

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені М.І. Пирогова

“Затверджено”

на методичній нараді
кафедри пропедевтики дитячих
захворювань та догляду за
хворими дітьми

Завідувач кафедри



проф. Кулешов О.В.

«29» серпня 2024 р.

«ОК 02 «Здоров'я дітей»
(назва навчальної дисципліни)

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
навчальної дисципліни
з підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю «Загальна практика- сімейна
медицина»
(I рік навчання)

ТЕМА ЗАНЯТТЯ

Основні принципи ведення і маршрут пацієнтів дитячого віку із найбільш поширеними гострими та хронічними хворобами органів травлення: Функціональні нудота і блювання, розлади дефекації, абдомінальні больові розлади: клініка, критерії постановки діагнозу, тактика лікування.
Лактазна недостатність: визначення, клініка, діагностика, принципи лікування. Целіація: визначення, клініка, діагностика, принципи лікування.
Атопічний дерматит: клініка, діагностика, тактика. Кропив'янка. Токсико-алергічні реакції, харчова алергія: клініка, діагностика, тактика

Методичні рекомендації для самостійної роботи при підготовці до практичного заняття лікарів-інтернів за спеціальністю «Загальна практика- сімейна медицина» (І рік навчання) за темою « Основні принципи ведення і маршрут пацієнтів дитячого віку із найбільш поширеними гострими та хронічними хворобами органів травлення: Функціональні нудота і блювання, розлади дефекації, абдомінальні больові розлади: клініка, критерії постановки діагнозу, тактика лікування. Гостра діарея. Ускладнення (токсикоз з ексикозом, ГУС). Біль у черевній порожнині у дітей різного віку Харчові отруєння: клініка, діагностика, тактика лікування, нагляд Гельмінтози у дітей: етіопатогенетичні особливості розвитку захворювання.» (укладач к.мед.н., доцент Лисунець О.В.) **затверджено** на методичній нараді кафедри пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми 29.08.2024, протокол №1.

Завідувач кафедри



проф. Кулешов О.В.

1. Актуальність теми заняття

Функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГР) у дітей раннього віку спостерігаються у 90% дітей віком до 6 міс. ФГР – це різноманітна комбінація гастроінтестинальних симптомів без структурних та біохімічних порушень. Їх розглядають з позицій психологічних порушень або просто відсутності органічних захворювань. Згідно загальноприйнятому визначенню до функціональних захворювань відносять ті стани, де не вдається виявити морфологічних, генетичних, метаболічних та інших змін, якими можна було б пояснити клінічні симптоми, що спостерігаються.

2. Навчальні цілі заняття

I. Ознайомчий рівень теоретичних знань Інтерн повинен удосконалити знання принципів ведення і маршруту пацієнтів дитячого віку із найбільш поширеними гострими та хронічними хворобами органів травлення

(αI)

II. Рівень репродуктивних теоретичних знань Інтерн повинен знати:

- визначення ФРТ
- поширеність і захворюваність на ФРТ у дитячій популяції
- фактори ризику розвитку ФРТ
- класифікацію ФРТ
- принципи клінічної діагностики
- варіанти перебігу і наслідки ФРТ
- визначати можливі причини розвитку найбільш поширених патологічних синдромів у дітей з гастроінтестинальною патологією.
- визначати тактику ведення хворих з гастроінтестинальною патологією.
- проводити клінічний огляд хворого з гастроінтестинальною патологією.
- планувати обстеження хворої дитини з гастроінтестинальною патологією та інтерпретувати отримані результати.
- проводити диференційну діагностику гастроінтестинальної патології у дітей та ставити попередній клінічний діагноз.
- ставити діагноз і призначати лікування дітям з гастроінтестинальною патологією.
- здійснювати прогнози (для життя, для здоров'я, для працездатності) дітям з гастроінтестинальною патологією.
- невідкладна допомога при ускладненнях обумовлених гастроінтестинальною патологією у дітей.

III. Рівень практичних навиків (професійний) Інтерн

повинен оволодіти:

(αIII)

- навичками диференційної діагностики
- тактикою ведення пацієнта

IV. Рівень професійних вмінь (професійний) Інтерн повинен вміти:

- виявити в анамнезі чинники, які сприяють виникненню ФРТ, провести аналіз анамнестичних даних.
- провести клінічне обстеження хворого
- діагностувати ФРТ.
- провести диференціальний діагноз із захворюваннями, що мають подібні синдроми.
- сформулювати клінічний діагноз згідно з класифікацією
- оцінити ступінь ризику виникнення можливих ускладнень
- скласти план режимних, лікувальних та профілактичних заходів.

