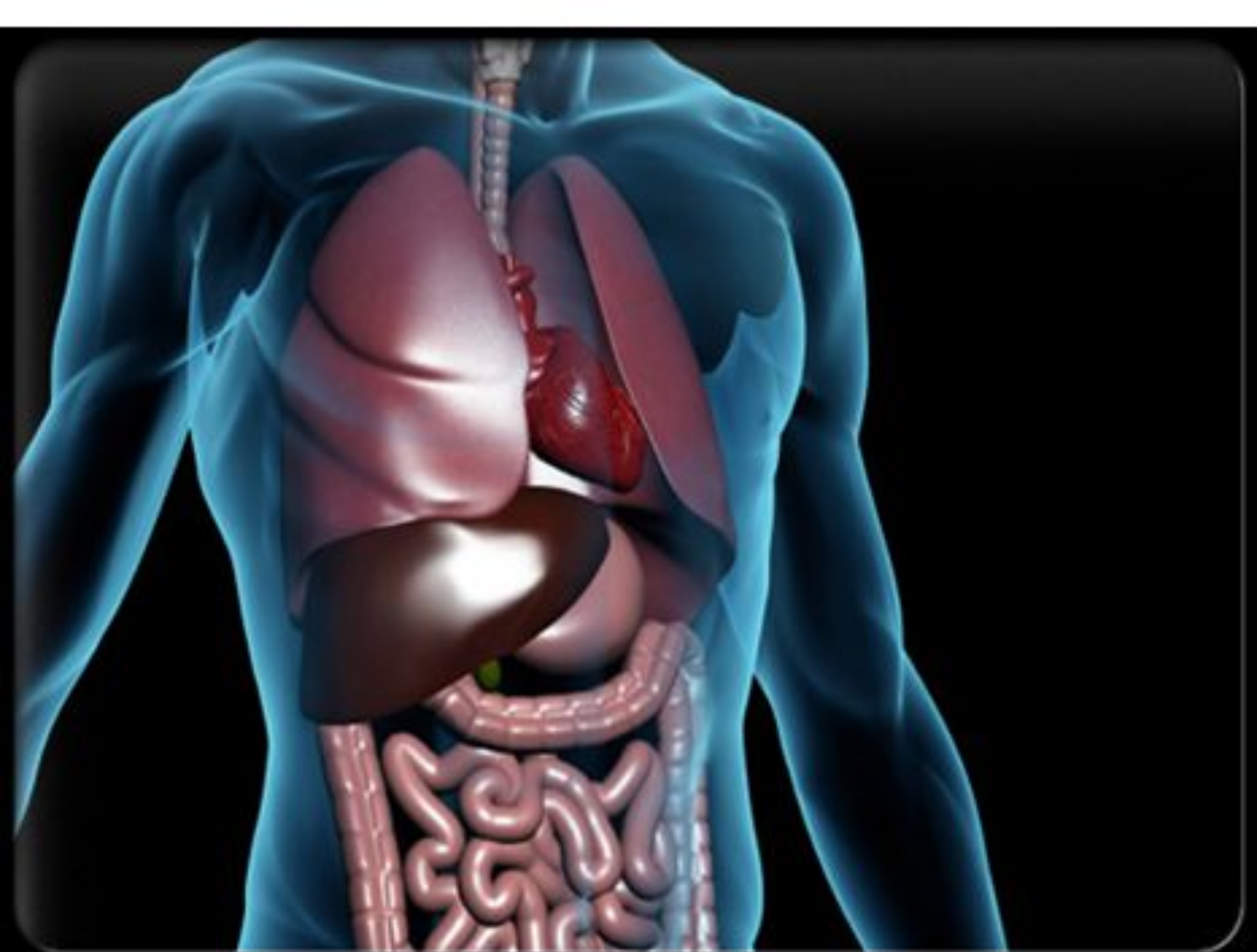




# Функціональні захворювання органів травлення у дітей

*Доцент кафедри факультетської педіатрії  
ЗДМУ Мазур В.І.*



Язык  
Зуби  
глотка

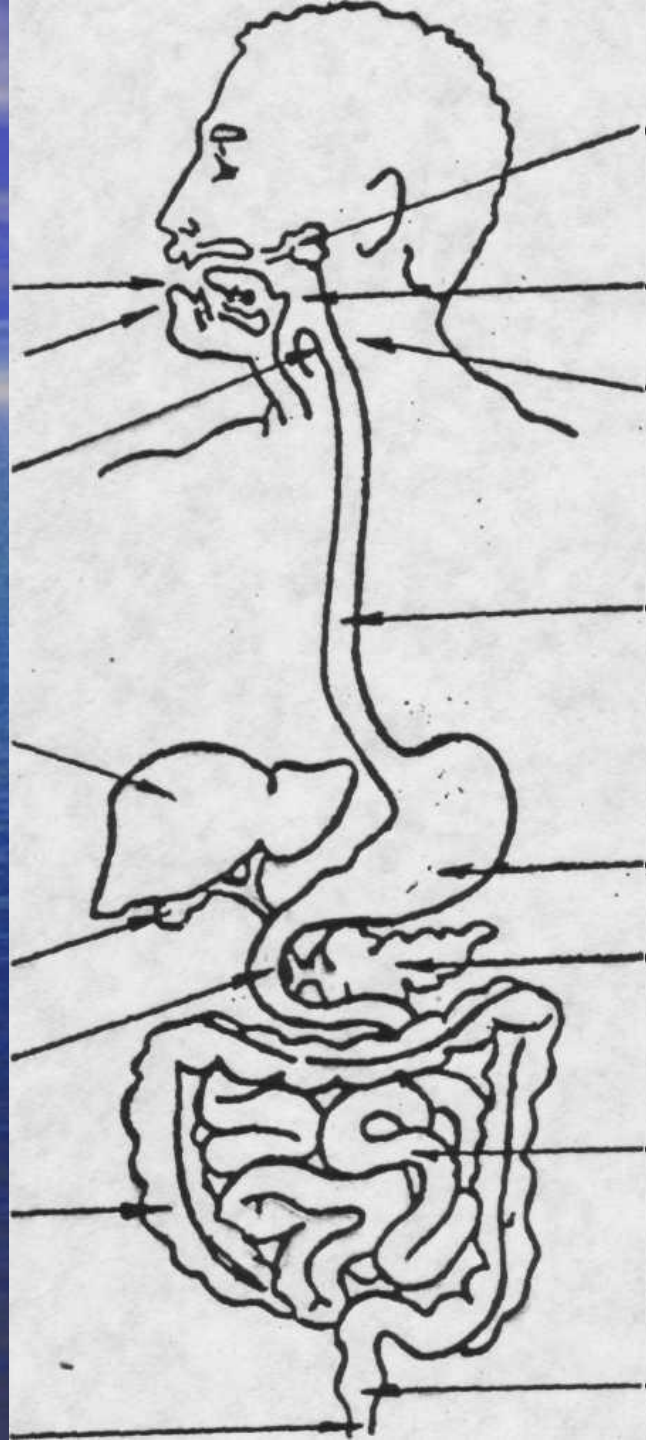
печінка

Жовчний міхур

Дванадцятипала  
кишка

Товста кишка

Пряма кишка



Околоушная  
слюнная железа

Під'язична слинна  
залоза  
Підщелепна слинна  
залоза

Стравохід

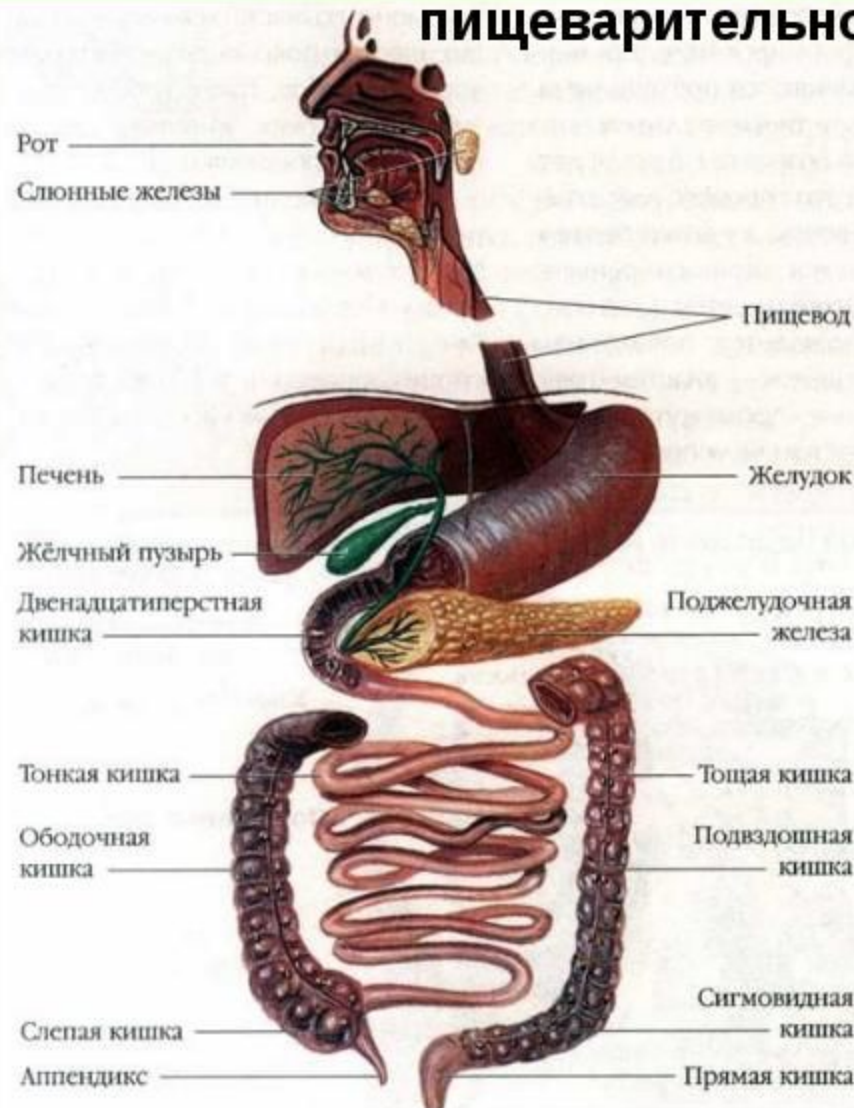
Шлунок

Підшлункова  
залоза

Тонкий кишківник

Пряма кишка 3

## Изменения, которым подвергается пища в органах пищеварительного тракта



- ротовая полость – апробация, смачивание, обезвреживание, измельчение пищи, расщепление углеводов;
- пищевод – продвижение пищи в желудок;
- желудок – механическая переработка, обеззараживание пищи, расщепление белков и частичное – жиров;
- 12-перстная кишка – расщепление белков, жиров и углеводов под действием поджелудочного сока и желчи;
- тонкий кишечник – расщепление белков и углеводов, избирательное всасывание питательных веществ в кровь и лимфу;
- толстый кишечник – всасывание воды, формирование каловых масс, переваривание клетчатки, синтез витаминов.

# ФУНКЦІОНАЛЬНІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ РОЗЛАДИ

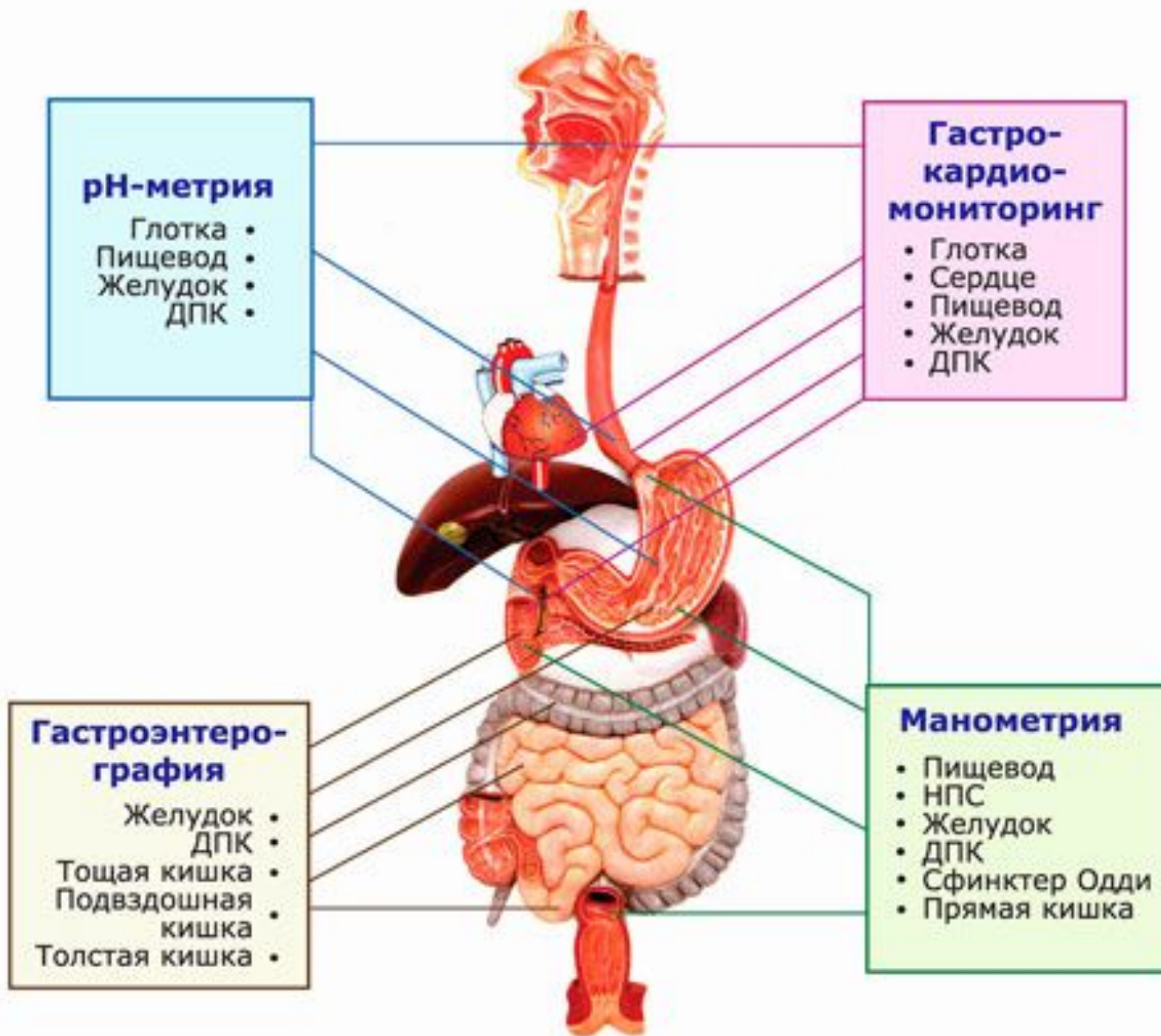


- Функціональні гастроінтестинальні розлади – це різноманітна комбінація гастроінтестинальних симптомів без структурних або біохімічних порушень
- Функціональні гастроінтестинальні розлади розглядаються як психологічні порушення або просто відсутність органічних хвороб

# ФУНКЦІОНАЛЬНІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ РОЗЛАДИ: Визначення

- Згідно загальноприйнятим визначенням до функціональних захворювань відносять ті стани, коли не вдається виявити морфологічних, генетичних, метаболічних та інших змін, якими можна було б пояснити клінічні СИМПТОМИ





# ФУНКЦІОНАЛЬНІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ РОЗЛАДИ: Класифікація

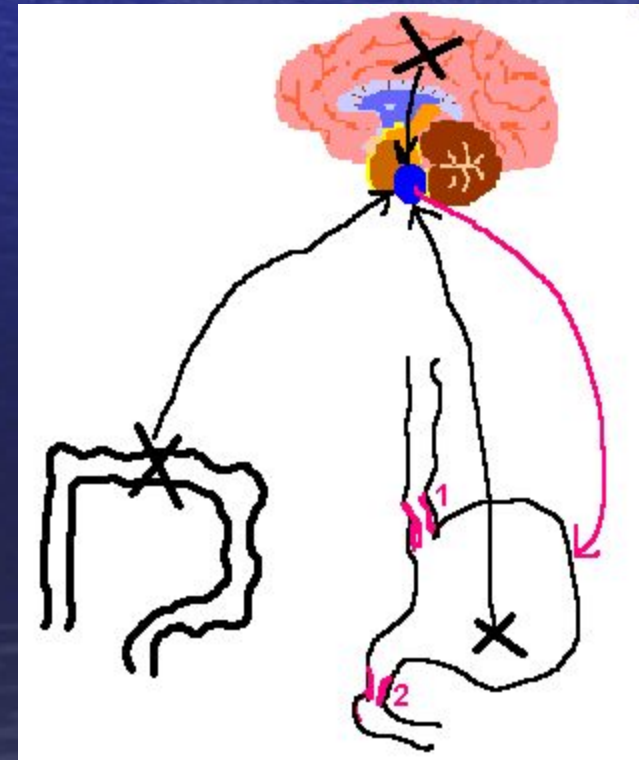
- Відповідно з прийнятою класифікацією ФГР у дітей були розподілені на дві групи: G і H;
- У групу G були включені ФГР, які спостерігаються у новонароджених і дітей раннього віку;
- У групу H віднесені ФГР, які зустрічаються у дітей та підлітків;
- На думку авторів, такий підрозділ ФГР абсолютно виправдано і необхідно, оскільки є досить чіткі відмінності в умовах виникнення та особливостях клінічних проявів, які пов'язані з ростом і розвитком дітей у різні вікові періоди





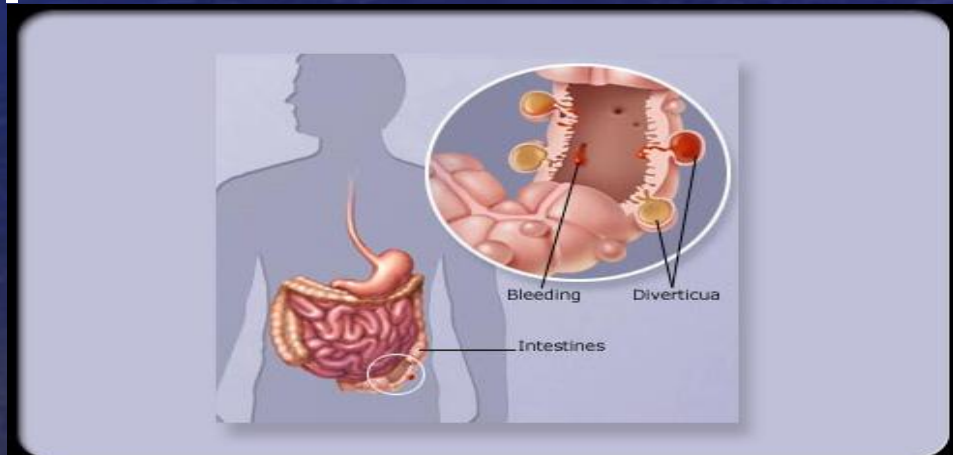
# ФУНКЦІОНАЛЬНІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ РОЗЛАДИ: Класифікація

- Дитячі функціональні гастроінтестинальні розлади: Новонароджені / Діти раннього віку
- G1. Регургітація у немовлят (Дитяча регургітація).
- G2. Синдром румінації у немовлят.
- G3. Синдром циклічної блювоти.
- G4. Кольки у немовлят.
- G5. Функціональна діарея.
- G6. Дисхезія у немовлят.
- G7. Функціональний закреп. 7



# ФУНКЦІОНАЛЬНІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ РОЗЛАДИ: Класифікація

- Н. Дитячі функціональні гастроінтестинальні розлади :  
Діти / Підлітки
- Н1. Блювота та аерофагія.
  - Н1а. Синдром румінації у підлітків.
  - Н1б. Синдром циклічної блювоти.
  - Н1с. Аерофагія.



# ФУНКЦІОНАЛЬНІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ розлади: Класифікація

- Н. Дитячі функціональні гастроінтестинальні розлади:
- Діти / Підлітки
- Н2. Абдомінальний біль, пов'язаний з функціональними гастродуоденальними розладами.
- Н2А. Функціональна диспепсія.
- Н2б. Синдром роздратованого кишечника.
- Н2С. Абдомінальна мігрень.
- Н2d. Дитячий функціональний абдомінальний біль.
- Н2d1. Синдром дитячого функціонального абдомінального болю.
- Н3. Запор і нетримання калу
- Н3а. функціональний запор
- Н3б. Нетримання калу

# **ФУНКЦІОНАЛЬНІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ РОЗЛАДИ: Причини**

- **Анатомічна і функціональна незрілість органів травлення;**
- **Нескоординованість роботи різних органів системи травлення;**
- **Порушення регуляції внаслідок незрілості ентеральної нервової системи;**
- **Несформований біоценоз кишечника**

## *Усі моторні порушення травного тракту можна згрупувати:*

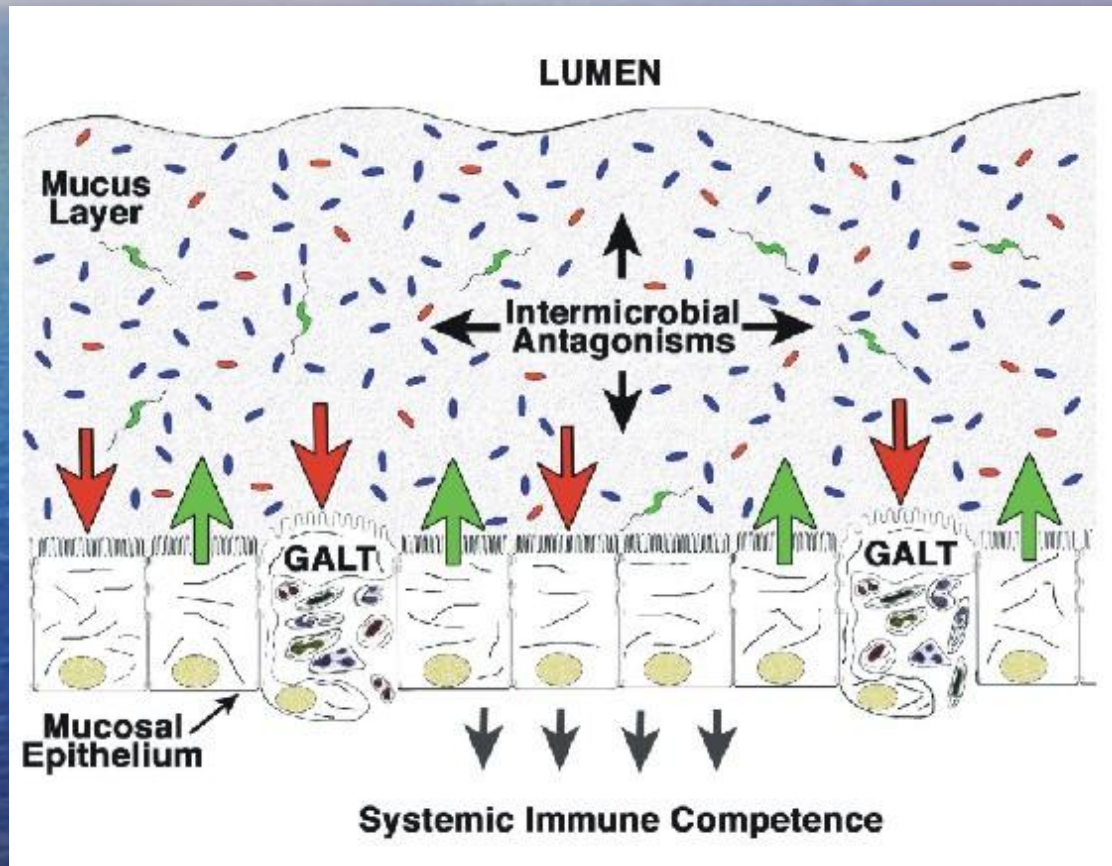
- Зміни пропульсивної активності (зниження-підвищення)
- Зміни тону́су сфінктерів (зниження-підвищення)
- Поява ретроградної моторики
- Виникнення градієнту тиску в суміжних відділах травного тракту

# ФУНКЦІОНАЛЬНІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ РОЗЛАДИ: Патогенез

## Концептуальна модель ФРКШТ



# Придушення росту патогенів



# Кишкові кольки

- “ПРАВИЛО ТРЬОХ”:
- Починаються в перші 3 тижні життя
- Продовжуються до 3 годин на день
- Зустрічаються переважно у дітей перших 3 місяців життя



# Причини кишкових кольок

- Функціональна незрілість травної і нервової системи у немовлят
- Невідповідність харчування можливостям травної системи
- Лактазна недостатність, довести яку можна за допомогою проби Бенедикта (загальний вміст вуглеводів у калі), водневого дихального тесту, визначення рН калу
- Інтестинальна мікрофлора

# “Червоні прапорці” при кольках

- Часта регургітація
- блювання і кашель
- Клінічні симптоми атопії у дитини або членів родини
- Гастроінтестинальна кровотеча
- Затримка розвитку
- Здуття живота і метеоризм
- Прогресуюче погіршення стану дитини

# Лікування кишкових кольок

- Спокійна обстановка в сім'ї
- Корекція харчування
- Режим харчування

# Функциональные нарушения, проявляющиеся рвотой



# **ЗРИГУВАННЯ (МАЛЮКОВА РЕГУРГІТАЦІЯ)**

- Зустрічається у 20-50% дітей перших 6 міс. життя (при активному опитуванні - у 85% дітей)
- Це норма для дітей перших місяців життя
- Неускладнені відрижки у здорової дитини є станом, властивим певному етапу розвитку, а не хворобою.



# МАЛЮКОВА РЕГУРГІТАЦІЯ

- **Регургітація** (зригування) – пасивний викид вмісту шлунку до ротової порожнини та назовні;
- **Блювання** – рефлекторний акт з автономним скороченням мускулатури шлунка, стравоходу, діафрагми і передньої черевної стінки, при якому вміст шлунка з силою викидається назовні;
- **ГЕР** – ретроградний рух шлункового вмісту у стравохід і вище внаслідок розслаблення нижнього сфінктера стравоходу;
- **Румінація** - це постійна регургітація нещодавно з'їденої їжі, яку дитина знову пережовує й знову повторно ковтає, але при цьому немає ознак якогось органічного захворювання



**Шкала оценки интенсивности срыгиваний (Y. Vandenplas et al., 1993)**

0 баллов	Отсутствие срыгиваний
1 балл	Менее 5 срыгиваний в сутки, объемом не более 3 мл
2 балла	Более 5 срыгиваний в сутки, объемом более 3 мл
3 балла	Более 5 срыгиваний в сутки, объемом до 1/2 количества смеси, введенного за одно кормление, не чаще, чем в половине кормлений
4 балла	Срыгивания небольшого объема в течение 30 минут и более после каждого кормления
5 баллов	Срыгивания от 1/2 до полного объема смеси, введенного во время кормления, менее чем в половине кормлений





