

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

“ЗАТВЕРДЖЕНО”
на методичній нараді кафедри педіатрії №4
зав. кафедри, академік НАМН України,
професор _____
В.Г. Майданник
“ _____ ” _____ 2019
р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ СТУДЕНТІВ**

Навчальна дисципліна	Педіатрія з дитячими інфекційними хворобами та фтизіатрією
Модуль №1	Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань дитячого віку
Змістовний модуль №3	Диференційна діагностика захворювань органів травлення у дітей. Допомога при невідкладних станах
Тема №20	Методика обстеження дитини з захворюваннями шкт. Лабораторні та інструментальні методи обстеження дитини з захворюваннями шкт. Диференційна діагностика синдрому абдомінального болю та диспепсичного синдрому
Курс	6
Факультет	медичний №3
Спеціальність	педіатрія

Київ 2019

1. Актуальність теми: Розповсюдженість захворювань верхнього відділу травного каналу у дітей складає . Серед них найпоширенішою патологією є гастродуоденіти.

У практичній діяльності лікар-педіатр часто стикається з дітьми, що мають хронічні захворювання травної системи. Своєчасна постановка діагнозу, проведення дифдіагнозу і лікування даних захворювань суттєво покращує якість життя хворих.

2. Конкретні цілі:

- визначати найбільш поширені причини абдомінального болю та диспепсичного синдрому у дітей. Визначати тактику ведення хворого.
- демонструвати вміння проведення обстеження дитини з патологією системи травлення та ведення медичної документації цих
- планувати обстеження хворої дитини та інтерпретувати отримані результати при найбільш поширених захворюваннях правної системи
- проводити диференційну діагностику та ставити попередній клінічний діагноз при найбільш поширених захворюваннях,
- надавати екстрену допомогу при невідкладних станах , що супроводжуються больовим абдомінальним та диспепсичними синдромами.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. нормальна анатомія людини	1. знати анатомічні особливості шлунково-кишкового тракту у дітей
2. гістологія	2. володіти знаннями про гістологічну будову органів шлунково-кишкового тракту
3. нормальна фізіологія людини	3. знати особливості функціонування органів травного каналу
4. патологічна анатомія людини	4. знати анатомічні особливості шлунково-кишкового тракту при функціональних та органічних захворюваннях стравоходу та шлунку у дітей старшого віку;
5. патологічна фізіологія людини	5. знати особливості функціонування органів травного каналу при функціональних та органічних порушеннях.
6. пропедевтика педіатрії	6. вміти збирати анамнез, скарги у дітей різного віку, володіти методикою об'єктивного обстеження хворої дитини (огляд, пальпація, перкусія, аускультация органів травлення)

4. Завдання для самостійної підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Копрограма	Дослідження калу, для оцінки функціональної здатності ШКТ
ФЕГДС	Ендоскопічне обстеження верхнього відділу ШКТ
Колonosкопія	Ендоскопічне обстеження товстої кишки
УЗД органів черевної порожнини	Ультразвукове обстеження паренхіматозних органів травної системи
Ірігографія	Рентгенконтрасне дослідження товстої кишки

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Диференційна діагностика синдрому абдомінального болю та диспепсичного синдрому.
2. Загальна семіотика при захворюваннях органів травної системи
3. Основні методи діагностики захворювань травної системи.
4. Симптоматична терапія больового абдомінального та диспепсичного синдромів

5 Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Клінічне обстеження дитини з ураженням органів травної системи.
2. Оцінка загального стану хворої дитини.
3. Виявлення симптомів та синдромів ураження органів травної системи.
4. Інтерпретація результатів додаткових методів дослідження органів травної системи.
5. Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань травної системи у дітей.
6. Тактика ведення хворої дитини при функціональних та органічних захворюваннях травної системи та їх ускладненнях.

Зміст теми:

Основні синдроми та симптоми при захворюваннях ШКТ, механізми їх розвитку

Синдроми: больовий абдомінальний
диспепсичний
астено – вегетативний

У *маленьких дітей* проявом болів у животі може бути крик, неспокій, відмова від грудей. Починаючи від дошкільного віку можливе виявлення локалізації болю, його характеру, інтенсивності.

Болі у животі можуть бути зумовлені як ураженням органів травної системи, так і іншими причинами (ураження сечостатевої системи, органів дихання, кістково-м'язевої системи та ін)

Особливості абдомінального болю при патології, що не пов'язана з захворюваннями ШКТ

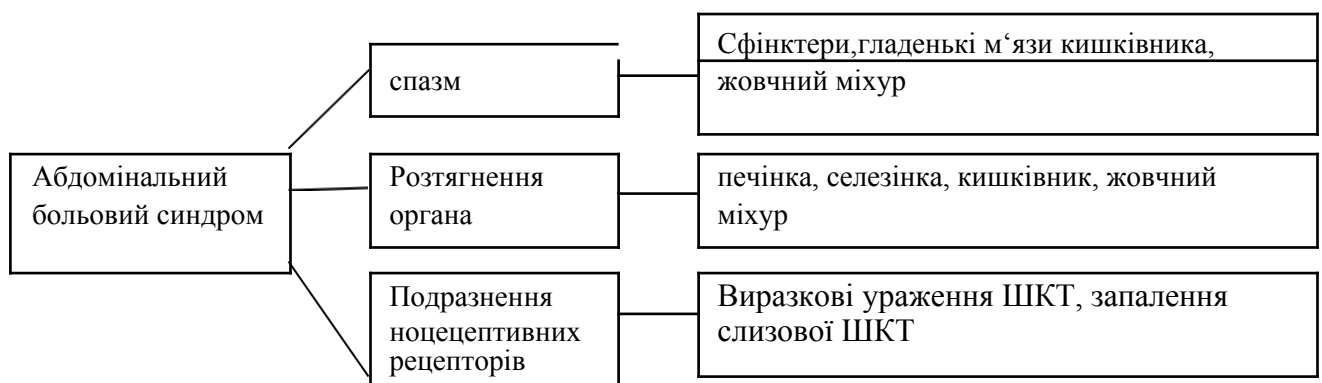
Ангіна. Біль коликоподібний. Це пов'язано зі спільною реакцією лімфоїдної тканини у всьому організмі. У процес може бути залучений апендікулярний відросток, тоді гострий апендицит і ангіна поєднуються.

Кір, дифтерія, грип, скарлатина . На початку захворювання є біль, найчастіше він гострий, локалізується праворуч в нижній частині живота, імітує напад гострого апендициту . У деякій частині дітей хворих з кором може розвинутися коровий апендицит, з дуже важким станом.

Коклюш. Причиною болю в животі у дітей є напруга черевної стінки при кашлі, фактично болять м'язи преса.

ГРВІ та грип . Загальна реакція лімфатичної системи на захворювання зі збільшенням внутрішньочеревно лімфатичних вузлів. Біль нападоподібний, спастичний без конкретної локалізації.

Основні причини розвитку основних синдромів при захворюваннях ЖКТ





Пневмонія. Вона часто ускладнюється сильними болями в животі, які посилюються при диханні. Особливо це виражено при крупозній пневмонії, іноді вони часто імітують апендицит.

Ревматизм. Пов'язано це з залученням в процес очеревини, її серозне запалення під час загострення захворювання. По-перше, біль носить невизначений нападopodobний характер, по-друге, немає конкретної локалізації.

Кардит та вади серця. Причина - розвиток недостатності правого шлуночка, тромбоемболії, застою крові в печінці. Біль не гостра, без певної локалізації.

Геморагічний васкуліт. Це захворювання буває декількох форм: суглобова, абдомінальна та змішана. При абдомінальній формі біль у животі часто є єдиною ознакою захворювання. Біль може бути різної інтенсивності та локалізації, все залежить від того, який відділ вражений і наскільки. Це пов'язано з ураженням дрібних судин травного тракту, крововиливами в брижі, порушення кровопостачання. Дуже часто захворювання супроводжується розвитком інвагінації кишечника.

Цукровий діабет. Важке метаболічне захворювань часто супроводжується болями в животі, вони можуть носити гострий характер, імітуючи гострий живіт. Є повторна блювота з прожилками крові, запах ацетону з рота.

Гемолітична анемія в період криза . Біль гостра в лівому підребер'ї пов'язана з інфарктом селезінки. З часом приєднується жовтушність шкірних покривів.

Вузликосий періартерїт. відноситься до аутоімунних ревматичних захворювань. У період криза діти скаржаться на гострий біль в черевній порожнині без певної локалізації, він може супроводжуватися блювотою, нудотою. Часто біль може першою ознакою захворювання. Причина - некрози, утворення виразок в тонкому кишечнику.

Травма передньої стінки живота. Біль постійний симптом цієї патології. Вона може носити місцевий характер або поширений. Пов'язана з утворенням гематом або пошкодженням внутрішніх органів.

Синдром Мура або абдомінальна мігрень. Біль гостра, розлита, може призводити до втрати свідомості і судом. Шкірні покриви бліді, підвищена пітливість, нудота і блювота.

Психогенний біль. Явище поширене. Виникає вранці, коли треба йти в школу або садок, а малюк не хоче цього робити. Або скарга на біль обґрунтована тим, що б привернути до себе увагу дорослих. У батьків, що страждають хронічними захворюваннями, діти можуть скаржитися на болі в животі «з почуття солідарності» або наслідування дорослим. Тут немає певної клінічної картини. Діти можуть скаржитися, як на гострі болі, так і на тупі ниючі. Іноді виникає блювота, нудота, запори, пронос, підвищення температури тіла. Все залежить від фантазії дитини та її недовірливості. Чому певна частина дітей схильна до таких реакцій? Причина лежить в емоційній лабільності або схильності до лідерства. Не велика сварка в сім'ї, не та оцінка в школі, іспит можуть провокувати напад у дитини. Дуже складно відрізнити удавання від реальних хвороб, часом діти так заграються, що самі починають вірити в це, що може привести до реального захворювання. Допомогти може тільки досвідчений дитячий психіатр.

Гострий панкреатит. Причини болю в животі можуть бути, як внутрішньоочеревинне, так і внебрюшинне, їх в даному випадку важко розмежувати. Справа в тому, що в дитячому віці ураження підшлункової залози йде вразливе. Розвивається реактивний панкреатит, а його початкова причина перебувати в абсолютно іншій області. Фактором можуть послужити інфекційні хвороби: кір, паротит, вітряна віспа, алергічні реакції, непереносимість деяких харчових продуктів, прийом лікарських засобів. Біль гостра, спочатку вона розлита по всій черевній порожнині, потім локалізується в лівому підребер'ї, набуває оперізуючий характер, віддає у спину, може бути приступообразной. Є блювота, нудота, іноді підвищення температури тіла.

Особливості болю при захворюваннях травної системи

Локалізація болю:

Болі у **правому підребер'ї** спостерігаються при ураженні печінки і жовчечивідних шляхів, дванадцятипалої кишки, головки підшлункової залози, правої нирки. У праву верхню частину живота можуть іррадіювати болі при правобічному плевриті.

Болі у **лівому підребер'ї** характерні для ураження лівої половини товстої кишки, шлунка, тіла і хвоста підшлункової залози, можливі при суттєвому збільшенні селезінки.

Болі в **епігастральній ділянці** найбільш характерні для ураження шлунка (гастрит, виразкова хвороба), дистального відділу стравоходу.

Болі **навколо пупка** характерні для ураження тонкої кишки.

Біль у **правій клубовій ділянці** може свідчити про апендицит, ураження товстої, термінального відділу тонкої кишки, а також нирок, статевих органів.

Болі у **лівій клубовій ділянці** виникають при ураженні сигмовидної кишки, статевих органів.

Болі **над лоном** характерні для ураження прямої кишки (звичайно вони виникають або посилюються при дефекації), сечового міхура, статевих органів.

Іррадіація болю у праве плече і лопатку буває при ураженні жовчечивідних шляхів (холецистит), в оба підребер'я – при дуоденіті, панкреатиті. При панкреатиті характерні опоясуючі болі з іррадіацією у спину.

Зв'язок болю з прийомом їжі.

Болі, які виникають відразу після прийому їжі, найдалі через півгодини (**ранні**) характерні для гастриту, виразки шлунка, **пізні болі** (з'являються через 1,5 – 2 години після їди) бувають при дуоденіті, виразці дванадцятипалої кишки. Варіантом пізніх болів є також **голодні та нічні** болі.

спастичні– гострі сильні болі за типом колік, зустрічаються при колітах, ентероколітах, гіперкінетичному варіанті дискінезії жовчевивідних шляхів

· **спайкові**– теж різкі, виникають при перистальтиці кишківника, бувають при спайкових процесах у черевній порожнині, провокуються різкими рухами, зміною положення тіла

· **дистензійні** болі викликаються розтягненням стінки кишки газами, каловими масами, можуть відчуватися як тиску, здавлення до дуже інтенсивних (ішемічних) болів, звичайно супроводжуються роздуттям живота.

При діагностиці захворювань органів травлення певне діагностичне значення має дослідження ряду симптомів та больових точок:

· **точка Боаса**– болючість при натискання на поперечні відростки X – XII грудних хребців. Болючість у цій точці характерна для виразкової хвороби шлунка (зліва від хребців), дванадцятипалої кишки (справа)

· **симптом Менделя (“молоточковий” симптом)**– поява болючості при нанесенні уривчастих ударів по епігастральній або пілородуоденальній зоні. Симптом позитивний при втягненні у процес очеревини, характерний для виразкової хвороби, загострення хронічного гастродуоденіту

· болючість у **зоні Шоффара** (зона розташована вище від пупка, обмежена передньою серединною лінією та лінією, що з'єднує пупок з верхівкою правої аксілярної ділянки) характерна для ураження дванадцятипалої кишки

· болючість у **точці Дежардена** (знаходиться на перетині лінії, що з'єднує пупок з верхівкою правої аксілярної ділянки та зовнішнього краю правого прямого м'яза живота) характерна для ураження головки підшлункової залози

· болючість у **точці Мейо-Робсона** характерна для ураження тіла і хвоста підшлункової залози (точка розміщена між середньою та верхньою третиною відрізка між пупком та реберною дугою бісектриси кута лівого верхнього квадранту)

· **очка Кача** болюча при ураженні хвоста підшлункової залози, розміщена на зовнішньому краї лівого прямого м'яза живота, на 4 – 7 см відступивши від пупка (завжди нижче і латеральніше від точки Мейо-Робсона)

· **точка Кера** (точка жовчного міхура) – місце перетину правої реберної дуги і зовнішнього краю правого прямого м'яза живота. Болючість у цій точці характерна для ураження жовчного міхура (симптом Кера).

Крім цього при **ураженні жовчного міхура** позитивні симптоми:

· **симптом Ортнера**– болючість при постукуванні ребром долоні по правій реберній дузі

· **симптом Мерфі**– пальці занурюють під реберну дугу у точці проекції жовчевого міхура, біль виникає у момент вдихання, хворий рефлекторно припиняє вдих

· **френікус-симптом**– болючість при натисканні між ніжками правого грудинно-ключично-соскового м'яза (крім болючості у місці натискання, можлива іррадіація у праве підребер'я)

Основні напрямки купірування больового абдомінального синдрому включають:

- а) етіологічне і патогенетичне лікування основного захворювання;
- б) нормалізацію моторних розладів; в) зниження вісцеральної чутливості;
- г) коррекцію механізмів сприйняття болю.

Порушення рухової функції органів шлунково-кишкового тракту формують не тільки больовий синдром, але і більшість диспептичних розладів (відчуття переповнення в шлунку, відрижка, печія, нудота, блювання, метеоризм, проноси, запори). Більшість із зазначених вище симптомів можуть мати місце як при гіпокінетичному, так і при гіперкінетичному типі дискінезії, і тільки поглиблене дослідження дозволяє уточнити їх характер і вибрати адекватну терапію.

В даний час для купірування больового синдрому в комплексному лікуванні вищеуказаних захворювань використовуються релаксанти гладенької мускулатури, які включають кілька груп препаратів.

1. **Антихолінергічні засоби** знижують концентрацію інтрацелюлярних іонів кальцію, що призводить до м'язової релаксації а) неселективні (препарати беладоны, метацин, платифілін, бускопан та ін), б) селективні М1-холіноблокатори (гастроцепін та ін.)

Однак досить низька ефективність і широкий спектр побочних ефектів обмежують їх застосування для купірування больового синдрому у значної частини хворих

2. **Міотропні спазмолітики** дротаверин (но-шпа, но-шпа форте, спазмол), бенціклан (галідор), отілонія броміду (спазмомен), метеоспазмил та ін

При використанні міогенного спазмолітику так само як і М-холіноблокаторів, необхідно враховувати індивідуальні відмінності їх ефективності, відсутність селективності ефектів (діють практично на всю гладку мускулатуру, включаючи сечовидільну систему, кровоносні судини та ін), розвиток гипомоторної дискінезії та гипотонії сфінктерного апарату травного тракту, особливо при тривалому застосуванні. Дані препарати використовуються короткочасно.

У ряді міотропної спазмолітиків слід зазначити препарат мебеверин (дюспатолін), на відміну від інших міотропної спазмолітиків призначення мебеверину (дюспатоліна) призводить тільки до зняття спазму без розвитку гипотонії гладкої мускулатури, що не порушує моторики шлунково-кишкового тракту. Препарат виявився ефективним для купірування абдомінальних болів і дискомфорту, порушень стільця, обумовлених синдромом подразненого кишечника, а також що виникають на тлі органічних захворювань.

Серед міотропної спазмолітиків також звертає на себе увагу препарат гімекромон (одестон). надає вибірково спазмолітичну дію на сфінктер Одді та сфінктер жовчного міхура, забезпечує відтік жовчі у дванадцятипалу кишку, знижує тиск у біліарній системі і, як наслідок, купує біліарний больовий синдром.

3. **Селективні блокатори кальцієвих каналів.** В даний час з цієї групи широке розповсюдження отримав пінаверіум бромід (діцетел).

Значною проблемою педіатрії залишається відсутність дитячих форм випуску вищезгаданих препаратів

Лабораторні методи обстеження:

1. Копрограма у дітей:

Реакція калу. В нормі у дітей, що знаходяться на змішаній їжі, копрограма показує нейтральну або слаболужну реакцію (рН 6-7.6). Виражена лужне середовище має місце при гнитті білків їжі (неперетравлених залишків в кишечнику і шлунку). Виражена кисле середовище відзначається при порушенні всмоктування в тонкому кишечнику жирних кислот.

Білок. В калових масах здорової дитини білка немає. Його наявність говорить про запальних процесах і кровотечах в області тонкого і товстого кишечника.

Кров. Позитивна реакція на еритроцити в копрограми вказує на наявність кровотечі, яке може бути при виразці, поліпозі і т. д. Реакція на приховану кров» в копрограми у здорової людини повинна бути негативною.

Наявність лейкоцитів в копрограми свідчить про запальний процес в шлунково-кишковому тракті.

Білірубін. У нормі білірубін може бути присутнім тільки в калових масах дитини до 3-х місячного віку, що знаходиться на грудному вигодовуванні. Пізніше в шлунково-кишковому

тракті формується нормальна бактеріальна флора, в якій повинен бути присутнім тільки стеркобилиноген-стеркобілін.

М'язові волокна діляться на змінені і не змінені. У нормі містяться лише змінені м'язові волокна. Виявлення не змінених волокон говорить про порушення функцій шлунка та підшлункової залози.

Рослинна клітковина. Перетравлена клітковина, як правило, не виявляється, тому що розщеплюється під впливом микофлори.

Не перетравлена клітковина може міститися при надмірному споживанні їжі, багатій неперетравлюваною клітковиною.

Жир у калі. В калі здорової людини жир присутній лише у вигляді жирних кислот, їх кристалів і мив, які виявляються в невеликій кількості. Велика кількість нейтрального жиру і жирних кислот в копрограми вказує на дисфункцію підшлункової залози, печінки або жовчних шляхів.

Крохмаль в нормі відсутній. Наявність крохмалю в копрограми вказує на недостатнє перетравлювання вуглеводів внаслідок порушення роботи підшлункової залози, а також при бродильній диспепсії.

Йодофільная флора в копрограмі повинна бути відсутня або присутня у мінімальній кількості. Йодофільні мікроорганізми (коки, палички, дріжджові клітини) не є ознакою захворювання, але свідчать про порушення мікрофлори кишечника.

Дріжджові гриби в копрограми дитини, особливо у немовляти, можуть також говорити про порушення мікрофлори кишечника. При виявленні значної кількості грибів призначається антимикотическая терапія.

2. Біохімічний аналіз крові

Загальний білок : новонароджені – 49-59 г/л, до 1 року – 57-73 г/л, з 1 до 14 – 62-82 г/л;
С-реактивний білок – результат завжди негативний Білірубін загальний: до 1 міс – 17-68 мкмоль/л, діти старші – 3,4-20,7 мкмоль/л;

Зв'язаний білірубін: новонароджені – 4,3-12,8 мкмоль/л, діти старші 1міс – 0,83-3,4 мкмоль/л;

Незв'язаний білірубін: першого міс – 12,8-55,2 мкмоль/л, старші – 2,56-17,3 мкмоль/л;

АЛаТ – до 40 Ед/л (не залежить від віку);

АСаТ – до 40 Ед/л (не залежить від віку);

Глюкоза: нов – 1,7-4,7 ммоль/л, далі – 3,3-6,1 ммоль/л;

3. Внутрішньошлункова рН-метрія:

а) нормоацидний стан:

- рН тіла шлінку 1,6-2,3;
- рН антрального відділу 2,1-3,0.

б) гіперацидний стан:

- рН тіла шлінку <1,6;
- рН антрального відділу <2,1.

4. Облужнююча здатність шлункового соку:

Визначення кислотності шлункового соку фракційним методом:

Дебіт соляної кислоти

З підвищеною (або нормальною) секрецією Із соляної кислоти	зниженою секрецією соляної кислоти
рН шлунка фракційним методом BAO \geq 1,14-2,38 ммоль/година SAO \geq 3,20-5,30 ммоль/година Суттєвим є підвищення показників базальної секреції.	рН шлунка фракційним методом BAO<1,14 ммоль/година SAO<3,20 ммоль/година
BAO – базальна кислотна продукція; SAO – субмаксимальна кислотна продукція	

Література

Основна література:

1. Протоколи діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей наказ МОЗ №471 2013 року
2. Болезни органов пищеварения у детей. Майданник В.Г. К.: СП «Интертехнопечать», 2010.- 1157 с
3. Справочник детского гастроэнтеролога под редакцией проф Денисовой М.Ф, проф Шадрина О.Г., Киев 2011, 350с

Додаткова література:

1. Белоусов Ю.В. Гастроэнтерология детского возраста. – Х.:Консум, 2000. – 528 с. Майданник В.Г. Педиатрия. Учебник (2-е издание, испр. и доп.). – Харьков: Фолио, 2002. – 1125 с.
2. Волосовець О.П., Нагорна Н.В., Кривопустов С.П., Острополець С.С., Бордюгова О.В. Діагностика та лікування невідкладних станів у дітей. Навчальний посібник для студентів ВМНЗ IV рівня акредитації, лікарів-інтернів, лікарів-курсантів післядипломної освіти. – Донецьк: Донецький державний медичний університет ім. М.Горького., 2007. – 112 с.
3. Гастроентерологія дитячого віку /За загальною редакцією професора Є.В.Прохорова, професора О.П.Волосовця. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – 160 с.
4. Петрушина А.Д. и др. Неотложные состояния у детей. – М.: «Медицинская книга», 2002. – 176 с.
5. Пеший М.М. Невідкладна допомога в педіатричній практиці / Навчальний посібник для студентів і лікарів-інтернів вищих мед.навч.закладів III-IV рівнів акредитації. – Полтава, 2001. – 245 с.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

“ЗАТВЕРДЖЕНО”
на методичній нараді кафедри педіатрії №4
зав. кафедри, академік НАМН України,
професор _____
В.Г. Майданник
“ _____ ” _____
2019р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ СТУДЕНТІВ**

Навчальна дисципліна	Педіатрія з дитячими інфекційними хворобами та фтизіатрією
Модуль №1	Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань дитячого віку
Змістовний модуль №3	Диференційна діагностика захворювань органів травлення у дітей. Допомога при невідкладних станах
Тема №21	Синдром блювання у дітей першого року життя. Функціональні гастроінтестинальні розлади у дітей
Курс	6
Факультет	медичний №3
Спеціальність	педіатрія

Київ 2019

1. Актуальність теми: Лікар-педіатр у своїй практичній діяльності часто спостерігає хронічні захворювання травної системи, які виникли у дитячому й підлітковому віці. Захворювання органів травлення посідають значне місце в структурі дитячих соматичних захворювань, причому в теперішній час в усьому світі, зокрема, у високо розвинених країнах, відзначають тенденцію до збільшення їх частоти. В Україні частота виявлення хронічних захворювань травної системи у дітей перевищує 100 на 1000 дитячого населення.

2. Конкретні цілі:

- визначати різні клінічні варіанти функціональних розладів травлення у дітей раннього віку. Визначати тактику ведення хворого при цій патології
- демонструвати вміння ведення медичної документації хворих дітей з патологією системи травлення
- планувати обстеження хворої дитини та інтерпретувати отримані результати при обстеженні дітей з патологією органів травлення.
- проводити диференційну діагностику та ставити попередній клінічний діагноз при найбільш поширених функціональних розладах травлення.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. нормальна анатомія людини	1. знати анатомічні особливості шлунково-кишкового тракту у дітей
2. гістологія	2. володіти знаннями про гістологічну будову органів шлунково-кишкового тракту
3. нормальна фізіологія людини	3. знати особливості функціонування органів травного каналу
4. патологічна анатомія людини	4. знати анатомічні особливості шлунково-кишкового тракту при функціональних та органічних захворюваннях стравоходу та шлунку у дітей раннього віку;
5. патологічна фізіологія людини	5. знати особливості функціонування органів травного каналу при функціональних та органічних порушеннях.
6. пропедевтика педіатрії	6. вміти збирати анамнез, скарги у дітей різного віку, володіти методикою об'єктивного обстеження хворої дитини (огляд, пальпація, перкусія, аускультация органів травлення)

4. Завдання для самостійної підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Синдром циклічного блювання	захворювання переважно дитячого віку, що виявляється стереотипними повторними епізодами блювання, періодами повного благополуччя, що змінювалися.
Аерофагія	відчуття розпирання в епігастрії, що виникає внаслідок надмірного заковтування повітря й 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 із прийомом їжі.

