



Принципы реабилитации детей с патологией органов пищеварения

For cite: Zdorov'ye Rebenka. 2017;12:279-83. DOI: 10.22141/2224-0551.12.2.1.2017.100993

Резюме. Хронические заболевания пищеварительной системы у детей занимают одно из ведущих мест в структуре педиатрической патологии, часто становятся причиной временной нетрудоспособности и инвалидности взрослых. Только адекватная патогенетическая терапия на разных этапах лечения может привести к восстановлению здоровья, предотвращению рецидивов и трансформации в патологию взрослых. Решение этой задачи может быть осуществлено только при соблюдении основных этапов реабилитации (клинического, санаторно-курортного, адаптационного) с использованием не только медикаментозных препаратов, но и широкого спектра немедикаментозных методов воздействия на организм.

Ключевые слова: дети; реабилитация; гастроэнтерология

Хронические неинфекционные заболевания органов пищеварения у детей в силу значительной распространенности, склонности к затяжному, рецидивирующему течению, сложности патогенеза принадлежат к важному разделу педиатрии. Начинаясь в детском и подростковом возрасте, когда физиологические функции организма наиболее неустойчивы и ранимы, заболевания пищеварительной системы нередко приобретают хроническое течение, обуславливая высокие показатели заболеваемости, временной нетрудоспособности и инвалидности взрослых. Поэтому одной из наиболее актуальных задач детской гастроэнтерологии является не только своевременная диагностика и лечение, но и полноценная реабилитация больных [1, 2].

Реабилитация в медицине — комплекс медицинских, психологических, педагогических, профессиональных и юридических мер по восстановлению автономности, трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями в результате перенесенных (реабилитация) или врожденных (абилитация) заболеваний, а также в результате травм [3].

Реабилитацию ребенка делят на три этапа: клинический, санаторный и адаптационный. И хотя реабилитация детей с патологией органов пищеварения

проводится в соответствии с общими принципами, конкретные задачи и содержание лечебно-восстановительных мероприятий на различных этапах имеют свои особенности [3, 4].

Основные задачи клинического этапа, который проводится в условиях стационара: уточнение основного диагноза, обязательная оценка функционального состояния смежных органов пищеварения, с учетом этого — выполнение в полном объеме патогенетически обоснованной терапии. Первый этап реабилитации заканчивается при выздоровлении ребенка от основного заболевания и восстановлении функций органов и систем или достаточной компенсации утраченных в результате болезни функций.

Санаторный этап проводится в условиях отделения или палаты реабилитации, местного санатория, курорта. Задачей этого этапа является нормализация функций пораженной системы наряду с нормализацией функций других органов. Завершение санаторного этапа характеризуется отсутствием клинических, биохимических, функциональных, рентгенологических и других изменений активности патологического процесса.

Заключительный этап реабилитации — адаптационный — проводится в условиях поликлиники. За-

дачами этого этапа являются полное восстановление здоровья ребенка, возврат к обычным для него условиям жизни, занятиям физкультурой и спортом [5].

Клинический этап реабилитации проводят в условиях стационара. Основными заданиями этого этапа являются уточнение основного диагноза, оценка функционального состояния смежных органов пищеварения и, с учетом этого, проведение в полном объеме патогенетически обусловленной терапии, включающей двигательный режим, диетическое питание, физиотерапевтические процедуры, при необходимости — психо-, рефлексотерапию, лечебную физкультуру (ЛФК) [6]. Объем диагностических процедур и медикаментозной терапии при патологии различных органов пищеварения у детей регламентирован Приказом МЗ Украины № 59 от 29.01.2013 [2, 7, 8].

Санаторно-курортное лечение (СКЛ) в структуре форм и этапов медицинской реабилитации занимает особое место, отвечает профилактическому принципу здравоохранения. Оно наиболее эффективно на стадии предболезни, в ранних стадиях патологического процесса, когда возможно обратное развитие изменений, коррекция неблагоприятных факторов, угрожающих развитию и прогрессированию болезни (первичная профилактика). При хронических и неактивных формах заболеваний лечение в условиях курорта способствует восстановлению нарушенных функций, замедляет прогрессирование патологического процесса, уменьшает число рецидивов и обострений, удлиняет период ремиссии (вторичная профилактика). Комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предотвращение ухудшения заболевания после его выявления (третичная профилактика), чаще проводится в стационарно-поликлинических условиях. Для соблюдения принципа преемственности СКЛ должно быть согласовано с предшествующим и последующим лечением [9–11]. Особенно важно учитывать соответствие природных лечебных факторов курорта и особенностей патологии у конкретного ребенка, учитывать показания и особенно противопоказания к направлению на курортное лечение. На этапе санаторно-курортного лечения детям с патологией органов пищеварения назначают лечебно-охранительный режим, диетическое питание, а также широко используют лечебные физические природные (климатолечение, бальнео- и грязелечение) и преформированные факторы (электрофорез лекарственных веществ, синусоидальные модулированные токи, ультразвук, электросон, индуктотермия и т.д.), лечебную физкультуру, рефлексотерапию, мануальную терапию, ингаляции, баротерапию, психотерапию [12–14].

