

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

**ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ,
КАК ОДНА ИЗ СОСТАВЛЯЮЩИХ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ.**

Болезни органов пищеварения относятся к наиболее распространенным заболеваниям детского возраста, занимая по частоте второе место после болезней органов дыхания.

Большинство хронических гастроэнтеропатий может быть отнесено к "болезням цивилизации", которые характеризуются прогрессирующим ростом распространенности в развитых странах мира (аллергические болезни, атеросклероз, онкопатология). В этих условиях профилактика этой патологии выходит на первый план в работе практических врачей всех уровней.

Привычная для всех схема изложения: "этиология – патогенез – диагностика – клиника – лечение" оставляет как бы в тени такие аспекты работы педиатра, как профилактика, ранняя диагностика и превентивная терапия. Фактор своевременности при этом становится важнейшим.

Так же как незнание закона не освобождает от его исполнения, так и незнание врачом факторов риска развития патологии системы пищеварения приводит к тому, что педиатр вмешивается в течение болезни уже на стадии хронизации процесса. А ведь на этой стадии и здоровье пациента восстановить в полном объеме труднее (если вообще возможно), и издержек моральных, психологических и, наконец, материальных значительно больше. Знание практическим педиатром генетических, медико-социальных, экологических факторов риска развития патологии пищеварительной системы у каждого конкретного пациента поднимет работу на качественно более высокий уровень. Взгляд на родственников пациента с точки зрения факторов риска позволит начать превентивную терапию и добиться хорошего результата.

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.

Значительная распространенность патологии желудочно-кишечного тракта порождает необходимость сделать попытку выделить некоторые положения, имеющие первостепенное значение для практического врача:

- во-первых, определение групп риска по каждой нозологической форме;
- во-вторых, это планомерные профилактические мероприятия, включая диетическое питание (являющееся, по сути, уже превентивной терапией);
- в-третьих, это своевременная и правильная трактовка первых клинических признаков;

в-четвертых, это щадящий, то есть предельно обоснованный, выбор методов диагностики, дающих максимально полную информацию. Заболеваемость детей хроническими формами желудочно-кишечных болезней возрастало за последнее пятилетие почти на 10 % в год и за пятилетие выросло почти на 40 %.

Важнейшим аспектом в работы любого специалиста является профилактика инвалидизации. Инвалидизация при заболеваниях органов пищеварения в свете Международной классификации инвалидности рассматривается со следующих важнейших позиций: нарушение функций органов и систем, приводящее к ограничению жизнедеятельности, и в результате – социальная недостаточность, требующая вмешательства государства как гаранта соблюдения прав человека и принципов социального равенства.

Важнейшим проявлением риска развития хронических заболеваний пищеварительного тракта, которые должны быть приняты во внимание врачом при профилактическом диспансерном наблюдении за детьми, является комплекс факторов, включающий наследственное (семейное) предрасположение к таким болезням, неблагоприятное влияние экопатогенных факторов, несбалансированное питание и отсутствие четкого режима дня, неудовлетворительное состояние специализированной гастроэнтерологической помощи детям. В происхождении гастроэнтерологических заболеваний следует уделять внимание таким факторам, как нарушение режима и качества питания,

микробному пейзажу желудочно – кишечного тракта, увеличению применения лекарственных препаратов, психологическим травмам и отрицательным эмоциям, эндокринным расстройствам. Весьма интересным направлением в изучении происхождения и развития гастроэнтерологических заболеваний в детском возрасте является выяснение роли нервно - психических факторов. Известно, что современные дети отличаются ускоренным физическим, психическим и половым развитием. В условиях акселерации детей меняется и взаимодействие функций центральной нервной системы с функциональным состоянием органов, в частности, органов пищеварения. Вскрытие закономерностей подобных взаимоотношений важно для установления в ряде случаев возникновения функциональных расстройств желудка, 12 - перстной кишки и кишечника, а иногда и органических поражений этих органов.

Большую роль в возникновении заболеваний органов пищеварения играет наследственный фактор. Выявление наследственной предрасположенности у детей к ряду гастроэнтерологических заболеваний, то есть детей группы риска по гастроэнтерологическим заболеваниям – важнейшая задача поликлиник и больниц. Разрешение этой задачи создает возможность повысить эффективность профилактики заболеваний органов пищеварения.

Наряду с этим должны учитываться и провоцирующие факторы – пищевые отравления, операции на органах брюшной полости, нездоровый микроклимат в семье, частые заболевания ЛОР-органов и верхних дыхательных путей, злоупотребление антибиотиками, дисфункции кишечника на первом году жизни.

