



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАКАЗ

N 438

26.05.2010

м.Київ

Про затвердження протоколів діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей

На виконання доручення Президента України від 06.03.2003 вих. № 1-1/152 (п.а.2) щодо розробки протоколів надання медичної допомоги дітям та з метою удосконалення надання медичної допомоги дітям з захворюваннями органів травлення та розробки дієвих заходів щодо їх профілактики

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити протоколи діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей (далі - Протоколи), що додаються:

2

1. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ.....	4
2. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ У ДІТЕЙ.....	9
3. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ У ДІТЕЙ.....	16
4. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКУ ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ.....	19
5. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ БІЛПАРНОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ.....	25
6. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ДІТЕЙ.....	30
7. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ.....	34
8. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ.....	38
9. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКУ у дітей.....	43
ХВОРОБА КРОНА.....	43
ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ.....	48
ХРОНІЧНИЙ НЕСПЕЦИФІЧНИЙ НЕВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ.....	54
10. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ЦЕЛІАКІЇ У ДІТЕЙ.....	57
ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ЛАКТАЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ.....	59
11. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ МУКОВІСЦИДОЗУ У ДІТЕЙ.....	61
12. ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ.....	63
СИНДРОМ РУМІНАЦІЇ.....	64
АЕРОФАГІЯ.....	66
СИНДРОМ ЦИКЛІЧНОЇ БЛЮВОТИ.....	68
ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ.....	70
КИШКОВІ КОЛІКИ.....	72
ФУНКЦІОНАЛЬНА ДІАРЕЯ.....	74
13. СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ (СПК).....	76
14. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ЗАКРЕП.....	79

2. Департаменту кадрової політики, освіти і науки (Банчук М. В.) забезпечити внесення відповідних змін до навчальних програм вищих медичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти III-IV рівнів акредитації.

3. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам

управлінь охорони здоров'я обласних, Севастопольської міської, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської державних адміністрацій, керівникам вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти III-IV рівнів акредитації, науково-дослідних установ, закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління МОЗ:

3.1. Забезпечити впровадження та застосування в діяльності закладів охорони здоров'я Протоколів починаючи з 1 червня 2010 року.

3.2. Щороку до 1 січня при необхідності надсилати Міністерству пропозиції та зауваження до Протоколів.

4. Департаменту материнства, дитинства та санаторного забезпечення (Моїсеєнко Р. О.) при необхідності вносити пропозиції щодо змін до Протоколів.

5. Контроль за виконанням наказу покласти на Першого заступника Міністра Лазоришинця В. В.

Міністр

З.М.Митник

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства

охорони здоров'я України

-----№

ПРОТОКОЛИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ

- ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ.
- ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ У ДІТЕЙ
- ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ У ДІТЕЙ
- ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКУ ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ
- ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ
- ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ДІТЕЙ
- ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ
- ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ
- ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКУ У ДІТЕЙ
- ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ЦЕЛПАКІЇ У ДІТЕЙ
- ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ЛАКТАЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ.
- ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ МУКОВІСЦИДОЗУ У ДІТЕЙ
- ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ

Відповідальний виконавець:

Шадрін О.Г., головний позаштатний спеціаліст із спеціальності „Дитяча гастроентерологія” МОЗ України, д.мед.н., професор, завідувач відділення проблем харчування та соматичних захворювань дітей раннього віку ДУ “Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України”

Рецензенти:

Щербиніна Марина Борисівна, д. мед. н., професор, заступник директора з науково-організаційної та методичної роботи, завідувач відділу науково-організаційної, методичної роботи та амбулаторно-поліклінічної допомоги, ДУ „Інститут гастроентерології АМН України”, м.Дніпропетровськ

Ципкун Анатолій Григорович, д.мед.н., професор, завідувач лабораторії клінічної фармакології та патологічної фізіології ДУ “Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України”, м.Київ

Директор Департаменту материнства, дитинства та санаторного забезпечення
Р.О.Моїсеєнко

ВВЕДЕННЯ

Захворювання органів травлення мають широке розповсюдження та велике соціальне значення. В структурі загальної захворюваності в нашій країні їх частота складає більш, як 140 на 1000 дітей за офіційними даними і має тенденцію до збільшення. Так, за останні 10 років поширеність гастроентерологічної патології у дітей збільшилась більше як на 20%. Сучасні уявлення про етіологію, патогенез, клініку захворювань ШКТ дозволяють лікарю в своїй практиці широко використовувати різні діагностичні лікарські засоби та їх поєднання. Автори, природньо залишають лікарю право вибрати найбільш обґрунтований, з його точки зору, варіант використання тих чи інших досліджень і медикаментів з урахуванням особистого досвіду, перебігу хвороби та індивідуальних особливостей хворого. Але використання офіційно затверджених протоколів діагностики та лікування найбільш поширених гастроентерологічних хвороб у дітей, які базуються на основних принципах науково-доказової медицини безумовно оптимізують практичну роботу, зроблять її більш ефективною. Клінічні протоколи розроблено з метою впровадження уніфікованої системи заходів щодо профілактики, діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей. Нова редакція «Протоколів діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей» підготовлена з урахуванням збільшення дитячого віку до 18 років та рекомендацій світових настанов 2006-2009 років.

Характеристика досліджень, на основі яких базуються Протоколи (шкала рівнів доказовості)

A(I) – окреме високоякісне рандомізоване контрольоване дослідження, систематичний огляд рандомізованих контрольованих досліджень та/або високоякісний мета - аналіз.

Рекомендації цього рівня є найбільш достовірними і науково обґрунтованими.

B (II-III) - високоякісний систематичний огляд когортних досліджень або досліджень „випадок-контроль”, високоякісне когортне дослідження або дослідження „випадок-контроль”.

Рекомендації цього рівня мають високий рівень достовірності та можуть бути підґрунтям для прийняття клінічного рішення.

C(IV) - дослідження серії випадків, когортне дослідження або дослідження „випадок-контроль” без рандомізації.

Рекомендації цього рівня використовуються для обґрунтування певних клінічних рішень при відсутності доказів рівня A (I) і B (II-III).

D(V) – експериментальні дослідження або думка експертів. Рекомендації цього рівня використовуються для прийняття клінічних рішень у разі, якщо дослідження рівнів A(I), B(II-III), C(IV) не проводилися.

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства

охорони здоров'я України

1. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ.

Рубрифікація гастроєзофагальної рефлюксної хвороби (далі - ГЕРХ) за Міжнародною класифікацією хвороб-Х перегляду (МКХ-10):

К 21.0 ГЕРХ, супроводжувана ГЕР, з езофагітом.

К 21.9 ГЕРХ, супроводжувана ГЕР, без езофагіта.

Визначення: хронічне захворювання, обумовлене закидом шлункового і/або кишкового вмісту в стравохід, що призводить до розвитку рефлюкс-езофагіту або протікає без нього, та супроводжується розвитком характерних симптомів.

Основні патологічні фактори розвитку ГЕРХ:

- Порушення функції нижнього стравохідного сфінктера.
- Зниження активності та подовження стравохідного кліренсу.
- Зниження резистентності СО до ацидопептичного ураження.
- Збільшення агресивності шлункового вмісту.
- Дуоденогастральний рефлюкс.

Первинні дослідження: клінічний аналіз крові, аналіз калу на сховану кров, добове моніторування рН стравоходу (Рівень доказовості А), ендоскопія стравоходу.

Інші дослідження проводять за показаннями: рентгенівське дослідження стравоходу і шлунка, стравохідна манометрія, сцинтиграфія стравоходу, біліметрія.

Симптоми, синдроми, фізикальний статус.

Клінічні прояви ГЕРХ підрозділяються на *стравохідні* та *позастравохідні*.

До *стравохідних* симптомів відносять:

- печію,
- регургітацію,
- дисфагію,
- відрижку,
- «симптом мокрої подушки».
- *Печія* (відчуття печіння, що виникає поблизу мечоподібного відростка та поширюється вгору) виникає внаслідок подразнюючої дії рефлюкату на СО стравоходу; вважається одним із найголовніших симптомів ГЕРХ і, як правило, з'являється у разі зниження рН до 4,0 і нижче, прояви якої залежать від положення тіла (виникає чи посилюється при нахилах або вночі в лежачому положенні), прийому продуктів харчування, які зменшують тонус нижнього стравохідного сфінктеру (жири, шоколад, кава, цитрусові, томати), застосування ліків (антихолінергічних препаратів, антагоністів кальцію, бета-блокаторів, снодійних препаратів, нітратів, прогестерону та ін.).

При наявності дуоденогастроєзофагального рефлюксу у хворих дітей може виникати відчуття гіркоти через закид вмісту дванадцятипалої кишки, який містить жовч.

- *Регургітація* (стравохідна блювота) відчувається без попередньої нудоти під час їжі, іноді вночі, що особливо небезпечно внаслідок виникнення мікроаспірації, яка призводить до подразнення ефекторних клітин бронхів і легень.

- Рідкісною, але дуже характерною ознакою GERX є відрижка рідиною (регургітація внаслідок гіперсалівації), відома як “*симптом мокрої подушки*”.

- У випадку стравохідної *дисфагії* при GERX слід думати про пептичний езофагіт, доброякісні стриктури стравоходу, дискінезію стравоходу, рак стравоходу. Оскільки причиною дисфагії органічного характеру є значне звуження стравоходу (менше 13 мм), цей симптом є доволі рідкісним при GERX.

- **Позаезофагеальні симптоми GERX:**
 - *отоларингологічні*, пов’язані з безпосередньою дією агресивного рефлюксату на глотку та гортань, що призводить до виникнення ларингіту, фарингіту, сухості й першіння в горлі, охриплості, отиту та інших симптомів;
 - *бронхолегеневі*, до яких відносять: стійкий надсадний кашель, покашлювання, захриплість голосу. Можливий розвиток аспіраційної пневмонії і бронхіальної астми, які погано піддаються традиційному лікуванню і, як наслідок, відмічається упорний рецидивуючий перебіг. В обох випадках спостерігається нічна аспірація зі стійким бронхоспазмом і регургітат глибоко проникає в трахею та бронхи.
 - *кардіальні* – біль у ділянці серця, аритмії, тахікардія, рефлексорне центральне апноє та інші кардіальні симптоми за аналогією до «бронхопульмональної маски» також можуть з’являтися за рахунок езофагокардіального рефлексу, спровокованого потраплянням кислоти в стравохід;
 - *стоматологічні* – витончення зубної емалі переважно внутрішньої поверхні, рецидивуючий карієс, у важких випадках – афтозний стоматит. Витончення внутрішньої поверхні зубної емалі може бути єдиним проявом GER.Здебільшого позастравохідні симптоми комбінуються зі стравохідними. Проте бувають випадки, коли при GERX наявні лише позастравохідні симптоми, які можуть маскувати основний перебіг GERX і призводити до хибної діагностики та недостатньо ефективного лікування.

- У всіх дітей спостерігаються астено-вегетативні порушення (швидка втомлюваність, емоційна лабільність, метеочутливість, головний біль).

- Лікарі-педіатри повинні пам’ятати, що у деяких дітей відсутні будь які клінічні прояви GERX, тому діагноз встановлюється тільки на підставі проведених спеціальних методів дослідження, виконаних з приводу іншої патології органів травлення (наприклад, ендоскопія, яка проводилась для діагностики захворювань шлунка та дванадцятипалої кишки).

Критерії діагностики.

- «Золотим стандартом» визначення патологічного гастроезофагеального рефлюксу є *добове рН-моніторування стравоходу* (Рівень доказовості А), яке забезпечує ранню діагностику GERX, задовго до виникнення клінічних проявів езофагіту. Використовуючі цей метод дослідження можливо не тільки зафіксувати ацидіфікацію стравоходу, але й оцінити його тривалість. Моніторинг рН в нижній частині стравоходу проводиться в положенні сидячи з нахилом тулуба наперед на 45° (з метою провокації гастро-езофагеального рефлюксу) або

незалежно від положення тіла при збереженому добовому режимі. Рекомендовано здійснювати моніторинг не менше, ніж 16 годин. Оцінюється показник кислотної експозиції – час контакту стравоходу з кислим ($\text{pH} < 4$) шлунковим вмістом. В нормі сума значень pH стравохідного вмісту < 4 , отриманих протягом моніторингування, складає не більше 4,2% від загального часу дослідження (до 6,3% в вертикальному положенні та до 1,2% в положенні лежачи). Стравохідний рефлюкс розцінюється як патологічний, якщо в положеннях стоячи та лежачи кислотна експозиція перевищує нормативні показники більш, ніж на 95%. Рефлюкс тривалістю менше 5 хвилин не вважається патологічним.

● *Ендоскопічне дослідження* стравоходу дозволяє підтвердити наявність рефлюкс-езофагіту і оцінити ступень його важкості. В залежності від розповсюдженості і важкості процесу розрізняють 4 ступені езофагіту (по G.Tytgat в модифікації В.Ф. Привороцького):

1. Помірна осередкова еритема, запальний набряк слизової оболонки абдомінального відділу стравоходу. Підйом Z-лінії до 1см, короткочасне спровоковане субтотальне (по одній із стінок) пролабування на висоту 1-2см., зниження тонузу нижнього стравохідного отвору .

2. Так само + тотальна гіперемія абдомінального відділу стравоходу з осередковим фібринозним нальотом, поверхневі дефекти слизової оболонки, не проникаючі у м'язовий шар, поодинокі, лінійної форми. Тотальне або субтотальне спровоковане пролабування на висоту понад 3 см з частковою фіксацією в стравоході.

3. Так само + розповсюдження запалення на грудний відділ стравоходу. Численні ерозії, з ознаками кровотечі і без них. Моторні порушення: так само + спонтанне або спровоковане пролабування понад ніжки діафрагми з частковою фіксацією.

4. Виразка стравоходу. Синдром Барретта. Стеноз стравоходу.

Зміни слизової оболонки стравоходу у дітей при відсутності лікування мають тенденцію до прогресування. З часом уражаються більш глибокі шари стравоходу і збільшується ризик ускладнень. Найбільш грозний з них - синдром або стравохід Барретта, який являє собою клінічну картину тяжкого перебігу ГЕРХ, циліндричну метаплазію слизової оболонки дистального відділу стравоходу (заміна багат шарового плоского епітелію). Вважається передраковою хворобою стравоходу. Серед методів дослідження синдрому Барретта найважливішим є ендоскопічний з прицільною біопсією. Загальновизнані ендоскопічні маркери стравоходу Барретта:

1. "Островки" чужорідного циліндричного епітелію.
2. Так звані високі щілинні ерозії.
3. Різноманітні папіломи, розташовані на відстані понад 2см від Z-лінії
4. "Язички" вогнища як продовження слизової оболонки шлунка у нижню третину стравоходу.
5. Циркулярна манжетка із зміщенням Z-лінії.

Велике значення приділяється довжині метаплазованих ділянок. Відомо, що у довгих сегментах (довжина понад 3см) ризик виникнення аденокарциноми стравоходу вищий понад 10 разів за короткий (довжина менш 3см).

- *Рентгенівське дослідження* визначає анатомічний стан стравоходу і шлунка, виявляє кили стравохідного отвору діафрагми, стриктури стравоходу. Головним критерієм є ретроградне попадання випитого барію із шлунка в стравохід у горизонтальному положенні. При рефлюкс-езофагіті помітні нерівність контурів і рельєфів слизової оболонки, розширення просвіту стравоходу, послаблення перистальтики.

- *Стравохідна манометрія* дозволяє оцінити стан нижнього стравохідного сфінктера, здатність його до релаксації під час ковтання, скоротливу функцію стравоходу. Діагностично важливим є зниження тиску в зоні нижнього стравохідного сфінктеру менше 10 мм рт.ст.

- *Сцинтиграфія стравоходу* проводиться з радіоактивним технецієм для оцінки езофагеального кліренсу (очищення). Затримка ізотопу в стравоході більше ніж на 10 хвилин свідчить про сповільнення езофагеального кліренсу.

- *Біліметрія* дозволяє виявити жовчні кислоти із зскрібка з язика, що підтверджує патологічний дуоденогастроезофагеальний рефлюкс.

Характеристика лікувальних заходів.

Лікування ГЕРХ включає:

- рекомендації хворому змінити стиль життя,
- корекція харчування пацієнта,
- лікування прокінетиками, які нормалізують моторику стравоходу і шлунка(Рівень доказовості B),
- призначення антисекреторних препаратів і антацидів(Рівень доказовості B),
- використання цитопротекторів для підвищення захисних властивостей слизової оболонки стравоходу і шлунка

Загальні рекомендації із режиму:

- уникнення горизонтального положення під час сну (підняття головного кінця ліжка на 15 см);
- обмеження прийому ліків, які знижують тонус НСО: інгібітори кальцієвих каналів, бета-блокатори, теофілін, простагландіни, транквілізатори та ін.
- зниження маси тіла;
- відмова від носіння корсетів, тугих пасок, що збільшують внутрішньочеревний тиск;
- виключення підняття більше 5 кг;
- обмеження робіт, пов'язаних із нахилом тулуба, з перенатуженням черевних м'язів.

Дієтичні рекомендації:

рекомендується 4-5-разове регулярне харчування невеликими порціями;

- виключення переїдання;
- прийом їжі не менш ніж за 3 години до сну, після їди бажано не лежати

протягом щонайменше 1,5 години;

- відмова від «під'їдання» вночі, горизонтального положення одразу після їди;
- уникнення поспішного вживання їжі;
- обмеження продуктів, що знижують тонус стравохідного сфінктера (кава, міцний чай, шоколад, м'ята, молоко, жирне м'ясо та риба);
- уникання продуктів, що подразнюють СО стравоходу (цитрусові, цибуля, часник, томати, смажені страви);
- обмеження продуктів, що підвищують внутрішньошлунковий тиск, стимулюють кислотоутворюючу функцію шлунка (газовані напої, бобові, пиво);
- бажано підвищене вживання білка, який, на відміну від жиру, підвищує тонус сфінктера

● Патогенетична медикаментозна терапія проводиться з урахуванням стадії розвитку ГЕРХ:

1. ГЕРХ без езофагіта (мають місце симптоми хвороби, але немає бачених ендоскопічних змін слизової оболонки стравоходу) та ГЕРХ з рефлюкс-езофагітом I ступеня тяжкості:

-Антациди (алюмінію фосфат, сполуки алюмінію, магнію, кальцію та ін.) та препарати альгінової кислоти, призначають 4-5 разів на добу за одну годину після їжі та перед сном, протягом 2-3 тижнів.

-Прокінетики (домперидон та ін. по 0,25 мг на 1 кг маси тіла за 15-20 хвилин до їжі тричі на день, останній раз на ніч, 2-3 тижня).

Нерідко доцільно повторити цей курс лікування через 1 місяць.

2. ГЕРХ з рефлюкс-езофагітом 2 ступеня тяжкості: призначають блокатори H₂-гістамінорецепторів (2 покоління – група ранітідина – 150-300 мг на добу; 3 покоління – група фамотидина – 20-40 мг на добу) або інгібітори протонної помпи (групи омепразолу, пантопразолу та інші аналоги), переважно у дітей старше 12 років сумісно із прокінетиками на 3-4 тижня.

3. ГЕРХ з рефлюкс-езофагітом 3-4 ступеня тяжкості: на 3-4 тижня призначають прокінетики, інгібітори протонної помпи (групи омепразолу, пантопразолу та інші аналоги) та цитопротектори (сметит, сукральфат, ліквірітон) за 30 хвилин до їжі тричі на день і на ніч, протягом 4 тижнів.

Наступний компонент комплексної програми лікування – використання *фізіотерапевтичних методик*, які направлені на нормалізацію моторних порушень за рахунок стимуляції гладкої мускулатури стравоходу (СМТ-форез з прокінетиками) і вегетативного дисбалансу за рахунок покращення церебральної і спинальної гемодинаміки (ДМВ на коміркову зону, електросон).

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 Ніссену іноді по Галю, Тоупе.

Тривалість стаціонарного лікування:

При 1-2 ступенях тяжкості 10-14 днів, при 3-4 ступенях тяжкості – 3 тижня.

При сприятливому варіанті перебігу ГЕРХ (1-2 ступені) основне лікування повинне проводитися в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Ціль лікування: забезпечити ремісію хвороби та попередити прогресування і розвиток ускладнень.

Вимоги до результатів лікування. Відсутність симптоматики, ендоскопічних ознак активності запалення (повна ремісія). Припинення болю і диспептичних розладів, зменшення ендоскопічних ознак активності процесу (неповна ремісія).

Диспансерний нагляд. Мінімальний строк нагляду – 3 роки.

Через 3 роки стійкої ремісії після стаціонарного обстеження можливе зняття з обліку. Гастроентеролог оглядає 2 рази на рік, педіатр – 3-4 рази на рік. Ендоскопічний контроль – 1 раз на рік (або за необхідністю). Огляд спеціалістів (ЛОР, стоматолог, невропатолог та ін) – 1 раз на рік.

В фазі ремісії ГЕРХ в амбулаторно-поліклінічних умовах, під наглядом дитячого гастроентеролога, діти повинні отримувати 2 рази на рік протирецидивні курси лікування, які включають немедикаментозне лікування (психотерапія, фітотерапія, фізіопроцедури, бальнеолікування).

Об'єм та тривалість таких курсів повинні вирішуватися залежно від лікування попереднього загострення, індивідуально.

Санаторно-курортне лікування можливе в фазі ремісії ГЕРХ в санаторіях гастроентерологічного профілю (за звичай через 2-3 місяці після стаціонарного лікування).

**Директор Департменту материнства,
дитинства та санаторного забезпечення**

Р.О.Моїсєнко

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства

охорони здоров'я України

26.05.2010№ 438

2. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ У ДІТЕЙ

ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ. Шифр K29

У Міжнародній класифікації хронічний гастрит (ХГ) розглядається з урахуванням етіології, ендоскопічних і гістологічних змін, характеру секреторно- (кислото-) утворюючої функції, стадії і тяжкості процесу.

Визначення: Хронічний гастрит – хронічне рецидивуюче стадійне запалення слизової оболонки шлунку (СОШ) і підслизового шару, що супроводжується

клітинною інфільтрацією, порушенням фізіологічної регенерації, зі схильністю до прогресування і поступовим розвитком атрофії залозистого апарата, розладом секреторної, моторної і, нерідко, інкреторної функції шлунку та ДПК. Можлива поява метаплазії (кишкової).

