

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	11
Предисловие	13
Введение.	18
РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	21
Тема 1. Современный подход к организации сестринской помощи при заболеваниях органов пищеварения.	25
1.1. Основные понятия и термины	25
1.2. Введение в тему.	27
1.3. История развития гастроэнтерологии	28
1.4. Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения.	46
1.5. Сестринская деятельность в терапевтическом отделении.	57
1.6. Участие медицинской сестры в обследовании больных в гастроэнтерологическом отделении	62
1.7. Виды профилактики.	94
1.8. Медицинская реабилитация в дневном стационаре	95
Контрольные вопросы и задания	96
Тема 2. Практические сестринские манипуляции.	98
2.1. Основные понятия и термины	98
2.2. Перечень выполняемых медицинской сестрой процедур и манипуляций. Участие медицинской сестры в подготовке пациента к инвазивным исследованиям	99
2.3. Участие медицинской сестры в лабораторных методах исследования	101
2.4. Постановка клизм.	117
2.5. Проведение зондовых процедур.	129
2.6. Участие медицинской сестры в подготовке пациента к эндоскопическим и рентгенологическим исследованиям	142
Контрольные вопросы и задания	152
РАЗДЕЛ II. СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.	153
Тема 3. Сестринская помощь при заболеваниях полости рта	157
3.1. Основные понятия и термины	158
3.2. Заболевания полости рта.	159
Контрольные вопросы и задания	170

Тема 4. Сестринская помощь при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и ахалазии кардии.	172
4.1. Основные понятия и термины	172
4.2. Определение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	174
4.3. Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	175
4.4. Этиология, патогенез, классификация гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	175
4.5. Клиническая картина гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	176
4.6. Сестринская помощь при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	177
4.7. Диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	180
4.8. Осложнения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	180
4.9. Принципы лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	181
4.10. Профилактика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	183
4.11. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей	184
4.12. Сестринская помощь при ахалазии кардии	189
4.13. Ахалазия кардии у детей	192
Контрольные вопросы и задания	193
Тема 5. Сестринская помощь при гастритах.	194
5.1. Основные понятия и термины	195
5.2. Определение гастрита	197
5.3. Эпидемиология гастритов	198
5.4. Физиологические особенности желудка	198
5.5. Этиология и патогенез гастритов	199
5.6. Классификация гастритов	202
5.7. Историческая справка	204
5.8. Клиническая картина острого гастрита	205
5.9. Клиническая картина хронического гастрита	206
5.10. Диагностика гастритов. Участие медицинской сестры в обследовании больных	213
5.11. Осложнения гастритов	214
5.12. Лечение гастритов	215
5.13. Профилактика хронического гастрита. Диспансеризация	226
5.14. Сестринская помощь при реабилитации больных хроническим гастритом	226
Контрольные вопросы и задания	229

Тема 6. Сестринская помощь при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	230
6.1. Основные понятия и термины	231
6.2. Определение термина «язвенная болезнь»	232
6.3. Эпидемиология язвенной болезни	233
6.4. Этиология и патогенез язвенной болезни	234
6.5. Классификация язвенной болезни	240
6.6. Клиническая картина язвенной болезни	241
6.7. Диагностика. Участие медицинской сестры в обследовании больных	245
6.8. Дифференциальная диагностика	249
6.9. Течение язвенной болезни	250
6.10. Осложнения язвенной болезни	250
6.11. Сестринская помощь при язвенной болезни	250
6.12. Лечение пациентов с язвенной болезнью	253
6.13. Реабилитация	262
6.14. Диспансеризация	263
6.15. Профилактика язвенной болезни	265
6.16. Прогноз	266
Контрольные вопросы и задания	266
Тема 7. Сестринская помощь при осложнениях язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	268
7.1. Основные понятия и термины	269
7.2. Введение в тему	270
7.3. Анатомо-физиологические особенности желудка и двенадцатиперстной кишки	271
7.4. Гастродуоденальное кровотечение	274
7.5. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	276
7.6. Пенетрация	278
7.7. Рубцовый стеноз привратника (пилоростеноз)	279
7.8. Особенности течения послеоперационного периода у пациентов, перенесших операцию резекции желудка	281
7.9. Осложнения послеоперационного периода и их профилактика	282
7.10. Сестринская помощь пациентам с гастродуоденальным кровотечением	284
7.11. Сестринская помощь пациентам при подготовке к экстренной операции на желудке и тонкой кишке	285
7.12. Сестринская помощь пациентам при подготовке к срочной операции по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	286

7.13. Сестринская помощь пациентам после операции резекции желудка по поводу язвенной болезни	287
Контрольные вопросы и задания	288

РАЗДЕЛ III. СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И ГЕПАТОПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ 289

Тема 8. Сестринская помощь при дискинезиях желчевыводящих путей.	293
8.1. Основные понятия и термины	293
8.2. Определение дискинезий желчевыводящих путей	294
8.3. Введение в тему.	294
8.4. Эпидемиология дискинезий желчевыводящих путей	295
8.5. Этиология и патогенез дискинезий желчевыводящих путей	295
8.6. Классификации дискинезий желчевыводящих путей	296
8.7. Диагностика. Участие медицинской сестры в обследовании больных.	296
8.8. Сестринская помощь при дискинезиях желчевыводящих путей.	303
8.9. Лечение дискинезий желчевыводящих путей	305
8.10. Осложнения дискинезий желчевыводящих путей	312
8.11. Течение дискинезий желчевыводящих путей	312
8.12. Прогноз при дискинезиях желчевыводящих путей	312
8.13. Профилактика дискинезий желчевыводящих путей	313
Контрольные вопросы и задания	313
Тема 9. Сестринская помощь при желчнокаменной болезни	315
9.1. Основные понятия и термины	315
9.2. Определение желчнокаменной болезни.	316
9.3. Эпидемиология желчнокаменной болезни	317
9.4. Этиология и патогенез желчнокаменной болезни	317
9.5. Патологическая анатомия желчнокаменной болезни	318
9.6. Классификация желчнокаменной болезни	319
9.7. Клиническая картина желчнокаменной болезни.	320
9.8. Диагностика. Участие медицинской сестры в обследовании больных.	323
9.9. Лечение желчнокаменной болезни	324
9.10. Осложнения желчнокаменной болезни	329
9.11. Течение и прогноз	329
9.12. Санаторно-курортное лечение желчнокаменной болезни	330
9.13. Физиотерапевтические методы лечения	331
9.14. Фитотерапия (лечение травами)	331
9.15. Профилактика желчнокаменной болезни	331

9.16. Диспансеризация	332
Контрольные вопросы и задания	333
Тема 10. Сестринская помощь при холециститах	335
10.1. Основные понятия и термины	335
10.2. Определение холециститов	336
10.3. Эпидемиология холециститов	336
10.4. Хронический холецистит	337
Контрольные вопросы и задания	352
Тема 11. Сестринская помощь при хронических гепатитах.	
Цирроз печени	353
11.1. Основные понятия и термины	354
11.2. Определение понятия «гепатит»	356
11.3. Введение в тему.	356
11.4. Анатомо-физиологические особенности печени	356
11.5. Хронические гепатиты.	357
11.6. Цирроз печени	376
Контрольные вопросы и задания	388
Тема 12. Сестринская помощь при хроническом панкреатите	390
12.1. Основные понятия и термины	390
12.2. Определение хронического панкреатита	392
12.3. Эпидемиология хронического панкреатита.	392
12.4. Этиология и патогенез хронического панкреатита	393
12.5. Классификация хронического панкреатита	394
12.6. Клиническая картина хронического панкреатита	395
12.7. Осложнения хронического панкреатита	396
12.8. Диагностика хронического панкреатита. Участие медицинской сестры в обследовании пациентов.	396
12.9. Принципы лечения хронического панкреатита	400
12.10. Реабилитация пациентов с хроническим панкреатитом	406
12.11. Профилактика хронического панкреатита	407
Контрольные вопросы и задания	407

РАЗДЕЛ IV. СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ, А ТАКЖЕ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

409

Тема 13. Сестринская помощь при патологии пищеварения у детей	413
13.1. Основные понятия и термины	413
13.2. Особенности строения системы пищеварения у детей	415
13.3. Развитие патологии желудочно-кишечного тракта в детском возрасте	429

13.4. Основные заболевания органов пищеварения у детей.	432
13.5. Медико-психологические особенности работы медицинской сестры в стационаре и детской поликлинике.	440
13.6. Диагностика. Участие медицинской сестры в обследовании детей в гастроэнтерологическом отделении	442
13.7. Рекомендации по диетическому питанию при заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей	451
13.8. Профилактика заболеваний пищеварительной системы у детей	456
Контрольные вопросы и задания	457
Дополнение к теме 13. Алиментарная диспепсия у детей раннего возраста. Функциональная диспепсия	458
Тема 14. Сестринская помощь при патологии пищеварения у лиц пожилого и старческого возраста.	464
14.1. Основные понятия и термины	464
14.2. Введение в тему.	465
14.3. Особенности строения системы пищеварения у лиц пожилого и старческого возраста.	466
14.4. Развитие патологии желудочно-кишечного тракта в пожилом и старческом возрасте.	470
14.5. Сестринская помощь пациентам пожилого и старческого возраста	483
14.6. Сестринская помощь при состояниях, обусловленных расстройствами дефекации	488
14.7. Обследование и лечение больных при недержании кала	498
14.8. Паллиативная помощь.	501
Контрольные вопросы и задания	503
РАЗДЕЛ V. СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА	505
Тема 15. Синдром раздраженного кишечника. Болезнь Крона. Целиакия	509
15.1. Сестринская помощь при синдроме раздраженного кишечника.	510
15.2. Сестринская помощь при болезни Крона	526
15.3. Сестринская помощь при целиакии	530
Контрольные вопросы и задания	541