Появляются данные, свидетельствующие о том, что патология перинатального периода также должна быть отнесена к категории риска по развитию в последующие периоды жизни хронических инфекционных заболеваний желудочно-кишечного тракта, хотя серьезных исследований в

этом аспекте не проводилось. Недоношенность, сепсис, язвенно-некротический колит недоношенных, перинатальные поражения нервной системы могут способствовать тому, что желудочно-кишечный тракт ребенка в последующие периоды жизни становится *locus minoris resistentiae*.

Организация проспективного врачебного наблюдения за детьми, составляющими группу риска, позволяет своевременно выявить не только заболевания, но и преморбидные состояния органов пищеварения и принять необходимые меры для организации полноценного лечения.

К сожалению, профилактическая гастроэнтерология еще не получила надлежащего развития, более того, имеет место поздняя диагностика этих болезней. Поэтому заболеваемость хроническими гастроэнтерологическими заболеваниями не имеет тенденции к снижению, а по некоторым нозологическим единицам отмечается ее рост.

На фоне ухудшения экономической ситуации нарастают психо-эмоциональные перегрузки (изменение привычной обстановки), снижаются показатели, отражающие "качество жизни" и, прежде всего, качество питания детей; при современных ценах на медикаменты перспектива значительных затрат приводит к отказу от лечения.

К сожалению, современные дети становятся жертвами пищевой индустрии. Фастфуд, чипсы, сухарики и газированные напитки становятся привычной едой для дошкольников и школьников. Обычные блюда для детей (каши, супы и пюре) уходят на второй план. Всё это приводит к срыву в пищеварительной системе и возникновению гастритов уже в раннем возрасте. Для предупреждения вредного воздействия неправильной еды необходима профилактика.

Сейчас патология желудочно-кишечного тракта нередко встречается среди детей. При этом хронические формы заболеваний преобладают над острыми процессами. За последние 10–15 лет гастриты и гастродуодениты стали выявляться в 2 раза чаще. По данным медицинской статистики, каждый 4-й ребёнок имеет заболевание органов пищеварения. К сожалению, увеличился процент тяжёлых и инвалидизирующих форм.

Вероятность появления патологии желудочно-кишечного тракта возрастает в процессе взросления ребёнка. Это связано с большим количеством факторов риска. Но и в ранние возраста возможны высокие пики заболеваемости.

Патология органов пищеварения может отрицательно сказываться и на развитии других систем организма. Таким образом, нервные заболевания встречаются у 80–90 % детей с поражением желудочно-кишечного тракта, в 40 % случаев страдает носоглотка (хронический тонзиллит), а в 50 % – кости и скелет.

Чтобы избежать неприятных последствий, родители должны уделять внимание профилактике. Предотвратить заболевание всегда легче, чем его лечить.

Основные виды профилактики патологии пищеварительной системы

1. Первичная.

Данный вид профилактики направлен на формирование здорового образа жизни и предупреждение появления факторов риска.

2. Вторичная.

Этот вид профилактики направлен на выделение детей в группы риска по патологии желудочно-кишечного тракта для исключения развития заболевания. Здесь осуществляется коррекция питания и образа жизни.

3. Третичная.

Профилактика направлена на предупреждение обострений заболеваний органов пищеварения у хронических больных.

Главные задачи профилактических мероприятий

1. Предупреждение и борьба с факторами риска.

2. Активная пропаганда гигиены и здорового образа жизни.

3. Своевременное выявление начальных симптомов заболевания, пока патология не перешла в хронический необратимый процесс.

4. Диспансеризация (наблюдение под врачебным контролем) и реабилитация (восстановление после болезни) детей с диагностируемым заболеванием желудочно-кишечного тракта.

5. Своевременное лечение обострений (рецидивов) заболеваний пищеварительной системы.

Факторы риска по развитию патологии пищеварительной системы

Фактор риска не является непосредственной причиной заболевания, но увеличивает вероятность его возникновения.

Классификация факторов риска:

- Управляемые факторы, т. е. поддающиеся контролю:

Особенности питания:

- Снижение качества традиционных продуктов детского питания приводит к повышению в рационе удельного веса «загрязненной пищи», т. е. содержащей консерванты, ароматизаторы и красители. Также некоторые фрукты и овощи могут попадать на прилавки магазинов из экологически неблагоприятных районов.