Для ХГ на відміну від ХГД характерна **стадійність** процесу на слизовій оболонці: від хронічного гіперацидного антрального гастриту з переважанням запальних змін (у дитячому віці), через хронічний гастрит зі збереженою кислотністю до хронічного гіпоацидного (анацидного) пангастриту з переважанням атрофії та метаплазії над запаленням (у дорослих).

Переважає ХГ , асоційований з інфекцією *Helicobacter Pylori* (HP). У дітей часто зустрічається гастрит алергійної природи, рефлюксний (асоційований з дією жовчі, що ушкоджує).

Найчастіше (80-85%) зустрічаються гіперацидні (нормоацидні) ХГ, рідше – гіпоацидні.

У дітей хронічний ХГ рідко буває ізольованим захворюванням. На його долю припадає 10-15% в структурі гастродуоденальної патології. Частіше зустрічається антральний гастрит у поєднанні з хронічним дуоденітом.

Класифікація.

В педіатрії придатна для користування сучасна робоча класифікація ХГ та ХГД, яка прийнята та затверджена 7 Конгресом педіатрів Росії та країн СНГ в 2002 році (Москва)

Робоча класифікація хронічного гастриту, дуоденіту, гастродуоденіту у дітей, 2002 р.

За походженням	Етіологічні фактори	Топографія	Форми ураження шлунку та 12-палої кишки		Періоди захворювання	Характер кислотної продукції шлунку
			Ендоскопічно	Морфологічно		
А. Первинний	<p>Інфекційний</p> <p>1. <i>Helicobacter pylori</i></p> <p>2. Інші бактерії, віруси, гриби</p> <p>Токсичний (реактивний)</p> <p>1. Екологічні фактори</p> <p>2. Хімічний</p> <p>3. Радіаційний</p> <p>4. Медикаментозний</p> <p>5. Алкогольний</p> <p>6. Нікотинний</p> <p>7. Стресові стани</p> <p>Аліментарний</p>	<p>1. Гастрит</p> <p>- антральний</p> <p>- фундальний</p> <p>- пангастрит</p> <p>2. Дуоденіт</p> <p>- бульбит</p> <p>- постбульбарний</p> <p>- пандуоденіт</p> <p>3. Гастродуоденіт</p>	<p>1. Еритематозний/ексудативний</p> <p>2. Нодулярний</p> <p>3. З ерозіями (с плоскими або попіднятими ерозіями)</p> <p>4. Геморагічний</p> <p>5. З атрофією</p> <p>6. Змішаний</p>	<p>А. За глибиною ураження:</p> <p>- поверхневий</p> <p>- дифузний</p> <p>Б. За характером ураження:</p> <p>1. З оцінкою ступеня</p> <p>- запалення</p> <p>- активності</p> <p>- атрофії</p> <p>- кишкової метаплазії</p> <p>- <i>Helicobacter pylori</i></p> <p>2. Без оцінки ступеня;</p> <p>- субатрофія</p> <p>- специфічні</p> <p>- неспецифічні</p> <p>Ступені тяжкості:</p> <p>- норма (0)</p> <p>- слаба (1+)</p> <p>- середня (2+)</p> <p>- сильна (3+)</p>	<p>1. Загострення</p> <p>2. Неповна клінічна ремісія</p> <p>3. Повна клінічна ремісія</p> <p>4. Клініко-ендоскопічна ремісія</p> <p>5. Клініко-ендоскопічна – морфологічна ремісія</p>	<p>1. Підвищена</p> <p>2. Незмінна</p> <p>3. Знижена</p>
Б. Вторинний	<p>Алергія</p> <p>Хвороба Крона</p> <p>Гранулематоз</p> <p>Целіакія</p> <p>При системних захворюваннях</p> <p>Саркоїдоз</p>					

Первинні дослідження при загостренні захворювання: загальний аналіз крові, сечі, аналіз калу на приховану кров (за необхідністю), загальний білок і білкові фракції (за необхідністю). Езофагогастродуоденоскопія з прицільною біопсією СОШ для визначення в біоптатах НР і гістологічного дослідження; інтрагастральна рН-метрія; УЗД органів черевної порожнини для визначення супутньої патології; визначення НР (переважно неінвазивним методом).

Рентгенологічні й імунологічні дослідження – за необхідністю.

Додаткові дослідження і консультації фахівців проводяться в залежності від основних проявів хвороби і передбачуваних супутніх захворювань.

Симптоми, синдроми, фізикальний статус. Основні клінічні синдроми: больовий, диспептичний, неспецифічної інтоксикації залежать від фази захворювання і секреторної функції шлунку.

Анамнез: початок захворювання – поступовий, перебіг – хвилеподібний з загостреннями; зв'язок захворювання з інфікуванням НР, аліментарними порушеннями, перенесеними інфекційними захворюваннями, тривалим прийомом лікарських засобів, харчовою алергією. У значної кількості дітей визначається несприятливий сімейний анамнез з гастроентерологічних захворювань.

Скарги:

1) При гіперацидному (нормоацидному) ХГ: переважає больовий синдром. Болі в животі, пов'язані з прийомом їжі, часто виникають натщесерце або за 1-1,5 години після їжі переважно в епігастральній області; ранній біль характерний для фундального гастриту; пізній біль – для антрального гастриту, іноді в нічний час. Відсутній чіткий зв'язок з порогом року, порушенням дієти. Больовий синдром інтенсивний і тривалий. Для диспептичного синдрому найбільш характерні: відрижка повітрям, кислим, печія, нудота, схильність до запору. Синдром неспецифічної інтоксикації різного ступеня вираженості.

2) При гіпоацидному ХГ: диспептичний синдром переважає над больовим (у 55-60% пацієнтів). Найбільш характерні: відрижка їжею, нудота, відчуття гіркоти у роті, зниження апетиту, метеоризм, нестійкий характер випорожнення. Больовий синдром слабовиражений: ниючий біль в епігастрії, найчастіше після їжі, характерне відчуття тиску та переповнення у верхній частині живота, біль виникає та посилюється залежно від якості та об'єму їжі. Синдром неспецифічної інтоксикації значно виражений, переважає астенія. з диспепсією та астенією.

Фізикальний статус:

1) При гіперацидному (нормоацидному) ХГ – локальна болючість при пальпації в епігастрії, іноді з ірадіацією в пілородуоденальну зону, симптом Менделя (+, ++); синдром хронічної інтоксикації: слабкість, підвищена стомлюваність, емоційна лабільність, вегетативні порушення.

2) При гіпоацидному ХГ – астенична статура, знижене харчування, болючість при пальпації у верхній і середній третині епігастральної області, симптоми хронічної інтоксикації.

Діагностика: При ендоскопічному дослідженні виділяють різні варіанти гастрита: поверхневий (катаральний, еритематозний), змішаний, субатрофічний, нодулярний (гіпертрофічний і гіперпластичний), ерозивний, геморагічний. Визначають поширеність, активність запально-деструктивних змін

СОШ і ДПК, моторні порушення (дуодено-гастральний рефлюкс, дуоденостаз, недостатність передворотаря та ін.). При інтрагастральній рН-метрії (або фракційному шлунковому зондуванні) визначають секретоутворення (підвищене, нормальне, знижене) шлунку; кислотоутворення (гіперацидність, нормаоцидність, гіпоацидність); злужуючу функцію (нормальна, знижена).

Біоптати СОШ і ДПК, взяті при ендоскопічному обстеженні, досліджують гістологічно (діагностика Г та ГД), визначають активність процесу, залученість залозистого апарату, розвиток, поширеність та зворотність атрофії, наявність метаплазії, інфікування НР та ін., а також для експрес-методів визначення НР.

При рентгенологічному дослідженні виявляють ознаки запалення і моторні порушення шлунку і ДПК.

При УЗД виявляють супутню патологію жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, печінки.

Характеристика лікувальних заходів. Основні принципи лікування залежать від характеру і форми ХГ, активності запального процесу, наявності деструкції, фази захворювання.

При загостренні:

- 1) Рішення питання про умови лікування (стаціонар або поліклініка).
- 2) Вибір режиму фізичної активності (оберігаючий або звичайний), використання ЛФК.
- 3) Вибір режиму харчування, призначення дієтичних столів (стіл №1, №2, №5).
- 4) Індивідуальний підбір комплексного лікування (з урахуванням етіології, основних патогенетичних механізмів, провідних симптомів).

При ХГ(ХГД), асоційованому із НР-інфекцією, з вираженою активністю процесу медикаментозну терапію починають з використання ерадикаційної (потрійної або квадро-) терапії за однією із загальноприйнятих схем. Перевага віддається препаратам колоїдного субцитрату (субсаліцилату) вісмуту у якості базисних з паралельним призначенням антисекреторних препаратів. Починають з потрійної схеми першої лінії.

Сучасні схеми лікування НР інфекції у дітей:

I) Однотижнева потрійна терапія з препаратом вісмуту переважно для дітей до 12 років):

- 1) Колоїдний субцитрат вісмуту + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин (азитроміцин) + ніфурател (фуразолідон)
- 2) Колоїдний субцитрат вісмуту + амоксицилін (рокситроміцин)/ кларитроміцин (азитроміцин) +ранітидин.

II) Однотижнева потрійна терапія з блокаторами H^+/K^+ – АТФази (переважно дітям після 12 років):

- 1) Омепразол (пантопразол) + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин (азитроміцин) + ніфурател.(фуразолідон)
- 2) Омепразол (пантопразол) + амоксицилін (рокситроміцин)/ кларитроміцин (азитроміцин) + колоїдний субцитрат вісмуту.

III) Однотижнева квадротерапія (терапія посилення 2-ї ланки, переважно дітям після 12 років):

колоїдний субцитрат вісмуту + омепразол (пантопразол) + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин (азитроміцин) + ніфурател(фуразолідон)

Усі препарати призначаються 2 рази на день (вранці та ввечері) протягом 7 днів. Азитроміцин – 1 раз на день протягом трьох останніх днів тижневого курсу.

Дози препаратів, що використовуються в схемах ерадикаційної протиНР-терапії у дітей:

- колоїдний субцитрат вісмуту – 4-8мг/кг на добу (максимум 480 мг на добу);
- амоксицилін – 25 мг/кг (максимум – 1 г на добу);
- кларитроміцин – 7,5 мг/кг (максимум – 500 мг на добу);
- рокситроміцин (суммамед) – 10 мг/кг (максимум – 1 г на добу);
- ніфурател– 15 мг/кг;
- фуразолідон – 10 мг/кг;
- омепразол – 0,5-0,8 мг/кг (максимум -40 мг на добу);
- пантопразол - 20-40 мг на добу
- ранітидин – 2-8 мг/кг (максимум - 300 мг на добу).

Після проведення ерадикаційної анти-НР-терапії продовжують комплексне лікування ХГ(ХГД) залежно від характеру кислотоутворюючої функції шлунку.

При *гіперацидному* ХГ – антисекреторні препарати (блокатори H_2 -рецепторів гістаміну другого чи третього покоління, або – інгібітори H^+/K^+ – АТФази (PPI)): ранітидин 75-150 мг 2 рази на день або фамотидин по 10-20 мг 2 рази на день за 20 хв. до їжі протягом 7-10 днів, далі доза препарату зменшується в два рази (або залишається один прийом) і лікування продовжується ще 2-3 тижня; омепразол по 10-20 мг (пантопразол по 20-40 мг на добу) один раз на день – зранку до їжі – 7-10 днів, далі ще 7 днів – у половинній дозі з поступовим переходом на антациди.

На другому етапі лікування ХГ, а також при рефлюкс-гастриті, синдромі диспепсії дискінетичного типу призначають *антациди*, що не всмоктуються (алюмінію фосфат, сполуки алюмінію, магнію, кальцію та ін.) по 5-15 мл (або 0,5-1 таблетці) через 1,5-2 години після прийому їжі і перед сном. Основний курс лікування – 2 тижні, далі – прийом антацидів за вимогою.

З антацидами при моторних порушеннях призначають *прокінетики* (домперидон та ін.) по 0,25 мг\кг\добу 3 рази на день до їжі 10-14 днів, далі – за вимогою.

Препарати альгінової кислоти протягом 2-4тижнів

Паралельно, при необхідності, призначаються *цитопротектори* і *репаранти* терміном на 2-3 тижні (сметит – по 0,5-1 пакетика 3 рази на день до їжі, ліквірітон (чи інші похідні з кореня солодцю) – по 0,05-0,1 г 3 рази на день до їжі, цитотек та ін.).

1) При спазмах і вираженому больовому синдромі – спазмолітики (мебеверин призначають дітям від 6 років у дозі 2,5 мг/кг на добу 2 рази на день за 20 хв. до їжі, папаверин по 0,005-0,06 г 2 рази на добу, дротаверин 40-200 мг/добу в 2-5 прийоми; прифінія бромід 1мг/кг/добу, препарати беладони протягом 7-14 днів у вікових дозах.

Після скасування антисекреторних препаратів – метаболіки – для поліпшення трофіки СОШ, вітамінні препарати, імунокоректори на 3-4 тижні.

При *гіпоацидному* ХГ – стимулятори шлункової секреції (сік капусти, подорожника, абомін, ацидин-пепсин, плантаглюцид) терміном на 2-4 тижні в сполученні з цитопротекторами і репарантами (до 4-6 тижнів).

При всіх формах ХГ під час загострення призначають седативні препарати (насамперед рослинного походження) – на 7-10 днів, двічі на день.

У стадії загострення захворювання застосовуються фізичні методи лікування. Для нормалізації секреторної і моторної функції шлунка та ДПК, а також для підвищення трофіки СОШ призначається один з нижчезазначених методів:

- високочастотна електротерапія (ВЧ) – індуктотермія;
- надвисокочастотна терапія (НВЧ) або мікрохвильова терапія: сантиметрова чи дециметрова;

При гіпоацидному гастриті застосовуються:

- гальванізація області шлунка;
- електрофорез з кальцієм за поперечною методикою;
- електростимуляція за допомогою діадинамічних струмів.

Курс лікування складає 7-10 процедур щоденно.

При стиханні загострення. Широко використовують фітотерапію (курсами по 2 тижні), бальнеотерапію залежно від стану кислотоутворюючої функції шлунка (курсами по 2 тижні, чергуючи з фітолікуванням), фізіотерапію (для нормалізації секреторної і моторної функції шлунку, поліпшення трофіки СОШ використовують індуктотерапію, НВЧ-терапію, діадинамотерапію, магнітотерапію, електросон); при гіпоацидному ХГ (ГД) – гальванізація області шлунку, електрофорез з кальцієм, електростимуляція ДД струмами), теплолікування (парафінові, озокеритові аплікації та ін.). Можливо застосовувати лазерну та магніто-лазерну терапію.

На етапі відновлення використовують рефлексотерапію, гомеопатію, мікрохвильову резонансну терапію та ін. Як альтернативне можна призначати антигомотоксичне лікування.

У стадії клінічної ремісії широко застосовуються фітотерапія, бальнеолікування, фізіотерапія, комплекси ЛФК та інші не медикаментозні методи.

Тривалість стаціонарного лікування в середньому 15-18 днів (при ерозивному ХГ – до 21-25 днів). При сприятливому варіанті перебігу ХГ основне лікування повинне проводитися в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Ціль лікування: забезпечити ремісію хвороби, ерадикацію від НР інфекції, попередити прогресування і виразкову трансформацію, чи розвиток атрофії.

Вимоги до результатів лікування. Відсутність симптоматики, ендоскопічних і гістологічних ознак активності запалення й інфекційного агента (повна ремісія). Припинення болю і диспептичних розладів, зменшення гістологічних ознак активності процесу без ерадикації НР (неповна ремісія).

Диспансерний нагляд. Через 3 роки (для ерозивного ХГ та передвиразкових станів – 5 років) стійкої ремісії після стаціонарного обстеження можливе зняття з обліку. Гастроентеролог оглядає 2 рази на рік, педіатр – 2 рази на рік. Ендоскопічний контроль – 1-2 рази на рік (або за необхідністю).

При необхідності за призначенням - огляд спеціалістів (ЛОР, стоматолог, невропатолог та ін) – 1 раз на рік.

В фазі ремісії ХГ в амбулаторно-поліклінічних умовах під наглядом дитячого гастроентеролога діти повинні отримувати 2 рази на рік протирецидивні курси лікування, які включають медикаментозні (антисекреторні препарати, цитопротектори, репаранти, прокінетики, спазмолітики, седатики, імунокоректори та адаптогени тощо) методи та широкий арсенал немедикаментозного лікування (психотерапія, фітотерапія, фізіопроцедури, бальнеолікування, ЛФК). Об'єм та тривалість таких курсів повинні вирішуватися залежно від лікування попереднього загострення, індивідуально. Санаторно-курортне лікування можливе в фазі ремісії ХГ в санаторіях гастроентерологічного профілю (за звичай через 2-3 місяці після стаціонарного лікування).

**Директор Департменту материнства,
дитинства та санаторного забезпечення**

Р.О.Моїсєнко

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства

охорони здоров'я України

26.05ю2010 № 438__

3. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ У ДІТЕЙ

ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ. Шифр К29

У Міжнародній класифікації хронічний гастродуоденіт (ХГД) розглядається з урахуванням етіології, ендоскопічних і гістологічних змін, характеру секреторно- (кислото-) утворюючої функції, стадії і тяжкості процесу.

Визначення: Хронічний гастродуоденіт – хронічне рецидивуюче захворювання запального характеру, яке супроводжується неспецифічною структурною перебудовою слизової оболонки та залозистого апарату шлунка та дванадцятипалої кишки (дистрофічні, запальні та дисрегенераторні зміни), розладом секреторної, моторної і, нерідко, інкреторної функції шлунку та ДПК. Можлива поява метаплазії (шлункової, кишкової).

Переважають ХГД, асоційовані з інфекцією *Helicobacter Pylori* (НР). У дітей часто зустрічаються ХГД алергійної природи, рефлюксні (асоційовані з дією жовчі, що ушкоджує).

Найчастіше (80-85%) зустрічаються гіперацидні (нормоацидні) ХГД, рідше – гіпоацидні. Найбільш поширена форма у дітей – хронічний ГД. В структурі хвороб шлунка та ДПК він складає 58-74%.

Розповсюдженість хронічного ГД – 200-220‰ (в екологічно несприятливих регіонах 300-400‰). Існує висока можливість трансформації ХГД у виразкову хворобу. Найчастіше у дітей зустрічається хронічний ГД з гіперсекрецією та гіперацидністю.

Класифікація.

В педіатрії придатна для користування сучасна робоча класифікація ХГ та ХГД, яка прийнята та затверджена 7 Конгресом педіатрів Росії та країн СНГ в 2002 році (Москва) –див. розділ ХГ

Первинні дослідження при загостренні захворювання: загальний аналіз крові, сечі, аналіз калу на приховану кров (за необхідністю), загальний білок і білкові фракції (за необхідністю). Езофагогастроуденоскопія з прицільною біопсією СОШ і ДПК для визначення в біоптатах НР і гістологічного дослідження; інтрагастральна рН-метрія; УЗД органів черевної порожнини для визначення супутньої патології; визначення НР (переважно неінвазивним методом).

Рентгенологічні й імунологічні дослідження – за необхідністю.

Додаткові дослідження і консультації фахівців проводяться в залежності від основних проявів хвороби і передбачуваних супутніх захворювань.

Симптоми, синдроми, фізикальний статус. Основні клінічні синдроми: больовий, диспептичний, неспецифічної інтоксикації, залежать від фази захворювання і секреторної функції шлунку. Серед клінічних проявів превалюють симптоми ураження ДПК (основний клінічний варіант ХГД – виразкоподібний).

Анамнез: початок захворювання – поступовий, перебіг – хвилеподібний з загостреннями; зв'язок захворювання з інфікуванням НР, аліментарними порушеннями, перенесеними інфекційними захворюваннями, тривалим прийомом лікарських засобів, харчовою алергією. У значної кількості дітей визначається несприятливий сімейний анамнез з гастроентерологічних захворювань. Враховують наявність факторів ризику розвитку ХГД та спадкової схильності (при ХГД – 35-40%).

Скарги:

1) При гіперацидному (нормоацидному) ГД: болі в животі натщесерце або за 1-1,5 години після їжі переважно в епігастральній, пілородуоденальній областях; печія, відрижка повітрям, кислим, нудота, запори. Частіше переважає больовий синдром.

2) При гіпоацидному ГД: ранні болі в животі, відразу після їжі, важкість в епігастральній області, знижений апетит, нудота, відрижка їжею, повітрям, схильність до поносів (нестійкий стул), метеоризм. Значно переважають скарги, пов'язані з диспепсією та астеною.

Фізикальний статус:

1) При гіперацидному (нормоацидному) ХГД – болючість при пальпації в пілородуоденальній області, епігастрії, симптом Менделя (+, ++); синдром хронічної інтоксикації: слабкість, підвищена стомлюваність, вегетативні порушення.

2) При гіпоацидному ХГД – астенична статура, знижене харчування, болючість при пальпації у верхній і середній третині епігастральної області, симптоми хронічної інтоксикації.

Клінічні симптоми подібні до проявів виразкової хвороби, але відсутня чітка періодичність больового синдрому, нічний біль буває нечасто. Найчастіше одночасно має місце симптоматика супутньої патології (гепатобіліарна система, кишечник, підшлункова залоза).

Найбільш характерно:

- болі в животі – ниючі, тривалі, виникають вранці натщесерце та через 1,5-2 години після їжі;
- часто (до 40%) має місце гострий, нападopodobний, але нетривалий характер болю, що локалізується в епігастрії (98-100%), в правому підребер'ї (60%), навколо пупка (45%). Біль посилюється після їжі та фізичного навантаження. При ерозивному ХГД поєднуються голодні, нічні та пізні болі;
- диспептичні прояви: часто відрижка, тривала нудота, відчуття гіркоти у роті, метеоризм, запори, чи нестійкий стул;
- синдром неспецифічної інтоксикації: емоціональна лабільність, частий головний біль, дратливість, слабкість;
- пальпаторно: розлита болючість в епігастрії, пілородуоденальній зоні; при ерозіях – можливе локальне напруження м'язів;
- сезонність загострень 35-40%.

Діагностика: При ендоскопічному дослідженні виділяють різні варіанти ГД: поверхневий (катаральний, еритематозний), змішаний, субатрофічний, нодулярний (гіпертрофічний і гіперпластичний), ерозивний, геморагічний. Визначають поширеність, активність запально-деструктивних змін СОШ і ДПК, моторні порушення (дуодено-гастральний рефлюкс, дуоденостаз, недостатність передворотаря та ін.). При інтрагастральній рН-метрії (або фракційному шлунковому зондуванні) визначають секретотворення (підвищене, нормальне, знижене) шлунку; кислотоутворення (гіперацидність, нормаацинність, гіпоацидність); злужуючу функцію (нормальна, знижена).

