанием и с чувством удовлетворения после каждого приема пищи; "±" избирательный; "-" пониженный аппетит. Основные объективные показатели – оцениваются медицинскими работниками, подтверждаются дополнительными лабораторно-инструментальными методами исследования

**Об эффективности оздоровления будет свидетельствовать положительная динамика показателей.**

**В качестве критериев оценки эффективности оздоровления детей**

рекомендуется использовать данные динамики показателей физического развития, функционального состояния организма, физической подготовленности и заболеваемости детей.

В целом критерии эффективности санаторно-курортного лечения можно разделить на 3 раздела: медицинский, социальный и экономический эффект.

• **К критериям медицинского эффекта относится:** снижение количества обострений заболевания в 2,5-3 раза, снижение частоты обострений заболеваний в 2,5-3 раза, сокращение показателей частоты госпитализации в 1,5-2

раза, снижается средняя длительность случая госпитализации на 20-30%, сокращение средней длительности 1 случая временной нетрудоспособности на 30-40%, удлинение периода ремиссии основного заболевания в 3,5-4 раза, сопутствующих заболеваний в 1,5-2 раза, уменьшение прогрессирования заболеваний, за счет улучшения показателей функционального состояния органов и систем организма, повышение физиологических резервов организма.

• **К критериям социального эффекта относится:** улучшение качества жизни, снижение инвалидизации.

• **К критериям экономического эффекта** относится: снижение стоимости выплат по социальному страхованию, снижение финансовых затрат на лечение в 2-2,5 раза (за счет уменьшения пользования медицинскими услугами, приема фармпрепаратов, обращаемости в поликлиники, лечения в стационарах и т.д. 30 В высшей степени важно, чтобы лечащий врач перед отъездом больного установил послекурортный режим, соблюдение которого обеспечит на долгое время полученные результаты лечения в санатории и на курорте. Естественно, что режим этот должен быть сугубо индивидуальным с учетом возраста, профессии, производственных и бытовых условий больного. В послекурортном режиме должны быть предусмотрены не только общегигиенические советы, но и конкретные мероприятия, которые следует рекомендовать в зависимости от общего состояния организма и характера заболевания.

Рекомендованный послекурортный режим доводится до сведения лечащего врача, направившего больного в санаторий и на курорт, под постоянным наблюдением которого он будет находиться. Лечащий врач по месту жительства больного наблюдает за выполнением установленного послекурортного режима и учитывает отдаленные результаты СКЛ.

Спустя некоторое время после возвращения с курорта могут потребоваться те или иные лечебные и профилактические мероприятия в виде физиотерапии, внекурортной бальнеотерапии, ЛФК и т.п. Оценку результатов лечения по каждой нозологической форме болезни рекомендуется проводить по основным четырем показателям: «значительное улучшение», «улучшение», «без улучшений», «ухудшение». Методика должна быть единой, чтобы можно было сопоставить результаты работ.

число часто болеющих детей, снятых Показатель с учета по выздоровлению

эффективности = ----- × 100 = %. оздоровления  
общее число часто болеющих детей, получивших оздоровление

Ниже приводятся обобщенные примеры оценки эффективности лечения при

заболеваниях пищеварительной системы. Язвенная болезнь желудка, 12-

перстной кишки (в периоде ремиссии), хронический гастрит, гастродуоденит,

хронический колит вне обострения «Значительное улучшение» – полное

исчезновение признаков астенического синдрома, нормализация аппетита,

массы тела, полное исчезновение болей и болезненности при пальпации, жалоб на диспепсию, нормализация показателей желудочной секреции по РН-метрии, данных эндоскопии и др. исследований. «Улучшение» – уменьшение жалоб на боли, диспепсию, улучшение самочувствия и общего состояния детей. «Без улучшения» – при отсутствии улучшения клинико-лабораторных показателей и функциональных методов исследования. «Ухудшение» – при возникновении обострения заболевания.

