Санкт-Петербургское Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Акушерский колледж»

Защита **Оценка ____ ( )**	**Председатель ГЭК** **«___»_____2017**

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

Зависимость развития патологии органов пищеварения у детей от этиологических факторов

Халиловой Карины Афиковны 402 группы

Специальность: 060501 «Сестринское дело»

Руководитель: Портнова Т.Е.

Санкт-Петербург

2017

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....3
Глава 1. Изучение по литературным источникам влияния этиологических факторов на развитие патологии органов пищеварения у детей.....6
1.1 Анатомо-физиологические особенности пищеварительной системы у детей.....6
1.2 Основная патология органов пищеварения у детей.....8
1.3 Этиологические и патогенетические факторы и их влияние на развитие патологии органов пищеварения у детей.....16
Глава 2. Исследование влияния неблагоприятных факторов в анамнезе на развитие патологии ЖКТ на практике.....20
2.1 Анализ возрастного состава детей.....20
2.2 Анализ характера питания у детей.....23
2.3 Анализ режима питания у детей.....26
2.4 Анализ влияния неблагоприятных факторов.....28
2.5 Анализ соблюдения гигиенических правил.....32
Заключение.....36
Глоссарий.....38
Список использованных источников.....40
Приложение 1.....42
Приложение 2.....44

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы: болезни органов пищеварения относятся к наиболее распространенным заболеваниям детского возраста, занимая по частоте второе место после болезней органов дыхания.

Из-за тесной анатомической и функциональной близости пищеварительных органов и особенностей реактивности растущего организма у гастроэнтерологических больных наблюдается, как правило, вовлечение в патологический процесс желудка, двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей и кишечника. При рассмотрении всей совокупности детей, страдающих патологией желудочно-кишечного тракта, болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, как основные заболевания встречались у 40,2 % детей (10,2 на 1000) и в 59,8 % они сочетались с болезнями других органов. В этих условиях профилактика данной патологии выходит на первый план в работе медицинских сестер. Знание показателей распространенности заболеваний у детей и факторов, способствующих их формированию, является главным условием разработки научно обоснованных мер профилактики болезней и совершенствования медицинской помощи больным.[10]

Установлено, что формирование гастроэнтерологических заболеваний происходит в основном в 5-6 и в 9-12 лет, в периоды интенсивного роста, когда наблюдается выраженный дисбаланс регуляторных систем, благоприятствующий возникновению различных функциональных нарушений. В то же время, значительная часть функциональных нарушений при условии постоянного воздействия на ребенка неблагоприятных факторов внешней среды прогрессирует и переходит в хронический процесс. Основной «пик» заболеваемости детей дошкольного возраста отмечается в 5 лет у мальчиков, а у девочек - в 6 лет. Заболеваемость детей хроническими формами желудочно-

кишечных болезней значительно повысилась за последние годы: она выросла в 11,5 раз.[8;10]

Значимость активного выявления гастроэнтерологических больных иллюстрируется данными по Санкт-Петербургу. Частота выявления болезней пищеварительной системы при массовом целевом осмотре доходит до 28%. По данным нашего исследования, у 79,6 % детей первого полугодия жизни, проживающих в крупном промышленном районе, диагностировались те или иные симптомы функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта.[2]

Многочисленными исследованиями последних лет доказано, что ведущим фактором, определяющим негативные тенденции в состоянии здоровья, является агрессивное воздействие среды.[5]

Вопросы ранней диагностики, лечения и профилактики заболеваний органов пищеварения у детей в последние годы вышли за рамки собственно педиатрии и представляют собой сложную и большую медико-социальную проблему.

Одной из современных проблем является развитие заболеваний у детей. В этих условиях профилактика данной патологии выходит на первый план в работе медицинских сестер. Знание ситуации по заболеваемости является главным условием разработки научно обоснованных мер профилактики болезней и совершенствования медицинской помощи больным, особенно в раннем детском возрасте. Неуклонный рост количества детей с заболеваниями ЖКТ, ранняя хронизация процесса делают весьма актуальной эту проблему, и требуют более тщательного изучения вопросов этиопатогенеза болезней пищеварительного тракта.

Гипотеза: неблагоприятные этиологические факторы приводят к развитию патологии органов пищеварения у детей.

Цель исследования: изучить зависимость развития патологии органов пищеварения у детей от этиологических факторов по литературным источникам и выявить их на практике.

Задачи исследования:

1. Изучить анатомо-физиологические особенности пищеварительной системы у детей по литературным источникам.
2. Изучить основную патологию органов пищеварения у детей по литературным источникам.
3. Изучить этиологические и патогенетические факторы развития заболеваний органов пищеварения у детей и их влияние на развитие патологии по данным литературных источников и исследовать их на практике.
4. Разработать рекомендации для родителей и детей старшего возраста по профилактике заболевание ЖКТ у детей.

Объект исследования: патология у детей раннего возраста.

Предмет исследования: влияние этиологические факторы на развитие патологии органов пищеварения у детей.

Методы исследования: анализ историй болезни, анкетирование родителей и детей старшего возраста.

ГЛАВА 1. ИЗУЧЕНИЕ ПО ЛИТЕРАТУРНЫМ ИСТОЧНИКАМ ВЛИЯНИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

1.1 АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Ротовая полость у ребенка на 1-м году жизни относительно мала, язык относительно большой, небо уплощенное. Хорошо выражены жировые тела щек, валикообразные утолщение на деснах, поперечные складки на слизистой оболочке губ, что имеет большое значение для акта сосания. Слизистая оболочка суховатая, богатая на кровеносные сосуды, очень уязвима. Секрецию слюны обеспечивают подчелюстная, подъязычная, околоушная и многочисленные мелкие железы. Впервые 3 месяца жизни секреция слюны незначительная.

Пищевод имеет воронкообразную форму, длина его равна половине длины туловища новорожденного (10 см); у подростков достигает 25 см. Желудок у новорожденного ребенка круглый, емкость его 30-35 мл, в возрасте 7-11 лет желудок похож по форме на желудок взрослого, емкость его возрастает до 1020 мл.

Поджелудочная железа является главной железой пищеварительного тракта, ее секреция особенно быстро растет после введения прикорма и достигает уровня взрослого человека в возрасте 5 лет. Главные ферменты поджелудочного сока: трипсин, химотрипсин, диастаза, амилаза, липаза, липаза, фосфолипаза, инкреторный инсулин.

Печень новорожденного имеет относительно большие размеры, составляет 4-4,4% массы тела, хорошо васкуляризирована, имеет недостаточно развитую соединительную ткань, функционально незрелая. Желчь в первые месяцы жизни ребенка образуется в небольшом количестве, содержит немного желчных кислот (иногда приводит у новорожденных до стеатореи), много воды, муцина, пигментов у много мочевины. Она также содержит больше желчных кислот, что усиливает ее бактерицидные свойства, стимулирует секрецию поджелудочной железы, усиливает перистальтику толстой кишки.[7]

Кишечник ребенка грудного возраста относительно длиннее, чем взрослого, в 6 раз больше длины его тела. Слепая кишка и червеобразный отросток подвижные, нисходящий отдел толстой кишки длиннее, чем восходящий. Прямая кишка относительно длинная, имеет слабо фиксированные слизистую и под слизистую оболочки. Кишечный сок менее активен по сравнению с соком взрослого человека, имеет слабокислую или нейтральную реакцию, затем щелочную. Большое значение в детском возрасте имеет внутриклеточное пищеварение.

Все микроорганизмы, обитающие в кишечнике, разделяют на две группы.

Облигатная - это группа полезных бактерий, которые непременно должны присутствовать в организме: бифидо бактерии, лактобактерии и кишеч ная палочка. Сюда же включают нейтральные по отношению к человеческому здоровью микроорганизмы: энтерококки и бактероиды.

Факультативная группа - включает в себя условно патогенные (клебсиелы, клостридии) и вредные для человека бактерии (стафилококк), микроскопические грибки (дрожжевые грибы Кандида), присутствие которых в организме необязательно или нежелательно вовсе.

Таким образом у детей мы сталкиваемся с анатомо-физиологическими особенностями, приводящим к развитию патологии органов пищеварения.

1.2 ОСНОВНАЯ ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Патология органов пищеварения включает в себя большую группу заболеваний желудочно-кишечного тракта, различных по этиологии и патогенезу. Однако клинические проявления, течение и прогноз этих заболеваний взаимосвязаны, что обусловлено анатомо-физиологическим единством органов пищеварения, функционирующих как единая система.

Проявления хронической патологии органов ЖКТ: основные проявления хронической патологии органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей и взрослых сходны. Можно выделить несколько общих особенностей, характерных для дошкольников и школьников по сравнению с взрослыми пациентами: большая доля функциональных расстройств (секреторных и моторных); сочетание поражения разных органов пищеварительного тракта; склонность к антиперистальтике (рефлюксам), что способствует распространенности и сочетанности поражения; частое сочетание хронической патологии ЖКТ с патологией других органов и систем.[4] Но у детей мы чаще сталкиваемся с острыми заболеваниями ЖКТ.

Острый и хронический гастрит – острое воспаление слизистой оболочки желудка, вызванное сильными раздражителями при условии непродолжительности их действия.[6] Согласно медицинской статистике гастриты лидируют среди заболеваний ЖКТ - 80-85% от общего числа патологий.

Этиология: употребление острой грубой пищи; употребление недоброка чественной пищи; переедание; пищевая токсикоинфекция; отравление ядами, солями тяжелых металлов; применение лекарственных препаратов (аспирин, сульфаниламиды); аллергическая реакция; инфекционные заболевания (грипп, корь), сальмонеллез при поражении тонкого кишечника.