Біоптати СОШ і ДПК, взяті при ендоскопічному обстеженні, досліджують гістологічно (верифікація ГД), визначають активність процесу, залученість залозистого апарату, розвиток, поширеність та зворотність атрофії, наявність метаплазії, інфікування НР та ін., а також для експрес-методів визначення НР.

При рентгенологічному дослідженні виявляють ознаки запалення і моторні порушення шлунку і ДПК.

При УЗД виявляють супутню патологію жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, печінки.

Характеристика лікувальних заходів. Основні принципи лікування залежать від характеру і форми ГД, активності запально-деструктивного процесу, фази захворювання.

При загостренні:

- 1) Рішення питання про умови лікування (стаціонар або поліклініка).
- 2) Вибір режиму фізичної активності (оберегаючий або звичайний), використання ЛФК.
- 3) Вибір режиму харчування, призначення дієтичних столів (стіл №1, №2, №5).
- 4) Індивідуальний підбір комплексного лікування (з урахуванням етіології, основних патогенетичних механізмів, провідних симптомів).

При ГД, асоційованому із НР-інфекцією, з вираженою активністю процесу медикаментозну терапію починають з використання ерадикаційної (потрійної або квадро-) терапії за однією із загальноприйнятих схем (див. розділ ХГ).

Тривалість стаціонарного лікування в середньому 15-18 днів (при ерозивному ГД – до 21-25 днів). При сприятливому варіанті перебігу ГД основне лікування повинне проводитися в амбулаторно-поліклінічних умовах (див.розділ ХГ).

Ціль лікування: забезпечити ремісію хвороби, ерадикацію від НР інфекції, попередити прогресування і виразкову трансформацію.

Вимоги до результатів лікування. Відсутність симптоматики, ендоскопічних і гістологічних ознак активності запалення й інфекційного агента (повна ремісія). Припинення болю і диспептичних розладів, зменшення гістологічних ознак активності процесу без ерадикації НР (неповна ремісія).

Диспансерний нагляд. Через 5 років стійкої ремісії після стаціонарного обстеження можливе зняття з обліку. Гастроентеролог оглядає 2 рази на рік, педіатр – 2 рази на рік. Ендоскопічний контроль – 1-2 рази на рік (або за необхідністю).

При необхідності за призначенням - огляд спеціалістів (ЛОР, стоматолог, невропатолог та ін) – 1 раз на рік.

В фазі ремісії хронічного ГД в амбулаторно-поліклінічних умовах під наглядом дитячого гастроентеролога діти повинні отримувати 2 рази на рік протирецидивні курси лікування, які включають медикаментозні (антисекреторні препарати, цитопротектори, репаранти, прокінетики, спазмолітики, седатики, імунокоректори та адаптогени тощо) методи та широкий арсенал не медикаментозного лікування (психотерапія, фітотерапія, фізіопроцедури, бальнеолікування, ЛФК. Об'єм та тривалість таких курсів повинні вирішуватися залежно від лікування загострення, індивідуально. Санаторно-курортне лікування можливе в фазі ремісії хронічного ГД в санаторіях гастроентерологічного профілю (за звичай через 2-3 місяці після стаціонарного лікування).

**Директор Департменту материнства,
дитинства та санаторного забезпечення**

Р.О.Моїсеєнко

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
26.05.2010_№__438_____

4. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКУ ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ

ВИРАЗКОВА ХВОРОБА. Шифр K25, K26

Шифр K25 – виразка шлунку (виразкова хвороба шлунку), включаючи пептичну виразку пілоричного й інших відділів шлунку.

Шифр K26 – виразка дванадцятипалої кишки (виразкова хвороба ДПК), включаючи пептичну виразку усіх відділів ДПК.

Визначення: Виразкова хвороба (ВХ) – хронічне рецидивуюче захворювання, що характеризується формуванням виразкового дефекту в шлунку і (або) ДПК на тлі запальних змін слизової оболонки шлунку (СОШ) і ДПК, схильне до прогресування, із залученням у патологічний процес інших органів і систем, розвитком ускладнень, що загрожують життю хворого. Захворювання поліетіологічне, генетично детерміноване.

Патофізіологічне формування ВХ обумовлене порушеннями рівноваги між факторами "агресії" і факторами "захисту" гастродуоденальної СО, завжди з перевагою агресивних компонентів (агресивна дія кислотно-пептичного, рефлюксного, інфекційного й інших ульцерогенних факторів при зниженні резистентності СОШ і ДПК у результаті запалення, метаплазії, атрофії, частіше обумовлених контамінацією НР).

При загостренні ВХ звичайно виявляється рецидивуюча виразка (гостра ерозія), найчастіше асоційована з *Helicobacter Pylori* (НР+ ВХШ – 68-70% випадків, НР+ ВХ ДПК – 88-98% випадків).

У переважній більшості випадків у дітей зустрічається ВХ ДПК – 82-87%, ВХШ – 11-13%, сполучена форма – ВХШ і ДПК – 4-6%.

У структурі патології органів травлення на долю виразкової хвороби приходить 1,7-16%. Розповсюдженість ВХ серед дитячого населення України складає 0,4-4,3%.

Пік захворюваності припадає на 9-11 років у дівчат і на 12-14 років у хлопчиків.

Спадкова схильність при виразковій хворобі має місце у 45-75% хворих.

Класифікація (за Барановим О.О. і співавт (1996)).

Локалізація виразки	Клінічна фаза та ендоскопічна стадія	Тяжкість перебігу	Ускладнення
В шлунку: медіагастральна пілороантральна	Загострення I стадія (свіжа виразка) II стадія (початок епітелізації) Початок ремісії	Легкий Середньої важкості Важкий	Кровотеча Перфорація Пенетрація Стеноз Перивісцерит
В ДПК: - в цибуліні - позацибулінна	III стадія (загоєння виразки) - без утворення рубця; - з формуванням рубця, рубцево-виразкова деформація.		
В шлунку та ДПК	Ремісія IV стадія (відсутність ознак або стійкий рубець)		

Обов'язково визначати зв'язок з хелікобактерної інфекцією та характер супутнього гастродуоденіту (обов'язковий супутній діагноз!).

Первинні дослідження: загальний аналіз крові, сечі, аналіз калу на сховану кров (реакція Грегерсена), протеїнограма, езофагогастродуоденоскопія з прицільною біопсією СОШ і ДПК, а також (при необхідності) периульцерозної зони, визначення наявності інфекції НР (інвазивними і неінвазивними методами)

При наявності показань: визначення групи крові і резус-фактору гістологічне дослідження біоптатів, інтрагастральна рН-метрія, УЗД органів черевної порожнини для виявлення супутньої патології печінки, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, рентгенологічне дослідження, імунограма.

Примітка: результати лікування загострення при ВХ завжди оцінюються клінічними і ендоскопічними дослідженнями в динаміці. Обов'язковий ендоскопічний контроль загоєння виразки.

Симптоми, синдроми, фізикальний статус (залежать від топографії і стадії процесу).

Анамнез ВХШ – початок поступовий, перебіг – рецидивуючий із сезонними загостреннями, зв'язок з аліментарними порушеннями.

Анамнез ВХ ДПК – виражена спадкоємна схильність (до 75% хворих), зв'язок загострення з психоемоційними перевантаженнями, перебіг – рецидивуючий, сезонність виражена в 1/3 хворих.

Скарги при ВХШ: біль (частіше ниючий) за мечоподібним відростком і в епігастральній області через 0,5-1,5 години після прийому їжі, блювота, зниження апетиту до анорексії, нудота, печія.

Скарги при ВХ ДПК: інтенсивний (нючий і нападоподібний) біль у верхній половині живота, пілородуоденальній зоні натщесерце або пізній (через 2-3 години після їжі); нічні болі у 50-60% хворих, мойніганівський ритм болі, нерідко ірадіація (у спину, у попереку), вісцеральні болі; печія, відрижка кислим, блювота (частіше однократна), схильність до запорів, головний біль, емоційна лабільність.

Фізикальний статус: ВХШ – пальпаторна болючість, іноді напруга черевної стінки в епігастрії.

ВХ ДПК – виражена локальна пальпаторна і перкуторна болючість у пілородуоденальній зоні, позитивний молоточковий (Менделя) симптом, локальна м'язова напруга, зони шкірної гіперестезії Захар'їна-Гедда, астеновегетативні прояви.

Примітка: атиповий перебіг ВХ (прихований, безбольовий варіант, "німа виразка") – до 50% хворих, особливо у хлопчиків.

Ускладнення спостерігаються в 15-20% хворих з ВХ, удвічі частіше в хлопчиків (кровотеча – 80%; деформація і стеноз – 10-11%; перфорація – 7-8%; пенетрація – 1-1,5%).

Для сучасного перебігу ВХ ДПК характерно:

- омолодження (маніфестація захворювання в 7-9 років);
- зміни морфогенезу хвороби;
- атиповий перебіг (скритий, безбольовий варіант майже у половини хворих);
- збільшення частоти ускладнень і тяжких варіантів перебігу;
- резистентність до лікування, що проводиться;
- нівелювання сезонності загострень.

За тяжкістю перебігу ВХ виділяють:

- легкий перебіг: строк загоєння виразки – 4 тижні для ВХ ДПК та 6 тижнів для ВХШ; ремісія – більше 1 року; відсутність ускладнень (27-30% хворих);

- перебіг середньої тяжкості: строк загоєння виразки – від 1 до 2 місяців; ремісія – менше 1 року; відсутність ускладнень (25% хворих);
- тяжкий перебіг: нетипова локалізація виразок, численні дефекти (3 та більше), строк загоєння – більше 2 місяців або відсутній, часті рецидиви – більше 2 разів на рік або безперервно-рецидивуючий тип перебігу (40-45% хворих).

Діагностика: діагноз ВХ ДПК та ВХШ і її морфологічний субстрат визначається тільки за допомогою езофагогастродуоденоскопії з прицільною біопсією СОШ і ДПК. Установлюють топографію, число розміри, стадію виразкового дефекту (I-IV стадія), констатують наявність ускладнень, вираженість, варіант і активність супутнього ГД, контамінацію СОШ і НР.

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 (+, ++, +++).

Рентгенологічне дослідження проводять тільки у випадку неможливості виконання ендоскопічного дослідження. Абсолютні RÔ ознаки ВХ (симптом "ниші", конвергенція складок в бік виразкового дефекту, рубцево-виразкові деформації) у дитячому віці виявляються тільки в 18-25% хворих.

Характеристика лікувальних заходів. Основні принципи лікування ВХ залежать від топографії виразкового дефекту (ДПК або шлунок), періоду хвороби, тяжкості перебігу, наявності ускладнень, зв'язку з НР.

При загостренні:

- 1) Вибір режиму харчування (призначення дієтичного харчування з поступовим переходом від столу № 1а, № 1 до столу №5), вибір рухового режиму (оберігаючий, ЛФК).
- 2) Індивідуальний підбір комплексного лікування з урахуванням етіології, провідних патогенетичних механізмів і клініко-ендоскопічного симптомо-комплексу.

При НР-асоційованій ВХ лікування починають з ерадикації НР: призначається одна з загальноприйнятих схем (потрійна- або квадротерапія) протягом 7 днів з наступним підтвердженням ефективності ерадикації (не менш 4-6 тижнів після закінчення антихелікобактерної терапії) будь-якими двома методами верифікації НР. (див. розділ ХГ).

Паралельно, або відразу по закінченні ерадикаційного лікування призначається *антисекреторна терапія* (селективні блокатори H_2 рецепторів гістаміну 2-4 поколінь (групи ранітидину, фамотидину), або блокатори H^+/K^+ – АТФази (групи омепразолу, пантопразолу та інш.) терміном на 3-4 тижні з поступовим скасуванням, або призначенням підтримуючої дози (до 6-8 тижнів). Ранітидин (та аналоги) – 150-300 мг/добу в 2 прийоми зранку і ввечері до їжі; фамотидин (та аналоги) – 20-40 мг/добу, переважно одноразово ввечері до їжі (о 18-20 годині); омепразол та інш. – 10-40 мг/добу одноразово зранку перед сніданком; пантопразол 20-40 мг/добу одноразово зранку перед сніданком.

Після скасування антихелікобактерної терапії і зниження дози антисекреторних препаратів на термін 3-4 тижня призначають: *комплексні антациди* (алюмінію фосфат, сполуки алюмінію, магнію, кальцію та ін.) по 5-15 мл (1/2-1 табл.) 2-3 рази на день через 1,5-2 години після їжі; Препарати альгінової кислоти на 2-4 тижні, цитопротектори (сметит, сукральфат, препарати кореня солодцю, лакричного кореня, синтетичні аналоги простагландинів, даларгін); *сметит* по 0,5-1 пакетику по 2-3 рази на день за 30 хвилин до їжі; *сукральфат* по 0,5-1 г 4 рази на день за 0,5-1 години до їжі; *ліквіритон* (чи інші препарати з кореню солодцю) по 0,05-0,1 г 3 рази на день до їжі; мізопростол по 0,1 г 3-4 рази на день з їжею та на ніч; *даларгін* – в/м (або назальним електрофорезом) по 0,001 г (1 мл) 1-2 рази на день 10-14 днів; *репаранти* (обліпіхова олія, тиквеол, спіруліна, аекол, препарати прополісу, алое); імунокоректори (рослинного походження). При порушенні моторики (рефлюкси, дуоденостаз) – *прокінетики* (домперидон) на 2-3 тижні.

2) Симптоматичне лікування: седативні препарати (персен, ново-пассит, седасен та ін.) по 1 табл. (1 мірн. ложці) 2-3 рази на день 2-3 тижня; антистресорні препарати (сибазон) після консультації з неврологом у віковому дозуванні на 10-14 днів; спазмолітики (мебеверин призначають дітям від 6 років у дозі 2,5 мг/кг на добу 2 рази на день за 20 хв. до їжі, папаверин по 0,005-0,06 г 2 рази на добу, дротаверин 40-200 мг/добу в 2-5 прийоми; прифінія бромід 1мг/кг/добу протягом 7-15 днів – парентерально на 5-7 днів, при необхідності продовжити per os, чи шляхом електрофорезу ще на 7-10 днів.

Середній курс медикаментозного лікування загострення ВХ ДПК – 4-6 тижнів, ВХІІІ – 6-8 тижнів.

Питання про призначення підтримуючої терапії, кратність, обсяг і час проведення протирецидивних курсів лікування зважається індивідуально.

З *немедикаментозних методів лікування* у фазі загострення використовують: психотерапію, фізіотерапевтичне лікування (індуктотерапію, НВЧ-терапію, мікрохвильову терапію, діадинамотерапію, електрофорез зі спазмолітиками, новокаїном). При *стиханні загострення* (ремісії) – магнітотерапію, електросон, теплолікування (парафінові й озокеритові аплікації та ін.), бальнеотерапію, фітотерапію, МРТ, рефлексотерапію.

Протипоказаннями для фізіотерапевтичного лікування є тяжкий перебіг захворювання, кровотеча, індивідуальна непереносимість фізіотерапевтичних методів.

Тривалість стаціонарного лікування при ВХ – 25 - 28 днів, при важкому перебігу – до 6-8 тижнів. При репарації виразки (фаза неповної ремісії) лікування продовжують в амбулаторно-поліклінічних умовах. У фазі ремісії показане санаторно-курортне лікування.

Ціль лікування:

- 1) Купіювати симптоми ВХ і забезпечити репарацію виразкового дефекту.
- 2) Усунути контамінацію НР СО.
- 3) Домогтися відновлення не тільки цілісності, але і функціональної спроможності СО.
- 4) Попередити розвиток загострень і ускладнень.

При наявності ускладненої ВХ:

- Кровотеча – кривава блювота, дьогтеподібний стул, бліді шкіра та слизові оболонки, запаморочення, холодний піт, прискорення рульсу, падіння АТ;
- Перфорація виразки – гострий “кінжальний” біль, блювота, блідість лица, холодні кінцівки, змушене положення з приведеними до живота колінами, втягнутий живіт, напруження передньої черевної стінки;
- Стеноз – інтенсивний стійкий біль за грудиною і у верхній половині живота, відчуття переповнення після їжі, відрижка, блювота, що приносить полегшення, зневоднення, зниження маси тіла;
- Пенетрація в інші органи травлення (найчастіше в голівку підшлункової залози) – значне посилення больового синдрому, біль не пов’язаний з прийомом їжі, в зоні патологічного процесу – виражена пальпаторна болючість, запальний інфільтрат, субфебрильна температура, лейкоцитоз, прискорення ШОЕ.

При всіх цих станах показане лікування в спеціалізованих хірургічних стаціонарах (відділеннях). Обсяг і термін лікування визначає дитячий хірург. Після хірургічної допомоги хворих переводять до спеціалізованого гастроентерологічного відділення для визначення подальшої схеми лікування та диспансерного нагляду.

Вимоги до результатів лікування: відсутність клініко-ендоскопічних проявів хвороби (повна ремісія) із двома негативними тестами на НР.

При неповній ремісії – підтримуюче лікування (тривалість і обсяг зважуються індивідуально).

Диспансерний нагляд. З обліку не знімають (можливе зняття з обліку через 5 років стійкої ремісії, після стаціонарного обстеження). Педіатр оглядає не менше 2-3 разів на рік, гастроентеролог – 2-3 рази на рік (або частіше за необхідністю), ФГС контроль – 2 рази в рік, або індивідуально.

При необхідності за призначенням - огляд спеціалістів (ЛОР, стоматолог, невропатолог та ін.) – 1 раз на рік.

При сприятливому перебігу ВХ – проведення протирецидивного лікування в умовах поліклініки (або денного стаціонару) 2-3 рази на рік (наприкінці зими, літа та восени). Об’єм і тривалість протирецидивного лікування вирішують індивідуально. Поряд з призначенням режиму та дієти (стіл №1 або №5), намічають комплексне медикаментозне та не медикаментозне лікування. Використовують антисекреторні препарати, антациди, цитопротектори, репаранти, седатики, імунокоректори, адаптогени, вітаміни тощо. Поряд з застосуванням фізіотерапевтичних методів показано лікування мінеральними водами, фітотерапія, ЛФК, психотерапія.

Санаторно-курортне лікування показано лише при досягненні стійкої ремісії (частіше через 4-6 місяців після стаціонарного лікування) в санаторіях гастроентерологічного профілю.

**Директор Департаменту материнства,
дитинства та санаторного забезпечення**

Р.О.Моїсеєнко

ЗАТВЕРДЖЕНО
 Наказ Міністерства
 охорони здоров'я України
 26.05.2010_№_438_____

5. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ

(функціональних розладів жовчного міхура та сфінктера Одді)
 ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ ЖОВЧНОГО МІХУРА ТА СФІНКТЕРА ОДДІ *Шифр К 82.8, 83.4*

Шифр 82.8 – дискінезія, або дисфункція (функціональний розлад)
 жовчного міхура

Шифр 83.4 – спазм сфінктера Одді (СФО)

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.

Патофізіологічне формування функціональних розладів біліарного тракту (ФРБТ) у дітей обумовлено порушенням нейро-гуморальних механізмів регуляції скоротчувальної функції жовчного міхура та тонусу сфінктерів Одді, Люткенса, Міріцци. Рухова активність біліарного тракту регулюється парасимпатичним та симпатичним відділами вегетативної нервової системи, гастроінтестинальними гормонами (холецистокінін, секретин, гастрин, глюкагон), тиреоїдином, окситоцином, кортикостероїдними та половими гормонами.

У структурі патології біліарного тракту ФРБТ складають за даними різних авторів 65-85 %, переважно прі різних захворюваннях органів травлення у дітей шкільного віку. У дітей дошкільного віку найчастіше зустрічаються ізольовані ФРБТ.

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

Е3. 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)

Первинні дослідження:

Лабораторні: копрограма; біохімічне дослідження сироватки крові: рівень холестерина, лужної фосфатази, ГГТП, білірубину загального і фракції, АсАТ, АлАТ, амілізи та ліпази. Мікроскопічне і біохімічне дослідження жовчі (при наявності біліарного сладжа).

Інструментальні: динамічна УЗ холецистографія - ехосонографічне дослідження з визначенням функціонального стану жовчного міхура та сфінктера Одді (типу функціональних розладів біліарного тракту.)

За показаннями: ФЄГДС, в/в холецистографія, фракційне дуоденальне зондування, бактеріологічне, біохімічне та мікроскопічне дослідження жовчі.

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 нападоподібний, 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 тонуусу 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.

4. ФЕГДС – оцінка слизової оболонки стравоходу, шлунку, 12-ти палої кишки; дуоденального сосочка.

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 холестази - 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 з підвищенням рівня амілази /ліпази сироватки крові; 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: дротаверин в дозі 1-1,5 мг/кг 3 рази на добу, пінаверіум бромід по 50 – 100 мг 3 рази на добу дітям від 12 років, гімекромон дітям від 5 років по 200 – 600 мг на добу у 3 прийоми, мебеверін дітям від 12 років по 200 мг 2 рази на добу, прифініум бромід з моменту народження в дозі 1 мг/кг на добу п/ш, в/м, в\в; у формі сиропу – три рази на добу внутрішньо, до 3 міс. - по 1 мл, від 3 міс. до 12 міс. - по 1-2 мл, від 1 року до 6 років по 5 – 10 мл, 6 – 12 років по 10 - 20 мл кожні 6 – 8 годин; у формі таблеток – дітям 6 - 12 років по 15 – 30 мг три рази на добу, після 12 років – по 30 – 60 мг три рази на добу. Тривалість курсу 7 - 15 днів; при необхідності продовжити курс, препарат необхідно змінити;
- холеретики (препарати, що стимулюють синтез жовчі): істинні (стимулюючі синтез жовчних кислот) – рослинного походження та гомеопатичні засоби та гідрохолеретики (стимулюючі синтез водяного компонента жовчі) – мінеральні води по 3 – 5 мл на кг ваги три рази на день, препарати валеріани (вікові дози). Препарати призначаються курсом по 10-14 днів.
- фізіотерапевтичні процедури: теплові процедури (озокерит, парафінові аплікації, діатермія на область правого підребер'я), індуктотермія, електрофорез із спазмолітиками на область правого підребер'я, ультразвук;
- бальнеотерапія – мінеральні води малої мінералізації і малої газонасиченості (Березовська, Нафтуся 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 (у тому числі препарати, що містять екстракт жовчі. Тривалість курсу 2 – 3 тижні.