**Хронический**

холецистит, панкреатит, дискинезия желчного пузыря, хронический гепатит

«Значительное улучшение» – полное исчезновение астенического, болевого, диспепсического синдромов, чувства тяжести в правом подреберье, биохимических показателей функции печени. «Улучшение» – уменьшение патологических признаков. «Без улучшения» – при отсутствии динамики. «Ухудшение» – при обострении процесса.

## **ПИТЬЕВОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД**

В лечебных целях в амбулаторных условиях при патологии органов пищеварения очень широко используются минеральные воды. В домашних условиях применяют минеральную воду, разлитую в бутылки. Лечебные минеральные воды, разлитые в бутылки при правильном хранении, не теряют своих качеств.

Хранить бутылки с минеральной водой следует в прохладном темном месте, бутылки укладываются в горизонтальное положение, при температуре 6–12°C. Неиспользованную воду надо обязательно закупорить специальной пробкой и также хранить в горизонтальном положении. В открытой бутылке минеральная вода теряет свои физико-химические свойства.

**Дозировка минеральной воды** Детям с заболеваниями органов пищеварения минеральная вода дозируется на один прием следующими способами: 1) На один прием минеральная вода дозируется из расчета 3 мл на 1 кг массы тела ребенка. Например, ребенку 12 лет, масса тела 43 кг на один прием потребуется  $(43 \text{ кг} \times 3 \text{ мл}) = 129 \text{ мл}$  минеральной воды.

2) Возраст ребенка (в годах)  $\times 10 =$  количество воды в мл. Например, ребенку

12 лет на один прием потребуется  $12 \times 10 = 120 \text{ мл}$  минеральной воды. Пить минеральную воду надо натошак 3–4 раза в день от 30 до 45 дней в зависимости от индивидуальных особенностей организма больного и характера заболевания. Перед использованием минеральную воду следует подготовить к употреблению. Она может использоваться как в холодном виде ( $t=18\text{--}25^\circ \text{C}$ ), так и в подогретом виде ( $t=40\text{--}55^\circ \text{C}$ ). Минеральную воду в домашних условиях можно подогреть добавлением кипящей питьевой воды (четверть стакана на бутылку). Либо, накануне вечером бутылка с минеральной

водой откупоривается, выставляется в теплое место, например, рядом с

батареи отопления, и к утру в ней практически не будет углекислоты, и она будет иметь достаточно высокую температуру.

Контроль за температурой желательно проводить с использованием градусника. Необходим учет минерализации воды (при гиперацидности – низкая минерализация, при пониженной кислотности – средняя минерализация), температуру воды (теплая – гиперацидность, спастические процессы, прохладная – гипоацидность, гипомоторный вариант дискинезии), наличие газа (для стимуляции процесса иногда рекомендуют газ немного оставить). Прием минеральной воды следует начинать к концу периода

адаптации, в период ремиссии заболевания. В первые 2–3 дня назначают половинную дозу, в последующие дни 2/3 дозы, а при удовлетворительной переносимости – полную дозу. Курс внутреннего приема лечебных минеральных вод на курорте составляет 21-26 дней, в амбулаторных условиях – 28-40 дней. Повторный курс питьевого лечения проводят через 3-

4 мес. Возрастные ограничения – дети до 3-х лет.

### Минеральные воды, используемые для воздействия на ЖКТ

Действие	Наименование	Показание	Прием воды
Секретос- тимулиру- ющие	Гидрокарбонатно-хлоридные, натрий-кальциевые питьевые воды: Азовская, Арзни, Анвакан, Боржоми, Варзи- Ятчи, Дарасун,  Екатерингофская, Ессентуки №4 и № 17, Железноводская, Славяновская, Смирновская,	Хронический гипо- ацидный гастрит, ЯБ с нормальной и пониженной секре- цией желудка, хро- нический гепатохо- - лецистит, панкреа- тит с нарушенной	Температуры 28- 35° С за 15-20 мин до приема пищи при пониженной секреторной функ- ции, за 45 мин – при нормальной секреции медленно,