- правильно сформулювати діагноз.
- на підставі скарг, анамнезу і даних об'єктивного обстеження визначити різні клінічні варіанти та ускладнення при захворюваннях ШКТ.
- визначити тактику ведення хворого у випадку наявності в нього гострих, чи хронічних захворювань ШКТ.
- планувати обстеження хворого з визначенням показань до застосування того чи іншого методу дослідження.
- інтерпретувати дані лабораторно-інструментального обстеження.

3. Цілі розвитку особистості фахівця (виховні)

Здатність самостійно здійснювати професійну діяльність та розв'язувати специфічні для первинної медичної допомоги клінічні завдання на основі пацієнт-орієнтованого холістичного підходу в роботі із кожним пацієнтом/ родиною, що побудована на довготривалих довірчих відносинах лікар- пацієнт незалежно від соціального статусу, віку, статі, виниклої медичної проблеми та інших особливостей пацієнта, ефективному управлінні медичною практикою, забезпечуючи доступність, справедливість та якість надання первинної медичної допомоги відповідно до інтересів громади та законодавства України.

4. Міждисциплінарна інтеграція.

№	Дисципліни	Знати	Вміти
1.	Попередні (забезпечуючи) 1. Нормальна анатомія 2. Нормальна фізіологія	<ul style="list-style-type: none"> - анатомо-фізіологічні особливості дітей патогенез - порушень фізичного розвитку 	
2.	Наступні (забезпечувані) 1. Педіатрія 2. Імунологія 3. Клінічна біохімія 4. Клінічна фармакологія	<ul style="list-style-type: none"> - показники фізичного розвитку - закони наростання маси - закони довжини тіла - специфічні та неспецифічні фактори імунного захисту - маркери активності запального процесу - фактори згортання крові - покази, протипокази, побічну дію етіологічного, патогенетичного та симптоматичного лікування основного та супутнього захворювання і ускладнень 	<ul style="list-style-type: none"> - провести антропометричне вимірювання порівняти отримані результати з нормативними показниками фізичного розвитку - провести об'єктивне обстеження дитини, інтерпретувати дані параклінічних досліджень - провести оцінку фізичного розвитку по графіках

			- виявити відхилення у фізичному розвитку дитини
3.	Внутрішньо предметна інтеграція: Обстеження дітей з ураженням різних систем	- порушення фізичного розвитку дітей - клінічні прояви основного та супутніх захворювань	виявити відхилення у фізичному розвитку - інтерпретувати стандартні відхилення показників фізичного розвитку

5. Відбір змісту навчального матеріалу теми та його структурування

Всі захворювання кишок у дітей поділяються на функціональні та органічні.

До функціональних захворювань (згідно Римським критеріям IV) відносять:

- G4. Кольки в немовлят (або малюкові кольки - Infant Colic)
- G5. Функціональна діарея (Functional Diarrhea)
- G6. Диспезія в немовлят (дитяча диспезія - Infant Dyschezia)
- G7. Функціональний запор (Functional Constipation)
- H2b. Синдром подразненого кишечника (Irritable Bowel Syndrome)
- H3. Запор і нетримання калу (Constipation and Incontinence)
- H3a. Функціональний запор (Functional Constipation)
- H3b. Нетримання калу (Non-Retentive Fecal Incontinence)

КИШКОВІ КОЛКИ у немовлят- 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.

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 непокоють батьків, реально загальний стан дитини не порушений і в період між нападами вона спокійна, нормально прибавляє в масі тіла, має добрий апетит. Діти смочуть 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.

Критерії діагностики

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

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

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 необхідно створити спокійну обстановку в сім'ї. Важливо заспокоїти батьків, пояснивши їм, що кишкові коліки зустрічаються у більшості немовлят, не є загрозливими для життя і найближчим часом повинні пройти при правильному догляді і лікуванні

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. При штучному вигодовуванні немовлятам рекомендуються гіпоалергенні суміші

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 град., животию вниз) протягом 10-15 хвилин, для відхождення повітря, заковтнутого під час годування. Між годуваннями і під час нападу колік малюка викладають на живіт.

Фармакотерапія. Для корекції функціонального стану кишечника доцільно використовувати фітопрепарати з вітрогінною і м'якою спазмолітичною дією.

При розвитку кишкових колік на фоні дисбіотичних порушень рекомендовано виявлення причини, та застосування пробіотичних препаратів

• **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. На жаль, при застосуванні дицикломіна нерідко спостерігаються досить серйозні побічні ефекти. Так, на фоні застосування дицикломіна можуть спостерігатися дихальні розлади, судом, непритомний стан, асфіксія, м'язова гіпотонія і кома.

• **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. Газу, 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.

При відсутності позитивного ефекту при кишкових коліках призначаються **прокінетики і спазмолітичні препарати**

Для зняття гостроти болю в момент коліки застосовують газовідвідну трубку або клізму

Дисфункції ілеоцекальної зони - клінічні стани, що характеризуються больовим синдромом, який періодично виникає та локалізується переважно у правій здухвинній ділянці. Частота нападів варіює від 2-3 разів у рік до 1 разу в тиждень. **Причиною** страждання є недостатність баугінієвої заслінки й/або клапана Герлаха.