- холекінетики (препарати, що стимулюють скорочення жовчного міхура): екстракт листя артишоку по 1/4 - 1/2 ч.л. 3 рази на добу, сульфат магнію 25% дітям до 3 років - по 1 ч. л., 3 – 7 років по 1 дес. л., 8 – 14 років по 1 ст.л. 2 - 3 рази на добу; сорбіт 20% розчин, ксиліт 20% розчин (0,1-0,2 г на кг маси на прийом) 2 - 3 рази на добу, галстена (вікові дози), олії рослинні (соняшникова, кукурудзяна, маслинова), насіння льону;
- прокінетики: домперидон дітям з 3 до 12 років по 0,25 – 0,5 мг/кг маси, дітям старше 12 років по 10 мг 3 рази на добу за 15 – 30 хв. до їди;
- тюбажи 2 рази на тиждень № 5 – 7 при гіпотонічній формі з мінеральною водою (середня мінералізація) по 100 – 200 мл на прийом, 25% розчином сульфата магнію по 20 – 50 мл, 10-20 % розчином сорбіту або ксиліту по 50-100 мл.
- фізіотерапевтичні процедури: електрофорез сульфату магнію на область правого підребер'я, синусоїдальні модульовані струми з розчином гязі, електростимуляція жовчного міхура;
- бальнеотерапія: мінеральні води середньої мінералізації і середньої газонасиченості (Лужанська, Моршинська, Поляна Квасова та інш.) по 3-5 мл на 1 кг маси на прийом, 3 рази на добу протягом 1 міс.;
- фітотерапія (жовчогонні збори з холеретичною, холекінетичною дією).

Тривалість стаціонарного лікування: 2 тижні (можливе лікування в умовах денного стаціонару чи амбулаторно).

Ціль лікування:

- 1) Купіювати симптоми функціональних порушень біліарного тракту.
- 2) Нормалізувати кінетико-тонічну функцію біліарного тракту.

Вимоги до результатів лікування: відсутність клінічних проявів та ехографічних ознак ФРБТ.

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

Огляд дитячим гастроентерологом 2 рази на рік, педіатром – 2 рази на рік; отолярінголог, стоматолог – за необхідністю.

Обсяг контрольно-діагностичних обстежень:

копрограма – 1 раз на рік, аналіз кала на яйця глистів та найпростіші – 1 раз на рік, УЗД органів черевної порожнини 1 раз на рік, дуоденальне зондування та біохімічне дослідження жовчі – 1 раз на рік (при наявності показань).

Протирецидивне лікування: 2 рази на рік (на першому році), далі – 1 раз на рік. Обсяг лікування залежить від періоду захворювання та стану дитини (дієтотерапія, бальнеотерапія, фітотерапія, ЛФК, фізіотерапія).

Санаторно-курортне лікування рекомендується проводити через 3-6 місяців після загострення. Рекомендовано бальнеогрязьові курорти (Трускавець, Закарпатська група курортів та інші).

Директор Депарменту материнства,
дитинства та санаторного забезпечення

Р.О.Моїсєєнко

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства

охорони здоров'я України

26.05.2010_№_438_____

6. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ДІТЕЙ

ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ. Шифр К 81.1

Шифр К 81.1 – хронічний холецистит

Шифр К 83.0 - холангит

Шифр К 81.1, Шифр К 83.0 - хронічний холецистохолангит (форма запального захворювання біліарного тракту, за локалізацією, що зустрічається у дітей переважно)

Визначення:

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

Хронічний холангит – хронічне рецидивуюче запальне захворювання жовчних проток.

Хронічний холецистохолангит - 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.

Первинні дослідження.

Лабораторні: клінічний аналіз крові, визначення рівня сироваткового холестерину, лужної фосфатази, білірубину (загального і фракцій), АсАТ, АлАТ, ГГТП, амілази /ліпази, «С» -реактивного білку (СРБ).

Інструментальні: УЗД жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, печінки і підшлункової залози; дуоденальне зондування з наступним мікроскопічним і біохімічним дослідженням жовчі. ФЕГДС, ЕРХПГ (при наявності показань).

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 жовчю, 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 холестазу (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, білірубину, 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 перефокального запалення паренхіми печінки.

Діагностичні критерії стадії загострення:

значні клінічні прояви больового абдомінального синдрому, диспепсичного синдрому, синдрому хронічної неспецифічної інтоксикації; ознаки запалення у клінічному аналізі крові, біохімічний синдром холестазу (можливий); ознаки

запалення та порушення колоїдної стабільності жовчі індекс Ендрюса менше 10 в порції «В»).

(при мікроскопічному та біохімічному дослідженні жовчі.

Діагностичні критерії стадії неповної клінічної ремісії:

помірні клінічні прояви больового абдомінального синдрому, диспептичного синдрому, астено-вегетативного синдрому; показники клінічного аналізу крові у межах норми, біохімічний синдром холестазу (можливий); при мікроскопічному та біохімічному дослідженні жовчі - ознаки порушення колоїдної стабільності жовчі (індекс Ендрюса менше 10 в порції «В»).

Діагностичні критерії стадії ремісії:

скарги, клінічні прояви характерних синдромів практично відсутні; показники клінічного аналізу крові у межах норми, біохімічний синдром холестазу (можливий); при мікроскопічному та біохімічному дослідженні жовчі - ознаки порушення колоїдної стабільності жовчі.

Діагностичні критерії форми захворювання:

Легка форма – больовий синдром не різко виражений, загострення 1-2 рази на рік, тривалість загострення не більше 2-3 тижнів.

Середньої важкості - стійкі прояви больового, диспептичного, астено-вегетативного синдрому.

Тяжка - різко виражений больовий та диспептичний синдроми, характерні часті та тривалі напади жовчної кольки (1-2 рази на місяць та частіше).

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):
 - препарати, що присутні у жовчі у високій концентрації: група пеніцилінів. Антибіотики призначаються за стандартними віковими дозами.
 - препарати, що накопичуються в жовчі в достатніх для лікувального ефекту концентраціях: фуразолідон (вікові дози).

Курс антибактеріальної терапії 7 - 10 днів.

За умов проведення бактеріологічного дослідження жовчі антибактеріальні та протигрибкові засоби призначаються з урахуванням чутливості.

5. Симптоматична терапія - залежить від типу функціональних розладів біліарного тракту, які супроводжують хронічний холецистохолангіт; при цьому антибактеріальна терапія може проводитися одночасно з призначенням седативних і спазмолітичних препаратів (при необхідності); ферментні препарати; антацидні препарати, холеретики і холекінетики призначаються після закінчення курсу антибактеріальної терапії.

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.

Тривалість стаціонарного лікування: до 3-х тижнів, можливо початковий курс провести стаціонарно, а далі – в умовах денного стаціонару чи амбулаторно.

Ціль лікування:

- 1) Купіювання больового, диспептичного синдромів.
- 2) Боротьба з інфекцією.
- 3) Корекція загального стану дитини.
- 4) Відновлення функції жовчного міхура.

Вимоги до результатів лікування: усунення проявів захворювання з відновленням функції жовчного міхура. Відсутність клініко-лабораторних проявів хвороби (ремісія).

Диспансерний нагляд.

Диспансерний нагляд – 3 роки поза періоду загострення. З диспансерного нагляду можна зняти за умов відсутності патологічних змін після повного лабораторно - інструментального обстеження.

Огляд дитячим гастроентерологом 2 рази на рік, педіатром – один раз в 3 місяці у перший рік після загострення, далі – 2 рази на рік; отоларинголог, стоматолог та інші – за вимогами.

Обсяг контрольних-діагностичних обстежень: клінічний аналіз крові – 2 рази на рік, копрограма – 2 рази на рік, аналіз кала на яйця глистів та найпростіші – 2 рази на рік, дуоденальне зондування та біохімічне дослідження жовчі – 1-2 рази на рік (при наявності показань), УЗД органів черевної порожнини 2 рази на рік.

Протирецидивне лікування: 2 рази на рік. Обсяг лікування залежить від періоду захворювання та стану дитини (дієта, режим харчування, фітотерапія, бальнеотерапія, фізіотерапія, ЛФК).

Санаторно-курортне лікування рекомендується проводити через 6 місяців після загострення. Рекомендовано бальнеогрязьові курорти (Трускавець, Закарпатська група курортів та інші).

**Директор Департменту материнства,
дитинства та санаторного забезпечення**

Р.О.Моїсєнко

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства

охорони здоров'я України

26.05.2010 № 438

7. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

ЖОВЧНОКАМ'ЯНА ХВОРОБА (ХОЛЕЛІТІАЗ) (ЖКХ) Шифр К 80

Шифр К80.2 - Камінь жовчного міхура без холециститу
(холецистолітаз)

Шифр К80.3 - Камінь жовчної протоки(холедохолітаз) з холангітом
(не первинний склерозуючий)

Шифр К80.4 - Камінь жовчної протоки (холедохолітаз) з холециститом

Шифр К80.5 - Камінь жовчної протоки (холедохолітаз) без холангіта
або холецистита

Шифр К80.8 - Інший холелітаз

Визначення. ЖКХ – спадково детерміноване захворювання гепатобіліарної системи, що обумовлене порушенням обміну холестерину і (чи) білірубіну і характеризується утворенням каменів у жовчному міхурі і (чи) жовчних протоках. Патолофізіологічне формування ЖКХ обумовлено спадковою схильністю порушень обміну основних компонентів жовчи, моторно-евакуаторними дисфункціями жовчного міхура, запальними змінами у жовчному міхурі та жовчовивідних шляхах.

Класифікація (на основі класифікації Мансурова Х.Х., у модифікації)

I стадія – фізико-хімічна (початкова, передкаменева)

- густа неоднорідна жовч
- біліарний сладж (замазкоподібна жовч)

II стадія – формування жовчних каменів (мікролітаз)

- біліарний сладж (мікролітаз)

III стадія – стадія макролітаза, або каменева, або клінічна

За локалізацією: - у жовчному міхурі

- у загальній жовчній протоці
- у печінкових протоках

За кількістю конкрементів: одиночні, множинні

За складом конкрементів: - холестеринові

- білірубінові

За клінічним перебігом: 1) латентний перебіг

2) з наявністю клінічних симптомів:

- больова форма (напади жовчної кольки)
- диспептична форма
- під маскою інших захворювань

За наявністю ускладнень: - без ускладнень

- з ускладненнями (гострий холецистит, водянка жовчного міхура, холедохолітаз, жовчні свищи, вторинний біліарний цироз, рубцові стриктури).

Первинні дослідження:

Лабораторні: клінічний аналіз крові, загальний білірубін і фракції, сироватковий холестерин, загальні ліпіди, тригліцериди, ГГТП, АсАТ, АлАТ; амілаза/ліпаза; мікроскопічне та біохімічне дослідження жовчі (I, II стадія).

Інструментальні:

- УЗ - дослідження печінки, жовчного міхура, підшлункової залози;
- дуоденальне зондування з наступним мікроскопічним і біохімічним дослідженням жовчі;
- РÖ-обстеження черевної порожнини (оглядова РÖ-графія, пероральна холецистографія, внутрішньовенна халангіохолецистографія) для визначення контрастності конкремента у жовчному міхурі, виявлення патології жовчних проток;
- ЕРХПГ при підозрі на камені жовчної протоки.

Симптоми, синдроми, фізикальний статус.

Клінічна картина залежить від стадії і характеру перебігу захворювання.

При латентному перебігу скарги нагадують прояви дискінезії жовчовивідних шляхів, хронічного холециститу, холецистохолангиту чи хронічного гастродуоденіту.

При загостренні характерний інтенсивний біль у правому підребер'ї, часто епігастрії і пілородуоденальній зоні, ірадіюючий у праве плече, праву лопатку, що супроводжується нудотою, повторною блювотою, лихоманкою, іноді – жовтяницею.

Фізикальний статус: напруга м'язів живота, різкий біль при пальпації у правому підребер'ї і епігастрії, різко позитивні міхурові симптоми, здуття живота, збільшення розмірів печінки (щільної консистенції, болюча) при повній закупорці каменем загальної жовчної протоки – світлі калові маси, темна сеча.

Клінічні синдроми: больовий, диспепсичний, астено-вегетативний синдроми, синдром холестазу.

Діагностика:

1. Клінічний аналіз крові – можливі лейкоцитоз, прискорена ШОЕ (жовчна колька);
2. Біохімічне дослідження сироватки крові – підвищення рівня загального білірубину за рахунок прямої фракції, лужної фосфатази, рівня загального холестерину, тригліцеридів, ЛПНЩ;
3. Мікроскопічне дослідження жовчі – дискрінія (кристали холестерину, білірубінату Са і т.д.), прискорення термінів кристалізації, аномальний тип кристалізації.
4. Біохімічне дослідження жовчі- зниження концентрації жовчних кислот і підвищення концентрації холестерину переважно в порції “В”, холатохолестериновий коефіцієнт Ендрюса (співвідношення сумарні жовчні кислоти/холестерин) нижче 10 – ознака порушеної колоїдної стабільності (літогенності) жовчі.
5. УЗД – наявність ехопозитивних включень у жовчному міхурі (сладж, мікроліти, конкременти);

6. Оглядове RÖ-обстеження черевної порожнини – при наявності RÖ-позитивних конкрементів візуалізуються тіні в області жовчного міхура;

7. Пероральна холецистографія, внутрішньовенна халангіохолецисто-графія - визначення контрастності конкремента у жовчному міхурі, візуалізація жовчних проток.

8. ЕРХПГ – наявність конкрементів у просвіті жовчного міхура чи жовчних ходах.

Критерії діагностики I стадії ЖКХ: клінічні прояви та лабораторні ознаки дисфункціональних розладів та хронічних захворювань біліарного тракту; при мікроскопічному та біохімічному дослідженні жовчі - ознаки порушення колоїдної стабільності жовчі.

УЗД біліарного тракту: біліарний сладж, функціональні розлади біліарного тракту (гіпокінезія, гіпертонія), ознаки хронічного запалення ЖВШ.

Критерії діагностики II стадії ЖКХ: клінічні прояви та лабораторні ознаки дисфункціональних розладів та хронічних захворювань біліарного тракту; можливі напади жовчної кольки.

УЗД біліарного тракту: біліарний садж (мікролітіаз – візуалізація у жовчному міхурі неоднорідної жовчі, ехопозитивних включень до 5 мм), функціональні розлади біліарного тракту, ознаки хронічного запалення ЖВШ.

Критерії діагностики III стадії ЖКХ: клінічні прояви в залежності від перебігу захворювання (латентний перебіг, больова форма (напади жовчної кольки), диспептична форма, під маскою інших захворювань); лабораторні ознаки (можливі): біохімічне дослідження сироватки крові - підвищення загального білірубін за рахунок прямої/непрямої фракції, ЛФ, ГГТП, загального холестерину, тригліцеридів, ЛПНЩ, помірне підвищення АсАТ, АлАТ;

УЗД біліарного тракту: ехопозитивні включення (конкременти) у жовчному міхурі, жовчних протоках, що дають акустичну тінь.

Рентгенологічні методи:

- оглядова рентгенографія органів черевної порожнини – уточнення складу конкремента (рентгенпозитивні конкременти – холестеринові, рентгеннегативні – білірубінові);
- пероральна холецистографія, внутрішньовенна халангіохолецистографія – візуалізація жовчних проток, рентгеннегативних конкрементів;
- ЕРХПГ – візуалізація внутрішньо печінкових проток, жовчного міхура у випадку "відключеного" ЖМ, при порушенні видільної функції печінки та недостатності СФО;

Магнітно-резонансна томографія, динамічна гепатобілісцинтиграфія – уточнюючі методи.

Характеристика лікувальних заходів.

А. Лікування на фізико-хімічній стадії ЖКХ:

- а) дієта в межах столу №5, збагачена харчовими волокнами;
- б) препарати, що впливають на літогенність жовчі (див. далі);
- в) холеретики (див. розділ ФРБТ);
- г) холекінетики (див. розділ ФРБТ);

д) літолітики (див. далі).

Тривалість курсу терапії не менш 1,5-2 місяців, обов'язкові повторні курси 2-3 рази на рік. Літолітики призначаються протягом 12 місяців.

Б. Лікування на стадії формування жовчних каменів : за схемою А, літолітики призначаються протягом 12-24 місяців.

В. Лікування на стадії макролітіаза:

При загостренні ЖКХ показана госпіталізація.

а) Режим з обмеженням фізичного навантаження.

б) дієта в межах столу №5, збагачена харчовими волокнами;

в) хірургічне лікування – лапароскопічна холелітотомія і лапароскопічна холецистектомія;

Показання до хірургічного лікування (планового):

- Грубі ангомалії розвитку ЖВС (кіста холедоху, стеної, перетини жовчного міхура та загальної жовчної протоки , підвоєння, гіпоплазія ЖМ та ін.), що порушують процеси жовчовиділення;
- Рецидивуючі болі в животі, що не купіруються;
- Вік дитини від 3 до 12 років.

Протипоказання до хірургічного лікування (планового):

- наявність конкрементів одномоментно в кількох відділах ЖВС, що не порушують жовчовідділення;
- вік до 3 років;
- пубертатний період;

г) консервативна терапія (поза приступу):

- літолітики: препарати урсодезоксіхолової кислоти - суспензія урсодезоксіхолової кислоти (10 мг/кг) та інші; тривалість курсу терапії – від 6 до 24 міс.;
- препарати, що впливають на літогенність жовчі: аскорбінова кислота – профілактичні вікові дози 2 рази на рік протягом 1 місяця; гомеопатичні та фітопрепарати - ½ вікової дози протягом 2-3 місяців 2 – 3 курси на рік;
- гепатопротектори (силімарин та інші фітопрепарати, гомеопатичні засоби) у вікових дозах призначаються на 2 -3 міс. , 2-3 курси на рік;
- ентеросорбенти протягом 10-14 днів, 3 – 4 курси на рік;
- ЛФК
- Фізіотерапія (поза загострення): парафінові апплікації, індуктотермія на область печінки, електрофорез магнію.

Г. Лікування жовчної кольки:

а) спостереження хірурга;

б) суворий постільний режим;

в) холод на ділянку правого підребер'я при симптомах подразнення черевини, при легкому приступі – тепло на ту ж ділянку;

г) анальгетики: метамізол натрію (50% – 0,1 мл/рік життя) та його комбінації; омнапон протипоказаний (викликає спазм сфінктера Одді);

д) спазмолітики: дротаверин (2 % – 0,5 - 2 мл), папаверін (2 % – 1-2 мл), платифілін (0,2 % – 1 мл); прифінію бромід - з моменту народження в дозі 1 мг/кг на добу п/ш, в/м, в/в, атропін (0,1% - 1 - 1,15 мл підшкірно;

е) еуфілін (в/в – 2,4% – 0,1 мл/кг);

ж) при тривалому больовому синдромі – новокаїнова паранефральна блокада чи новокаїн в/в;

з) після усунення больового синдрому – жовчогонний чай, збільшення кількості рідини(лужні мінеральні води), курс антибактеріальної терапії (препаратами вибору є антибіотики, що створюють терапевтичне депо в жовчному міхурі – див. “Хронічний холецистохолангіт”).

Тривалість стаціонарного лікування: 7-10 днів після усунення больового синдрому.

Ціль лікування:

- 1) Купіювати клінічні прояви.
- 2) Зменшити розмір конкрементів.
- 3) Зменшити активність фізіко- хімічних порушень жовчи.
- 4) Попередити формування конкрементів, розвиток ускладнень.

Вимоги до результатів лікування: усунення больового синдрому, розчинення конкрементів чи їх хірургічне видалення.

Диспансерний нагляд. Огляд дитячим гастроентерологом 2 рази на рік, педіатром – один раз на 3 місяці в перший рік після загострення, далі – 2 рази на рік; отоларинголог, стоматолог та інші – за вимогами.

Протирецидивне лікування: 2 рази на рік. Обсяг лікування залежить від періоду захворювання та стану дитини.

Обсяг контрольного-діагностичних обстежень: клінічний аналіз крові – 1 раз на рік, копрограма – 2 рази на рік, УЗД органів черевної порожнини 2 рази на рік, дуоденальне зондування та біохімічне дослідження жовчі – 1 раз на рік (за необхідністю).

Диспансерний нагляд – протягом життя.

Санаторно-курортне лікування рекомендується проводити через 6 місяців після загострення. Рекомендовано бальнеогрязьові курорти (Трускавець, Закарпатська група курортів та інші). Протипоказаннями до курортного лікування є ЖКХ з частими приступами жовчної кольки, наявності активної інфекції та ускладненнями(механічна жовтяниця, емпієма, водянка жовчного міхура).

**Директор Департменту материнства,
дитинства та санаторного забезпечення**

Р.О.Моїсєнко

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства
охорони здоров'я України

26.05.2010_№__438_____

8. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ

ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ. Шифр К 86.1

Визначення. Хронічний панкреатит (ХП) - поліетіологічне захворювання з фазово-прогресуючим перебігом, осередковими чи дифузно-дегенеративними, деструктивними змінами ацинарної тканини, екзокринної і ендокринної функцій.

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.

Первинні дослідження. Клінічний аналіз крові, клінічний аналіз сечі, цукор крові натще, амілаза, ліпаза крові і сечі, копрограма, еластаза -1 калу, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини.

Синдроми, симптоми, фізикальний статус.

Домінуючий симптом при загостренні ХП – біль (інтенсивний, нападоподібний, що іноді опоясує, локалізується в середній частині надчеревної області і ліворуч від серединної 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 лежачі на лівому боці чи на животі, після приймання аналгетиків або спазмолитиків. Виникнення больового синдрому обумовлено внутрішньопроковою 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 нападаподібний, короткочасний, без іррадіації, швидко зникає при своєчасному лікуванні.

Діагностика.

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

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.

Інформативними критеріями ХП є зміни ензимного спектру крові, сечі, калу. Важливе значення мають методики визначення ізоферментного спектру амілази, ліпази, трипсину та його інгібіторів, еластази-І. З діагностичної точки зору амілазу відносять до групи індикаторних ферментів, показник якої в найменшому ступені залежить від екстрапанкреатичних чинників. Рівень амілази підвищується через 2-12 годин від початку загострення ХП і швидко падає протягом 2-4 днів. Рівень ліпази підвищується декілька пізніше (через 3-4доби). Нормальна активність ферментів крові і сечі не виключає загострення ХП. Для діагностики у цьому випадку можливо використання провокаційних тестів із

введенням прозерину або прийманням глюкози. В нормі після цього рівень амілази крові підвищується до 60% від початкового, при вираженій панкреатичній недостатності - до 30%.