РАЗДЕЛ VI. СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	543
Тема 16. Введение в хирургию заболеваний органов пищеварения . . .	547
16.1. Основные понятия и термины	548
16.2. Современные возможности хирургии.	549
16.3. Сестринская помощь хирургическим больным перед операциями на органах пищеварения.	567
16.4. Послеоперационный период	577
Контрольные вопросы и задания	587
Тема 17. Сестринская помощь при синдроме «острого живота».	589
17.1. Основные понятия и термины	590
17.2. Общая характеристика симптомов «острого живота»	591
17.3. Современные методы диагностики	595
17.4. Острый перитонит	596
17.5. Перфорация полого органа.	601
17.6. Открытые и закрытые повреждения органов брюшной полости (абдоминальная травма)	605
17.7. Внутривнутрибрюшное кровотечение (гемоперитонеум)	608
17.8. Сестринская помощь пациентам с болью в животе	610
Контрольные вопросы и задания	613
Тема 18. Сестринская помощь при гнойно-септических заболеваниях органов брюшной полости	614
18.1. Основные понятия и термины	615
18.2. Гнойно-септические заболевания органов брюшной полости	616
18.3. Острый аппендицит	619
18.4. Анатомо-физиологические особенности желчевыводящих путей и поджелудочной железы	626
18.5. Современные методы исследования желчевыводящих путей и поджелудочной железы	628
18.6. Острый калькулезный холецистит.	629
18.7. Острый панкреатит.	633
18.8. Сестринская помощь пациентам с тяжелым острым панкреатитом	643
Контрольные вопросы и задания	650
Тема 19. Сестринская помощь при грыжах брюшной стенки и острой кишечной непроходимости.	652
19.1. Основные понятия и термины	653
19.2. Грыжи брюшной стенки	655

19.3. Острая кишечная непроходимость	663
19.4. Алгоритмы сестринских манипуляций при острой кишечной непроходимости.	676
19.5. Реабилитация пациентов с острой кишечной непроходимостью	680
Контрольные вопросы и задания	682
Тема 20. Сестринская помощь при хирургических заболеваниях толстой и прямой кишки.	684
20.1. Основные понятия и термины	685
20.2. Введение в проктологию	686
20.3. Заболевания толстой кишки.	687
20.4. Заболевания прямой кишки	701
20.5. Реабилитация пациентов после операций на толстой и прямой кишке.	710
20.6. Сестринская помощь пациентам с заболеваниями толстой и прямой кишки.	712
Контрольные вопросы и задания	715
Тема 21. Сестринская помощь при онкологических заболеваниях органов пищеварения	717
21.1. Основные понятия и термины	718
21.2. Основы онкологии	719
21.3. Сестринская помощь при раке пищевода	737
21.4. Сестринская помощь при раке желудка.	750
21.5. Сестринская помощь при раке прямой кишки.	759
Контрольные вопросы и задания	763
Литература	765

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

♣ — торговое название лекарственного средства

® — лекарственное средство, не зарегистрированное в РФ

АД — артериальное давление

АЛТ — аланинаминотрансфераза

АСТ — аспаргатаминотрансфераза

АФП — альфа-фетопротеин

ВБИ — внутрибольничная инфекция

ВИЧ — вирус иммунодефицита человека

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ГБО — гипербарическая оксигенация

ГГТ — гамма-глутамилтрансфераза

ГЭР — гастроэзофагеальный рефлюкс

ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

ДВС — диссеминированное внутрисосудистое свертывание

ДЖВП — дискинезия желчевыводящих путей

ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота

ЖКБ — желчнокаменная болезнь

ЖКТ — желудочно-кишечный тракт

ИФА — иммуноферментный анализ

КН — кишечная непроходимость

КОС — кислотно-основное состояние

КТ — компьютерная томография

ЛДГ — лактатдегидрогеназа

ЛПУ — лечебно-профилактическое учреждение

ЛС — лекарственное средство

ЛФК — лечебная физическая культура

МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра

МРТ — магнитно-резонансная томография

НПВС — нестероидные противовоспалительные средства

НЯК — неспецифический язвенный колит

ОКН — острая кишечная непроходимость

ОЦК — объем циркулирующей крови

ПОН — полиорганная недостаточность

ПУР — полимеразная цепная реакция

ПЭТ — позитронно-эмиссионная томография

РНК — рибонуклеиновая кислота

СМП — скорая медицинская помощь

СОЭ — скорость оседания эритроцитов

СРК — синдром раздраженного кишечника

ССВР — синдром системной воспалительной реакции
ТЭЛА — тромбоэмболия легочной артерии
УЗИ — ультразвуковое исследование
УФ — ультрафиолетовый
УФО — ультрафиолетовое облучение
ФЭГДС — фиброэзофагогастродуоденоскопия
ХП — хронический панкреатит
ЦНС — центральная нервная система
ЧДД — частота дыхательных движений
ЧСС — частота сердечных сокращений
ЩФ — щелочная фосфатаза
ЭРХПГ — эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
НСI — соляная кислота
Ig — иммуноглобулин
NB — обратите внимание
RW — реакция Вассермана

ПРЕДИСЛОВИЕ

*Если бы человек вел себя разумно
и придерживался правил,
предписанных ему природой,
он был бы вполне здоров и жил долго.
Нужно убедить людей попробовать
изменить образ жизни.*
Академик Николай Амосов

Предлагаемый учебник по заболеваниям органов пищеварения предназначен для проведения теоретических и практических занятий по специальностям «Сестринское дело» и «Акушерское дело».

Учебный материал составлен в соответствии с требованиями нового Федерального государственного образовательного стандарта (ФГОС) по специальности 34.02.01 — «Сестринское дело» и профессиональных модулей ПМ.01, ПМ.02, ПМ.03 (базовый уровень).

При подготовке настоящего издания авторы руководствовались следующими дисциплинами и профессиональными модулями.

— **Дисциплины**

- ОП.01. Основы латинского языка с медицинской терминологией.
- ОП.02. Анатомия и физиология.
- ОП.03. Основы патологии.
- ОП.05. Гигиена и экология человека.
- ОП.06. Основы микробиологии и иммунологии.
- ОП.07. Фармакология.
- ОП.08. Общественное здоровье и здравоохранение.
- ОП.09. Психология.
- ОП.10. Правовое обеспечение профессиональной деятельности.
- ОП.11. Безопасность жизнедеятельности.

— **Профессиональные модули:** ПМ.01, ПМ.02, ПМ.03, ПМ.04.

Темы учебного материала по заболеваниям органов пищеварения ориентированы на формирование системы знаний, умений и практического опыта, а также на освоение профессиональных компетенций в системе специальности «Сестринское дело».

Учебный материал охватывает в основном профессиональный модуль ПМ.02 — участие в лечебно-диагностических и реабилитационных процессах. Однако отдельные темы учебного издания могут быть

использованы при освоении профессиональных модулей ПМ.01 — проведение профилактических мероприятий и ПМ.03 — оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных состояниях, а также в рамках специальности 31.02.02 «Акушерское дело».

В результате изучения профессиональных модулей обучающийся должен **иметь практический опыт:**

- проведения профилактических мероприятий при осуществлении сестринского ухода;
- осуществления ухода за пациентами при различных заболеваниях и состояниях;
- проведения реабилитационных мероприятий пациентам с различными заболеваниями.

В результате изучения данного учебника обучающийся должен:

— **знать:**

- современные представления о здоровье в разные возрастные периоды;
- возможные факторы, влияющие на здоровье;
- направления сестринской деятельности по сохранению здоровья;
- принципы рационального и диетического питания;
- роль сестринского персонала при проведении диспансеризации населения;
- роль сестринского персонала в работе «школ здоровья»;
- причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента;
- организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных средств;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения;

— **уметь:**

- обучать население принципам здорового образа жизни;
- проводить и осуществлять оздоровительные и профилактические мероприятия;
- консультировать по вопросам рационального и диетического питания;
- организовывать мероприятия по проведению диспансеризации;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях и состояниях;

- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- осуществлять паллиативную помощь пациентам;
- вести утвержденную медицинскую документацию.

После полученных на практических занятиях изложенных выше знаний и умений, отработки полученных навыков на производственной практике студент получит опыт практической деятельности с данным контингентом больных.

Учебник состоит из шести теоретических разделов.

- Общие вопросы патологии органов пищеварения.
- Сестринская помощь при заболеваниях верхних отделов желудочно-кишечного тракта.
- Сестринская помощь при заболеваниях желчных путей и гепатопанкреатической зоны.
- Сестринская помощь при патологии пищеварения у детей, а также у лиц пожилого и старческого возраста.
- Сестринская помощь при заболеваниях кишечника.
- Сестринская помощь пациентам с хирургическими заболеваниями органов пищеварения.

Структура и содержание учебника соответствуют требованиям ФГОС.