	Нарзан, Ижевская, Карачинская	эксcretорной функцией	небольшими глотками, 3-4 раза в день
Секретолитическое	Минеральные воды сульфатные натрий-магниевые питьевые: Азовская, Боржоми, Варзи-Ятчи, Дарасун, Славяновская, Смирновская	Хронический гиперацидный гастрит, ЯБ желудка и ДПК с повышенной секрецией, функциональная диспепсия	Температуры 38-45° С натошак за 60-90 мин до еды, быстрыми глотками, 3-4 раза в день
Ускорение моторно-эвакуаторной функции кишечника	Гидрокарбонатно-сульфатные натрий магниевые питьевые воды средней и высокой минерализации: Охтинская, Ессентуки №17, Ижевская, Кармадон, Липецкая, Семигорская, Баталинская, Лысогорская, Галицкая	Хронический колит и энтероколит со склонностью к запорам, хронические заболевания печени, панкреатит	Температуры 18-22° С натошак за 40 мин. до приема пищи, медленными глотками, 3-4 раза в день
Замедление моторно-эвакуаторной функции кишечника	Гидрокарбонатно-хлоридные натрий-кальциевые питьевые воды: Боржоми, Краинка, Нарзан, Славяновская, Смирновская и др.	хронический колит и энтероколит со склонностью к поносам, повышенной двигательной функцией, хронические заболевания	Температура 40-45° С натошак за 35-60 мин до приема пищи, медленно, не большими глотками, 3-4 раза в день.

		печени, панкреатит	
Желчегон- ное дей- ствие	Хлоридно-сульфатные натрий-магниевые питьевые воды: Арзни, Джермук, Ох- тинская, Эссентуки №4, Бор- жоми, Борская, Славяновская, Смирновская, Угличская, Московская, Трускавецкая и др.	Хронические забо- левания печени, билиарного тракта и поджелудочной железы	Температура 35- 45° С натошак, за 35-60 мин до приема пи- щи, медленно, не- большими глотка- ми, 3-4 раза в день

## **ФИТО- И АПИТЕРАПИЯ**

**Настой** (Infusa), **отвар** (Decocta) представляют собой водные вытяжки из растений. Для их приготовления растительное сырье измельчается, отвешивается и помещается в соответствующую посуду, заранее прогретую на водяной бане.

Сырье заливается водой комнатной температуры, закрывается крышкой и нагревается на кипящей водяной бане при частичном помешивании: настои

–

в течение 15–20 мин, отвары – в течение 30 мин. При этом 3/4 посуды для приготовления настоя (отвара) должны быть погружены в кипящую воду. По истечении этого времени сосуд снимается с водяной бани и охлаждается при комнатной температуре: настои – не менее 45 мин, отвары – 10 мин, после чего раствор процеживают через марлю, остаток растительного сырья отжимается и добавляется кипяченая вода до необходимого объема. Отвары из растительного сырья, содержащего дубильные вещества (кора дуба, листья толокнянки и др.), процеживаются немедленно после снятия сосуда с водяной бани. Настой можно приготовить путем заливания растительного сырья крутым кипятком, при этом сосуд с растительным сырьем плотно закрывается и настаивается не менее 1 часа. При этом способе приготовления не гарантируется полное сохранение и экстрагирование действующих лекарственных веществ из растительного сырья.

Настои и отвары из растений готовят в соотношении 1÷10, т.е. на 1 весовую часть сухого сырья приходится 10 объемных частей воды. Используются от-35 вары и настои только свежеприготовленными, хранят их в прохладном месте не более 3-4 дней. Настойка (Tinctura) – прозрачные спиртовые или спирт-эфирные вытяжки из лекарственного сырья.

**Способ приготовления** их таков: отвешенное количество измельченного растительного сырья заливается 40–70° этиловым спир- том и настаивается в темном месте в течение 7–10 дней. Остаток сырья от-жимается, вновь

промывается этой же жидкостью и вновь отжимается, затем настойка доводится до нужного объема спиртом. Раствор в течение нескольких дней настаивается для достижения химического равновесия и профильтровывается.

Настойку обычно готовят из расчета: сильнодействующее вещество –  $1 \div 5$  (1 г растительного сырья на 5 мл спирта), несильнодействующие –  $1 \div 10$ . Однако могут быть и другие соотношения.