Клінічні прояви. Дисфункції ілеоцекальної зони можуть проявлятися в будь-якому віці, однак до 3-5 років, поки дитина не може вказати локалізацію болю, даний діагноз ви-ставляється рідко. Болі у правій здухвинній області виникають, як правило, без видимих причин: відсутній зв'язок із часом доби, що передує фізичним навантаженням, прийманням

їжі, порушеннями дефекації. Больовий синдром може мати досить виражену інтенсивність і тривалість, що часто стає причиною госпіталізації дитини в хірургічний стаціонар для виключення гострого апендициту, а в ранньому віці й тонко-товстокишкової інвагінації. При об'єктивному обстеженні визначається локальна болісність у правій здухвинній ділянці. При дослідженні інших органів і систем часто виявляються дисфункції біліарного тракту, секреторні порушення підшлункової залози й різні варіанти антиперистальтичних рухів шлунково-кишкового тракту (ГЕР і/або ДГР).

Обстеження й діагностичні критерії:

- в анамнезі 3 і більше епізодів нападів болю з локалізацією у правій здухвинній ділянці, запальні зміни в периферичній крові відсутні;
- фіброколоноскопія - недостатність баугінієвої заслінки без або в поєднанні з довіюванням слизової клубової кишки без гістологічних ознак запалення слизової кишки.

Лікування: ліжковий режим на час болю, парентерально спазмолітики (но-шпа, папаверин); прокінетики: (мотиліум 2—4 нед.), масаж живота, ІРТ, фізіолікування.

Функціональна діарея - це безболісна, дефекація 3 і більше разів на день неоформленими випорожненнями, щодня, що триває не менше 4 тижнів.

Основний механізм розладів пов'язаний з порушенням нервової й гуморальної регуляції рухової функції кишечника. У зв'язку з незрілістю структур і функцій органів травлення у дітей перебіг діарейного синдрому швидко ускладнюється порушенням мікробного пейзажу тонкої й товстої кишки, харчовою алергією. *Як наслідок на фоні тривалої (більше 4 тижнів) функціональної діареї у дітей можуть формуватися хронічні й запальні захворювання шлунково-кишкового тракту й гепатобіліарної системи.*

Клінічні прояви:

- початок симптомів між 6-м і 36-м місяцями життя;
- немає затримки у фізичному розвитку;
- пальпація живота безболісна;
- випорожнення рідкої консистенції, без патологічних домішок;
- частота дефекації більше 3 разів на добу;
- збільшення добової маси фекалій більше 15 г/кг маси тіла в дітей раннього віку, після 3 років - більше 200 г/добу.

Обстеження: гемограма, копрограма, посів на кишкові інфекції, дихальний тест на харчову толерантність.

Диференціальна діагностика: неспецифічні запальні захворювання кишечника, целиакія, первинна лактазна недостатність.

Лікування:

- дієта з обмеженням молочного, облігатних алергенів, соків;
- адсорбенти (смекта, ентеросгель) по 3-7 днів
- пробіотики (біфіформ дитячий, біфіформ-комплекс).

Функціональний закріп - порушення функції кишечника, що проявляється в збільшенні інтервалів між актами дефекації (в порівнянні з індивідуальною фізіологічною "нормою") і недостатнім його випорожненням.

У дітей є не тільки індивідуальні особливості видільної функції товстої кишки, але й варіанти норми, зв'язані з кожним періодом дитячого віку. Так, у дитини, що перебуває на грудному вигодовуванні, частота випорожнень може дорівнювати кількості годувань. Поступово з віком кратність випорожнень зменшується, і до періоду введення прикорму (близько 6 місяців) дефекація здійснюється в межах 1-2 рази на добу. У дітей, що перебувають на штучному вигодовуванні, дошкільного й шкільного віку, закріпом вважається відсутність випорожнень протягом доби.

Функціональний закріп обумовлений не структурним ураженням кишечника, а порушенням механізмів регуляції моторної діяльності товстої кишки гормонами шлунково-

кишкового тракту: вазоінтестинальний пептид, мотилін, серотонін, гістамін, глюкагон. Нині обговорюється питання взаємозв'язку між концентрацією перерахованих вище біологічно активних речовин у слизовій оболонці товстої кишки і порушенням її перистальтики.

