

ДЕРМАТИТЫ

Дерматиты (Д.) — воспалительные процессы в коже. По многочисленным медицинским наблюдениям, частыми причинами такого рода заболеваний являются нарушения пищеварения.

Возникновение Д. может быть связано с действием как внешних, так и внутренних факторов. Д. возникают от воздействия на кожу разнообразных раздражителей — химических веществ, физического воздействия, от веществ растительного и животного происхождения. Наиболее часто Д. развивается при соприкосновении с химическими веществами в быту и на производстве — при работе с кислотами, щелочами, скипидаром, стиральными порошками, красками, лаками.

Нередко Д. является следствием наружного применения лекарственных веществ (особенно при самолечении). Он может возникать от йода, ртути, новокаина, синтомицина, стрептоцида, используемых в виде раствора, мазей, паст, эмульсий, при повышенной чувствительности кожи к этим веществам. Часто к Д. приводит механическое раздражение, например, трение или давление неправильно подобранной обуви или одежды.

Диффузный атопический Д. отличается от ограниченно-го более распространенным процессом. Иногда процесс принимает генерализованный характер. Наряду с резко ограниченными буровато-красными участками инфильтрированной и лихенизированной кожи, которые могут охватывать обширные поверхности, отмечаются отдельные плоские блестящие узелки, множественные экскориации. Кожа больных диффузным атопическим Д. отличается сухостью. У некоторых больных наблюдаются везикуляция и мокнутие. При этом в клинической картине заболевания преобладают, наряду с инфильтрацией и лихенизацией, отечность кожи, папулы, везикулы, эрозии и эритема островоспалительного характера. Больных беспокоит непрекращающийся зуд. На участках разрешившихся высыпаний остается временная гиперпигментация кожи. При диффузном атопическом Д. отмечается хронически рецидивирующее течение с частыми и длительными обострениями. Очень часто у больных атопическим Д. наблюдаются респираторные проявления атопии: бронхиальная астма, риноконъюнктивит.

Наряду с атопическим Д., или нейродермитом, который хорошо известен дерматологам, встречается тяжелый, генерализованный атопический Д., который протекает с постоянными явлениями экзематизации и пиодермии. Для него характерно сочетание с атопическими заболеваниями респираторного тракта в виде аллергических риносинуситов, конъюнктивитов и атопической бронхиальной астмы. Тяжелое течение заболевания нередко приводит к инвалидности. Лечение этих больных представляется крайне затруднительным, что обусловлено часто встречающейся лекарственной непереносимостью.

Течение распространенного атопического Д. и тяжелого атопического синдрома с рецидивами пиодермии и герпеса при наличии хронических очагов инфекции (хронический гайморит-этмоидит, хронический тонзиллит, дисбактериоз кишечника) позволяет предположить, что у этой категории больных имеется сочетание аллергии и иммунодефицита.

Наряду с термином атопический Д., отражающим аллергическую природу данного заболевания, по-прежнему ши-

роко используется более старое определение — нейродермит. Такое название было дано недаром, так как практически у всех больных обострение кожного процесса вызывается эмоционально-стрессовыми факторами, психотравмирующей ситуацией. В свою очередь, постоянный зуд, беспокоящий больного, вызывает раздражительность, вспыльчивость, приводит к бессоннице.

К Д., вызываемым температурными раздражителями, относятся ожог, отморожение. Причиной Д. нередко являются солнечные лучи (солнечный ожог), электрический ток. Иногда Д. возникает при соприкосновении с примулой, геранью, осокой и некоторыми другими растениями. Не следует забывать о возможности развития Д. от косметических средств. Тушь, краска для волос иногда вызывают отек и покраснение кожи лица и особенно век. Косметические кремы, лосьоны способны вызвать раздражение кожи, если неправильное и слишком длительное хранение нарушило их нормальную консистенцию, и при повышенной индивидуальной чувствительности кожи к какому-либо компоненту косметического средства.

Интенсивность и продолжительность воспалительного процесса при Д. зависят не только от вида и длительности воздействия раздражителя, но и от места его приложения и общего состояния организма. Чувствительность кожи у разных людей неодинакова: раздражитель, безвредный для одного человека, может вызвать у другого резкий Д., что связано с повышенной чувствительностью к данному раздражителю. Кроме того, участки кожи с более толстым роговым слоем (ладони, подошвы) менее чувствительны к действию химических и физических раздражителей. Кожа взрослых менее чувствительна, чем кожа детей.