Сборы и чаи (Species) – смесь нескольких видов измельченного растительного сырья в определенных соотношениях. Сборы обладают большей терапевтической эффективностью по сравнению с отдельно взятым лекарственным растением. По мере необходимости из них готовятся настои или отвары по методам, описанным ранее. Дозировка растительного сырья и фитопрепаратов.

### **Правила приема растительных лекарственных средств**

В домашних условиях высушенное и измельченное растительное сырье обычно дозируется столовыми и чайными ложками. 1 столовая ложка листьев – ев и цветков весит примерно 3–5 г, стеблей, корней, корневищ, коры, плодов и семян 6–8 г, 1 чайная ложка соответственно 1,5 и 2–4 г. 1 столовая ложка отвара, настоя весит 15 г, 1 чайная ложка 5 г, стакан настоя или отвара весит 200–250 г.

**Дозировки растительных лекарственных препаратов для детей:** настоем и отваром детям до 2 лет назначают  $1/6$ – $1/7$  дозы взрослого, от 3 до 4 лет  $1/5$  дозы, от 4 до 7 лет  $1/3$  дозы, от 7 до 12 лет  $1/2$ – $1/3$  дозы и старше 12 лет дозу взрослого.

В дальнейшем при описании применения растительного лекарственного сырья дозировка дается как для детей старше 12 лет. Для расчета дозы лекарственного средства следует пользоваться предложенной выше схемой. Растительные лекарственные препараты принимаются в большей части до приема пищи за 30–40 мин 1–3 раза в день. Запивать водой или другой

жидкостью фитопрепараты не следует, а также не рекомендуется сочетать прием фитопрепарата с другими лекарственными средствами, если врачом не сделаны специальные указания. Рациональным следует считать при фитотерапии назначение лекарственных растений, собранных в сборы. Оптимальным количеством сырья в сборе должно быть не более 3–5. Желательно в составе сбора иметь 2–3 вида растительного сырья с одинаковым действием, но различными сопутствующими свойствами. Рекомендуется иметь 3–4 сбора однонаправленного действия, 36 которые необходимо во избежании привыкания чередовать в течение 2–3 мес. терапии по 10–15 дней каждый. При отсутствии положительного эффекта от лечения тем или иным сбором служит показанием к его отмене. Фитотерапия обычно проводится курсами 2–4 р в год в зависимости от нозологической формы и течения заболевания.

### **Указатель лекарственных растений по их преимущественному фармакотерапевтическому действию**

**Анестезирующее действие:** аир, анис, белладонна, бузина, горец перечный, горец птичий, лен, мята, скополия, чистотел.

**Антимикробное действие:** аир, алоэ, береза, бессмертник, василек, горец птичий, зверобой, календула, лапчатка, липа, смородина, сушеница топяная, тимьян, укроп, фенхель, чабрец, череда, чистотел, шалфей, мята перечная.  
**Желчегонное действие:** аир, алоэ, анис, барбарис, береза, бессмертник, брусника, валериана, василек, вахта трехлистная, володушка, девясил, души-ца, жостер, календула, кассия, крапива, крушина, кукуруза, липа, можже- вельник, мята перечная, одуванчик, ортосифон, полынь, ромашка, тмин, ты- сячелистник, шиповник, щавель.

**Желчсекреторное действие:** барбарис, бессмертник, календула, кукурузные рыльца, можжевельник, мята, полынь, шиповник, щавель.

**Кровоостанавливающее действие:** горец перечный, горец почечуйный, го-

рец птичий, горец птичий, дуб, крапива, кровохлебка, кукуруза, лапчатка, ольха, пастушья сумка, рябина, тысячелистник, хвощ полевой, черемуха, шиповник, щавель.

**Обволакивающее действие:** аир, алтей, лен, мать-и-мачеха, подорожник, солодка.

**Противовоспалительное действие:** аир, алтей, береза, бузина, василек, горец змеевидный, горец птичий, девясил, дуб, зверобой, календула, кровохлебка, лапчатка, лен, ольха, ромашка, солодка, сушеница топяная, тысячелистник, чабрец, шалфей.