Информационно-лекционный материал представлен в виде классического текстового описательного варианта. Перед каждой темой перечислены основные понятия и термины (глоссарий). В конце каждой темы приведены вопросы и задания для самоконтроля знаний.

Все темы состоят из следующих разделов: определение, код по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), эпидемиология, этиология и предрасполагающие факторы, патогенез, клиническая картина, осложнения, методы диагностики, неотложная помощь, лечение, принципы рационального и диетического питания, сестринская помощь и уход, реабилитация, прогноз.

В каждой теме рассмотрены:

- участие медицинской сестры в обследовании и подготовке пациентов к проведению инвазивных методов обследования, в выявлении проблем пациентов;

- действия медицинской сестры в гастроэнтерологическом отделении;
- вопросы обучения пациентов (самоуходу, правильному питанию, проведению гигиенических мероприятий) и его родственников (уходу за пожилыми и лежачими больными).

Уделено внимание паллиативной помощи гериатрическим пациентам, пациентам с хроническими заболеваниями (цирроз печени, хронические гепатиты), онкологическим больным.

Акцентировано внимание студентов на роль специалиста со средним медицинским образованием в проведении профилактической и диспансерной работы. Отражено значение реабилитологии при заболеваниях органов пищеварения.

Учитывая определенную специфику работы медицинской сестры с хирургическими больными, выделен специальный раздел «Сестринская помощь пациентам с хирургическими заболеваниями органов пищеварения». В этом разделе кратко изложены возможности современной хирургии и деятельность медицинской сестры, направленная на профилактику внутрибольничной инфекции, а также участие медицинской сестры в проведении обезболивания и инфузионно-трансфузионной терапии в периоперативном периоде.

Подробно рассмотрена сестринская помощь в предоперационном периоде в зависимости от характера операции (экстренная, срочная, плановая) на различных этапах оказания медицинской помощи (на дому, амбулаторно, в стационаре), а также сестринская помощь в различные сроки послеоперационного периода по профилактике осложнений и оказанию помощи при их развитии. Кроме того, студенты ознакомятся со спецификой оказания сестринской помощи при определенных нозологических формах заболеваний в предоперационном и послеоперационном периодах, паллиативной и реабилитационной помощи после операций. Большое внимание уделено неотложной сестринской помощи при кровотечении и кровопотере, при закрытых повреждениях, ранениях и эвентрации органов брюшной полости.

Особое внимание уделено сестринской помощи при онкологических заболеваниях органов пищеварения. Кратко изложены вопросы общей онкологии, подробно рассмотрена сестринская помощь при раке пищевода, желудка и прямой кишки.

Рассмотрены сестринские манипуляции по уходу за стомированными больными (колостома, гастростома), вопросам профилактики пролежней, гипостатической пневмонии, а также осложнений при проведении гемотрансфузии, парентерального и энтерального питания.

Подробно изложены принципы питания больных в послеоперационном периоде, особенно при болезнях оперированного желудка, синдроме короткой кишки и колостоме.

Рассмотрены основные принципы профилактики заболеваний — первичной и вторичной.

Данный учебный материал будет способствовать выполнению конечной цели обучения: выпускник должен обладать **профессиональными компетенциями**, соответствующими основным видам профессиональной деятельности, иметь высокую квалификацию и уровень образования соответственно требованиям ФГОС.

Учебник предназначен не только для аудиторной, но и для внеаудиторной самостоятельной работы студентов дома, в библиотеке, компьютерном классе, для самоподготовки при обучении на углубленном уровне.

Авторы будут признательны студентам и преподавателям медицинских образовательных учебных заведений, училищ, колледжей, осуществляющих подготовку по специальностям «Сестринское дело», «Акушерское дело», за отзывы и замечания по содержанию и форме учебника.

ВВЕДЕНИЕ

Жизнь коротка, искусство (т.е. наука) огромно, случай скоропреходящ, опыт обманчив, суждение трудно. Поэтому не только сам врач должен делать все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности.

Гиппократ

Гастроэнтерология (*gastroos* — желудок, *enteron* — кишка, *logos* — учение, наука) — раздел медицины, который изучает строение, функционирование и заболевания желудочно-кишечного тракта человека, а также симптомы, диагностику и методы лечения этой системы организма.

Из этого следует, что основной предмет изучения — это желудок с кишечником. Однако проблемы с пищеводом, двенадцатиперстной кишкой, печенью, желчным пузырем и поджелудочной железой также входят в круг интересов гастроэнтерологов.

Раздел гастроэнтерологии, изучающий печень, желчный пузырь, желчные пути, их строение и функции, их заболевания и методы лечения, называют **гепатологией**. Раздел гастроэнтерологии, изучающий прямую кишку и задний проход, их строение и функции, их заболевания и методы лечения, называют **проктологией**. Колопроктология изучает все отделы толстой кишки.

Гастроэнтерологическую помощь в Российской Федерации регламентируют:

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- приказ МЗ РФ от 12 ноября 2012 г. № 906н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»;
- постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294 «Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.».

В настоящее время болезни желудочно-кишечного тракта и печени занимают важное место в общей структуре заболеваемости населения России. Социальную составляющую проблемы определяет в первую очередь высокий уровень инвалидности, смертности и заболеваемости с временной утратой трудоспособности, обусловленными болезнями органов пищеварения. Следует учитывать, что более 60% пациентов, страдающих заболеваниями пищеварительной системы, относят к лицам трудоспособного возраста.

В структуру болезней пищеварения входят более 100 различных нозологий, однако основные из них, наиболее часто регистрируемые, это хронический гастрит, язвенная болезнь, хронический гепатит, хронический панкреатит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и воспалительные заболевания кишечника.

Актуальность проблем, связанных с современным состоянием вопросов оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов пищеварения и перспективами ее развития, обусловлена продолжающимся ростом частоты и распространенности этой патологии, тяжестью осложнений и прогрессирующим ее течением, приводящим к инвалидизации и смерти.

К числу неблагоприятных факторов, определяющих рост первичной заболеваемости органов пищеварения, в частности гастродуоденальной зоны, относят не только социальное неблагополучие населения во многих территориях России (дефицит питания, низкий уровень санитарной культуры, злоупотребление алкоголем и курение, отсутствие мотивации к здоровому образу жизни и в связи с этим «омоложение» многих заболеваний, в частности язвенной болезни, отсутствие социальных условий в семье), но и медицинские факторы. Наряду с увеличением распространенности хронической патологии пищеварения обращает внимание недостаточный объем, а в ряде территорий — отсутствие оказываемой больным данного профиля специализированной помощи. Нередко низкое ее качество, а также отсутствие преемственности в наблюдении за больными на этапах специализированной помощи и амбулаторно-поликлинической службы влечет увеличение числа рецидивов заболеваний.

Резко изменился характер питания людей: в пищевом рационе доминируют рафинированные углеводы и жиры животного происхождения, в пищевой промышленности широко используют консерванты и красители.

Каждый взрослый человек должен периодически проходить консультацию у врача-гастроэнтеролога. На состояние органов желудочно-кишечного тракта влияет не только пища, которую в настоящее время широко употребляют в виде фаст-фудов. Вредят также неправильный образ жизни, злоупотребление алкоголем и никотином. Кроме того, недооценивают ущерб для организма, наносимый стрессами.

Тем не менее успехи развития современной гастроэнтерологии весьма заметны.

В современной гастроэнтерологии лечение всегда проводят после тщательной диагностики, включающей эндоскопические и ультразвуковые методы, радионуклидные исследования и многие другие. Эти прогрессивные методики позволяют диагностировать заболевания

желудочно-кишечного тракта на ранних стадиях развития и назначать эффективное лечение, планировать дальнейшее ведение пациентов.

По возможности предпочтение отдают медикаментозным (консервативным) методам лечения. Современная фармакология предлагает целый ряд безопасных и эффективных препаратов — желчегонных, противорвотных, антидиарейных и слабительных, антацидов и адсорбентов, цитопротекторов, регуляторов аппетита. При правильной диагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта эффективность медикаментозного лечения достаточно высока, что позволяет в большинстве случаев избежать хирургической операции или использовать малоинвазивное вмешательство.

Научные исследования под руководством отечественных ученых приобрели выраженную академическую направленность, повысилась доля фундаментальных исследований.

Впервые в Российской Федерации были проведены эпидемиологические исследования гастроэнтерологических заболеваний, разработаны Московские соглашения «Стандарты диагностики и терапии кислотозависимых заболеваний», утвержденные V съездом Научного общества гастроэнтерологов России.

Развивается новое направление в медицине и гастроэнтерологии — применение стромальных мезенхимальных клеток при гастроэнтерологических заболеваниях.

Получаемые знания в области гастроэнтерологии позволяют специалистам точно определять диагноз любой сложности. Существуют определенные международные стандарты, по которым работают все врачи. Большинство клиник применяет на практике только высокоспециализированное лабораторное оборудование, обеспечивающее точность результатов. В настоящее время возможно за один день провести обследование всего желудочно-кишечного тракта.

Развитие фармакологии практически достигло того уровня, при котором можно излечить практически любое гастроэнтерологическое заболевание при условии своевременного обращения пациента.