Регургітація	це пасивний закид невеликої кількості шлункового вмісту в глотку і ротову порожнину у поєднанні з відходженням повітря;
Румінація	це постійна регургітація недавно з'їденої їжі, яку дитина знову пережовує й повторно ковтає, але при цьому відсутні ознаки якого-небудь явного органічного захворювання.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Функціональні гастроінтестинальні розлади у дітей раннього віку, класифікація, діагностичні критерії.
2. Тактика ведення дітей при всіх функціональних розладах травлення відповідно до класифікації
3. Диференційна діагностика синдрому циклічного блювання, пілороспазму, пілоростенозу та зригувань(регургітації) .

5 Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

7. Клінічне обстеження дитини з ураженням органів травної системи.
8. Оцінка загального стану хворої дитини.
9. Виявлення симптомів та синдромів ураження органів травної системи.
10. Інтерпретація результатів додаткових методів дослідження органів травної системи.
11. Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань травної системи у дітей.
12. Тактика ведення хворої дитини при функціональних та органічних захворюваннях травної системи та їх ускладненнях.

6. Зміст теми:

Визначення : Функціональні гастроінтестинальні порушення є розладами взаємодії між кишечником і головним мозком(Drossman,2016).

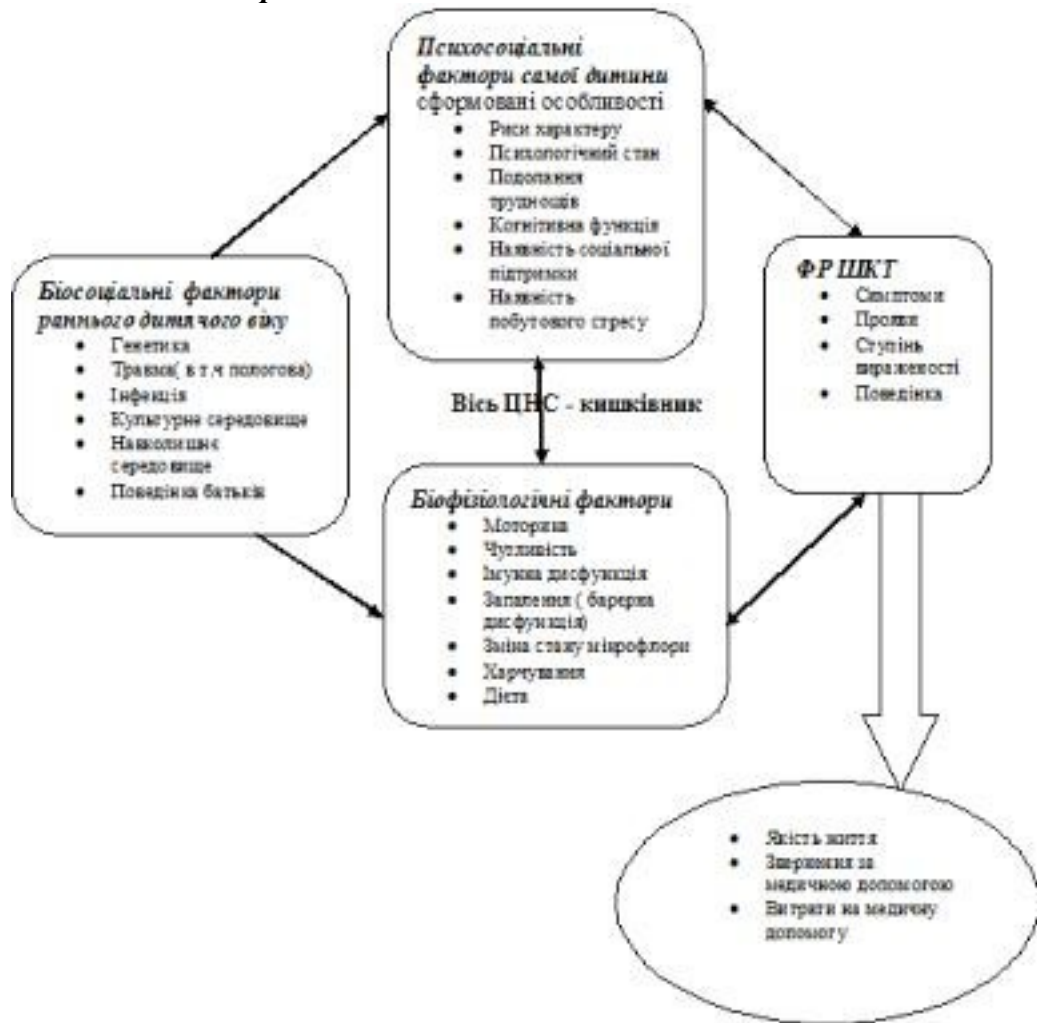
Ця група захворювань пов'язана з будь-якою комбінацією порушень наступних функцій ШКТ: моторики, вісцеральної гіперчутливості, порушення стану слизової оболонки та її імунних функцій (мукозального гомеостазу), зміна складу кишкової мікробіоти, в поєднанні зі зміною роботи центральної нервової системи (ЦНС).

Етіопатогенез: на сьогодні сформована нова інтегрована **біопсихосоціальна** модель розвитку функціональних гастроінтестинальних розладів, яка пояснює розвиток цих розладів як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних підсистем, на різних рівнях і обумовлюють ступінь прояву різних симптомів при ФР ШКТ(функціональних розладах шлунково-кишкового тракту) та якість життя дитини і її оточуючих. Біопсихосоціальна модель розглядає деякі інфекційні та неінфекційні фактори, що входять у склад перелічених підсистем , як коморбідні. Рис 1

7. ранньому віці генетика, соціокультурні фактори зовнішнього середовища можуть негативно вплинути на психосоціальний розвиток з точки зору особистісних якостей, схильності до життєвих стресів, психологічного стану, а також пізнання і навичок подолання труднощів. Ці фактори також впливають на ступінь чутливості до дисфункцій кишківника: змінена моторика або чутливість, змінена імунна дисфункція слизової оболонки або запалення, певне мікробне середовище та вплив їжі і поживних речовин. Крім того всі фактори зв'язку головного мозку та кишечника взаємно впливають на ступінь збудливості ЦНС.

Хоча психосоціальні фактори не потрібні для діагностики, вони впливають на фізіологічне функціонування ШКТ через вісь « головний мозок – кишечник» (моторика, чутливість , бар'єрна функція) і, є модуляторами болю і симптомів поведінки пацієнта, і ,в кінці впливають на вибір лікування і клінічні результати.

Рис1. Біопсихосоціальна концептуальна модель функціональних гастроінтестинальних розладів



Класифікація. Класифікація функціональних гастроінтестинальних розладів у малюків та дітей побудована залежно від віку дитини (враховуючи певні анатомо-фізіологічні особливості малюків та симптому який переважає в скаргах з якими пацієнти звертаються до лікаря.

Класифікація функціональних гастроінтестинальних розладів у малюків та дітей (Римські критерії діагностики IV)

У Дитячі функціональні гастроінтестинальні розлади:
новонароджені/діти раннього віку

- G1. Регургітація у немовлят (Infant Regurgitation або дитяча регургітація)*
- G2. Синдром румінації у немовлят (Infant Rumination Syndrome)*
- G3. Синдром циклічного блювання (Cyclic Vomiting Syndrome)*
- G4. Кольки в немовлят (або малюкові кольки – Infant Colic)*
- G5. Функціональна діарея (Functional Diarrhea)*
- G6. Дисезія в немовлят (малюкова дисезія – Infant Dyschezia)*
- G7. Функціональний запор (Functional Constipation)*

Н. Дитячі функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГР): Діти/Підлітки)

H1. Розлади, що супроводжуються нудотою та блюванням

H1a. Синдром циклічної блювоти (Cyclic vomiting syndrome)

H1b. Функціональна нудота та функціональне блювання (Functional nausea and functional vomiting)

H1c. Синдром румінації (Rumination syndrome)

H1d. Аерофагія (Aerophagia)

H2. Розлади, що супроводжуються абдомінальним болем (Functional abdominal pain disorders)

· H2a. Функціональна диспепсія (Functional dyspepsia)

· H2a1 Постпраніальний дистрес – синдром

· H2a2 Епігастральний больовий синдром

H2b. Синдром подразненого кишечника (Irritable bowel syndrome)

H2c. Абдомінальна мігрень (Abdominal migraine)

H2d. Функціональний абдомінальний біль органонеспецифічний (Functional abdominal pain not otherwise specified)

H3. Функціональні розлади дефекації (Functional defecation disorders)

H3a. Функціональний закрел (Functional constipation)

H3b. Нетримання калу, без закрелів. (Nonretentive fecal incontinence)

Симптоми при ФГР не порушують нормальний розвиток дитини, не пов'язані з гострою інфекцією, не ускладнюються, не мають ознак хронічного захворювання травного каналу та повинні тривати не менше 1-3 місяців до виставлення діагнозу функціонального гастроінтестинального розладу.

Симптоми тривоги (червоні прапорці): біль під час акту дефекації, дисфагія, блювання кавовою гущею, кровотеча, прояви анемії, втрата ваги, різке зниження або повна відсутність апетиту, підвищення температури тіла

За наявності цих симптомів функціональність захворювання малоімовірна та проведення додаткових інструментальних та лабораторних обстежень є обов'язковим при первинному зверненні батьків до лікаря .

РЕГУРГІТАЦІЯ У МАЛЮКІВ - це пасивний закид шлункового вмісту в глотку і ротову порожнину, що можна бачити назовні.

Діагностичні критерії Регургітації, Римські критерії IV

Діагноз встановлюють за наявності усіх нижче перерахованих ознак у здорових немовлят від 3-тижневого до 12-місячного віку:

- Зригування 2 або більше раз на день впродовж 3 або більше тижнів;***
- Відсутність блювоти, кровотечі, аспірації, апное, утруднень при ковтанні, годуванні, вимушеного положення, болючих відрижок, недостатнього набору маси тіла***

Наявність будь якого з цих симптомів може бути розцінене як GERX

Дифдіагностика:

3. Вроджені вади розвитку ротоглотки, грудної клітини, легень, ЦНС, серця та ШКТ
4. ГЕРХ (гастроезофагеальнорефлюксна хвороба)
5. Захворювання не пов'язані з ШКТ (ендокринні, метаболічні, ферментопатії)

Лікування включає три основні підходи:

4. Відновлення емоційного комфорту в родині, коректного режиму дня та режиму годувань, відповідно до віку.
5. Попередження зригувань за допомогою забезпечення відповідного положення тіла (постуральна терапія) після годування, та дотримання правил годування з пляшечки при штучному вигодовуванні;
6. Аліментарна корекція;
За останніми даними медикаментозна терапія не дає позитивних результатів та іноді погіршує стан дитини

СИНДРОМ РУМІНАЦІЇ - це довільна регургітація вмісту шлунка у ротову порожнину, з метою самозадоволення.

Він характеризується періодичними нападами скорочень м'язів черевного пресу, діафрагми та язика, що призводять до закиду шлункового вмісту в ротову порожнину, де він знову пережовується й проковтується або видаляється з рота.

Діагностичні критерії Румінації, Римські критерії IV *Діагноз*

встановлюють за наявності ознак протягом, 2 місяців:

2. Повторні скорочення м'язів черевного пресу, діафрагми та язика;
3. Регургітація (закид) шлункового вмісту в ротову порожнину, що або відкашлюється або пережовується й повторно проковтується
4. Мають бути присутні 3 з наступних критеріїв
 - ← починається незабаром після прийому їжі у віці 3-8 місяців;
 - б) не відбувається під час сну та спілкування з іншими;
 - в) не реагує на стандартне лікування, застосовуване при гастроезофагеальному рефлюксі.
 - г) не супроводжується порушеннями загального стану

Лікування:

1. Задоволення фізичних та емоційних потреб немовляти.
(На жаль, у розумово відсталих дітей забезпечення адекватного догляду не може бути достатнім для лікування синдрому румінації)

Поведінкова терапія, з залученням позитивного зміцнення і методів, що створюють огиду

3. Рациональна психотерапія.

У дітей старшого віку та підлітків є методом вибору лікування румінації

5. Зміна складу їжі, повільніше поглинання їжі і обмеження прийому рідини під час їжі

АЕРОФАГІЯ – відчуття розпирання в епігастрії, що виникає внаслідок надмірного заковтування повітря і зменшується після відрижки повітрям.

Часті фактори, що сприяють виникненню симптомів аерофагії:

3. Різні психогенні порушення (стреси, нервові потрясіння тощо) і істеричні розлади

6. Захворювання органів дихання у зв'язку з утрудненням дихання, в результаті чого слизова порожнини рота підсихає і дитина змушена часто ковтати;
7. Квапливий прийом їжі, недостатньо пережована їжа;
8. Недостатність НСС (кардії), грижа стравохідного отвору діафрагми.

Діагностичні критерії Аерофагії, Римські критерії IV

Діагноз встановлюють за наявності принаймні 2 ознак, вказаних нижче:

- Заковтування повітря.
- Здуття живота із-за скупчення повітря в кишечнику.
- Відрижка, що повторюється, або/і підвищене виділення газів з кишечника.

Вказані ознаки спостерігаються, принаймні, один раз на тиждень протягом 2 місяців до встановлення діагнозу.

Лікування:

- Інформаційний вплив, консультація психолога
- 4. Дієтичні рекомендації (відмова від льодяників, жувальної гумки і газованих напоїв, повільний прийом їжі маленькими ковтками);
- 6 При їх неефективності показані:
 - анксиолітики (транквілізатори)
 - антиеметики з легким нейролептичним ефектом (етаперазин, тіетілперазин)

СИНДРОМ ЦИКЛІЧНОГО БЛЮВАННЯ (СЦБ)- захворювання переважно дитячого віку, яке проявляється стереотипними повторними епізодами блювання, що змінюються періодами повного благополуччя.

Етіопатогенетичні механізми розвитку СЦБ: Нині висловлюються точки зору на СЦБ як на поліетіологічне захворювання, в основі якого лежать порушення гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи (підвищення секреції кортикотропін-релізінг-фактора і вегетативної регуляції (симпатикотонія).

Установлено, що стресорна активація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи провокує напади блювоти.

7. дослідженнях, що були проведені раніше було показано, що симпатична гіперактивність вегетативна (автономна) дисфункція вносять суттєвий вклад у патогенез СЦБ. Зокрема, такі ознаки СЦБ, як блідість, гіперемія, ортостатична тахікардія, лихоманка, летаргія, слинотеча і діарея досить тісно взаємозалежні з дисфункцією автономної нервової системи. У ряді досліджень отримано докази порушення функції ВНС при СЦБ.

СЦБ також розглядають як мітохондріальну хворобу та йонну каналопатію мембран, що веде до підвищеної збудливості нейронів. Дуже часто в літературі проводять асоціацію з мігреною, що відображено в додаткових діагностичних критеріях. Відомо, що центральні й периферичні ефекти тригеміно-васкулярної системи багато в чому реалізуються і модулюються через серотонінові рецептори.

Серед різноманіття серотонінових рецепторів до мігрени мають відношення 5-НТ1, 5-НТ2 і 5-НТ3 рецептори. При цьому 5-НТ3 рецептори також мають відношення до виникнення нудоти і блювоти, що при мігрени часто виникають унаслідок стимуляції цих рецепторів, що знаходяться переважно в центрах нудоти і блювоти нижніх відділів стовбура мозку.

8. даний час генетична близькість CVS і мігрени підтверджується підвищеною частотою виявлення мігрени в родичів хворих з CVS.

Враховуючи, що стимуляторами хеморецепторної тригерної зони є різні медіатори (серотонін, ангіотензин II, нейротензин, вазоактивний інтестинальний поліпептид, гастрин, речовина P, антидіуретичний гормон, дофамін та ін.), лікарські препарати, уремія, гіпоксія, діабетичний кетоацидоз, ендотоксини грампозитивних бактерій, променева терапія тощо – в

проведенні дифдіагностики необхідно виключати різноманітні ендокринні, метаболічні захворювання, патологію з боку ЦНС.

Провокуючі фактори:

Інфекція (41%); психологічні стреси (34%); харчові продукти, включаючи гістамін та серотонін вмісні; фізичне виснаження або нестача сну (18%); atopічні реакції (13%); менструації (13%) та ін фактори.

Клініка. У клінічній картині СЦБ розрізняють чотири періоди: міжприступний, продромальний, період приступу і період видужання (рис. 2).



Рис. 2. Основні клінічні періоди при синдромі циклічної блювоти у дітей

А *міжприступному* періоді діти почувають себе добре і часто навіть не хочуть говорити і навіть думати про страждання, які вони виносили, у той час як були хворими.

Продромальний період – це проміжок часу, протягом якого пацієнт починає відчувати наближення епізоду циклічної блювоти, але усе ще може йому запобігти за допомогою прийому медикаментів через рот. Цей період закінчується разом з початком блювання. Продромальний період може тривати від декількох хвилин до декількох годин і навіть декількох днів. Однак нерідко цей період відсутній. Так, симптоми СЦБ виявляються тільки в 25% дітей у продромальному періоді. Разом з тим, завдяки однотипності дебюту захворювання хворі здебільшого відчують приступ, що наближається. Цю особливість СЦБ необхідно використовувати для проведення превентивних заходів.

Приступний період характеризується неприборканими нудотою і блюванням, що спостерігаються в усіх (100%) дітей. Блювота може виникати до 6 разів протягом години і може бути як з домішкою жовчі (76%), так і крові (32%). Це унеможливує будь-яке питво і прийом їжі та медикаментів.

Симптоми, які можуть супроводжувати СЦБ: блідість, слабкість, слинотеча, біль в животі, підвищена чуйність до звуків, запахів та світла, головний біль, часті рідкі випоржнення, лихоманка, тахікардія, гіпертонія, плями на шкірі та лейкоцитоз.

В періоді *видужання* відмічається підвищення активності дитини, відновлення апетиту, нормалізація кольору шкірних покривів, повертаються позитивні емоції, поступово відновлюється водно-сольовий баланс.

Діагностичні критерії Міжнародної асоціації СЦБ , Римські критерії IV

Мають бути присутні всі симптоми та виключена інша патологія, що може супроводжуватися періодичним блюванням

2. Два або більше епізодів пароксизмального стійкого блювання з або без позивів до блювання протягом декількох годин чи днів, протягом 6 місяців.
3. Стереотипність для кожного пацієнта
4. Між епізодами блювання протягом тижнів або місяців дитина почуває себе задовільно. Повертається до вихідного рівня здоров'я

Додаткові критерії:

- стереотипність: для конкретного пацієнта, кожен епізод подібний за часом початку, інтенсивністю, тривалістю, частотою(або спорадичні або з певним інтервалом), асоційованими ознаками і симптомами;
- можливість самоліквідації (приступи можуть завершуватися спонтанно й без лікування);
- анамнез (випадки мігрені або СЦБ у родині, частіше по лінії матері);

Якщо у дитини є всі основні симптоми СЦБ, діагноз можна вважати встановленим, але, проте, навіть у цьому разі необхідні додаткові параклінічні дослідження і ретельний диференційний діагноз

Дифдіагностика: з неврологічною, урологічною, метаболічною, ендокринною патологією та вадами розвитку ШКТ у дітей якщо симптоми розпочалися у віці до 3 років.

- старших дітей необхідно виключати також запальні захворювання верхнього відділу травного каналу.

Обов'язкові мінімальні обстеження при багаторазовому блюванні дитини до початку інфузійної терапії: електроліти, глюкоза, азот сечовини, креатинін (амінокислоти, АКТГ натрійуретичного гормону, рівень 17 оксикетостероїдів, органічних кислот при підозрі на ендокринні та обмінні захворювання). Результати вчасно проведених лабораторних обстежень можуть дозволити виявити порушення окислювання жирних кислот або частковий дефіцит орнітин-транскарбамілази.

Стратегія медикаментозного лікування ґрунтується на тому, що лікування залежить від періоду захворювання. Для кожного періоду є своя мета і варіанти лікування, що дозволяють комплексно підійти до лікування СЦБ (табл. 1).

Таблиця 1

Терапевтична тактика при синдромі циклічного блювання у дітей

Період	I	II	III	IV
Симптоми	Відсутні	Продрома	Приступ	Видужання
Мета терапії	Запобігання приступу	Абортування приступу	Термінація приступу і, якщо невдало, седація до закінчення приступу	Відновлення харчування без рецидиву
Терапія	Усунення тригерів. Профілактика мігрені (ципрогептадин, амітриптилін, пропранолол)	Лоразепам та/або ондансетрон (<i>peros</i> чи сублінгвально) Сон.	Внутрішньовенне поповнення рідини в поєднанні з H ₂ -блокаторами. Для термінації приступу внутрішньо	Розширення дієти, якщо вона переноситься

		Анальгезія (при абдомінальному болю). Триптан (при головному болю)	лоразепам або ондансетрон. Для седативної дії: хлорпромазин (по 0,5-1,0 мг/кг) і дифенілгідрамін (по 0,5-1,0 мг/кг) разом. Повторювати кожні 3-4 год при нудоті в стані неспання	
--	--	--	--	--

1. *міжприступному періоді*, коли діти почувають себе добре, і відсутня блювота, лікування спрямоване на профілактику приступів. Для цього, насамперед, необхідно змінити стиль життя дитини, а також ідентифікувати фактори, що можуть виступати в ролі пускових (тригерних) механізмів для виникнення приступів. Як уже зазначалося, до таких факторів відносяться хронічні синусити, психологічні стреси чи клінічно істотне занепокоєння, передменструальний синдром, нудота під час пересування в автомобілі та метаболічний стрес (наприклад, тривале обмеження калорій у пацієнтів з порушеннями окислювання жирних кислот).

2. деяких випадках, уникаючи ідентифікованих дієтичних пускових механізмів типу шоколаду чи сиру, можна запобігти епізодам СЦБ без використання лікування.

Цікаво зазначити, що зменшення частоти приступів (на 70%) можна досягти після консультації в психолога, а також зміни способу життя без застосування медикаментозної терапії.

← цьому періоді при СЦБ може бути призначений один із препаратів, що запобігають повторним приступам: ципрогептадин, амітриптилін чи пропранолол. Після прийому препарату бажано, щоб дитина була ізольована в темному, тихому місці й заснула. Щоденна доза амітриптиліну на ніч, пропранололу і ципрогептадину може зменшити частоту або тривалість епізодів. Слід пам'ятати, що дози цих лікарських засобів повинні добиратися суворо індивідуально, з урахуванням їх ефективності у конкретного хворого і можливих побічних дій.

Ципрогептадин (перитол) володіє протигістамінною активністю (блокує H₁-рецептори), але разом з тим є сильним антисеротоніновим засобом (зменшує спазмогенні та інші ефекти, викликані серотоніном). Володіє також антихолінергічною активністю і має антиалергічну дію. Є препаратом першої лінії в дітей до 5-річного віку. Призначають препарат усередину дітям відповідно до маси тіла і віку добовою дозою по 0,3 мг/кг у 3–4 прийоми, але не перевищуючи зазначених нижче доз *Амітриптилін* – трициклічний антидепресант із групи невідбиркових інгібіторів нейронального захоплення моноамінів. Володіє вираженою тимоаналептичною і седативною дією. Механізм антидепресивної дії амітриптиліну зв'язаний із пригніченням зворотного нейронального захоплення катехоламінів (норадреналіну, дофаміну і серотоніну) у ЦНС. Амітриптилін є антагоністом мускаринових холінергічних рецепторів в ЦНС і на периферії і, тому, одним із найбільш сильнодіючих трициклічних антидепресантів у цьому відношенні. Також володіє антигістаміновими й антиадренергічними властивостями. Є препаратом першої лінії в дітей старше 5-річного віку. Дітям амітриптилін як антидепресант для профілактики мігрені призначають перорально початковою дозою 0,3–0,5 мг/кг, поступово збільшуючи по 10 мг на тиждень, досягаючи цільової дози 1 мг/кг/добу.

ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ – симптомокомплекс, що виявляється у дітей старше 1 року(частіше після 2 років), коли дитина може самотійно поскаржитися на біль в животі, та частково розмежувати верхню та нижню частини живота .

Діагностичні критерії функціональної диспепсії , Римські критерії IV

Діагноз встановлюють за наявності всіх ознак, зазначених нижче:

- a) Постійний або рецидивуючий біль або дискомфорт (відчуття ранного насичення, нудота) у верхній частині живота (вище пупка), локальне здуття ділянки епігастрію.
- b) Біль не зменшується після дефекації або не пов'язаний із зміною частоти або характеру випорожнень.
- c) Відсутні докази запального, метаболічного або неопластичного процесу, а також анатомічні зміни каналу, здатні пояснити виявлені ознаки захворювання.

Зазначені ознаки спостерігаються, принаймні, один раз на тиждень протягом, принаймні, 2 місяців до встановлення діагнозу.

Клінічно можливі два варіанти перебігу цього розладу: з постпранідальним дистрес синдромом(важкість та дискомфорт після їжі) або з епігастральним больовим синдромом, залежно від того яка симптоматика переважає в клініці.

Дифдіагностика проводиться зі запальними захворюваннями верхнього відділу травного каналу(гастрит, гастродуоденіт, виразка шлунка та 12 палой кишки, гельмінтозами, захворюваннями жовчного міхура та підшлункової залози, вадами розвитку травного каналу та підшлункової залози)

Лікування функціональної диспепсії:

1.Обов'язковим компонентом терапії функціональної диспепсії є нормалізація вегетативного статусу і психоемоційного стану, консультація психоневролога, психолога.