**Противорвотное действие:** зверобой, мята перечная.

**Слабительное действие:** алоэ, бузина, вахта трехлистная, горец почечуйный, жостер, золототысячник, кассия, клещевина, крушина, лен, одуванчик, тмин.

**Спазмолитическое действие:** аир, барбарис, белладонна, бессмертник, валериана, душица, зверобой, календула, мята, одуванчик, подорожник, пустырник, ромашка, скополия, солодка, сушеница топяная, тимьян, тмин, укроп, фенхель, чабрец, чистотел, шалфей.

**Стимулирующие желудочную секрецию:** аир, алоэ, анис, бессмертник, валериана, вахта, душица, зверобой, золототысячник, календула, можжевельник, мята, одуванчик, ортосифон, подорожник большой, ромашка, тимьян, тмин, тысячелистник, фенхель, чабрец, чистотел, шалфей, шиповник.

**Стимулирующие панкреатическую секрецию:** алоэ, анис, бессмертник, валериана, вахта трехлистная, чистотел, шалфей.

**Угнетающие секрецию пищеварительного тракта:** белладонна, скополия.

**Улучшающие обмен веществ:** береза, девясил, кукуруза, облепиха, пастушья сумка, хвощ полевой, череда, шиповник.

## **Лечебно-профилактическое использование меда**

**Пчелиный мед** продукт, вырабатываемый медоносными пчелами (*Apis mellifera*), главным образом из нектара цветущих растений, но отличающийся от нектара некоторыми физическими и химическими свойствами.

**Различают мед цветочный и падевый.**

**Цветочный пчелиный мед** в зависимости от растений получает то или иное название липовый, акациевый, донниковый и др.

**Падевый мед** расценивается учеными как внецветочного происхождения падь.

Наибольшими целебными свойствами обладает цветочный мед, который благоприятно воздействует при патологии органов пищеварения, употребление меда помогает процессам пищеварения. Благоприятное действие меда выражается в нормализации регуляторной деятельности кишечных гормонов, улучшения секреторной и двигательной активности желудка и других органов.

В зависимости от времени приема меда можно успешно использовать его с лечебной целью у детей при реабилитационных мероприятиях, как в составе комплексной терапии, так и в виде монотерапии в период реконвалесценции и ремиссии.

Использование меда и продуктов пчеловодства в педиатрической практике возможно только с учетом индивидуальной переносимости этих продуктов (пищевая аллергия, непереносимость галактозы и т. д.).

**Максимальная суточная доза меда** для детей составляет 30–50 грамм. При некоторых нозологических формах заболеваний органов пищеварения мед и продукты пчеловодства используются следующим образом.

**При хроническом гастрите, гастродуодените, ЯБ совышенной секреторной и кислотообразующей функцией желудка мед принимают за 90–120 мин до приема пищи или через 3 часа после приема пищи. 40 г чистого цветочного меда размешивают в стакане теплой кипяченой воды (температура воды не более 60°C) и пьют в теплом виде по 1/3 стакана 3 раза в день.**

**При хроническом гастрите, гастродуодените с пониженной кислотообразующей и секреторной функциями желудка мед принимают в той же дозировке, растворенный в воде комнатной температуры, по 1/3 стакана 3 раза в день за 30 мин до приема пищи. Курс лечения составляет 30–60 дней.**

При лечении медом обычно быстро нормализуется кислотообразующая функция желудка, исчезает изжога, прекращаются боли в животе, отмечается заживление эрозивно-язвенных дефектов, улучшается сон, нормализуется деятельность вегетативной нервной системы.

Заболевания желчевыводящих путей и печени. Мед употребляется с целью нейтрализации патогенных микроорганизмов и токсических веществ.

Рекомендуется ежедневно принимать по 30–50 г меда за завтраком и 200 г маточного молочка в обед (1 столовую ложку меда пополам с пергой).

38 При переутомлении, неврозах, нарушениях сна перед сном (21–22 часа) выпивают стакан теплой кипяченой воды с растворенной в ней 1–2 столовыми ложками меда и соком половинки лимона при отсутствии аллергических реакций.