Знаменитый немецкий философ Артур Шопенгауэр утверждал, что 9/10 нашего счастья зависят от здоровья. Без здоровья — нет счастья! Лишь полное физическое и психическое благополучие определяет здоровье человека, помогает нам успешно справляться с болезнями, невзгодами, вести активную социальную жизнь, воспроизводить потомство, достигать поставленных целей. Здоровье человека — залог счастливой полноценной жизни. Только здоровый во всех отношениях человек может быть действительно счастлив и способен в полной мере ощутить всю полноту и многообразие жизни, испытать радость общения с миром.

● Раздел I

A horizontal line of 20 small, light gray dots, starting from the left edge of the page and extending to the right.

**ОБЩИЕ ВОПРОСЫ
ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ
ПИЩЕВАРЕНИЯ**

*Сестра должна иметь тройную квалификацию:
сердечную — для понимания больного,
научную — для понимания болезни,
техническую — для ухода за больными.*

Френсис Найтингейл

Профессиональные компетенции

- Медицинская сестра должна в доступной для пациента форме представлять информацию о причинах и особенностях клинических проявлений, профилактике и принципах лечения заболеваний органов пищеварения (гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, заболевания печени и желчевыводящей системы, поджелудочной железы, кишечника). Необходимо объяснять пациенту суть предстоящих вмешательств: подготовку к диагностическим исследованиям, проведение лечебных процедур и др.
- Взаимодействуя с участниками лечебного процесса, медицинская сестра должна осуществлять лечебно-диагностические вмешательства: своевременное и целенаправленное выполнение врачебных назначений по лечению больного; своевременный забор биологического материала для лабораторного исследования; подготовку к рентгенологическим и эндоскопическим исследованиям; организацию лечебного питания; оказание неотложной сестринской помощи.
- В ходе лечебно-диагностического процесса медицинская сестра должна выполнять правила пользования аппаратурой (ультрафиолетовыми облучателями палат и процедурных кабинетов, ингаляторами, электрокардиографами и др.), оборудованием (функциональные кровати, аспирационные системы), предметами медицинского назначения, соблюдая при этом технику безопасности.
- В соответствии с этапом реабилитации медицинская сестра должна осуществлять мероприятия, направленные на восстановление утраченных в процессе заболевания функций системы пищеварения (проводить диетотерапию, оксигенотерапию, лечебную физическую культуру, массаж, физиотерапевтические процедуры, внутривенное облучение крови, определять совместно с врачом показания к санаторно-курортному лечению), доступно объясняя больному их важность, вселяя уверенность в благоприятном исходе заболевания.

- Медицинская сестра должна оказывать паллиативную помощь больным, которым радикальное хирургическое лечение не показано из-за тяжести состояния или распространенности процесса (например, пожилым людям с тяжелыми формами гепатита, цирроза печени и др.).

Общие компетенции. Медицинская сестра должна:

- понимать сущность и социальную значимость своей деятельности в условиях работы в гастроэнтерологическом отделении и организовывать собственную деятельность с учетом:
 - типовых методов и способов выполнения профессиональных задач;
 - особой значимости соблюдения правил санитарно-противоэпидемического режима в гастроэнтерологическом отделении;
 - строгого соблюдения правил асептики и антисептики;
 - соблюдения правил личной и пожарной безопасности;
- принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях (например, при отказе больного от лечебной процедуры) и нести за них ответственность;
- постоянно повышать профессиональную подготовку для эффективного выполнения повседневных задач;
- уметь брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных) и результат выполнения заданий;
- быть требовательной и при этом терпеливой в работе с тяжелыми больными;
- заниматься профессиональным самообразованием, изучать историю отечественной медицины и историю сестринского дела, знать историю своей Родины, культурные и религиозные традиции многонационального государства и уважать их.

После изучения данного раздела обучающийся должен:

- **знать:**
 - основные этапы развития гастроэнтерологии;
 - анатомо-физиологические особенности органов пищеварения;
 - порядок обследования пациентов с заболеваниями органов пищеварения;
 - участие медицинской сестры в обследовании больных в гастроэнтерологическом отделении;
 - знать и понимать причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента при заболеваниях в гастроэнтерологии;

- факторы риска развития патологии системы пищеварения для правильного лечения и выхаживания пациента;
 - организацию и методы оказания сестринской помощи пациентам с патологией системы пищеварения;
 - пути введения лекарственных средств;
 - виды, формы и методы реабилитации;
 - первичную и вторичную профилактику заболеваний;
 - правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения;
- **уметь:**
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
 - осуществлять сестринский уход за пациентами при различных заболеваниях и состояниях;
 - консультировать пациентов и их родственников по лечебному питанию, применению лекарственных средств, проводить фармакотерапию по назначению врача;
 - применять методы психотерапии.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Содержание темы

- Основные понятия и термины.
- Введение в тему.
- История развития гастроэнтерологии.
- Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения.
- Сестринская деятельность в терапевтическом отделении.
- Участие медицинской сестры в обследовании больных в гастроэнтерологическом отделении.
- Виды профилактики.
- Медицинская реабилитация в дневном стационаре.
- Контрольные вопросы и задания.

1.1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ТЕРМИНЫ

Амилолитические ферменты (амилазы) (от лат. *amylum* — крахмал) — ферменты класса гликозил-гидролаз, катализирующие гидролиз крахмала, гликогена и других родственных полисахаридов.

Агрезия желчных путей — редкая врожденная патология, при которой желчевыводящие пути непроходимы или отсутствуют.

Ацетонемическая рвота — одно из проявлений нервно-артритического диатеза: особенность организма ребенка, характеризующаяся изменениями пуринового и минерального обмена.

Аэрофагия — повышенное заглатывание воздуха при еде: воздух попадает в желудок, вызывая неприятные ощущения.

Бимануальная пальпация — ощупывание двумя руками.

Болезнь Гиршпрунга (син.: аганглиоз) — аномалия развития толстой кишки врожденной этиологии, приводящая к нарушению иннервации фрагмента кишки; проявляется упорным запором.

Глютен — сложный белок, который входит в состав зерна многих злаковых культур (пшеница, рожь, овес, ячмень).

Грелин — гормон, который способствует возникновению чувства голода у человека. Грелин — гормонально-активный пептид, секретлируемый в основном слизистой оболочкой желудка. Помимо этого, некоторое количество гормона грелина вырабатывает гипоталамус — высший отдел нейроэндокринной системы. Этот гормон открыт в 1999 г.

Дисбактериоз кишечника — заболевание, сопровождающееся нарушением соотношения полезных и вредоносных микроорганизмов.

Дисбиоз кишечника — патологическое изменение качественного состава микрофлоры пищеварительного тракта (микробный дисбаланс). Дисбиоз — синдром при многих заболеваниях кишечника.

Диспепсические явления — общее название симптомов нарушения пищеварения (изжога, отрыжка, чувство давления или распирания в животе, урчание, диарея и др.).

Долихосигма — врожденное патологическое состояние кишечника, при котором сигмовидная кишка (участок, переходящий в прямую кишку) длиннее, чем при физиологической норме.

Иммуноферментный анализ (ИФА) — метод иммуноферментного исследования крови, основанный на обнаружении специфических (характерных для возбудителей) антител.

Инвагинация кишечника — вид непроходимости кишечника, характеризующийся внедрением одного отдела кишки в просвет другого.

Кибophobia (*cibophobia*) — страх еды.

Кил белой линии живота — грыжа.

Кистозный фиброз поджелудочной железы (муковисцидоз) — заболевание, при котором развиваются кистозный фиброз поджелудочной железы, ателектазы бронхов, перибронхиты и хроническая бронхопневмония.

Мальабсорбция (от лат. *malus* — плохой, *absorbio* — поглощение) — потеря одного или многих питательных веществ, поступающих в пищеварительный тракт, обусловленная недостаточностью их всасывания в тонкой кишке.

Мальдигестия — нарушение переваривания пищевых веществ до необходимых для всасывания составных частей.

Мегаколон — врожденная или приобретенная гипертрофия всей толстой кишки или ее отдельной части.

Параумбиликальная область (околопупочная). Эту область чаще всего используют для вхождения в брюшную полость лапароскопом.

Перивисцерит — слипчивое воспаление серозных покровов внутренних органов, в основном брюшной полости, часто приводящее к спаиванию их между собой или с пристеночной брюшиной и сальником. Перивисцерит возникает вследствие заболеваний брюшных органов, травм или операций.

Перитонит — воспаление париетального и висцерального листков брюшины, которое сопровождается тяжелым общим состоянием организма.

Перфорация (от лат. *perforare* — проверчивать, просверливать) — прободение, сквозное нарушение целостности стенки полостного или трубчатого органа.

Пилоростеноз — сужение просвета выходного отдела желудка (призрачника).

Полифекалия — выделение значительно увеличенного количества кала (в среднем за сутки).

Пространство Траубе — участок в нижнем отделе левой половины грудной стенки, имеющий форму, напоминающую полумесяц, над которым при перкуссии определяют тимпанический звук.

Резистентность брюшной стенки — ощущение сопротивления брюшной стенки ощупывающим пальцам. Ее определяют глубоко расположенными органами с воспалительным процессом.

Фаст-фуд (fast food) — в переводе с английского обозначает «быстрая еда».

Химус (от греч. *χυμός* — сок) — жидкое или полужидкое содержимое желудка или кишечника, состоящее из частично переваренной пищи, желудочного и кишечного соков, секретов желез, желчи, слущенных эпителиальных клеток и микроорганизмов.