2.Дієта при функціональній диспепсії у великій мірі визначається індивідуальною переносимістю продуктів. Також виключаються всі продукти, здатні викликати біль в епігастрії, печію, відрижку: жирні блюда, копчені ковбаси, міцні м'ясні, рибні і грибні бульйони, щі, борщі, житній хліб, свіжа випічка, млинці, газовані напої, кава, редиска, гострі приправи. Дітям дозволяється вживання білого хліба, краще вчорашнього, сухарів з білого хліба, сухого печива, вегетаріанських супів і супів на німцінх бульйонах, супів-пюре, відварного м'яса, парових котлет, фрикадельок (яловичина, курка, кролик, індичка), відварної риби, каш (манної, рисової, гречаної, вівсяної) на розведеному молоці, макаронних виробів, яєць зварених некруто, парових омлетів, сиру у вигляді запіканок, кефіру, йогуртів, негострого сиру, киселю, желе, компотів з солодких сортів ягід і фруктів, відварних овочів (буряка, картоплі, кабачків, гарбуза, цвітної капусти), сирої тертої моркви, солодких груш без шкірки, бананів, печених яблук.

Приймати їжу рекомендується не менше 5 разів на день, дітям 2-го року життя 6 -7 разів невеликими порціями.

3.Медикаментозна терапія: антисекреторні та антацидні препарати при наявності синдрому епігастрального болу та прокінетики (домперидон) - (при постпранідальному дистрес синдромі), спазмолітичні препарати , ферментні препарати, препарати, що корегують зміни у ВНС за необхідністю.

МАЛЮКОВІ КОЛЬКИ - це раптові і виражені напади плачу і занепокоєння немовлят у віці до 5 місяців, що виникають без наявної причини, невідомої природи і це є головною причиною тривоги батьків. Епізоди виникають частіше після вживання їжі та в вечірні години.

Патогенез:

1. Дискинезія товстої кишки яка частіше спостерігається під час або після прийому їжі, через одночасне виникнення двох рефлексів (гастроілеальний і гастроцекальний)

2. Підвищене газоутворення і розтягування стінки кишечника

2. Дефіцит холецистокініну у немовлят, а також порушення функції жовчного міхура. (Учені вважають, що понижена концентрація холецистокініну може обумовлювати більш високу збудливість дітей з кольками, оскільки недостатній седативний ефект холецистокініну).

Діагностичні критерії малюкових кольок, Римські критерії IV

Діагноз встановлюють за наявності усіх перерахованих нижче ознак у дитини до 5-місячного віку:

1. Пароксизми дратівливості, занепокоєння або крику, які починаються і припиняються без певної причини та не можуть бути попередженими;
2. Тривалість епізодів 3 або більше годин в день і вони з'являються не менше 3 днів на тиждень; .
3. Відсутні ознаки захворювання, лихоманки, та не має відставання у наборі ваги.

Скарги враховуються переважно зі слів людей, що доглядають за дитиною, та якщо ведуть щоденник плачу враховується також сумарний плач 3 години та більше протягом дня

Поведінка немовлят, що асоціюється з кольками: тривалий плач, гримаса на обличчі, що може розцінюватися, як біль, напруження живота, підвищення газоутворення, флутація та піджимання ніжок до животика.

Лікування:

1. Створення спокійної обстановки в сім'ї

Необхідно заспокоїти батьків та пояснити їм, що малюкові кольки зустрічаються у більшості немовлят, не представляють загрози для життя, найближчим часом повинні пройти при правильному догляді за дитиною.

2. Ритмічне похитування, поглажування 1-3 рази на секунду в тиші – може заспокоювати малюка, але як тільки покласти його – крик може відновитися.

3. Можна використовувати притискання животика дитини до тіла матері, або теплої пелюшки на живіт, та перечекати період плачу з розумінням, що він минеться.

4. Дієтичні рекомендації матері: обмежити жирні продукти, продукти, які викликають метеоризм (огірки, майонез, виноград, квасоля, кукурудза), а також екстрактні (бульйони, приправи) речовини.

також пробне, протягом 14 днів, виключення молочних продуктів матері, з метою оцінки реакції дитини на білки коров'ячого молока.

3. При штучному вигодовуванні рекомендуються суміші, щомістять в якості жирового компонента коротколанцюгові тригліцериди, при виражених кольках можливе застосування суміші з частково гідролізованим білком (більше з метою виключення можливого несприйняття білків коров'ячого молока).

4. Необхідно також внести корективи в режим годування дитини : інтервали та кількість на одне годування може бути зменшена, але рекомендація не є обов'язковою .

5. Дуже важливим заходом є постуральна терапія, та викладання дитини на животик перед годуванням, для зменшення кількості газів у кишківнику.

Якщо малюкові кольки перебігають на тлі підвищеного газоутворення необхідно винайти

причину цього стану, та провести відповідну корекцію дисбіотичних або харчових чинників, що його зумовлюють.

Психологічна напруга тих хто доглядає за малюком зменшує їх здатність заспокоїти дитину, викликає відчуття відчуження та неспроможності взаємодіяти з малюком, що може збільшувати збудження дитини.

На сьогодні не доведена ефективність жодних медикаментозних засобів та застосування газовідвідних трубочок при малюкових кольках.

ФУНКЦІОНАЛЬНА ДІАРЕЯ - відноситься до неспецифічної хронічної діареї або діареї молодшого віку, що не порушує загальний стан дитини і спонтанно зникає в шкільному віці.

Діагностичні критерії функціональної діареї, Римський консенсус IV

Діагноз встановлюють при наявності всіх нижче перерахованих ознак:

- ← Безболісна щоденна повторювана дефекація 3 і більше разів на добу неоформленими випорожненнями.
- 3. Протягом понад 4 тижнів.
- 4. Початок симптомів відзначається у віці між 6-им і 60-им місяцями життя.
 - ← Дефекація з'являється під час неспання.
 - ← Відсутня затримка в розвитку, якщо енергетичні потреби адекватно задовольняються.

Лікування не потребує.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ЗАКРЕП (ФЗ).- порушення функції кишечника, що проявляється збільшенням інтервалів між дефекаціями (порівняно з індивідуальною нормою) або систематичним недостатнім спорожнюванням кишечника.

Симптоми ФЗ у дітей досить різноманітні та у значній мірі залежать від характеру патологічних станів, що стали їхньою причиною. В одних випадках хворих турбує тільки закреп, в інших - вони пред'являють велику кількість різноманітних скарг. Частота дефекацій також може бути різною: від одного разу у два-три дні до одного разу в тиждень і рідше. У деяких хворих самостійні випорожнення відсутні. У частини дітей випорожнення щоденні, але акт дефекації утруднений, або є кілька дефекацій у день малими порціями калу, без почуття задоволення після випорожнення кишечника. Кал при цьому твердий та сухий, фрагментований, у вигляді сухих темних кульок або грудок, нагадує овечий; іноді він може бути бобовидним.

Тривала затримка випорожнень при ФЗ приводить до хронічної калової інтоксикації, що негативно впливає на гомеостаз дитячого організму.

1. формуванні різних ускладнень мають значення нервово-рефлекторні взаємозв'язки. Відзначаються посилення вегетативних дисфункцій, розвиток іпохондричних, депресивних станів, дисбіоз кишечника, гіповітаміноз, зниження імунітету, алергійні та інші захворювання. При тривалій затримці випорожнень може спостерігатися травматизація слизової оболонки прямої кишки при дефекації (тріщини анального каналу), а також розвиток реактивного запалення (проктит, проктосигмоїдит).

Тому для вирішення питання чи є у дитини функціональний закреп необхідно скористатися діагностичними критеріями.

Діагностичні критерії функціонального закрепу, Римські критерії IV

Діагноз встановлюють при наявності у дітей до 4-річного віку протягом 1 місяця не менше 2 із наступних ознак:

- ← Два або менше спорожнювання кишечника на тиждень;
 - ← Принаймні 1 епізод у тиждень нетримання після придбання гігієнічних навичок;
 - ← Наявність епізодів надмірного стримування дефекації;
 - ← Наявність хворобливого спорожнювання кишечника або твердих випорожнень;
5. Присутність великої кількості фекальних мас у прямій кишці у привчених до туалету дітей;
6. Великий діаметр фекаломи

Клінічний діагноз може бути виставлено на підставі анамнеза та огляду хворого. Інструментальні обстеження прямої кишки проводять після пробного лікування при підозрі на аномалії розвитку кишечника та невпевненості в діагнозі.

Основні принципи лікування ФЗ:

1. Роз'яснення проблеми батькам дитини, надання основних дієтичних, режимних рекомендацій, що до збільшення кількості рідини в харчуванні, достатньої кількості харчових волокон, що підсилюють моторику кишечника, регулярний прийом їжі та вироблення рефлексу на похід у туалет в певний проміжок часу (краще вранці), та ознайомлення з системою заохочення вдалого акту дефекації.

3. Пошук та усунення психологічних та інших причин виникнення закрепу

3. Необхідність будь яким чином досягти м'яких випорожнень. Засоби послаблення випорожнень у фазі маніфестації можуть використовуватись тривало протягом декількох місяців, років, їх потрібно змінювати, що б не було звикання.

Дитина з ФЗ потребує медичного спостереження лікарем загальної практики – сімейної медицини або педіатром та підтримуючу терапію протягом 6-24 місяців. Про видужання свідчить кількість дефекацій (більше 6 разів на тиждень), інакше необхідно продовжувати терапію

СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА(СПК) - функціональний розлад кишечника, при якому біль в животі або дискомфорт пов'язані з порушеннями дефекації або кишкового транзиту (Longstreth et al., 2006).

Патогенез:

За класифікацією розрізняють

- СПК –С (СПК із закрепом, констипацією)
- СПК – Д (СПК із діареєю)
- СПК – М (змішаний (mixt) синдром, діарея + закреп)
- СПК –А (закреп та діарея, які перетинаються (альтернують))

Діагностичні критерії СПК, Римські критерії IV

Діагноз встановлюють при наявності всіх перерахованих нижче ознак

- Абдомінальний дискомфорт або біль, які мають 2 або більше особливостей, принаймні, протягом 25% часу доби:
 - зменшується після дефекації;
 - асоціюється зі зміною частоти актів дефекації;
 - асоціюється зі зміною консистенції калу
- Відсутність доказів запальних і метаболічних процесів, анатомічних змін і новоутворень

Згідно Римським критеріям III, які на сьогодні не змінилися, ознаками, що кумулятивно підтверджують діагноз СПК є:

- Зміна частоти актів дефекації (4 або більше разів на день або 2 або менше разів на тиждень);

1. Зміна консистенції калу (твердий, «овечий» або рідкий, водянистий стілець);
 2. Порухення акту дефекації (напруга при дефекації, імперативні позиви до дефекації або відчуття неповного випорожнення кишечника);
 3. Виділення слизу з калом;
 4. Здуття або відчуття розпирання в животі.
- Тривалість скарг не менше 2 місяців

Одним із частих компонентів клінічної картини СПК у дітей є рецидивуючий біль в черевній порожнині. Він може бути різним за інтенсивністю від легкого дискомфорту, ниючого болю, що можна терпіти до інтенсивного постійного переймоподібного болю і навіть нестерпного гострого болю, що імітує клінічну картину синдрому кишкової непрохідності або гострого апендициту.

Як правило, біль локалізується внизу живота, частіше в лівому нижньому квадранті живота в ділянці проекції низхідної і сигмоподібної кишок або лівому верхньому квадранті живота. Біль носить рецидивуючий характер і змінюється за частотою і тривалістю. Періоди загострення найчастіше пов'язані з порушеннями дієти, стресовими факторами, перевтомою і ін. Для хворих з СПК характерно поява болю відразу після їжі, але найбільш інтенсивний біль спостерігається через 1-1,5 години після прийому їжі. Часто біль з'являється при пробудженні, коли потрібно йти до школи і відсутній під час канікул. На тлі появи болю відзначаються здуття живота, метеоризм, посилення перистальтики кишечника, діарея або інші зміни випорожнень. Болі стихають, як правило, після дефекації і відходження газів і не турбують ночами. Болі в животі пов'язують із сильними постійними або ритмічними м'язовими скороченнями або розтягуванням кишки газом або і тим і іншим.

Другою за частотою скаргою у дітей з СПК є порушення частоти і характеру випорожнень. Діти можуть відзначати переважання запору, діареї або їх чергування. У підлітків переважно спостерігається запор. При запорах стілець твердий, у вигляді маленьких кульок. При цьому характерна невелика добова маса калу за типом «калу вівці» (не буває поліфекалії). Крім того, при запорах хворий може скаржитися на одноразове виділення калу, який на початку дефекації оформлений, а потім кашкоподібний і навіть водянистий, так звані "пробкоподібні" випорожнення. Запори пов'язують з некоординованими, непропульсивними скороченнями дистального відділу товстої кишки, особливо сигмоподібної. Якщо переважають рідкі випорожнення, то вони, як правило, часті, невеликими порціями, однак добовий обсяг залишається нормальним (так звана дистальна діарея малого обсягу) Для хворих з СПК характерна ранкова діарея, що виникає після сніданку і в першу половину дня, і відсутність діареї ночами.

Як при проносах, так і при запорах можливі домішки слизу, але ніколи не виявляється кров, якщо немає геморою або сфінктеріта.

Відмінною ознакою СПК є різноманіття скарг, особливо вегетативного характеру. Крім кишкової симптоматики діти скаржаться на головні болі, підвищену стомлюваність, болі в ділянці серця, утруднення вдиху, відчуття кома при ковтанні, нудоту, відчуття швидкого насичення, переповнення у верхній половині живота, відрижку, відчуття тремтіння, порушення сечовипускання, наявність субфебрильної температури. Вважають, що до появи таких скарг призводить порушення психологічного статусу хворого. У частини хворих з СПК, спостерігається яскрава симптоматика психоневрологічних розладів, найчастіше таких, як депресія, тривожний синдром, фобії, істерія, панічні атаки, іпохондрія, синдром соматизації та ін.

Симптомами, що виключають діагноз СПК є так звані симптоми «тривоги», що прямо або опосередковано вказують на можливість органічного захворювання (Rasquin et al., 2006): *невмотивоване зменшення маси тіла, збереження симптомів у нічні години (у період сну), постійна інтенсивна біль у животі як єдиний і основний симптом, прогресування симптомів, лихоманка, ректальні кровотечі, безболісні проноси, стеаторея, непереносимість лактози, фруктози і глютену, зміна лабораторних показників.*

Лікування:

- Психокорекційна терапія;
- Дієтичні рекомендації, залежно від переважання симптомів.
- Відновлення мукозального гомеостазу при його порушенні, шляхом застосування пробіотиків
- Симптоматична терапія, з метою порашення якості життя

Функціональний абдомінальний біль. В клінічній картині відмічаються скарги на біль, який частіше локалізується навколо пупка. Інтенсивність, характер болю, частота приступів різноманітна. Болі спостерігаються протягом 6 міс і більше, при частковій чи повній відсутності зв'язку між болем і прийомом їжі, дефекаціями та ін, що супроводжується незначною втратою повсякденною активності, відсутністю органічних причин болі і діагностичних ознак інших функціональних гастроентерологічних порушень.

Абдомінальна мігрень - біль інтенсивного, дифузного характеру, що супроводжується нудотою, блюванням, поносом, блідністю і похолоданням кінцівок, іншими вегетативними проявами. У дітей біль може бути локалізована в ділянці пупка. Тривалість болів від 30 хв до декількох годин чи навіть декількох діб. При диференційній діагностиці з болями органічної природи необхідно брати до уваги характерні для мігрені провокуючі фактори, молодий вік, сімейний анамнез, збільшення швидкості лінійного кровотоку в черевній аорті при доплерографії (особливо під час пароксизму).

←

Рекомендована література.

Основна:

5. В.Г. Майданник, - Римські критерії IV (2016): що нового? Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології Том 10. с 8-18
6. Jeffrey S. Hyams, Carlo Di Lorenzo, Migue Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent, Gastroenterology 2016;150:1456–1468
7. Marc A. Benninga, Samuel Nurko, Christophe Faure, Paul E.etc Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler Gastroenterology 2016;150:1443–1455
8. Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення Від 29.01.2013 р. № 59
9. В.Г. Майданник, М.В. Хайтович, В.В. Корнейчук, -Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у детей- Киев: ВБ «Аванпост-Прим», 2008, - 432с

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

“ЗАТВЕРДЖЕНО”
на методичній нараді кафедри педіатрії №4
зав. кафедри, академік НАМН України,
професор _____
В.Г. Майданник
“ _____ ” _____ 2019
р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ СТУДЕНТІВ**

Навчальна дисципліна	Педіатрія з дитячими інфекційними хворобами та фтизіатрією
Модуль №1	Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань дитячого віку
Змістовний модуль №3	Диференційна діагностика захворювань органів травлення у дітей. Допомога при невідкладних станах
Тема №22	Диференційна діагностика функціональних та органічних. Захворювань шлунку та дванадцятипалої кишки у дітей.
Курс	6
Факультет	медичний №3
Спеціальність	педіатрія

Київ 2019

1. Актуальність теми: Розповсюдженість захворювань верхнього відділу травного каналу у дітей складає . Серед них найпоширенішою патологією є гастродуоденіти. У практичній діяльності лікар-педіатр часто стикається з дітьми, що мають хронічні захворювання травної системи. Своєчасна постановка діагнозу, проведення дифдіагнозу і лікування даних захворювань суттєво покращує якість життя хворих.

2. Конкретні цілі:

- визначати різні клінічні варіанти та ускладнення найбільш поширених органічних та функціональних захворювань стравоходу, шлунку та 12-ти палої кишки у дітей. Визначати тактику ведення хворого при цій патології
- демонструвати вміння ведення медичної документації хворих дітей з патологією системи травлення
- планувати обстеження хворої дитини та інтерпретувати отримані результати при найбільш поширених органічних захворювань стравоходу, шлунку та 12 ти палої кишки у дітей .
- проводити диференційну діагностику та ставити попередній клінічний діагноз при найбільш поширених функціональних та органічних захворювань стравоходу, шлунку та 12-ти палої кишки у дітей
- ставити клінічний діагноз і надавати екстрену допомогу при невідкладних станах, зумовлених захворюваннями системи травлення у дітей

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. нормальна анатомія людини	1. знатианатомічніособливостішлунково-кишкового тракту у дітей
2. гістологія	2. володіти знаннями про гістологічну будову органів шлунково-кишкового тракту
3.нормальна фізіологія людини	3. знати особливості функціонування органів травного каналу
4. патологічна анатомія людини	4. знатианатомічніособливостішлунково-кишкового тракту при функціональних та органічних захворюваннях стравоходу та шлунку у дітей старшого віку;
5. патологічна фізіологія людини	5. знати особливості функціонування органів травного каналу при функціональних та органічних порушеннях.
6. пропедевтика педіатрії	6. вміти збирати анамнез, скарги у дітей різного віку, володіти методикою об'єктивного обстеження хворої дитини (огляд, пальпація, перкусія, аускультацияорганів травлення)

4. Завдання для самостійної підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Гастроезофагеальн а рефлюксна хвороба (герх)	терміном ГЕРХ позначають усі випадки патологічного закиду вмісту шлунка в стравохід, при якому виникають морфологічні зміни слизової оболонки стравоходу і розвивається рефлюкс-езофагіт.
Езофагіт	запальне захворювання слизової оболонки стравоходу

Функціональна диспепсія	це постійний або рецидивуючий біль або дискомфорт у верхній частині живота, при відсутності органічних змін з боку слизової оболонки шлунка.
Виразкова хвороба шлунку та 12-палої кишки	хронічне рецидивуюче захворювання, що характеризується утворенням виразкового дефекту в стінці шлунка або дванадцятипалої кишки.
Хронічний гастродуоденіт	хронічне рецидивуюче захворювання запального характеру, яке супроводжується неспецифічною структурною перебудовою слизової оболонки та залозового апарату шлунка і дванадцятипалої кишки (дистрофічні, запальні та регенераторні зміни) з різними секреторними і моторними порушеннями.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Диференційна діагностика функціональних (функціональної диспепсії) та органічних (хронічного гастриту, хронічного гастродуоденіту, виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки) захворювань верхнього відділу травного тракту у дітей.
2. Тактика ведення дітей при функціональних та органічних захворюваннях верхнього відділу травного тракту у дітей.
3. Профілактика виразкової хвороби та її ускладнень.
4. Надання невідкладної допомоги при ускладненому перебігу виразкової хвороби у дітей

5 Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Клінічне обстеження дитини з ураженням органів травної системи.
2. Оцінка загального стану хворої дитини.
3. Виявлення симптомів та синдромів ураження органів травної системи.
4. Інтерпретація результатів додаткових методів дослідження органів травної системи.
5. Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань травної системи у дітей.
6. Тактика ведення хворої дитини при функціональних та органічних захворюваннях травної системи та їх ускладненнях.

6. Зміст теми:

ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ (К30) — це постійний або рецидивуючий біль або дискомфорт у верхній частині живота. При цьому дискомфорт — це неприємні суб'єктивні відчуття (але не біль), які можуть включати самі різні симптоми.

Діагноз встановлюють за наявності всіх ознак, вказаних нижче:

1. Постійний або рецидивуючий біль або дискомфорт у верхній частині животі (вище пупка).
2. Прояви не зменшуються після дефекації та не пов'язані зі зміною частоти або характеру випорожнень (тобто, не синдром подразненого кишечника).
3. Відсутні докази запального, метаболічного або неопластичного процесу, а також анатомічні зміни, що пояснюють наявні симптоми.

Вказані ознаки спостерігаються, принаймні, один раз на тиждень тривають не менше 2 місяців до встановлення діагнозу.

Гастрорезофагеальна рефлексна хвороба (ГЕРХ)

У клінічній картині захворювання прийнято виділяти *стравохідні (езофагеальні) і позастравохідні (екстраезофагеальні) симптоми*.

ГЕРХ у дітей характеризується такими проявами ураження стравоходу: стійке блювання, зригування, відрижка, гикавка. Надалі, приєднуються такі симптоми, як почуття гіркоти в роті, печія, болі за грудиною, дисфагія. Як правило, такі симптоми як печія, болі за грудиною, в ділянці шиї й спини спостерігаються вже при запальних змінах слизової оболонки стравоходу, тобто при рефлюкс-езофагіті.

Критерії оцінки ГЕРХ у дітей (В.Ф. Приворотский, Н.Є. Луппова (2002))

Ступінь прояву ГЕР:	Перебіг	Позастравохідні прояви ГЕРХ	Ускладнення ГЕРХ
ГЕР без езофагіту ГЕР з езофагітом I ступінь; II ступінь; III ступінь; IV ступінь	Легкий Средньоважкий Важкий	Бронхолегеневі. Оториноларингологічні. Кардіологічні Стоматологічні.	Стравохід Барретта. Стріктура стравоходу. Постгеморагічна анемія.

Приклад діагнозу:

Діагноз основний: Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (рефлюкс-езофагіт II ступеня), середньоважкий перебіг. **Ускладнення:** Постгеморагічна анемія.

Діагноз супутній: Хронічний гастродуоденіт з підвищеною кислотоутворюючою функцією, Нр-негативний, у стадії неповної ремісії.

До позастравохідних (атипових) проявів ГЕРХ відносять респіраторні (кашель, задишка, що частіше виникають у положенні лежачи), отоларингологічні (захриплість, слинотеча), шлункові (швидке насичення, здуття, нудота, блювання), стоматологічні (глосит, ураження червоної облямівки губ і тканин зубів) а також симптоми ураження серцево-судинної системи.

Ускладнення. Ускладнений перебіг ГЕРХ у дитячому віці зустрічається рідко. Найбільш частим при важкому перебігу ГЕРХ є пептичний ерозивно-виразковий езофагіт, який спостерігається в 2-7% випадків. Відносно рідке ускладнення ГЕРХ - стриктура стравоходу, яка виникає при загоєнні з рубцем виразкових дефектів.

Одним з найбільш серйозних ускладнень ГЕРХ є стравохід Барретта. В літературі стравохід Барретта трактується як клініко-морфологічний комплекс і проявляється клінічною картиною важкої ГЕРХ, осередковою гетеротопією слизової оболонки шлунка й/або тонкого кишечника в стравоході й утворенням у ряді випадків ерозій або виразок у стравоході. Це захворювання більшість авторів розцінює як ускладнення ГЕРХ, хоча не виключають і можливість формування метаплазії вродженого характеру.

Діагностика ГЕРХ ґрунтується на клінічних даних та результатах досліджень, що виявляють патологічний ГЕР. Для виявлення патологічного ГЕР сьогодні використовують наступні методи: рентгенологічне дослідження з барієм, рН-метрія, фіброезофагогастродуоденоскопія (ФЕГДС) з біопсією, сцинтиграфія. При цьому стійко збільшується кількість інвазивних методик обстеження у дітей, діагностична цінність яких, з урахуванням вимог доказової медицини, повинна бути обґрунтована.

Основні принципи лікування ГЕРХ у дітей.

1. Дієтотерапія.
2. Постуральна терапія.
3. Медикаментозна терапія проводиться з урахуванням стадії розвитку ГЕРХ:

1. *ГЕРХ без езофагіта* та ГЕРХ з рефлюкс-езофагітом I ступеня тяжкості: Антациди, Прокінетики

2. *ГЕРХ з рефлюкс-езофагітом 2 ступеня тяжкості:* блокатори Н2-гістамінорецепторів або інгібітори протонної помпи

3. *ГЕРХ з рефлюкс-езофагітом 3-4 ступеня тяжкості:* прокінетики, інгібітори протонної помпи та цитопротектори

У стадії ремісії застосовуються *немедикаментозні методи лікування:* фітотерапія, рефлексотерапія, гомеопатія, бальнеотерапія.

У разі неефективності консервативної терапії *показаннями до хірургічного лікування є*:
 -ускладнений перебіг ГЕРХ (3-4 ступень езофагіту), -кила стравохідного отвору
 діафрагми, -виражені позастравохідні прояви,

Використовується фундоплікація по Нісену іноді по Талю, Тоупе.

Диспансерний нагляд. Мінімальний строк нагляду – 3 роки.

ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ

Шифр К-29 (МКХ-10) – хронічний гастрит

I. Визначення: Хронічний гастрит (ХГ) – хронічне рецидивуюче захворювання СОШ запального характеру, яке охоплює також і підслизовий шар шлунку, супроводжується клітинною інфільтрацією, порушенням фізіологічної регенерації, із схильністю до прогресування та поступового розвитку атрофії залозистого апарату, розладами секреторної, моторної та інкреторної функцій шлунка.

Класифікація хронічного гастриту (А.В.Мазурин, А.М.Запруднов)

За походженням	За поширенням локалізацією	Період захворювання	Характер шлункової секреції	Морфологічна Характеристика ураження шлунку	
				ендоскопія	гістологія
А. Первинний (екзогенний)	Вогнищевий антральний фундальний пілородуоденіт Поширений	Загострення	1.Підвищена 2.Нормальна 3.Понижена	1.поверхневий 2.гіпертрофічний 3.ерозивний 4.атрофічний	1.поверхневий 2. з ураженням залоз без Атрофії 3.атрофічний а) помірно Виражений б) виражений в) з явищами Перебудови Слизової Оболонки
Б. Вторинний (ендогенний)		Неповна ремісія			
		Повна ремісія			

II. Критерії діагностики:

Діагноз ХГ є морфологічним і базується на гістологічній оцінці біоптатів.

Клінічні критерії:

Клінічні критерії ХГ базуються на аналізі скарг та оцінці основних проявів хвороби – болювого абдомінального, диспептичного, неспецифічної інтоксикації (астеновегетативний).

Хронічний гастрит (період загострення)

З підвищеною (або нормальною) секрецією соляної кислоти	Із зниженою секрецією соляної кислоти
1. Найбільш частий клінічний варіант: - виразковоподібна форма. 2. Больовий синдром: - болі в животі, пов'язані з їжею; - часто виникають натщесерце; - ранні болі (характерні для фундального гастриту); - пізні болі (характерні для антрального гастриту); - болі у нічний час. Відсутній чіткий зв'язок з порою року, порушенням дієти. Больовий синдром	1. Найбільш частий клінічний варіант: - відсутня виразна типова клініка. 2. Больовий синдром слабовиражений: - ниючі болі в епігастрії, найчастіше після їжі; - характерне відчуття тиску та переповнення у верхній частині живота; болі виникають і посилюються в залежності від якості та об'єму їжі.

інтенсивний і тривалий.	
<p>3. Диспептичний синдром: найбільш характерні:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кисла відрижка; - відрижка повітрям; - печія; - нудота; - схильність до запору. <p>4. Синдром неспецифічної інтоксикації:</p> <ul style="list-style-type: none"> - різний ступінь вираженості. <p>5. Пальпаторно: чітка помірна болючість в епігастрії, пілородуоденальній зоні.</p>	<p>3. Диспептичний синдром (переважає над больовим –55-60 %) найбільш характерні:</p> <ul style="list-style-type: none"> - відрижка їжею; - нудота; - відчуття гіркоти у роті; - зниження апетиту; - метеоризм; - нестійкий характер випорожнення. <p>4. Синдром неспецифічної інтоксикації:</p> <ul style="list-style-type: none"> - значно виражений, - переважає астенія. <p>5. Пальпаторно: незначна болючість в епігастрії, найчастіше поширена, в проекції больових точок інших органів травлення.</p>
<p>а) Найбільш характерні ендоскопічні форми:</p> <ul style="list-style-type: none"> - поверхневий; - поверхневий з гіперплазією; - гіпертрофічний; - ерозивний. <p>б) При гастроскопії:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гіперсекреція шлункового вмісту; - багато слизу; - часто – домішки жовчі; - переважно гіперемія та набряк СОШ; - набряк і потовщення складок; - локальна гіперплазія; - часто ерозії. <p>в) Виявлення НР – у більшості випадків</p>	<p>а) Найбільш характерні ендоскопічні форми:</p> <ul style="list-style-type: none"> - змішаний; - субатрофічний; - атрофічний; - з геморагіями та (або) гіперплазією. <p>б) При гастроскопії:</p> <ul style="list-style-type: none"> - незначна кількість шлункового вмісту; - часто – домішки жовчі; - бліда, тмяна, потончена СОШ; - нерівномірно згладжені складки; - інколи – мозаїстість слизової оболонки. <p>в) Виявлення НР – інколи.</p>
Гістологічні критерії	
<p>Найчастіше:</p> <ul style="list-style-type: none"> - активний поверхневий гастрит; - дифузний гастрит з ураженням залоз без атрофії. <p>Виявлення НР у більшості випадків.</p>	<p>Найчастіше:</p> <ul style="list-style-type: none"> - субатрофічний та атрофічний гастрит; - дифузний гастрит з ураженням залоз і Атрофією <p>Характерна перебудова епітелію по пілорічному або кишковому типу.</p> <p>Виявлення НР – інколи.</p>
<p style="text-align: center;">Внутрішньошлункова рН-метрія:</p> <p>а) нормаоцидний стан:</p> <ul style="list-style-type: none"> - рН тіла шлунку 1,6-2,3; - рН антрального відділу 2,1-3,0. <p>б) гіперацидний стан:</p> <ul style="list-style-type: none"> - рН тіла шлунку <1,6; - рН антрального відділу <2,1. <p>Облужнююча здатність шлункового соку: частіше субкомпенсована: $pH_{\text{антрума}} - pH_{\text{тіла}} = 1,5 - 4,0$; декомпенсована: $pH_{\text{антрума}} - pH_{\text{тіла}} < 1,0 - 1,5$; рідко коли компенсована: $pH_{\text{антрума}} - pH_{\text{тіла}} \geq 4,0$;</p>	<p style="text-align: center;">Внутрішньошлункова рН-метрія:</p> <p>Гіпоацидний стан:</p> <ul style="list-style-type: none"> - рН тіла шлунка >2,3 - рН антрального відділу >5,9-6,0 <p>Облужнююча здатність шлункового соку: частіше компенсована: $pH_{\text{антрума}} - pH_{\text{тіла}} \geq 4,0$</p>

Визначення кислотності шлункового соку фракційним методом:

Дебіт соляної кислоти

З підвищеною (або нормальною) секрецією Із соляної кислоти	зниженою секрецією соляної кислоти
рН шлунка фракційним методом BAO \geq 1,14-2,38 ммоль/година SAO \geq 3,20-5,30 ммоль/година Суттєвим є підвищення показників базальної секреції.	рН шлунка фракційним методом BAO $<$ 1,14 ммоль/година SAO $<$ 3,20 ммоль/година
BAO – базальна кислотна продукція; SAO – субмаксимальна кислотна продукція	

Ⓜ Визначення інфекції *Helicobacter Pylori* методом золотого стандарту - гістологічний

Ⓜ УЗД органів черевної порожнини для визначення біліарної та панкреатичної патології (одноразово).

Ⓜ Загальний аналіз крові та сечі (одноразово)

Ⓜ Протеїнограма (одноразово).

Ⓜ Копрограма, аналіз кала на скриті кров (реакція Грегерсена)

Ⓜ Аналіз калу на яйця глистів (тричі).

При ХГ, асоційованих з НР, призначення ерадикаційної терапії проводиться за однією з загальноприйнятих схем – потрійна, або у разі не ефективності квадротерапія

При інших формах гастриту медикаментозна терапія проводиться з урахуванням рівня кислотопродукції та типа порушень моторно-евакуаторної функції шлунку (С).

У стадії клінічної ремісії - фітотерапія, бальнеотерапія, ЛФК.

Диспансерний нагляд проводиться на протязі 3-х років від останнього загострення, кратність ендоскопічного дослідження – один раз на рік.

ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ Шифр К 29.9 (МКХ – 10)

I. Визначення

Хронічний гастродуоденіт (ХГД) – хронічне рецидивуюче захворювання запального характеру, яке супроводжується неспецифічною структурною перебудовою слизової оболонки та залозового апарату шлунка і дванадцятипалої кишки (дистрофічні, запальні та регенераторні зміни) з різними секреторними і моторними порушеннями.

Класифікація:

1. За походженням: первинний, вторинний.
2. За поширеністю: а) гастрит обмежений (антральний, фундальний) і поширений (дифузний, пангастрит); б) дуоденіт обмежений (бульбіт) і поширений.
3. За періодами захворювання: загострення; неповної клінічної ремісії; повної клінічної ремісії; клініко-ендоскопічно-морфологічної ремісії (одужання).
4. За характером секреції шлунка: підвищена, нормальна, знижена.
5. За морфологічними формами ураження шлунка і дванадцятипалої кишки: ендоскопічно-поверхневий (еритематозний), гіпертрофічний (нодулярний), ерозивний, геморагічний, субатрофічний, змішаний; за даними гістологічного дослідження: поверхневий, дифузний (без атрофії), субатрофічний, атрофічний.

II. Критерії діагностики:

Наявність факторів ризику розвитку ХГД та спадкової схильності (35-40 %).

1. Клінічні критерії (залежать від фази та вираженості запального процесу, стану секреторної функції шлунка, моторно-евакуаторних порушень шлунка та ДПК).

При загостренні характерна триада симптомів:

-больовий;

- диспептичний;
- хронічної неспецифічної інтоксикації.

Найбільш характерно:

- болі в животі – ниючі, тривалі, виникають вранці натщесерце та через 1,5-2 години після їжі;

- часто (до 40 %) має місце гострий, приступоподібний, але нетривалий характер болі, яка локалізується в епігастрії (98-100 %), в правому підребер'ї (60 %), навколо пупка (45 %). Біль посилюється після їжі та фізичного навантаження. При ерозивному гіперацидному ХГД (передвиразковий стан) – поєднуються голодні, нічні та пізні болі.

- диспептичні прояви: часта відрижка, тривала нудота, відчуття гіркоти у роті, метеоризм, запори, більш рідко – нестійкий характер випорожнення;

- синдром неспецифічної інтоксикації і емоціональна лабільність, часті головні болі, дратівливість, слабкість.

Пальпаторно: розлита болючість в епігастрії, пілородуоденальній зоні, при ерозіях – можливе локальне напруження м'язів.

2. Лабораторні дослідження:

- клінічний аналіз крові;
- клінічний аналіз сечі;
- загальний білок та білкові фракції крові
- аналіз кала на скриті кров (реакція Грегерсена);
- гістологічне (цитологічне) дослідження біоптатів (із застосуванням гістологічного методу діагностики *Helicobacter pylori* – “золотий стандарт”);
- імунограма (за показаннями).

3. Інструментальні дослідження та критерії діагностики:

Обов'язково:

- фіброезофагогастродуоденоскопія з прицільною біопсією та проведенням експрес-діагностики НР (одноразово, при ерозивному ХГД – дворазово);
- внутрішньошлункова рН-метрія (або фракційне дослідження шлункового вмісту) – одноразово;
- УЗД органів черевної порожнини – одноразово (для виявлення супутньої патології).

При необхідності:

- рентгенологічне дослідження шлунка та ДПК (моторно-евакуаторні порушення, аномалії розвитку);
- електрогастрографія;
- реографія;
- інші.

Внутрішньошлункова рН-метрія:

а) нормаацидний стан:

- рН тіла шлунка 1,6-2,3;
- рН антрального відділу 2,1-3,0.

гіперацидний стан:

- рН шлунка <1,6;
- рН антрального відділу <2,1.

Ендоскопічні критерії:

- наявність характерних ендоскопічних ознак зміненої слизової оболонки шлунка та ДПК відповідно до класифікації ХГД (поверхневий, гіпертрофічний, геморагічний, ерозивний, змішаний);

- наявність дуоденогастрального рефлюкса та інших моторно-евакуаторних порушень;
- виявлення етіологічних факторів.

-

Найбільш часто:

При *поверхневому ХГД*: запальний набряк, гіперемія, контактна кровоточивість.

При *субатрофічному (атрофічному) ХГД*: слизова оболонка ДПК бліда, сірого кольору, потончена, циркулярні складки згладжені, просвічується судинна сітка підслизового шару.

При *ерозивному ХГД* (частіше вражається цибулина або цибулина та антральний відділ): на фоні набряку, гіперемії – поверхневі дефекти слизової оболонки, не проникаючі у м'язовий шар, розміром до 0,5 см, поодинокі або численні, з ознаками кровотечі і без них.

Гістологічні ознаки (дуоденіта):

- *Поверхневий дуоденіт*: зміни висоти ворсинок (подовження) різної форми, збільшення кількості крипт. В ентероцитах ворсинок і крипт виразні дистрофічні зміни з осередковою гіперплазією ентероцитів.

- *Дифузний дуоденіт (без атрофії)*: зменшується висота ворсинок та товщина крипт, витончується слизова оболонка. Збільшується щільність лімфоцитарно-плазмоцитарної та лімфоцитарно-гістіоцитарної інфільтрації.

- *Атрофічний (субатрофічний) дуоденіт*: укорочення ворсинок, потончення крипт і слизової оболонки. Переважають лімфоїдні та плазматичні клітини.

При всіх формах можуть виявлятися ерозії, шлункова метаплазія, наявність НР.

Особливості лікування залежать від періоду захворювання, характеру клініко-ендоскопічних змін, стану секреторної функції шлунка та порушень моторно-евакуаторної функції шлунка і дванадцятипалої кишки.

При загостренні

1. Вирішення питання про умови лікування (стаціонар чи амбулаторно).
2. Вибір рухового режиму, використання ЛФК.
3. Вибір режиму і характеру харчування, призначення дієтичного харчування (стіл №1,2,5).
4. Індивідуалізоване призначення комплексного лікування (з урахуванням етіології, основних патогенетичних механізмів, домінуючого синдрому).

У стадії клінічної ремісії: фітотерапія, бальнеотерапія, фізіолікування, ЛФК.

Диспансерне спостереження:

- ерозивний ХГД – 5 років з часу останнього загострення (кратність обстежень – 3 рази на рік, ендоскопічного дослідження – 2 рази на рік).

ВИРАЗКОВА ХВОРОБА

Шифр K25 – виразка шлунку (ВШ) (гостра ерозія шлунка, виразка пілоричної частини, виразка шлунка).

Шифр K26 – виразка дванадцятипалої кишки (ВДПК) (гостра ерозія дванадцятипалої кишки, виразка дванадцятипалої кишки, виразка постпілоричної частини).

I. Визначення

Виразкова хвороба (ВХ) – поліетіологічне захворювання, яке характеризується формуванням виразкового дефекту у шлунку та дванадцятипалій кишці (ДПК), схильне до прогресування, із залученням до патологічного процесу інших органів травлення, з можливим розвитком ускладнень. Формування хвороби обумовлено порушенням рівноваги між факторами “агресії” та “захисту” слизової оболонки органів гастроудоденальної зони, завжди з переважанням “агресивних” компонентів (інфекція *H.pylori*, кислотна агресія).

Класифікація. У педіатричній практиці використовують класифікацію виразкової хвороби за А. В. Мазуріним.

1. Клініко-ендоскопічна стадія - гостра виразка, початок епітелізації виразкового дефекту, загоєння виразкового дефекту слизової оболонки за збереженого дуоденіту, клініко-ендоскопічна ремісія.

2. Фаза загострення, неповної клінічної ремісії, клінічної ремісії.

3. Локалізація - шлунок, дванадцятипала кишка (ампула, заампулярний відділ), подвійна локалізація.

4. Форма - неускладнена; ускладнена: кровотеча, пенетрація, перфорація, стеноз воротаря, перивісцерит.

5. Функціональна характеристика - кислотність шлункового соку і моторика: підвищена, знижена, нормальна.

6. Супутні захворювання - панкреатит, гепатит, ентероколіт (коліт), езофагіт, холецистохолангіт.

Лабораторні дослідження:

а) обов'язкові:

- клінічний аналіз крові – в поодиноких випадках анемія, лейкоцитоз;
- визначення групи крові і резус-фактору;
- клінічний аналіз сечі;
- загальний білок та білкові фракції крові;
- гістологічне (цитологічне) дослідження ;
- тести на *Helicobacter pylori* (швидкий уреазний, бактеріологічний, дихальний тест, при можливості серологічний (ІФА), ІФА аналіз концентрації антигену HP в калі, ПЦР);
- аналіз кала на сховану кров (реакція Грегерсена);

б) при резистентних до терапії виразках:

- аналіз крові на рівень гормонів (гіпергастринемія, гіперсоматотропінемія).

Дифдіагностичні клінічні критерії перебігу виразкової хвороби

Синдром	ВХ ДПК	ВХШ
Больовий	епігастрій, пілородуоденальна зона; натщесерце або пізні болі (через 2-3 години після їжі); переважно нічні болі; мойнігановський ритм: голод→біль→прийом їжі→полегшення; у вигляді нападу або ниючі; часто ірадіація у спину, у поперек.	найчастіше ниюча; у верхній половині живота, за грудиною; зразу після їжі; рідко – нічні болі.
Диспептичний	печія (ведучий симптом); нудота; кисла відрижка; блювання.	нудота; відрижка; гіркота у роті; зниження апетиту до анорексії; метеоризм.
Астено-вегетативний	головний біль; зниження працездатності; підвищена втомлюваність. Вегетативні розлади: емоціональна лабільність; пітливість.	головний біль; зниження працездатності; підвищена втомлюваність. Вегетативні розлади: емоціональна лабільність; пітливість.
Пальпаторно	-виражена болючість у пілородуоденальній зоні; в епігастрії; -наявність симптому Менделя (при перкусії кінчиками пальців стінки живота виникає біль); -локальна напруга м'язів в больовій зоні;	локальна болючість в епігастрії; нечасто – в пілородуоденальній зоні; ознаки локальної напруги м'язів.

Інструментальні дослідження та критерії діагностики:

Дослідження шлункової секреції:

- внутрішньошлункова рН-метрія – помірна гіперацидність (рН 1,3 – 1,5);
– виражена гіперацидність (рН 0,9 – 1,2);
- фракційне дослідження шлункового соку (гіперацидний стан).

Фіброезофагогастродуоденоскопія з прицільною біопсією. При гістологічному дослідженні біоптатів з периульцерозної зони СОШ (при ВХШ) виявляють гостре запалення з інфільтрацією і стазом, атрофію різної виразності; у біоптатах СО ДПК (при ВХ ДПК) – гостре запалення з інфільтрацією і повнокров'ям, гіперплазією дуоденальних залоз, розростання сполучної тканини. Гістологічно в біоптаті визначають наявність НР і ступінь обсіменіння (мікробної забрудненості) СО (+, ++, +++).

Допоміжні методи обстеження:

Рентгенологічне :

Рентгенологічні критерії виразки - синдром “ніші”, конвергенція складок та інші ознаки у дітей зустрічаються рідко. Обстеження використовується для діагностики моторно-евакуаторних порушень, дуоденостаза.

УЗД органів черевної порожнини (одноразово):

Дослідження проводиться для скринінг-діагностики супутньої патології.

III. Основні принципи лікування

При загостренні:

Індивідуальне призначення комплексного лікування з урахуванням етіології, ведучих патогенетичних механізмів і клініко-ендоскопічного симптомокомплексу, дієтичне харчування.

У фазі заживлення виразки (нестійкі больовий та диспептичний синдроми) лікування може бути продовжено у поліклінічних умовах.

Ускладнення виразки шлунка та ДПК:

- Кровотеча – кровава блювота, дьогтеподібний стілець, бліді шкіряні покрови, запаморочення, холодний піт, прискорення пульсу, падіння АТ;

- Перфорація язви – гострий “кінжальний” біль, блювота, лице бліде, холодні кінцівки, змушене положення з приведеними до живота колінами, живіт втягнутий, брюшна стінка напружена;

- Стеноз – інтенсивні стійкі болі, відчуття переповненості після їжі, відрижка, блювота, яка приносить полегшення, зневоднення, зниження маси тіла;

- Пенетрація в інші органи травлення – посилення больового синдрому, біль не пов'язаний з прийомом їжі, в зоні патологічного ураження виражена пальпаторно болючість, запальний інфільтрат, субфебрильна температура, лейкоцитоз, прискорена ШОЕ.

Ускладнені виразки підлягають хірургічному лікуванню в спеціалізованому стаціонарі. схеми лікування та диспансерного нагляду.

Диспансерний нагляд - можливе зняття з обліку через 5 років стійкої ремісії після стаціонарного обстеження. Консультація гастроентеролога – за показаннями не пізніше 6 міс., ФГС контроль – за показаннями.

Основна література:

- 1.Болезни органов пищеварения у детей Майданник В.Г. К.: СП «Интертехнопечать», 2010.- 1157 с
2. Справочник детского гастроэнтеролога под редакцией проф Денисовой М.Ф, проф Шадрина О.Г., Киев 2011, 350с

3. Протоколи діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей наказ МОЗ №59 2013 року

Додаткова література:

1. Майданник В.Г. Педиатрия. Учебник (2-е издание, испр. и доп.). – Харьков: Фолио, 2002. – 1125 с
2. Волосовець О.П., Нагорна Н.В., Кривопустов С.П., Острополец С.С., Бордюгова О.В. Діагностика та лікування невідкладних станів у дітей. Навчальний посібник для студентів ВМНЗ IV рівня акредитації, лікарів-інтернів, лікарів-курсантів післядипломної освіти. – Донецьк: Донецький державний медичний університет ім. М.Горького., 2007. – 112 с.
3. Гастроентерологія дитячого віку /За загальною редакцією професора Є.В.Прохорова, професора О.П.Волосовця. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – 160 с.
4. Петрушина А.Д. и др. Неотложные состояния у детей. – М.: «Медицинская книга», 2002. – 176 с.
9. Пеший М.М. Невідкладна допомога в педіатричній практиці / Навчальний посібник для студентів і лікарів-інтернів вищих мед.навч.закладів III-IV рівнів акредитації. – Полтава, 2001. – 245 с.
10. Белоусов Ю.В. Гастроэнтерология детского возраста. – Х.:Консум, 2000. – 528 с.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

“ЗАТВЕРДЖЕНО”
на методичній нараді кафедри педіатрії №4
зав. кафедри, академік НАМН України,
професор _____
В.Г. Майданник
“ _____ ” _____ 2019
р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ СТУДЕНТІВ**

Навчальна дисципліна	Педіатрія з дитячими інфекційними хворобами та фтизіатрією
Модуль №1	Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань дитячого віку
Змістовний модуль №3	Диференційна діагностика захворювань органів травлення у дітей. Допомога при невідкладних станах
Тема №23	Синдром закрепку у дітей. Диференційна діагностика функціональних та органічних захворювань кишечника у дітей
Курс	6
Факультет	медичний №3
Спеціальність	педіатрія

Київ 2019

1. Актуальність теми:

У практичній діяльності лікар-педіатр часто стикається з дітьми, що мають хронічні захворювання травної системи. Своєчасна постановка діагнозу, проведення дифдіагнозу і лікування даних захворювань суттєво покращує якість життя хворих.

2. Конкретні цілі:

- визначати різні клінічні варіанти та ускладнення найбільш поширених органічних та функціональних захворювань кишечника у дітей. Визначати тактику ведення хворого при цій патології
- демонструвати вміння ведення медичної документації хворих дітей з патологією системи травлення
- планувати обстеження хворої дитини та інтерпретувати отримані результати при найбільш поширених органічних захворювань кишечника (хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт)
- проводити диференційну діагностику та ставити попередній та клінічний діагноз при найбільш поширених органічних захворюваннях кишківника (хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт) та функціональних порушеннях (синдром подразненого кишківника, функціональний закреп)
- ставити клінічний діагноз і надавати екстрену допомогу при невідкладних станах, зумовлених захворюваннями системи травлення у дітей

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми

(міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. нормальна анатомія людини	1. знати анатомічні особливості шлунково-кишкового тракту у дітей
2. Гістологія	2. володіти знаннями про гістологічну будову органів шлунково-кишкового тракту
3. нормальна фізіологія людини	3. знати особливості функціонування органів травного каналу
4. патологічна анатомія людини	4. знати анатомічні особливості шлунково-кишкового тракту при функціональних та органічних захворюваннях кишківника у дітей старшого віку;
5. патологічна фізіологія людини	5. знати особливості функціонування органів травного каналу при функціональних та органічних порушеннях.
6. пропедевтика педіатрії	6. вміти збирати анамнез, скарги у дітей різного віку, володіти методикою об'єктивного обстеження хворої дитини (огляд, пальпація, перкусія, аускультация органів травлення)

4. Завдання для самостійної підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Функціональний Закреп	порушення функції кишечника, що проявляється збільшенням інтервалів між дефекаціями (порівняно з індивідуальною нормою) або систематичним недостатнім спорожнюванням кишечника.
Синдром	функціональні гастроінтестинальні порушення, які

подразненого Кишечника (СПК)	характеризуються абдомінальним болем та порушенням кишкових функцій без специфічної, притаманної тільки йому органічної патології.
Хвороба крона (ХК)	Хронічне рецидивуюче захворювання, яке характеризується трансмуральним гранульоматозним запаленням із сегментарним ураженням різних відділів травного тракту.
Неспецифічний виразковий коліт (нвк)	хронічне запальне захворювання нез'ясованого походження, яке клінічно характеризується рецидивуючим перебігом, з періодами кривавої діареї і патоморфологічно-дифузним запальним процесом в товстій кишці. Запалення має проксимальну поширеність від rectum і обмежується ректальною і товстокишковою слизовою
Хронічний неспецифічний невиразковий коліт	Хронічне запально-дистрофічне враження слизової оболонки товстої кишки з перевагою в клінічній картині ознак функціональних розладів.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Диференційна діагностика функціональних (синдрому подразненого кишечника, функціонального закрепу) та органічних (хвороби Крона, неспецифічного виразкового коліту, хронічного неспецифічного не виразкового коліту) захворювань кишечника.
2. Тактика ведення дітей при функціональних та органічних захворюваннях кишечника у дітей
3. Ускладнення хвороби Крона, неспецифічного виразкового коліту, лікування.
4. Дисбіоз кишечника, поняття та методи корекції.