Причини виникнення:

- аліментарний закреп - закреп, який виникає у зв'язку з порушенням режиму і характеру харчування: вживання їжі, бідної рослинною клітковиною й з підвищеним змістом рафінованих білків і жирів, а також із надлишком кальцію (одноманітне молочне вигодовування), недостатнє вживання рідини, порушення режиму харчування жінки, яка годує груддю, порушення правил вигодовування дітей першого року життя;
- умовнорефлекторний закреп, що розвивається в результаті пригнічення акту дефекації (частіше бувають у соромв'язливих дітей) у зв'язку з початком відвідування дитячих дошкільних закладів і школи;
- психогенний закреп у дітей-невропатів як наслідок психоемоційних перевантажень;
- вторинні зміни тону мускулатури і рухової активності кишечника, пов'язані зі змінами збудливості вегетативної нервової системи (рахіт, гіпотиреоз), в результаті прийому ліків (атропіноподібних, спазмолітичних, седативних, антацидів), при токсичному впливі на нервово-м'язовий апарат кишечника (після перенесених кишкових інфекцій, при глистяних інвазіях, побутовій інтоксикації);
- харчова алергія;
- морфофункціональна незрілість шлунково-кишкового тракту.

Діагностичні критерії:

- відсутність регулярного ритму спорожнення протягом доби;
- необхідність надмірного або тривалого натужування;
- тверді або грудкуваті випорожнення;
- відчуття неповного спорожнення кишечника;
- болісна дефекація;
- відходження малої кількості калу (<100 г) підвищеної щільності.

За часом виникнення і перебігом розрізняють гострі й хронічні закрепи.

При гострому закрепі раптово розвивається затримка випорожнень протягом декількох днів. Якщо при такій клінічній картині не відходять гази, то з великою ймовірністю можна думати про розвиток непрохідності кишечника.

У більшості хворих закрепи формуються поступово.

Про хронічний закреп можна говорити, якщо симптоми порушення функції товстої кишки поєднані з відсутністю регулярного ритму спорожнення протягом доби, змушеним натужуванням, відчуттям "неповного спорожнювання кишки" і відзначаються постійно протягом 3 місяців.

За топографією закрепи можуть бути кологенними і проктогенними.

Кологенний закреп пов'язаний з уповільненням пасажу по товстій кишці. При кологенному закрепі має значення зміна тону мускулатури товстої кишки. При гіпермоторному типі - випорожнення фрагментовані у вигляді «**овечого** калу». Біль гострий, без чіткої локалізації. При гіпомоторній дискінезії каловий стовп зазвичай не фрагментований і збільшений у діаметрі, оскільки заповнює м'який, розтягнутий кишечник. Біль у цьому випадку може бути відсутня або бути нерізка вираженою. У результаті повільного просування кишкового вмісту по товстій кишці збільшується всмоктування продуктів розпаду й розвивається синдром хронічної кишкової інтоксикації: погіршується сон, з'являється занепокоєння, субфебрилітет, знижується апетит, успішність. Кологенний закреп часто супроводжується метеоризмом, гурчанням, переливанням, що зникають після акту дефекації.

Проктогенний закреп пов'язаний з порушенням акту дефекації й характеризується відчуттям тиску, розпирання у прямій кишці, почуттям її неповного спорожнювання після акту дефекації. Акт дефекації утруднений, болючий, іноді має місце кілька дефекацій на добу малими порціями, характерне виділення твердого сухого калу.

Клінічно виділяють 3 стадії закрепу. При компенсованій стадії достатнє використання тільки дієтичної корекції; при субкомпенсованій - потрібне підключення медикаментозної корекції. Складнішим є лікування декомпенсованої стадії закрепу, при якому виникає необхідність постійного призначення клізм.

Діагностика базується на необхідності проведення огляду області ануса, пальцевого дослідження заднього проходу, ректоскопії, УЗД товстої кишки, рентгенологічне дослідження кишечника, копрологічного та бактеріологічного дослідження калу.

Диференціальна діагностика проводиться з неспецифічними захворюваннями кишечника, синдромом подразненого кишечника, з аномаліями розвитку кишечника.

Лікування спрямоване на ліквідацію больового синдрому, корекцію моторних порушень і відновлення рефлексу на дефекацію. Для цього необхідні:

Лікувальне харчування. У харчуванні дітей, які знаходяться на природному вигодовуванні, велике значення має правильне харчування матері, проводять раннє введення фруктових соків. Коли починається харчування твердою їжею, необхідно давати достатню кількість рідини й клітковини. Дітям, які знаходяться на штучному вигодовуванні, призначають суміші, які містять харчові волокна, камедь, лактулозу, пробіотики: Нутрілон комфорт, Нутрілон 1 і 2, Семпер-Біфідус, Детолакт-біфідус .

Для дітей старшого віку при гіпомоторній дискінезії кишечника в раціон необхідно включати овочі й фрукти, ягоди, переважно сирі, чорнослив або курагу, яблука, олію рослинну (оливкову, кукурудзяну) натще або розмішуючи в кефірі (на ніч), гречану, вівсяну, перлову кашу, мед (2-3 рази в день). Щоб домогтися ранкового туалету, необхідне виконання ранкового «ритуалу»: пиття натще води кімнатної температури й рослинної олії. Показані прохолодні мінеральні води із середнім і високим ступенем мінералізації.