Существенное значение для развития некоторых Д. может иметь состояние кожи (на влажной, вспотевшей коже воспаление развивается быстрее). Д. характеризуется краснотой, отечностью, припухлостью и повышением температуры кожи, сопровождающимся ощущением жара, зуда, жжения. На покрасневшей коже могут появиться пузырьки и пузыри, наполненные прозрачным содержимым. При их вскрытии образуются сначала мокнущие участки кожи, а затем чешуйки, корки. При большой силе и длительности воздействия раздражителя могут возникнуть различные разрушения и более глубоких слоев кожи с образованием глубоких язв. При заживлении Д. все воспалительные явления постепенно стихают, и процесс заканчивается шелушением и пигментацией (темной окраской) кожи на пораженном участке.

Лечение Д. заключается, прежде всего, в устранении причины, вызвавшей воспалительный процесс. Медикаментозное лечение назначается врачом-дерматологом. Самолечение может привести к еще большему раздражению кожи. Иногда после проведенного медикаментозного лечения требуется применение лечебных косметических препаратов.

Профилактика Д. заключается в соблюдении чистоты жилища и производственных помещений, основных правил гигиены кожи. Для предохранения кожи от раздражения применяются различного рода защитные средства и приспособления: защитные мази и пасты для кожи рук у рабочих, имеющих дело с раздражающими веществами, защитные мази и кремы для предохранения кожи от солнечных лучей, резиновые перчатки, соответствующая спецодежда. При возникновении Д. важнейшее значение имеет выявление раздражителя, вызвавшего заболевание, поэтому необходимо возможно раньше обратиться к врачу-дерматологу.

ДИАРЕЯ (ПОНОС)

Диарея (понос, Д.) — расстройство функции кишечника, выражающееся в появлении жидких и частых испражнений. Д. возникает от нарушения двигательной (перистальтики), всасывательной или секреторной (выделение пищеварительных соков) функций кишечника.

В большинстве случаев Д. является защитной реакцией, направленной на удаление из организма ядовитых веществ, болезнетворных микроорганизмов, слизи, продуктов гниения или брожения, некоторых лекарственных препаратов. Д. не самостоятельное заболевание, а симптом. Его возникновению способствуют острые инфекционные заболевания (дизентерия), пищевые токсикоинфекции, хронические воспалительные процессы кишечника (хронический энтероколит, колит, неспецифический язвенный колит). К Д. ведут нарушения пищеварения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта: угнетение желудочной секреции, недостаток сока поджелудочной железы, желчи, нарушение процессов всасывания в тонкой кишке. Известны неврогенные Д., возникающие при страхе, тревоге, боли. Непереносимость некоторых пищевых продуктов (молока, яиц, ягод, фруктов, овощей) в ряде случаев сопровождается расстройством стула. Д. — один из симптомов отравлений красителями, растворителями, пестицидами, лекарственными препаратами.

Д., возникающие при поражении толстой кишки, бывают необильными и обычно не сказываются на общем состоянии больного. При поражении тонкого кишечника обильные Д., связанные с нарушением двигательной и всасывательной функции кишечника и резко нарушающие пищеварение, приводят к ряду обменных расстройств (нарушение всасывания белков, витаминов, электролитов). При бродильных Д. наблюдаются вздутие и урчание в животе, пенистый светлый стул, иногда с кислым запахом. При гнилостных Д. стул более темного цвета с резким зловонным запахом. При воспалительном поражении слизистой оболочки кишечника в испражнениях могут появиться слизь и кровь.

Установить причину возникновения Д. можно только на основании клинических, лабораторных, бактериологических данных. При необходимости проводят рентгенологическое и эндоскопическое исследования.

Лечение заключается в устранении причин, вызывающих Д., и сопутствующих заболеваний. Важным условием лечения Д. является диета, которая зависит от вида Д. и вызвавших ее причин.

При бродильной Д. ограничивается углеводистая пища, назначается преимущественно белковая (творог, яйца, мясо или рыба). При гнилостной Д. запрещается белковая пища, особенно животные белки (мясо, творог), и назначается углеводистая (сахар, овощи и фрукты в протертом виде, каши).

Применение строгих диет, при которых многие продукты исчезают из рациона и пища дается только в измельченном и хорошо проваренном виде, в течение долгого времени является вредным, так как подобная пища не содержит веществ, необходимых для полноценной деятельности организма и нормальной функции кишечника.