Клиника: заболевание проявляется через 6-12 час после приема пищи. Дети жалуются на боли в животе, чувство тяжести в эпигастральной области, слабость, головокружение, тошноту, слюнотечение, снижение аппетита, рвоту (может быть неоднократная), приносящая облегчение. При осмотре ребенок бледный, язык обложен белым налетом, может быть болезненность при пальпации в эпигастральной области. При токсикоинфекции у ребенка может быть повышение температуры (фебрильная), длительная рвота, может быть расстройство стула, симптомы обезвоживания. Длительность заболевания 3-5 дней, при токсико-инфекции (7 до10 дней).

Лечение: постельный режим на острый период; необходимо очистить желудок от остатков пиши, дезинтоксикационная и регидратационная терапия; щадящая диета первые 6-12 час - только теплое питье; водно-чайная пауза, слизистые отвары, нежирный бульон, протертые каши, кисели, чай с сухариками. Постепенно диету расширят (овощное пюре, творог, фрикадельки, мясное, рыбное суфле), доводя за 5-7 дней до обычной. Пищу дают малыми порциями, часто. В течении длительного времени исключают из рациона острые, жирные блюда, пряности, консервы, грубую клетчатку; из лекарственных средств назначают альмагель, маалокс, смекту, при токсикоинфекции – антибиотики (гентамицин, цефалоспорины, оксациллин), ферменты, адсорбенты; фитотерапия (зверобой, мята, тысячелистник);

Диагностика: общий анализ крови: резкое увеличение скорости оседания эритроцитов, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. При аллергическом гастрите — эозинофилия. Если имеется желудочное кровотечение — анемия; общий анализ мочи: появляется белок и эритроциты; копрограмма; посев кала на питательные среды для идентификации возбудителя; ИФА, ПЦР-диагностика: выявление helicobacter pylori в биологических средах организма при хронических диареях; дыхательный тест на helicobacter pylori; инструментальные обследования фиброгастроскопия: гиперемия, отечность слизистой, эрозии, кровоизлияния, признаки желудочного кровотечения; биопсия слизистой желудка с последующим

гистоморфологическим исследованием: для уточнения причинного фактора в неясных случаях; рентгенография желудка: грубая складчатость и узловатость слизистой оболочки, эрозии, увеличение желудочных полей.[3] Хронический гастрит или хроническое воспаление желудка является заболеванием, в основе которого лежат клинические и функциональные нарушения желудочного пищеварения, наряду с морфологическими изменениями слизистой оболочки желудка в виде ее неспецифического воспаления с постепенным развитием атрофии.

Профилактика: рациональное питание; гигиена питания; исключить длительный прием лекарств, раздражающих слизистую желудка; исключить недоброкачественные продукты из рациона, нормализировать режим питания.

Дискинезии желчевыводящих путей включают все заболевания, связанные с нарушением моторики билиарного тракта, независимо от этиологии. Проявления этих заболеваний: дисфункция желчного пузыря и дисфункция сфинктера Одди.[1]

Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) – функциональное нарушение работы желудочно-кишечного тракта, нарушенный отток желчи в двенадцатиперстную кишку. Встречаются в 15-30% случаев от всей патологии ЖКТ. ДЖВП – заболевание, при котором имеется нарушение моторики (движения) и тонуса желчного пузыря, а также его протоков, проявляется нарушения отведения желчи в двенадцатиперстной кишки.

Этиология: употребление острой грубой пищи, употребление недоброкачественной пищи, переедание, пищевая токсикоинфекция, отравление ядами, солями тяжелых металлов, применение лекарственных препаратов, аллергическая реакция, инфекционные заболевания, аномалии развития желчного пузыря.

В клинике выделяют 2 формы:

Гипотоническая форма (понижен мышечный тонус пузыря, пузырь перерастянут, плохо сокращается). Характерны ноющие, тупые боли, часто постоянные с чувством расширения в правом подреберье или вокруг пупка,

боли могут уменьшаться при приеме желчегонной пищи, сильные эмоциональные нагрузки, усиливают боль. Также отмечается горечь во рту, тошнота, снижение аппетита, неустойчивый стул. При пальпации болезненность в правом подреберье. Может быть увеличена печень.

Гипертоническая форма (повышен тонус пузыря). Характеризуется приступообразными, острыми болями в правом подреберье (коликообразными), боль может иррадиировать в правое плечо и правую лопатку. Также может быть тошнота, рвота, вегетативные нарушения: повышенная утомляемость, раздражительность, потливость, головная боль. Погрешности в диете, физическая и психическая нагрузка вызывает боль.

Диагностика: Основной диагностики ДЖВП является тщательный анализ жалоб, особенно указания на проблемы питания и связь приступов с ними. Дополняет диагностику лабораторное и инструментальное обследование: общий анализ крови и мочи, анализ кала на лямблии и копрограмма, печеночные пробы, биохимия крови, проведение ультразвукового обследования печени и желчного пузыря с желчегонным завтраком, проведение фиброгастродуоденоскопии, при необходимости проводится желудочное и кишечное зондирование с взятием проб желчи по стадиям.

Лечение, уход: диета № 5. механически и химически щадящая еда, исключить: жирное, жареное, острые блюда, наваристые бульоны, копчености, консервы, приправы, холодные напитки. Пища дается 4-5 раз в сутки в теплом виде (равномерные промежутки времени между приемами пищи).

При гипотонической форме включают в рацион продукты, обладающие желчегонным действием: растительное и сливочное масло, яйца всмятку, свежие овощи, фрукты, неострый сыр. Также дают минеральные воды в теплом виде без газа с учетом формы дискинезии: гипотоническая (Боржоми, Ессентуки 17), гипертоническая (Смирновская, Нарзан7,Ессентуки 4,20).Режим дня –создание спокойной обстановки, отдых, исключить интенсивную физическую нагрузку.[3]

При гипотонической форме: назначают холеретики (аллохол, холагон, холосас, хофитол), холекинетики (сорбит, ксилит, сульфат магния). Желчегонные травы (бессмертник, кукурузные рыльца, шиповник, пижма), тюбаж, тонизирующие средства (элеутерококк, алоэ, женьшень), теплые ванны, ЛФК.

При гипертонической форме: при острых болях – постельный режим. Назначают спазмолитики (но-шпа, папаверин, платифиллин), также метацин, белластезин, ФТЛ (электрофорез с папаверином и новокаином) озокерит, парафин, ЛФК по щадящей методике, седативные препараты (пион, пустырник, валериана).

Профилактика: чтобы предупредить проявление этого неприятного недуга, следует, не откладывая, лечить все расстройства невротического характера, не допускать серьезных стрессовых ситуаций, регулярно, в одно и то же время принимать пищу каждый день. Важнее также нормальный, полноценный сон и отдых.

Пороки развития. У новорожденных нередко могут возникать пороки ЖКТ. Современная медицина достигла значительных успехов в лечении инфекционных, паразитарных и алиментарных заболеваний у новорожденных. Однако в медицине остаются актуальными вопросы диагностики, клиники и своевременного специализированного пособия новорожденным с врожденными пороками развития, требующими хирургической коррекции. Эта проблема актуальна и тем, что дает высокий процент летальности и инвалидизации. Своевременное выявление и коррекция пороков развития, наряду с медицинскими проблемами, решит и демографическую проблему.

К наиболее часто встречающимся порокам развития ЖКТ относятся следующие: атрезия пищевода, аноректальные аномалии, пороки развития передней брюшной стенки, диафрагмальные грыжи и перегибе шейки желчного пузыря.

Большую роль играет антенатальное обследование с 14-18недели беременности. Оно позволяет выявить основные виды пороков развития

задолго до рождения ребенка. Одна из главных целей планомерно проводимого обследования беременных женщин – выявление патологии плода. В случае антенатальной диагностики порока, будущие родители должны быть подробно, доступным языком информированы о заболевании их будущего ребенка и возможностях его коррекции. На основании этой информации они в праве решить судьбу своего еще нарожденного ребенка.

Гельминтозы – заболевания, возникающие в результате внедрения паразитических червей в организме человека. Гельминты – паразитические черви (глисты) относятся к многоклеточным паразитам, живущим за счет организма, в котором поселяются. В структуре гельминтозов ведущее место занимают энтеробиоз (91%) и аскаридоз (8%).[6]

Этиология: высокая заболеваемость детей гельминтозами объясняется широкой распространенностью различных форм паразитов (цист, яиц, личинок) в окружающей среде и недостаточным уровнем развития гигиенических навыков.

Энтеробиоз – возбудители мелкие круглые черви острицы. Длина самки 12мм, самца 3-4мм. Паразитируют в нижнем отделе тонкой и толстой кишки. Источник заражения человек. Механизм передачи – контактный при непосредственном контакте, через постельное белье, игрушки, продукты с запыленным воздухом. Дети загрязненными руками заносят яйца остриц в рот (при расчесывании) – происходит аутоинвазия. Продолжительность жизни остриц 20 –30 дней.[3]

Яйца в окружающей среде сохраняют жизнеспособность до 15 суток. При температуре 55°С погибают через несколько секунд. Взрослые самки откладывают яйца в перианальные складки, после чего гибнут. Отложенные яйца созревают в течение 5-6 часов.

Клиника: жалобы на боли в животе, зуд и жжение в перианальной области и в области половых органов, зуд возникает в вечернее и ночное время. Ребенок плохо спит, раздражительный, нарушен аппетит. На коже заднего прохода расчесы, у девочек может быть вульвовагинит, также может быть

недержание мочи, приступ аппендицита. Иногда паразитов можно обнаружить визуально на кровати ребенка.