Дієта при гіпермоторній дискінезії товстої кишки включає в себе овочі у відвареному вигляді, більшу увагу приділяють рослинним жирам. Показані теплі мінеральні води зі слабким ступенем мінералізації. Нині, визнаючи роль дієтотерапії при закрепах, доведено, що недостатнє споживання харчових волокон (целюлози, лігніну, камеді) збільшує ризик виникнення закрепів. Лікувальний ефект при закрепах дають пшеничні висівки, морська капуста, насіння льону, а також препарати із групи харчових волокон: ламінарид, мукофальк.

Медикаментозна терапія: послаблюючі середники – гутталакс, лактулоза.

Немедикаментозні методи впливу: фітотерапія, фізіотерапія, рефлексотерапія, масаж і лікувальна фізкультура.

Функціональний енкопрез - функціональне нетримання калу у дітей, обумовлене порушенням одного із трьох центрів іннервації прямої кишки, розташованих у головному, спинному мозку й нижніх відділах кишечника.

Виділяють 2 типи функціонального нетримання калу у дітей:

- Істинний енкопрез - порушення діяльності сфінктерного апарату прямої кишки під впливом явних або прихованих психічних афектів, перинатального пошкодження нервової системи.
- Хибний енкопрез - нетримання калу, обумовлене зниженням чутливості рецепторів прямої кишки, виникає на фоні закрепів різного генезу

Клінічні прояви: виникають частіше в дошкільному віці (із 3-7 років): раніше охайна дитина починає мимовільно губити калові маси, бруднити білизну. Ці явища виникають гостро або поступово, згодом прогресують; енкопрез може бути денним (під час ігор, емоційних афектів, фізичної напруги або без видимих причин) і /або нічним. При огляді у таких дітей пальпуються розширені петлі сигмовидної ободової кишки, заповнені каловою масою, іноді у вигляді конгломерату.

Причини:

- істинний енкопрез виникає внаслідок психічного стресу, на фоні несприятливих умов у родині. Емоційний афект приводить до порушення контролю за сприйняттям

тям почуття позиву, контролем за дефекацією, хоча до цього випорожнення були регулярними. Спочатку з'являється втрата невеликої кількості калових мас на фоні щоденного, самостійного випорожнення. Згодом довільна дефекація настає усе рідше й повністю припиняється, відбувається постійне мимовільне виділення нормальної консистенції калових мас. Іноді поєднується з енурезом;

- появі хибного енкопрезу передують різні за тривалістю закрепи, на фоні яких спочатку епізодично, а потім регулярніше відбувається мимовільне відходження великих порцій твердого сухого калу, тонус анального сфінктера при цьому збережений.

Діагностика:

консультація психоневролога;

- пальцьове ректальне обстеження;
- ректороманоскопія;
- контрастне рентгенологічне дослідження (що дозволяє оцінити стан дістальних відділів товстої кишки, провести диференційний діагноз із хворобою Гіршпрунга);
- аноректальна манометрія (оцінка тонузу зовнішнього й внутрішнього сфінктера заднього проходу, прямої кишки);
- ендоректальна або трансабдомінальна ехографія (оцінка товщини стінки прямої кишки, зовнішнього й внутрішнього сфінктера заднього проходу, виявлення дефектів сфінктера).

Лікування:

проведення психотерапії;

створення правильного режиму дня, спокою навколо дитини; виключення негативних емоцій (виключити перегляд передач і кінофільмів, комп'ютерних ігор);

седативні препарати й антидепресанти;

ЛФК для зміцнення м'язів передньої черевної стінки й тазового дна; електростимуляція ануса, ампліпульсотерапія; загальний масаж.

Тренування анального сфінктера: дитині пропонують стискати анальним сфінктером газовивідну трубку, уведену в анальний канал на глибину 4-5 см. Починають із 3-5 скорочень, доводячи до 25-30. Потім дитину змушують ходити, утримуючи трубку протягом 3-5 хвилин, а потім виштовхувати її, наче роблячи акт дефекації. Проводять повторні курси лікування з інтервалом в 1-2 місяці до стійкого ефекту (4-5 курсів).

При неефективності декількох курсів консервативної терапії - вирішують питання про хірургічне лікування.

Малюкова дисхезія – напруження, пронизливий крик, почервоніння шкіри обличчя за 10-20 хвилин до відходження м'язів або рідких випорожнень.

Ці симптоми, зазвичай, зникають спонтанно після декількох тижнів.

До малюкової дисхезії призводить неспроможність дитини скоординувати підвищення внутрішньочеревного тиску з послабленням м'язів тазового дна.

Клініка. Якщо у дитини першого півріччя життя спостерігається напруження та крик протягом, принаймні, 10 хвилин перед звичайними випорожненнями, і відсутні інші проблеми зі здоров'ям, доречно діагностувати малюкову дисхезію.