Профилактика возникновения Д. включает полноценное разнообразное питание всегда в определенное время, есть нужно не спеша и не всухомятку. Следует охранять продукты от порчи и загрязнения, бороться с мухами. Для предупреждения неврогенных Д. (от волнения, страха) необходимо укрепление и лечение нервной системы. Для профилактики Д.,

связанных с нарушениями функции желудка, необходимо предупреждение и лечение заболеваний желудка. Большую роль в профилактике Д. играет также личная гигиена: чистота рук, посуды, содержание в порядке зубов.

Противомикробные препараты

Необоснованное применение антибактериальных средств, нарушение схемы их приема (доза, кратность, длительность) приводят к формированию устойчивых популяций микроорганизмов, дисбактериозу или длительному бактерионосительству.

Антибиотики: Нистатин, Эрсефурил, Нифуроксазид, Пимафуцин, Паромомицин, Канамицин, Ванкомицин, Рифаксимин.

Фуразолидон + метронидазол: Депендал-М.

Сульфаниламиды: Фталилсульфатиазол, Сульфагуанидин.

Прочие противомикробные препараты: Энтерофурил.

Препарат с антигрибковым действием: Интетрикс.

Комбинированные препараты: Суметролим, Бисептол, Энтероседев.

Кишечные адсорбенты

Активированный уголь.

Продукты лигнина: Билигнин, Полифепан.

Аттапульгит: Аттапульгит, Неоинтестопан.

Диосмектит: Смекта.

Поливидон: Энтерорез, Энтеросорб.

Ферментные препараты

Используются при лечении заболеваний, сопровождающихся нарушениями пищеварения и всасывания.

Панкреатин: Панкреатин, Мезим-Форте, Креон, Панцитрат, Панкурмен (+желчегонный компонент).

Уменьшающие газообразование: Панкреофлат, Пепфиз.

Комбинированные: Энзистал, Дигестал, Фестал, Панзинорм.

Препараты, снижающие перистальтику кишечника

Лоперамид: Имодиум, Имодиум Лингвал, Лопедиум, Лопедидум ИЗО, Лоперамид, Лоперамид-акри, Имодиум+ (комб.).

Противоаллергические препараты

Применяют препараты **Кромоглицевой кислоты**. См. в разделе **Аллергия**.

Аминосалициловая кислота и аналоги

Сульфасалазин: Сульфасалазин, Сульфасалазин-ЕН.

Мезалазин: Месакол, Пентаса.

Лечение дисбактериоза. Описано в разделе **Дисбактериоз**.

Вяжущие средства

Соли Висмута: Десмол.

Танин: Таннакомб (+антисептик Этакризин), Танальбин.

Растительные препараты: Ромазулан, отвары коры дуба, плодов черники и черемухи, травы зверобоя, цветков ромашки.

Спазмолитические средства

Миотропные

Расслабляют гладкую мускулатуру кишечника, снижая ее тонус. Снижают АД, могут вызывать тахикардию.

Папаверина гидрохлорид, Но-шпа, Но-шпа Форте, Галидор, Дицетел, Дуспаталин, Никошпан, Спазмомен, Спазмол.

Нейротропные (холинолитики)

Расслабляют гладкую мускулатуру кишечника. Могут спровоцировать приступ глаукомы, аритмию, задержку мочеиспускания, заторможенность или возбуждение.

Бускопан, Риабал, Но-спам.

Комбинированные препараты

Баралгин, Максигал, Миналган, Метеоспазмил, Новиган, Спазвин, Спазган, Спазмалгон, Спазмовералгин.

Растительные спазмолитики

Алталекс, Интестин.

ДЕПРЕССИЯ

Депрессия (Д.) — состояние тоски, подавленного, мрачно-угнетенного настроения, бессилия и плохого физического самочувствия, сочетающегося с затруднениями мышления, снижением активности и инициативы. В повседневной жизни чрезмерно широко употребляют понятие Д., относя его к плохому настроению, психическому дискомфорту в трудных ситуациях, к состоянию усталости, переутомления, периоду весеннего гиповитаминоза. В отличие от временного снижения психофизического тонуса, обусловленного внешними обстоятельствами, что свойственно и здоровым людям, Д. — это устойчивое болезненное состояние, длящееся и после устранения причин, ставших толчком к ее развитию.

Диагностические критерии аффективных расстройств (должны иметь место по меньшей мере пять из приводимых ниже состояний):

- депрессивное настроение в течение более чем двух недель;
- потеря интереса к какой бы то ни было деятельности;
- плохой аппетит или потеря веса;
- бессонница или повышенная сонливость;
- психомоторное возбуждение или заторможенность;
- потеря сексуального влечения;
- усталость или потеря энергии;
- сниженная способность к концентрации;
- постоянно возвращающиеся мысли о смерти или самоубийстве, желание умереть или суицидальная попытка.