# Використання антирефлюксної суміші



# СИНДРОМ РУМІНАЦІЇ У НЕМОВЛЯТ: Визначення

- **Румінація** –це постійна регургітація недавно з'їденої їжі, яку дитина знову пережовує і повторно ковтає, але при цьому відсутні ознаки будь-якого явного органічного захворювання

14



# **СИНДРОМ РУМІНАЦІЇ У МАЛЮКІВ: Етіологія і патогенез**

- **Висловлено гіпотезу, що розвиток синдрому румінації пов'язано з сенсорною і моторною дисфункцією шлунка. Проведені в подальшому спеціальні дослідження показали, що у хворих з синдромом румінації спостерігається більш висока чутливість шлунка і розслаблення НПС в період розтягування шлунка після прийому їжі**
- **Було показано, що при збільшенні внутрішньочеревного тиску відбувається активне скорочення в області езофагогастрального з'єднання, а також тонізуюче скорочення ніжок діафрагми. Вважають, що це саме ті механізми, які забезпечують достатній тиск НСС.**

# **СИНДРОМ РУМІНАЦІЇ У МАЛЮКІВ: Клінічна картина**

- **Характеризується періодичними нападами скорочень м'язів черевного преса, діафрагми і язика, що призводять до закидання шлункового вмісту в ротову порожнину, де їжа знову пережовується і проковтується**
- **Найчастіше захворювання починається у віці 3-8 місяців**
- **Відрижка, пережовування і повторне проковтування їжі відбувається без нудоти або інших ознак дискомфорту**
- **Синдром румінації може викликати затримку росту і темпів психо-мовного і моторного розвитку дитини, особливо в другій половині першого року життя**

# **СИНДРОМ РУМІНАЦІЇ У МАЛЮКІВ**

- . Діагноз встановлюють при наявності ознак протягом, принаймні, 3 місяців:повторювані скорочення м'язів черевного преса, діафрагми і язика**

**Початок у віці 3-8 місяців**

**Відсутність ефекту від заходів, що застосовуються при ГЕРХ або антихолінергічних препаратів, зміни характеру харчування, годування через соску або гастростому**

**Не супроводжується нудотою або ознаками дискомфорту**

**Румінація не відбувається протягом сну і коли немовля спілкується з оточуючими**

# СИНДРОМ РУМІНАЦІЇ У МАЛЮКІВ: Лікування

- **Забезпечення дитині сприятливого навколишнього середовища і заспокійливий режим**
- **Поведінкова терапія**
- **Зміна складу їжі, більш повільне її поглинання і обмеження прийому рідини під час їжі**



**18**



# АЕРОФАГІЯ: Визначення

- Аерофагія - відчуття розпирання в епігастрії, що виникає внаслідок надмірного заковтування повітря і зменшується після відрижки повітрям
- Як відомо, заковтування повітря є несвідомим фізіологічним актом, але при аерофагії відбувається надмірне заковтування повітря, причому не обов'язково пов'язане з прийомом їжі

19



# АЕРОФАГІЯ: Клініка

- Виявляється гучною відрижкою повітрям, яка може посилюватися при психоемоційному збудженні;
- Часто ця відрижка не залежить від прийому їжі;
- Скарги на відчуття переповнення шлунка, здуття верхньої частини живота після їжі, що зменшується після відрижки;
- Рідше виникає гикавка;
- Здуття живота зменшується під час сну;
- Нерідко дитина заковтує повітря непомітно від батьків



# **АЕРОФАГІЯ:**

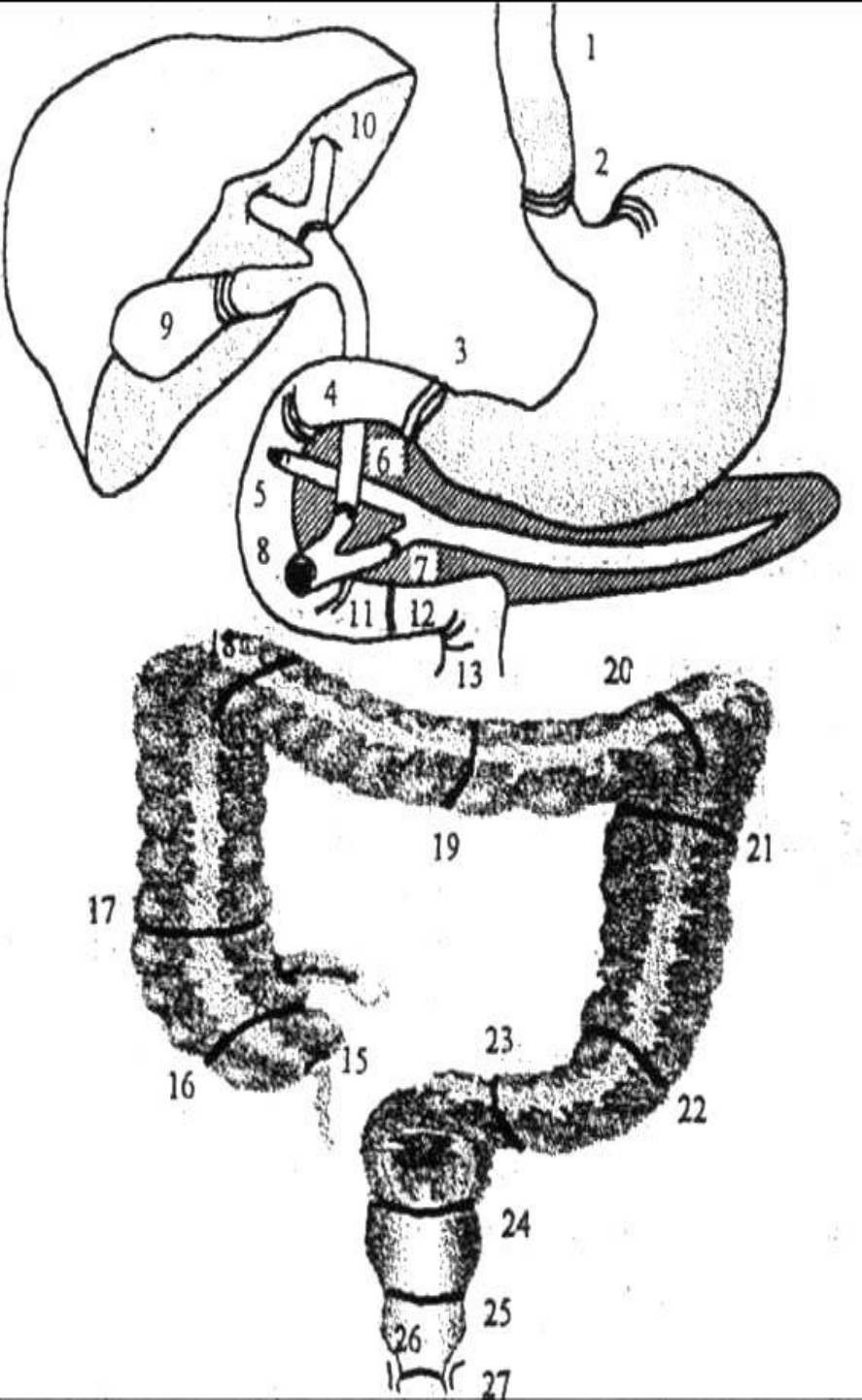
- **Діагноз встановлюють при наявності принаймні 2 ознак, зазначених нижче:**
- **заковтування повітря**
- **здуття живота через скупчення повітря в кишечнику**
- **повторювана відрижка і / або підвищене виділення газів з кишечника**
- **Зазначені ознаки спостерігаються один раз в тиждень, протягом принаймні 2 місяців до встановлення діагнозу**