- Дефицит животных белков и растительных жиров, витаминов и микроэлементов сопровождается истощением пищеварительной системы.

- Неоптимальный режим питания, особенно в школьном возрасте (еда всухомятку, большие промежутки между приёмами пищи, употребление газированных напитков, сухариков, чипсов во время перекусов).

- Преобладание рафинированных продуктов, подвергнутых промышленной обработке и теряющих полезные вещества (растительное масло, соль, сахар, мука высшего сорта, белый рис и т. д.). Недостаток пищевых волокон в рационе (овощи, фрукты, зелень) приводит к нарушению нормальной работы кишечника и его биоценоза (начинает преобладать условно-патогенная и патогенная флора).

- Искусственное вскармливание на первом году жизни, в особенности низкоадаптированными смесями, нарушает физиологичную работу пищеварительной системы.

Экологические факторы риска:

- Химическое загрязнение пищевых продуктов (сельскохозяйственные яды – пестициды, ионы тяжёлых металлов – ртуть, свинец, олово, цинк, железо и т. д., радиоактивные изотопы, нитраты и др.) и питьевой воды (фенолы, хлор и его соединения, железо и т. д.). Все эти факторы подавляют активность пищеварительных ферментов и ухудшают процессы переваривания. Нарушается нормальная перистальтика. Вследствие угнетения местного иммунитета бактерии и вирусы свободно проникают через желудочно-кишечный барьер.

Инфекционный фактор:

- *Helicobacter pilori* – спиралевидный микроорганизм, прикрепляющийся к стенкам желудка и двенадцатиперстной кишки и вызывающий воспаление. Чаще всего проявляет себя в условиях сниженного иммунитета. Может вызывать не только гастриты и гастродуодениты, но и эрозивно-язвенные процессы, полипы и даже опухоли. Около 60 % населения инфицированы *Helicobacter pilori*. У 80 % людей с хроническим гастродуоденитом и у 100 % больных с язвой желудка или двенадцатиперстной кишки выявляется данный микроорганизм. При этом заразиться *Helicobacter pilori* довольно легко. Загрязненная вода или пища, а также контакт с инфицированным больным (через частицы слюны и мокроты при кашле и чихании). Известны также случаи семейного заражения. При инфицировании одного члена семьи другие заболевают в 95 % случаев (общая посуда и предметы быта, через поцелуи).
- Иерсиниоз – тяжелое инфекционно-токсическое заболевание с преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта и выраженной лихорадкой. Заражение происходит через загрязненные овощи, воду. Основные переносчики – мелкие грызуны. Заболевание может вызывать массу осложнений, таких как гепатит, аппендицит, кишечная непроходимость и др.
- Лямблиоз – паразитическое заболевание, вызываемое простейшими – лямблиями – и поражающее преимущественно тонкий кишечник. Заражение происходит через грязные овощи, фрукты, ягоды, а также контактно-бытовым путём (предметы быта и руки). Вследствие инфицирования нарушается работа кишечника (боли в животе, урчание и вздутие, запоры и поносы).
- Цитомегаловирус, герпесвирус, ротавирус. Все эти вирусные инфекции в значительной степени ослабляют иммунную защиту организма, вызывают гиповитаминозы и провоцируют развитие различных заболеваний, в том числе и пищеварительной системы.
- Кишечный дисбиоз – это нарушение нормального соотношения микрофлоры в тонком кишечнике. Приводит к повышенному

газообразованию, диарее или запору, непереносимости отдельных продуктов питания. Чаще всего возникает при инфекционно-токсических заболеваниях, паразитарных инвазиях, при ферментной недостаточности, антибиотикотерапии.

Психосоматический фактор:

- У 40–50 % детей заболевания пищеварительной системы развиваются вследствие умственных перегрузок, эмоциональных стрессов и т. д.

Провоцирующие факторы со стороны нервной системы:

1. Перинатальная энцефалопатия – поражение головного мозга ребёнка во внутриутробном периоде или во время родов.
2. Гипоксия – кислородное голодание головного мозга и всех систем организма новорожденного во внутриутробном или послеродовом периоде.
3. Вегетативная дисфункция – нарушение нервно-гуморальной регуляции органов;
4. Травмы центральной нервной системы и позвоночника.
5. Раннее искусственное вскармливание после рождения ребёнка.