5 Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

13. Клінічне обстеження дитини з ураженням органів травної системи.
14. Оцінка загального стану хворої дитини.
15. Виявлення симптомів та синдромів ураження органів травної системи.
16. Інтерпретація результатів додаткових методів дослідження органів травної системи.
17. Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань травної системи у дітей.
18. Тактика ведення хворої дитини при функціональних та органічних захворюваннях травної системи та їх ускладненнях.

Зміст теми:

За загальноприйнятим визначенням до **функціональних захворювань** відносять такі стани, при яких не вдається винайти морфологічні, генетичні, метаболічні зміни, що пояснювали б клінічні симптоми, які спостерігаються у хворого.

СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ

Визначення. СПК – функціональні гастроінтестинальні порушення, які характеризуються абдомінальним болем та порушенням кишкових функцій без специфічної, притаманної тільки йому органічної патології.

Класифікація (відповідно Римських критеріїв III).

1. СПК –С (СПК із закрепом, констипацією)
2. СПК – Д (СПК із діареєю)
3. СПК – М (змішаний (mixt) синдром, діарея + закреп)
4. СПК –А (закреп та діарея, які перетинаються (альтернують))

Симптоми, синдроми, фізикальний статус. Скарги розподіляють на кишкові та позакишкові (загальні). До кишкових відносять: **порушення дефекації** (варіант із діареєю - рідкий жовтий стілець, іноді з домішкою слизу і залишків неперетравленої їжі 2-4 рази на добу, частіше ранком, після сніданку, особливо характерно – під час емоційної напруги або

неспокої, імперативні позиви на дефекацію; варіант, що перебігає переважно з *закрепом* – затримка дефекації до 1-2 разів на тиждень, іноді регулярна, але із тривалою напругою, почуття неповного випорожнення кишечника, зміна форми і характеру калових мас – тверді, сухі, типу "козиного", стрічкоподібні і т.д., іноді – "закрепний" пронос);

біль в животі і вздуття (метеоризм) – нападоподібний чи тупий, що тисне, розпирає, біль в животі, який супроводжується здуттям (підсилюються після їжі, при стресовій ситуації, перед дефекацією і проходять після дефекації).

Скарги загального характеру зустрічаються незалежно від варіанта СПК: головний біль, стомлюваність, біль в області серця, утруднення вдиху, почуття кому при ковтанні, нудота, почуття швидкого насичення, переповнення у верхній частині живота, відрижка, відчуття тремтіння, порушення сечовиділення. Звертає увагу невідповідність між тривалістю захворювання, численними скаргами і задовільним фізичним станом дитини. Об'єктивно: ознаки астено-вегетативного й астено-депресивного синдромів, під час пальпації - біль протягом всієї товстої кишки або її частини.

Доволі часто СПК, як і багато інших патологічних станів, супроводжується **дисбіозом** кишечника.

Діагностика СПК.

- Клінічний аналіз крові – у межах вікової норми; клінічний аналіз сечі без особливостей.

- Копрологічне дослідження: можливі кашкоподібний чи рідкий стул з першою щільною порцією, наявність незначної кількості слизу.

- Ректороманоскопія (колоноскопія): біль при інсуфляції повітрям, можливе посилення судинного малюнка слизуватої, незначна гіперемія слизуватої, накладення слизу, високі ригідні складки, фізіологічні сфінктери з підвищеним тонусом;

- Ірігографія: наявність спазмованих ділянок, газу та рідини у просвіті кишечника, рельєф слизуватої не змінюється.

Манометрія: при балонному розтягуванні прямої кишки підвищені показники тиску;

- Аналіз калу на дисбіоз:

Характеристика лікувальних заходів.

- Режим дня: чергування праці, відпочинку, прогулянок, фізичного навантаження, достатнього сну, за можливістю – корекція психотравмуючих ситуацій.

- Дієта

- Психотерапія

- Седативна терапія

Варіант, що перебігає переважно з діареєю:

а) похідні фенілпіперідина

б) ентеросорбенти

Варіант, що перебігає із *закрепом*:

а) препарати, що нормалізують перистальтику кишечника (прокінетики)

б) проносні, що мають гідрофільний ефект

При наявності болю в животі та метеоризму:

міотропні спазмолітики

При наявності дисбіозу кишечника – корекція дисбіозу.

Диспансерний нагляд – 3 роки позаприступного періоду. З диспансерного нагляду можна зняти при відсутності патологічних змін після повного лабораторно-інструментального обстеження.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ЗАКРЕП

1. Визначення. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ЗАКРЕП – порушення функції кишечника, що проявляється збільшенням інтервалів між дефекаціями (порівняно з індивідуальною нормою) або систематичним недостатнім спорожнюванням кишечника.

2. Критерії діагностики.

Римські критерії IV діагностики функціонального закрепу у дітей

1. Діагноз встановлюють при наявності у дітей до 4-літнього віку протягом 1 місяця не менш 2 з наступних ознак:

Два або менше спорожнювання кишечника на тиждень;

Принаймні 1 епізод у тиждень нетримання після придбання гігієнічних навичок;

Наявність епізодів стримування дефекації;

Наявність болю під час акту дефекації
тверді випорожнення або великі за об'ємом;

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. Основні принципи лікування.

Дієтотерапія

Психотерапія

Фармакотерапія

- Препарати, що викликають хімічне подразнення рецепторів слизової оболонки кишечника (група антрахінонов: корінь ревеню, кора жостеру, аркуш сени, кафіол, регулакс; похідні дифенілметана: бісакодил, глікосульфат натрію, фенолфталеїн; касторове масло);
- Засоби, що мають осмотичні властивості: натрій сульфат, магній сульфат, лактулоза;
- Препарати, що збільшують обсяг вмісту кишечника (агар-агар, морська капуста, лляне насіння, целюлоза, макрогол);
- Препарати, що сприяють розм'якшенню калових мас (вазелінове масло, рідкий парафін та ін.).

ХВОРОБА КРОНА

Визначення. Хронічне рецидивуюче захворювання, яке характеризується трансмуральним гранульоматозним запаленням із сегментарним ураженням різних відділів травного тракту.

Класифікація:(В.Н. Копейкин і соавт., 2001)

Форма	Локалізація	Ілеїт, Ілеоколіт, Аноректальна, Шлунка, Дванадцятипалої к-ки, Інші локалізації
	Період	Інфільтрація, Тріщини, Рубцювання, Стенозування
Фаза	Загострення	Ступінь важкості: - Легка - середньої важкості
	Ремісія	- Важка
Перебіг	Гострий	
	Підгострий	
	Хронічний	

Позакишкові прояви спондилоартрити, периферичні артрити, афтозний стоматит, вузлова еритема, увеїт, склерокон'юнктивіт, гепатит.

Ускладнення свищі (міжкишкові, проміжностні та інші), періанальні ураження, стенози кишечника, обтураційна непрохідність, перфорація кишки та перитоніт, кишкова кровотеча, токсичний мегаколон, амілоїдоз, септико-токсичні стани, судинні тромбози, тромбоемболії.

Супутні захворювання

Ступінь тяжкості хвороби Крона визначається локалізацією патологічного процесу та наявністю ускладнень.

Діагностика хвороби Крона включає:

- Збір анамнестичних даних.
- Фізикальне обстеження.
- Лабораторні дослідження.
- Ретророманоскопію з біопсією та гістологічним дослідженням.
- Колоноскопію з біопсією та гістологічним дослідженням і /або езофагогастродуоденоскопію
- Рентгенологічне дослідження.

При оцінці анамнезу хвороби уточнюють симптоми хвороби, їх давність, можливі чинники клінічних проявів, сімейну схильність до хвороб кишківника.

Об'єктивне обстеження: визначають зріст (з процентілями) та масу тіла (з процентілями). Відхилення нижче третього процентіля поряд із змінами показників росту допомагають при визначенні тяжкості перебігу хвороби.

огляд ротової порожнини (наявність, афт, гінгівіту)

зміни шкіри та суглобів (вузлувата ерітема, гангренозна піодермія, артрити, спондиліт, сакроілеїт).

пальпація органів черевної порожнини – наявність інфільтрату у правому нижньому квадранті живота; сегментарна ущільненість товстої кишки; перианальні тріщини; збільшення розмірів печінки (при важких формах хвороби).

Лабораторні дослідження.

Обов'язкові дослідження. Клінічний аналіз крові, клінічний аналіз сечі, протеїнограма, гострофазові показники, копрограма (розгорнута), аналіз калу на дисбактеріоз, рентгенологічне дослідження шлунково-кишкового тракту (ірігографія), ендоскопічне обстеження (ректороманоскопія, колоноскопія), морфологічне дослідження біоптатів кишкового шлунку, 12 типалої кишки.

Ендоскопічне дослідження: картина поліморфна і залежить від фази захворювання (інфільтрації, тріщини, рубцювання). За протягом процес може бути локальним і дифузним.

Фаза інфільтрації: ураження глибоких слоїв стінки (звуження просвіту, набряк слизової оболонки, судинний малюнок визначається тільки крупними судинами, можуть бути невеликі афтозні дефекти).

Фаза розколин (деструктивна): великі виразкові дефекти у вигляді поздовжніх тріщин, які мають напрямок вздовж або поперек кишки, рельєф у вигляді «паперової бруківки».

Фаза рубцювання: рубцеві стенози, які обумовлюють кишкову непрохідність

Гістологічне дослідження біоптату: наявність продольно розташованих виразок-тріщин, що проникають у м'язовий та субсерозний шари, гранульом туберкулоїдного та саркоїдного типів.

Лікування хвороби Крона у період загострення хвороби

Дієта: тяжка форма - проведення ентерального харчування спеціалізованою сумішшю на основі гідролізату сироваткового білка з послідуєчим переходом на суміш яка містить трансформуючий фактор росту. Середньоважка ступінь тяжкості хвороби - Лікувальні столи (№4-5п-5). Легка форма - ентеральне харчування сумішшю яка містить трансформуючий фактор росту.

Медикаментозна терапія.

- Ліки 5 – АСК (месалазін)
- глюкокортикостероїди показані хворим з відсутністю ефекта на використання ліків 5-АСК; пацієнтам з ураженням верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (від стравоходу до порожньої кишки) та/або з поза кишковими проявами (рівень доказовості – В);
- цитостатики показаний гормонорезистентним хворим або при необхідності знизити дозу глюкокортикостероїдів внаслідок наявності побічних їх ефектів (ступінь доказовості А).
- Антибактеріальна терапія

ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ

I. Визначення:

Виразковий коліт — хронічне запальне захворювання нез'ясованого походження, яке клінічно характеризується рецидивуючим перебігом, з періодами кривавої діареї і патоморфологічно-дифузним запальним процесом в товстій кишці. Запалення має проксимальну поширеність від rectum і обмежується ректальною і товстокишечною слизовою.

Класифікація

(Лук'янова О.М., Денисова М.Ф., 2004).

I. Клінічні форми

1. Легка
2. Середньоважка
3. Важка

II. Протікання хвороби

1. Гостре
2. Хронічне:
 - а) рецидивуюче;
 - б) неперервно-рецидивуюче.

III. Стадія хвороби

1. Активна стадія - період розгорнутих клінічних проявів
2. Період зворотнього розвитку хвороби
3. Клінічна ремісія
4. Полна клініко-лабораторна ремісія

1. Дистальний коліт
2. Сегментарний коліт
3. Тотальний коліт

V. Ступінь активності запального процесу (визначається даними клінічних, ендоскопічних та гістологічних ознак)

1. 1-ий ступінь
2. 2-ий ступінь
3. 3-ий ступінь

1. Місцеві:

- а) кишкова кровотеча;
- б) стриктура товстої кишки;
- в) аноректальні ускладнення – анальні тріщини, нетримання калу;
- г) дисбактеріоз.

Кишкові

- токсична дилатація кишки,
- перфорація кишки,
- кровотеча,
- стеноз кишки,
- псевдополіпоз,
- рак товстої кишки.

Системні (позакишкові):

- ураження печінки (гепатит); первинний склерозуючий холангіт; ураження очей (увеїт, іридоцикліт та ін.)
- афтозний стоматит
- вузловата еритема, гангренозна піодермія, артрити, сакроілеїти;

VII. Супутні захворювання.

Діагностика виразкового коліту включає:

- Фізикальне обстеження

- Лабораторні дослідження
- Ендоскопічне обстеження (ректороманоскопія, колоноскопія) із взяттям біоптатів та гістологічним їх дослідженням

- Рентгенологічне дослідження

III. Фізикальні методи обстеження

Збір скарг та анамнестичних даних – уточнюють епіданамнез (кишкові інфекції), прийом лікарських засобів (антибіотики), наявність виразкового коліту у родичів першої лінії.

Клінічні критерії залежать від ступеню важкості та періоду хвороби.

1. Легкий ступінь (загострення):

- діарея менш 4х разів на добу -
- наявність крові у випорожненнях -
- нормальна температура тіла -
- відсутність тахікардії
- біль під час або до дефекації: ліва підвздошна область, мезогастрій, навколо пупка

2. Середній ступінь тяжкості

- діарея 4-6 разів на добу із макроскопічно видимою кров'ю
- непостійна лихоманка понад 37,5°
- біль в животі під час або до дефекації: ліва підвздошна область, мезогастрій, навколо пупка, hypogastrium, regio iliaca.

- тенезми, і ложні позиви
- метеоризм
- нудота
- слабкість, швидка втомлюваність
- зниження апетиту

3. Важкий ступінь (загострення):

- діарея більше 6 разів на добу із макроскопічно видимою кров'ю
- лихоманка понад 37,5°
- тенезми і ложні позиви
- метеоризм
- біль інтенсивний незалежно від акту дефекації та прийняття їжі: мезогастрій, навколо пупка, hypogastrium, regio iliaca.

Пальпаторно:

- defense musculare
- виражена болючість
- локальна напруга м'язів в больовій зоні
- буркотіння
- шум плескання

Фізикальне обстеження – при легкій формі ВК загальний стан не порушен, блідість шкіряних покривів відсутня; при середньо важких та важких формах – блідість шкіряних покривів, зниження тургора тканин, підшкірножирового шару, прояви інтоксикації, болючість відрізків товстої кишки при пальпації, зниження артеріального тиску, болючість та напруження м'язів передньої черевної стінки.

Параклінічні критерії:

Обов'язкові лабораторні:

- Загальний аналіз крові (лейкоцитоз, зниження рівня гемоглобіну, кількості еритроцитів, підвищення показника ШОЕ);
- Загальний аналіз сечі (без змін);
- Копрограма (реакція на сховану кров позитивна, наявність лейкоцитів, слизу);
- Протеїнограма (зменшення рівня альбумінів, збільшення рівня α 1-; α 2- та γ -глобулінів);

Допоміжні лабораторні:

- визначення активності трансаміназ, рівня білірубину та його фракцій (підвищення

наведених показників має місце при реактивному гепатиті).

Обов'язкові інструментальні методи:

Ендоскопічне обстеження з гістологічним дослідженням біоптатів товстої кишки.

Ендоскопічні критерії активності ВК:

0 ступінь активності, (ремісія)	Бліда слизова оболонка, видимі судини
1 ступінь активності, (легкий)	Еритема, помірний набряк, незначна грануляція слизової оболонки, послаблення (втрата) судинного малюнка, помірна контактна кровоточивість, відсутність світлових бліків
2 ступінь Активності (середньої)	Поодинокі виразки, ерозії, псевдополіпи, набряк слизової оболонки, зернистість, відсутність судинного малюнка, значна контактна кровоточивість
3 ступінь активності, (тяжкий)	Різкий набряк, відсутність судинного малюнка, дифузна контактна кровоточивість, зернистість, суцільний гнійний наліт, виразки, ерозії, псевдополіпи, вільні гній і кров. просвіті кишки

Гістологічні критерії: дистрофічні та атрофічні зміни поверхневого епітелію з ділянками виразок ерозій і мікроерозій, зміна форми крипт, зниження мітотичної активності епітеліоцитів, зменшення кількості чи відсутність бокалоподібних клітин, що продукують слиз, нейтрофільна та еозинофільна інфільтрація, зниження міжепітеліальних лімфоцитів (в основному Т-лімфоцитів);

Рентгенологічні ознаки: (іріографія): місцева гіпермотильність (прискорене визволення ураженої ділянки від контрастної речовини), часто з болючими відчуттями; при тяжкому перебігу - синдром "вільного переміщення", порушення гаустрального малюнка (асиметрія, деформація до повного зникнення), укорочення кишки і зміщення (згладжування) природних вигинів, зазубреність контурів, синдром двоконтурності кишки; після спорожнювання - стовщення складок, їхній подовжній напрямок ("причесаний рельєф"), плямистий („мармуровий“) малюнок, у місцях ерозій і виразок - скупчення барієвої суспензії.

УЗД – органів черевної порожнини – збільшення розмірів печінки, її ущільнення.

Консультації:

- Окуліст (при наявності ускладнень)
- Хірург (при розвитку ускладнень)
- Онколог (при довготривалому перебігу, наявності дисплазії в біоптатах слизової оболонки товстої кишки).

IV. Основні принципи лікування.

1. **Дієтотерапія** (дивись хвороба Крона)

2. **Медикаментозна терапія.**

Загальна схема призначення препаратів в залежності від ступеню важкості ВК

Ступінь Важкості	схема призначення препаратів базової терапії
Легкий	Препарати 5-АСК (месалазін) при дистальній локалізації - у свічках, мікроклізмах, або поєднання перорального та ректального способу введення; або сульфасалазін перорально, ентеросорбенти, пробіотики, полівітаміни
Середньої Важкості	Препарати 5-АСК (месалазін), при відсутності ефекту - кортикостероїди (топічні, при відсутності ефекту - системні (перорально), інфузійна терапія, антианемічні, гемостатичні препарати, спазмолітики, пробіотики
Тяжкий	Кортикостероїди (перорально, по необхідності - внутрішньовенно), при відсутності ефекту – в сполученні із імуносупресорами; інфузійна терапія, переливання еритроцитарної маси, крові; ентеросорбенти, гемостатичні, протианемічні препарати, пробіотики. При відсутності ефекту - хірургічне втручання (тотальна колонектомія)

ХРОНІЧНИЙ НЕСПЕЦИФІЧНИЙ НЕВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ.

Визначення. Хронічне запально-дистрофічне враження слизової оболонки товстої кишки з перевагою в клінічній картині ознак функціональних розладів.

Класифікація:

1. Етіологія: аліментарний, інфекційний або паразитарний, при екзогенних та ендогенних інтоксикаціях, при ендокринних захворюваннях, при захворюваннях ЦНС;
2. Морфологія: а/ ендоскопія (катаральний, катарально-фолікулярний, ерозійний), б/ гістологія (без атрофії, з атрофією – початковий, помірно виражений, виражений; неактивний; активний – з низькою активністю, з помірною активністю, з вираженою активністю);
3. Локалізація (проктит, сігмоїдит, трансверзит, панколіт);
4. Тяжкість течії (легка, середньої тяжкості, важка)
5. Фаза течії (загострення, неповна клінічна ремісія, повна клінічна ремісія, клініко-ендоскопічна (гістологічна) ремісія);
6. Моторика товстої кишки (гіперкінезія-гіпертонія, гіперкінезія-гіпотонія, гіпокінезія-гіпотонія, гіпокінезія-гіпертонія).

Симптоми, синдроми, фізикальний статус. Скарги: поліморфний біль в животі, частіше в другій половині дня в нижньому і лівому бічному відділах, метеоризм, порушення дефекації (закреп, схильність до послаблення, чергування закрепу і проноса), зниження апетиту.

Об'єктивно: біль при пальпації в області сліпої, поперечно-ободової, сигмоподібної кишок, гурчання в ілеоцекальній області, зміна тонуусу товстої кишки (спазм, атонія), симптоми хронічної інтоксикації (астенізація, вегетативні порушення).

Діагностика:

- клінічний аналіз крові – можливі помірні прояви анемії, еозінофілія;
- копрограма - посів калу – дисбіоз дисоційований;
- ендоскопічне дослідження (ректороманоскопія, колоноскопія)
- ірігографія - морфологічне дослідження

Характеристика лікувальних заходів.

1. Дієта: при переважанні проносу – тимчасово виключаються чи обмежуються продукти, що підсилюють кишкову секрецію і перистальтику; при переважанні закрепу – дієта, збагачена клітковиною;
2. Медикаментозна терапія:
 - А. антибактеріальні препарати;
 - Б. Симптоматична терапія:
 - а) при закрепі, обумовленому гіперкінетичними розладами: седативні препарати, - спазмолітики (див. розділ СПК);
 - б) при закрепі, обумовленому гіпокінетичними розладами: препарати, що регулюють моторику кишечника; проносні
 - в) при вираженому синдромі діареї: адсорбенти

Основна література:

1. Болезни органов пищеварения у детей Майданник В.Г. К.: СП «Интертехнопечать», 2010.- 1157 с
2. Справочник детского гастроэнтеролога под редакцией проф Денисовой М.Ф, проф Шадрина О.Г., Киев 2011, 350с.
3. Протоколи діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей наказ МОЗ №59 2013 року

Додаткова література:

1. Майданник В.Г. Педиатрия. Учебник (2-е издание, испр. и доп.). – Харьков: Фолио, 2002. – 1125 с
2. Волосовець О.П., Нагорна Н.В., Кривоустов С.П., Острополец С.С., Бордюгова О.В. Діагностика та лікування невідкладних станів у дітей. Навчальний посібник для студентів ВМНЗ IV рівня акредитації, лікарів-інтернів, лікарів-курсантів післядипломної освіти. – Донецьк: Донецький державний медичний університет ім. М.Горького., 2007. – 112 с.
3. Гастроентерологія дитячого віку /За загальною редакцією професора Є.В.Прохорова, професора О.П.Волосовця. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – 160 с.
4. Петрушина А.Д. и др. Неотложные состояния у детей. – М.: «Медицинская книга», 2002. – 176 с.
5. Пеший М.М. Невідкладна допомога в педіатричній практиці / Навчальний посібник для студентів і лікарів-інтернів вищих мед.навч.закладів III-IV рівнів акредитації. – Полтава, 2001. – 245 с.
6. Белоусов Ю.В. Гастроэнтерология детского возраста. – Х.:Консум, 2000. – 528 с.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

“ЗАТВЕРДЖЕНО”
на методичній нараді кафедри педіатрії №4
зав. кафедри, академік НАМН України,
професор _____
В.Г. Майданник
“ _____ ” _____ 2019
р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ СТУДЕНТІВ**

Навчальна дисципліна	Педіатрія з дитячими інфекційними хворобами та фтизіатрією
Модуль №1	Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань дитячого віку
Змістовний модуль №3	Диференційна діагностика захворювань органів травлення у дітей. Допомога при невідкладних станах
Тема №24	Диференційна діагностика синдрому мальабсорбції . Хронічні розлади травлення.
Курс	6
Факультет	медичний №3
Спеціальність	педіатрія

Київ 2019

1. Актуальність теми:

Лікар-педіатр у своїй практичній діяльності часто спостерігає хронічні захворювання травної системи, які виникли у дитячому й підлітковому віці. Захворювання органів травлення посідають значне місце в структурі дитячих соматичних захворювань, причому в теперішній час в усьому світі, зокрема, у високо розвинених країнах, відзначають тенденцію до збільшення їх частоти. В Україні частота виявлення хронічних захворювань травної системи у дітей перевищує 100 на 1000 дитячого населення.

2. Конкретні цілі:

- визначати різні клінічні варіанти захворювань, що перебігають з синдромом мальабсорбції.
- визначати тактику ведення хворого при хронічних розладах травлення.
- демонструвати вміння ведення медичної документації у клініці дитячих хвороб
- планувати обстеження хворої дитини та інтерпретувати отримані результати при найбільш поширених захворюваннях, що супроводжуються синдромом мальабсорбції у дітей;
- проводити диференційну діагностику та ставити попередній клінічний діагноз найбільш поширених захворювань, що супроводжуються синдромом мальабсорбції у дітей;

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. нормальна анатомія людини	1. знати анатомічні особливості шлунково-кишкового тракту у дітей
2. гістологія	2. володіти знаннями про гістологічну будову органів шлунково-кишкового тракту
3. нормальна фізіологія людини	3. знати особливості функціонування органів травного каналу у дітей
4. патологічна анатомія людини	4. знати анатомічні особливості шлунково-кишкового тракту при функціональних та органічних захворювань кишківника та підшлункової залози у дітей
5. патологічна фізіологія людини	5. знати особливості функціонування органів травного каналу при функціональних та органічних захворювань кишківника та підшлункової залози у дітей
6. пропедевтика педіатрії	6. вміти збирати анамнез, скарги у дітей різного віку, володіти методикою об'єктивного обстеження хворої дитини (огляд, пальпація, перкусія, аускультация органів травлення)

4. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Целіакія	Хронічна генетично детермінована аутоімунна Т-клітинно опосередкована ентеропатія, яка характеризується стійкою непереносимістю специфічних білків ендосперма зернини деяких злаків з розвитком гіперрегенераторної атрофії слизової оболонки тонкої кишки та пов'язаного з нею синдрому Мальабсорбції
Муковісцидоз	спадкове мультисистемне захворювання, що розвивається на

	фоні продукції екзокриними залозами життєвоважливих органів секрету підвищеної в'язкості з розвитком вторинних змін переважно в органах дихання і травлення.
--	--

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Причини синдрому мальабсорбції у дітей.
2. Диференційна діагностика захворювань з синдромом мальабсорбції у дітей.
3. Тактика ведення хворих дітей при целиакії, лактазній недостатності, ексудативній ентеропатії, муковісцидозі
4. Хронічна недостатність харчування (гіпотрофія), класифікація, механізми розвитку основних проявів, тактика лікування.

5. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

Оцінка загального стану хворої дитини.

Клінічне обстеження дитини з ураженням органів травної системи.

Виявлення симптомів та синдромів ураження органів травної системи.

Інтерпретація результатів додаткових методів дослідження органів травної системи.

Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань травної системи у дітей.

Тактика ведення хворої дитини при функціональних та органічних захворюваннях травної системи та їх ускладненнях.