Диагностика: соскоб на энтеробиоз; анализ кала на яйца глистов; определение титра антител в крови.

Лечение: обследуют и лечат одновременно всех членов семьи и животных (всех инвазированных и контактных**)** антипаразитарными препаратами: пирантел, пиперазин, гельминтокс, номозол. Подмывать ребенка утром и вечером, менять трусы утром и вечером, ежедневно менять и не трясти постельное белье, стричь ногти, обрабатывать под ногтевые пространства спиртом или йодом. Производить влажную уборку помещений с дезинфицирующими средствами. Гигиенические мероприятия проводятся во время лечения и три дня после прекращения приема препарата. Контрольное обследование проводят через 7 дней после окончания лечения.

Профилактика: соблюдение правил личной гигиены ребенком и членами семьи, соблюдение санитарно-эпидемического режима в детских учреждениях; санитарно-просветительная работа; своевременное выявление и лечение инвазированных.

Аскаридоз -возбудителем являются аскариды - круглые черви, длина которых 25-40см. Паразитируют в тонком кишечнике. Продолжительность жизни около 1 года. Механизм заражения фекально-оральный.

Способы передачи: грязные овощи, фрукты, грязные руки, вода, может быть перенос мухами. Самка откладывает в сутки около 200000 яиц, которые выделяются во внешнюю среду с испражнениями, созревание происходит в почве в течение 2 недель при T^0 21-30°C. Яйца в почве долго сохраняют жизнеспособность (несколько лет).

В кишечнике оболочка зрелого яйца растворяется, из него выходит личинка, которая пробуравливает стенку кишечника и попадает в кровь, с током крови в печень затем в нижнюю полую вену из нее в правое предсердие и затем в малый круг кровообращения (легкие).Через стенку альвеол личинка мигрирует в бронхиолы и бронхи, оттуда с мокротой в полость рта, при

заглатывании мокроты и снова оказывается в пищеварительном аппарате. Миграция личинок продолжается 10-14 дней. Из личинок в тонком кишечнике вырастают зрелые аскариды. С момента заглатывания яйца до развития зрелой аскариды происходит 75-90 дней.

Клиника: в фазе миграции: недомогание, слабость, кашель, мокрота с кровью, боли в груди, подъем температуры тела, явления бронхита, пневмонии, инфильтрация в легких, высыпания на коже. В кишечной фазе: слюнотечение, тошнота, нарушение аппетита, схваткообразные боли в животе после еды, похудание. Слабость, утомляемость, головокружение, головная боль, нарушение сна, скрежетание зубами во сне.

Аскариды при большом скоплении могут вызывать кишечную непроходимость, механическую желтуху, аппендицит, могут выделяться с рвотными массами, могут попадать в различные органы.

Диагностика: анализ кала на яйца глист; обнаружение гельминтов в кале; обнаружение личинок в мокроте; антитела в крови; анализ крови: эозинофилия, анемия, повышенная СОЭ.

Лечение: в фазу миграции – десенсибилизирующие средства; специфическая терапия: пирантел, декарис, гельминтокс, номозол. Редко хирургическое. Кислородо терапию – медленно натощак через зонд вводили кислород в течение 2-3 дней (100-150мл/год ж). Контроль лечения через 7 дней после окончания терапии.

Профилактика аскаридоза направлена на обнаружение зараженных и их лечение, защиту почвы от загрязнения фекалиями, просветительскую работу среди населения. Она включает в себя следующие мероприятия: соблюдение гигиенических правил: регулярное мытье рук, употребление только тщательно вымытых овощей, фруктов и зелени; отказ от привычки грызть ногти и облизывать пальцы; предупреждение загрязнения дворов и детских площадок фекалиями животных и людей (регулярная чистка дворовых туалетов, отказ от использования испражнений в качестве удобрения); детские площадки необходимо размещать в солнечных местах, так как яйца

аскарид погибают под воздействием прямых лучей солнца; отказ от употребления сырой воды.

Таким образом основной патологией ЖКТ является: острый и хронический гастрит, дискинезия желчевыводящих путей, пороки развития и гельминтозы.

1.3 ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Объективные причины роста патологии пищеварения у детей – это резкое увеличение интенсивности влияния так называемых предрасполагающих факторов, являющихся по существу факторами этиологическими. Условно можно выделить 6 групп причинно-значимых факторов или факторов риска возникновения хронической патологии пищеварительной системы у детей.[8]

Факторы риска патологии органов пищеварения: экологическое неблагополучие, тесно связанное с возрастанием роли вирусного, бактериального и паразитарного инфицирования. Рост аллергических реакций с вовлечением пищеварительного тракта. Аллергодерматиты и пищевая аллергия вызывают или усиливают секреторную и моторную дисфункцию и дисбактериоз. Нервно-психические перегрузки у детей связаны с возрастными особенностями реакции ребенка на те или иные ситуации (развод родителей, ссоры между близкими людьми, пребывание в закрытых организованных коллективах). Роль нервно-психического фактора особенно велика в развитии так называемых «функциональных» расстройств органов пищеварения неврозы

и нейроциркуляторные дисфункции.[9]

Алиментарные факторы: (длительное голодание, еда всухомятку, нарушение переваривания пищи и т.д.), нарушение периодической деятельности гастродуоденальной системы. Несбалансированная избыточная стимуляция секреции, нарушение моторики других органов и систем, нарушение выделения ферментов. Увеличение объёма желудка из-за холодной или горячей пищи, являются неадекватными раздражителями, которые приводят к усилению секреции желудочного сока, спазма привратника, может быть рвота. Пища может задерживаться в желудке и подвергаться гниению, брожению с образованием кислот. Ограничение пищевых волокон в рационе современного человека ведет к снижению моторной функции, делает невозможной абсорбцию избытка соляной кислоты, протеолитических ферментов и токсинов. Организация питания – еда на улице, быстрое пережевывание пищи, употребление большого количества газированных и охлажденных напитков, содержащих возбуждающие компоненты, отрицательно влияет на пищеварение. Одним из вариантов последствий при неправильном пережевывании пищи, является риск поперхнуться или подавиться. Иногда такая глупая оплошность может привести к серьезным проблемам со здоровьем. Желудок хорошо воспринимает пережеванную пищу, а вот переработать целые куски еды для него является большой проблемой. Если проглатывать пищу целиком очень часто, образуется гастрит или даже язва.

Helicobacter pylori: при нахождении в организме возникает иммунологический сдвиг в слизистой оболочке, воспаление, атрофия.

Острый и хронический гастрит: желудок имеет мощную систему защиты, препятствующую выживанию микрофлоры и поражению слизистой оболочки: низкую pH, выработку слизи, усиливающуюся в ответ на неблагоприятные воздействия. Поэтому необходимым условием развития экзогенного ОГ является агрессивность или высокая концентрация патогена. Имеет значение и продолжительность контакта патогена со слизистой

оболочкой желудка при быстрой эвакуации патологический процесс в желудке может не развиться и доминирует поражение нижележащих отделов желудочно-кишечного тракта (острый энтерит, колит). Наиболее тяжелое местное поражение возможно при химическом ожоге слизистой оболочки желудка.[6]

В патогенезе дискинезии желчных путей большое значение придают изменениям нейрогуморальной регуляции и тонуса вегетативной нервной системы, что приводит к расстройству координации в деятельности мышц желчного пузыря, желчных ходов, сфинктеров Люткенса и печеночно-поджелудочной ампулы (Одди). В результате этого появляются нарушения ритма оттока желчи с последующим изменением ее биохимического состава и нарушением физико-коллоидных свойств, что может приводить к выпадению в осадок билирубина, холестерина, кальция и других составных частей желчи.[1]

Говоря о влиянии гельминтозов, можно выделить 2 основные фазы, острую и хроническую. Острая фаза гельминтоза через максимум 2 месяца после инвазии переходит в хроническую. Гельминты оказывают механическое воздействие на ткани и органы, в которых они расположены, травмируя и сдавливая их. Кроме того, паразиты поглощают питательные вещества организма хозяина, нарушают нейрогуморальную регуляцию и процессы всасывания в кишечнике, вызывая многие расстройства, среди которых анемия и гиповитаминозы. В хронической фазе также продолжается воздействие паразита на иммунитет хозяина – он снижается, в результате чего снижается и резистентность человека к возбудителям вирусных, бактериальных и грибковых инфекций.[6]

При пороках желчного пузыря, перегибе шейки, нарушается отток желчи, так как возникает механическая преграда. Желчь застаивается, перерастягивается желчный пузырь, нарушается пищеварение, возникает болевая реакция.

При приеме лекарственных веществ (без контроля, на голодный желудок) или аллергенов при контакте со слизистой оболочкой возникает

местная реакция, отеки и гиперемия слизистой. Механизм повреждения слизистой желудка с дистрофией покровного эпителия, развитием воспалительного процесса в клетках других .

Существует большое количество этиологических и патологических факторов которые влияют на состояния заболеваний пищеварительной системы у детей.

Таким образом, изучив теоретические аспекты данной темы можно придти к следующим результатам. Существуют большое количество этиологических и патогенетических факторов, приводящих к развитию патологий мочевыделительной системы у детей.

1. Анатомо-физиологические особенности пищеварительной системы у детей раннего возраста приводят к незрелости печени и поджелудочной железы, снижение барьерной активности желудочного сока, недостаточность ферментной активности.

2. Среди патологий ЖКТ у детей наиболее часто встречаются: острый и хронический гастрит, пороки развития, дискинезия желчевыводящих путей. Также глистные инвазии, такие как аскаридоз и энтеробиоз которые появляются в детском возрасте и встречаются у взрослых.