# АЕРОФАГІЯ: Лікування

- Інформаційний вплив
- Дієтичні рекомендації (відмова від льодяників, жувальної гумки і газованих напоїв, повільний прийом їжі маленькими ковтками)
- При їх неефективності показані:
- анксиолітики (транквілізатори),  
антиеметики з легким нейролептиним ефектом (етаперазин, тіетілперазін)
- 22

## *ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ. ПРИЧИНИ*

- **нервово-психічний фактор**
- **інфекційний**
- **аліментарний**
- **вісцеральний**
- **генетичний фактор**
- 
-



## Сфінктери шлунково-кишкового тракту

- 1 - верхній сфінктер стравоходу,
- 2 - нижній (кардіальний) сфінктер стравоходу,
- 3 - пілоричний сфінктер шлунка,
- 4 - бульбодуоденальний сфінктер,
- 5 - сфінктер Хейлі, добавочного санторінового протоку,
- 6 - сфінктер Одді-Бойдена загального жовчного протоку,
- 7 - сфінктер Вестфаля головного вірсунгова протоку,
- 8 - сфінктер Одді-Щрайбера великого дуоденального сосочка,
- 9 - сфінктер міхурового протоку Люткенса,
- 10 - сфінктер загального печінкового протоку Міріззі,
- 11 — сфінктер Капанджи,
- 12 - сфінктер Оксаера,
- 13 - дуоденоєюальна складка Трейтф,
- 14 - сфінктер ілеоцекальний Вароліуса (ілеоцекальний клапан),
- 15 - сфінктер чревоподібного відростка (заслонка Герлаха),
- 16 - сфінктер Бузи,
- 17 - сфінктер Гирша,
- 18 - сфінктер Кеннона-Бема,
- 19 - сфінктер Хорста,
- 20 - сфінктер Кеннона,
- 21 - сфінктер Пайра-Штрауса,
- 22 - сфінктер Баллі,
- 23 - сфінктер Россі-Мютъе,

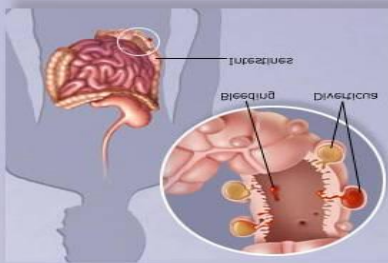
## ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ

Діагноз встановлюють при наявності всіх ознак:

- Постійна або рецидивуюча біль або дискомфорт у верхній частині живота (вище пупка)
- Не зменшується після дефекації або пов'язана зі зміною частоти або характеру стільця (Не синдром роздратованого кишечника)
- Відсутні докази запального, метаболічного або неопластического процесу, а так само анатомічні зміни, здатні пояснити ознаки захворювання
- Зазначені ознаки спостерігаються не менше одного разу на тиждень протягом 2 х місяців до встановлення діагнозу

# Синдром роздратованого кишечника (К 58)

- Функціональний розлад кишечника, при якому біль в животі чи дискомфорт пов'язані с порушенням дефекації чи кишечного транзиту.



- Синдром роздратованого кишечника встановлюють при наявності ознак:

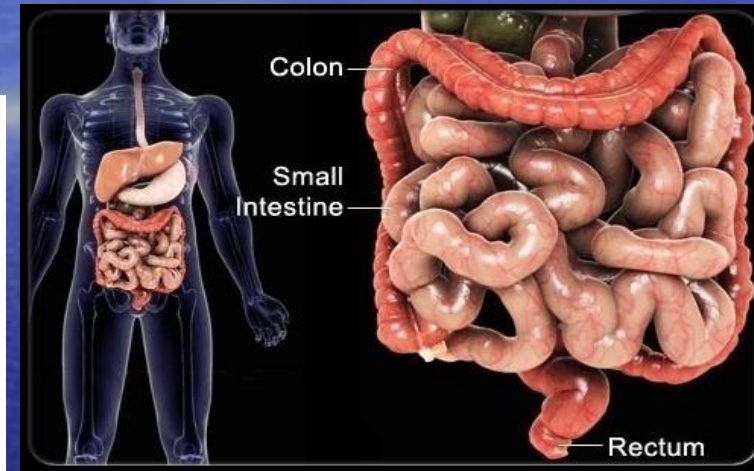
Абдомінальний дискомфорт чи біль, які мають 2 чи більше особливостей, протягом 25% часу доби:

- Зменшуються після дефекації,
- Асоціюється зі зміною частоти актів дефекації,
- Асоціюється зі зміною консистенції кала

- Відсутність доказів запальних і метаболічних процесів, анатомічних змін та новоутворень, які пояснюють вище вказані ознаки.

32

## Функциональные нарушения с болью и изменением стула



# Ознаки, що кумулятивно підтверджують діагноз СРК

- Зміни частоти актів дефекації (4 або більше разів на день або 2 або менше раз в тиждень)
- Зміни консистенції калу (твердий, «овечий» або рідкий, водянистий)
- Порушення акту дефекації (напруга при дефекації, імперативні позиви до дефекації або відчуття неповного випорожнення кишечника)
- Виділення слизу з калом
- Здуття або почуття розпирання в животі
- Критерії СРК повинні виявлятися у хворих протягом 2-х місяців (а не 3-х міс., як раніше), що передують встановленню діагнозу



# Синдром циклічної блювоти: Визначення

- Синдром циклічної блювоти (CVS) – захворювання переважно дитячого віку, що проявляється стереотипними повторними епізодами блювоти, що змінювалися періодами повного благополуччя



31

# Синдром циклічної блювоти: Етіологія

- Найбільш частими провокуючими факторами стають:
  - Інфекція (41 %), особливо хронічний синусит;
  - Психологічні стреси (34 %);
  - Харчові продукти( шоколад, сир та ін.);
  - Фізичне виснаження (18 %);
  - Атопічні реакції (13 %);
  - Менструації (13 %) та ін. фактори



# **Синдром циклічної блювоти: Патогенез**

*Відомо про два механізми нудоти і блювоти:*

**Перший механізм: Пов'язаний з надходженням блювотних стимулів безпосередньо в блювотний центр. По аферентним вагусним і симпатичним волокнам до блювотного центру надходять імпульси від органів травлення і жовчних шляхів, глотки, очеревини, коронарних артерій, вестибулярного апарату, з таламуса, гіпоталамуса і коркових центрів. Рухові імпульси від блювотного центру йдуть до діафрагми по діафрагмовим нервах, до міжреберних і черевних м'язів по спинномозкових нервів, а до гортані, глотці, стравоходу, і шлунку - по блукаючим нервах.**