Целиакия — генетически обусловленное нарушение функций тонкой кишки, связанное с дефицитом ферментов, расщепляющих пептид глютен.

Эмульгирование жиров — смешивание жира с водой; происходит в тонкой кишке под действием желчных кислот и их солей.

1.2. ВВЕДЕНИЕ В ТЕМУ

Из-за постоянной спешки, нехватки времени, избытка стрессовых ситуаций люди привыкли питаться неправильно. Кроме того, свободная реклама лекарственных средств (ЛС) позволяет всем думать, что бесконтрольный их прием полностью безопасен, что крайне ошибочно.

Все это приводит к тому, что ежедневно желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) испытывает негативное воздействие. По данным экспертов, гастроэнтерологические заболевания находятся на втором месте после кардиологических. Проблема усугубляется также тем, что при первых симптомах пациенты не спешат обращаться к врачу, что приводит к различным осложнениям. Своевременный визит к гастроэнтерологу избавляет человека от негативных последствий. Дав правильную оценку состоянию ЖКТ и работе его органов, можно предположить риски возникновения заболеваний, спрогнозировать течение патологии, предупредить ее или вовремя излечить.

Обратиться к гастроэнтерологу следует:

- при появлении болей в животе, распространяющихся за грудину, в область сердца, в спину или в бок;
- при частой тошноте с рвотой;
- при нарушениях стула;
- при возникновении неприятного запаха изо рта или странного привкуса;
- при частой изжоге.

1.3. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Заболевания органов пищеварения известны с глубокой древности, однако сведения о строении пищеварительной системы были примитивны и неточны.

Гастроэнтерология как отдельная медицинская дисциплина сформировалась сравнительно недавно, в начале XIX в., однако лечением органов пищеварения занимались уже с древности.

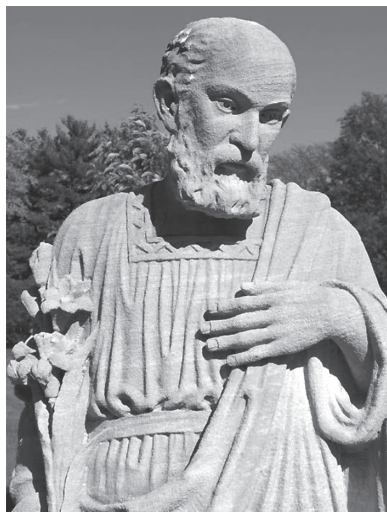
В вавилонских и ассирийских медицинских сочинениях клинописью на обожженных плитках встречаются симптомы заболеваний: боль в животе, изжогу, рвоту, рвоту желчью, разные типы желтухи, метеоризм, диарею, изменение цвета языка, потерю аппетита.

V ВЕК ДО НАШЕЙ ЭРЫ

Гиппократ (470–377 гг. до н.э.) — выдающаяся историческая личность. Упоминания о «великом враче-асклепиаде» встречаются в произведениях его современников — Платона и Аристотеля. Собранные в так называемом «Гиппократовском корпусе» 60 медицинских трактатов (из которых современные исследователи приписывают Гиппократу от 8 до 18) оказали значительное влияние на развитие медицины — как науки, так и специальности.

С именем Гиппократа связано представление о высоком моральном облике и этике поведения врача. Клятва Гиппократа содержит основополагающие принципы, которыми должен руководствоваться врач в своей практической деятельности. Произнесение клятвы (которая на протяжении веков значительно видоизменялась) при получении врачебного диплома стало традицией.

Для развития знаний в области гастроэнтерологии ценны положения древнегреческого врача Гиппократа о лечебном питании. Гиппократ относил вику, анис, мак, льняное семя, рябину, кизил, дерн, айву, незрелую грушу к закрепляющим веществам, стручковый горох, чечевицу, ячмень, свеклу, капусту, огуречное семя, мед, чеснок, тыкву, сливу — к послабляющим, сок сельдерея, укропа, яблочный и виноградный, огуречное семя, чеснок, мяту — к мочегонным и др.



Гиппократ

III ВЕК ДО НАШЕЙ ЭРЫ

Греческий врач **Эразистрат** (304–250 гг. до н.э., о. Самос) изучал функции органов пищеварения на живых животных и наблюдал перистальтику желудка.

Эразистрата считают основателем особой медицинской школы, названной его именем. Эразистрат занимался исследованием деятельности мозга и нервной системы. Он предполагал наличие в теле двух противоположных элементов — жизненного духа и крови. Эразистрат изучал функции органов пищеварения на живых животных. Утверждал, что пищеварение происходит путем механического перетирания пищи желудком. Вскрывал человеческие трупы, описал печень и желчные протоки. Главной причиной болезней Эразистрат считал излишества в пище и несварения ее, которая засоряет сосуды, вследствие чего возникают воспаления, язвы и другие заболевания.

Известно, что питание здорового и больного человека интересовало людей с давних времен. В Древнем Египте было известно влияние дыни и арбуза на диурез, при запоре применяли мед и др.

I ВЕК НАШЕЙ ЭРЫ

Римский (греческого происхождения) медик, хирург и философ **Клавдий Гален** (131–201) внес весомый вклад в физиологию, патологию, фармакологию и неврологию, а также в философию и логику.



Клавдий Гален

В I в. н.э. Гален в своих трудах дал приблизительное описание язвы желудка, а также рекомендовал лечить ее с помощью диеты.

Теории Галена доминировали в европейской медицине в течение 1300 лет. Его анатомией, основанной на диссекции обезьян и свиней, пользовались до появления в 1543 г. труда «О строении человеческого тела» Андреаса Везалия. Теория кровообращения Галена просуществовала до 1628 г., когда Уильям Гарвей опубликовал свой труд «Анатомическое исследование о движении сердца и крови у животных», в котором дал описание роли сердца в кровообращении. Студенты-медики изучали Галена до XIX в. включительно. Его теория о том,

что мозг контролирует движения с помощью нервной системы, актуальна и в настоящее время.

Авиценна (980–1037) — средневековый персидский ученый, философ и врач. Всего написал более 450 трудов в 29 областях науки, из которых до нас дошли только 274. Самый известный и влиятельный философ-ученый средневекового исламского мира.

Авиценна (Абу Али Ибн-Сина) указывал, что мясной сок, сиропы, яйца всмятку, яичный желток представляют собой мягко действующие пищевые продукты, а вяленое мясо и овощи — по его мнению, продукты малопитательные. Особенно предостерегал Авиценна от переедания и маринадов. В своем «Каноне врачебной науки» Авиценна также рассмотрел признаки язвы желудка и ее осложнений (кровотечение, перфорация). «Канон врачебной науки» состоит из пяти томов, каждый из которых посвящен отдельным предметам. Авиценна уделял внимание всему: от инфекционных заболеваний до венерических. Первый и второй тома книги посвящены физиологии, патологии и гигиене, третий и

четвертый — лечению заболеваний, а в пятом томе описаны составы и способы приготовления лекарств.

XV ВЕК

В рукописи Древней Руси (конец XV в.) «Врата Аристотелевы» среди диагностических приемов врачи рекомендуют ощупывание живота для исследования органов брюшной полости.

XVI ВЕК

В лечебнике XVI в. рекомендовано употреблять гречневую кашу при тучности, хрен — для улучшения диуреза, молочную сыворотку и фрукты, а также свекольные листья — для улучшения пищеварения.

XVII ВЕК

1648 г.

Ян Баптиста ван Гельмонт в своей книге «*Ortus Medicinae*» высказал предположение о том, что пищеварение — химический процесс, который происходит с участием химических реагентов, названных им «ферментами».

XVIII ВЕК

В Лефортовском госпитале, открытом в 1707 г., применяли недельное меню согласно нормам, установленным в армии при Петре I: диета содержала достаточное количество белков, жиров, углеводов при трехразовом питании; количество калорий — от 2690 до 2750.

В 1-й Градской больнице в Москве в то время были введены четыре диеты: общая, средняя, слабая, жидкая. При цинге назначали хвою с мятой, клюквенный экстракт и барбарис.

1777 г.

Максимилиан Столл описал рак желчного пузыря.

1780 г.

Ладзаро Спалланцани экспериментально доказал, что пищевые продукты могут перевариваться желудочным соком.

В XVIII в. итальянский ученый, основатель патологической анатомии **Джованни Баттиста Морганьи** (1682–1771) с помощью патологоанатомических исследований смог продвинуться в этом вопросе, благодаря чему в XIX в. появилось множество точных описаний разных болезней пищеварительного тракта.



Джованни Баттиста Морганьи



Фридрих Уден

Морганьи впервые представил изменения, наблюдаемые при вскрытии на трупах людей, умерших от различных болезней; эти наблюдения позволили распознавать болезни на основании вскрытий и сравнивать прижизненные признаки с посмертными изменениями. Морганьи в течение 59 лет работал профессором анатомии в Падуе, где у него учились лучшие впоследствии итальянские анатомы.

Фридрих Уден (нем. Uhden Friedrich; Уден Федор Карлович, 1754—1823) — профессор патологии и терапии в Санкт-Петербургской Медико-хирургической академии.