Социальные факторы:

- Материальная обеспеченность семьи (низкий достаток – плохое питание).
- Соблюдение режима дня (как правило, приёмы пищи неадекватны по временным промежуткам).
- Условия жизни ребёнка (несоблюдение порядка, чистоты и гигиены способствуют распространению инфекционных заболеваний).
- Морально-психологический климат семьи (неблагополучие провоцирует стрессовую обстановку).

Медикаментозный фактор:

- Салициловая кислота (аспирин), большие дозы аскорбиновой кислоты, сульфаниламиды, препараты группы нестероидных противовоспалительных средств (анальгин, Нурофен, Найз, индометацин и др.) вызывают раздражение слизистой желудочно-кишечного тракта и при длительном применении провоцируют появление эрозивно-язвенных процессов.
- Ограничение двигательной активности (гиподинамия) приводит к ослаблению мускулатуры и ухудшению моторно-эвакуаторной функции желудка.

Сенсибилизирующий фактор:

- Пищевая аллергия, сопровождающаяся поражением желудочно-кишечного тракта, увеличивает вероятность инфицирования *Helicobacter pylori* в 100 раз.

Медико-организационный фактор:

- Ориентация врачей на острые инфекционные заболевания желудочно-кишечного тракта с яркой симптоматикой (пропускаются легкие формы патологии с незначительными проявлениями).

- Отсутствие регулярного медицинского наблюдения за детьми из групп риска по заболеваниям органов пищеварения.
- Ограничение доступности для современного врача функциональных методов диагностики (длительные сроки ожидания).
- Отсутствие контроля за учебной, психоэмоциональной и физической нагрузкой школьников.

Неуправляемые факторы, т. е. неконтролируемые:

Наследственный фактор (коэффициент наследования по заболеваниям желудочно-кишечного тракта составляет 30 %):

- Чаще всего семейная предрасположенность распространяется на гастроэзофагеальные рефлюксы у детей (заброс кислого желудочного содержимого в пищевод вследствие несостоятельности сфинктера) и на избыточную продукцию соляной кислоты (повышенную кислотообразующую функцию желудка).

Психологический фактор (тип личности):

- Лабильная психика, впечатлительность, обидчивость, раздражительность и т. д. способствуют развитию патологии пищеварительной системы.

Половой фактор:

- Чаще болеют девочки, чем мальчики.

Возрастной фактор:

- Основные пики заболеваемости приходятся на 4–5 лет, 6–7 лет и 9–12 лет.

Специфические факторы (повышают вероятность инфицирования *Helicobacter pilori*):

- Дети, имеющие наследственную отягощённость по язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, аденокарциноме желудка.
- Дети с синдромом мальабсорбции (нарушенного кишечного всасывания).
- Дети с социальной отягощённостью (тяжёлые материально-бытовые условия, алкоголизм или наркомания родителей и т. д.).
- Часто болеющие дети с упорным дисбиозом кишечника.
- Наличие гастроэзофагеального рефлюкса у детей после 3-месячного возраста провоцирует развитие стойкой патологии пищеварения в старшем возрасте: изжога, отрыжка, икота, неприятный вкус во рту, запах изо рта по утрам, ощущение комка за грудиной.

Профилактические мероприятия

Для детей из группы риска по формированию заболеваний желудочно-кишечного тракта – анализ питания в семье.

Рекомендации врача (педиатр, гастроэнтеролог) по рациональному питанию:

- регулярные и своевременные приёмы пищи не менее 4–5 раз в день;
- увеличение доли животного белка (не менее 50 % от общего рациона), растительный белок – не более 50 %;

- употребление легкоперевариваемых продуктов (мясо кролика, индейки),
- исключение жирной и тяжелой для усвоения пищи (мясо утки, гуся, баранина, жирная свинина);
- сыр только с 4 лет;
- фрукты и овощи ежедневно (выводят соли тяжелых металлов, бактериальные токсины, улучшают перистальтику кишечника, снижают кислотность желудка).

Профилактика школьного гастрита:

- сбалансированное питание (по белкам, жирам, углеводам и килокалориям);
- чередование физической нагрузки и приемов пищи (физкультура должна быть до начала второго завтрака, 2–3-м уроком в зависимости от класса);
- на ужин легкоусваиваемые продукты (овощи, фрукты, кисломолочная пища);
- нельзя жирные, жареные, соленные и острые блюда;
- исключение психотравмирующих ситуаций в школе – использование перед стрессовым напряжением (экзамен, контрольная работа и т. д.) безопасных успокаивающих (настойки пустырника, валерианы, «Тенотен детский») и улучшающих работу мозга («Глицин») средств, работа с психологом по управлению эмоциями;

Защита слизистой желудка при назначении лекарственной терапии (нестероидные противовоспалительные средства, сульфаниламиды и др.) с помощью применения обволакивающих средств («Фосфалюгель», «Маалокс», «Гевискон», «Алмагель» и т. д.).