6. Зміст теми

Класифікація ентеральної недостатності за походженням

Вроджена та спадкова

1. Первинна недостатність травної функції тонкого кишківника

Дисахаридазна недостатність

Недостатність ентерокинази

Недостатність пептидаз(глутенова хвороба)

2. Первинна недостатність всмоктування у кишківнику

Первинні порушення всмоктування

Моносахаридів

Амінокислот

Жиров

Вітамінів

Мінеральних речовин

Електролітів

Набута

Ентерогенна (ентерити, хвороба Крона ін. захворювання кишечника)

Гастрогенна(гастрити, виразкова хвороба)

Панкреатогенна(панкреатити, муковісцидоз, пухлини)

Гепатогенна(холестаз, гострі та хронічні захворювання печінки)

Пострезекційна(операції на ШКТ)

Ендокринна (цукровий діабет, гіпо-,гіпертиреози, гіпопаратіреозидизм)

Медикаментозна

Променева

ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ЦЕЛІАКІЇ У ДІТЕЙ. Шифр К 90.0

Визначення. Хронічна генетично детермінована аутоімунна Т-клітинно опосередкована ентеропатія, яка характеризується стійкою непереносимістю специфічних білків ендосперма зернини деяких злаків з розвитком гіперрегенераторної атрофії слизової оболонки тонкої кишки та пов'язаного з нею синдрому мальабсорбції.

Класифікація. Загальноновизнаної класифікації не існує.

Форми: типова, атипова (малосимптомна), латентна.

Періоди: активний (період клінічної маніфестації), ремісії.

Симптоми, синдроми, фізикальний статус. Клінічні прояви целиакії з'являються після введення в раціон дитини злаків.

До основних симптомів відносяться: порушення стулу (рясний, смердючий, світлий чи «строкатий», що погано відмивається, два і більш рази на добу), біль в животі, що наростає після прийому їжі через 3-3,5 години, збільшення розмірів живота, блювота, зниження апетиту, відставання маси і росту тіла, прояви харчової алергії, прояви фосфорно-кальцієвої недостатності (біль в кістках, спонтанні переломи, поразка зубної емалі), зміни емоційного статусу (дратівливість, неспокійний сон, агресивне поведіння), утрата придбаних раніше психо-фізичних навичок;

додаткові симптоми: прояви полігіповітамінозу, мінеральної і білкової недостатності (часті ГРВІ, м'язова слабкість, парестезії, м'язові судороги). Периферична нейропатія, непритомності, випадання волосся, підвищена кровоточивість, порушення сутінкового зору, набряки і т.д.). Наявність трьох основних чи двох основних і двох додаткових симптомів є аргументом на користь целиакії.

Діагностика.

-серологічне дослідження: підвищений зміст IgA G агліадінових, ендомізіальних, антиретікулінових антитіл і антитіл до трансглютамінази;

-ендоскопічне дослідження тонкого кишечника: явища атрофічного єюніта – відсутність складок і перистальтики, блідо-сірий колорит, набряк, дрібна лімфофолікулярна гіперплазія, при біопсії – відсутність постбіопсійної кровотечі, зниження тургору кишки, симптом «поперечної рисковатості» слизової оболонки тощої кишки;

- морфологічне дослідження: субтотальна чи повна атрофія ворсинок, подовження крипт, лімфоплазмоцитарна інфільтрація власної пластинки слизувої оболонки.

- при утрудненні інтерпретації результатів обстеження для верифікації діагнозу можливе проведення провокаційного тесту(повторна поява симптомів захворювання при призначенні злакової їжі після поліпшення на аглютенівій дієті); дозволяється тільки у дітей старше 7 років;

- клінічний аналіз крові: анемія, тромбоцитопенія, ретикулоцитоз, прискорена ШОЕ;

- протеінограма: гіпопротеїнемія, гіпоальбумінемія;

- біохімічне дослідження крові: зниження холестерину, загальних ліпідів і β -ліпопротеїдів, фосфоліпідів, рівня Na, K, Ca, P, Fe, Mg, Zn; підвищення ліпази і трипсину;

- копрограма: підвищений вміст жирних кислот і мил (стеаторея 2-го типу), неперетравлених м'язових волокон, неперетравної і перетравної клітковини;

- біохімічний аналіз калу і ліпідограма калу: різке підвищення рівня вільних жирних кислот;

- УЗД органів черевної порожнини: «псевдоасцит», набряклість підшлункової залози;

- RÖ-обстеження: дослідження ШКТ із провокаційним тестом (манна крупа, пшеничне борошно) – зміна рельєфу слизової у верхніх відділах травного тракту, дискінетичні розлади усіх відділів кишечника, розширення його петель , поява і наростання рівня рідини в них ;краніограма – дані за гіпертензійно - гідроцефальний синдром; остеограма – склерозування зон росту, осьова деформація кісток, спонтанні переломи, відставання кісткового віку від паспортного на 0,5-2,5 року;

Характеристика лікувальних заходів.

1. Основа лікування – довічна аглютенова дієта

2. Симптоматична терапія:

-панкреатичні ферменти (панкреатин та інші)

- лоперамід

- вітаміни (А, В, С, Д, Е, за показниками – К)

- при виражених клінічних проявах гіпокаліємії, гіпомагніємії – парентеральне введення препаратів К, Mg;

- корекція дисбіозу

- анаболічні гормони, у важких випадках – стероїдні гормони;

- посиндромна терапія в залежності від виразності клінічних проявів.

ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ЛАКТАЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ.

Шифр E 73

Визначення. Уроджений дефіцит b-D галактозид гідролази, відповідальної за метаболізм харчової лактози, наслідуваний по аутосомно-рецесивному типу.

Класифікація:

-Первинна (типа Durand, типа Holzel, первинна непереносимість лактози з пізнім початком);

-Вторинна (розгортається на фоні хронічних захворювань, особливо таких, що призводять до атрофічних процесів слизової тонкої кишки);

-Конституціональна (пов'язана з природнім зниженням активності ферменту після введення в раціон дитини прикорму).

Симптоми, синдроми, фізикальний статус. Клінічні прояви захворювання з'являються чи підсилюються після вживання молока в їжу. Основні прояви: посилення перистальтики кишечника, блювота, метеоризм, понос з частим водянистим стулом, пінистим, кислим, дистрофія, біль в животі, що підсилюється після прийому молока, при лактазній недостатності типу Durand – токсичне ураження нирок.

Діагностика.

Клінічний аналіз крові – можливий тромбоцитоз.

Клінічний аналіз сечі – можлива протеїнурія, лейкоцитурія, циліндрурія.

Біохімічне дослідження крові: можливе підвищення рівня холестерину, АлАТ, АсАТ.

Біохімічне дослідження сечі: лактозурія, гіпераміноацидурія.

Уплонення глікемічної кривої при навантаженні лактозою.

Копрограма: кисла реакція калу (рН менш 5,5).

Рентгенологічне обстеження органів черевної порожнини: надлишкова кількість рідини і газу в просвіті тонкої кишки, дискінетичні її розлади, змазаність рельєфу слизуватої.

Гістохімічне дослідження біоптата тонкої кишки: різке зниження змісту b-D галактозид гідролази.

Провокаційний тест: погіршення стану дитини (поява діареї) після введення лактози на фоні поліпшення на безлактозній дієті.

Характеристика лікувальних заходів.

Дієта: повне виключення з раціону лактози.

Симптоматична терапія: адсорбенти, ферментативні препарати, вітамінотерапія й ін. (див. розділ Целіакія).

ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ МУКОВІСЦИДОЗУ У ДІТЕЙ.

Шифр E 84

Визначення. Муковісцидоз – спадкове мультисистемне захворювання, що розвивається на фоні продукції екзокриними залозами життєвоважливих органів секрету підвищеної в'язкості з розвитком вторинних змін переважно в органах дихання і травлення.

Симптоми, синдроми, фізикальний статус. Метеоризм, блювота з домішкою жовчі, меконіальний ілеус, зтяжна холестатична жовтяниця в період новонародженості, порушення стулу, повільне збільшення маси тіла (частіше з народження), зниження апетиту, випадання прямої кишки, «солоний смак» при поцілунках, дегідратація і «тепловий удар» при жаркій погоді, біль у животі, інтестинальна обструкція, цироз печінки із синдромом портальної гіпертензії, прояви цукрового діабету, хронічні синусити, відставання полового розвитку, чоловіча стерильність, захворювання дихальної системи (повторні бронхіти і пневмонії, кашель з густим гнійним мокротинням, задишка, дихальна недостатність).

Діагностика.

- клінічний аналіз крові: зниження рівня гемоглобіну;
- копрограма: стеаторея 1-го ступеня (підвищений вміст нейтрального жиру), позитивний рентген-плівковий тест;
- потовий тест: підвищений вміст Cl і Na у поті (більш 70 ммоль/л);
- біохімічний аналіз калу: різке підвищення загальних жирних кислот і тригліцеридов, різке зниження трипсину;
- дуоденальний вміст: різке зниження рівня панкреатичних ферментів (трипсину, ліпази, амілази);
- УЗД органів черевної порожнини – збільшення розмірів, ущільнення, фіброз підшлункової залози; ущільнення, фіброз печінки, прояви холестаза, цирозу;
- зменшення рівня фекальної еластази-1
- RÖ-обстеження ШКТ: зміна розмірів, форми і положення дванадцятипалої кишки, дискінезії тонкої кишки, грубий рельєф слизуватої, велике кількість слизу в просвіті кишки, ілеостаз; RÖ-графія органів грудної клітки: бронхоектази, пневмосклероз, ділянки емфіземи, ателектази, явища бронхіту чи пневмонічні вогнища, можливо – деструктивні зміни;
- гістологічне дослідження біоптата тонкої кишки: збільшення кількості бокалоподібних клітин у слизуватій оболонці тонкої кишки; гістологічне дослідження біоптата печінки: осередкова чи дифузійна жирова і білкова дистрофія гепатоцитів, явища холестаза, фіброзна трансформація, біліарний цироз;
- дослідження ДНК з ідентифікацією двох мутацій трансмембранного регулятора білка муковісцидоза.

Для підтвердження діагнозу – обов'язково гістологія та лабораторні показники.

Характеристика лікувальних заходів.

Дієта: добовий калораж на 20-40% вище норми за рахунок білків, обмеження жирів, додаткове введення повареної солі.

Лікування панкреатичної недостатності: панкреатичні ферменти

Профілактика цирозу печінки: холеретики та гепатопротектори

Збереження функції легень – при виражених змінах з боку дихальної системи - пересадка легень, органоконкомплексу «легені–серце-печінка».

Диспанкреатизм не є захворюванням підшлункової залози - це минулий стан, обумовлений порушенням екзокринної функції підшлункової залози, що виникає на тлі патологічного процесу в інших органах травлення, не супроводжується деструкцією. Причому одні автори вважають, що основою цих порушень залози є зміна її нейрогуморальної регуляції, інші - мікроциркуляторні розлади.

Клінічні дифдіагностичні ознаки синдромів порушення всмоктування

Показник	Дисахаридозна недостатність	Целіакія	Кишкова форма муковісцидозу	Ексудативна ентеропатія
Вік початку захворює.	<i>Первинна</i> – новонароджені, перші місяці <i>Вторинна</i>	<i>Первинна</i> – 5-6 міс, введення каш <i>Вторинна</i>	Новонародженість, рідше 1,5 -2 роки	<i>Первинна</i> - після 1 року <i>Вторинна</i>
Причина	<i>Первинна</i> -недостатн. Або відсутн. дисахаридаз кишечника. <i>Вторинна</i> – порушення транспорту моносах. через стінку кишки	Недостатність специфічної пептидази, що розщеплює гліадин (глютен)	Недостатність ферментів підшлункової залози(порушення структури мукопротеїнів екзокринних залоз в наслідок дефекту внутрішньоклітин	Підвищена втрата плазменних білків через ШКТ

			них ензимів.	
Фактори, що провокують початок захворювання	Молоко жіноче, коровче. – недост. лактози Соки фруктів, кисіль, сдоба – сахароза, ізомальтоза, моносахариди	Вживання продуктів, що містять глютен	Вживання продуктів багатих на жир	
апетит	анорексія	знижений	Добрий або підвищений	знижений
блювання	+	-	-	+
Характер випорожнень	Часті, пінесті, зі слизом	Частий, пінестий, трохи ахолічний, з жирним блиском	Кашкоподібний або рідкий, масивний жирний блиск	Частий, рідкий
Запах випорожнень	Кислий	Неприємний, гнилістий	вонючий	-
вгодованість	гіпотрофія	Гіпотрофія ІІІ, полігіповітаміноз, остеопороз	Гіпостатура, полігіповітаміноз, остеопороз	Дистрофія, м'язова гіпотонія
набряки	-	іноді	іноді	псевдонефротичні
Схильність до захворювань дихання	-	-	З перших днів життя, часта ознака	Може бути
Розміри живота	-	Великий живіт (псевдоасцит)	метеоризм	-
Інші прояви	-	-	Випадіння прямої кишки	Іноді – тетанічні судоми
Копрограма	Крохмаль позаклітинний++ +	Нейтральний жир++, жирні кислоти++++, мила++++, крахмал++	Нейтральний жир+++++, жирні кислоти++, мила+, незмінені м'язові волокна++	Нейтральний жир++, жирні кислоти++
Дослідження крові: цукрове навантаження моно та дицукрами	Пласкі з моносахаридам до якого є недостатність	Пласка на навантаження глюкозою та лактозою	Пласка крива при навантаженні крахмалом, іноді крива діабетичного типу	Нормальні

Протеїнограма	Норма	гіпопротеїнемія	гіпопротеїнемія	гіпопротеїнемія
Імуноглобулін и вміст	Норма	Знижена кількість	норма	Знижена кількість
Рентген ШКТ	Норма	Горизонтальні рівні рідини	норма	норма
Рентген трубчастих кісток	Норма	остеопороз	остеопороз	норма
Біопсія	Норма	Атрофія ворсинок, зміна цитоплазми та ядра на різних рівнях	норма	Кишкова лімфангіоектазія, набряк інтерстицію, краплі жиру в лімфатичних судинах

ХРОНІЧНІ РОЗЛАДИ ХАРЧУВАННЯ

Хронічні розлади харчування не залежно від причини здебільшого проявляється клінічно ознаками гіпотрофії.

Класифікація гіпотрофії :

Пренатальна, постнатальна;

Постнатальна: первинна(екзогенна), вторинна(ендогенна) –ускладнення основного захворювання дитини.

<i>Походження</i>	<i>Ступінь за дефіцитом маси</i>	<i>Період</i>
Аліментарні фактори	I легкий	початковий
Інфекційні фактори	II середньої важкості	прогресування
Порушення режиму, дефекти догляду і виховання	III важкий	Стабілізації реконвалесценції

Ступінь тяжкості постнатальної гіпотрофії :

I ступеня - дефіцит маси 11-20%

II ступеня - дефіцит маси 21-30%

III ступеня - дефіцит маси більше 30%

Клініка.

Основні синдроми:

1. Трофічних порушень: дефіцит маси, зросту, пропорцій, трофічні зміни шкіри, послідовне зникнення підшкірно-жирового шару, зниження тургору, м'язової маси.

2. Функціональних змін ЦНС: зміни емоційного тону, нервово- рефлексорної збудливості, м'язова гіпо- і дистонія, гіпорексія, відставання темпів психомоторного розвитку, порушення сну, терморегуляції.

3. Зниженої харчової толерантності: зниження апетиту до анорексії, сплюснення вагової кривої, диспептичні розлади(зригування, блювота, нестійкі випорожнення), зниження секреторної і ферментативної функції травного каналу.

4. Зниження імунобіологічної реактивності: часті інфекційно-запальні захворювання, стертий або нетиповий перебіг, токсико-септичні стани, вторинні імунodefіцити, порушення гемопоєзу.

Лікування дітей з недостатністю харчування

1.Усунення причин гіпотрофії.

2. Виведення з гіпотрофії та раціональне вигодовування.

Розрахунок харчування проводиться залежно від фази дієтотерапії :у фазу **встановлення толерантності до їжі** при гіпотрофії I ступеня Б,В розраховуються на належну масу, а Ж на приблизно належну (фактична маса тіла +20%), толерантність до їжі встановлюють протягом 3 діб; II ступеня - Б та В на приблизно належну масу, а жири тільки на фактичну масу (толерантність до їжі встановлюють протягом 1-го тижня і дитині дають 1/2 добової кількості їжі, решта доповнюється рідиною); III ступеня – Б ,В, Ж на фактичну масу , толерантність до їжі встановлюють протягом 10-12 днів, 1-й тиждень лікування призначають 1/3 добової кількості їжі, можливе парентеральне харчування).

У фазу **перехідного харчування** при I ст –Б,В,Ж розраховуються на належну масу, II ст – Б,В на належну , Ж на приблизно належну, III ст. – Б,В, Ж – на приблизно належну масу тіла.

При гіпотрофії I ступеня лікування проводиться амбулаторно. При гіпотрофії II та III ступеня лікування проводиться в умовах стаціонару.

Матеріали для самоконтролю:

A. Тести для самоконтроля:

- 1. В основі первинної непереносимості глюкози лежить недостатність:**
 - a. інкреторної функції підшлункової залози
 - b. активного транспорту глюкози крізь мембрану ентероциту
 - c. ферменту лактази
 - d. ферменту інвертази

- 2. Яку фракцію білків злаків не переносять хворі на целиакію:**
 - a. Альбумінову
 - b. Глобулінову
 - c. Проламінову
 - d. Глютеїнову

Основна література:

11. Болезни органов пищеварения у детей Майданник В.Г. К.: СП «Интертехнопечать», 2010.- 1157 с
12. Справочник детского гастроэнтеролога под редакцией проф Денисовой М.Ф, проф Шадрина О.Г., Киев 2011, 350с
13. Протоколи діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей наказ МОЗ №59 2013 року

Додаткова література:

1. Майданник В.Г. Педиатрия. Учебник (2-е издание, испр. и доп.). – Харьков: Фолио, 2002. – 1125 с
2. Волосовець О.П., Нагорна Н.В., Кривопустов С.П., Острополець С.С., Бордюгова О.В. Діагностика та лікування невідкладних станів у дітей. Навчальний посібник для студентів ВМНЗ IV рівня акредитації, лікарів-інтернів, лікарів-курсантів післядипломної освіти. – Донецьк: Донецький державний медичний університет ім. М.Горького., 2007. – 112 с.
3. Гастроентерологія дитячого віку /За загальною редакцією професора Є.В.Прохорова, професора О.П.Волосовця. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – 160 с.
4. Петрушина А.Д. и др. Неотложные состояния у детей. – М.: «Медицинская книга», 2002. – 176 с.
14. Пеший М.М. Невідкладна допомога в педіатричній практиці / Навчальний посібник для студентів і лікарів-інтернів вищих мед.навч.закладів III-IV рівнів акредитації. – Полтава, 2001. – 245 с.
15. Белоусов Ю.В. Гастроэнтерология детского возраста. – Х.:Консум, 2000. – 528 с.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

“ЗАТВЕРДЖЕНО”
на методичній нараді кафедри педіатрії №4
зав. кафедри, академік НАМН України,
професор _____
В.Г. Майданник
“ _____ ” _____ 2019
р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ СТУДЕНТІВ**

Навчальна дисципліна	Педіатрія з дитячими інфекційними хворобами та фтизіатрією
Модуль №1	Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань дитячого віку
Змістовний модуль №3	Диференційна діагностика захворювань органів травлення у дітей. Допомога при невідкладних станах
Тема №25	Диференційна діагностика захворювань гепатобіліарної системи. Хронічний гепатит. Невідкладна допомога при гострій печінковій недостатності. Синдром портальної гіпертензії.
Курс	6
Факультет	медичний №3
Спеціальність	педіатрія

Київ 2019

1. Актуальність теми:

Лікар-педіатр у своїй практичній діяльності часто спостерігає хронічні захворювання травної системи, які виникли у дитячому й підлітковому віці. Захворювання органів травлення посідають значне місце в структурі дитячих соматичних захворювань, причому в теперішній час в усьому світі, зокрема, у високо розвинених країнах, відзначають тенденцію до збільшення їх частоти. В Україні частота виявлення хронічних захворювань травної системи у дітей перевищує 100 на 1000 дитячого населення.

2. Конкретні цілі:

- визначати різні клінічні варіанти та ускладнення захворювань гепатобіліарної системи та підшлункової залози;
- визначати тактику ведення хворого при найбільш поширених захворюваннях гепатобіліарної системи та підшлункової залози;
- демонструвати вміння ведення медичної документації у клініці дитячих хвороб;
- планувати обстеження хворої дитини та інтерпретувати отримані результати при найбільш поширених захворюваннях гепатобіліарної системи та підшлункової залози;
- проводити диференційну діагностику та ставити попередній клінічний діагноз найбільш поширених захворювань гепатобіліарної системи та підшлункової залози у дітей;
- ставити діагноз і надавати екстрену допомогу при гострій печінковій недостатності.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. нормальна анатомія людини	1. знати анатомічні особливості шлунково-кишкового тракту у дітей
2. гістологія	2. володіти знаннями про гістологічну будову органів шлунково-кишкового тракту
3. нормальна фізіологія людини	3. знати особливості функціонування органів травного каналу у дітей
4. патологічна анатомія людини	4. знати анатомічні особливості шлунково-кишкового тракту при функціональних та органічних захворюваннях гепатобіліарної системи та підшлункової залози у дітей
5. патологічна фізіологія людини	5. знати особливості функціонування органів травного каналу при функціональних та органічних захворюваннях гепатобіліарної системи та підшлункової залози у дітей
6. пропедевтика педіатрії	6. вміти збирати анамнез, скарги у дітей різного віку, володіти методикою об'єктивного обстеження хворої дитини (огляд, пальпація, перкусія, аускультация органів травлення)

4. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Хронічний холецистохолангіт	хронічне поліетіологічне запальне захворювання жовчного міхура і жовчних шляхів, що сполучається з функціональними порушеннями у жовчному міхурі та жовчних протоках, змінами фізико-хімічних властивостей і біохімічної структури жовчі.

Дискінезія жовчовивідних шляхів	Функціональні розлади біліарного тракту (ФРБТ)- функціональні порушення моторики жовчного міхура (ЖМ) та (чи) тонусу сфінктерного апарата внаслідок неузгодженого, несвоєчасного, недостатнього чи надмірного скорочення жовчного міхура та (чи) сфінктерного апарата.
Хронічний гепатит	поліетіологічне запальне захворювання печінки, що триває без покращення 6 місяців та більше, характеризується прогресуючим перебігом, виникненням фіброзу, здатністю формувати цироз.
Синдром портальної гіпертензії.	це комплекс взаємопов'язаних симптомів, обумовлених порушенням кровообігу та підвищенням тиску у системі ворітної вени, одна з провідних причин масивної, а інколи й фатальної кровотечі з травного тракту у дітей шкільного віку.

4.2 Теоретичні питання до заняття:

1. Провідні клінічні симптоми та синдроми при біліарних дискінезіях, гострому та хронічному холециститі та хронічному гепатиті у дітей.
2. Клінічні варіанти перебігу біліарних дискінезій, гострого та хронічного холециститу, та хронічного гепатиту у дітей.
3. Дані лабораторних та інструментальних досліджень при біліарних дискінезіях, гострому та хронічному холециститі, та хронічному гепатиті у дітей.
4. Диференційна діагностика біліарних дискінезій, гострого та хронічного холециститу, та хронічного гепатиту у дітей.
5. Тактика ведення хворого при біліарних дискінезіях, гострому та хронічному холециститі, та хронічному гепатиті у дітей.
6. Надання невідкладної допомоги при гострій печінковій недостатності та ускладненнях синдрому портальної гіпертензії.
7. Профілактика біліарних дискінезій, гострого та хронічного холециститу, гострого та хронічного панкреатиту та хронічного гепатиту у дітей.

5 Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Клінічне обстеження дитини з ураженням органів травної системи.
2. Оцінка загального стану хворої дитини.
3. Виявлення симптомів та синдромів ураження органів травної системи.
4. Інтерпретація результатів додаткових методів дослідження органів травної системи.
5. Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань травної системи у дітей.
6. Тактика ведення хворої дитини при функціональних та органічних захворюваннях травної системи та їх ускладненнях.
7. Надання невідкладної допомоги при гострій печінковій недостатності та ускладненнях синдрому портальної гіпертензії.

6. Зміст теми

ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ ЖОВЧНОГО МІХУРА ТА СФІНКТЕРА ОДДІ

Визначення. Функціональні розлади біліарного тракту (ФРБТ) - функціональні порушення моторики жовчного міхура (ЖМ) та (чи) тонусу сфінктерного апарата внаслідок неузгодженого, несвоєчасного, недостатнього чи надмірного скорочення жовчного міхура та (чи) сфінктерного апарата. Захворювання поліетіологічне, генетично детерміновано.

Класифікація функціональних розладів жовчного міхура та сфінктера Одді (Римський III Консенсус)

Е. Функціональний розлад жовчного міхура та сфінктера Одді

Е1. Функціональний розлад жовчного міхура

Е2. Функціональний біліарний розлад сфінктера Одді

ЕЗ. Функціональний панкреатичний розлад сфінктера Одді

1. За локалізацією:

- А. Дисфункція жовчного міхура.
- Б. Дисфункція сфінктера Одді.

2. За етіологією:

- А. Первинні.
- Б. Вторинні.

3. За функціональним станом:

- А. Гіпофункція або гіперфункція жовчного міхура.
- Б. Спазм або недостатність сфінктера Одді.

Клінічні форми ФРБТ:

гіперкінетично-гіпертонічна
гіперкінетично-гіпотонічна
гіпокінетично-гіпотонічна
гіпокінетично-гіпертонічна

(м.б. варіанти поєднання з нормальним тонусом сфінктерів або кінетикою жовчного міхура)

Симптоми, синдроми, фізикальний статус.

Анамнез – тривалість захворювання більше 3 - х місяців, спадкоємна схильність, аномалії розвитку жовчного міхура та жовчовивідних шляхів.