Діагностика: вивчення анамнезу, з'ясування дієти, фізикальне обстеження з пальцевим ректальним дослідженням (для виключення аноректальних аномалій), оцінка фізичного розвитку.

Лікування. Важливо запевнити батьків, що протягом декількох тижнів дитина навчиться координувати розслаблення м'язів тазового дна та підвищення внутрішньочеревного тиску. При цьому треба виключити ректальну стимуляцію та послаблюючі засоби

Синдром подразнених кишок (СПК) - функціональний розлад рухової діяльності кишечника тривалістю понад 3 місяці, що проявляється болями у животі, порушенням дефекації й абдомінальним дискомфортом.

Римські Критерії розглядають три клінічних варіанти:

- з переважанням закрепу;
- з переважанням діареї;
- із больовим синдромом і абдомінальним дискомфортом.

Етіологія й патогенез. Одним із головних факторів, що беруть участь у патогенезі СПК, є порушення нервової й гуморальної регуляції рухової функції кишечника.

Клінічні прояви. Однією з головних умов діагностики СПК є нормальний фізичний розвиток. Відмічається кишечний дискомфорт або біль, пов'язаний з актом дефекації. Больовий синдром характеризується різноманітними проявами: від дифузних тупих до гострих, спастичних, від постійних до пароксизмів болю в животі. Порушення випорожнень: частота - більше 3-х разів на день або рідше 1 разу на добу; порушення форми випорожнень - щільної або м'якої консистенції; порушення акту дефекації - імперативні позиви на дефекацію або почуття неповного спорожнювання кишечника.

Обстеження й діагностичні критерії:

- наявність дискомфорту або болю на протязі 12 тижнів за останній рік; біль зникає після акту дефекації;
- біль асоціюється зі змінами форми випорожнень.

Остаточний діагноз СПК може бути виставлений тільки після виключення органічних захворювань кишок. Для цього необхідно проведення: УЗД органів черевної порожнини й малого таза; ректороманоскопія, колонофіброскопія.

Лікування: Призначається дієта: стіл № 3 за Певзнером, яка включає овочі і фрукти в сирому вигляді, молочнокислі продукти, прийом великої кількості рідини (соки, кефір, негазована мінеральна вода) до 2 л, фізична активність, при необхідності призначення баластових речовин: пшеничні висівки, скасування або обмежене вживання продуктів, що сприяють закрепам (хлібобулочні вироби із пшеничного борошна, солодощі, чорний чай, какао).

Якщо нормалізації випорожнень після зміни характеру харчування й прийому баластових речовин не відбувається, виправдане призначення проносних, що мають гідрофільний ефект: ламінарид, натуралакс, мукофальк, форлакс, гуталакс, дульколакс, суха морська капуста.

При гіпермоторній дискінезії призначають:

- спазмолітики: папаверин, но-шпу, дицетел, спазмомен, мебеверин, колофак; холінолітики: ріабал, бускопан, метацин, платифілін, а при психогенних закрепах ще й транквілізатори (седуксен, фенібут, еглоніл). Курс 7-10 днів.

Для лікування гіпомоторних дискінезій використовують:

- препарати для поліпшення нервово-м'язової провідності (вітаміни В₁, і В₆, дибазол, прозерин), ноотропні препарати (пірацетам, аміналон) на 1 місяць;
- препарати, що нормалізують перистальтику кишечника - прокінетики (мотиліум) на 2 тижні.

Для корекції дисбіотичних порушень використовують пробіотики (біфіформ та інші препарати, що містять лакто- і біфідумбактерії). При лікуванні ускладнень використовується місцеве лікування (мікроклізми, свічі або ректальні капсули зі знеболюючими й репарантами).

Немедикаментозні методи впливу: фітотерапія, фізіотерапія: електрофорез з кальцієм, платифіліном, папаверином, сульфатом магнію, ампліпульс, рефлексотерапія, масаж і лікувальна фізкультура).

При переважанні в клінічній картині СПК діареї призначається дієта стіл № 4 з виключенням овочів, фруктів, пряностей, молока, жирних сортів м'яса, риби.

Медикаментозна терапія: імодіум, ентеробене, лопедіум;

- сорбенти: полісорб, смекта, поліфепан, мукофальк, ентеросгель на 7 днів;
- пробіотики: біфіформ, аципол на 1 місяць;
- фізіотерапія: парафінові і озокеритові аплікації, індуктотермія.

При перевазі в клінічній картині СПК больового синдрому:

- препарати з групи міотропних спазмолітиків: дицетел (пінаверіум бромід) по 50-100 мг 3 рази в день під час їжі або дюспаталін (мебеверин) по 200 мг 2 рази в день за 20 хвилин до їжі, призначені на 3-4 тижні, спазмомен по 40 мг або бускопан по 10 мг 3 рази в день; холінолітики: ріабал 1-2 краплі на 10 кг маси на добу, бускопан 10 мг 3-5 разів на добу.