Причинами возникновения Д. могут быть хроническое переутомление, затянувшаяся, травмирующая психику ситуация, перенесенное горе. У людей немолодого возраста Д. может развиваться после некоторых инфекционных заболеваний (гриппа). Неумеренный, без контроля врача, прием некоторых лекарственных средств, особенно оказывающих успокаивающее действие на центральную нервную систему, также может вызвать длительное Д. состояние. Д. легко возникает по незначительному поводу у психически ослабленных или неустойчивых лиц (больные неврозами, психопатиями, с травматическими, сосудистыми расстройствами центральной нервной системы, страдающие хроническим алкоголизмом, лица в климактерическом периоде или женщины после родов). Д. — частое проявление предстарческого психоза и шизофрении, а также одно из состояний при маниакально-депрессивном психозе.

Д. проявляется психическими (подавленное настроение, замедление психических процессов) и физическими (снижение общего тонуса, замедленность движений, нарушения пищеварения, сна) расстройствами. Эти симптомы могут проявляться по-разному, например, подавленное настроение — печалью, утратой интересов и глубокой тоской с желанием собственной смерти. Замедление психических процессов проявляется некоторой «ленностью» мышления, чувством «остановки мыслей» и неспособностью выполнять умственную работу. Замедленность движения — незначительной, мало заметной вялостью и «застыванием» часами в одной позе.

В зависимости от выраженности отдельных расстройств различают мягкую, или вялую Д., и агитированную Д., при которой тоска сопровождается «двигательной бурей», взрывами отчаяния. Характерен внешний вид больных: застывший взгляд, бедность мимики, замедленность движений. При маниакально-депрессивном психозе Д. сопровождается запорами, изменением частоты пульса, отказом от пищи, снижением веса.

Работоспособность даже при легкой Д. снижена, а при тяжелой — отсутствует. Даже Д. слабой степени, которая, как иногда полагают, «сама пройдет», лишает человека радости жизни, препятствует общению с людьми, ведет к утрате жизненных позиций. Особый характер восприятия и оценки окружающего, так называемое Д. мышление, делает больного глубоко ранимым. Все ему видится «в черном цвете», незначительные поводы могут вызвать личный конфликт, разрыв связей с близкими людьми и даже привести к самоубийству.

Д. при предстарческом психозе или шизофрении опасна для близких из-за возможности так называемого альтруистического убийства — больной убежден, что не только ему, но и его близким незачем жить.

Больных с выраженной Д., как правило, лечат в стационаре. При амбулаторном лечении необходимо неукоснительно выполнять предписания врача в отношении приема медикаментов и режима питания.

Что касается лекарственной терапии, то диагностирование развернутого эпизода Д. означает, что 70-80% таких пациентов с успехом пройдут курс лечения современными антидепрессантами, относительно безопасными даже при передозировке.

Многие лекарства, применяемые для устранения Д., несовместимы с отдельными видами пищи. Недопустимо в период их приема употреблять спиртные напитки, так как это может вызвать тяжелое, опасное для жизни нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы — коллапс. При приеме некоторых антидепрессантов возможно замедление скорости восприятия и ответной реакции, поэтому при их назначении больным запрещается управление транспортными средствами, в том числе и личными (автомобилем, мотоциклом, велосипедом).

АНТИДЕПРЕССАНТЫ

Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов

Дезипрамин: Дезипрамин.

Имипрамин: Мелипрамин.

Кломипрамин: Анафранил, Клофранил.

Опипрамол: Опипрамол.

Тримипрамин: Тримипрамин.

Амитриптилин: Амизол, Амитриптилин Никомед, Амитриптилин-Лэнс, Апо-Амитриптилин, Саротен, Эливел.

Доксепин: Доксепин.

Досулепин: Досулепин.

Мапротилин: Людиомил.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

Флуоксетин: Апо-Флуоксетин, Прозак, Портал, Продел, Профлузак, Флуоксетин Ланнахер, Фрамекс.

Циталопрам: Ципраamil.

Пароксетин: Паксил, Рексيتين.

Сертралин: Асентра, Золофт, Стимулотон.

Флувоксамин: Феварин.

Ингибиторы моноаминоксидазы

Ниаламин: Ниаламин.

Моклобемид: Моклобемид.

Прочие

Пиразидол.