# Синдром циклічної блювоти: Патогенез

*Відомо про два механізми нудоти і блювоти:*

- Другий механізм:
  - Пов'язаний зі стимуляцією хеморецепторної критичної зони, з якої імпульси далі йдуть в блювотний центр і активують його;
  - Стимуляторами хеморецепторної критичної зони є: різні медіатори (серотонін, ангіотензин II, нейротензін, вазоактивний інтестинальний поліпептид, гастрин, антидіуретичний гормон, дофамін), лікарські препарати, уремія, гіпоксія, діабетичний кетоацидоз, ендотоксини грампозитивних бактерій, променева терапія

# **Синдром циклічної блювоти: Клініка**

- **Продромальний період - це проміжок часу, протягом якого пацієнт починає відчувати наближення епізоду циклічної блювоти, але все ще може йому запобігти за допомогою прийому медикаментів через рот. Цей період закінчується разом з початком блювоти;**
- **Продромальний період може тривати від декількох хвилин до декількох годин і навіть декількох днів. Нерідко (у 25%) він відсутній**

# Синдром циклічної блювоти: Клініка

- Приступний період характеризується нестримною нудотою і блювотою, яка спостерігається у всіх (100%) дітей
- Блювота може бути до 6 разів протягом години і може бути як з домішкою жовчі (76%), так і крові (32%);
- Це унеможлиблює будь-яке питво і прийом їжі та медикаментів
- Практично у всіх хворих під час нападу виявляються ознаки вегетативних порушень

# Синдром циклічної блювоти: Клініка

- Діти загальмовані, сонливі, при посиленні блювоти нарастають явища дегідратації
- Виникає гіповолемія і гіпокаліємія
- Летаргія (патологічний стан, що характеризується ослабленням всіх проявів життя) спостерігається у 93% дітей
- Розвивається метаболічний алкалоз
- Крім того, виявляється блідість шкірних покривів (91-100%) і слинотеча



# Синдром циклічної блювоти: Клініка

- У багатьох хворих з CVS є неврологічні порушення, які підтримують відносини між мігренню і CVS
- У 82% пацієнтів в анамнезі є сімейні випадки мігрени
- Досить часто під час нападу відзначається головний біль, фотобоязнь, фонофобія, запаморочення
- Зазвичай середня тривалість приступного періоду становить 24-48 год (мінімально 2 год), але може тривати протягом 10 днів і більш





**Дуже часто перебіг приступу супроводжується гастроінтестинальними симптомами, такими, як біль в животі, блювота, анорексія, нудота та діарея**

# Синдром циклічної блювоти: Лікування

## Регуляція функцій и уровни возникновения симптомов

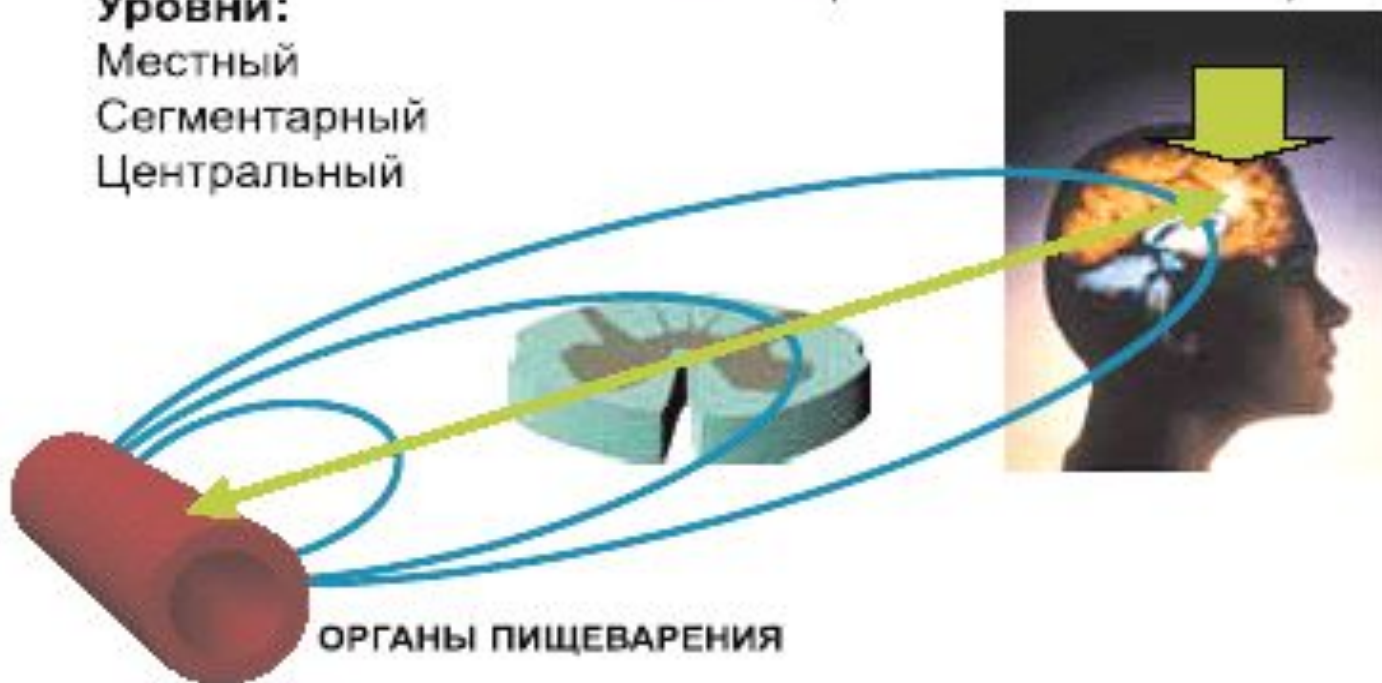
Уровни:

Местный

Сегментарный

Центральный

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ



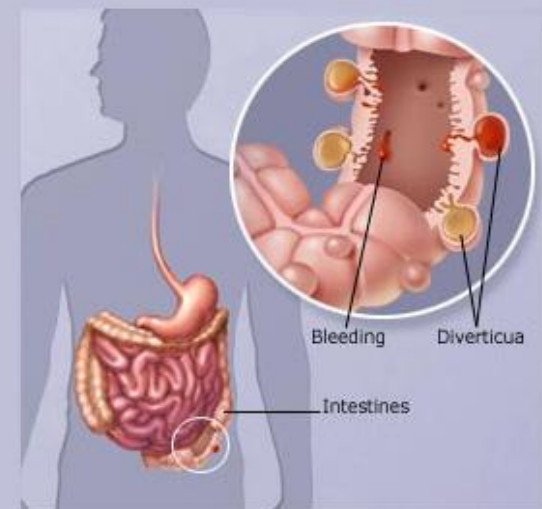
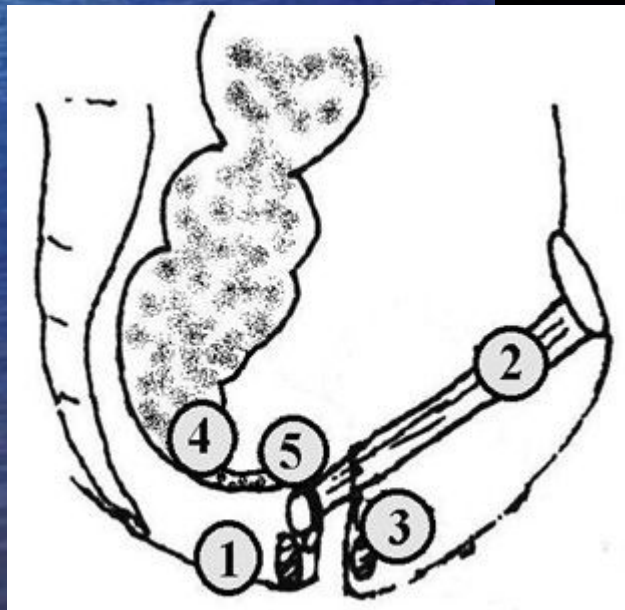
# Синдром циклічної блювоти: Лікування

Період	I	II	III
Симптоми	Відсутні	Продромальний період	Прийом
Ціль терапії	Запобігання прийому	Абортування прийому	Термінація прийому
Терапія	Усунення тригерів. профілактика мігрені (Ципрогептадин, амітриптилін, пропранолол)	Лоразепам і/або ондансетрон (per os або сублінгвально). Сон. Анальгезія (при абдомінальній болі). Триптан (при головній болі)	Внутрішньовенне заповнення рідини в поєднанні з H2-блокаторами. Для термінації нападу внутрішньовенно лоразепам і / або ондансетрон. Для седатації хлорпромазин (по 0,5-1,0 мг / кг) і діфенілгідрамін (по 0,5-1,0 мг / кг разом), повторювати кожні 3-4 г при нудоті в стані неспання

# Функціональні закрепи

*Діагностичні критерії:*

- ° Подовження інтервалів між актами дефекації (більше ніж на 32-36 г)
- ° Тривалий період напруження - не менше 25% від загального часу дефекації
- ° Консистенція щільна, у вигляді грудочок
- ° Відчуття неповного випорожнення (у старших дітей)



**Тип 1**

Отдельные твердые комки,  
как орехи (труднопроходящие)



**Тип 2**

Колбасовидный,  
но комковатый



**Тип 3**

Колбасовидный, но с трещинами на поверхности



**Тип 4**

Колбасовидный или змеевидный, гладкий и мягкий



**Тип 5**

Мягкие комочки с четкими краями (легкопроходящий)



**Тип 6**

Пушистые рваные кусочки, пористый кал



**Тип 7**

Водянистый, без твердых кусочков, целиком жидкость



Рис. 1. Бристольская шкала классификации форм кала

### Amount



1: smear



2: up to 25%



3: 25-50%



### Consistency



A: watery



B: soft



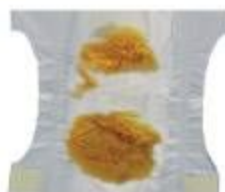
C: formed



### Colour



I



II



III



IV



V



VI

## Амстердамская шкала оценки стула – шкала Беккали

Для детей раннего возраста

описывает

- **консистенцию стула**  
(по 4 пунктам),
- **количество стула**  
(по 4 пунктам)
- **цвет стула**  
(6 категорий)

# Критерії діагностики функціонального закрепу в дітей

- ☺ 1. Діагноз встановлюють при наявності в дітей до 4-літнього віку протягом 1 місяця не менш 2 з таких ознак:
  - Два або менше спорожнювання кишечника на тиждень;
  - Принаймні 1 епізод на тиждень нетримання після придбання гігієнічних навичок;
  - Наявність епізодів затримки дефекації;
  - Наявність хворобливого спорожнювання кишечника або твердих випорожнень;
  - Присутність великої кількості фекальних мас у прямій кишці;
  - Утворення «калових каменів», які можуть утруднювати дефекацію.
  
- ☺ 2. Наявність перерахованих вище ознак супроводжується:
  - Дратівливістю;
  - Зниженням апетиту;
  - Почуттям раннього насичення.
  
- ☺ 3. Зазначені ознаки зникають негайно після дефекації.

# Причини функціональних закрепів

- **Аліментарні**
- **Дискінетичні**
- **Органічні**
- **Умовно-рефлекторні**
- **Інтоксикаційні**



# Фактори ризику

- Раннє штучне вигодовування
- Перинатальне ураження ЦНС
- Недоношеність. Морфофункціональна незрілість новонародженого
- Харчова нестерпність, дисбактеріоз
- Обтяжена спадковість по шлунково-кишкових захворювань

# **“ЧЕРВОНІ ПРАПОРЦІ”** при закрепах

- **Блювання**
- **Клінічні симптоми атопії у родині**
- **Клінічні симптоми атопії у дитини**
- **Гастроінтестинальна кровотеча**
- **Здуття живота і метеоризм**
- **Прогресуюче погіршення стану дитини**
- **Неефективність дієтичних втручань і медикаментозного лікування**

# Лікування

- Лікування дітей із запорами має бути комплексним і підбиратися індивідуально залежно від віку й конкретної ситуації.
- Для дітей першого року життя, які перебувають на змішаному або штучному вигодовуванні, особливе значення має вибір правильної суміші.

# Лікування

## Дієтотерапія:

- Корекція раціону матері (зменшення тваринного жиру на користь рослинного; включити в раціон кисломолочні, овочі, фрукти, крупи, хліб грубого помелу), оптимальний питний режим, гіпоалергенне харчування
- Не допускати перегодовування
- Починати вводити прикорм за віком, з соків з м'якоттю, фруктових пюре, потім - овочевих, зерновий прикорм (гречка, кукурудза)
- При відсутності ефекту - медикаментозна терапія: лактулоза 0,5 мл / кг на добу вранці

# Характерні симптоми, ґрунтуючись на яких можна поставити діагноз функціональної абдомінальної болі (ФАБ):

часто повторювана або безперервна абдомінальна біль протягом принаймні 6 місяців;

часткова або повна відсутність зв'язку між болем і фізіологічними подіями (тобто прийомом їжі, дефекацією або менструаціями); деяка втрата повсякденної активності;

відсутність органічних причин болю і недостатність ознак для діагностики інших функціональних гастроентерологічних захворювань.

В плані діагностики треба відзначити, що ФАБ є діагнозом виключення, причому дуже важливо виключити не тільки іншу патологію травної системи пацієнта, а й патологію сечостатевої та серцево-судинної систем.





А где горчичка ? Ничего не найдешь...