Для детей из группы риска по инфицированию *Helicobacter pylori*:

- улучшение биоценоза кишечника с помощью биопрепаратов, нормализующих микрофлору и улучшающих перистальтику («Линекс», «Бифиформ», «Аципол», «Бифидумбактерин» и др.);
- очищение организма от шлаков, токсинов, аллергенов, назначается щадящее дезинтоксикационное средство («Смекта» – 2–3 курса в год по 3 недели);
- разделение предметов быта в семье с риском заражения *Helicobacter pylori* (у родственников язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, аденокарцинома желудка и т. д.) – у ребенка должна быть индивидуальная посуда, полотенце, средства гигиены.

Для детей из группы риска по гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ):

- Особенности питания:
 1. Во время приемов пищи необходимо запивать её водой (снижается кислотность желудка), а вот после еды не рекомендуется.
 2. После завтрака, обеда и ужина нельзя лежать, бегать и прыгать – ребенок должен посидеть за столом в течение 10 минут (во избежание рефлюкса).

3. За 2 часа до сна рекомендуется использовать в питании следующие продукты и блюда: творог, кисломолочная еда, каши, омлет, овощи.

• Особенности сна: при укладывании ребёнка спать необходимо приподнять головной конец кровати на 10–15 см.

Реабилитация детей с хронической патологией желудочно-кишечного тракта

Основные задачи:

1. Предупреждение прогрессирования болезни.

2. Увеличение длительности ремиссии (отсутствие обострений), профилактика рецидивов (снижение количества острых клинических периодов).

3. Психолого-педагогическая работа по снижению заболеваемости: изменение образа жизни ребёнка, беседы с родителями, улучшение (по возможности) семейных условий, позитивный настрой на здоровье.

Все дети по состоянию здоровья делятся на группы диспансерного учёта:

I группа – здоровые дети (заболевания отсутствуют, нет функциональных отклонений, нормальное физическое и нервно-психическое развитие);

II группа – здоровые дети с какими-либо функциональными отклонениями в развитии органов или систем организма, часто болеющие дети, хроническая патология отсутствует;

III группа – дети, имеющие хронические заболевания в стадии компенсации (нет жалоб, изменения самочувствия, лабораторная ремиссия), обострения редкие (1–2 раза в год в лёгкой форме);

IV группа – дети с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации (незначительно нарушено самочувствие, могут быть жалобы и морфофункциональные изменения со стороны внутренних органов и систем организма), обострения более частые (3–4 раза в год в среднетяжёлой и тяжёлой форме);

V группа – дети с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации (постоянные рецидивы, прогрессирующее течение с выраженными изменениями со стороны внутренних органов и систем организма).

Особенности диспансерного наблюдения детей с патологией пищеварительной системы:

Дети с V группой лечатся до улучшения состояния (переход заболевания из стадии декомпенсации в субкомпенсацию), далее наблюдаются в IV группе.

IV группа диспансерного учёта:

• 1 раз в квартал осмотр педиатром и гастроэнтерологом;

• при гастродуодените, связанном с *Helicobacter pylori* (при нормальной и повышенной кислотности желудка),

• обследование на инфекцию проводится через 6–8 недель после лечения;

• фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС – эндоскопическая процедура по исследованию пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки) – 2 раза в год, при гастрите с секреторной недостаточностью – 1

раз в год; рН-метрия (метод определения кислотности желудка) – 1 раз в год;

- общий анализ крови по показаниям.

III группа диспансерного учёта:

- 2 раза в год осмотр педиатром и гастроэнтерологом;
- при гастродуодените, связанном с *Helicobacter pylori* (при нормальной и повышенной кислотности желудка), обследование на инфекцию проводится 1 раз в год;
- ФЭГДС и рН-метрия – 1 раз в год по показаниям, при гастрите с секреторной недостаточностью – 1 раз в год обязательно.

II группа диспансерного учёта:

- 1 раз в год осмотр педиатром и гастроэнтерологом;
- при гастродуодените, связанном с *Helicobacter pylori* (при нормальной и повышенной кислотности желудка), обследование на инфекцию проводится 1 раз в год;
- ФЭГДС и рН-метрия – 1 раз в год только по медицинским показаниям.