Фізіотерапевтичні процедури рекомендуються при виражених спастичних болях. У цьому випадку доцільно призначати зігріваючі компреси на живіт, теплові фізіопроцедури, електрофорез із сірчаною кислотою магnezією.

Показання для призначення антибіотиків: наявність гнійних інфекційних осередків поза-кишкової локалізації, токсикозу, діарейного синдрому. Антибактеріальна терапія проводиться на фоні раннього (3 день) призначення пробіотиків у капсулованій формі: біфіформ, лінекс, бактисубтил. Препарати вибору: ерцефурил або ніфуроксазид: до 6-ти місяців - 2-3 мірні ложки, старше 6 місяців - 3 мірні ложки кожні 6 годин; фуразолідон - 10 мг/кг на добу, кларитроміцин - 30-50 мг/кг на добу. Тривалість антибактеріальної терапії - 5-7 днів.

Санаторно-курортне лікування: Трускавець, Миргород, Моршин, Березовські мінеральні води. При СПК, який супроводжується запором, призначають високомінералізовані води: Єсентуки-17, Нарзан, Слов'янська. При СПК, який супроводжується поносом, рекомендують води з низькою мінералізацією: Єсентуки-4, Миргородська, Березовська. Кількість води на один прийом не більше 150 мл, тривалість курсу лікування 3—4 тижні.

Класифікації абдомінального болю

I. Класифікація болю в залежності від впливу на закінчення чутливих нервових волокон:

1. Ноцицептивний: виникає при порушенні ноцицепторів.
2. Нейропатическая: розвивається при пошкодженні закінчень чутливих нервових волокон.

II. Патогенетична класифікація:

1. Спастичний біль (кольки): викликаються спазмом гладкої мускулатури при органічній патології (печінкова, ниркова, шлункова, панкреатична, кишкові кольки і ін.), При функціональних захворюваннях (синдром подразненого кишечника), при отруєннях (свинцева колька).
2. Болі від розтягування порожнистих органів.
3. Болі в результаті порушень місцевого кровообігу:
 - а. ангіоспастичні;
 - б. стенотичні.
4. Перитонеальні болю.
5. Відбиті болі: іррадіація болю, що виникає в травних органах, або віддзеркалення болю в живіт при захворюваннях інших органів і систем.

III. Класифікація болю за механізмом її виникнення в черевній порожнині:

1. Вісцеральний
2. Парейтальний
3. Ірадіюючий
4. Психогенний

Вісцеральний біль виходить з органів (шлунка, кишечника), чутлива іннервація яких забезпечується парасимпатичної і симпатичної нервової системою. Виникає при наявності патологічних стимулів у внутрішніх органах. Основні причини її появи - раптове

підвищення тиску в підлогою органі і розтягнення його стінок, розтягнення капсули паренхіматозних органів, натяг брижі, судинні порушення. Біль при цьому дифузна, тупа, нечітко локалізована, інтенсивність її змінюється і з часом слабшає; локалізується в глибині черевної порожнини. Супроводжується вегетативними зрушеннями у вигляді блідості, профузного потовиділення, прискороного серцебиття, загального неспокою, а також такими диспепсичними явищами, як блювота і нудота.

Характерні зони сприйняття вісцерального болю:

- епігастральна: при захворюваннях шлунка, 12-палої кишки, підшлункової залози, печінки і жовчного міхура;
- періумбілікальна: при ураженні тонкої і сліпої кишок;
- гіпогастральна: при ураженні товстої кишки, органів малого таза.

Поява вісцерального болю часто пов'язане з рефлекторними вегетативними реакціями (без полегшення блювотою, тахікардією або брадикардією, артеріальною гіпотензією).

Париетальна (соматическая) біль обумовлена залученням до патологічного процесу парієтальної очеревини (при апендициті), черевної стінки. Такий біль більш виражена і локалізована в порівнянні з вісцеральною, супроводжується напругою м'язів черевної стінки. Інтенсивність її зростає при дихальних рухах і кашлі.

Характерні наступні проекції парієтального болю:

- епігастральна ділянка: при виразковій хворобі, панкреатиті, холедохолітіазі;
- правий верхній квадрант: при гепатиті, холециститі, панкреатиті;
- лівий верхній квадрант: при панкреатиті, периспленіті;
- правий нижній квадрант: при апендициті, мезентеріальному лімфаденіті, дивертикуліті Меккеля;
- лівий нижній квадрант: при дивертикуліті сигмовидної кишки.

Ірадіюючий (відображений) біль являє собою прояв рефлекторного механізму проведення вісцерального болю по чутливих цереброспинальних нервах. Так, при підвищенні тиску в кишковопорожнині виникає вісцеральний біль, яка потім іррадирує в спину, при біліарній кольці - в спину, праву лопатку і плече.