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-І, 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 діляниць), контурів і форми залози, розширення основного панкреатичного протоку, наявність кальцинатів.

Характеристика лікувальних заходів.

У період загострення ХП дитина потребує госпіталізації із забезпеченням максимального фізичного та психоемоційного спокою, суворої 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 (метамізол натрію (50% – 0,1 мл/рік життя) та його комбінації), наркотичні аналгетики (тримеперидин), спазмолітики – дротаверин (2 % –0,5 - 2 мл), папаверін (2 % – 1-2 мл), платифілін (0,2 % – 1 мл); прифінію бромід - з моменту народження в дозі 1 мг/кг на добу п/ш, в/м, в/в, атропін (0,1% - 1 - 1,15 мл підшкірно 7-10 днів. У перші дні загострення і при тяжкому перебігу вводять парентерально, при покращенні - per os.

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

Комплексні антациди (алюмінію фосфат, сполуки алюмінію, магнію, кальцію та ін.) по 5-15 мл (1/2-1 табл.) 2-3 рази на день через 1,5-2 години після їжі .

Блокатори H₂ рецепторів гістаміна 2-го покоління (ранітидин) призначають дітям по 2-4 мг/кг 2-3 рази на добу, 3-го покоління (фамотидин) призначають у дозі 1-2 мг/кг на добу в 2-3 прийоми протягом 2-3 тижнів. Для попередження синдрому рикошету необхідно поступово скасовувати блокатори H₂ рецепторів гістаміна.

*Сильну пригнічуючу дію на функцію ПЗ мають регуляторні пептиди – соматостатин, даларгін, глюкагон. Засібом вибору в лікуванні вираженого

загострення при тяжких формах ХП є аналог ендогенного соматостатину – сандостатин. Призначається по 25-50 мкг 2-3 рази на день підшкірно протягом 5 - 7 днів.

Даларгін (синтетичний аналог опіоїдних пептидів) по 1 мг 2рази на добу або у вигляді назального електрофорезу.

*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 прокинетики: 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 больового синдрому (через 4 – 6 днів) призначаються панкреатичні ферменти, що не містять жовч (панкреатин). Перевага віддається мікрогранульованим ферментам з кислотостійкою оболонкою (креон, пангрол та інші), які приймаються під час їжі тричі на день приблизно до двох тижнів (призначення ферментів потребує індивідуального підходу з урахуванням симптомів панкреатичної недостатності, обов'язково під контролем копрограми).

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

Тривалість стаціонарного лікування: 28 – 30 днів (при відсутності ускладнень).

Ціль лікування: забезпечити ліквідацію клінічних проявів хвороби та попередити прогресування і хронізацію панкреатита.

Вимоги до результатів лікування: ліквідація запального процесу і забезпечення функціонального спокою ПЗ. Попередити розвиток загострень і ускладнень.

Диспансерний нагляд: протягом 1-го року після стаціонарного лікування дитину обстежують в поліклініці кожні 3 місяці; при панкреатичній недостатності призначають 3 – 4 рази на рік курс ферментів по 2 тижні кожний. Наступні роки проводиться обстеження дитини двічі на рік, за показаннями проводять замісну терапію. Амбулаторно кожні 3 місяці контролюється рівень амілази крові і сечі, копрограма. Ультразвукове дослідження проводиться двічі на рік. У разі виявлення клінічних та лабораторних проявів захворювання дитину обов'язково госпіталізують.

Санаторно-курортне лікування можливе в фазі ремісії ХП в санаторіях гастроентерологічного профілю (за звичай через 2-3 місяці після стаціонарного лікування).

З диспансерного нагляду діти з ХП не знімаються, переводяться у підлітковий кабінет.

Директор Департменту материнства,
дитинства та санаторного забезпечення

Р.О.Моїсєєнко

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
26.05.2010_№__438_____

9. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКУ У ДІТЕЙ

ХВОРОБА КРОНА.

Шифр К-50

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 - важка
	Ремісія	
Перебіг	Гострий	
	Підгострий	
	Хронічний	
<i>Позакишкові прояви</i> спондилоартрити, периферичні артрити, афтозний стоматит, вузлова еритема, увеїт, склерокон'юнктивіт, гепатит.		
<i>Ускладнення</i> свіщі (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.

Тяжка форма хвороби: біль нападоподібний, сильний, може бути постійним; посилюється під час ходи, після їжі та перед актом дефекації; прояви кишкової диспепсії, порушення стулу (напіврідкий кашкоподібний стул до 10-12 разів на добу, з домішкою слизу, гною, крові), тенезми, позиви до дефекації вночі; пальпаторно: біль у місці поразки, може бути пухлино подібне утворення (при наявності між кишкових зрощувань); анорексія.

Середньоважка форма: біль нападоподібний, сильний, після їжі, може бути ниючим, постійним; локалізація залежить від місця найбільшого ураження; відчуття переливання, буркотіння, здуття животу, діарея (напіврідкі кашкоподібні випорожнення до 10 разів на добу, з домішками слизу, гною, рові), пальпаторно: гурчання, біль навколо пупка, шум плескання, болісний щільний відділ кишки, зниження апетиту.

Легка форма: абдомінальний біль, нестійкі випорожнення (закрепи змінюються кашкоподібними випорожненнями), зрідка метеоризм, зниження апетиту.

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). Незалежно від локалізації патологічного процесу при ХК мають місце загальні порушення: гарячка (від субфебрилітету до гектичної температури), зниження маси тіла, ознаки анемії, полігіповітамінозу, електролітної недостатності та гіпопротеїнемічних набряків.

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.

Клінічний аналіз крові – анемія, лейкоцитоз, прискорена ШОЕ.

Біохімічне дослідження крові: під час загострення підвищення гострофазових показників, диспротеїнемія (гіпоальбумінемія, гіпер-альфа-2 глобулінемія), зниження рівня К, Fe, Mg, Zn, фолієвої кислоти.

Копрограма: стеаторея, позитивна проба Трибуле (з хлор- та три хлороцтовою кислотами), позитивна проба Греггерсена, дисбіотичні зміни мікрофлори кишечника.

Рентгенологічні показники обстеження органів черевної порожнини залежать від фази захворювання та розподіляються на нестенотичні (на початку) та стенотичні ознаки.

Нестенотичні ознаки мають переривчастий вигляд, характеризуються ригідністю уражених ділянок, мозаїчністю зображення за рахунок набряку, лінійних виразок, свищових ходів, проникнення контрасту за межі стінки кишки у вигляді кишені або бахроми. Надалі з'являються **стенотичні** ознаки: знижується або повністю зникає контрактильна здатність кишки, уповільнюється евакуація барію, має місце нерівномірне звуження просвіту кишки до стану «шнурка», одночасно понад зоною звуження спостерігається значне її поширення.

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.

Мета лікування – досягнення ремісії, попередження ускладнень, приведення рівня фізичного та психосоціального розвитку відповідно до віку дитини.

Дієтотерапія

Період загострення хвороби

Фульмінантна форма

А. Повне ентеральне харчування - спеціалізована суміш на основі гідролізату сироваткового білка крізь зонд або перорально. Розрахунок дози суміші проводиться виходячи з добової потреби дитини на наявну масу тіла (ккал/кг/доба).

У першу добу пацієнт повинен отримати не більш 50% від необхідного добового раціону. При адекватній переносимості суміші на другу добу доза збільшується до 75%, на третью добу – становить 100%.

Б. Зондове ентеральне харчування сумішшю

Режим введення та дози: Крапельно або струйно, не більш 200 мл за годину.

Перорально: 100-200 мл на протязі 30-40 хвилин, невеликими ковтками.

А. Повне ентеральне харчування сумішшю яка містить трансформуючий фактор росту крізь зонд або перорально. Розрахунок дози суміші проводиться виходячи із добової потреби дитини на наявну масу тіла (ккал/кг/доба).

У першу добу пацієнт отримує не більш 50% від необхідного добового колоражу.

При адекватній переносимості суміші на другу добу доза збільшується до 75%, на третью добу – становить 100%.

Б. Зондове ентеральне харчування.

Режим введення та дози: крапельно або струйно, не більш 200 мл за годину.

Перорально: 100-200 мл суміші протягом 30-40 хвилин, невеликими ковтками.

Тяжка форма

У випадках ураження тонкого кишковика та наявності синдрому мальабсорбції сумішшю першої лінії проведення повного ентерального харчування спеціалізованою сумішшю на основі гідролізату сироваткового білка з послідуєчим переходом на суміш яка містить трансформуючий фактор росту. Суміш на основі гідролізату сироваткового білка використовується або як єдине джерело харчування, при цьому розрахунок дози суміші проводиться на відповідних масі тіла (ккал/кг/доба), або в якості допоміжного джерела харчування: 400-600 мл на добу.

При ураженні товстої кишки призначають суміш яка містить трансформуючий фактор росту. Добовий раціон дитини рекомендується повністю замінити сумішшю яка містить трансформуючий фактор росту. Розрахунок дози суміші проводиться враховуючи добову потребу дитини на наявну масу тіла (ккал/кг/доба). Час між прийомами суміші не повинен бути більше 1,5 годин.

При адекватній переносимості прийом суміші продовжується на протязі 8 тижнів, після чого раціон дитини розширюється (лікувальні столи 5п, 5) та зберігається прийом суміші в дозі 400-600 мл на добу на протязі 4 тижнів, далі в дозі 200-400 мл на добу до отримання стійкої клініко-морфологічної ремісії.

Середньоважка ступінь тяжкості хвороби.

Лікувальні столи (№4-5п-5)

Призначення суміші яка містить трансформуючий фактор росту, як допоміжного харчування, розрахунок дози, режим прийому суміші, термін вживання як при важкій формі захворювання.

Легка форма

Ентеральне харчування проводять сумішшю яка містить трансформуючий фактор росту в якості допоміжного джерела харчування в дозі 400-800 мл на добу. Розрахунок дози проводиться виходячи з добової потреби дитини на наявну масу тіла (ккал/кг/доба). Суміш приймають протягом 30-40 хвилин, невеликими ковтками.

Період ремісії хвороби: лікувальний стіл 5.

* - суміш на основі гідролізату сироваткового білка використовують у дітей шкільного віку та у підлітків.

** - суміш яка містить трансформуючий фактор росту використовують у дітей шкільного віку та у підлітків.(Рівень доказовості В).

Медикаментозна терапія.

Загальні рекомендації:

- Ліки 5 – АСК (месалазін) в дозі 50-60 мг/кг тіла на добу (ступінь доказовості А), максимальна доза – 4,5г/добу.

- 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);

- топічний кортикостероїд будесонід показаний хворим з легкими та середньоважкими формами хвороби в фазі загострення , а також пацієнтам з ураженням дистальних відділів підвздошної кишки і вихідно-ободової кишки; оптимальна доза будесонида складає 9 мг на добу (рівень доказовості – А);

- цитостатики (азотиоприн або його активний метаболіт 6-меркаптопурин) показаний гормонорезистентним хворим або при необхідності знизити дозу глюкокортикостероїдів внаслідок наявності побічних їх ефектів (ступінь доказовості А). Рекомендована доза азотиоприна складає 2,5 мг/кг маси тіла на добу, 6-МП-1-1,5 мг/кг маси тіла на добу. Протипоказанням до призначення азатиоприна є наявність панкреатиту. Режим дозування азатиоприна як при виразковому коліті.

Антибактеріальна терапія: метронідазол в дозі 20 мг/кг маси тіла на добу хворим з переважною локалізацією в ободовій кишці (ступінь доказовості А); антибіотики, фунгіцидні ліки – див. розділ «Виразковий коліт»

Варіанти патогенетичної терапії в залежності від ступеню тяжкості хвороби.

Фульмінантний перебіг хвороби (лихоманка, блювання, діарея, кишкова кровотеча, м'язовий захист при пальпації живота, підвищення ШОЕ, загального білку, диспротеїнемія, анемія).

Преднізолон 60 мг на добу внутрішньовенно, при неефективності – циклоспорин А 4 мг/кг маси тіла на добу внутрішньовенно.

Інфузійна замісна терапія - розчини електролітів, при необхідності – переливання крові.

Активність хвороби від помірної до високої

Глюкокортикостероїди – преднізолон внутрішньовенно в дозі 2 мг/кг маси тіла на добу, при відсутності ефекта від призначення преднізолону на протязі 7 днів використовують цитостатики.

Активність хвороби від низької до помірної

Будесонід найбільш ефективен у хворих з ізольованим ураженням ілеоцекальної області. Призначається у добовій дозі 9 мг.

При ураженні дистальних відділів підвздошної кишки призначають ліки 5-АСК (месалазін в дозі 50 мг/кг маси тіла на добу, максимальна 4,5 г/добу). Якщо ураження обмежується ілеоцекальною областю та вихідно-ободовою кишкою призначають будесонід в дозі 9 мг на добу.

Тривалість стаціонарного лікування. Індивідуально, до одержання терапевтичного ефекту.

Вимоги до результатів лікування. Усунення клінічних проявів захворювання, досягнення тривалої клініко-ендоскопічної ремісії.

Диспансерний нагляд. Аналогічний до нагляду при виразковому коліті.

ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ

K51

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 товстокишковою 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 разгорнутих клінічних проявів
2. Період зворотнього розвитку хвороби
3. Клінічна ремісія
4. Полна клініко-лабораторна ремісія

IV. Рівень розповсюдженості патологічного процесу

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

VI. Ускладнення хвороби

1. Місцеві: а) кишкова кровотеча;

б) стриктура товстої кишки;

в) аноректальні ускладнення – анальні тріщини, нетримання калу;

г) дисбактеріоз.

9.1.1.1 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 макроскопічне 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);
- Кoproграма (реакція на сховану кров позитивна, наявність лейкоцитів, слизу);
- Протеїнограма (зменшення рівня альбумінів, збільшення рівня $\alpha 1$ -; $\alpha 2$ - 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 білків
2 ступінь активності (середньої важкості)	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: (ірігографія): 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.

Мета лікування:

- досягнення ремісії хвороби;
- попередження загострень і ускладнень.

1. Дієтотерапія

(дивись хвороба Крона)

2. Медикаментозна терапія.

А. Базисна терапія:

а) Препарати 5-АСК та сульфапіридина (рівень доказовості останнього С):

- сульфасалазін добова доза у віці 3-5 років складає 1,5 г, 5-7 років - 1,5-3,0 г, 7-15 років - 3,0-6 г;

- салазопіридазин - добова доза у віці 3-5 років 0,5 г, 5-7 років - 0,75-1,0 г, 7-15 років - 1,25-1,5 г.; салазодіметоксин – дози салазопіридазина. Максимальну дозу призначають до появи клінічного ефекту, далі знижують на 1/3 від початкової на термін 2-3 тижні, далі - ще на 1/3 від початкової дози і у якості підтримуючої зберігають від 2-3 до 6 місяців;

- 5-АСК (*месалазін*) - 30-50 мг/кг на добу за 3 вживання; для профілактики рецидивів хвороби в залежності від віку призначається 15-30мг на кг маси тіла в два прийоми (рівень доказовості А)

б) Глюкокортикоїди: (рівень доказовості В)

системні: преднізолон - максимальна доза - 1-1,5 мг на кг/маси на добу до одержання терапевтичного ефекту, далі доза знижується щотижня на 2,5 мг; підтримуюча доза - 2,5-5 мг протягом 1-4 міс.

топічні: будесонід по 3 мг 3 рази на добу (рівень доказовості А)

Показання до призначення глюкокортикоїдів:

- гострий перебіг ВК;
- важкі небезпечні для життя форми;
- відсутність ефективності двотижневого курсу терапії препаратами 5-АСК;
- нестерпність препаратів 5-АСК;
- системні (позакишкові) прояви ВК;

в) Урсодезоксихолева кислота суспензія, ¼ -4 мірної ложки на добу, в 1 одній мірній ложці – 250 мг Урсодезоксихолевої кислоти. Урсодезоксихолева кислота, табл. (250мг, 500мг) із розрахунку 10 мг/кг маси(добу) – 3-6 місяців (рівень доказовості С)

г) системні імуносупресори - азатиоприн - 1,5-2мг/кг/д за 2-4 прийоми, призначаються тільки в умовах спеціалізованих стаціонарів при відсутності ефективності протягом двотижневої гормональної терапії (рівень доказовості А). Гемостатична терапія – Менадіону натрію бісульфат (0,008-0,015 г/д), кислота амінокапронова (5% розчин внутрішньовенно, капельно), етамзилат (12% розчин в/в або в/м по 1-2 мл, по 1/2-1табл. 3-4 рази/день протягом 7-14 днів) (рівень доказовості Д)

Б. Симптоматична терапія: (рівень доказовості Д)

а) антидіарейні препарати

- адсорбенти: смектит (1-3 пак. 3 рази на добу) та інш,
- ліки пригнічуючи перистальтику: лоперамід - 1 капс. 3-5 рази на добу;
- спазмолітики: (див. розділ СПК).

б) седативна терапія за потребою;

в) ферментні препарати, що не містять жовчних кислот - панкреатин й інші - дозування індивідуальне;

г) антибактеріальна терапія при приєднанні вторинної інфекції чи загостренні вогнищ хронічної інфекції (метронідазол - 0,25 г 2-3 рази на добу, амікацин, напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорины 5-7 днів у вікових дозах);

д) Протианемічні препарати: препарати заліза, фолієва, аскорбінова кислоти, вітаміни групи В у загальноприйнятних дозах в залежності від віку.

е) інфузійна терапія за показаннями (розчини електролітів);

є) біопрепарати при стиханні запального процесу: (наприклад мультипробіотики по 1 дозі на день (3 тижні), сахороміцети буларді – дітям до 10 років по 1 пакету 2 рази на день, від 12 років – 1-2 пакети/день та інші.

ж) Протигрибкові засоби (натаміцин по 50 мг 2 рази на день протягом 7 днів при надмірному рості грибів роду *Candida*).

В. Хірургічне лікування - тотальна колонектомія.

Показаннями до хірургічного лікування є:

- важкий коліт у дітей 1-го року життя;
- важкий і середньоважкий коліт при відсутності ефекту від базисної медикаментозної терапії;
- ускладнення ВК;
- блискавичний перебіг ВК;

Загальна схема призначення препаратів патогенетичної терапії 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, протианемічні, 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)

Тривалість стаціонарного лікування - індивідуально до одержання терапевтичного ефекту.

Вимоги до результатів лікування. Усунення гемоколіта, досягнення тривалої клініко-лабораторної ремісії.

Диспансерний нагляд. Огляд дитячим гастроентерологом та дитячим хірургом

2 рази на рік, педіатром - щомісячно (перші 3 місяці після виписки із стаціонару, далі кожні 3 місяці), хірург - 1 раз на рік, інші спеціалісти - за вимогами.

Протирецидивне лікування: 2 рази на рік в умовах стаціонару.

Обсяг контрольно-діагностичних обстежень: клінічний аналіз крові 1 раз у 2 тижні (перші 3 місяці), далі - щомісячно протягом року, далі 1 раз у три місяці; клінічний аналіз сечі та копрограма - 1 раз у 3 місяці (перші 2 роки), далі 1-2 рази на рік; аналіз калу на яйця глистів та простіші - 2 рази на рік; біохімічне дослідження калу (реакція Грегерсена, Трібуле) 1 раз у 3 місяці (перший рік), далі - 1 раз на рік; протейнограма, біохімічні показники функцій печінки, коагулограма, гострофазові показники - 1 раз у 3 місяці (перші два роки), далі - 1 раз на рік, аналіз кала на дисбактеріоз - 2-3 рази на рік, ректороманоскопія - 1 раз у 3 місяці (перший рік нагляду, далі 2 рази на рік), УЗД органів черевної порожнини - за вимогами, ірігографія - 1 раз на рік.

Диспансерний нагляд - протягом життя.

Санаторно-курортне лікування - протипоказано.

ХРОНІЧНИЙ НЕСПЕЦИФІЧНИЙ НЕВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ.

Шифр К 59.9

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).

Первинні дослідження.

Лабораторні: клінічний аналіз крові, копрологічне дослідження, посів калу на дисбіоз.

Інструментальні: ендоскопічне (ректороманоскопія чи колоноскопія); рентгенологічне (ірігографія); морфологічне дослідження біоптата.

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 тонусу товстої кишки (спазм, атонія), симптоми хронічної інтоксикації (астенізація, вегетативні порушення).

Діагностика:

- клінічний аналіз крові – можливі помірні прояви анемії, еозінофілія;
- копрограма: ілеоцекальний синдром (з перевагою процесів шумування – пінисті калові маси золотавого кольору, рН кисла, внутрішньоклітинний крохмаль, йодофільна флора; з перевагою процесів гниття – коричневий колір, гнильний запах, рН – лужна, відсутність йодофільної флори; колітичний синдром (неоформлені калові маси, слиз), підвищений зміст лейкоцитів, клітини епітелію різного ступеня дегенерації;
- посів калу – дисбіоз дисоційований;
- ендоскопічне дослідження (ректороманоскопія, колоноскопія) – катаральне запалення, катарально-фолікулярне запалення, субатрофія, змішані зміни – матова, шорсткувата, пишна поверхня, можливі ділянки сухої тьмяної поверхні, гіперемія слизуватої іноді з ділянками блілого кольору, змазаність і порушення структури судинного малюнка, його повнокров'я чи блідість, збільшення числа і розмірів лімфоїдних фолікулів; деструктивні порушення слизуватої товстої кишки (ерозії);
- ірігографія: звуження уражених ділянок кишки, асиметрія, нерівномірність, сглаженість гаустрального малюнка, перебудова рельєфу, порушення напрямку і переривчастість, потовщення складок, фолікуляція, дискінетичні гіпо- і гіперкінетичні порушення;
- морфологічне дослідження: поверхневий, дифузний чи атрофічний коліт, збільшення міотичної активності епітеліоцитів, кількості міжепітеліальних лімфоцитів (за рахунок бластних форм), збільшення числа моноцитів і незрілих плазматичних кліток, атрофічні зміни в епітеліоциті з одночасним посиленням процесів регенерації.