Миансерин: Леривон.

Тразодон: Тразодон.

Вилоксазин: Вилоксазин.

Миртазапин: Ремерон.

Тианепин: Коаксил.

Милнаципран: Иксел.

ДИСБАКТЕРИОЗ

Дисбактериоз — нарушение баланса нормальных кишечных бактерий — встречается как минимум у 70% населения. По данным НИИ вакцин и сывороток им. Мечникова, до 90% городского населения России страдает различными видами дисбактериозов.

Такая ситуация в России обусловлена низким уровнем просвещения населения на фоне распространенной практики лечения антибиотиками и применения бытовой химии с антибактериальными компонентами, подавляющими микрофлору организма человека. Другой причиной, по мнению специалистов, является низкая экономическая эффективность производства препаратов, которые не дают производителю высокой прибыли, но в то же время достаточно дороги для потребителя. Изменения внешней среды, погрешности в диете, различные заболевания воспалительного и невоспалительного характера, снижение иммунитета, прием лекарственных препаратов — все это может явиться причиной нарушения равновесия между отдельными представителями кишечной флоры.

По оценке РАМН, потребность только Москвы в пробиотических препаратах, способных решать проблему дисбактериозов, составляет около 1 миллиарда доз в месяц, в то время как примерно такой объем на сегодня имеет годовой оборот российского рынка пробиотиков.

Дисбактериоз может сопровождать различные воспалительные процессы, возникающие в желудочно-кишечном тракте (колит или энтероколит). Дисбиоз проявляется при аллергических реакциях, ферментопатиях, синдроме нарушенного кишечного всасывания. При этом дисбаланс нормальной микрофлоры кишечника, возникший вследствие вышеназванных причин, самостоятельно может усугублять процессы, вызвавшие его, включаясь в патогенез и замыкая порочный круг.

Ребенок появляется на свет со стерильным кишечником. С момента его рождения начинается процесс заселения слизистых оболочек микроорганизмами и формирования определенного микробного состава кишечника. На состав микрофлоры ребенка влияют многие факторы, а именно: дисбактериоз влагалища матери, оперативное родоразрешение (кесарево сечение), осложненное течение родов (раннее излитие околоплодных вод, длительный «безводный» промежуток), позднее прикладывание к груди, раздельное пребывание матери и ребенка в родильном доме, физиологическая незрелость, недоношенность, наличие воспалительных очагов у новорожденного.

У новорожденных детей период становления биоценоза кишечника проходит 3 стадии.

I фаза (асептическая) — развивается в первые часы после рождения, когда происходит первичная микробная контаминация ребенка за счет флоры влагалища матери во время родов. В эту фазу характер микрофлоры зависит от биоценоза влагалища (количественного и качественного состава), микробной флоры родового отделения, вида родоразрешения. При бактериоскопии мекония микробных тел не определяется.

Вторая фаза — возрастающей обсемененности микрофлорой, продолжается первые 3 дня жизни. В этот период, который зависит от времени прикладывания к груди, характера вскармливания, степени зрелости, эпидемио-

логического окружения, может отмечаться дисбаланс между различными представителями микрофлоры, получивший название «физиологического дисбиоза».

Как правило, к концу первого месяца жизни (4–20-й день) наступает третья фаза — фаза трансформации флоры кишечника. В этот период устанавливается нормальная микрофлора, и ее характер зависит от типа вскармливания и эпидемиологического окружения ребенка.

Решение о том, необходимо ли проводить коррекцию микробиоценоза у детей, следует принимать, если нарушения кишечной флоры носят стойкие и выраженные изменения, развиваются при нарушении механизмов аутостабилизации, присущих всем эволюционно сложившимся микробиоценозам, и не исчезают даже после устранения неблагоприятного фактора. Во всех остальных случаях изменение микрофлоры следует рассматривать как дисбиотическую реакцию — кратковременные (в пределах 5–10 дней) изменения в микробиоценозе, которые самопроизвольно исчезают после устранения вызвавшего их фактора без каких-либо специальных терапевтических мероприятий.

При разных формах дисбактериоза основными могут быть разные условно-патогенные возбудители — стафилококк, дрожжеподобные грибы, аспергиллы, клебсиллы, в связи с чем условно выделяют следующие формы дисбактериоза: стафилококковый, кандидамикозный, аспергиллезный. Лечение следует назначать только при уточнении формы дисбактериоза. Имеено поэтому его должен назначать врач.