3. На развитие патологии желудочно-кишечного тракта влияют неблагоприятные факторы и способствующие факторы, такие как длительный прием лекарственных препаратов, диетического питания.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ В АНАМНЕЗЕ НА РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИИ ЖКТ НА ПРАКТИКЕ

2.1 АНАЛИЗ ВОЗРАСНОГО СОСТАВА ДЕТЕЙ

После изучения теоретических аспектов и анализа литературных источников по данной теме в течение всего учебного года, была проведена исследовательская работа весной 2017 года на базе Санкт-Петербургском государственном педиатрическом медицинском университете.

В ходе исследования мной была разработана анкета для матерей и детей старшего возраста, имеющих патологию пищеварительной системы.

Я проходила преддипломную практику на отделении гастроэнтерологии. Я раздавала анкеты родителям и детям старшего возраста, чтобы провести анкетирование. Но опрос родителей и детей старшего возраста проводила не только в стационаре, но еще и в поликлинике, школе и в детском саду.

Мною было опрошено 70 человек и исследовано 30 историй болезни. В результате была подобрана экспериментальная группа (дети с патологией ЖКТ), в количестве 50 человек и контрольная группа (без патологий ЖКТ), в количестве 50 человек.

Целью исследования было получить ответы на следующие вопросы:

1. Возраст ребенка?
2. Какая патология органов пищеварения есть у Вашего ребенка?
3. Каков характер питания у Вашего ребенка?

4. Каков режим питания Вашего ребенка?
5. Соблюдаете ли Вы и Ваш ребенок гигиенические мероприятия?
6. С чем связано начало заболевания?

В начале своего исследования, я изучала возраст детей с патологией ЖКТ. Проанализировав возрастной состав детей из экспериментальной группы мы можем видеть, количество детей имеющих патологии пищеварительной системы в возрасте от 12 до 18 лет – 18 детей, что составляет 36% от общего числа детей с патологией.

Патологию пищеварительной системы имеют дети в возрасте от 7 до 12 лет – 14 детей, что составляет 28% от общего числа детей с патологией ЖКТ.

Также, дети, имеющие патологию пищеварительной системы в возрасте от 4 до 7 лет – 11 детей, что составляет 22% от общего числа детей с патологией.

Дети, имеющие патологию пищеварительной системы в возрасте от 1 до 3 лет – 7 детей, что составляет 14% от общего числа детей с патологией.

Результаты моего исследования представлены в рисунке 1.



Рисунок 1.

Из диаграммы видно, что наибольшее количество детей, имеющих патологию пищеварительной системы, приходится на возрастной промежуток от 12 до 18 лет, реже патология пищеварительной системы имеется у детей в возрасте от 7 до 12 лет, на третьем месте дети имеющих патологию пищеварительной системы в возрасте от 4 до 7 лет, и гораздо реже дети в возрасте от 0 до 3 лет.

Что, прежде всего, связано с особенностями патологии и анатомо-физиологическими особенностями у детей разного возраста.

Анализируя структуру патологии ЖКТ у детей, было опрошено 70 человек и исследовано 30 историй болезни. В результате было подобрана экспериментальная группа (дети с патологией ЖКТ), в количестве 50 человек и контрольная группа (без патологии ЖКТ), в количестве 50 человек.

Данный параграф посвящен исследованию в экспериментальной группе.

Таким образом, на основании данных анкетирования был проведен анализ, который показал, что:

Острый и хронический гастрит диагностируется у 22 детей разного возраста, что составляет 44% от общего числа детей с патологией ЖКТ.

Такой патологией, как дискинезии желчевыводящих путей болеют 18 детей разного возраста, что составляет 36% от числа детей с патологией ЖКТ.

Гельминтозы в основном энтеробиоз и аскаридоз встречается в 8 случаях, что составляет 16% от числа детей с патологией ЖКТ.

Пороки ЖКТ найдены у 2 детей, что составляет 4% от числа детей с патологией ЖКТ в основном это дети с ДЖВП.

Результаты моего исследования представлены в рисунке 2.

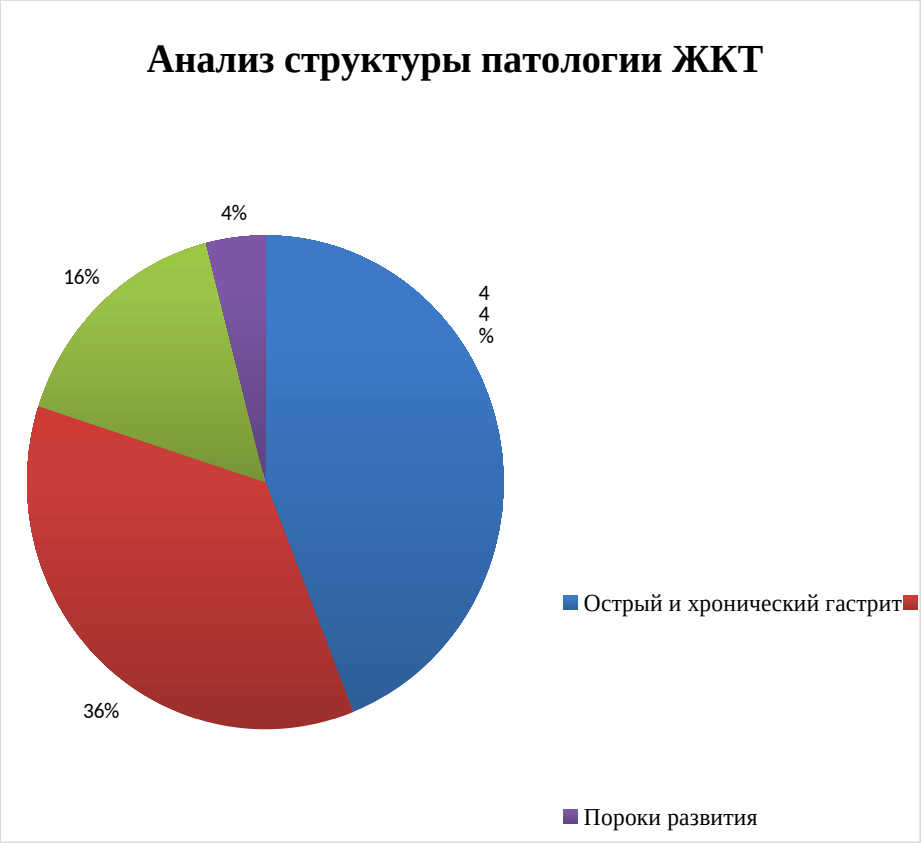

Рисунок 2.

Таким образом, из результатов диаграммы мы видим, что наиболее частой патологией желудочно–кишечного тракта является острый и хронический гастрит, и на втором месте дискинезия желчевыводящих путей, на третьем месте гельминтозы, и на последнем месте пороки развития.

2.2 АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ

Мною было опрошено 70 человек и исследовано 30 историй болезни. В результате была подобрана экспериментальная группа (дети с патологией ЖКТ), в количестве 50 человек и контрольная группа (без патологий ЖКТ), в количестве 50 человек.

На основании исследования был проведен анализ данных в экспериментальной и контрольной группе.

Исследуя характер питания у детей в экспериментальной группе, мной были выявлены особенности употребления пищи у 50 детей разного возраста, имеющих патологию пищеварительной системы. Из них:

17 детей разного возраста часто злоупотребляют жареной, жирной, копченой пищей, употребляют газированные напитки, и употребляют фаст-фуд, хотя знают о том, что эта пища не соответствует их возрасту, что составляет 34% числа детей с патологией ЖКТ.

13 детей разного возраста торопятся при приеме пищи и практически проглатывают ее и во время еды могут отвлекаться от приема пищи, потому что во время приема пищи они смотрят телевизор или сидят за компьютером, что составляет 26% числа детей с патологией ЖКТ.

9 детей разного возраста часто переедают, потому что они наедаются больше, чем положено по их взрасту и часто наедаются ночью, что составляет 18% числа детей с патологией ЖКТ.

Только 11 детей разного возраста не нарушают характер питания, а в остальных случаях питаются нерегулярно, что составляет 22% числа детей с патологией ЖКТ.

В контрольной группе в ходе исследования мной был выявлен характер питания у 50 детей разного возраста, не имеющих патологию пищеварительной системы.

В некоторых случаях в контрольной группе рацион питания у детей разного возраста нарушен. Из них:

36 детей разного возраста питались регулярно, не нарушают характер питания, что составляет 72% от общего количества.

6 детей разного возраста питались не правильно, употребляют газированные напитки, едят фаст-фуд, злоупотребляют жареной, жирной, копченой пищей, что составляет 12% от общего количества.

5 детей плохо пережевывают пищу и быстро едят потому что отвлекаются во время еды, что составляет 10% от общего количества.

3 детей разного возраста переедают, едят больше чем положена, им по взрасту, едят иногда перед сном, что составляет 6% от общего количества.

Результаты моего окончательного исследования представлены в рисунке 3.