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:

- препарати 5 – АСК: салазопіридазин, месалазін (див. розділ НВК) курсом 5-7 днів у середньовікових дозуваннях;
- нітрофуранові препарати: фуразолідон (10 мг/кг/д), ніфуроксазид (1-2 табл. 3 рази).

Антибактеріальна терапія призначається при тривалій, що не зменшується симптоматичними засобами діареї, при загостренні хронічних вогнищ інфекції, при поєднанні запалення з вираженими явищами кишкового дисбіозу.

Б. Симптоматична терапія залежить від характеру дискінетичних розладів кишечника і характеру стулу:

а) при закрєпі, обумовленому гіперкінетичними розладами:

- седативні препарати (препарати валеріани, бром, седуксен, реланіум у вікових дозуваннях (курсом до 1-2 міс.);
- спазмолітики (див. розділ СПК);

б) при закрєпі, обумовленому гіпокінетичними розладами:

- препарати, що регулюють моторику кишечника (див. розділ СПК);
- проносні (перевага віддається препаратам із гідрофільним ефектом – ламінарід, лактулоза (див. розділ СПК);

в) при вираженому синдромі діареї:

- адсорбенти, антихолінергічні препарати, ферментативні препарати – див. розділ СПК.

В. Лікування дисбіозу. (Див. розділ СПК)

Тривалість стаціонарного лікування: 10-12 днів.

Вимоги до результатів лікування: досягнення максимально тривалої ремісії.

Диспансерний нагляд: Огляд дитячим гастроентерологом 2 рази на рік (перший рік нагляду, далі – 1 раз на рік), педіатром – 2 рази на рік; отоларинголог, стоматолог, хірург, інші спеціалісти – за вимогами.

Протирецидивне лікування: 2 рази на рік в умовах стаціонару або амбулаторно.

Обсяг контрольно-діагностичних обстежень: клінічний аналіз крові та сечі – 2 рази на рік, копрограмма – 1 раз на 6 місяців, аналіз кала на яйця глистів та простіші – 2 рази на рік, біохімічне дослідження кала (реакція Грегерсена, Трібуле) 1 раз на рік, протеїнограма, гострофазові показники – 1 раз на рік, аналіз калу на дисбактеріоз – 2 рази на рік (перший рік нагляду, далі за вимогою), ректороманоскопія – 1 раз на рік (за вимогами), УЗД органів черевної порожнини – за вимогами.

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

Санаторно-курортне лікування: води малої та середньої мінералізації для питного лікування, кишкового промивання, мікроклім. Рекомендуються курорти Трускавець, Миргород, Закарпатська група курортів.

**Директор Департменту материнства,
дитинства та санаторного забезпечення**

Р.О.Моїсеєнко

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства

охорони здоров'я України

26.05.2010№ __ 438 __

10. 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. Загально визнаної класифікації не існує.

Форми: типова, атипова (малосимптомна), латентна.

Періоди: активний (період клінічної маніфестації), ремісії.

Первинні дослідження.

Обстеження повинно бути проведено у активному періоді захворювання до призначення безглютенової дієти!

Лабораторні: клінічний аналіз крові, біохімічне дослідження крові (протеінограма, ліпидограма, зміст Na, K, Ca, P, Fe, Mg, Zn, ліпази, амілази, трипсину), копрограма, біохімічний аналіз калу, ліпидограма калу, серологічне дослідження (визначення антитіл до гліадіну, ендомізія, тканинної трансглютамінази);

Інструментальні: УЗД органів черевної порожнини, RÖ-дослідження кишечника з провокаційним тестом, ендоскопія, морфологічне дослідження біоптату слизуватої оболонки тонкої кишки.

При утрудненні інтерпретації результатів обстеження для верифікації діагнозу можливе проведення провокаційного тесту (дозволяється тільки у дітей старше 7 років)

Симптоми, синдроми, фізикальний статус. Клінічні прояви целіакії 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), втрата придбаних раніше психо-фізичних навичок; додаткові симптоми: прояви полігіповітамінозу, мінеральної і білкової недостатності (часті ГРВІ, м'язова слабкість, парестезії, м'язові судороги). Периферична нейропатія, неприємності, 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 целіакії.

Діагностика.

-серологічне дослідження: підвищений зміст 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 слизової 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;
- протеїнограма: 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;
- РО-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 аглютеносна дієта (виключення продуктів, які вміщують явний та скритий глютен: злаків –жита, пшениці, ячменю, вівса та продуктів їх переробки; інших продуктів, які вміщують 1 мг глютену у 100 г продукту. Дозволяється вживати рис, гречку, кукурудзу, пшоно, свіжі овочі та фрукти, свіже м'ясо, рибу, яйця, молочні продукти, спеціалізовані безглютеносні продукти для харчування хворих на целиацію.

2. Симптоматична терапія:

- панкреатичні ферменти (панкреатин та інші) - доза визначається індивідуально, у залежності від виразності синдрому мальабсорбції;
- лоперамід (див. СПК);
- вітаміни (А, В, С, Д, Е, за показниками – К) у вікових дозуваннях;
- при виражених клінічних проявах гіпокаліємії, гіпомагніємії – парентеральне введення препаратів К, Mg;
- корекція дисбіозу (див. СПК);
- анаболічні гормони, у важких випадках – стероїдні гормони;
- посиндромна терапія в залежності від виразності клінічних проявів.

Тривалість стаціонарного лікування: до усунення синдрому діареї і метаболічних порушень (у залежності від ступеня важкості клінічних проявів).

Вимоги до результатів лікування. Усунення клінічних проявів, відновлення кількості і розмірів ворсинок слизуватої тонкої кишки.

Диспансерний нагляд: гастроентеролог- після верифікації діагнозу на протязі перших 2 років – 1 раз на 6 місяців, потім – 1 раз на рік (при умові стійкої ремісії та регулярних достатніх зростань ваги та росту).

Обсяг контрольно-діагностичних обстежень: опитування, огляд, вимірювання маси та зросту, клінічний аналіз крові та сечі, копрограмма, протеїнограма, біохімічні показники функції печінки, рівень електролітів крові, за показаннями – ендоскопічне та серологічне обстеження (серологічне обстеження бажано проводити щорічно)

Диспансерний нагляд – протягом життя.

Директор Департменту материнства,
дитинства та санаторного забезпечення

Р.О.Моїсеєнко

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства

охорони здоров'я України

26.05.2010 ____ №__ 438 _____

ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ЛАКТАЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ.

Шифр Е 73

Визначення. Уроджений дефіцит b-D галактозид гідролази, відповідальної за метаболізм харчової лактози, наслідований 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).

Первинні дослідження. Клінічний аналіз крові, клінічний аналіз сечі, біохімічне дослідження крові, біохімічне дослідження сечі, визначення толерантності до лактози, копрограма, рентгенологічне дослідження шлунково-кишкового тракту з провокаційним тестом, гістохімічне дослідження тканини тонкої кишки.

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: лактозурия, гіпераміноацидурия.

Уплощення 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. Дозволяються: обмежена кількість кисломолочних продуктів, сухі молочні суміші з мінімальним змістом лактози (Нутри–Соя, низьколактозний Нутрілон та інші), цукор (фруктоза, глюкоза, сахароза, галактоза, мальтоза, крохмаль), м'ясо, риба, яйця, жири, овочі, фрукти без обмежень. Тривалість безлактозної дієти залежить від ступеню важкості захворювання і встановлюється індивідуально.

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

Тривалість стаціонарного лікування. Індивідуально, до усунення діареї.

Вимоги до результатів лікування. Усунення клінічних проявів захворювання.

Диспансерний нагляд. Огляд дитячим гастроентерологом 2 рази на рік, педіатром – 2 рази на рік; отоларинголог, стоматолог, інші спеціалісти – за вимогами.

Протирецидивне лікування: 2 рази на рік.

Обсяг контрольно-діагностичних обстежень: клінічний аналіз крові та сечі – 2 рази на рік, копрограма – 1 раз на 6 місяців, аналіз кала на яйця глистів та простіші – 2 рази на рік, біохімічне дослідження кала (реакція Грегерсена, Трібуле) 1 раз на рік, протеїнограма – 1 раз на рік, аналіз кала на дисбактеріоз – 2 рази на рік (перший рік нагляду), далі за вимогою, визначення толерантності до лактози – 1 раз у 6 місяців, ректороманоскопія – 1 раз на рік (за вимогами), УЗД органів черевної порожнини - за вимогами.

Диспансерний нагляд – до повноліття. З диспансерного нагляду можна зняти при відсутності патологічних змін після повного лабораторно-інструментального обстеження.

Санаторно-курортне лікування: води малої та середньої мінералізації для питного лікування, кишкового промивання, мікроклізм. Рекомендуються курорти Трускавець, Миргород, Закарпатська група курортів.

Директор Департаменту материнства,

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
26.05.2010 № 438 _____

11. ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ МУКОВІСЦИДОЗУ У ДІТЕЙ.

Шифр Е 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.

Первинні дослідження.

Лабораторні: клінічний аналіз крові, копрограма, потові проби, біохімічний аналіз калу, ліпидограма калу, визначення панкреатичних ферментів у дуоденальному вмісті, фекальної еластази-1.

Інструментальні: УЗД органів черевної порожнини, RÖ–обстеження органів грудної клітини і черевної порожнини, гістологічне дослідження біоптата тонкої кишки, печінки.

Симптоми, синдроми, фізикальний статус. Метеоризм, блювота з домішкою жовчі, меконіальний ілеус, затяжна 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.

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 – креон, пангрол, і т.д. Доза підбирається індивідуально в залежності від виразності клінічних проявів, але не більш 10 тис. – 15 тис. од. ліпази на 1 кг маси на добу.

Профілактика цирозу печінки: холеретики та гепатопротектори (урсодезоксихолева кислота (урсофальк суспензія, силімарин та інші).

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

Тривалість стаціонарного лікування. Індивідуально, до одержання терапевтичного ефекту. Медикаментозна терапія (панкреатичні ферменти, санація бронхо-легеневої системи) – довічно.

Вимоги до результатів лікування. Досягнення стійкої ремісії захворювання.

Диспансерний нагляд. Огляд дитячим гастроентерологом, пульмонологом 2 рази на рік, педіатром – один раз в 3 місяці протягом усього періоду спостереження, отолярінголог, стоматолог, алерголог, ендокринолог, ортопед, інші спеціалісти – за вимогами.

Протирецидивне лікування: 2 рази на рік в умовах стаціонару.

Обсяг контрольно-діагностичних обстежень: клінічний аналіз крові та сечі – 2 рази на рік, копрограмма – щомісячно(перші 6 місяців), далі – 1 раз у 3 місяці, аналіз кала на яйця глистів та простіші – 2 рази на рік, біохімічне дослідження кала (реакція Грегерсена, Трібуле) 2 рази на рік, активність трипсина калу – 2 рази на рік, пілокарпінова проба – 2 рази на рік, біохімічні показники печінки, амілаза крові, протеїнограма, рівень електролітів крові – 2 рази на рік, аналіз кала на дисбактеріоз – 1 раз на рік, бактеріологічне обстеження мокроти з визначенням чутливості до антибіотиків та дослідження функції зовнішнього дихання – 1 раз у 3 міс, визначення толерантності до глюкози – 1 раз на 6 місяців, ЕКГ, RÖ-графія органів грудної клітини – 1 раз у 6 місяців, ехокардіографія, УЗД органів черевної порожнини, діагностична бронхоскопія – за показаннями .

Диспансерний нагляд – протягом життя.

Профілактичне щеплення дозволяється проводити за загальною схемою в період стійкої клінічної ремісії не раніш ніж через 1 місяць після останнього загострення. Санаторно-курортне лікування: води малої та середньої мінералізації для питного лікування, кишкового промивання. Рекомендуються курорти Трускавець, Миргород, Закарпатська група курортів.

Директор Департаменту материнства,
дитинства та санаторного забезпечення

Р.О.Моїсеєнко

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства

охорони здоров'я України

26.05.2010 № 438 _____

12. ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ

. Визначення: Функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГР) – це порушення функції органів травлення, які пов'язані зі зміною їхньої регуляції та супроводжуються різноманітною комбінацією гастроінтестинальних симптомів без структурних або біохімічних порушень.

2. Класифікація. На симпозиумі в рамках гастроентерологічного тижня (Digestive Disease Week), що відбувся 23 травня 2006 року в Лос-Анжелесі, який спонсирувала Американська асоціація гастроентерологів (American Gastroenterological Association), було прийнято вдосконалену класифікацію й нові критерії діагностики ФГР у дітей (Rome III Diagnostic Criteria – Римські критерії діагностики III).

Відповідно до прийнятої класифікації (табл. 1), ФГР у дітей було розподілено на дві групи: G і H. До групи G було включено ФГР, які спостерігаються у новонароджених і дітей раннього віку, а до групи H – ФГР, які зустрічаються в дітей і підлітків.

Таблиця 1

Класифікація функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей

<p>G. Дитячі функціональні гастроінтестинальні розлади: Новонароджені/Діти раннього віку</p> <p>G1. Регургітація в немовлят (Infant Regurgitation або дитяча регургітація)</p> <p>G2. Синдром румінації в немовлят (Infant Rumination Syndrome)</p> <p>G3. Синдром циклічної блювоти (Cyclic Vomiting Syndrome)</p> <p>G4. Кольки в немовлят (або малякові кольки – Infant Colic)</p> <p>G5. Функціональна діарея (Functional Diarrhea)</p> <p>G6. Дишезія в немовлят (дитяча дишезія – Infant Dyschezia)</p>

G7. Функціональний запор (Functional Constipation)

Н. Дитячі функціональні гастроінтестинальні розлади:

Діти/Підлітки

Н1. Блювота й аерофагія (Vomiting and Aerophagia)

Н1а. Синдром румінації в підлітків (Adolescent Rumination Syndrome)

Н1b. Синдром циклічної блювоти (Cyclic Vomiting Syndrome)

Н1с. Аерофагія (Aerophagia)

Н2. Абдомінальний біль, пов'язаний з функціональними гастродуоденальними розладами (Abdominal Pain-related FGiDs)

Н2а. Функціональна диспепсія (Functional Dyspepsia)

Н2b. Синдром подразненого кишечника (Irritable Bowel Syndrome)

Н2с. Абдомінальна мігрень (Abdominal Migraine)

Н2d. Дитячий функціональний абдомінальний біль (Childhood Functional Abdominal Pain)

Н2d1. Синдром дитячого функціонального абдомінального болю (Childhood Functional Abdominal Pain Syndrome)

Н3. Запор і нетримання калу (Constipation and Incontinence)

Н3а. Функціональний запор (Functional Constipation)

Н3b. Нетримання калу (Non-Retentive Fecal Incontinence)

СИНДРОМ РУМІНАЦІЇ

Шифр МКБ – P92.1; F98.2

1. Визначення. РУМІНАЦІЯ (P92.1; F98.2) – це постійна регургітація недавно з'їденої їжі, яку дитина знову пережовує й повторно ковтає, але при цьому відсутні ознаки якого-небудь явного органічного захворювання.

Відповідно до класифікації й критеріїв діагностики, які було прийнято нещодавно в Лос-Анжелесі, розрізняють синдром румінації у немовлят і підлітків.

2. Синдром румінації у немовлят характеризується періодичними приступами скорочень м'язів черевного пресу, діафрагми та язика, що призводять до закиду шлункового вмісту в ротову порожнину, де він знову пережовується й проковтується. Найчастіше захворювання починається у віці 3–8 місяців.

3. Критерії діагностики. Діагноз устанавлюють на підставі критеріїв, наведених у табл.2. Синдром румінації у немовлят діагностують за наявності повторюваних протягом не менше 3 місяців періодичних приступів скорочень м'язів черевного пресу, діафрагми та язика, що призводять до закиду шлункового вмісту в ротову порожнину, де він знову пережовується й проковтується. Характерними є початок у віці 3–8 місяців й відсутність ефекту від зміни характеру харчування, вигодовування через соску або гастростому. Ознаки дискомфорту відсутні.

Таблиця 2

Римські критерії III діагностики синдрому румінації у немовлят

Діагноз встановлюють за наявності ознак протягом, принаймні, 3 місяців:

1. Повторні скорочення м'язів черевного пресу, діафрагми та язика;
2. Регургітація (закид) шлункового вмісту в роту порожнину, що або відкашлюється або пережовується й повторно проковтується;
3. Наявність трьох або більше ознак з перерахованих нижче:
 - Початок у віці 3-8 місяців;
 - Відсутність ефекту від заходів, застосовуваних при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі або антихолінергічних препаратів, зміни характеру харчування, годування через соску або гастростому;
 - Не супроводжується нудотою або ознаками дискомфорту;
 - Румінація не відбувається протягом сну й коли дитина спілкується з навколишніми

4. Синдром румінації у дітей і підлітків зустрічається частіше у дівчат (68%), й у половини хворих потребує госпіталізації. У дітей старшого віку румінація звичайно виникає через 15–20 хв після їди й триває протягом 40–60 хв, звичайно доти, поки вміст шлунка не стає кислим у результаті впливу соляної кислоти.

В анамнезі у хворих вдається виявити стресорні фактори, що сприяють виникненню румінації, різні хірургічні операції, психічні розлади, а також анорексію чи булімію.

Досить часто у дітей і підлітків із синдромом румінації відмічається зниження маси тіла (у середньому на 7 кг), біль в животі, запори, нудота і діарея. При цьому нічні епізоди румінації зустрічаються дуже рідко. Нерідко у дітей з румінацією виявляються психічні розлади у вигляді депресії, занепокоєння, нав'язливої поведінки, які характерні для третини хворих.

5. Критерії діагностики. Для діагностики синдрому румінації в дітей і підлітків нещодавно вперше було запропоновано досить чіткі критерії, які затверджено в контексті Римських критеріїв III й наведено в табл.3.

Таблиця 3

Римські критерії III діагностики синдрому румінації у підлітків

Діагноз встановлюють за наявності всіх ознак, зазначених нижче:

1. Повторювана безболісна регургітація їжі в роту порожнину, пережовування або її вигнання, що:
 - а) починається незабаром після прийому їжі;
 - б) не відбувається під час сну;
 - в) не реагує на стандартне лікування, застосовуване при гастроєзофагеальному рефлюксі.
2. Відсутність позивів на блювоту.
3. Відсутність доказів запального, анатомічного, метаболічного

або неопластичного процесу, що зміг би пояснити ознаки захворювання.

6. Основні принципи лікування.

Мета терапії – забезпечити дитині сприятливе оточуюче середовище та заспокійливий режим.

Необхідно допомогти матері змінити свої почуття до себе і своєї дитини. Це може бути досягнуто шляхом підвищення відповідальності за фізичні та емоційні потреби дитини.

Рекомендується постійне позиційне лікування: дитину варто укладати з піднятим головним кінцем на 50° (у положенні на спині або на боці) або на 30° (у положенні на животі) [D] (Olden, 2001).

Дієтоterapia. Рекомендується змінити склад та характер харчування дитини, більш повільно її вживати, а також обмежити вживання рідини під час їжі [D] (Malcolm et al., 1997).

Психотерапія. Широко використовується для лікування румінації. Зокрема, рекомендується використовувати сімейну та поведінкову психотерапію. Так, за відсутності зниження маси тіла у 85% хворих вдається досягти покращення стану за допомогою поведінкової терапії [C] (Chial et al., 2003).

У дітей старшого віку та підлітків методом вибору лікування румінації є раціональна (пояснююча) психотерапія, яка ставить своєю метою перебудову відношення особи до свого розладу й оточуючого середовища, що досягається прийомами переконання, перевиховання та відволікання. Також сприятливу дію має лікування по типу зворотнього зв'язку, яке направлене на зниження підвищеного внутрішньочеревного тиску, що завжди передуює епізодам регургітації.

Особливо необхідно підкреслити, що аверсивна терапія, яка стимулює відразу за рахунок вживання в їжу речовин, які при регургітації призводять до значних неприємних відчуттів, не повинна використовуватися у хворих з румінацією [D].

Фармакотерапія. Обґрунтоване, доказове та ефективне лікування за допомогою лікарських засобів відсутнє. Можна використовувати прокінетики [D] та антисекреторні препарати (блокатори H₂ гістамінових рецепторів, інгібітори протонної помпи) [D]. Трициклічні антидепресанти використовують обережно, оскільки їх терапевтична ефективність обмежена [D] (Khan et al., 2000; Chial et al., 2003).

АЕРОФАГІЯ

Шифр МКБ – R14; F45.3

1. Визначення. АЕРОФАГІЯ (R14; F45.3) – 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.

2. Критерії діагностики. Для діагностики аерофагії рекомендується проводити рентгенологічне дослідження, при якому виявляється високе стояння купола діафрагми й великий газовий міхур у шлунку. Призначаються електрокардіограма й ультразвукове дослідження органів черевної порожнини. Обов'язково проводиться фіброезофагогастроуденоскопія.

Діагноз аерофагії здебільшого ґрунтується на даних анамнезу й факті об'єктивної верифікації надмірного заковтування повітря. У типових випадках ніякого обстеження не потрібно. Однак необхідно виключити психічне захворювання, особливо депресивний синдром. Діагностичні критерії аерофагії наведено в табл. 4. Як мінімум протягом 8 тижнів до встановлення діагнозу відмічаються, принаймні, один раз на тиждень дві з таких ознак, як: 1) об'єктивно верифіковане заковтування повітря, 2) здуття живота через скупчення повітря в кишечнику, 3) повторювана відрижка й/або підвищене виділення газів з кишечника.

Таблиця 4

Римські критерії III діагностики аерофагії у дітей

Діагноз встановлюють за наявності, принаймні, двох ознак, зазначених нижче:

1. Заковтування повітря.
2. Здуття живота через скупчення повітря в кишечнику.
3. Повторювана відрижка й/або підвищене виділення газів з кишечника.

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

3. Основні принципи лікування.

Мета терапії – забезпечити дитині сприятливе оточуюче середовище та заспокійливий режим.

Психотерапія. При аерофагії лікувальні заходи звичайно починають із інформаційного впливу на хворого: заспокійливі бесіди та роз'яснення суті захворювання, елементи психоаналізу, методики зняття напруги і зворотнього зв'язку.

Дієтотерапія. Досить корисними можуть виявитися дієтичні рекомендації (відмова від льодяників, жувальної гумки і газованих напоїв, повільний прийом їжі маленькими ковтками). Необхідно внести корективи у техніку годування (допомога дитині в правильному захопленні соска, контроль діаметра отвору у пляшечці та ін.). Важливе позиційне лікування – годування дитини у вертикальному або напіввертикальному положенні, протягом 10-15 хв після годування забезпечення відрижки повітря, що накопичилося в шлунку.