#### **4. Практическая часть**

##### **Задание 1. Курация**

**больного:**

- сбор жалоб

- сбор анамнеза жизни

- сбор анамнеза заболевания

- осмотр кожных покровов, костной системы

-перкуссия и аускультация легких

-определение границ сердца,  
аускультация сердца -подсчет СД,ЧСС

-пальпация живота с определением границ печени и селезенки.

**Задание 2. Решите задачу**

**Ситуационные задачи:**

### **ЗАДАНИЕ № 1**

Распишите план «Д» наблюдения с реабилитацией на следующий диспансерный год ребенку Маковецкому Максиму, 12 лет, проживающего по адресу: г. Оренбург, ул. Юркина, д. 17, кв. 19. Диагноз: Хронический эрозивный гастрит с повышенной кислотообразующей функцией (К 29.3). Состоит диспансерном учете в течение 2- х лет (март).

**Первый год «Д» наблюдения:** стационарное лечение по поводу обостре (ноябрь).

**Второй год «Д» наблюдения:** курс противорецидивного лечения лечени дневном стационаре (апрель, октябрь).

### **ЗАДАНИЕ № 2**

Распишите план «Д» наблюдения с реабилитацией на следующий диспансерный год ребенку Петрову Дмитрию, 15 лет, проживающего по адресу Оренбург, ул. Конституции, д. 30, кв. 21. Диагноз: Хронический субатрофичес гастрит с пониженной кислотообразующей функцией (К 29.4). Состоит диспансерном учете в течение 3- х лет (ноябрь).

**Первый год «Д» наблюдения:** стационарное лечение по поводу обостре (март).

**Второй год «Д» наблюдения:** стационарное лечение по поводу обостре  
(май).

**Третий год «Д» наблюдения:** лечение в дневном стационаре (к противорецидивного лечения, декабрь).

### **ЗАДАНИЕ № 3**

Распишите план «Д» наблюдения с реабилитацией на следующий диспансерный год ребенку Татаринцеву Олегу, 13 лет, проживающего по

адресу Оренбург, ул. Орлова, д. 12. Диагноз: Хронический геморрагический гастродуоде с нормальной секреторной функцией, рецидивирующее течение (К 29.9). Состоит на диспансерном учете в течение 1-года (март).

**Первый год «Д» наблюдения:** курс противорецидивного лечения в дневн стационаре (май, январь) и стационарное лечение по поводу обострения (ноябрь)

#### **ЗАДАНИЕ № 4**

Распишите план «Д» наблюдения с реабилитацией на следующ диспансерный год ребенку Иванцовой Нине, 16 лет, проживающей по адресу Оренбург, ул. Самолетная, д. 249, кв. 15. Диагноз: Хронический безкаменный холецистит с сохраненной функцией желчного пузыря (К 81). Состоит диспансерном учете в течение 2-х лет (декабрь).

**Первый год «Д» наблюдения:** стационарное лечение по поводу обостре (март, ноябрь).

**Второй год «Д» наблюдения:** курс противорецидивного лечения в дневн стационаре (февраль), санаторно-курортное оздоровление в г. Ессентуки (июнь).

#### **Оформить рецептурные бланки на следующие препараты**

1. эспумизан внутрь ребенку 5 месяцев
2. де-нол внутрь ребенку 12 лет
3. мотилиум внутрь ребенку 9 лет
4. немозол ребенку 10 лет
5. креон ребенку 10 лет

#### **Задание 3. Составьте конспект**

#### **5. Вопросы для собеседования**

1. Этапы лечения желудочно-кишечных заболеваний у детей.
2. Поликлинический этап лечения желудочно-кишечных заболеваний у детей.
3. Санаторно-курортный этап лечения различных заболеваний желудочно-кишечного тракта.
4. Лечение минеральными водами.
5. Фитотерапия.