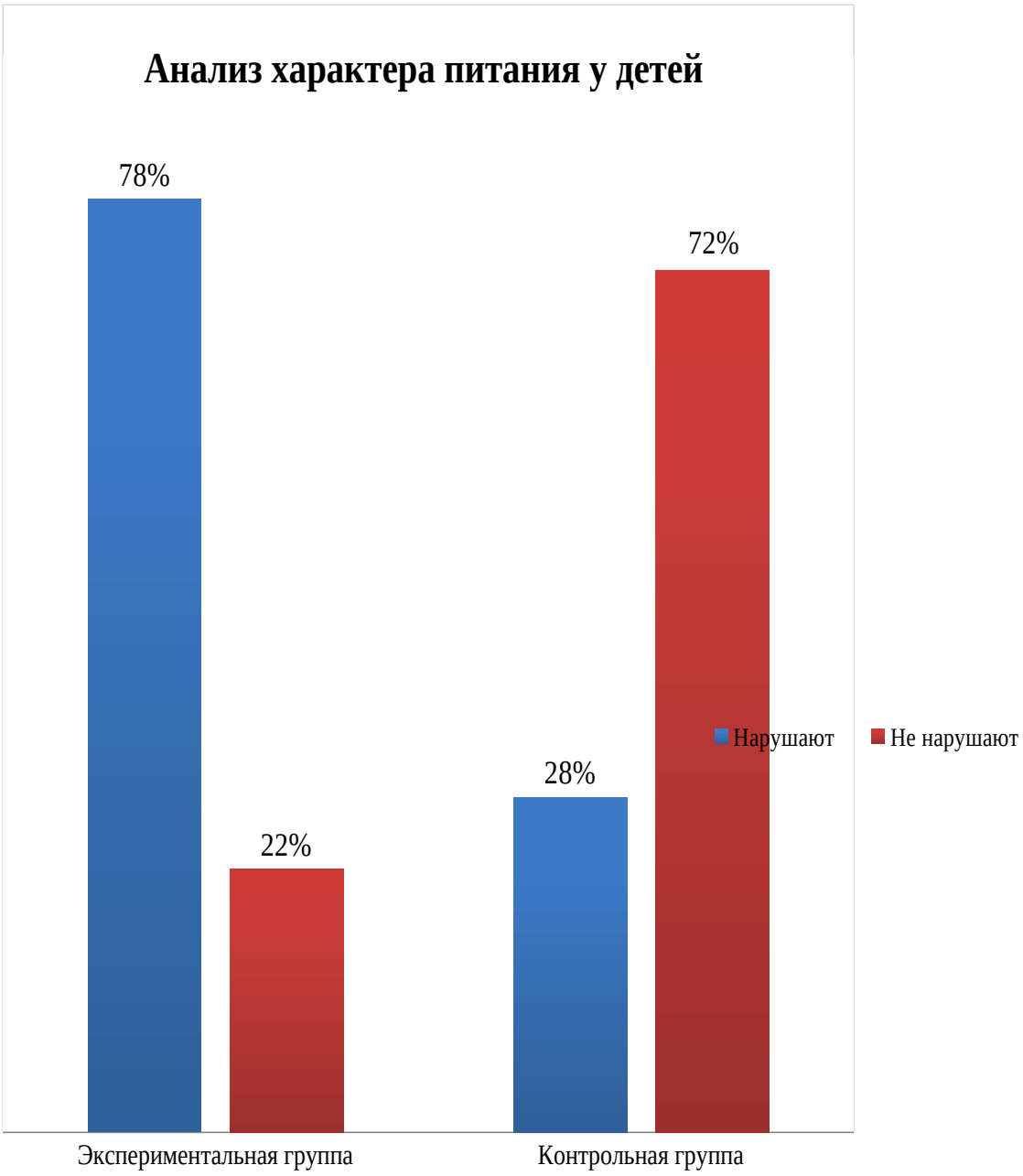

Рисунок 3.

Таким образом, из результатов диаграммы мы видим, что чаще нарушают характер питания дети, из экспериментальной группе (нарушают регулярность питания, плохо пережевывают пищу, переедают), и реже дети которые не нарушают характер питания.

В контрольной группе, число детей нарушающие характер питания значительно меньше, чем в исследуемой группе, (иногда дети плохо пережевывают, отвлекаются от приема пищи, употребляют большое количество пищи), но этот процент значительно ниже, чем в экспериментальной группе

Таким образом, у детей в экспериментальной группе чаще нарушен характер питания.

2.3 АНАЛИЗ РЕЖИМА ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ

Мною было опрошено 70 человек и исследовано 30 историй болезни. В результате было подобрана экспериментальная группа (дети с патологией ЖКТ), в количестве 50 человек и контрольная группа (без патологий ЖКТ), в количестве 50 человек .

В экспериментальной группе в ходе исследования мной было выявлено, 50 детей разного возраста имеющих патологию пищеварительной системы. Из них:

25 детей разного возраста которые питаются 2 раза в день, что составляет 50 % от числа детей с патологией ЖКТ.

18 детей разного возраста которые питаются 3 раза в день, что составляет 36% от числа детей с патологией ЖКТ.

7 детей разного возраста которые питаются 4-5 раза в день, что составляет 14% от числа детей с патологией ЖКТ.

В контрольной группе ходе исследования мной был исследован режим питания у 50 детей разного возраста, не имеющих патологию ЖКТ. Из них:

34 детей разного возраста которые питаются 4-5 раза в день, что составляет 68% от общего количества.

14 детей разного возраста которые питаются 3 раза в день, что составляет 28% от общего количества.

2 детей разного возраста которые питаются 2 раза в день, что составляет 4% от общего количества.

Результаты моего исследования представлены в рисунке 4.

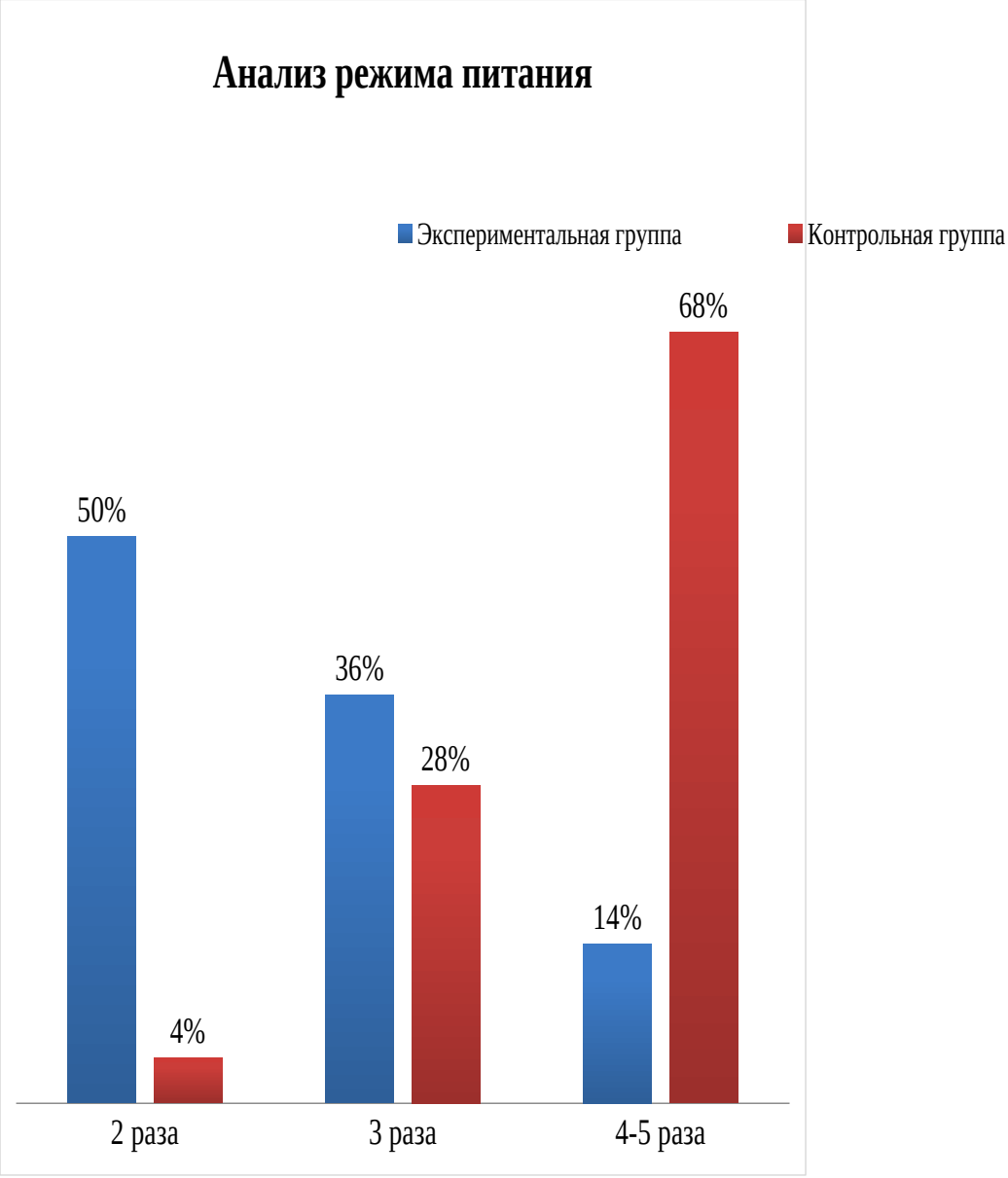

Рисунок 4.

Таким образом, из результатов диаграммы мы видим, что в экспериментальной группе наибольшее количество детей разного возраста в течении дня получают пищу 2 раза, на втором месте дети которые питаются в течении дня 3 раза, и на последнем месте дети которые в течении дня получают пищу 4-5 раз. То есть чаще режим питания нерегулярный.

В контрольной группе наибольшее количество детей разного возраста которые в течении дня получают пищу 4-5 раз, регулярно примерно в одно и то же время, на втором месте - дети которые получают пищу, в течении дня 3 раза, и на последнем месте дети которые в течении дня получают пищу 2 раза.