Синдром Удена — патологическое состояние сердца и органов кровообращения, причиной которого становятся заболевания верхних отделов ЖКТ, чаще всего гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язва желудка или двенадцатиперстной кишки. Синдром проявляется ощущением тяжести в области сердца с иррадиацией в левое плечо, приступами стенокардии, тахикардии, экстрасистолии и пароксизмальной одышки, артериальной гипотензией, метеоризмом. Боли в области живота соответствуют основному заболеванию.

В XVIII в. произошло становление патологической анатомии как науки (Дж.Б. Морганьи, М.К. Биша, К. Рокитанский, Р. Вирхов).

РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Патологическая анатомия — наука, изучающая структурные основы патологических процессов, выделилась в конце XVIII — начале XIX вв. Ее развитие в Новой истории условно разделяют на два периода: макро-

скопический (до середины XIX в.) и микроскопический, связанный с применением микроскопа.

Макроскопический период

Фундаментом «новой анатомии» стала новая методология, когда по инициативе практикующих врачей стали производить вскрытия умерших от болезней пациентов в целях познания «органических повреждений» внутренней среды организма, к которым приводит болезнь.

Вскрытия еще не стали целью установления причины смерти или подтверждения установленного при жизни диагноза. Задача вскрытий заключалась лишь в выявлении масштабов повреждений и их соотношения с клиническими симптомами. Впервые вопрос о том, что симптомы служат знаками не болезней вообще, а морфологических изменений, которые возникают в результате болезни, был поставлен Дж.Б. Морганьи.

Итальянский анатом и врач **Джованни Баттиста Морганьи** стал доктором медицины в возрасте 19 лет. Производя вскрытия умерших, Дж.Б. Морганьи сопоставлял обнаруженные им изменения пораженных органов с симптомами заболеваний, которые он наблюдал при жизни больного, как практикующий врач. Обобщив собранный таким образом материал (700 вскрытий) и труды предшественников, Морганьи опубликовал в 1761 г. классическое шестиатомное исследование «О местонахождениях и причинах болезней, открытых посредством рассечения».

Морганьи показал, что каждая болезнь вызывает определенные изменения в конкретном органе, и определил орган как место локализации болезненного процесса (**органопатология**). Понятие болезни было соединено с конкретным материальным субстратом — между причиной болезни и его внешними проявлениями (симптомами) был поставлен морфологический субстрат как этап развития болезненного процесса.

Морганьи создал первую научно обоснованную классификацию болезней, положил начало новому клинико-анатомическому направлению в медицине. Новая анатомия трансформировалась в фундаментальную науку практической медицины.

Французский анатом, физиолог и врач **Мари Франсуа Ксавье Биша** (1771–1802), развивая положения Морганьи, сделал два важных открытия. Он установил, что органы и части человеческого тела при всей их неповторимости состоят из одних и тех же тканей, выделил 21 (по его представлениям) разную ткань и заложил основу учения о тканях — гистологии. Биша впервые показал, что болезнетворный процесс поражает не весь орган, а только отдельные его ткани (**тканевая патология**), независимо от того, в каком органе эта ткань находится.

Родившись на стыке морфологии и клинической картины, новая (патологическая) анатомия совершила небывалый переворот во врачебном мышлении и клинической практике.

Микроскопический период

В середине XVIII в. развитие патологии проходило в борьбе двух направлений: **гуморального** (от лат. *humor* — влага, жидкость), уходящего корнями в философские учения Древнего Востока и Древней Греции, и появившегося позднее **солидарного** (от лат. *solidus* — плотный, твердый), первые представления о котором развивались Эрастратом и Асклепиадом.

XIX ВЕК

Ведущим представителем гуморального направления был венский патолог, чех по национальности **Карл Рокитанский** (1804—1878).



Карл Рокитанский

В 1844 г. он создал первую в Европе кафедру патологической анатомии. Основной причиной болезненных изменений Рокитанский считал нарушение состава жидкостей (соков) организма — **дискразию** (термин древнегреческих врачей). В то же время местный патологический процесс он рассматривал как проявление общего заболевания.

Принципы морфологического метода в патологии заложил **Рудольф Вирхов** (1821—1902) — немецкий врач, патолог и общественный деятель.

Руководствуясь теорией клеточного строения (1839), Р. Вирхов впервые применил ее при изучении больного организма и создал **теорию клеточной патологии** (от лат. *cellula* — клетка), которая изложена в его статье «Клеточная патология как учение, основанное на физиологической и патологической гистологии» (1858).

По Вирхову, жизнь целого организма есть сумма жизней автономных клеточных территорий; материальным субстратом болезни служит клетка (т.е. плотная часть организма, отсюда термин — «солидарная» патология); вся патология есть патология клетки.

Теория клеточной патологии была шагом вперед по сравнению с теорией тканевой патологии Биша и гуморальной патологии

Рокитанского. Она быстро получила всеобщее признание и оказала положительное влияние на последующее развитие медицины.

Вирхов внес большой вклад в становление патологической анатомии как науки. Используя метод микроскопии, он впервые описал и изучил патологическую анатомию воспалений, лейкоцитоза, эмболии, тромбоза, флебитов, лейкоemий, исследовал амилоидоз почки, жировое перерождение, туберкулезную природу волчанки, клетки нейроглии и др. Р. Вирхов создал терминологию и классификацию основных патологических состояний.

В качестве самостоятельной науки гастроэнтерология окончательно сформировалась в первой половине XIX в., когда в результате патологоанатомических исследований австрийского ученого К. Рокитанского, французского ученого Ж. Крювелье и других появилось систематическое описание многих болезней органов пищеварения (язва и рак желудка, цирроз печени и др.).

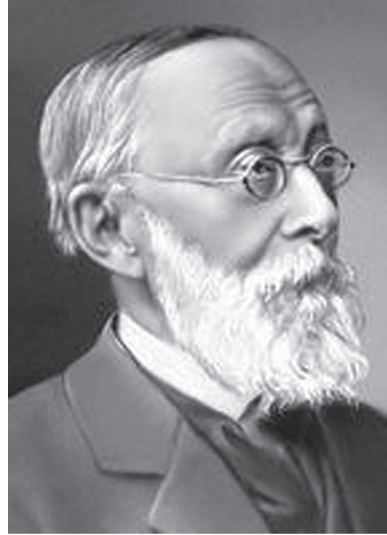
1806 г. Филипп Боццини изобрел первый эндоскоп, который он предполагал использовать для исследования мочевыделительных органов и прямой кишки, названный им «Lichtleiter» («проводник света»).

1816 г. Фридрих (Федор Карлович) Уден в своем фундаментальном труде «Академические чтения о хронических болезнях» впервые описал симптомы и методы лечения язвы желудка.

1824 г. Уильям Праут доказал, что в желудке происходит секреция именно соляной кислоты.

Учение о патологии ЖКТ начало свое активное развитие в клинической картине внутренних болезней с конца XIX столетия, после того как немецкие терапевты **Адольф Куссмауль** (1822–1902) и **Карл Эвальд** (1845–1915) (немецкий гастроэнтеролог и физиолог) предприняли первые попытки гастроскопии и исследования содержимого желудка с помощью толстого зонда.

Основоположником научной и клинической гастроэнтерологии считают **Исмара Боаса** (1858–1938) — ученика Эвальда, он ввел в клиническую практику модифицированную методику так называемого



Рудольф Вирхов



Карл Антон Эвальд



Исмар Боас

пробного завтрака для оценки секреторной функции желудка (1984), основал в Берлине первую гастроэнтерологическую поликлинику и на этой базе — первый международный центр подготовки врачей-гастроэнтерологов и диетологов, существенно обогатил семиотику болезней органов пищеварения. Боас описал болевые точки на брюшной стенке при болезнях ЖКТ, названные его именем.

1868 г. Адольф Куссмауль ввел в практику гастроскопию с помощью металлической трубки с гибким obturatorом, а 1869 г. предложил аспирацию желудочного содержимого с помощью желудочных зондов для исследования состояния желудка.

1871 г. Карл Штерк продемонстрировал эндоскоп из двух металлических трубок, созданных на основе высказанной в 1870 г. Луисом Валенбургом идеи.

1876 г. Карл Вильгельм фон Купфер описал свойства клеток печени, названных впоследствии клетками Купфера.

1879 г. Генрих Квинке впервые описал гастроэзофагеальный рефлюкс и гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь.

1884 г. Гуго Кронекер и Самуэль Мельцер провели первые манометрические исследования пищевода человека.

Значительный вклад в развитие гастроэнтерологии внесли французские клиницисты Р. Лаэннек, Ж. Дьелафуа, В.Ш. Гано и др. С введением в клиническую практику в 1867 г. немецким клиницистом А. Куссмаулем толстого зонда, а в 1911 г. немецким врачом М. Эйнхорном и В. Лайоном (США) тонкого зонда значительно расширилась возмож-

ность изучения секреторной и кислотообразующей функций желудка, а также патологического состояния желчных путей.

Научные и практические основы отечественной гастроэнтерологии заложены С.П. Боткиным, А.А. Остроумовым, Г.А. Захарьиным, В.П. Образцовым и другими исследователями.