Санаторный этап реабилитации можно проводить в условиях отделения или палаты реабилитации, местного санатория, однако наибольшими возможностями для осуществления задач данного этапа обладают курорты.

По характеру основных природных лечебных факторов курорты делятся на несколько типов (профилей): бальнеологические, грязевые, климатические. Многие из курортов располагают двумя или тремя

лечебными факторами и являются бальнеогрязевыми, бальнеоклиматогрязевыми, бальнеоклиматическими, климатогрязевыми. Выделяют также курорты климатокумысолечебные и курорты с особыми, уникальными природными факторами (лечебная нафталанская нефть, горячий пар, сухой газ).

Среди природных физических факторов наиболее доступным является *климатотерапия* (использование различных метеорологических факторов, особенностей климата данной местности, а также специальных климатических воздействий в профилактических и лечебных целях). Ведущими в механизме лечебного действия климатотерапии являются перестройка нервной системы, улучшение ее регулирующей роли, совершенствование адаптационно-приспособительных и восстановительных механизмов, повышение неспецифической резистентности детского организма. Под влиянием климатолечения улучшается функциональное состояние различных органов и систем (сердечно-сосудистой, нервной, органов дыхания), нормализуется обмен веществ, уменьшается утомляемость, то есть развиваются однонаправленные и идентичные сдвиги при различных заболеваниях, что характеризуется неспецифическими реакциями. Климатолечение можно проводить в любых географических условиях, но возможности курортов значительно больше [15].

Водолечение (применение водных процедур с лечебными и профилактическими целями) является важнейшим звеном в реабилитации детей с патологией пищеварительной системы на санаторном и адаптационном этапах. Различают *гидротерапию* (то есть наружное применение пресной воды — ванны, душ, обливание и др.) и *бальнеотерапию* (использование минеральных вод для наружного и внутреннего применения — ванны, питье лечебной воды, тубажи, клизмы, ингаляции и т.д.).

Лечебные минеральные воды — природные воды, содержащие в повышенных концентрациях биологически активные минеральные (реже — органические) компоненты и газы и обладающие определенными физико-химическими свойствами. Основными показателями, характеризующими природную лечебную минеральную воду, являются: общая минерализация, газовый и ионный состав, газонасыщенность, содержание биологически активных микрокомпонентов, радиоактивность, реакция воды (рН), температура.

Общая минерализация (ОМ) — сумма растворенных веществ (катионов, анионов, недиссоциированных молекул) без растворенных в воде газов, обозначенная в граммах в 1 литре (г/л). Все минеральные воды делятся на воды малой (ОМ 2–5 г/л), средней (ОМ 5–15 г/л), высокой (ОМ 15–35 г/л) минерализации и рассолы (ОМ более 35 г/л). Воды малой минерализации имеют осмотическую концентрацию ниже, чем у плазмы и тканевой жидкости, поэтому они обладают выраженным диуретическим и холеретическим эффектом, наиболее часто используются для питьевого лечения, особенно в педиатрической практике, в случае длительного (более 30 дней) курса внутреннего их употребления, для промывания кишок, микроклизм,