Скарги при гіперфункції: біль у правому підребер'ї, області пупка нападopodobний, через 20-30 хвилин після прийому їжі, фізичного чи емоційного навантаження, зниження апетиту, стомлюваність, емоційна лабільність.

Скарги при гіпофункції: тупий, ниючий біль у правому підребер'ї після прийому їжі через 60 - 90 хв., фізичного навантаження; нудота, блювота, гіркота в роті, стомлюваність, емоційна лабільність, запаморочення та ін.

Фізикальний статус: біль при пальпації у правому підребер'ї, області пупка, можливі позитивні міхурові симптоми, при гіпокінетичному типі – збільшення розмірів печінки (м'яка, рухлива, безболісна, швидко скорочується після застосування холекінетиків), можливо – дистальний гіпергідроз, патологічний дермографізм, схильність до артеріальної гіпертонії, функціональний систолічний шум.

Клінічні синдроми : диспептичний, больовий, астено-вегетативний, холестатичний.

Діагностика: діагноз ФРБТ (дискінезії, або дисфункції біліарного тракту) визначається за сукупністю скарг, клініко-анамнестичних даних, лабораторних та інструментальних методів дослідження.

Лабораторні дослідження:

1. Копрограма – підвищення нейтрального жиру, значне підвищення кількості жирних кислот, внутрішньоклітинного крахмалу, клітковини (недостатність жовчовідділення).
2. Біохімічне дослідження сироватки крові - підвищення рівня холестерину, лужної фосфатази, ГГТП, загального білірубину за рахунок прямої фракції (можливі зміни при гіпофункції жовчного міхура, дисфункції СФО). Показники амілази /ліпази у межах норми.

Інструментальні дослідження:

1. УЗ дослідження.

Для оцінки моторної функції жовчного міхура та тонусу сфінктерів біліарного тракту використовується динамічна УЗ холецистографія з використанням холекінетичного сніданка (яєчні жовтки, розчин сорбіту, розчин хофітолу). Вимірювання об'єму жовчного міхура (ЖМ) виконується натощак та після стимуляції через 5, 15, 30, 40, 60 хвилин. При УЗ холецистографії реєструються фази скорочення жовчного міхура. Перша фаза триває 4-6 хв., зумовлена станом СФО, подовження цієї фази свідчить про спазм СФО. Друга фаза триває приблизно 15 хв., зумовлена станом СФО, об'єм ЖМ зменшується на 29-31%. Третя фаза триває до 30 хв., зумовлена станом сфінктера Люткенса, об'єм ЖМ подальше зменшується на 30-35%. Четверта фаза – подальше скорочення ЖМ на 33% – 65% у порівнянні з початковим

об'ємом. При гіперкінетичному типі дисфункції ЖМ об'єм жовчного міхура скорочується більше, ніж на 65% на 60-90 хв. після прийому холекінетика; при гіпокінетичному типі - менше, ніж на 33% .

2. **Дуоденальне зондування** з подальшим біохімічним дослідженням (концентрація сумарних жовчних кислот, холестерину, фосфоліпідів, білірубину, визначення індексів літогенності) та мікроскопією жовчі (виявлення кристалів холестерину, білірубінату кальція) для оцінки літогенності жовчі.

3. **Ендоскопічна ретроградна холецистопанкреатографія** (ЕРХПГ) – розширення загальної жовчної протоки більше 10 мм та затримка контрасту у загальній жовчній протоці (ЗЖП) більше 45 хв. свідчить про підвищення тонуусу СФО. Проводиться для уточнення дисфункціональних порушень СФО та діагностики механічних перешкоджень у ЗЖП, вад розвитку протоків

4. ФЕГДС – оцінка слизової оболонки стравоходу, шлунку, 12-ти палої кишки; дуоденального сосочка(наявність стриктур та набряку.

Діагностичні критерії функціонального розладу жовчного міхура:

біліарний біль у поєднанні з нормальними показниками печінкових ферментів, кон'югованого білірубину, амілази /ліпази (при гіпокінетичному типі дисфункції можливий помірно виражений біохімічний синдром холестазу - підвищення рівня сироваткового холестерину, лужної фосфатази, ГГТП, загального білірубину за рахунок прямої фракції); дисфункція жовчного міхура за результатами УЗД.

Діагностичні критерії функціонального біліарного розладу СФО:

Біліарний біль у поєднанні з нормальними показниками рівня амілази /ліпази; можливо підвищення рівня трансаміназ, лужної фосфатази, прямої фракції білірубину, за часом пов'язаних з нападами болю; розширення ЗЖП після проведення стимульованого жирною їжею теста – ознака дисфункції СФО (гіпертонус).

Діагностичні критерії функціонального панкреатичного розладу:

Епігастральний біль у поєднанні клінічними ознаками ураження підшлункової залози ; можливо, ознаки біохімічних проявів синдрому холестазу.

Характеристика лікувальних заходів.

1. Дієтичне лікування: організація режиму харчування, показано 4 – 5 разове харчування, виключаються продукти з холекінетичною дією при ФРБТ з гіперфункцією; при ФРБТ з гіпофункцією доцільно вживання продуктів з холекінетичною дією.

2. Медикаментозна терапія.

А. Гіперкінетичний (гіпертонічний) тип:

седативні препарати –фітопрепарати, гомеопатичні засоби, натрію бромід, транквілізатори у вікових дозах; (тривалість курсу і вибір препарату залежить від ступеня виразності неврологічних розладів);

холеспазмолітичні препарати:

холеретики (препарати, що стимулюють синтез жовчі): істинні (стимулюючі синтез жовчних кислот)

фізіотерапевтичні процедури: теплові процедури (озокерит, парафінові аплікації, діатермія на область правого підребер'я)

бальнеотерапія – мінеральні води малої мінералізації і малої газонасиченості (Березовська, Нафтуса та ін.) 3-5 мл/кг маси на 1 прийом, 3 рази на добу протягом 1-1,5 міс.; фітотерапія (жовчогонні сбори , переважно холеретичної дії).

Б. Гіпокінетичний (гіпотонічний) тип:

тонізуючі препарати – настійка женьшеню, китайського лимоннику, елеутерококу (вікові дози);

холеретики

холекінетики (препарати, що стимулюють скорочення жовчного міхура):

прокінетики тюбажи

фізіотерапевтичні процедури
бальнеотерапія
фітотерапія (жовчогонні збори з холеретичною, холекінетичною дією).

ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Визначення:

Хронічний холецистит – захворювання жовчного міхура, в основі якого лежать запальні зміни стінки жовчного міхура різної етіології.

Хронічний холангіт – хронічне рецидивуюче запальне захворювання жовчних проток.

Хронічний холецистохолангіт - хронічне поліетіологічне запальне захворювання жовчного міхура і жовчних шляхів, що сполучається з функціональними порушеннями у жовчному міхурі та жовчних протоках, змінами фізико-хімічних властивостей і біохімічної структури жовчі.

Етіопатогенетичні фактори формування хронічного запального процесу біліарного тракту : інфекція (ентерогенний, гематогенний та лімфогенний шляхи), дисфункціональні розлади біліарного тракту, аномалії розвитку ЖВШ, холелітіаз, панкреатобіліарний рефлюкс, захворювання шлунково-кишкового тракту, ендокринні розлади, паразитарні інвазії, аутоімунні процеси.

Класифікація хронічного холециститу (за Ногаллер А.М.)

1. *За ступенем важкості:* а) легка, б) середньої важкості, в) важка форма.
2. *За стадіями захворювання:* а) загострення, б) неповної клінічної ремісії, в) ремісії (стійкої, нестійкої).
3. *За наявністю ускладнень:* а) не ускладнений, б) ускладнений.
4. *За характером перебігу:* а) рецидивуючий, б) монотонний, в) який чергується.

Симптоми, синдроми, фізикальний статус.

Скарги: біль у правому підребер'ї, іноді в епігастрії, області пупка (частіше після фізичного чи емоційного напруження, погрішностей у дієті, інтеркурентних захворювань), можлива іррадіація в праве плече, праву лопатку; нудота, блювота жовцю, гіркота в роті, відрижка, порушення стулу (схильність до послаблення чи закрєп), прояви хронічної неспецифічної інтоксикації.

Фізикальний статус: обкладений язик, при пальпації біль у правому підребер'ї, епігастрії, області пупка, позитивні міхурові симптоми, збільшення розмірів печінки (не більш 3-х см з-під реберного краю, печінка щільна, не скорочується після прийому холекінетиків), помірно виражені симптоми хронічної неспецифічної інтоксикації.

Клінічні синдроми : диспептичний, больовий, астено-вегетативний, холестатичний, хронічної неспецифічної інтоксикації.

Діагностика.

Лабораторне дослідження:

1. Клінічний аналіз крові – можливі незначний нейтрофільний лейкоцитоз, тенденція до прискорення ШОЕ (при загостренні);
2. Біохімічне дослідження сироватки крові – помірно виражений синдром холестази (підвищений рівень холестерину, ГГТП, лужної фосфатази, тенденція до підвищення загального білірубіна за рахунок прямої фракції), верхній рівень норми показників АсАТ, АлАТ (стадія загострення, стадія неповної клінічної ремісії), позитивний "С" – реактивний білок (стадія загострення); рівень амілази /ліпази сироватки крові у межах норми.
3. Мікроскопічне дослідження жовчі – показники запалення (підвищений вміст клітин епітелія, лейкоцитів у порціях В та С, кристали компонентів жовчі –непрямі ознаки стадії загострення або неповної клінічної ремісії); виявлення вегетативних форм найпростіших.
4. Біохімічне дослідження жовчі – підвищення концентрації вільних жовчних кислот, холестерину, білірубіну, ліпідів в порціях жовчі В та С при запаленні.

5. Бактеріологічне дослідження жовчі – виявлення патогенної флори та визначення її чутливості до антибактеріальних препаратів (при тривалому перебігу з частими загостреннями).

6. УЗД – ущільнення і потовщення стінок жовчного міхура (більше 2 мм), “сладж” у жовчному міхурі, наявність перифокального запалення паренхіми печінки.

Характеристика лікувальних заходів:

При загостренні:

1. Постільний режим на період загострення (3-5 днів), далі –щадний.
2. Дієта в межах столу № 5 за Певзнером.
3. Спазмолітична терапія (див. розділ ФРБТ)
4. Антибактеріальна терапія в періоді загострення (при вираженій інтоксикації і запальній реакції периферичної крові, бажане використання двох антибактеріальних препаратів різних груп, що виводяться з жовчу(пеніциліни, макроліди, метронідазол, орнідазол)
5. Симптоматична терапія
6. Фізіотерапевтичні процедури – у залежності від типу функціональних розладів біліарного тракту поза періодом загострення; (розділ ФРБТ).
7. Бальнеотерапія – за тими ж показаннями.

При неповній клінічній ремісії: лікування призначається за типом функціональних розладів біліарного тракту.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ У ДІТЕЙ

Хронічний гепатит– поліетіологічне запальне захворювання печінки, що триває без покращення 6 місяців та більше, характеризується прогресуючим перебігом, виникненням фіброзу, здатністю формувати цироз.

Основними етіологічними чинниками хронічного гепатиту є віруси В,С і D, аутоімунні реакції, а також лікарські засоби і токсини (тубазид, парацетамол, сульфаніламід, метотрексат, ацетилсаліцилова кислота та ін).

Класифікація хронічного гепатиту:

- хронічний вірусний гепатит (В, С, D чи спричинений неідентифікованим типом вірусу гепатиту)
- аутоімунний гепатит
- лікарський гепатит
- криптогенний гепатит.

Фази розвитку вірусу:

- реплікації
- інтеграції.

Ступінь активності:

- мінімальна
- низька
- помірна
- виражена.

Стадія (на підставі оцінки вираженості фіброзу і розвитку цирозу печінки):

- 0 – немає фіброзу
- 1 - слабо виражений фіброз
- 2 - помірний фіброз
- 3 - виражений фіброз
- 4 - цироз.

Аутоімунний гепатит - переважно перипортальний гепатит (з гіпергамаглобулінемією і наявністю тканинних аутоантитіл), який у більшості спостережень піддається впливу імунодепресантів. Основним критерієм діагностики аутоімунного гепатиту є швидка позитивна реакція на кортикостероїди та імуносупресивну терапію, що не характерне для хронічного вірусного гепатиту.

Хронічний лікарський гепатит - хронічне захворювання печінки тривалістю понад 6 міс, зумовлене побічною дією лікарського засобу, в основі якого лежать пряма токсична дія препарату чи його метаболітів, реакція ідіосинкразії до препарату чи його метаболіту. Реакція ідіосинкразії проявляється метаболічними розладами чи імуноалергічною відповіддю.

Діагностика

Базується на підставі скарг(інтоксикаційний, больовий абдомінальний, диспепсичний синдроми), даних епіданамнезу(контакт з хворими,гемо трансфузії,операції, стоматологічні процедури, прийом лікарських засобів), об'єктивного обстеження (жовтяниця,телеангіоектазії, паль марна ерітема, крововиливи на шкірі,гепатоспленомегалія), результатів лабораторно – інструментальних обстежень (ЗАК, ЗАС,копрограма,АлАТ, АсАТ, ЛФ, тимолова проба,протейнограма,коагулограма) протромбінів індекс, імунограма).

Виявлення маркерів вірусів у сироватці крові і тканині печінки з використанням імуноферментного, радіоімуного, Вестерн-блот методів (антигени і/або антитіла до них), методів молекулярної гібридизації і ланцюгової реакції з полімеразою (ДНК і РНК вірусів). Серологічними маркерами вірусу гепатиту В (HBV) є HBsAg, HBsAg, HBeАв, HBeАв, HBcАв IgM, HBcАв IgG, HBV ДНК; серологічними маркерами вірусу гепатиту С є HCV Ав IgG, HCV Ав IgM, HCV РНК; серологічними маркерами дельта-інфекції є HDV Ав IgG, HDV Ав IgM, HDV РНК.

Синдром цитолізу – підвищення рівня:АлАТ, АсАТ,альдолази, ЛДГ 5фракція, ГДГ, прямого білірубину,заліза, цианокобаламіну.

Синдром холестазу- підвищення рівня ЛФ,ГГТ, фосфоліпіди, жовчних кислот, холестерину, білірубину.

Печінково – клітинної недостатності - зниження рівня альбуміну,факторів згортання крові, протромбіну, холестерину,підвищення рівнів амонію,та прямого білірубину

Інструментальна діагностика

УЗД органів черевної порожнини

Радіонуклідне сканування печінки

Гепатобілісцинтиграфія

Пункційна біопсія печінки

Основні принципи лікування хронічного гепатиту:

Не залежно від етіології:

Режим – ліжковий(при високоактивній формі гепатиту),лікувальний(обмеження фізичного навантаження, нічний сон 8-9 годин)

Дієта 5, 2(при супутніх захв шлунка, 3 або 4 при супутніх затвор кишківника. Усунення факторів, що провокують загострення(інсоляція, ГРВІ,вакцинація) В період ремісії – 15 стіл.

Детоксикаційна терапія

Пробіотики

Ферментні препарати

Антибактеріальні(за показаннями)

Препарати урсодезоксіхолієвої кислоти, гепаторотектори, препарати L- аргініну.

Етіотропна терапія(інтерферони та цитостатики) лише при вірусних гепатитах у фазу реплікації вірусу)

СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Синдром портальної гіпертензії це комплекс взаємопов'язаних симптомів, обумовлених порушенням кровообігу та підвищенням тиску у системі ворітної вени, одна з провідних причин масивної, а інколи й фатальної кровотечі з травного тракту у дітей шкільного віку.

За топічнопричинними ознаками порушення кровообігу у портальній сітці М. Д. Паціора класифікує так:

I. Надпечінковий блок:

1. Захворювання серця з недостатністю його правих відділів.

2. Тромбоз, стеноз, облітерація нижньої порожнистої вени на рівні або вище печінкових вен внаслідок природжених аномалій, запальних процесів, пухлин (синдром Budd Chiari);

3. Первинна обтурація печінкових вен внаслідок флебіту, тромбофлебіту (хвороба Chiari).

II. Внутрішньопечінковий

блок: III. Позапечінковий блок:

IV. Змішаний блок виникає внаслідок поєднання цирозу печінки з облітерацією ворітної вени.

За клінічними ознаками розрізняють такі стадії захворювання (М. Д.

Паціора): I стадія (компенсація)

II стадія (субкомпенсація)

III стадія (декомпенсація)

Позапечінковий блок характеризується першими проявами захворювання спленомегалією та кровотечею.

Діагностика портальної гіпертензії, визначення її стадії та виду блока базуються на ретельному вивченні анамнезу (наявність у минулому гепатиту, омфаліту, гнійнозапальних захворювань, кровотеч тощо), аналізі клінічних проявів хвороби та результатів параклінічних досліджень.

Ступінь печінкової недостатності визначають за змінами білірубину (підвищення вільного та зв'язаного білірубину), білкового обміну (гіпопротеїнемія, диспротеїнемія, збільшення азотемії), системи згортання крові (зниження протромбінового індексу) та за показниками ферментного стану (підвищення активності аспартатамінотрансферази, аланінамінотрансферази) і даними пункційної біопсії печінки (уточнюють характер та виразність дегенеративнодистрофічних процесів).

Лікування портальної гіпертензії хірургічне. Всі хірургічні втручання залежно від того, яку мету вони переслідують, розподіляють на такі групи:

1. Операції для відведення асцитичної рідини.

2. Шунтуючі операції, які здійснюються для створення нових шляхів дренивання крові з портальної системи (портокавальні анастомози, органопексія, оментопексія).

3. Операції, спрямовані на зменшення припливу крові у портальну систему (перев'язка артерій, спленектомія).

4. Операції «роз'єднання» вен шлунка та стравоходу з венами портальної системи (лігування вен шлунка та стравоходу).

5. Операції, спрямовані на посилення кровопостачання печінки (періартеріальна невректомія, торакалізація, резекція печінки).

Шунтуючі операції ефективні у 50-70 % випадків, але можливі лише у дітей старшого віку (після 10 років); спленектомію, перев'язку а. lienalis (Д. Ю. Кривченя) виконують за умов гіперспленізму. Найкращими за результатами є операції «роз'єднання» рецидив кровотечі виникає лише у 9 % оперованих (В. Г. Акоюн). Ендоскопічне «роз'єднання» здійснюють шляхом склерозування й емболізації варикозних вен.

Лікування кровотечі полягає, насамперед, у її припиненні. Застосовуються гастроезофагеальна гіпотермія, гемостатична терапія, ендоскопічне «роз'єднання», зонд Blakemore, вживають заходів щодо компенсації крововтрати та стабілізації гемодинаміки (інфузії крові, плазми, кровозамінників тощо).

ГОСТРА ПЕЧІНКОВА НЕДОСТАТНІСТЬ

Гостра печінкова недостатність – важкий синдром, в результаті якого розвиваються грубі метаболічні порушення, інтоксикація організму продуктами білкового обміну, геморагічний синдром, порушення діяльності ЦНС, печінкова кома.

Причини

Гостра печінкова недостатність є результатом цілого ряду патологічних процесів, що призводять до великих дистрофічних, фіброзних або некротичних змін паренхіми печінки.

Безпосереднім пусковим факторами розвитку гострої печінкової недостатності можуть виступати прийом алкоголю або лікарських препаратів з гепатотоксичними дією, наркоз при операціях, Хірургічні втручання (наприклад, портокавальної шунтування, лапароцентез при асциті), шлунково-кишкова кровотеча, надлишок білка в їжі, ниркова недостатність, проноси. У пацієнтів з наявним ураженням печінки (гепатит, цироз) гостра печінкова недостатність може бути спровокована інтеркурентних інфекціями, перитонітом, тромбофлебіт ворітної вени та ін станами.

Класифікація гострої печінкової недостатності

Форми гострої печінкової недостатності: ендогенна (спонтанну), екзогенна (індуковану) і змішану.

Ступені гепатопатии: легка, середня, важка

Критерії діагностики

Печінкова недостатність проявляється гостро, характерними синдромами є диспептичні розлади, нудота, блювота, підйом температури, порушення функцій ЦНС, печінковий запах, наростання геморагічного синдрому (петехії, носові, маткові кровотечі), розширення вен передньої черевної стінки, іктеричність та свербіж шкіри, склер, печінкові долоні. В початковій стадії розвитку хвороби печінка може бути збільшеною, а при цирозах – зменшена.

Діагностична програма:

1. Збір анамнезу захворювання, візуальний огляд, оцінка загального стану хворого, оцінка стану свідомості за шкалою ком Глазго;
2. Вимірювання ЧСС, пульсоксиметрія, АТ, ЦВТ (катетеризація центральної вени), якщо можливо – СІ, ПСО;
3. Вимірювання діурезу;
4. Лабораторне обстеження:
 - визначення групи крові, резус-фактору;
 - загальний аналіз крові (вміст тромбоцитів, тривалість кровотечі);
 - загальний аналіз сечі (вміст жовчних пігментів, діастази);
 - копрограма;
 - коагулограма;
 - біохімічний аналіз крові (АЛТ, АСТ, загальний білірубін та його фракції, загальний вміст білку та його фракцій, креатинін, сечовина, \square -амілаза);
 - аналіз крові на HbSAg, HbCAg, ПЦР на TORCH-інфекції;
 - ЕКГ;
 - УЗД органів черевної порожнини;
 - при можливості – біопсія печінки;
 - вимірювання показників КОС та лактату;
 - при отруєнні дослідження промивних вод шлунку;

Лікувальна програма

1. Інфузійна терапія: об'єм інфузії для детоксикації (з урахуванням перспераційних та патологічних втрат) 50-100 мл/кг з корекцією електролітів та КОС.
2. Відновлення енергетичних процесів, інфузія 10-20% глюкози в добовій дозі 5-10 г/кг, препарати для зняття набряку гепатоцитів;
3. Препарати, що зменшують цитоліз – гепатопротектори;
4. Препарати, що знижують рівень гіперамоніємії;
5. Для зменшення продукції аміака, токсинів та для звільнення кишківника від азотвмісних продуктів із ШКТ: промивання шлунку, сифонна клізма; для подавлення кишкової флори - антибіотики (неоміцин, аміноглікозиди, метронідазол).
6. Корекція гіпоальбумінемії;
7. При ознаках ДВЗ-синдрому без кровотечі: гепарини під контролем коагулограми;
8. Для корекції геморагічного синдрому, кровотечі: свіжезаморожена плазма, гемостатики;
9. Ентеросорбція;

10. Препарати для гальмування протеолітичного вибуху;
11. Антиоксиданти, мембраностабілізатори;
12. При печінковій енцефалопатії: обмеження поступлення білку до 40-60 г/добу.

Протисудомна терапія;

13. При асциті петльові та дистальні діуретики, за показами - лапароцентез. При ускладненні асциту бактеріальним перитонітом: антибактеріальна терапія;
 14. Підтримка адекватної вентиляції, за показами проведення ШВЛ;
 15. Методи екстракорпоральної детоксикації за показами;
 16. Консультації спеціалістів: лікаря-інфекціоніста, хірурга, невропатолога, токсиколога.
- Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування Очікувані результати лікування – часткове відновлення функції печінки. В разі необхідності вирішувати питання щодо трансплантації печінки.

Тривалість лікування у відділенні інтенсивної терапії: в середньому від 2 до 4 тижнів, якщо немає ускладнень.

Основна література:

1. Болезни органов пищеварения у детей
Майданник В.Г. К.: СП «Интертехнопечать», 2010.- 1157 с
2. Справочник детского гастроэнтеролога под редакцией проф Денисовой М.Ф, проф Шадрина О.Г., Киев 2011, 350с .
3. Протоколи діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей наказ МОЗ №59 2013 року

Додаткова література:

1. Майданник В.Г. Педиатрия. Учебник (2-е издание, испр. и доп.). – Харьков: Фолио, 2002. – 1125 с
2. Волосовець О.П., Нагорна Н.В., Кривопустов С.П., Острополець С.С., Бордюгова О.В. Діагностика та лікування невідкладних станів у дітей. Навчальний посібник для студентів ВМНЗ ІV рівня акредитації, лікарів-інтернів, лікарів-курсантів післядипломної освіти. – Донецьк: Донецький державний медичний університет ім. М.Горького., 2007. – 112 с.
3. Гастроэнтерология дитячого віку /За загальною редакцією професора Є.В.Прохорова, професора О.П.Волосовця. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – 160 с.
4. Петрушина А.Д. и др. Неотложные состояния у детей. – М.: «Медицинская книга», 2002. – 176 с.
2. Пеший М.М. Невідкладна допомога в педіатричній практиці / Навчальний посібник для студентів і лікарів-інтернів вищих мед.навч.закладів ІІІ-ІV рівнів акредитації. – Полтава, 2001. – 245 с.
3. Белоусов Ю.В. Гастроэнтерология детского возраста. – Х.:Консум, 2000. – 528 с.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

“ЗАТВЕРДЖЕНО”
на методичній нараді кафедри педіатрії №4
зав. кафедри, академік НАМН України,
професор _____
В.Г. Майданник
“ _____ ” _____
2019р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ СТУДЕНТІВ**

Навчальна дисципліна	Педіатрія з дитячими інфекційними хворобами та фтизіатрією
Модуль №1	Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань дитячого віку
Змістовний модуль №3	Диференційна діагностика захворювань органів травлення у дітей. Допомога при невідкладних станах
Тема №26	Захворювання підшлункової залози у дітей. Тактика ведення хворих з гострим та хронічним панкреатитом.
Курс	6
Факультет	медичний №3
Спеціальність	педіатрія

1. Актуальність теми:

Лікар-педіатр у своїй практичній діяльності часто спостерігає хронічні захворювання травної системи, які виникли у дитячому й підлітковому віці. Захворювання органів травлення посідають значне місце в структурі дитячих соматичних захворювань, причому в теперішній час в усьому світі, зокрема, у високо розвинених країнах, відзначають тенденцію до збільшення їх частоти. В Україні частота виявлення хронічних захворювань травної системи у дітей перевищує 100 на 1000 дитячого населення.