Сергей Петрович Боткин (1832–1889) — выдающийся русский врач и ученый, основоположник клинической картины внутренних болезней как научной дисциплины. Развил клиническую медицину во второй половине XIX в., создал лабораторно-экспериментальный метод в клинической медицине. Изучая развитие в организме патологических изменений, воспроизводил их на животных. Установил инфекционный характер вирусного гепатита, известного под названием «катаральная желтуха» (болезнь Боткина). Создатель научной школы терапевтов. С.П. Боткин описал клиническую картину желчнокаменной болезни, изучил механизмы внепочечных образований билирубина и висцеро-висцеральные рефлексy. Русский врач-терапевт и общественный деятель, С.П. Боткин создал учение об организме, как о едином целом, подчиняющемся воле. С 1861 г. С.П. Боткин — профессор Медико-хирургической академии.

Алексей Александрович Остроумов (1844–1908) — русский клиницист-терапевт. Первые работы А.А. Остроумова носили экспериментально-физиологический характер. А.А. Остроумов установил невrogenный характер отеков (1879) и потоотделения. Он утверждал, что тяжесть заболевания определяют не морфологические изменения, а состояние нервной системы. В своих



Сергей Петрович Боткин



Алексей Александрович
Остроумов

лекциях А.А. Остроумов подчеркивал значение рефлексов при патологических состояниях органов пищеварения. А.А. Остроумов разработал принцип лечения болезней, особое внимание обращал на комплексную терапию, повышающую сопротивляемость организма, а также на бытовые условия и условия труда; создал стройную систему функциональных методов исследования. Активно внедрял физиотерапию в клиническую практику, популяризировал климатотерапию и курортное лечение. А.А. Остроумов был прогрессивным ученым, отстаивал идеи единства и целостности организма, единства организма и внешней среды. Именем А.А. Остроумова названа одна из крупнейших больниц в Москве.

Григорий Антонович Захарьин (1829—1897) — выдающийся московский врач-терапевт, разработал ряд проблем, имеющих важнейшее значение для практической медицины. Г.А. Захарьин разработал оригинальную теорию особой формы хронического малокровия — хлороза, которая объясняет это заболевание эндокринным расстройством, связанным с изменениями нервной системы. В основу своих методов лечения Г.А. Захарьин положил принцип: лечить больного человека, а не болезнь какого-либо органа. Лечение он понимал как комплекс мероприятий: гигиенический образ жизни, климатотерапию, диетотерапию и медикаментозную помощь. Г.А. Захарьин говорил, что «без гигиены и профилактики лечебная медицина бессильна. Победоносно спорить с недугами масс может лишь гигиена».

Учение о диетотерапии развивалось в зависимости от успехов медицины, биологии, общефилософских взглядов в тот или иной период.



Григорий Антонович
Захарьин

Выдающиеся представители медицинской мысли в России, гигиенисты и терапевты в лекциях, руководствах и научных статьях всегда обращали внимание на значение питания в профилактике и лечении различных заболеваний.

Г.А. Захарьин (1894), С.П. Боткин (1850), А.А. Остроумов (1880) и другие представители русской медицинской школы выдвигали различные положения, касающиеся гигиены питания и питания больного человека. Они указывали на различную питательную ценность продуктов, полезное действие отдельных пищевых веществ при некоторых заболеваниях, предостерегали от избыточного употребления

пищи при болезнях сердца, тучности, подагре, диабете и от голодания при острых инфекционных заболеваниях.

XX ВЕК

Начало XX в. ознаменовалось яркими открытиями, на много лет определившими вектор развития внутренней медицины не только в России, но и в мире.

1910 г. — создано общество российских терапевтов.

Становление гастроэнтерологии опиралось на успешное развитие физиологии пищеварения и прежде всего на классические работы Ивана Петровича Павлова и его школы. Сам факт присуждения в 1904 г. русскому ученому Нобелевской премии по физиологии и медицине «За труды по физиологии пищеварения, расширившие и изменившие понимание жизненно важных аспектов этого вопроса» способствовал бурному прогрессу исследований в области физиологии.

Иван Петрович Павлов (1849–1936) — один из авторитетнейших ученых России, физиолог, психолог, создатель науки о высшей нервной деятельности и представлений о процессах регуляции пищеварения; основатель крупнейшей российской физиологической школы.

Пути развития клинической гастроэнтерологии во многом определяются влиянием физиологической школы И.П. Павлова, которая заложила основы изучения физиологии и патологии пищеварения, обогатила содержание функционального направления клинической медицины.

Работы И.П. Павлова и его учеников, посвященные изучению функции пищеварительных желез в нормальных и патологических условиях, послужили основой для научной разработки проблем лечебного питания. Несмотря на достижения в области физиологии пищеварения, физиология питания и диетотерапия получили широкое развитие только после революции 1917 г.

В СССР становление учения о болезнях органов пищеварения как самостоятельной клинической научно-учебной дисциплины неразрывно связано с деятельностью московского профессора Мануила Исаковича Певзнера и его учеников.

Мануил Исакович Певзнер (1872–1952) — терапевт, один из организаторов Института питания в Москве и основоположников диетологии и клинической гастроэнтерологии в СССР, заслуженный деятель науки РСФСР (1936).

В 1921 г. М.И. Певзнер организовал в Москве отделение по болезням органов пищеварения и диететике и настойчиво начал внедрять диетотерапию в лечебно-профилактических учреждениях Советского Союза.

В клиниках Москвы (М.И. Певзнер, Н.К. Мюллер), Одессы (Л.А. Черкес), Киева (М.М. Губергриц), Харькова (В.М. Коган-Ясный), Новосибирска (Ф.К. Меньшиков, К.Г. Карасев), Воронежа (Н.И. Лепорский), а также за рубежом (Boas, Noorden, Tromelier и др.) у постели больного и в условиях эксперимента изучали влияние отдельных пищевых продуктов и пищевых рационов на течение патологических процессов. Полученные данные послужили основой для построения системы лечебного питания, предложенной специалистами клиники лечебного питания под руководством М.И. Певзнера. Эту систему активно внедряли в практику через обширную сеть диетических столовых, организованных в городах, заводских поселках, заводских столовых нашей страны. В настоящее время в связи с достижениями в области биологии и медицины более углубленное понимание механизмов влияния белков, жиров, углеводов, витаминов, солей, воды, макро- и микроэлементов на больного человека позволило значительно расширить показания к лечебному питанию.

Применение лечебного питания стало обязательным в комплексной терапии различных заболеваний, особенно в клинической практике внутренних болезней. При назначении лечебного питания необходимо исходить из норм физиологической потребности в пищевых веществах здорового человека, разработанных Институтом питания АМН СССР.

Согласно нормам, предложенным Институтом питания АМН СССР для здорового человека, не занимающегося физическим трудом, в сутки количество животных белков составляет 60 г, растительных — 40 г, животных жиров — 85–90 г, растительных — 10–15 г, углеводов — 400–450 г. Этот рацион обеспечивает введение 1–2 мг витамина А, по 2–3 мг витаминов В₁ и В₂, 15 мг никотиновой кислоты, 50–100 мг аскорбиновой кислоты, 12–15 мг хлористого натрия, 0,8 г кальция, 0,5 г магния, 1,4–1,6 г фосфора и 15 мг железа; энергетическая ценность рациона — около 3000–3100 ккал, общий объем пищи — до 3 кг при четырехразовом питании. Нормы питания в других странах несколько иные.

8 ноября 1895 г. немецкий физик **Вильгельм Конрад Рентген** [нем. Wilhelm Conrad Röntgen (1845–1923)] открыл рентгеновские лучи.

Развитие рентгенологического метода исследования позволило устанавливать патологические изменения во всех органах пищеварения.

1915 г. Джесси Мак Клендон впервые исследовал кислотность желудочного сока человека *in vivo*, проведя тем самым первую внутрижелудочную рН-метрию.

1922 г. Уолтер К. Альварес впервые осуществил электрогастрографию животных и человека.

1932 г. Рудольф Шиндлер разработал конструкцию полугибкого линзового гастроскопа и описал эндоскопическую картину слизистой оболочки при некоторых заболеваниях желудка.

1932 г. Баррил Бернард Крон описал болезнь, названную его именем (болезнь Крона).

1958 г. Бэзил Хиршовиц и сотр. провели первые исследования с помощью сконструированного ими фиброгастроскопа.

1972 г. Джэймс Блэк открыл новый класс противоязвенных препаратов — блокаторы H_2 -рецепторов.

1979 г. Синтезирован первый ингибитор H^+, K^+ -АТФазы (ингибитор протонного насоса) — омепразол.

1984 г. Барри Маршалл и Робин Уоррен доказали, что *Helicobacter pylori* может быть причиной целого ряда заболеваний ЖКТ.

Ключевое значение для развития гастроэнтерологии имеет начало практического использования зондов, которые помогают определить секреторную и кислотообразующую функции желудка.

В XX в. Василию Образцову удалось основать методику пальпации брюшных органов.

Развитие химических наук способствовало детальному изучению клинических дисциплин (терапии, хирургии, педиатрии).

Большой вклад в развитие отечественной гастроэнтерологии внесли ученые: М.П. Кончаловский, Н.Д. Стражеско, Р.А. Лурия, А.Л. Мясников, Е.М. Тареев, В.Х. Василенко, Н.И. Лепорский, Н.В. Коновалов, М.М. Губергриц, И.П. Разенков, М.Н. Шатерников, С.А. Холдин, С.П. Федоров, С.А. Рейнберг, Ю.Н. Соколов, Б.В. Петровский.