для наружного применения. Воды средней минерализации по своей осмотической концентрации приближаются к плазме крови и, как правило, используются для питьевого лечения, ректального введения (кишечные промывания, микроклизмы), ингаляций, полоскания рта и глотки. Воды высокой минерализации обычно используются для наружного (ванны) или разового питьевого (тюбажи, клизмы) применения. Выделяют специальную группу рассолов с ОМ более 35 г/л. Такие воды для внутреннего применения практически не используют, но путем вымораживания из них можно получить соли, которые применяют для тюбажей и в качестве слабительного (соль «Барбара» из рассола источника Барбара в Трускавце, соль «Моршинка» из воды «Моршинская» и т.д.). Природные минеральные воды содержат более 70 различных элементов, которые можно разделить на макроионы, определяющие ионный состав воды (катионы — натрий, магний, кальций, калий, железо, алюминий; анионы — хлор, сульфаты, карбонаты, гидрокарбонаты), микроэлементы (бром, фтор, йод, кремний, барий, стронций, железо, медь, цинк, марганец, свинец, бор, фосфор и т.д.), ультрамикроэлементы (ванадий, золото, серебро, платина, стронций, бериллий и т.д.), радиоактивные элементы (радий, уран, торий). Кроме того, минеральные воды содержат газы (азот, метан, углекислый газ, сероводород и т.д.). Ряд вод содержит органические вещества (гумины, битумы, нефтяные кислоты, фенолы и др., роль которых до конца не изучена, но с их действием связывают терапевтическую эффективность вод очень малой минерализации). Минеральные воды характеризуются по преобладающим анионам и катионам, содержание которых выражают в г/л, мг/экв, экв/‰. По ионному составу минеральные воды делят на ряд групп: хлоридные натриевые, хлоридно-карбонатно-натриевые, хлоридные кальциево-натриевые, сульфатные магниевые-кальциевые, гидрокарбонатные натрий-калиевые и т.д. По наличию специфических биологически активных микроэлементов (бор, бром, железо, йод, радон и др.) воды делят на борные и т.д. Эти микроэлементы входят в состав ферментов и гормонов, поэтому поступление их в организм в составе минеральной воды играет важную роль в метаболизме клеток.

В зависимости от газонасыщенности (общего содержания газов в 1 л воды) воды делят на высокогазонасыщенные (более 1 л газа в 1 л воды), среднегазонасыщенные (от 0,1 до 1 л газа в 1 л воды) и слабогазонасыщенные (менее 0,1 л газа в 1 л воды).

Соответственно реакции (рН) воды делят на сильнокислые (рН менее 3,5), кислые (рН 3,5–5,5), слабокислые (рН 5,5–6,8), нейтральные (рН 6,8–7,2), слабощелочные (рН 7,2–8,5), щелочные (рН более 8,5). Кислые минеральные воды оказывают «дубящее» действие, то есть вызывают коагуляцию белков, а щелочные способствуют набуханию коллоидов, повышают эластичность тканей и т.д. Слабокислую реакцию воды можно перевести в слабощелочную путем подогрева воды, в результате чего из нее удаляется часть углекислоты.

Радиоактивные минеральные воды (содержащие радон в концентрации более 10 махе) используются только для наружного применения.

Температура минеральной воды на выходе из источника зависит от глубины залегания водоносного пласта. Минеральные воды делятся на холодные (t менее 20 °С), теплые (t 20–37 °С), горячие (t 37–42 °С) и очень горячие (t более 42 °С); сохраняют постоянство температуры и минерализации в тем большей степени, чем глубже их залегание. Теплые минеральные воды оказывают спазмолитическое и анальгетическое действие, прохладные и холодные стимулируют перистальтику желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Наиболее целесообразно пить воду из источника и той температуры, которую она имеет на выходе. При необходимости изменить температуру воды следует манипулировать с половиной необходимого объема, так как минеральные воды из источника имеют нативные свойства, которые отчасти изменяются при их нагревании. Краткая и наглядная характеристика физико-химических свойств минеральной воды выражается формулой, основы которой были заложены М.Г. Курловым.

Наружная бальнеотерапия (минеральные ванны) оказывает как специфическое, так и неспецифическое воздействие на организм. Неспецифическое действие складывается из влияния температурного и механического факторов, между которыми существует тесная взаимосвязь. Специфическое воздействие обусловлено химическим и газовым составом минеральной воды, причем специфическое влияние накладывается на механическое влияние и температурную реакцию организма, тем самым эффект бальнеопроцедуры усиливается.

Внутреннее применение минеральных вод (питьевое лечение, промывания и орошения) широко используется на курортах и в местных санаториях. При этих процедурах механическому, химическому и термическому воздействию подвергаются непосредственно слизистые оболочки различных органов.