Диарея, чередование диареи и запоров, вздутие живота, усиленное газообразование, тошнота — все это может быть симптомами дисбактериоза, когда нарушается баланс между полезными и чужеродными бактериями. Кроме нарушений пищеварения, дисбактериоз может приводить к более частому возникновению аллергии, особенно у детей.

Особую значимость в лечении дисбактериоза имеет восстановление естественной микрофлоры кишечника. Устранение патогенного действия чужеродных для кишечника микроорганизмов приводит к быстрому восстановлению практически в полном объеме функций кишечника. Важнейшим условием для эффективной терапии дисбактериоза является предварительный лабораторный диагноз кала на дисбактериоз.

Профилактикой дисбактериоза является грудное вскармливание детей, сокращение употребления бытовой химии с антибактериальными компонентами, рациональное питание и отказ от бесконтрольного приема антибиотиков.

Бактерийные биологические препараты

Применяются после уточнения диагноза и определения состава кишечной флоры.

Бактисубтил, Бификол, Бифидумбактерин, Бифилиз, Бифинорм, Бифиформ, Гастрофарм, Колибактерин, Лактобактерин, Линекс, Флонивин БС, Хилак Форте.

Прочие препараты

Рекицен-РД, Энтерол.

Для уменьшения проявления **Диареи** и **Метеоризма** применяют препараты, описанные в соответствующих разделах.

ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖП) — общее название нарушений тонуса и моторики желчного пузыря и желчных путей вследствие несогласованного, несвоевременного, недостаточного или чрезмерного сокращения желчного пузыря или сфинктерного аппарата. При этом отсутствуют признаки воспаления, камнеобразования.

ДЖП составляют 70% заболеваний желчевыделительной системы. Женщины болеют чаще, чем мужчины. ДЖП подразделяют с учетом состояния тонуса и характера сокращения желчного пузыря (гиперкинезия, гипокинезия, атония) и нарушения тонуса сфинктерного аппарата желчевыводящих путей (гипер- и гипотонус сфинктеров Одди и/или Люткенса).

Принято выделять первичные и вторичные ДЖП.

Причины первичных ДЖП

- Погрешности в диете: избыточное употребление жирной, жареной пищи, нерегулярное питание с неравномерным распределением объема пищи между ее приемами. Частое употребление консервированной и сублимированной пищи.
- Дисфункции вегетативной нервной системы (нейроциркуляторная дистония). Гипомоторные ДЖП связаны с симпатикотонией, а гипермоторные — с ваготонией.
- Неврозы и неврозоподобные состояния.
- Пищевая аллергия и атопический диатез.
- Семейная наследственная предрасположенность и особенности образа жизни (гиподинамия).
- Хронические очаги инфекции и пищевые отравления.
- Эндокринная патология — ожирение, тиреотоксикоз, сахарный диабет.
- Нарушения эндокринной регуляции — нарушение продукции и дисбаланс секретина, соматостатина, окситоцина, кортикостероидов, половых гормонов.

Причины вторичных ДЖП

- Аномалии развития желчного пузыря и желчных путей.
- Хроническая гастродуоденальная патология, обуславливающая повышение или понижение внутридуоденального давления.
- Перенесенный вирусный гепатит.
- Паразитарные инфекции (лямблиоз и др.).

Различают гиперкинетическую (гипертонус желчного пузыря) и гипокинетическую (гипотонус желчного пузыря) формы ДЖП.

Гиперкинетическая ДЖП протекает с болями в правом подреберье, напоминающими приступы колики при желчно-каменной болезни, но менее интенсивными и проходящими при приеме спазмолитических препаратов. Боли провоцируются волнениями, нервно-психическими перегрузками, отрицательными эмоциями. У женщин обострения могут быть связаны с менструальным циклом. Боли часто отдают в правое плечо, лопатку, область сердца, сопровождаются потливостью, бледностью, тошнотой, головной болью, сердцебиением.

Гипокинетическая форма ДЖП проявляется малоинтенсивными, тупыми, давящими или распирающими, длительными болями в правом подреберье. Отмечаются отрыжка, тошнота, снижение аппетита, чередования запоров и поносов. Течение длительное, с периодами обострений, которые провоцируются эмоциональными стрессами, нарушениями режима и рациона пищи.

В начале заболевания преобладает гиперкинетическая форма, а при длительном течении развивается гипокинетический вариант ДЖП.

Диагноз ДЖП устанавливается на основании характерных клинических симптомов и подтверждается результатами лабораторно-инструментальных исследований.