В контрольной группе количество детей, питающихся регулярно, часто значительно выше.

2.4 АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ

Мною было опрошено 70 человек и исследовано 30 историй болезни. В результате было подобрана экспериментальная группа (дети с патологией ЖКТ), в количестве 50 человек и контрольная группа (без патологий ЖКТ), в количестве 50 человек.

В экспериментальной группе в ходе исследования мной было выявлено:

У 24 детей в анамнезе были сильные стрессовые ситуации, из-за стресса большинство детей, чтобы успокоится ели большое количество пищи жирного, острого, или вообще ничего не ели, что составляет 48% от числа детей с патологией ЖКТ.

У 9 детей старшего возраста были обнаружены вредные привычки, они часто бегали на улицу чтобы покурить или курили натощак в течение дня, что составляет 18% от числа детей с патологией ЖКТ.

7 детей разного возраста очень много времени уделяли спорту, что составляет 14% от числа детей с патологией ЖКТ.

У 4 детей заболевания ЖКТ протекали на фоне пищевой гипотрофии особенно у подростков, что составляет 8% от числа детей с патологией ЖКТ.

У 6 детей не было вредных привычек**,** сильных стрессовых ситуаций, физических нагрузок, и сопутствующих заболеваний, что составляет 12% от числа детей с патологией ЖКТ.

В контрольной группе ходе исследования мной было выявлено, 50 детей разного возраста не имеющих патологию пищеварительной системы. Из них:

У 38 не было вредных привычек, сильных стрессовых ситуаций, физических нагрузок, и сопутствующих заболеваний, что составляет 76% от общего количества.

У 6 детей иногда были стрессовые ситуации, они пытались отвлечься от проблем, поэтому они меняли обстановку, тем самым они избавлялись от стресса, что составляет 12% от общего количества.

У 4 детей были вредные привычки, они часто курили в течении дня, что составляет 8% от общего количества.

У 2 детей были другие заболевания, но тем самым у них были еще и сопутствующие заболевания, такие как аллергии, анемии и.т.д, что составляет 4% от общего количества.

Результаты моего исследования представлены в рисунке 5.

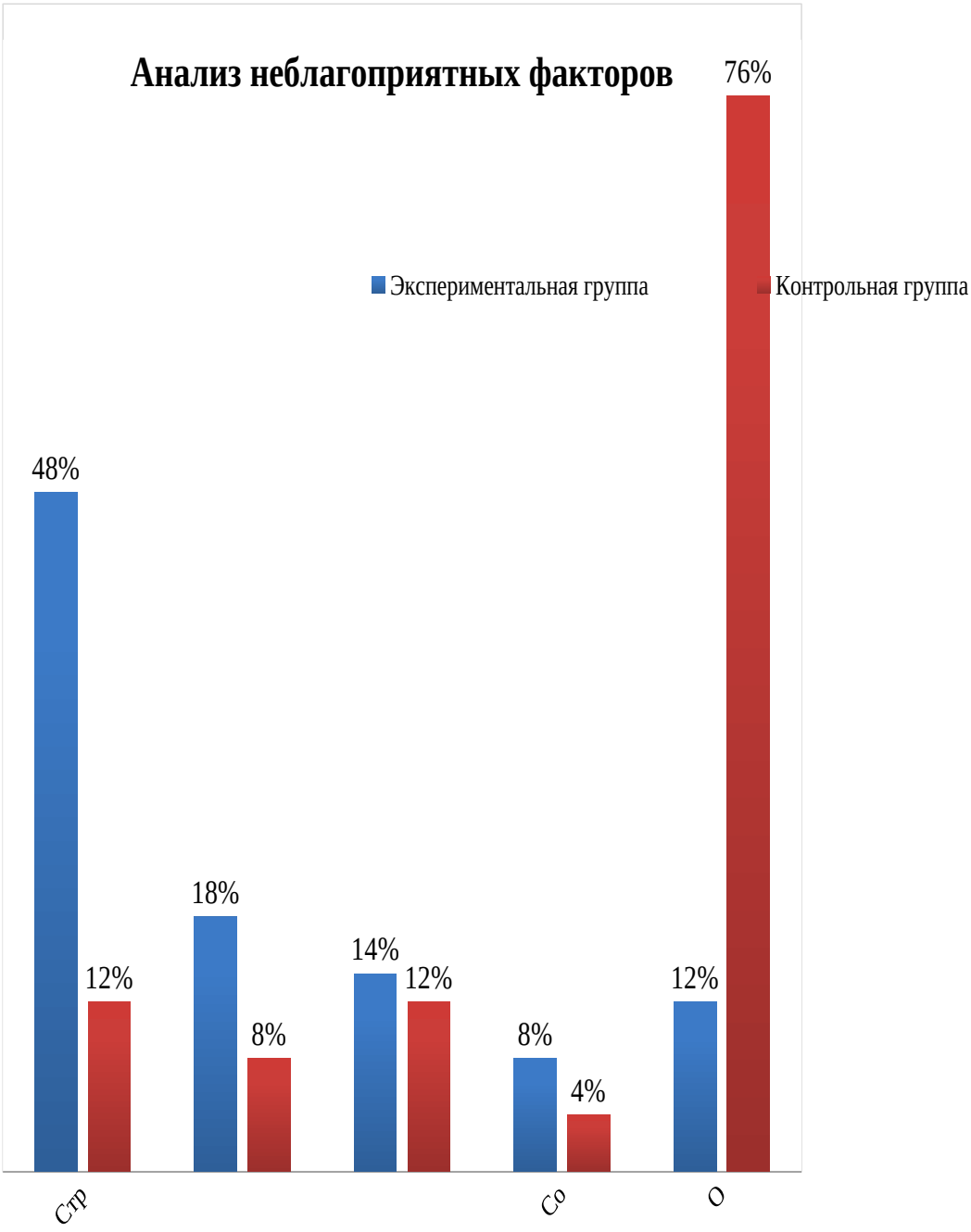

Рисунок 5.

Отдельно было изучено, влияние такого неблагоприятного фактора как прием лекарственных средств на развития патологии пищеварительной системы у детей в экспериментальной группе 23 человек пьют лекарственные препараты без назначения врача, что составляет 46% от числа детей с патологией ЖКТ.

18 человек перед тем, как употребить лекарственные препараты не читают правил приема или невнимательно читают и не смотрят на дозировку,

что составляет 36% от числа детей с патологией ЖКТ.

И 9 только человек соблюдают правила приема лекарственных препаратов перед тем как употребить лекарственные препараты, лекарственные препараты, что составляет 18% от числа детей с патологией ЖКТ.

В контрольной группе ходе исследования мной было выявлено, что 26 человек соблюдают правила приема перед тем как употребить лекарственные препараты и смотрят за дозировкой, что составляет 52% от общего количества.

13 человек употребляют лекарственные препараты без назначения врача, что составляет 26% от общего количества.

11 человек не соблюдают правила приема лекарственных препаратов перед тем как употребить и не смотрят правильную дозировку перед употреблением лекарственных препаратов, что составляет 22% от общего количества.

Результаты моего исследования представлены в рисунке 6.

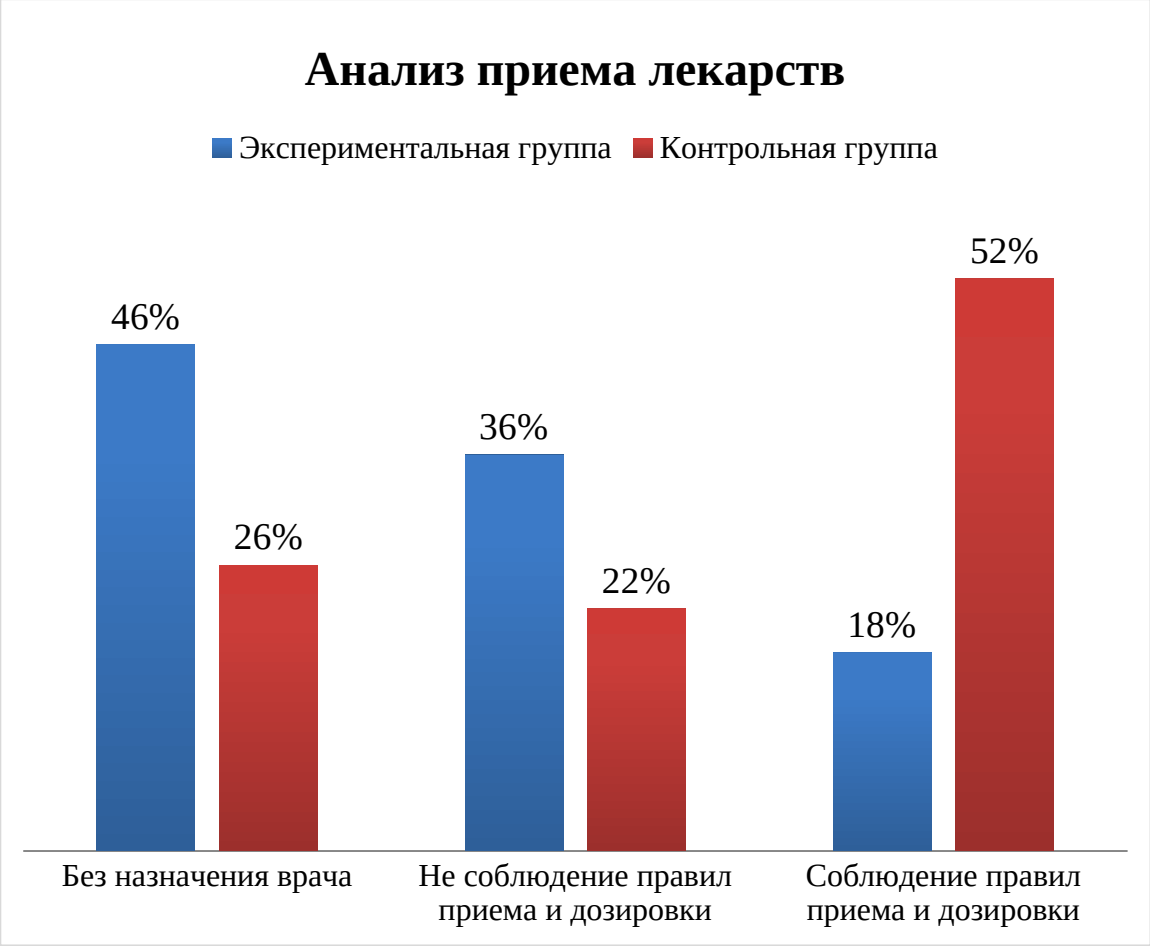

Рисунок 6.