Влияние питьевых минеральных вод на желудочную секрецию можно объяснить дуоденальным эффектом Павлова. Известно, что прием минеральных вод внутрь за 1–1,5 часа до приема пищи оказывает рефлекторное тормозящее (дуоденальное) действие на желудочную секрецию, усиливает моторику кишечника, выделение желчи и секрета поджелудочной железы. Минеральная вода, принятая за 10–15 минут до еды, воздействуя на слизистую желудка, стимулирует секрецию желез («пилорическое» действие), смешиваясь с принятой пищей, длительнее задерживается в желудке и, соответственно, период ее действия увеличивается. Эффект лечения минеральной водой зависит от ее химического, в частности ионного, состава. Оптимальную температуру питьевой воды назначают исходя из секреторной и моторной функции ЖКТ. Следует помнить, что чрезмерно длительный курс лечения минеральными водами может вызвать нарушения водно-электролитного баланса организма. Особенно важно учи-

тывать этот факт в педиатрии, так как у детей такие нарушения наступают достаточно легко. Также следует помнить, что бутылированные минеральные воды по своему составу значительно отличаются от нативных, так как изменяют часть своих основных лечебных свойств (температура, газонасыщенность, рН), сохраняя преимущественно ионный состав и общую минерализацию [15, 16, 19].

Грязелечение (пелоидотерапия) — использование лечебных грязей в оздоровительных целях. Лечебными грязями (пелоидами) называются природные образования, содержащие в различных соотношениях воду, органические и минеральные вещества и представляющие собой однородную тонкодисперсную пластическую массу, характеризующуюся определенными тепловыми свойствами; применяют их в нагретом состоянии. Механизм действия пелоидов на организм делит на химический и физический. Физические факторы через рецепторы кожи посылают информацию в нервные центры различных уровней нервной системы, вплоть до коры головного мозга, которые формируют ответные нейрогуморальные реакции организма. Химический механизм действия грязи на организм тесно связан с механическим и обусловлен химическим составом пелоида. Тепловой, электрический, радиоактивный, механический факторы облегчают проникновение химических компонентов внутрь через неповрежденную кожу. При хронических заболеваниях органов пищеварения пелоидотерапия уменьшает сенсбилизацию организма, нормализует фагоцитарную активность лейкоцитов, улучшает функциональное состояние печени, желудка, кишок. Характер воздействия грязелечебной процедуры зависит от ее продолжительности и величины, локализации аппликации, температуры грязи и условий, в которых проходит прием процедуры. Чем младше ребенок, чем более выражено вовлечение в патологический процесс всего организма, чем активнее патологический процесс, тем короче должна быть продолжительность процедуры, ниже температура грязи, меньше площадь поверхности наложения аппликации, количество грязи и количество процедур. То есть интенсивность пелоидотерапии должна находиться в прямой зависимости от возраста ребенка, общего состояния его организма и в обратной зависимости от активности патологического процесса. Под влиянием грязевых процедур у большинства больных учащаются пульс и дыхание, в начале курса можно наблюдать повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ), раздражение большого количества рецепторов кожи, нагретой грязью, ведет к усилению тормозных процессов в коре головного мозга, на что указывает сонливое состояние во время и особенно после грязелечебной процедуры. Под влиянием грязи могут проявляться общая (повышение температуры тела, слабость, учащение пульса, дыхания) и местная (обострение патологического процесса, усиление болей в пораженных участках) реакции. Появление нежелательных реакций требует изменения дозировки или методики лечения.

Грязелечение противопоказано в период обострения, при наличии резкой боли, геморрагических проявлениях, повышенной температуре тела, повышенной СОЭ.

При проведении санаторно-курортного этапа реабилитации должна соблюдаться определенная последовательность воздействий, в связи с чем выделяют 3 основных периода, каждый из которых имеет свои особенности по психоэмоциональной настроенности, режиму дня, методикам лечения.

Начальный (адаптационный) период — привыкание к новым климатическим условиям, окружающей обстановке, лечебным мероприятиям. Физиологические сдвиги, происходящие в организме ребенка в это время, приводят к формированию невротических ситуаций, обострению хронических процессов, присоединению инфекций. Период адаптации длится 5–7 дней, он тем более продолжительный, чем меньше возраст ребенка, значительнее функциональные сдвиги, больше контрастность климатических условий, сдвиги биоритмов. В этом периоде соблюдают щадящий двигательный режим, проводят анализ клинической симптоматики, используют климатолечение слабой интенсивности. Назначают питье минеральной воды, лечебную гимнастику, массаж. Важнейшим профилактическим фактором, предупреждающим развитие адаптивной реакции, является организация рационального режима дня, включающего правильную организацию сна, питания, рисование, чтение, танцы.