Профилактика ДЖП заключается в соблюдении рационального режима и характера питания (прием пищи 4–6 раз в день с ограничением жирных, жареных блюд), нормализации режима труда и отдыха, систематических занятиях физкультурой, своевременном лечении невротических расстройств.

При ДЖП назначается диетотерапия в рамках диетического стола №5. Важную роль играют организация рационального режима, достаточный сон, ограничение психоэмоциональных перегрузок и стрессовых воздействий. Лечение ДЖП всегда проводят с учетом ее формы.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ

Минеральная вода низкой минерализации (Славяновская, Эссентуки №4, №20, Нарзан). Воду пьют в горячем виде, в 5–6 приемов в день по 70–150 мл.

Физиотерапия: тепловые процедуры, парафиновые и озокеритовые аппликации, диа- и индуктотермия, электрофорез папаверина, платифиллина, дибазола.

Спазмолитические средства

Дротаверин: Но-шпа, Беспа, Дротаверин, Дротаверин-Акос, Но-Шпа Форте, Спаковин.

Мебеверин: Дюспаталин.

Папаверин: Папаверин.

Пинаверин: Дицетел.

Альверин+симетикон: Метеоспазмил (уменьшает метеоризм).

Седативные средства

Настойка валерианы, Настойка боярышника, Натрия бромид, Персен, Седуксен, Тазепам.

Холеретики

Конвафлавин, Холезим, Никодин, Оксафенамид, Аллохол, Берберин.

Препараты, улучшающие моторику ЖКТ

Церукал, Реглан.

Лекарственные травы

Барбарис обыкновенный, Бессмертник, Кукурузные рыльца, Мята перечная.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПОКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ

Минеральная вода высокой минерализации (Эссентуки №17, Арзни, Баталинская) назначается в холодном или слегка подогретом виде по 200–250 мл 2–3 раза в день за 30–90 минут до еды.

Физиотерапия: фарадизация правого диафрагмального нерва, гальванизация желчного пузыря, дидинамотерапия.

Желчегонные препараты

Фитопрепараты: Лив 52, Хофитол, Экстракт артишока, Тыквеол, Гепабене, Гербион капли желчегонные, Холагол.

Комбинированные: Олиметин, Одестон.

Гомеопатические препараты: Галстена.

Другие препараты: Аллохол, Холезим.

Тонизирующая терапия (стимулирующие средства)

Экстракт алоэ, Настойка женьшеня, Пантокрин, Элеутерококк, Кофеин.

Холекинетики

Магния сульфат, Сорбит, Ксилит, Маннит, Сырой яичный желток, Растительные масла.

Лекарственные травы с холекинетическим действием

Рябина обыкновенная, Цветки ромашки, Трава золотыслянника и сборы из них.

ДИСПЕПСИЯ

Диспепсия (Д.) — расстройства пищеварения, протекающие без значительных органических поражений кишечника.

Причиной Д. является нарушение соотношения между различными группами микробов, населяющих в нормальных условиях разные отделы кишечника человека. В норме в тонких кишках, благодаря дезинфицирующему действию кишечного сока, бактерии почти полностью отсутствуют, и процессы брожения и гниения там не происходят. Нижние отделы тонких и верхние отделы толстых кишок населены микробами брожения, разлагающими клетчатку. В нижних отделах толстых кишок преобладают микробы гниения, разлагающие белковые вещества. В нормальных условиях и брожение, и гниение в кишечнике не достигают большой степени и не вызывают болезненных явлений. При различных инфекциях, интоксикациях и при перегрузке кишечника пищей в нем развиваются усиленные процессы брожения и гниения. При преобладании процессов брожения говорят о бродильной Д., при преобладании процессов гниения — о гнилостной.

Бродильная Д. возникает после быстрого перехода от обычной смешанной пищи на строго вегетарианское питание с большим количеством бродящих веществ (капуста, бобы, горох, черный хлеб, квас, мед). Большой жалует на вздутие живота вследствие чрезмерного образования газов (метеоризм), урчание, поносы (стул 3-5 раз в сутки). Отходящие газы и стул почти без запаха.

При **гнилостной Д.** микробы нижнего отдела толстого кишечника распространяются в верхние отделы и в тонкие кишки, вызывая усиленное гниение белковых продуктов. Недостаточная обработка белков в желудке и переполнение кишечника плохо переваренными белковыми продуктами создают благоприятные условия для размножения и деятельности микробов гниения. К гнилостной Д. ведут торопливая еда, плохое прожевывание пищи, патология зубов, нарушение пищеварения в желудке или двенадцатиперстной кишке, перегрузка кишечника трудно перевариваемыми продуктами (свинина, баранина, гусь), особенно после длительного воздержания от них. Основным проявлением болезни являются поносы, причем газы и испражнения имеют зловонный, гнилостный запах. Отмечаются разбитость, головная боль.