#### **6. Тестовые задания**

1. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РЕКОМЕНДАЦИИ А) местных гастроэнтерологических санаториев при полной ремиссии Б) курортов Черноморского побережья Кавказа при полной ремиссии

В) курортов Черноморского побережья Кавказа при частичной ремиссии

Г) местных гастроэнтерологических санаториев при частичной ремиссии

## 2. ДЕТЯМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

МИНЕРАЛЬНАЯ ВОДА ДОЗИРУЕТСЯ ИЗ РАСЧЕТА А) 3 мл на 1 кг массы тела ребенка Б) 10 мл на 1 кг массы тела ребенка В) 15 мл на 1 кг массы тела ребенка

Г) 100 мл 3 раза в день независимо от возраста

## 3. ДИЕТИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ КОЛИТОВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ЗАПОРАМИ, ЯВЛЯЕТСЯ

НАЗНАЧЕНИЕ А) диеты с механически обработанной клетчаткой

Б) желчегонной диеты

В) молочно-растительной диеты

Г) возрастного общего стола

4. БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НАПРАВЛЯЮТ НА

КУРОРТЫ А) бальнеологические Б) климатические В) горно-климатические Г) грязевые

5. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРОВОДИТСЯ А) до передачи во взрослую сеть Б) в течении 3 лет В) в течении 5 лет Г) в течении 10 лет

6. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ОБОСТРЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ А) в течении 3 лет Б) в течении 5 лет

В) до перевода во взрослую сеть Г) в течении 1 года

7. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ У ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ А) в течении 2 лет Б) в течении 3 лет В) в течении 5 лет

Г) до перевода во взрослую сеть

8. ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР У ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРОВОДИТСЯ А) 1 раз в 6 месяцев Б) 1 раз в 3 месяца В) ежегодно Г) ежемесячно

1. ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА НАЗНАЧАЮТ 1) весной и осенью

2) при появлении интеркуррентных заболеваний

3) при лечении препаратами, обладающими ульцерогенными свойствами

4) при нарушении диеты

5) при болевом синдроме

2. При диспансеризации в поликлинике детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки обязательны следующие обследования, кроме:

1. исследования желудочной секреции (рН-метрия)

2. клинического анализа крови

3. анализа кала на скрытую кровь

4. УЗИ органов брюшной полости

3. Сезонная амбулаторная противорецидивная терапия детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки включает все нижеперечисленное, кроме:

1. диеты №5

2. антацидных средств

3. обволакивающих средств

5. седативных препаратов

4. Санаторно-курортное лечение ребенку, состоящему на учете с диагнозом хронический гастрит, ремиссия показано

1. через 6 месяцев
2. через год
3. не показано
4. через 3 месяца

5. Санаторно-курортное лечение ребенку, состоящему на учете с диагнозом язвенная болезнь желудка не полная клинико-лабораторная ремиссия показано

1. через 6 месяцев
2. через год
3. не показано
4. через 3 месяца

2 вариант

1. Определите физкультурную группу ребенку, состоящему на учете с язвенной болезнью желудка не полная клинико- лабораторная ремиссия

1. основная
2. специальная
3. подготовительная
4. освобождение по решению ВК.

2. При диспансерном наблюдении на педиатрическом участке детей с хроническим холециститом обязательно проведение всех нижеперечисленных обследований, кроме:

1. клинического анализа крови
2. биохимического анализа крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, холестерин, билирубин и его фракции)
3. соскоба на энтеробиоз и анализа кала на цисты лямблий
4. биохимического исследования мочи

3. Частота наблюдения в поликлинике за детьми с хроническим гастритом и гастродуоденитом составляет:
1. 1 раз в 3 месяца
  2. 1 раз в 6 месяцев
  3. 1 раз в год
  4. 4-5 раз в год.
4. При диспансеризации в поликлинике детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки обязательны следующие обследования, кроме:
1. исследования желудочной секреции (рН-метрия)
  2. анализа кала на скрытую кровь
  3. посева на кишечную группу
  4. гастродуоденоскопии
5. Сезонная амбулаторная противорецидивная терапия детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки включает все нижеперечисленное, кроме:
2. диеты №5
  3. антацидных средств
  4. обволакивающих средств
  5. ферментов.

#### Эталоны ответов

I вариант		II вариант	
1	1	1	4
2	4	2	4
3	5	3	2
4	2	4	3
5	3	5	4