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

Заключительный период (5–10 дней) закрепляет результаты лечения, подготавливает ребенка к реакклиматизации (обратному типу адаптивной реакции), приспособлению ребенка после непривычных климатогеографических условий к обычным домашним условиям жизни).

Завершающий этап реабилитации — адаптационный — проводят в условиях поликлиники. Задачами этого этапа являются полное восстановление здоровья ребенка, его эмоционального и соматического статуса, умственной и физической трудоспособности, возвращение к обычным для него условиям жизни, занятиям физкультурой и спортом, постепенный переход к пищевому рациону здорового ребенка. Адаптационный этап призван закрепить достигнутый уровень реабилитации и предупредить рецидивы заболевания. На данном этапе наиболее часто используют немедикаментозные методы лечения (фито-, физио-, психо- и рефлексотерапию, ЛФК, массаж), а использование высокоэффективных синтетических препаратов должно быть максимально ограничено [13, 18].

Таким образом, только последовательное соблюдение всех этапов реабилитации с четким выполнением

основных задач, стоящих перед каждым этапом, может привести к достижению длительной ремиссии и восстановлению здоровья детей, страдающих хроническими заболеваниями пищеварительной системы.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии какого-либо конфликта интересов при подготовке данной статьи.

References

1. Belousov Yu V, editor. *Ditjacha gastroenterologija : pidruchnik dlja likariv-interniv i likariv — sluhachiv zakladiv (fakul'tetiv) pisljadiplomnoi osviti [Children gastroenterology : textbook for interns and postgraduate students].* Kharkiv: Oberig; 2013. 348 p. (In Ukrainian).
2. Belousov Yu V, Belousova O Yu, Voloshyna LG, et al. *Zahvorjuvannja organiv travlennja u ditej (standarti diagnostiki ta likuvannja): navchal'nij posibnik [Digestive diseases in children (diagnostic and treatment standarts): tutorial].* Vyd. 3, rereob. i dop. Kharkiv: Fakt; 2010. 143 p. (In Ukrainian).
3. Bogoljubov VM, editor. *Medicinskaja rehabilitacija [Medical Rehabilitation].* Book 1. Moscow: Binom; 2010. 412 p. (In Russian).
4. Bogolubov VM. *Medical Rehabilitation.* Book 3. Moscow: Binom; 2010. 348 p. (In Russian).
5. *Reabilitacija detej s patologiej organov pishhevarjenja. Proekt rekomendacij obshhestva detskih gastroenterologov: XXII kongress detskih gastroenterologov Rossii i CIS [Rehabilitation of children with digestive pathology. Project of children gastroenterology society recommendations: XXII congress of children gastroenterologists of Russia and CIS.* Moscow; 2015. (In Russian).
6. Epifanov VA. *Lechebnaja fizicheskaja kul'tura : uchebnoe posobie [Therapeutic physical culture : textbook].* Moscow: GEOTAR-Media; 2010. 568 p. (In Russian).
7. *Pro zatverdzhennja unifikovanih klinichnih protokoliv medicnoi dopomogi ditjam iz zahvorjuvannjami organiv travlennja: Nakaz MOZ Ukraini vid 29.01.2013 No 59 [Approval of unified clinical protocols of medical care to children with diseases of the digestive system: The Order of Ministry of public health of Ukraine dd 29.01.2013. No 59].* Available from http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130129_0059.html (In Ukrainian).
8. Khalil BA, Ba'ath ME, Aziz A, Forsythe L, Gozzini S, Murphy F, Carlson G, Bianchi A, Morabito A. *Intestinal Rehabilitation and Bowel Reconstructive Surgery: Improved Outcomes in Children with Short Bowel Syndrome.* *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition.* 2012 April;54(4):505-9. doi: 10.1097/MPG.0b013e318230c27e.
9. *Pro porjadok napravlennja ditej na sanatorno-kurortne likuvannja vidpovidno do medicnih pokazan' v sanatorno-kurortni zakladi (krim*

tuberkul'oznogo profilju) : Nakaz MOZ Ukraini vid 12.01.2009 No 4 [About the procedure for referral of children for sanatorium treatment under medical indications to the sanatorium-resort establishments (except TB profile): The Order of Ministry of Health of Ukraine dd 12.01.2009 No 4]. (In Ukrainian).

10. *Ethical threats and safeguards: Principles for rehabilitation research.* *International Journal of Therapy And Rehabilitation.* 2015;22(11):506-7. doi: 10.12968/ijtr.2015.22.11.506.