Реабилитационные мероприятия

Лечебно-охранительный режим:

- консультация психолога по управлению эмоциями, мотивация на выздоровление;
- ограничение физических нагрузок: дети с IV группой занимаются лечебной физкультурой, а в школе – в специальной медицинской группе; детей с III группой распределяют в подготовительную физкультурную группу, а со II группой – в основную.

Диета:

- частое дробное питание (5–6 раз в сутки);
- дети с IV группой – при нормальной и повышенной кислотности стол № 1 по Певзнеру, при пониженной кислотности – стол № 2;
- дети с III группой – при нормальной и повышенной кислотности стол № 2 по Певзнеру, при гастрите с секреторной недостаточностью – стол № 15;
- дети со II группой – стол № 15 по Певзнеру;
- длительная диета не рекомендуется.

Медикаментозная терапия:

- дети с IV группой – противорецидивное лечение 1–2 раза в год по 1,5–2 месяца; при нормальной и повышенной кислотности назначаются антациды («Фосфалюгель», «Маалокс», «Гевискон», «Алмагель» и др.) и антисекреторные препараты («Ранитидин», «Фамотидин», «Омепразол» и др.); при гастрите с секреторной недостаточностью назначаются ферменты («Фестал», «Абомин» и т. д.) и стимуляторы желудочной секреции (натуральный желудочный сок, «Плантаглюцид»);
- дети с III группой – противорецидивное лечение 1 раз в год в течение 3–4 недель;
- дети с II группой – лечение только по медицинским показаниям.

Фитотерапия:

- детям с IV группой при нормальной и повышенной кислотности разрешены к применению успокаивающие травы (валериана и пустырник);
- при гастрите с секреторной недостаточностью независимо от группы используют тысячелистник, полынь и листья трилистника.

Минеральная вода:

- используется малой и средней минерализации;
- детям с IV группой при нормальной и повышенной кислотности применяют в подогретом дегазированном (выпустить газы перед употреблением) виде 3 раза в сутки, необходимый объём – 2–3 мл на 1 кг веса ребёнка. Минеральную воду используют за 1–1,5 часа до еды курсами 2–3 раза в год, при гастрите с секреторной недостаточностью – за 20–30 минут до еды на 1–1,5 месяца;
- детям с III–II группой при нормальной и повышенной кислотности назначают 1 раз в год (боржоми, «Славяновская», «Смирновская», «Арзни» и т. д.), при гастрите с секреторной недостаточностью – 1–2 раза в год («Арзни», «Ижевская», «Миргородская», «Минская» и т. д.).

Санаторно-курортное лечение:

- рекомендуется через 3–6 месяцев после обострения (стойкая ремиссия);
- санатории: Г.Горячий Ключ, «Анапа» (Краснодарский край), санатории Пятигорска, Железноводска, Ессентуки.

Заключение

Таким образом, профилактика заболеваний органов пищеварения играет значительную роль в предупреждении патологии желудочно-кишечного тракта. Важно, чтобы дети уже с раннего возраста понимали необходимость соблюдения правил гигиены и здорового питания. Это поможет защитить их от многих проблем, связанных с пищеварением. Конечно, наследственность никто не отменял. Семья, в которой родители (или один из родителей) имеет язвенную болезнь желудка или хронический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, может стать источником инфицирования ребёнка, вследствие которого возникнет заболевание. Несмотря на это, мамам и папам не стоит расстраиваться раньше времени. При правильном поведении родителей (соблюдение ежедневных гигиенических процедур, разделение предметов быта на индивидуальные для каждого члена семьи, дробное качественное питание) и исключении вредного воздействия факторов риска патологии желудочно-кишечного тракта у ребёнка можно избежать.

Если же этого не случилось и ребенок всё же заболел, то необходимо своевременно обратиться к педиатру или гастроэнтерологу. Ранняя диагностика и лечение помогают полностью купировать острый период и предотвратить хронизацию процесса. При позднем обращении родителей (ребёнок длительное время жалуется на тошноту, изжогу, отрыжку, периодические боли в животе и т. д.) патология переходит в необратимую форму. В таких ситуациях помогают реабилитационные мероприятия,

направленные на восстановление функции поражённого органа и профилактику рецидивов.

Главный внештатный детский

гастроэнтеролог МЗ КК Долбнева О.В.