Таким образом, из результатов диаграммы мы видим, что в экспериментальной группе наибольшее количество детей употребляют лекарственные препараты без назначения врача или получают их от родителей, реже дети которые не соблюдают правил приема и дозировки лекарственных препаратов перед употреблением, и на последнем месте дети которые соблюдают правила приема и за дозировкой перед употреблением.

В контрольной группе наибольшее количество детей старшего возраста и родителей которые соблюдают правила приема, перед тем как употребить лекарственные препараты и смотрят на дозировку перед употреблением, гораздо меньший процент детей которые употребляют лекарственные препараты без назначения врача, и на последнем месте те дети, которые не соблюдают правила приема и не следят за дозировкой перед употреблением лекарственных препаратов.

Таким образом в случаи с патологией органов ЖКТ нарушен прием лекарственных средств и в анамнезе чаще присутствует сопутствующие факторы.

Таким образом мы видим, что количество неблагоприятных факторов в анамнезе у детей в экспериментальной группе гораздо больше. Мы можем видеть зависимость патологии ЖКТ от этих факторов.

2.5 АНАЛИЗ СОБЛЮДЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ПРАВИЛ

Мною было опрошено 70 человек и исследовано 30 историй болезни. В результате было подобрана экспериментальная группа (дети с патологией ЖКТ), в количестве 50 человек и контрольная группа (без патологий ЖКТ), в количестве 50 человек. Я думаю в этом параграфе можно сказать не только про

детей, но и про родителей. В семье не соблюдаются гигиенические мероприяти я.

В экспериментальной группе ходе исследования мной было выявлено что: 32 детей разного возраста не следят за чистотой рук, не моют руки после прогулки, после посинения туалета, не моют овощи и фрукты перед тем, как употребить их, что составляет 64% от числа детей с патологией ЖКТ.

12 детей старшего возраста и родители не следят за сроком годности продуктов перед тем, как купить или съесть еду, что составляет 24% от числа детей с патологией ЖКТ.

6 детей разного возраста соблюдали гигиенические правила, мыли фрукты и овощи перед тем, как съесть, и смотрели за сроком годности продукто в прежде чем съесть или купить их, что составляет 12% от числа детей с патологией ЖКТ.

В контрольной группе в ходе исследования мной было выявлено что, в 31 случае детеи разного возраста соблюдают гигиенические правила, моют руки после прогулки или после посещения туалета, моют фрукты и овощи перед тем, как употребить их, и следят за сроком годности продуктов перед тем как их купить, что составляет 62% от общего количества.

12 детей разного возраста не следят за чистотой рук, не моют их после прогулки, после посещения туалета, не моют овощи и фрукты перед тем, как употребить их, что составляет 24% от общего количества.

7 детей разного возраста не следят за сроком годности продуктов перед тем как купить или съесть еду, что составляет 14% от общего количества.

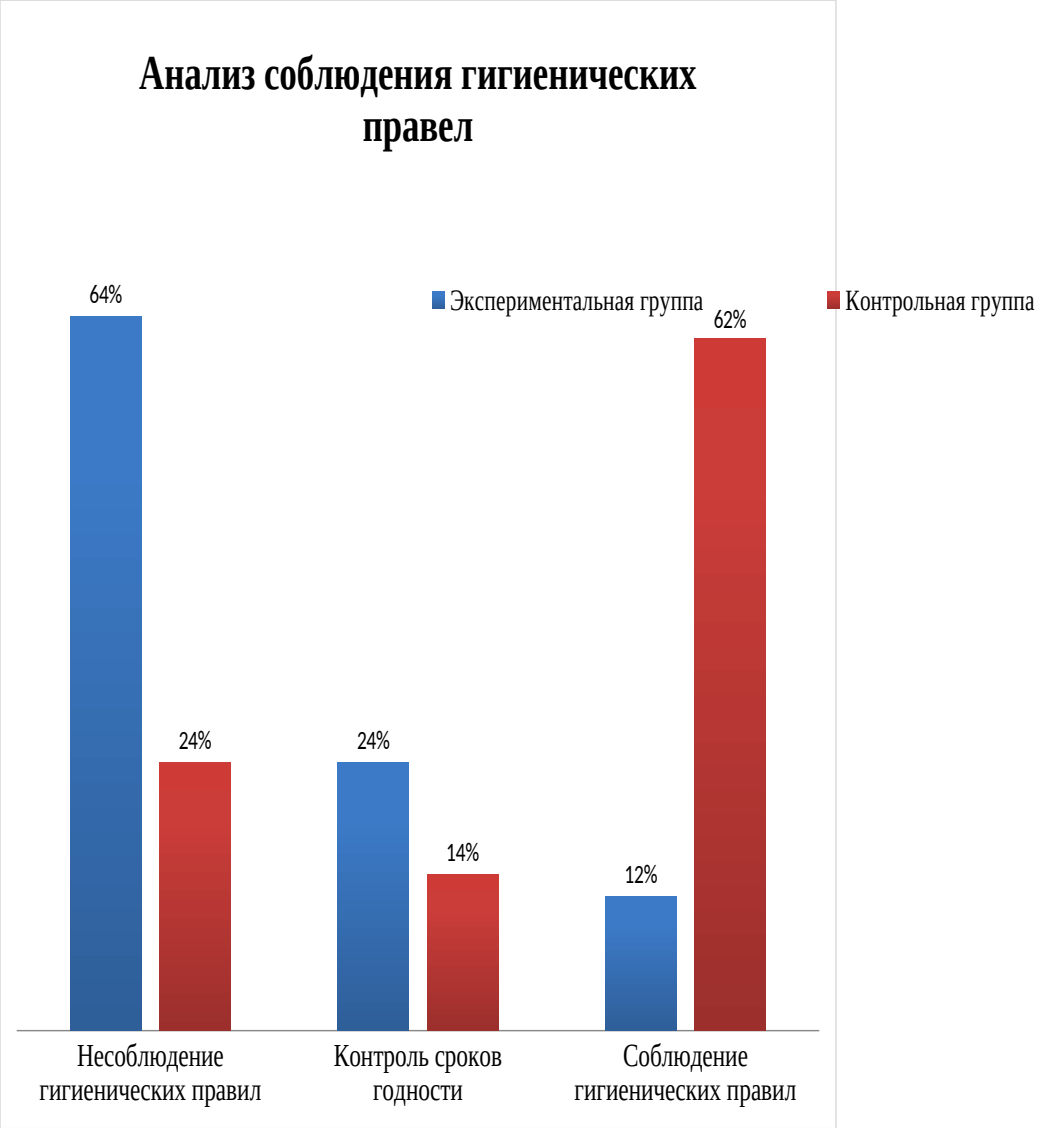

Рисунок 7.

Таким образом, из результатов диаграммы мы видим, что в экспериментальной группе наибольшее количество детей не следят за чистотой рук и не моют фрукты и овощи перед тем, как съесть их, на втором месте дети, которые не следят за сроком годности продуктов, и на последнем месте дети которые соблюдают гигиенические мероприятия.

В контрольной группе наибольшее количество детей разного возраста в семьях которых соблюдают гигиенические правила, реже те дети которые не соблюдают за чистотой рук и не моют фрукты и овощи перед тем как съесть их, и на последнем месте - которые, не следят за сроком годности продуктов перед тем, как купить их.

То есть дети с патологией ЖКТ чаще не следят за сроком годности продуктов и реже соблюдают гигиенические правила.

Выясняется, что несоблюдение гигиенических правил является неблагоприятным фактором, и может повлиять на развитие патологии ЖКТ у детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение литературы по данной теме помогло прийти к выводу, что данная проблема крайне актуальна. 40% детей разного возраста страдают патологией пищеварительной системы. Я уже не раз сталкивалась с данной темой у родственников. Поэтому меня заинтересовала эта тема, и я решила изучить данную тему.

Для опроса пациентов мной была разработана анкета, которая помогла собрать максимальное количество информации о течении данного заболевания.

Цель исследования достигнута. Гипотеза подтверждена.

На основании исследовании можно сделать следующие выводы:

1. Изучая данную тему надо помнить что патология ЖКТ встречается часто и ею страдают дети разного возраста. Клиническая картина заболевания и его течения зависит от наличия тех или иных АФО у ребенка. Слизистая оболочка ротовой полости сухая, но при этом она богата кровеносными сосудами и очень чувствительная. В пищеварительной железе снижено количество ферментов. А поскольку желудок имеет толстую слизистую оболочку, отмечается слабое развитие желудочных желез.