11. Avitzur Y, Wang JY, de Silva NT, Burghardt KM, DeAngelis M, Grant D, Ng VL, Jones N, Wales PW. *Impact of Intestinal Rehabilitation Program and Its Innovative Therapies on the Outcome of Intestinal Transplant Candidates.* *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition.* 2015 July;61(1):18-23. doi: 10.1097/MPG.0000000000000735.

12. Krilova TV, Kushnir VV. *Osnovi kurortologii : pidruchnik dlja vish-hih medicnih navchal'nih zakladiv III—IV rivniv akreditacii [Fundamentals of balneology: the textbook for higher medical educational institutions of III—IV accreditation levels].* Kyiv; 2003. pp. 435-49. (In Ukrainian).

13. Ponomarenko GN. *Fizicheskie metody lechenija: posobie dlja vrachej [Physical treatment: a guide for doctors].* Saint-Petersburg; 2011. 344 p. (In Russian).

14. Puntis J, Booth I. *Intestinal Rehabilitation and Bowel Reconstructive Surgery: Improved Outcomes in Children With Short Bowel Syndrome? Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition.* 2012 April;54(4):570. doi: 10.1097/MPG.0b013e31824704bd.

15. *Pro zatverdzhennja standartiv sanatorno-kurortnogo likuvannja ditej z somatichnoju patologiejju : Nakaz MOZ Ukraini vid 12.05.2008 No 242 [Approval of standards of health resort treatment of children with somatic pathology: The Order of Ministry of public health of Ukraine dd 12.05.2008, No 242].* Available from http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080512_242.html (In Ukrainian).

16. Babkevich PP, Krilova TV, Podorozhnyj OP, Jamborko UM, authors; Kolesnik EO, Babov KD, Drinevskiy MP, editors. *Rekomendovani standartiv sanatorno-kurortnogo likuvannja ditej i pidlitiv iz zahvorjuvannjami organiv travlennja [Recommended standards of sanatorium treatment of children and adolescents with diseases of the digestive system].* Kyiv; 2003. pp. 240-55. (In Ukrainian).

17. Nusinovich Y, Revenis M, Torres C. *Long-term Outcomes for Infants with Intestinal Atresia Studied at Children's National Medical Center.* *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition.* 2013 September;57(3):324-9. doi: 10.1097/MPG.0b013e318299fd9f.

18. Ahmetov TI, Belousov Ju V, Skumin VA, Fedorenko NA. *Ne-medikamentoznye metody rehabilitacii pri zabojevanijah zheludochno-kishechnogo trakta u ditej i podrostkov [Non-drug methods of rehabilitation in diseases of the gastrointestinal tract in children and adolescents].* Kharkiv: Konsum; 2003. 155 p. (In Russian).

19. Kondrashev AV, Hodarev SV, Harlamov EV, Dushenkov PA, authors; Sidorenko Ju A, editor. *Medical massage. — Moscow: FGOU VUNMC Roszdrav; 2010. 400 p. (In Russian).*

Получено 18.03.2017 ■

Волошина Л.Г., Шутова О.В., Ганзі́й О.Б., Волошин К.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Принципи реабілітації дітей з патологією органів травлення

Резюме. Хронічні захворювання травної системи у дітей посідають одне із перших місць в структурі педіатричної патології, часто стають причиною тимчасової непрацездатності та інвалідності дорослих. Тільки адекватна патогенетична терапія на різних етапах лікування може призвести до відновлення здоров'я, запобігання рецидивів і трансформації в патологію дорос-

лих. Вирішення цього завдання може бути здійснене тільки при дотриманні основних етапів реабілітації (клінічного, санаторно-курортного, адаптаційного) з використанням не тільки медикаментозних препаратів, а й широкого спектра немедикаментозних методів впливу на організм.

Ключові слова: діти; реабілітація; гастроентерологія

L.G. Voloshyna, O.V. Shutova, O.B. Ganzly, K.V. Voloshyn

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

Principles of rehabilitation of children with digestive pathology

Abstract. Chronic diseases of the digestive system in children are one of the most prevalent diseases in pediatric pathology structure. It often causes temporary disability and invalidity in adults. Proper pathogenetic therapy at different stages of treatment is the only way to recover, prevent relapses and transform-

ation it to pathology in adult age. This task can only be carried out in compliance with fundamental stages of rehabilitation (clinical, sanatorium, adaptative) using not only drugs, but also a wide spectrum of non-pharmacological methods of treatment.

Keywords: children; rehabilitation; gastroenterology