Более полному пониманию вопросов патогенеза и клинической картины хронического гастрита способствовали классические исследования М.П. Кончаловского, Р.А. Лурия, О.Л. Гордяна, Ю.М. Лазовского, С.М. Рысса, Р. Шиндлера, Е. Палцера. Существенным вкладом в изучение патологии пищеварения стало так называемое пристеночное, или мембранное, пищеварение, впервые описанное А.М. Уголевым; были разработаны методы исследования этой патологии для клинической практики. Основоположниками научного учения о язвенной



Вильгельм Конрад Рентген

болезни по праву следует считать французского врача Ж. Крювелье и российского ученого Ф. Удена. Это заболевание исследовали также И.П. Павлов, С.П. Боткин, С.С. Юдин, В.Х. Василенко и др.

1910 г. — создано общество российских терапевтов.

Исследования в области гастроэнтерологии объединяют и координируют Ассоциация европейских и средиземноморских стран и Всемирное объединение гастроэнтерологов.

29 мая — Всемирный день здорового пищеварения. Всемирная организация гастроэнтерологов объявила 29 мая Всемирным днем здорового пищеварения (англ. World Digestive Health Day). Каждый год Всемирный день здорового пищеварения посвящают какой-нибудь одной серьезной гастроэнтерологической проблеме. В 2009 г. — это синдром раздраженного кишечника. Тема 2016 г. — «Диеты и здоровье кишечника».

Дата 29 мая выбрана в связи с тем, что в этот день в 1958 г. был принят Устав Всемирной организации гастроэнтерологов.

Всемирная организация гастроэнтерологов (син.: **Всемирная гастроэнтерологическая организация**; англ. World Gastroenterology Organisation, WGO) — международная профессиональная медицинская федерация, объединяющая более 100 национальных гастроэнтерологических обществ и 4 региональные ассоциации гастроэнтерологов, представляющих в общей сложности более 50 000 индивидуальных членов.

1958 г. В Вашингтоне состоялся первый Всемирный гастроэнтерологический конгресс, а Всемирная организация гастроэнтерологов была зарегистрирована в качестве международной научной организации.

В 1960-е годы в СССР были организованы:

- Всесоюзный НИИ гастроэнтерологии в Москве (директор В.Х. Василенко);
- Ленинградский учебно-методический центр гастроэнтерологии (директор С.М. Рысс);
- институты гастроэнтерологии в Днепропетровске (директор Е.М. Поляков) и Душанбе (директор Х.Х. Мансуров).

1965 г. — создано Всесоюзное научное общество гастроэнтерологов.

И наконец, возникновение в последней четверти XX в. узкой специализации в различных областях гастроэнтерологии (терапия и хирургия болезней пищевода, желудка, толстой кишки, поджелудочной железы, печени) свидетельствует о начале современного этапа в развитии этой области медицинской науки.

СОВРЕМЕННАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Среди корифеев современной гастроэнтерологии мы хотим рассказать о Л.Б. Лазебнике и В.Т. Ивашкине.

Леонид Борисович Лазебник (род. 11.01.1941, Москва) — доктор медицинских наук, профессор кафедры поликлинической терапии лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета (МГМСУ) им. А.И. Евдокимова, Москва. Президент Научного общества гастроэнтерологов России (НОГР), член Президиума Национальной медицинской палаты, член правления Московского научного общества терапевтов, вице-президент Общества геронтологов.

В 1993—2011 гг. — главный терапевт Москвы, в 2001—2012 гг. — директор Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии (ЦНИИГ), Москва.

Важную роль в развитии отечественной гериатрии сыграли монографии Л.Б. Лазебника и его учеников, в том числе: «Заболевания органов пищеварения у пожилых», Национальное руководство «Старение. Профессиональный врачебный подход». В 2015 г. он был научным консультантом опубликованного исследования «Старшее поколение москвичей — качество жизни и условия для активного долголетия».

Научные исследования под руководством Л.Б. Лазебника приобрели выраженную академическую направленность, повысилась доля фундаментальных исследований.

Впервые в Российской Федерации были проведены эпидемиологические исследования гастроэнтерологических заболеваний («Многоцентровое исследование по эпидемиологии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России») — под его руководством разработаны Московские соглашения «Стандарты диагностики и терапии кислотозависимых заболеваний», утвержденные V съездом Научного общества гастроэнтерологов России. Л.Б. Лазебник стал инициатором и основным разработчиком нового направления в медицине и гастроэнтерологии — применении стромальных мезенхимальных клеток при гастроэнтерологических заболеваниях. Огромную роль в научной жизни отечественной гастроэнтерологии сыграли проводимые ежегодно съезды Научного общества гастроэнтерологов, на которых не только решали широкий круг научных проблем, но и обсуждали перспективные программы и проекты. С приходом Л.Б. Лазебника Институт гастроэнтерологии стал проводить международные школы по гастроэнтерологии с привлечением ведущих зарубежных специалистов. Под руководством Л.Б. Лазебника сформировалась научная школа — защи-

щены 17 докторских и более 70 кандидатских диссертаций, им опубликовано более 800 научных работ, 14 монографий, более 30 методических разработок и 25 изобретений. Написанная в соавторстве с академиком РАМН Л.И. Ольбинской книга «Донаторы оксида азота» получила премию РАМН им. А.Л. Мясникова за 1999 г. Огромную воспитательную роль для молодых врачей играют созданные им совместно с сотрудниками ЦНИИГ фундаментальные монографии «Доктор Боткин Сергей Петрович», «Российские терапевты» и «Ангелы добра, Житие и деяния первого московского тюремного доктора Федора Петровича Газа». Признанный «топ опинион-лидер», т.е. человек, суждения, идеи и действия которого служат образцом для других, Л.Б. Лазебника постоянно приглашают для выступлений на научных форумах различного уровня, в том числе и международных. Профессиональный авторитет Леонида Борисовича высоко оценен международным сообществом.

- В 2012 г. Номинационный комитет им. Сократа Европейской бизнес-ассамблеи представил Л.Б. Лазебника к почетной награде «The Name in Science» с внесением его имени во Всемирный реестр выдающихся ученых, а координационный совет Европейской бизнес-ассамблеи представил руководимый им коллектив к получению сертификата качества Швейцарского института стандартов качества «International Quality Certificate» (SIQS).
- В феврале 2016 г. Всемирная медицинская конференция World's Biggest Scientific Events присвоила Л.Б. Лазебнику международную премию «International Health Care Award — 2016».
- Леонид Борисович Лазебник — член Американской гастроэнтерологической ассоциации (AGA) и Всемирной гастроэнтерологической организации (WGO), принимает активное участие в их работе, результатом чего стали недавно опубликованные с его участием указания WGO «Global perspectives on gastroesophageal reflux disease».

На лекциях и публикациях Л.Б. Лазебника воспитаны несколько поколений врачей, а его доклады, разборы больных, научные статьи отличаются клиницизмом и оригинальностью.

Л.Б. Лазебник часто выступает в средствах массовой информации, популяризируя медицинские знания. Он имеет отечественные правительственные награды — медали «Ветеран труда» и «850 лет Москвы», знак «Отличник здравоохранения».

Владимир Трофимович Ивашкин (род. 24.03.1939) — доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета, директор Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии, гепатоло-

гии Московской медицинской академии (ММА) им. И.М. Сеченова (Москва), главный специалист-гастроэнтеролог Минздрава России, президент Российской гастроэнтерологической ассоциации.

В.Т. Ивашкин — генерал-майор медицинской службы в отставке, лауреат премии Правительства РФ 2006 г. в области науки и техники. Входит в состав Комитета по номинациям (Nominations Committee) Всемирной организации гастроэнтерологов (WGO). Тема кандидатской диссертации (1971): «Значение радиотелеметрического исследования интрагастрального и интрадуоденального рН для оценки эффективности действия антацидов и атропина у больных хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки».

В.Т. Ивашкин — действительный член Российской академии медицинских наук (1997), Казахской академии медицинских наук (2001), Американской гастроэнтерологической ассоциации (1996), Американской ассоциации энтерального и парентерального питания и других организаций. В.Т. Ивашкин — главный внештатный специалист-гастроэнтеролог Минздрава России, организатор и президент Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) (1995) и Российского общества по изучению печени (РОПИП) (1998). В качестве президента РГА и РОПИП, а также президента Научного общества гастроэнтерологов России представляет Российскую гастроэнтерологию в международных организациях, таких как Всемирная организация гастроэнтерологов (в которой является членом Комитета по номинациям). В.Т. Ивашкин — руководитель Национальной школы гастроэнтерологов, гепатологов и Российских гастроэнтерологических недель, главный редактор журналов «Российского журнала гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии» и «Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии», включенных в список изданий, рекомендуемых для опубликования основных научных результатов диссертации на соискание ученой степени кандидата и доктора наук. Успешно проводит в рамках научно-образовательного проекта «Школа клинического диагноза академика В.Т. Ивашкина» научно-практические семинары. Семинар по теме «Неалкогольная жировая болезнь печени» состоялся 26 сентября 2016 г.

В настоящее время «Школа клинического диагноза» — совершенно новая форма обучения специалистов и обмена опытом. Одно из главных ее преимуществ заключается в том, что каждый «урок» дает каждому «ученику» максимально наглядный опыт. Кроме того, подобная совместная работа — невероятно увлекательный процесс, полностью погружающий всех его участников в решение трудной медицинской задачи для достижения наилучшего результата.