Фармакотерапія. При неефективності психо- та дієтотерапії використовуються:

- анксиолітики (транквілізатори);
- антиеметіки з легким нейролептичним ефектом (етаперазін, тіетилперазін);
- протисудомні препарати, зокрема, клоназепам [В] (Mwang et al. (2007).

СИНДРОМ ЦИКЛІЧНОЇ БЛЮВОТИ

Шифр МКБ – R11

1. Визначення. СИНДРОМ ЦИКЛІЧНОЇ БЛЮВОТИ (CVS) – захворювання переважно дитячого віку, яке проявляється стереотипними повторними епізодами блювоти, що змінюються періодами повного благополуччя.

У клінічній картині синдрому циклічної блювоти розрізняють чотири періоди: міжприступний, продромальний, період приступу і період видужання.

У *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 блювоти. Продромальний період може тривати від декількох хвилин до декількох годин і навіть декількох днів. Однак нерідко цей період відсутній. Так, симптоми CVS виявляються тільки в 25% дітей у продромальному періоді. Разом з тим, завдяки однотипності дебюту захворювання хворі здебільшого відчують приступ, що наближається. Цю особливість CVS необхідно використовувати для проведення превентивних заходів.

Приступний період характеризується неприборканими нудотою і блювотою, що спостерігаються в усіх дітей. Блювота може виникати до 6 разів протягом години і може бути як з домішкою жовчі, так і крові. Це унеможлиблює будь-яке питво і прийом їжі та медикаментів. Практично у всіх хворих під час приступу виявляються ознаки вегетативних порушень. Летаргія (патологічний стан, що характеризується ослабленням усіх проявів життя) спостерігається в 93% дітей. Діти загальмовані, сонливі, у міру посилення блювоти наростають явища дегідратації. Причому, летаргія може бути глибокою, і хворі не здатні пересуватися чи говорити, деякі з них можуть здаватися коматозними. Крім того, виявляється блідість шкірних покривів і слинотеча.

У багатьох хворих з CVS відмічаються неврологічні порушення, що підтримують відношення між мігренню і CVS. У 82% пацієнтів в анамнезі мають місце сімейні випадки мігрени. Досить часто під час приступу відмічається головний біль, фотофобія, фонофобія і запаморочення. Дуже часто перебіг приступу супроводжується гастроінтестинальними симптомами, такими, як біль у животі, блювота, анорексія, нудота і діарея.

Звичайно середня тривалість приступного періоду складає 24–48 год (мінімально 2 год), але може тривати протягом 10 днів і більше. Тривалість приступного

періоду, як правило, складає від 3 до 10 днів (у середньому 5 днів). У 50% хворих приступи відмічають кожні 2–4 тижні, епізоди зустрічаються вночі або вранці у 30–60% пацієнтів.

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

2. Критерії діагностики. Римські критерії III діагностики синдрому циклічної блювоти у дітей наведено в табл.5.

Таблиця 5

Римські критерії III діагностики синдрому циклічної блювоти в дітей

Діагноз установлюють за наявності всіх ознак, зазначених нижче:

1. Два або більше періодів інтенсивної нудоти й стійкої блювоти або тривалої блювоти протягом декількох годин чи днів.
2. Повернення до звичайного стану здоров'я протягом декількох тижнів або місяців

Якщо у дитини є всі основні симптоми CVS, – діагноз можна вважати встановленим, але, проте, навіть у цьому разі необхідні додаткові параклінічні дослідження і ретельний диференціальний діагноз. Необхідно підкреслити, що діагноз CVS може бути встановлений тільки за умови безумовного виключення іншої патології, що супроводжується блювотою.

Для виключення метаболічних і ендокринних захворювань, перебіг яких може супроводжуватися блювотою, необхідно досліджувати рівень електролітів, рН, глюкози, молочної кислоти, аміаку, амінокислот, АКТГ й адіуретичного гормону, а також кетонів тіла, органічні кислоти тощо. Результати цих метаболічних й ендокринних досліджень повинні бути отримані протягом епізоду блювоти. Це може дозволити виявити порушення окислювання жирних кислот або частковий дефіцит орнітин-транскарбамілази.

3. Основні принципи лікування. Насамперед, пам'ятати, що хворі потребують турботливого і дбайливого відношення, тому що вони постійно побоюються виявитися безпомічними і нещасливими унаслідок виснажливих приступів. Негативні емоційні реакції, перегляд певних телевізійних передач, харчові продукти і багато інших факторів здатні спровокувати приступ.

На жаль, недостатнє знання механізмів розвитку захворювання призводить до того, що лікування CVS є багато в чому емпіричним. Однак ведення хворого повинне бути максимально індивідуалізовано і відповідним чином адаптовано залежно від особливостей перебігу захворювання в даного пацієнта.

Стратегія медикаментозного лікування ґрунтується на тому, що застосовуване лікування залежить від періоду захворювання. Для кожного періоду є своя мета і варіанти лікування, що дозволяють досягти мети лікування (табл.6).

Терапевтична тактика при синдромі циклічної блювоти в дітей

Період	I	II	III	IV
Симптоми	Відсутні	Продрома	Прийом	Видужання
Мета терапії	Запобігання приступу	Аборткування приступу	Термінація приступу, якщо невдало, седация до закінчення приступу	Відновлення харчування без рецидиву
Терапія	Усунення тригерів. Профілактика мігрені (ципрогептадин, амітриптилін, пропранолол)	Лоразепам та/або ондансетрон (<i>per os</i> чи сублінгвально). Сон. Анальгезія (при абдомінальному болю). Триптан (при головному болю)	Внутрішньовенне поповнення рідини в поєднанні з Н ₂ -блокаторами. Для термінації приступу внутрішньовенно лоразепам або ондансетрон. Для седации 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 неспанья	Розширення відісти, якщо вона переноситься

ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Шифр МКБ – К30

1. Визначення. ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ – 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 різноманітні симптоми, зокрема такі, як швидке насичення, відчуття розпирання в епігастрії, зв'язане або не зв'язане із прийомом їжі або фізичними вправами, здуття живота, нудота, відрижка, зригування, непереносимість жирної їжі тощо, за якої в процесі обстеження не вдається виявити яке-небудь органічне захворювання. Однак якщо переважають (або виникають частіше, ніж раз на тиждень) печія й відрижка кислим, треба в першу чергу виключити рефлюкс-езофагіт. Важливою є також відсутність зв'язку симптомів з дефекацією або зміною частоти й характеру стільця.

2. Критерії діагностики. У Римських критеріях III експерти виключили необхідність обов'язкового використання ФГДС для встановлення діагнозу функціональної диспепсії. На думку експертів, у дітей ймовірність виявлення змін слизової оболонки шлунка, відповідальних за диспепсичні ознаки, набагато

нижча, ніж у дорослих. Тому немає необхідності всім дітям з функціональною диспепсією проводити ФГДС.

Діагностичні критерії функціональної диспепсії в дітей наведено в табл.7.

Таблиця 7

Римські критерії III діагностики функціональної диспепсії у дітей

Діагноз встановлюють за наявності всіх ознак, зазначених нижче:

1. Постійний або рецидивуючий біль або дискомфорт у верхній частині животі (вище пупка).
2. Не зменшується після дефекації або пов'язаний зі зміною частоти або характеру стільця (тобто, не синдром подразненого кишечника).
3. Відсутні докази запального, метаболічного або неопластичного процесу, а також анатомічні зміни, здатні пояснити виявлені ознаки захворювання.

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

3. Основні принципи лікування.

Мета терапії – усунення причин захворювання, організація режиму, дотримання принципів раціонального харчування, ліквідація стресових ситуацій та упорядкування фізичних навантажень.

Психотерапія. Діти з функціональною диспепсією повинні одержувати психологічну підтримку, а тому терапію доцільно починати із психотерапевтичної корекції, а при хронічному перебігу необхідно залучати фахівців - психоневролога, психотерапевта. Як свідчить клінічний досвід, нерідко навіть зміна навколишнього оточення вже впливає на перебіг захворювання.

Дієтотерапія. Дітям з функціональною диспепсією рекомендується часте дробне харчування з виключенням харчових продуктів, які можуть викликати або підсилювати ознаки функціональної диспепсії. Зокрема, не рекомендується вживати кофеїн, пряні і жирні харчові продукти. Виключаються всі продукти, здатні викликати біль в епігастрії, печію або відрижку (жирні блюда, копчені ковбаси, міцні м'ясні, рибні і грибні бульйони, житній хліб, свіжа випічка, млинці, газовані напої, кава, редис, гострі приправи та ін.) [D] (Rasquin et al., 2006).

Дозволяється вживати білий хліб, сухарі з білого хліба, сухе нездобне печиво, вегетаріанські супи, відварне м'ясо, парові котлети (яловичина, курка, кролик, індичка), відварну рибу, каші (манну, рисову, гречану, вівсяну) з додаванням молока, макаронних виробів та ін. Приймати їжу рекомендується 4-5 разів на день.

Фармакотерапія. З урахуванням особливостей перебігу захворювання та виразності вегетативних зрушень рекомендується використати седативні засоби,

які містять стандартизовані рослинні екстракти валеріани, м'яти перцевої і меліси [D].

При ваготонії показані холінолітичні препарати, які мають досить сильний спазмолітичний ефект. Однак істотним недоліком цих засобів, що обмежують їхнє застосування, є досить виражений негативний вплив на серцево-судинну систему.

Враховуючи вищезазначене рекомендується використовувати препарати м'якої спазмолітичної дії [D].

Дітям з функціональною диспепсією при наявності больового синдрому рекомендується призначати антисекреторні препарати (блокатори H₂-гістамінових рецепторів (фамотидін, ранітидін) або інгібітори протонної помпи (омепразол та інш.), тоді як при наявності ознак дискомфорту варто призначати прокінетики (метоклопрамід, домперідон) [D] (Rasquin et al., 2006). Однак, Комітет експертів звертає увагу, що ефективність використання всіх цих терапевтичних методів не була підтверджена рандомізованими контрольованими випробуваннями.

При гіперсекреції і гіперхлоргідрії призначають антациди через 1-1,5 год після їжі [D], а при наявності зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози показане призначення ферментних препаратів [D].

КИШКОВІ КОЛІКИ

Шифр МКБ – K59.0

1.Визначення.

КИШКОВІ КОЛІКИ – це раптові і виражені напади плачу і неспокою немовлят протягом 3 і більше годин протягом доби не менше 3 днів на тиждень протягом хоча б одного тижня.

2.Критерії діагностики. Клінічна картина дитячих колік достатньо характерна. Зазвичай коліки вперше проявляються на 3-4-му тижні життя дитини. Найбільш характерний час доби для колік – вечірні години. У дітей в місячному віці кишкові коліки повторюються 1-2 рази на тиждень і тривають до 30 хвилин, потім збільшується їх інтенсивність і тривалість.

Напад колік, як правило, починається раптово, дитина голосно і пронизливо кричить. Так звані пароксизми можуть тривати довго, може відмічатися почервоніння обличчя або блідість носо-губного трикутника. Живіт піддутий і напружений, ноги підтягнуті до живота і можуть миттєво випрямлятися, стопи часто холодні на дотик, руки притиснуті до тулуба. У важких випадках напад іноді закінчується тільки після того, коли дитина повністю виснажена. Часто помітне полегшення настає відразу після дефекації. Напади виникають під час або відразу після годування.

Не дивлячись на те, що напади кишкових колік повторюються часто і є достатньо страхітливою картиною для батьків, можна вважати, що реально загальний стан дитини не порушений і в період між нападами вона спокійна, нормально прибавляє в масі тіла, має добрий апетит. Діти смокчуть активно, інколи «жадібно».

У прояві колік спостерігається закономірність, яка називається «Правилом трьох»: коліки починаються в перші 3 тижні життя, продовжуються біля 3-х годин на день і зустрічаються переважно у дітей перших 3 місяців життя. Діагноз кишкової коліки встановлюють на підставі критеріїв Римського консенсусу III, які представлені в табл.8.

Таблиця 8

Римські критерії III діагностики дитячих колік

Діагноз встановлюють за наявності всіх перерахованих нижче ознак у дитини до 4-місячного віку:

1. Пароксизми дратівливості, неспокою або крику, які починаються і припиняються без очевидної причини;
2. Тривалість епізодів 3 або більше годин на день і вони з'являються не менше 3 днів на тиждень протягом хоча б 1 тижня;
3. Відсутні ознаки прогресування.

3. Основні принципи лікування.

Мета терапії – ліквідувати першопричини кишкових колік у дитини, а також коригувати моторні і функціональні порушення.

Психотерапія. При лікуванні хворих з кишковими коліками необхідне, перш за все, створити заспокійливу обстановку в сім'ї. Важливо підтримати психоемоційний стан матері, заспокоїти батьків, пояснивши їм, що кишкові коліки зустрічаються у більшості немовлят, не представляють загрози для життя і найближчим часом повинні пройти при правильному догляді і лікуванні [D].

Дієтотерапія. Матерям немовлят, які знаходяться на природному вигодовуванні, слід нормалізувати раціон їх харчування. Зокрема, необхідна гіпоалергенна дієта, при якій слід виключити з раціону коров'яче молоко [B] (Jakobsson, Lindberg, 1983). При штучному вигодовуванні немовлятам рекомендуються гіпоалергенні суміші [A] (Lucassen et al., 1998).

Необхідно також внести корективи в режим годування дитини: інтервали між годуваннями скоротити, і, відповідно, зменшити об'єм разового годування (особливо при штучному вигодовуванні).

Дуже важливим заходом є постуральна терапія. Після годування необхідно потримати дитину в нахиленому положенні (під кутом 45°, животином вниз) протягом 10–15 хвилин, для відхождення повітря, заковтнутого під час годування. Між годуваннями і під час нападу колік малюка викладають на живіт [D] (Е.К. Бердникова, Е.С. Кешишян, 2007).

Фармакотерапія. Для корекції функціонального стану кишечника доцільно використовувати фітопрепарати з вітрогінною і м'якою спазмолітичною дією. [C] (Е.К. Бердникова, Е.С. Кешишян, 2007).

При розвитку кишкових колік на фоні дисбіотичних порушень рекомендовано виявлення причини, а в подальшому застосування пробіотичних препаратів [С] (Е.С. Кешишян (2007; Savino et al., 2007).

Для лікування кишкових колік у немовлят рекомендується застосувати дицикломін, який являється антихолінергічним засобом, що блокує переважно М-холінорецептори, розташовані в гладких м'язах, екзокринних залозах і деяких утвореннях ЦНС і статистично значимо знижує частоту виникнення нападів кишкових колік [А] (Lucassen et al., 1998; Т. Килгур, С. Уейд, 2005; Kilgour, Wade, 2006). На жаль, при застосуванні дицикломіна нерідко спостерігаються досить серйозні побічні ефекти. Так, на фоні застосування діцикломіна можуть спостерігатися дихальні розлади, судоми, непритомний стан, асфіксія, м'язова гіпотонія і кома.

З метою лікування дитячих колік рекомендують використовувати симетикон, який входить до складу різних лікарських препаратів. Препарати симетикона, які володіють вітрогінною дією, знижують поверхневий натяг бульбашок газу в хімусі і в слизу в просвіті кишківника, призводячи до їх розриву або злиття, зменшуючи газоутворення і метеоризм. Гази, що вивільняються при цьому, можуть поглинатися стінками кишківника або виводитися з організму завдяки перистальтиці. Враховуючи механізм дії, ці препарати навряд чи можуть служити засобом профілактики колік. Необхідно мати на увазі, що якщо в генезі коліки провідну роль відіграє метеоризм, то ефект буде суттєвим. Якщо в генезі переважає порушення перистальтики за рахунок незрілості іннервації кишківника, то ефект буде значно меншим [С].

При відсутності позитивного ефекту при кишкових коліках призначаються прокінетики і спазмолітичні препарати, а для зняття гостроти болю в момент коліки застосовують газовідвідну трубку або клізму [D].

ФУНКЦІОНАЛЬНА ДІАРЕЯ

Шифр МКБ – K59.1

1. Визначення. ФУНКЦІОНАЛЬНА ДІАРЕЯ - це безболісна дефекація 3 і більше разів на добу більшою кількістю неоформлених випорожнень, що тривають 4 і більше тижнів з дебютом у періоді новонародженості або в дошкільні роки. При цьому відсутнє відставання росту, якщо раціон досить калорійний.

За наявними даними в 60-80% випадків в основі персистуючої діареї у дітей лежать функціональні розлади. Частіше функціональна діарея є клінічним варіантом синдрому подразненого кишечника, але якщо інші діагностичні критерії відсутні, то персистуюча функціональна діарея розглядається як самостійне захворювання (приблизно в 20% випадків).

2. Критерії діагностики. Відповідно до Римських критеріїв III (2006), діагноз функціональної діареї встановлюють при наявності у хворого протягом понад 4 тижнів безболісної щоденної повторюваної дефекації 3 і більше разів на добу неоформленими випорожненнями. При цьому необхідно враховувати, що

симптоми з'являються між 6-им й 36-им місяцями життя, дефекація з'являється під час неспання й відсутня затримка в розвитку, якщо енергетичні потреби адекватно задовольняються. Симптоми спонтанно зникають у шкільні роки. Діагностичні ознаки функціональної діареї, що затверджені в рамках Римського консенсусу III, представлені в табл.9.

Таблиця 9

Римські критерії III діагностики функціональної діареї у дітей

Діагноз встановлюють при наявності всіх перерахованих нижче ознак:

1. Безболісна щоденна повторювана дефекація 3 і більше разів на добу неоформленими випорожненнями.
2. Протягом понад 4 тижнів.
3. Початок симптомів відзначається у віці між 6-им і 36-им місяцями життя.
4. Дефекація з'являється під час неспання.
5. Відсутня затримка в розвитку, якщо енергетичні потреби адекватно задовольняються.

3. Основні принципи лікування.

Мета терапії – забезпечити відновлення і підтримку якості життя дитини, її активності, корекцію психоневрологічного та вегетативного статусу.

Основними напрямками терапії функціональних порушень органів травлення є лікування причини, що призвела до розвитку функціональних порушень, ліквідація провокуючих факторів, а також лікування супутніх захворювань, що збільшують прояви функціональних порушень.

Дуже важливо заспокоїти батьків і не допускати обмеження харчування, тому що може виникнути енергетична недостатність.

Фармакотерапія. Досить ефективним при функціональній діареї є застосування пробіотиків [В] (Yan, Polk, 2006; Guandalini, 2006; 2008). Одним із пробіотиків, що задовільняє більшість вимог, є лінекс, який володіє антагоністичними властивостями до патогенної та умовно-патогенної флори, діє на всіх рівнях кишечника, має високу кислотостійкість та антибактеріальну резистентність.

Для лікування функціональної діареї рекомендується також застосувати смекту, яка завдяки своїм адсорбуючим і мукоцитопротекторним властивостям, є досить ефективним лікарським засобом [С].

3. Основні принципи лікування.

Протоколи складені згідно Міжнародних та Вітчизняних стандартів діагностики та лікування захворювань органів травлення, що підтверджується посиланням на літературні джерела:

Директор Депарменту материнства,

13. СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ (СПК).

Шифр К58

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))

Первинні дослідження. копрологічне дослідження, ендоскопічне дослідження (ректороманоскопія чи колоноскопія), аналіз калу на дисбіоз, ірігографія, манометрія (за показаннями)

Симптоми, синдроми, фізикальний статус. Скарги розподіляють на кишкові та позакишкові (загальні). До кишкових відносять: 1/- 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); 2/- 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.

Дисбіоз кишечника – клініко-лабораторний синдром, який виникає при цілому ряді захворювань та клінічних ситуацій, характеризується симптомами ураження кишечника, зміною кількісного та / чи якісного складу нормофлори, транслокацією різних представників мікрофлори у непритаманні біотопи, надмірним зростанням мікрофлори.

Дисбіоз не є нозологічною одиницею, не може бути самостійним діагнозом.

Дисбіоз не має специфічних проявів. Дисбаланс кишкової мікрофлори може привести до розвитку кишкової диспепсії (метеоризм, гурчання, вздуття живота, дискомфорту, відчуття важкості, біль, порушення дефекації), синдрому порушення травлення (стеаторея, порушення всмоктування жиророзчинних вітамінів), антеро-вегетативного синдрому.

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:

I ступінь (компенсована форма): зменшення на 1-2 порядку біфідобактерій та/чи лактобактерій, ешеріхій; можливе підвищення кількості ешеріхій.

II ступінь (субкомпенсована форма): підвищення кількості або одного представника умовно-патогенної мікрофлори до рівня 10^5 - 10^7 КОО/г, або асоціації умовно-патогенної мікрофлори до рівня 10^4 – 10^5 КОО/г

III ступінь (декомпенсована форма): значний дефіцит біфідо- та лактобактерій, численний збільшення асоціацій умовно-патогенної мікрофлори в кількості 10^6 - 10^7 КОО/г та більш.

Характеристика лікувальних заходів.

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

- Дієта: спеціальної дієти немає. Рекомендується насамперед регулярний (5-6 разів у день) прийом їжі, невеликими порціями. Виключаються погано переносимі і сприяючі газоутворенню продукти (тваринні жири, цитрусові, шоколад, горох, квасоля, сочевиця, капуста, молоко, чорний хліб, газовані напої, квас, виноград, ізюм). При діареї обмежуються продукти, що містять лактозу і фруктозу (у випадку їхньої нестерпності); при закрепах рекомендується прийом нерафінованих продуктів, достатня кількість баластових речовин у харчовому раціоні (хліб з борошна грубого помелу, з додаванням висівків, овочі, фрукти), а також з урахуванням їх переносимості.

- Психотерапія (когнітивно-біхейвористська терапія, динамічна психотерапія, гіпнотерапія), рефлексотерапія

- Седативна терапія (в залежності від синдрому, який переважає в клінічній картині) за рекомендаціями психоневролога.