2. Конкретні цілі:

- визначати різні клінічні варіанти та ускладнення захворювань гепатобіліарної системи та підшлункової залози;
- визначати тактику ведення хворого при найбільш поширених захворюваннях гепатобіліарної системи та підшлункової залози;
- демонструвати вміння ведення медичної документації у клініці дитячих хвороб;
- планувати обстеження хворої дитини та інтерпретувати отримані результати при найбільш поширених захворюваннях гепатобіліарної системи та підшлункової залози;
- проводити диференційну діагностику та ставити попередній клінічний діагноз найбільш поширених захворювань гепатобіліарної системи та підшлункової залози у дітей;
- ставити діагноз і надавати екстрену допомогу при гострій печінковій недостатності.

5. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. нормальна анатомія людини	1. знати анатомічні особливості шлунково-кишкового тракту у дітей
2. гістологія	2. володіти знаннями про гістологічну будову органів шлунково-кишкового тракту
3. нормальна фізіологія людини	3. знати особливості функціонування органів травного каналу у дітей
4. патологічна анатомія людини	4. знати анатомічні особливості шлунково-кишкового тракту при функціональних та органічних захворювань гепатобіліарної системи та підшлункової залози у дітей
5. патологічна фізіологія людини	5. знати особливості функціонування органів травного каналу при функціональних та органічних захворювань гепатобіліарної системи та підшлункової залози у дітей
6. пропедевтика педіатрії	6. вміти збирати анамнез, скарги у дітей різного віку, володіти методикою об'єктивного обстеження хворої дитини (огляд, пальпація, перкусія, аускультация органів травлення)

6. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття.

6.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Хронічний панкреатит	Хронічний панкреатит (ХП) - поліетіологічне захворювання з фазово-прогресуючим перебігом, осередковими чи дифузно-дегенеративними, деструктивними змінами ацинарної тканини, екзокринної і ендокринної функцій.
«Синдром	Симптомокомплекс при пошкодженнях та захворюваннях органів

4.2 Теоретичні питання до заняття:

8. Провідні клінічні симптоми та синдроми при гострому та хронічному панкреатиті у дітей.
9. Клінічні варіанти перебігу гострого та хронічного панкреатиту.
10. Дані лабораторних та інструментальних досліджень при гострому та хронічному панкреатиті у дітей.
11. Диференційна діагностика гострого та хронічного панкреатиту у дітей.
12. Тактика ведення хворого при гострому та хронічному панкреатиті у дітей.
13. Профілактика гострого та хронічного панкреатиту у дітей.

5 Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

19. Клінічне обстеження дитини з ураженням органів травної системи.
20. Оцінка загального стану хворої дитини.
21. Виявлення симптомів та синдромів ураження органів травної системи.
22. Інтерпретація результатів додаткових методів дослідження органів травної системи.
23. Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань травної системи у дітей.
24. Тактика ведення хворої дитини при функціональних та органічних захворюваннях травної системи та їх ускладненнях.
25. Надання невідкладної допомоги при гострій печінковій недостатності та ускладненнях синдрому портальної гіпертензії.

Зміст теми

ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Шифр К 86.1

I. Визначення

Хронічний панкреатит (ХП) – прогресуюче захворювання підшлункової залози (ПЗ), характеризується ознаками гострого запалення, поступовим заміщенням паренхіми органа сполучною тканиною і розвитком недостатності екзо- і ендокринної функції залози. Або: Хронічний панкреатит (ХП) - поліетіологічне захворювання з фазово-прогресуючим перебігом, осередковими чи дифузно-дегенеративними, деструктивними змінами ацинарної тканини, екзокринної і ендокринної функцій.

II. Критерії діагностики:

Анамнез, клінічні симптоми, показники екзо- і ендокринної функції ПЗ.

Клінічні критерії:

Ведучий симптом – біль:

- епігастрій, параумбілікальна зона, ліве підребер'я;
- наростає після їжі, після фізичних навантажень;
- у вигляді накату або ниючі;
- тривалість нападу від години до декількох діб;
- вимушене положення і ірадіація в спину.

Диспептичний синдром:

- печія;
- блювота;
- зниження апетиту;
- схильність до закрепи або нестійкий стілець, нестабільні випорожнення.

Астено-вегетативний синдром:

- підвищена втомлюваність; -
- зниження працездатності; -
- емоційна лабільність.

Об'єктивні дані:

- зменшення маси тіла;
- грязно-сірий колір шкіри;
- пігментація обличчя, кінцівок;
- сухість і десквамація шкіри;
- яскраво-червоні плями (симптом “червоних крапель”);
- прояви мальабсорбції (вздуття кишечника, набряки, трофічні порушення шкіри, нігтів, зору, блідість слизових оболонок і шкірних покривів, переломи костей).

Пальпаторно:

- болючість в епігастрії і лівому підребер'ї;
- болючість в панкреатичній точці Дежардена;
- болючість в холедохопанкреатичній зоні Шоффара;
- болючість в лівому реберно-клубовому куту (симптом Мейо-Робсона);
- болючість в області лівого підребер'я (симптом Гротта);
- можлива пальпація збільшених розмірів і ущільненої ПЗ.

В структурі дитячої гастроентерологічної патології панкреатити займають 90% (за даними різних авторів). З однаковою частотою хворіють хлопчики і дівчатка. Різноманітність розповсюдженості пов'язана із складністю патогенетичних механізмів розвитку ХП, відсутністю уніфікованої класифікації і єдиних методичних підходів до виявлення цієї патології та її лікування. Головні чинники захворювання:

*травми черевної порожнини;
 *гострі вірусні захворювання та бактеріальні інфекції(епідемічний паротит, ГРВІ, вірусний гепатит, ентеровірусні захворювання, колі інфекція, сепсис, скарлатина, дизентерія тощо);

*захворювання дванадцятипалої кишки та гепатобіліарної системи; *психічні травми; *хронічні вогнища запалення;

*токсичні, зокрема медикаментозні, ураження;

*дефіцит в їжі білків та вітамінів.

Класифікація (за Г.В.Римарчук, 1998 р.)

1. За походженням : первинний та вторинний.
2. Перебіг захворювання: рецидивуючий, з постійним больовим синдромом, латентний.
3. Період захворювання: загострення, субремісії, клініко-лабораторної ремісії.
3. Тяжкість перебігу: легкий, середньої важкості, важкий.
4. Ускладнення: кальцифікація, кіста, недостатність інкреторної функції.

Синдроми, симптоми, фізикальний статус.

Домінуючий симптом при загостренні ХП – біль (інтенсивний, нападopodobний, що іноді опоясує, локалізується в середній частині надчеревної області і ліворуч від середньої лінії). Звичайний напад болі провокується погрішностями харчування, або виникає після перенесених бактеріальних і вірусних інфекцій. Тривалість больового синдрому у більшості дітей продовжується від однієї до трьох годин, іноді до доби. Біль зменшується в положенні лежачи на лівому боці чи на животі, після приймання анагетиків або спазмолітиків. Виникнення больового синдрому обумовлено внутрішньопротоковою гіпертензією і запаленням панкреатичних нервових стовбурів.

Диспептичний синдром характеризується постійною нудотою, неприборканою блювотою, що не приносить полегшення. При зовнішньосекреторній панкреатичній недостатності розвиваються ознаки мальдігестії: рясний, пінистий, напіврідкий стілець і метеоризм, в той час, коли при нетяжкому перебігу захворювання спостерігається схильність до запору.

Поряд із больовим і диспептичним синдромами завжди присутній астено-вегетативний синдром: загальна слабкість, головний біль, емоційна лабільність, запаморочення, порушення сну.

Під час загального обстеження виявляють такі симптоми:

*Загальний стан дитини значно порушений, шкіра бліда, сірувато-ціанотична, періорбітальний ціаноз. Порушення мікроциркуляції у вигляді петехіальної висипки, судинного малюнку долонь або екхімозів. Можливе підвищення температури тіла до субфебрильних цифр;

*При пальпації виявляється напруження м'язів епігастрію (симптом Керте), біль під час пальпації у лівому реброво-хребтовому куті (симптом Мейо-Робсона), напруження лівого косоного м'яза живота у вигляді болючого тяжа, який починається від середини лівої ребрової дуги і закінчується біля зовнішнього краю прямого м'яза живота. Посилення болю визначають на 3-5см вище від пупка по зовнішньому краю прямого м'яза живота (симптом Кача). У багатьох хворих спостерігається біль у трикутнику Шоффара, іноді можна пропальпувати збільшену підшлункову залозу(ПЗ). Для проведення диференційної діагностики з захворюваннями шлунка і кишечника проводиться пальпація ПЗ по Гротту (три позиції).

Особливості клінічного прояву пов'язані із ступенем тяжкості ХП. При тяжкому перебігу переважають інтенсивні больові кризи, в той час, коли при легкій- біль нападopodobний, короткочасний, без іррадіації, швидко зникає при своєчасному лікуванні.

Діагностика.

II. Лабораторні обстеження: Лабораторно-інструментальні методи дослідження допомагають визнати ступінь ураження ПЗ, її зовнішньо-секреторної недостатності, проявів запального характеру і деструктивних змін.

Визначення амілази в крові і в сечі (гіперамілоземія та гіперамілозурія);

Загальний аналіз крові (лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, зсув лейкоцитарної формули вліво, лімфоцитоз, еозинофілія при середньо- та важких формах; без змін при легких формах хвороби); низький рівень заліза, мінеральних речовин, вітамінів К, Е, D у хворих з синдромом мальабсорбції;

Загальний аналіз сечі (без змін)

Протеїнограма (гіпопротеїнемія, підвищення рівня $\alpha 1$ - і $\alpha 2$ -глобулінових фракцій при важких та середньоважких формах)

Копрограма (поліфекалія, випорожнення жирні, сірого кольору, в'язкі, з різким гнилосним запахом; креаторея, стеаторея)

Функціональні дослідження екзокринної недостатності підшлункової залози*:

- визначення еластази-1 в калі
- прозериновий тест
- тест з подвійним навантаженням глюкози
- секретинний тест

Протипоказанням до проведення методів навантаження є порушення екзокринної функції підшлункової залози (період загострення), тому проведення цих методів рекомендується не раніше двох тижнів з моменту початку гострого періода.

Для оцінки внутрішньосекреторної функції підшлункової залози найбільш інформативним є визначення вмісту цукру в крові і в сечі та глюкозотолерантна проба Штауба-Трауготта з подвійним цукровим навантаженням.

Інструментальні методи дослідження:

УЗД (збільшення або зменшення розмірів підшлункової залози, нерівність її контурів, неоднорідність ехоструктури, розширення панкреатичної протоки, наявність кальцинатів)

Ендоскопічна ретроградна холецистохолангіопанкреатографія (ЕРХПГ) – наявність деформації органу, кальцинатів, стриктур протоків

Допоміжні лабораторно-інструментальні методи обстеження:

- визначення активності трансаміназ, лужної фосфатази (підвищення їх рівня при гіперсекреторному стані підшлункової залози, реактивному гепатиті)
- оглядова рентгенографія живота (визначення наявності кальцинатів)
- КТ при необхідності більш детальної візуалізації ПЗ.

У період загострення в аналізах периферичної крові виявляють лейкоцитоз, зсув формули вліво, лімфоцитоз, еозинофілію і підвищену ШОЕ. Копрологічне дослідження

засвідчує наявність у випорожненнях нейтрального жиру (стеаторея) і змінених м'язових волокон (креаторея). При легкому ступені ураження ПЗ копрограма не змінюється.

Характерно завищення рівня трипсину в фазу загострення ХП та одночасне зменшення співвідношення інгібітор/трипсин.

Тяжкий перебіг захворювання супроводжується зниженням рівня ензимів.

„Золотим стандартом” визначення панкреатичної недостатності є виявлення показника фекальної еластази-I, яка в період загострення зменшується нижче 150 мкг/ г калу.

Інформативним методом діагностики ХП у дітей є ультрасонографія як неінвазивний і доступний метод дослідження. Про наявність хронічного запалення свідчать зміни розмірів ПЗ (збільшення), ехоструктури (чергування гіпер- і гіпоехогенних дільниць), контурів і форми залози, розширення основного панкреатичного протоку, наявність кальцинатів.

III. Основні принципи лікування залежать від фази захворювання, тяжкості перебігу, наявності ускладнень, наявності супутніх захворювань.

Фаза загострення (Д):

- Постільний режим.

- Дієта:

- 2-3 дні голод, дробне вживання лужної негазованої води. З 3-го дня білково-вуглеводна дієта в протертому вигляді. З 10-го дня – стіл 5-п зі зменшенням жиру до 80 % і збільшенням білка до 130 %, зменшенням солі.

A. При гіперсекреторному стані підшлункової залози:

Дезінтокаційна терапія (5 % розчин глюкози, поліглюкін, неогемодез, 10 % розчин альбуміну)

Антациди, (маалокс, фосфалюгель, альмагель) або блокатори H₂ рецепторів, (фамотидін, ранітідін).

Антибіотики (напівсинтетичні пеніциліни або цефалоспорины в звичайних добових дозах)

Аналгетики, М-холінолітики

Вітамінотерапія по показанням

Еферентні методи (плазмозфоре́з, гемосорбція) при важкій формі **Б. При гіпосекреторному стані підшлункової залози:**

Ферментні ліки (панкреатин у вигляді мінімікросфер -

Креон) Антациди (маалокс, фосфолюгель), антисекреторні

ліки Антибактеріальна терапія Антиоксиданти (асвіт)

Прокінетики

Пре- та пробіотики

V. Обструктивний тип хронічного панкреатиту підлягає хірургічному лікуванню.

Характеристика лікувальних заходів.

У період загострення ХП дитина потребує госпіталізації із забезпеченням максимального фізичного та психоемоційного спокою, суворой дієтотерапії:

*На 24-48 годин призначається водно-чайна пауза, дитині дають слабо-мінералізовані лужні води. Після чого включають до харчового раціону: протерті каші на воді, слизові супи без масла, білий хліб, нежирний сир, несолодкий чай. З 5-го дня включають протерті відварені овочі, а з 7-9-го дня - відварені м'ясо, рибу у протертому вигляді. Тільки з 15-20 дня можна ввести до раціону дитини свіжі фрукти та овочі. Через 1 місяць дитину переводять на стіл №5 П Цей стіл має підвищену кількість білків (до 130% від фізіологічної потреби) і знижену кількість жирів (до 80%).

*Для ліквідації больового синдрому застосовують: аналгетики

*Патогенетично обґрунтовано пригнічення функціональної активності ПЗ за рахунок зниження шлункової секреції, тому призначають:

Комплексні антациди

Блокатори H₂ рецепторів гістаміна 2-го покоління

*Сильну пригнічуючу дію на функцію ПЗ мають регуляторні пептиди – соматостатин, даларгін, глюкагон. Засіб вибору в лікуванні вираженого загострення при тяжких формах ХП є аналог ендogenousного соматостатину – сандостатин.

*Зменшення ферментативної токсемії проводиться при тяжких формах загострення ХП шляхом парентерального введення інгібіторів протеолізу. Доза підбирається в залежності від ступеня ферментемії і стану дитини.

*З метою дезінтоксикації та ліквідації порушень обміну речовин у перші дні при тяжкому перебігу вводять в/в краплинно глюкозо-новокаїнову суміш, сольові розчини, 5% розчин альбуміну, аскорбінову кислоту, вітаміни групи В.

*При неприборканій блювоті і нудоті призначаються прокінетики: домперидон та ін.

*Для профілактики гнійних ускладнень при важких формах ХП призначають антибіотики широкого спектру дії (цефалоспорины, макроліди, фторхінолони (у дітей понад 12 років)).

*Після ліквідації болювого синдрому (через 4 – 6 днів) призначаються панкреатичні ферменти, що не містять жовч (панкреатин).

У період субремисії проводять фізіотерапевтичне лікування (індуктотермія, діатермія, ультразвук, парафін, озокерит), фітотерапію і бальнеотерапію.

Диспансерний нагляд: консультація дитячого гастроентеролога при легких формах один раз в 6 місяців; при середньоважких та важких формах щоквартально після загострення, в подальшому один раз на рік.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ У ДІТЕЙ

Шифр К85

Гострий панкреатит (ГП) МКБ-10 - К85 характеризується розвитком набряку підшлункової залози (набряковий панкреатит) або первинно асептичного панкреонекрозу (деструктивний панкреатит) з подальшою запальною реакцією.

Гострий деструктивний панкреатит має фазовий перебіг, причому кожній його фазі відповідає певна клінічна форма.

I фаза - ферментативна, перші п'ять діб захворювання, в цей період відбувається формування панкреонекрозу різної протяжності, розвиток ендотоксикозу (середня тривалість гіперферментемії становить 5 діб), а у частини пацієнтів поліорганної недостатності та ендотоксінного шоку. Максимальний термін формування панкреонекрозу становить три доби, після цього терміну він надалі не прогресує. Однак при важкому панкреатиті період формування панкреонекрозу набагато менше (24-36 годин). Доцільно виділяти дві клінічні форми: важкий і легкий ГП.

II фаза - реактивна (2-й тиждень захворювання), характеризується реакцією організму на сформувалися осередки некрозу (як в підшлунковій залозі, так і в парапанкреальній клітковині). Клінічною формою даної фази є перипанкреатической інфільтрат.

III фаза - розплавлення і секвестрації (починається з 3-го тижня захворювання, може тривати кілька місяців). Секвестри в підшлунковій залозі та в забрюшинній клітковині починають формуватися з 14-ої доби від початку захворювання.

Можливо два варіанти перебігу цієї фази: асептичні розплавлення і секвестрація - стерильний панкреонекроз.

Хворих з діагнозом "гострий панкреатит" по можливості слід направляти в багатопрофільні стаціонари.

Протоколи діагностики та лікування гострого панкреатиту в ферментативній фазі (Перші п'ять діб захворювання)

І Первинний протокол діагностики та тактики при гострому панкреатиті

а) типова клінічна картина (інтенсивні, що не купуються спазмолітиками болі оперізуючого характеру, неприборкана блювота, здуття живота, вживання алкоголю, гострої їжі або наявність ЖКХ в анамнезі та ін);

б) УЗД (збільшення розмірів, зниження ехогенності, нечіткість контурів підшлункової залози, наявність вільної рідини в черевній порожнині);

в) лабораторні показники (гіперамілаземія, гіперамілазурія);

г) висока активність амілази ферментативного ексудату (в 2-3 рази перевищує активність амілази крові), отриманого при лапароцентез;

д) лапароскопічні ознаки гострого панкреатиту (див. протокол IV).
Методи а), б), в) є обов'язковими при діагностиці ГП, а г) і д) (лапароскопія і лапароцентез) - виконуються за показаннями (див. протокол IV).

2) Паралельно з діагностикою гострого панкреатиту необхідно визначення тяжкості захворювання (важкий або нетяжкий). Найбільш важливо раннє виявлення важкого панкреатиту, результати лікування якого багато в чому обумовлені терміном його початку. Ознаки, характерні для важкого ГП, наступні:

а) клінічні:

- Перитонеальний синдром;

- Нестабільна гемодинаміка - тахі-(> 120 в 1хв) або брадикардія (<60 в 1хв); зниження систолічного артеріального тиску нижче 100 мм.рт.ст.;

- Олігурія (менше 250мл за останні 12 годин);

- Енцефалопатія (загальмованість або збудження, делірій);

- Наявність "шкірних" симптомів (гіперемія обличчя, мармуровість тощо);

б) загальний аналіз крові: - гемоглобін вище 150г / л; - Лейкоцитоз вище

14x10⁹ / л; в) біохімічний аналіз крові:

- Глюкоза вище 10 ммоль / л;

- Сечовина вище 12 ммоль / л;

г) ЕКГ - ішемія міокарда або виражені метаболічні порушення.

3) Наявність хоча б двох ознак, перерахованих в п.2, дозволяє діагностувати важкий ГП, який підлягає направленню до відділення **реанімації та інтенсивної терапії**. Іншим пацієнтам (неважкий панкреатит) показана госпіталізація в **хірургічне відділення**.

4) Оптимальним видом лікування ГП в ферментативній фазі є інтенсивна консервативна терапія.

Хірургічне втручання у вигляді лапаротомії показано лише при розвитку ускладнень хірургічного профілю, які неможливо усунути ендоскопічними методами (деструктивний холецистит, шлунково-кишкова кровотеча, гостра кишкова непрохідність та ін.)

7. Матеріали для самоконтролю:

Тести для самоконтроля:

1. Хлопчика 12 років протягом 2 років турбують періодично виникаючі біль в животі, нудота, розріджений стул. При обстеженні в стаціонарі діагностовано хронічний панкреатит. Після проведеного лікування хлопчик виписаний із стаціонару в задовільному стані. Які дієтичні заходи найбільш доцільні для запобігання загострення захворювання.

а. Дотримання столу 1-а

б. Дотримання столу 4 с.

в. Дотримання столу 5 д.

г. Дотримання столу 5-п е.

д. Дотримання столу 10

2. УЗД ознаками хронічного панкреатиту є:

- a. зменшення розмірів панкреас
- b. зниження ехогенності панкреас
- c. велика кількість гіперехогенних включень у панкреас
- d. біль оперізуючого характеру

3. Які з препаратів не призначають для купування больового синдрому при панкреатиті:

- a. Баралгін
- b. Аналгін
- c. Омнопон
- d. Но - шпа

4. Етіологічними факторами хронічного панкреатиту у дітей є все, окрім:

- a. Бактерії
- b. Віруси
- c. Травма живота
- d. Муковісцидоз

5. Найбільш достовірний тест для оцінки зовнішньої секреторної функції панкреас:

- a. Еластаза 1 кала
- b. Нейтральний жир в копрограмі
- c. Зернята крохмалю в копрограмі
- d. Уреаза в калі

Задача для самоконтролю

Хлопчик, 9 років. Протягом 1,5 років у дитини приступи болю в навколупупкової ділянці та в лівому підребер'ї, що ірадіюють іноді в спину або мають оперізуючий характер. Болі супроводжуються багаторазовим блюванням. Напади провокуються великою кількістю їжі, останній напад був протягом 2 днів перед госпіталізацією. Випорожнення нестійкі, часто розріджені та багато.

Дитина доношена, знаходилась на природному вигодовуванні. Алергічний анамнез не обтяжений. Щеплення зроблені відповідно до віку. Матері 34 роки - гастрит, у бабусі - холецистопанкреатит, цукровий діабет.

Об'єктивно: зріст 136 см, маса 26 кг. Шкіра блідо-рожева, чиста. Серце - тони звучні, ясні, ЧСС - 92/хв, АТ - 95/60 мм рт. ст. Дихання везикулярне, хрипів немає. Живіт роздутий у верхній половині, при глибокій пальпації болісний у епігастрії, у зоні Шофара, точках Де-Жардена, Мейо-Робсона. Печінка - біля краю реберної дуги, симптоми ураження жовчного міхура слабо позитивні.

Загальний аналіз крові: Нв - 124 г/л, К.П. - 0,88, еритроцити - $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити - $6,6 \times 10^9$ /л: п - 4%, с - 51%, е - 3%, л - 36%, м - 46%, ШОЕ - 12 мм/год.

Загальний аналіз сечі: колір солом'яно-жовтий, прозора, рН - 6,0, відносна щільність - 1,021, білок - немає, цукор - немає, лейкоцити - 2-3 в п/з, плоский епітелій - немає.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок - 78 г/л, альбуміни - 52%, глобуліни: α_1 - 5%, α_2 - 14%, β - 13%, γ - 16%, ЛФ - 140 Од/л (норма 70-140), амілаза - 120 Од/л (норма 10-120), тимолова проба - 3 Од, загальний білірубін - 16 мкмоль/л, зв'язаний - 3 мкмоль/л, СРБ (+).

Діастаза сечі: 128 Од (норма 32-64).

УЗД органів черевної порожнини: печінка - не збільшена, паренхіма гомогенна, ехогенність звичайна, судини печінки не розширені. Жовчний міхур - 58x35 мм (норма не більше 50x30), перегин в ділянці шийки, стінки не потовщені, вміст його гомогенний. Підшлункова залоза: голівка - 22 мм (норма 16), тіло - 18 мм (норма 14), хвіст - 26 мм (норма 18), мають гіперехогенні включення, капсула трохи ущільнена.

Ретроградна холепанкреатографія: позапечінкові і внутрішньопечінкові протоки не розширені. Міхурова протока - довжина і діаметр не змінені. Вірсунгова протока дилатована, розширена, має загальну ампулу з загальною жовчною протокою.

Основна література:

16. Болезни органов пищеварения у детей Майданник В.Г. К.: СП «Интертехнопечать», 2010.- 1157 с
17. Справочник детского гастроэнтеролога под редакцией проф Денисовой М.Ф, проф Шадрина О.Г., Киев 2011, 350с
18. Протоколи діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей наказ МОЗ №59 2013 року

Додаткова література:

1. Майданник В.Г. Педиатрия. Учебник (2-е издание, испр. и доп.). – Харьков: Фолио, 2002. – 1125 с
2. Волосовець О.П., Нагорна Н.В., Кривопустов С.П., Острополець С.С., Бордюгова О.В. Діагностика та лікування невідкладних станів у дітей. Навчальний посібник для студентів ВМНЗ IV рівня акредитації, лікарів-інтернів, лікарів-курсантів післядипломної освіти. – Донецьк: Донецький державний медичний університет ім. М.Горького., 2007. – 112 с.
3. Гастроентерологія дитячого віку /За загальною редакцією професора Є.В.Прохорова, професора О.П.Волосовця. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – 160 с.
4. Петрушина А.Д. и др. Неотложные состояния у детей. – М.: «Медицинская книга», 2002. – 176 с.
19. Пеший М.М. Невідкладна допомога в педіатричній практиці / Навчальний посібник для студентів і лікарів-інтернів вищих мед.навч.закладів III-IV рівнів акредитації. – Полтава, 2001. – 245 с.
20. Белоусов Ю.В. Гастроэнтерология детского возраста. – Х.:Консум, 2000. – 528 с.