Детская Д. — заболевание желудочно-кишечного тракта детей раннего возраста, чаще всего на первом году жизни, сопровождающееся поносом (стул до 10-12 раз в сутки, жидкий, часто зеленоватого цвета, с газами и слизью), учащенным срыгиванием и рвотой пищей через значительный промежуток после кормления. При детской Д. нередко около заднего прохода возникает раздражение кожи. Признаками детской Д. являются остановка или падение веса ребенка, вялость, плохой сон. Все эти явления проходят, как только устраняется причина Д., которая обычно заключается в перекормливании ребенка. Непереваренное молоко подвергается брожению, при этом образуются вещества, раздражающие слизистую оболочку кишечника, что вызывает усиленную перистальтику, учащенные испражнения с газами, коликами и диареей.

Причиной Д. может быть испорченная пища.

Большинство кишечных расстройств, не связанных с инфекцией, кратковременны, протекают без болевой симптоматики и признаков микробной интоксикации (подъем температуры, головная боль, вялость, тошнота), причину их

возникновения обычно можно легко установить. Ограничение в приеме пищи в таких случаях способствует быстрому прекращению кишечного расстройства.

В некоторых случаях требуется назначение лекарственных средств. Следует помнить, что Д. может быть симптомом серьезных инфекционных заболеваний, поэтому лечение должен назначать врач.

Ферментные препараты

При кишечных расстройствах необходима коррекция процессов пищеварения в кишечнике при помощи ферментных препаратов. При кишечных расстройствах базовым может быть любой из препаратов с умеренной и средней липолитической активностью.

Панкреатин: *Панкреатин, Мезим-Форте, Креон, Панцитрат, Панкурмен (+железистый компонент).*

Уменьшающие газообразование: *Панкреофлат, Пенфиз.*

Панкреатин+компоненты желчи и гемицеллюлоза: *Энзистал, Дигестал, Фестал.*

Панкреатин+желчная кислота+аминокислоты+соляная кислота: *Панзинорм.*

Кишечные адсорбенты и дезинтоксикационные препараты

Эти препараты обволакивают и защищают слизистую желудочно-кишечного тракта, снижают наполнение кишечника газами.

Активированный уголь.

Продукты лигнина: *Билигнин, Полифепан.*

Аттапульгит: *Аттапульгит, Неоинтестопан.*

Диосмектит: *Смекта.*

Поливидон: *Энтеродез, Энтеросорб.*

Бактерийные биологические препараты

Применяются после уточнения диагноза и определения состава кишечной флоры.

Бактисубтил, Бификол, Бифидумбактерин, Бифилиз, Бифинорм, Колибактерин, Лактобактерин, Линекс, Флоривин БС, Хилак Форте.

Прочие препараты: *Рекицен РД, Энтерол.*

Спазмолитические средства

Миотропные

Расслабляют гладкую мускулатуру кишечника, снижая ее тонус. Снижают АД, могут вызывать тахикардию.

Папаверина гидрохлорид, Но-шпа, Но-шпа Форте, Галидор, Дицетел, Дуспаталин, Никошпан, Спазмомен, Спазмол.

Нейротропные (холинолитики)

Расслабляют гладкую мускулатуру кишечника. Могут спровоцировать приступ глаукомы, аритмию, задержку мочеиспускания, заторможенность или возбуждение.

Бускопан, Риабал, Но-спам.

Комбинированные препараты

Баралгин, Максигал, Миналган, Метеоспазмил, Новиган, Спазвин, Спазган, Спазмалгон, Спазмовеалгин.

Растительные спазмолитики

Алталекс, Интестин.

Средства, уменьшающие метеоризм

Диметикон+Панкреатин: *Панкреофлат.*

Лоперамид+Симетикон: *Имодиум Плюс.*

Симетикон: *Дисфлатил, Саб Симплекс, Симикон, Эспумизан, Эспумизан 40.*

Симетикон+Альверин: *Метеоспазмил.*

Комбинированные: *Альгагель Нео, Гестид, Пенфиз.*

Если в клинической картине Д. есть признаки инфекционного поражения (гельминтоза), после диагностики необходимо применять противомикробные (противопаразитарные) препараты, которые назначаются врачом. См. главу **Гельминтозы**.