- Варіант, що перебігає переважно з діареєю:

а) похідні фенілпіперідина: лоперамід – 0,2 мг/10 кг маси 2-3 рази на добу до 2 тижнів;

б) ентеросорбенти (див. лікування ЖКХ);

- Варіант, що перебігає із закрепом:

а) препарати, що нормалізують перистальтику кишечника (прокінетики) – домперидон (див. розділ ДЖВШ гіпомоторного типу);

б) проносні, що мають гідрофільний ефект (ламінарид – 1/2-1 ч. л., 1-3 рази на добу; лактулоза 5 – 15 мл 2-3 рази на добу, суха морська капуста – 1/2 ч.л. на ніч;

- При наявності болу в животі та метеоризму:

міотропні спазмолітики (мебеверин призначають дітям від 6 років у дозі 2,5 мг/кг на добу 2 рази на день за 20 хв. до їжі, папаверин по 0,005-0,06 г 2 рази на добу, дротаверин 40-200 мг/добу в 2-5 прийоми; прифінія бромід 1мг/кг/добу протягом 7-15 днів.); силікони (еспумізан – після 7 років – 1-2 чайних ложки 3-5 р/добу, дітям перших років життя – 20-40 крап. 3 р/добу);

- При наявності дисбіозу кишечника – корекція дисбіозу, яка потребує дієтичної корекції, адсорбції та виведення токсичних речовин із кишечника, селективної деконтамінації, відновлення нормофлори, покращення кишкового травлення та всмоктування, нормалізація моторики кишечника, стимулювання реактивності організму.

Дієтична корекція призначається відповідно до провідного клінічного прояву (діарея, закреп).

Адсорбція та виведення токсичних речовин із кишечника проводиться одним із препаратів, що відноситься до групи адсорбентів (див. Лікування СПК, ЖКХ).

Показанням до проведення *селективної деконтамінації* є наявність ознак кишкової диспепсії, надмірного зростання мікрофлори у тонкому кишечнику, наявність запального процесу у кишечнику та умовно патогенної мікрофлори у посіві.

Для селективної деконтамінації використовують:

А) кишкові антисептики (ніфуроксазид -до 6 міс. – 2,5 мл 2 р/добу, 6 міс.- 6 років – 5 мл 3 р/добу, після 6 років – 2 т 4 р/добу ; фуразолідон -10 -20 мг/кг/д за 3-4 прийоми; канаміцина моносульфат (50 мг/кг/д у 4-6 прийомів); еритроміцин – 30 - 50 мг/кг/д у 3 прийоми); метранідазол (0,0075 мг/кг/д за 3 прийоми), та інші; Антибіотики системної дії (напівсинтетичні пеніциліни, макроліди, цефалоспоріни) у віковому дозуванні. Ці препарати використовуються для селективної деконтамінації при дисбіозах вкрай рідко.

Б) протигрибкові препарати: натаміцин – 0,05-0,1г 2 рази на добу; флуконазол – 3 мг/кг 1 раз на добу; та інші.

В) бактеріофаги (при виділенні у посіві монокультури мікроорганізму у високих титрах): колі-протейний фаг- по 30 мл 2-3 рази на добу усередину і 40-60 мл у клізмі; інтестіфаг- 5-10 мл 3 рази на добу протягом 5-6 днів; комбінований бактеріофаг – у дозах інтестіфага; полівалентний піобактеріофаг – у дозах інтестіфага; при відсутності чутливості стафілококкової флори до бактеріофагів – хлорфілліпт (1 крапля 1% спирт. розчину на 1 кг маси на прийом 3 рази на добу, ректально – 1 мл 1% розчину).

Відновлення нормофлори проводять або препаратами із групи пребіотиків лактулоза. – до 1 року -0,25- 0,5 мл/кг маси 2 р на добу, 1-7 р. – по 5 мл 2 р\добу, старше 7 років – по 5 мл 3 р/добу), або препаратами із групи пробіотиків (мультипробіотики) та інші.

При розвинених дисбактеріозах з вираженими клінічно *маніфестними імунodefіцитами* – імунні препарати (лізоцим, інтерферон та інші), призначають одночасно з бактеріофагами, пробіотиками чи антибіотиками.

Ферментні препарати (панкреатин та інші – дози індивідуальні в залежності від виразності процесу);

Тривалість стаціонарного лікування СПК: 7-10 днів, можливе лікування в умовах денного стаціонару чи амбулаторно.

Вимога до результатів лікування: усунення больового синдрому, нормалізація перистальтики кишечника, відновлення якісного і кількісного складу мікрофлори кишечника.

Диспансерний нагляд. Огляд дитячим гастроентерологом 2 рази на рік, педіатром – 2 рази на рік; хірургом – за вимогою.

Протирецидивне лікування: 2 рази на рік.

Обсяг контрольно-діагностичних обстежень: копрограма – 2 рази на рік, аналіз кала на яйця глистів та простіші – 2 рази на рік, аналіз кала на дисбактеріоз – 2 рази на рік (перший рік нагляду), далі за вимогою, ректороманоскопія – 1 раз на рік (перший рік нагляду), за вимогою.

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

Санаторно-курортне лікування: води малої та середньої мінералізації для питного лікування, кишкового промивання, мікроклізм. Рекомендуються курорти Трускавець, Миргород, Закарпатська група курортів.

Директор Департменту материнства,
дитинства та санаторного забезпечення

Р.О.Моїсеєнко

14. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ЗАКРЕП

Шифр МКБ – К59.0

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

Функціональний закреп (ФЗ) є однією найбільш частих патологій шлунково-кишкового тракту у дітей. Звертання до педіатра з приводу ФЗ становлять 3% від всіх візитів та близько 30% - до дитячого гастроентеролога.

2. Критерії діагностики. Симптоми ФЗ у дітей досить різноманітні і 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 самотійні 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 підвищеній твердості і сухості, 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. У 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, проктосигмоидит).

Діагноз ФЗ встановлюють на підставі критеріїв Римського консенсусу III (2006), які представлені в табл. 1.

Таблиця 1

Римські критерії III діагностики функціонального закрепу у дітей

- | |
|--|
| <p>1. Діагноз встановлюють при наявності у дітей до 4-літнього віку протягом 1 місяця не менш 2 з наступних ознак:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Два або менше спорожнювання кишечника на тиждень; • Принаймні 1 епізод у тиждень нетримання після придбання гігієнічних навичок; • Наявність епізодів затримки дефекації; • Наявність хворобливого спорожнювання кишечника або твердих випорожнень; • Присутність великої кількості фекальних мас у прямій кишці; • Утворення «калових каменів», які можуть утруднювати дефекацію. <p>2. Наявність перерахованих вище ознак супроводжується:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дратівливістю; • Зниженням апетиту; • Почуттям раннього насичення. <p>3. Зазначені ознаки зникають негайно після дефекації.</p> |
|--|

3. Основні принципи лікування. Лікування ФЗ залежить від причини, видів порушення моторики товстої кишки та акту дефекації, наявності ускладнень і супутніх захворювань.

У профілактиці та лікуванні ФЗ у дітей важливо дотримуватися режиму дня і відпочинку, а також достатньої рухової активності дитини. Рекомендуються плавання, лижні прогулянки, їзда на велосипеді. Призначаються лікувальна фізкультура, масаж, які крім загально зміцнювальної і оздоровлюючої дії на весь організм дитини, сприяють поліпшенню кровопостачання в органах черевної порожнини та у кишечнику; стимулюють рухову активність кишечника, зміцнюють м'язи черевної стінки, сприятливо діють на нервово-психічну сферу.

Дієтотерапія. Важливе значення у лікуванні ФЗ надається дієтичним заходам. Так, дітям першого року життя в раціон варто включити харчові волокна у вигляді висівок, фруктів (фруктове пюре: яблучне, абрикосове, перикове, пюре із чорносливу) і овочів, до складу яких входить целюлоза (Biggs, Dery, 2006).

При цьому вважають, що адекватна доза харчових волокон визначається як вік (у роках) + 5 (у грамах).

При цьому дуже важливо забезпечення достатнього прийому рідини (Biggs, Dery, 2006). Для успішної дії харчових волокон необхідний добовий обсяг рідини не менше 1,5 л, у противному випадку вони виконують функцію сорбентів, тобто поглинають рідину з кишечника, і підсилюють запор.

Однак систематичний огляд, недавно представлений Rijpers et al. (2009), не показав істотного впливу на частоту дефекацій у порівнянні із плацебо призначення клітковини.

При закрепах призначається стіл №3, фізіологічно повноцінна дієта з підвищеним змістом продуктів, що підсилюють моторну функцію кишечника, хімічно, механічно та термічно подразлива їжа з достатньою кількістю рідини і клітковини. Рекомендується дробне харчування, 5-6 разів на день.

До продуктів, що підсилюють моторну функцію товстої кишки та сприяють її спорожнюванню, відносяться: чорний хліб, сирі овочі і фрукти, особливо банани, диня, морква; овочі в кулінарній обробці (гарбуз, кабачки, буряк, морква); сухофрукти, особливо чорнослив, курага, інжир; вівсяна крупа; м'ясо з більшою кількістю сполучної тканини (сухожилля, фасції), соління, маринади, соки, газовані мінеральні води, квас, компоти, кисломолочні продукти, варення, мед; рослинні масла.

Не рекомендується включати в дієту продукти, що затримують спорожнювання кишечника: бульйони, протерті супи, каші (рисова, манна), киселі, компоти із груш, айви, чорниці, міцний чай, кава, що в'яжуть фрукти (груша, айва, гранат).

Хворим із закрепами показані мінеральні води. При гіпермоторних закрепах рекомендується прийом слабо мінералізованих, слабо лужних мінеральних вод (Єсентуки 4, Славяновська, Смирновська та ін.) у теплом виді. При гіпомоторних закрепах рекомендують сильно мінералізовану воду (Єсентуки 17) у холодному виді. Воду приймають із розрахунку 3-5 мг на кг маси тіла на прийом, 2-3 рази на день, за 40 хвилин до їжі.

Психотерапія. Психотерапевтичні підходи не знайшли широкого застосування при лікуванні ФЗ у дітей. Так, виявлено, що поведінкова терапія не підвищує ефективності проносних засобів при лікуванні закрепку в дітей (van Dijk et al., 2008). Хоча, як показують останні дослідження Chiarioni і Whitehead (2008), при застосуванні методики біозворотнього зв'язку відзначений позитивний ефект у 70% пацієнтів, у яких було відсутнє поліпшення при призначенні проносних засобів. Ефект тривав до 12 місяців, не відзначалося побічних ефектів [С].

Фармакотерапія. При ФЗ використовують тримебутин, який за допомогою енкефалінергічних механізмів нормалізує моторику шлунково-кишкового тракту. Препарат призначають із розрахунку 1 чайна ложка на 5 кг ваги в 2-3 прийоми. Дітям 3-6 років по 1 чайній ложці 3 рази в день, дітям старше 6 років по 2 чайні ложки 3 рази в день.

Лише при неефективності зазначених заходів у терапію ФЗ можуть бути включені окремі проносні препарати. Всі проносні засоби можна розділити на чотири групи:

1. 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);
2. Засоби, що мають осмотичні властивості: натрій сульфат, магній сульфат, лактулоза;
3. Препарати, що збільшують обсяг вмісту кишечника (агар-агар, морська капуста, лляне насіння, целюлоза);
4. Препарати, що сприяють розм'якшенню калових мас (вазелинове масло, рідкий парафін та ін.).

Слід зазначити, що у лікуванні ФЗ у дітей не рекомендується тривале використання проносних препаратів, що підсилюють моторику кишки та гальмують абсорбцію води і солей з кишечника (антраглікозиди, похідні фенолфталеїна, касторове масло, сольові проносні). Тривале застосування цих препаратів приводить до розвитку звикання, необхідності постійного підвищення дози.

Немедикаментозні засоби. При лікуванні ФЗ у дітей широко використовуються різні немедикаментозні методи: ЛФК, масаж, фізіотерапія, рефлексотерапія, електростимуляція товстої кишки.

У комплексі лікування використовують також клізми, вид яких (очисна, гіпертонічна, сифонна), склад і тривалість застосування залежать від тривалості затримки випорожнень та виразності симптомів калової інтоксикації.

Дитина з ФЗ потребує медичного спостереження та підтримуючої терапії протягом 6-24 місяців. Про видужання свідчить кількість дефекацій більше 6 разів на тиждень, інакше необхідно продовжувати терапію.

**Директор Департаменту материнства,
дитинства та санаторного забезпечення**

Р.О.Моїсєнко

Література

1. Biggs W.S., Dery W.H. Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and Children. *Am Fam Physician* 2006;73:469-482.
2. Chiarioni G., Whitehead W.E. The role of biofeedback in the treatment of gastrointestinal disorders. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*. 2008;5(7):371-382.
3. Pijpers M.A., Tabbers M., Benninga M.A., Berger M.Y. Currently recommended treatments of childhood constipation are not evidence based. A systematic literature review on the effect of laxative treatment and dietary measures. *Arch Dis Child*. 2009; 94(2):117-131.
4. van Dijk M., Bongers M.E., de Vries G.J. et al. Behavioral therapy for childhood constipation: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2008;121(5):1334-1341.

Перелік посилань:

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, 10-й перегляд. – Всесвітня організація охорони здоров'я., 1998. – 685с.
2. Бердникова Е.К., Кешишян Е.С. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. *Consilium Medicum. Педиатрия*. 2007; 9(1):13-17.
3. Гастроэнтерология детского возраста/ Под ред. С.В. Бельмера, А.И. Хавкина.- М.: ИД Медпрактика-М, 2003.- 360 с.
4. Детская гастроэнтерология (избранные главы)/ Под ред. А.А. Баранова, Е.В. Климанской, Г.В. Римарчук.- М., 2022.- 592 с.
5. Захарова И.Н., Сугян Н.Г. Кишечные младенческие колики и их коррекция. *Consilium Medicum Ukraina*. 2008; (7):38-41.
6. Килгур Т., Уэйд С. Колики у детей грудного возраста. Доказательная медицина. - 2005; 4: 629-632.
7. Майданник В.Г. Римські критерії III (2006) діагностики функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей. *Педіатрія, акушерство та гінекологія*. 2007; (3): 5-13.
8. Майданник В.Г., Корнейчук В.В., Хайтович Н.В., Салтыкова Г.В. Заболевания кишечника у детей.- К.: ВБ „Аванпост-Прим”, 2008.- 487 с.
9. Рачкова Н.С. Кишечные колики у детей раннего возраста: подходы к терапии. *Русск. мед. журн*. 2007; 15(21): 1594-1596.
10. Самсыгина Г.А. Кишечная колика у детей. - М., 2000.
11. Хавкин А.И., Бердникова Е.К., Жихарева Н.С. Современные представления о младенческих коликах. *Consilium Medicum. Педиатрия*. 2006; 8(2):71-72.
12. Biggs W.S., Dery W.H. Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and Children. *Am Fam Physician* 2006;73:469-482.
13. Boccia G., Buonavolonta R., Coccorullo P. et al. Dyspeptic symptoms in children: the result of a constipation-induced cologastric brake? *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2008;6(5):556-560.
14. Brandt L.J., Prather C.M., Quigley E.M. et al. Systematic review on the management of chronic constipation in North America. *Am J Gastroenterol*. 2005;100(Suppl 1):5-21.
15. Cohen-Silver J., Ratnapalan S. Management of infantile colic: a review. *Clin Pediatr (Phila)*. 2009;48(1):14-17.
16. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*. 2006; 130(5):1377-1390.
17. Hyams J.S. Irritable bowel syndrome, functional dyspepsia, and functional abdominal pain syndrome. *Adolesc Med Clin* 2004;15:1–15.
18. Hyman P.E., Milla P.J., Benninga M.A. et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology*. 2006; 130(5):1519–1526.

Розділ «Захворювання стравоходу»

1. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. Проект рабочего протокола диагностики лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Пособие для врачей. М., 2005.-15с.
2. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. Римский III консенсус: избранные разделы и комментарии. Пособие для врачей. - Витебск: Издательство ВГМУ, 2006.-160с.
3. Tytgat G.N., Mccoll K., Tack J. et al. New algorithm for the treatment of gastro_oesophageal reflux disease // *Aliment. Phar_macol. Ther.* / Posted 02.04.2008.

Розділ «Захворювання гастродуоденальної зони»

1. III Римський Консенсус (Римські критерії) – 2005, щодо функціональних захворювань органів травлення Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. Римский III консенсус: избранные разделы и комментарии. Пособие для врачей. - Витебск: Издательство ВГМУ, 2006.-160с.
2. Маастрихт – 3: как проводить диагностику, лечение и профилактику *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний./Новости гастроэнтерологии – М:2006, - 17с.
3. Диагностика и лечение хеликобактерной инфекции (Рекомендации третьей конференции Европейской группы по изучению *Helicobacter pylori*, 2005) // *Клиническая фармакология и терапия*. – 2006. – т.15. - №1. – С.32-35.

4. Захворювання органів травлення у дітей (стандарти діагностики та лікування): Навчальний посібник для педіатрів, дитячих гастроентерологів, лікарів загальної практики – сімейної медицини / Ю.В.Белоусов, Л.Г.Волошина, Н.В.Павленко, І.Г.Солодовниченко, О.М.Бабаджанян. – Х.:ВД «ІНЖЕК», 2007. – 120с.
5. Сучасні концепції підходів до інфекції *Helicobacter pylori* – звіт консенсусу Маастрихт 2 – 2000 // Медицина світу. – 2001. – Додаток. – С.1-9.
6. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection/ The Maastricht 2 -2000 Consensus Report, September, Rome, 2000/
7. NASPGHAM Medical Position Papers: *Helicobacter pylori* infection in children: Recommendation for Diagnosis and Treatment// J.Pediatric Gastroenterol. Nutr. – 2000. - V.31. – P.490-497.
8. *Helicobacter pylori* infection in children: a consensus statement. European Pediatric Task Force on *Helicobacter pylori*. // J.Pediatric Gastroenterol. Nutr. – 2002. – V.30. – P. 207-213.

Розділ «Захворювання жовчовивідних шляхів»

1. III Римський Консенсус (Римські критерії) – 2005, щодо функціональних захворювань органів травлення Пиманов С.И., Силивончик Н.Н.Римский III консенсус: избранные разделы и комментарии. Пособие для врачей. - Витебск: Издательство ВГМУ,2006.-160с.
2. Съезд научного общества гастроэнтерологов России в 2002 г.
3. Запруднов А.М., Харитонов Л.А. Билиарная патология у детей. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», - 2008. – 376 с.
4. Иванченкова Р.А. Хронические заболевания желчевыводящих путей. – М.: Издательство «Атмосфера». – 2006. – 416 с.

Розділ «Захворювання підшлункової залози»

1. Губергриц Н.Б., Христич Т.Н. Клиническая панкреатология. – Донецк: Лебедь,2000.–416с.
2. Губергриц Н.Б. Панкреатическая боль: как помочь больному. – Киев: Экспресс, 2004. – 176 с.
3. Реактивный и хронический панкреатит у детей: диагностическая и лечебная тактика, схемы диспансерного наблюдения. Информационное письмо // Под ред проф.А.А.Баранова.- М.: Медицина, 2004.- 26 с.

Розділ «Захворювання кишечника»

1. III Римський Консенсус (Римські критерії) – 2005, щодо функціональних захворювань органів травлення Пиманов С.И., Силивончик Н.Н.Римский III консенсус: избранные разделы и комментарии. Пособие для врачей. - Витебск: Издательство ВГМУ,2006.-160с.
2. Матеріали (резольція) науково- практичної конференції з міжнародною участю «Целиакія: минуле, сучасне, майбутнє», Київ, 2008 р.
3. Международный День целиакии (резольция). Санкт-Петербург, 2002 г.
4. Матеріали (резольція) науково- практичної конференції з міжнародною участю «Хронічні захворювання кишечника у дітей», Харків, 10-11 листопада, 2008 р.
5. Материалы XV Международного Конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей», Москва, 18-20 марта 2008 г.

Розділ «функціональні гастроінтестинальні розлади у новонароджених і дітей раннього віку»

19. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, 10-й перегляд. – Всесвітня організація охорони здоров'я, 1998. – 685с.
20. Бердникова Е.К., Кешишян Е.С. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. Consilium Medicum. Педиатрия. 2007; 9(1):13-17.
5. Гастроэнтерология детского возраста/ Под ред. С.В. Бельмера, А.И. Хавкина.- М.: ИД Медпрактика-М, 2003.- 360 с.
6. Детская гастроэнтерология (избранные главы)/ Под ред. А.А. Баранова, Е.В. Климанской, Г.В. Римарчук.- М., 2022.- 592 с.
7. ЗАХАРОВА И.Н., СУГЯН Н.Г. КИШЕЧНЫЕ МЛАДЕНЧЕСКИЕ КОЛИКИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ. CONSILIUM MEDICUM UKRAINA. 2008; (7):38-41.
8. Килгур Т., Уэйд С. Колики у детей грудного возраста. Доказательная медицина. - 2005; 4: 629-632.
9. Майданник В.Г. Римські критерії III (2006) діагностики функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей. Педиатрія, акушерство та гінекологія. 2007; (3): 5-13.
10. Майданник В.Г., Корнейчук В.В., Хайтович Н.В., Салтыкова Г.В. Заболевания кишечника у детей.- К.: ВБ „Аванпост-Прим”, 2008.- 487 с.
11. Рачкова Н.С. Кишечные колики у детей раннего возраста: подходы к терапии. Русск. мед. журн. 2007; 15(21): 1594-1596.
12. Самсыгина Г.А. Кишечная колика у детей. - М., 2000.
13. ХАВКИН А.И., БЕРДНИКОВА Е.К., ЖИХАРЕВА Н.С. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МЛАДЕНЧЕСКИХ КОЛИКАХ. CONSILIUM MEDICUM. ПЕДИАТРИЯ. 2006; 8(2):71-72.
14. Biggs W.S., Dery W.H. Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and Children. Am Fam Physician 2006;73:469-482.

15. Boccia G., Buonavolonta R., Coccorullo P. et al. Dyspeptic symptoms in children: the result of a constipation-induced cologastric brake? *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2008;6(5):556-560.
16. Brandt L.J., Prather C.M., Quigley E.M. et al. Systematic review on the management of chronic constipation in North America. *Am J Gastroenterol.* 2005;100(Suppl 1):5-21.
17. Cohen-Silver J., Ratnapalan S. Management of infantile colic: a review. *Clin Pediatr (Phila).* 2009;48(1):14-17.
18. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology.* 2006;130(5):1377-1390.
19. Hyams J.S. Irritable bowel syndrome, functional dyspepsia, and functional abdominal pain syndrome. *Adolesc Med Clin* 2004;15:1–15.
20. Hyman P.E., Milla P.J., Benninga M.A. et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology.* 2006; 130(5):1519–1526.