2. Среди патологии ЖКТ у детей наиболее часто встречаемой является острый и хронический гастрит. Острый и хронический гастрит – воспаление слизистой оболочки, которое чаще всего вызывает сильный раздражитель, попавший в желудок. Заболевание отличается бурным течением, у детей младшего возраста нарушения не ограничиваются лишь желудком, и составляет 44% от всех патологий ЖКТ. На 2 месте у детей является ДЖВП и количество составляет 36%. Выделяют два основных типа дискинезии: гипертоническая и гипотоническая. Чаще встречается гипотоническая форма ДЖВП, при которой наблюдается снижение эвакуаторной функции желчного пузыря, что приводит к его растяжению и застою желчи. При гипертонической форме ДЖВП

наоборот, пузырь постоянно сокращается, что вызывает возникновение болевого синдрома. Также мы можем столкнуться с такими заболеваниями, как гельминтозы, в основном это аскаридоз и энтеробиоз с токсическим действием на организм ребенка и его аллергизацией, а также нарушение его роста и развития. Количество зараженных этими заболеваниями велико и из общего числа больных дети составляют до 16%. И на последнем месте из общего числа больных дети занимает пороки развития, что составляет 4% который чаше встречается в структуре других заболеваний .

3. Существует огромное количество неблагоприятных факторов которые могут привести к развитию патологии ЖКТ. Самым главным фактором риска является нарушение характера и режима питания. Это может быть нарушение обработки пищи, употребление жареной и жирной еды. Неправильное питание приводит к развитию патологии желудочно-кишечного тракта. Дети питаются нерегулярно и неправильно, поэтому повышается кислотность желудочного сока и это приводит к воспалению слизистой оболочки желудка и у детей растягивается желудок, страдает слизистая оболочка. Несоблюдение правил рациона питания, острой, жареной, жирной пищи, злоупотребление фаст-фудом, несоблюдение сроков годности продуктов питания. Дети питаются нерегулярно и неправильно, повышается кислотность желудочного сока и это приводит к воспалению слизистой оболочки желудка. Также возникновению патологии органов пищеварения способствуют глистные инвазии, такие как аскаридоз и энтеробиоз, вызывающие дистрофию слизистой оболочки, а лямблиоз нарушает работу желчного пузыря и оказывает токсическое действие на организм ребенка. Длительный прием лекарственных средств и пищевая аллергия приводят к всасыванию токсинов в желудочно-кишечный тракт и раздражают слизистую оболочку, влияет на функцию печени.

4. По итогом моего исследования были разработаны рекомендации для родителей и детей старшего возраста по профилактике заболеваний пищеварительной системы которая представлена в приложении 2.

ГЛОССАРИЙ

№ п/п	Понятие	Содержание
1	Алиментарный путь	Проникает инфекционного агента с продуктами питания, через грязные руки в организм через желудочно-кишечный тракт.
2	Аллергодерматиты	Это воспаление кожного покрова, вызванное аллергической реакцией на внешние раздражители.
3	Анемия	Клинико-гематологические синдромы, обусловленные снижением содержания гемоглобина в единице объема крови, чаще при одновременном уменьшении количества эритроцитов.
5	Гипертрофия	Увеличение размеров органа или ткани за счет увеличения размера каждой клетки.
6	Гиповитаминоз	Патологические состояния, которые начинают возникать вследствие снижения поступления в организм одного или сразу нескольких витаминов.
7	Инвазия	Заражение организма животными паразитами.
9	Функциональные нарушения	Это нарушения функций какого-либо органа ЖКТ, причины которых лежат вне поражённого органа и связаны с изменением его регуляции.
10	Атрезия пищевода	Врожденный порок развития, при котором пищевод слепо заканчивается на расстоянии

		примерно 8-12 см от входа в ротовую полость.
11	Перегиб шейки желчного пузыря	Это аномалия строения этого органа, во время которой происходит деформация органа.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Буеверов А.О, Бурлис Э.Р. Гастроэнтерология: национальное руководство:/ А.О/Буеверов, Э.Р/Бурли : краткое издание – 2014. – С.243-250

2. Денисов М.Ю. Функциональный запор. Восстановительное лечение от младенца до подростка: монография / М.Ю Денисов Ново- сиб. гос. ун-т. 2-е изд., перераб. и доп. Новосибирск, 2013. - 129 с.

3. Детские болезни/ под ред. Л.А.Исаева /Исаева.Л.А -СпецЛит. - 2013. – С.346-394 .

4. Немченко У.М. Структура дисбиозов кишечника у детей дошкольного возраста за многолетний период наблюдений / У. М. Немченко; Клиническая лабораторная диагностика. - 2015. - № 2. - С. 63-65.

5. Сухинин М.В. Состояние здоровья детского населения мегаполиса в условиях модернизации здравоохранения / М.В. Сухинин, Р.Н. Терлецкая, Е.В. Землянова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – Т. 30. – № 2. –9 с.

6. Шабалов Н.П. Детские болезни / Н.П Шабалов 7-е издание – том1 - 2013. – С.651-804.

7. Швырев А.А. Анатомия и физиология человека с основами общей патологии/ Швырев А.А., Морозова Р.Ф. - 2012. - 201с.

8. Иванова А.В. Болезни органов пищеварения у детей [Электронный ресурс]// Государственная медицинская академия:[сайт]/ -2013. А.В Иванова - Из содержания: Болезни-Режим доступа: http: //www. rae. ru/ forum 2011/9/1420

9. Дети - болезни и профилактика заболеваний [Электронный ресурс] //хроническая патология органов пищеварения у детей и подростков - 2012/ - Режим доступа: http: // www. owoman.Ru/semya/hronicheskaja_patologija_organov _pishh evarenija_u_detej. html

10. Профилактика болезней органов пищеварение, как одна из состоящих здоровья детей [Электронный ресурс] //www. dkkbkrasnodar.ru: [сайт

]/ 2012Режим доступа: http://www.dkkb krasnodar.ru/Inf%20PISMA/ ИНформ. Письмо %20Профилактика %20 забол. жкт. pdf

Приложение 1

АНКЕТА

1. Возраст ребенка?
   - 0-3 лет
   - 4-7 лет
   - 7-12 лет
   - 12-18 лет
2. Какая патология органов пищеварения есть у Вашего ребенка?
   - Острый и хронический гастрит
   - ДЖВП
   - Гельминтозы
   - Пороки развития
   - Прочее
3. Каков характер питания у Вашего ребенка?
   - Пища соответствует возрасту
   - Пищу хорошо пережевывает
   - Не наедается на ночь
   - Не злоупотребляет жирной, жареной пищей
   - Не употребляет фаст-фуд
4. Каков режим питания Вашего ребенка?
   - 2 раза в день
   - 3 раза в день
   - 4-5 раза в день
5. С чем связано начала заболевания?

- Прием лекарственных препаратов
- Вредными привычками
- Наличие сопутствующих заболеваний
- Стрессовые ситуации
- Физические нагрузки

6. Соблюдаете ли Вы и Ваш ребенок гигиенические правила?
   - мытье фруктов и овощей
   - соблюдение сроков годности продуктов
   - чистота рук

Приложение 2

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖКТ

1. Сбалансированное питание (по белкам, жирам, углеводам и килокалориям), сбалансированное соответствие основных пищевых веществ (белки, жиры, углеводы) для лучшего их усвоения в пропорции 1:1:4, при этом белки животного происхождения должны составлять не менее 60% и жиры растительного происхождения - около 20% от их общего количества. Механически и химически щадящая, исключить: жирная, жареная, острые блюда, наваристые бульоны, копчености, консервы, приправы, холодные напитки.

2. Хорошо пережевывать пишу, не наедаться на ночь, регулярные и своевременные приёмы пищи не менее 4-5 раз в день.

3. Пища не должна быть холодной или горячей.

4. Своевременно вводить прикормы детям грудного возраста.

5. Пища должна соответствовать возрасту ребенка.

6. Тщательно мыть руки с мылом после: прогулки на улице, поездки на общественном транспорте, посещения туалета; перед едой.

7. Соблюдение личной гигиены, гигиены полости рта.

8. Употребление в пищу хорошо промытых овощей и фруктов, тщательно прожаренного мяса, кипяченую воду.

9. Благоприятный психологический климат в семье и детском коллективе.

10. Повышение защитных сил организма: воздушные ванны, закаливание, здоровый образ жизни (соблюдение режима дня, утренняя гимнастика, физкультурные занятия, прогулка).

11. Оптимальные формы проведения отдыха и организации досуга.

12. При купании ребенка в бассейне, реке, море объяснить, что нельзя глотать воду; взрослому следить за тем, чтобы ребенок не заглатывал воду.

13. Частое проветривание помещений.

14. Ежедневная влажная уборка. Ковры должны ежедневно очищаться пылесосом, периодически выколачиваться и протираться влажной щеткой, а один раз в год подвергаться сухой химической чистке.

15. Ежегодное обследование детей на глистные инвазии.

16. Своевременное обращение за квалифицированной медицинской помощью при возникновении жалоб у ребенка.

17. Своевременное выявление и лечение очагов хронической инфекции, гельминтов.

18. Ликвидация сезонных обострений.

19. Исключить длительный прием лекарств, раздражать слизистую желудка.

20. Следить за сроком годности продуктов.

21. Не перегружать ребенка сильными физическими нагрузками.

22. Избегать стрессов.

23. Полноценный сон.

24. Своевременная диагностика и лечение заболеваний ЖКТ и сопутствующих заболеваний.

25. Санация хронических очагов инфекции.

26. Психологический комфорт в семье.

27. Исключить вредные привычки (не курить в присутствии детей).

28. Развивать культуру питания с раннего возраста.