Психогенний біль виникає при відсутності вісцеральної або соматичної причини або ж коли останні грають роль пускового або провокуючого фактора. Особливе місце в її виникненні належить депресії. Тісний зв'язок депресії з хронічною абдомінальною болем пояснюється загальними біохімічними процесами, в першу чергу недостатністю моноамінергічних (серотонінергічних) механізмів. Основні ознаки даного виду болю: тривалість, монотонність, дифузний характер і поєднання з болями іншої локалізації (головним болем, болем у спині або в усьому тілі).

IV. Класифікація по локалізації болю в животі:

1. Правий верхній і середній відділи живота: біль характерна для патології печінки, жовчного міхура та жовчних шляхів, шлунка, дванадцятипалої кишки, підшлункової залози, правої нирки, правобічної нижньодольової пневмонії, апендициту (високе розташування червоподібного відростка).

2. Лівий верхній і середній відділи живота: біль характерна для лівосторонньої нижньодольової пневмонії, патології селезінки, підшлункової залози, серця, лівої нирки, шлунка.
3. Під мечоподібним відростком: при патології з боку підшлункової залози, печінки, жовчних шляхів, шлунка, нижнього відділу стравоходу, органів грудної порожнини, при грижі стравохідного отвору діафрагми, черевному плекситі.
4. Права клубова область: при апендициті, патології клубової кишки, нирок, придатків матки, сечового міхура.
5. Ліва клубова область: при патології товстого кишечника, нирок, сечового міхура, придатків матки.
6. Навколопупкова ділянка: при патології з боку тонкої і поперечної ободової кишок, червоподібного відростка, підшлункової залози, судин черевної порожнини.
7. Пахова і лобкова області: при захворюваннях сечового міхура, жіночих статевих органів, прямої кишки.

V. Етіологічна класифікація абдомінального болю:

1. Інтраабдомінальний: при захворюваннях, які локалізуються в межах черевної порожнини.
2. Екстраабдомінальний: при захворюваннях, які локалізуються поза черевною порожниною.

Клінічна картина

Перед практичним лікарем, що стикаються з проблемою БЖ, постає низку складних питань. Перший і найбільш важливий: чи не є БЖ проявом хірургічної патології, що вимагає невідкладного оперативного лікування? І другий, який більш доречний у разі рецидивного перебігу болю: чи є БЖ проявом органічного захворювання (і якого) або вони мають функціональний характер?

Під час первинного обстеження необхідно виключити важкі і життєзагрозливі стани. Небезпечні симптоми, що супроводжують абдомінальний біль, вказують на необхідність термінових діагностичних заходів, інтенсивного спостереження та вирішення питання про невідкладне хірургічному втручанні.

До них відносяться:

- запаморочення, слабкість, апатія;
- артеріальна гіпотензія, тахікардія;
- видиме кровотеча;
- лихоманка;
- повторна блювота;
- наростаюче збільшення обсягу живота;
- відсутність відходження газів, перистальтичних шумів;
- посилення абдомінального болю;
- напруга м'язів черевної стінки;
- позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга;
- вагінальні виділення;
- непритомність під час акту дефекації.

Під час опитування хворого з гострим болем у животі лікар повинен отримати відповідь на наступні питання:

1. Початок болю (поступовий, повільний, раптовий).
2. Інтенсивність болю (легкий, помірний, сильний).
3. Динаміка болю (стихання, наростання, зміна його характеру).
4. Характер болю (постійний, нападopodobний).
5. Глибина болю (поверхневий, глибокий).
6. Залежність болю від рухів, сечовиділення, дефекації.
7. Локалізація болю (в конкретному місці, дифузний, поза живота).
8. Локальність болю (локальний, мігруючий).
9. Іррадіація болю (сегментарний, відображений в уражені органи).
10. Вплив лікарських засобів (ЛЗ) (застосовані лікарські засоби, їх ефективність).

Якщо пацієнт скаржиться на біль в животі, під час опитування обов'язково слід з'ясувати:

- а) як почався біль (раптово або поступово);
- б) вираженість болю в цілому і в окремих ділянках;
- в) куди іррадіює біль;
- г) яка тривалість болю;
- д) які фактори підсилюють або зменшують біль;
- е) які інші прояви захворювання мають місце одночасно з болем (блювота, діарея, запор, дизуричні явища);
- ж) чи є зв'язок болю з прийомом їжі або води;
- і) чи є залежність БЖ від менструального циклу або його порушень (у підлітків).

Проводячи огляд, пальпацію та аускультацию живота, необхідно встановити наявність:

- а) асиметрії живота;
- б) незвичних випинань в області передньої черевної стінки;
- в) здуття живота;
- г) видимої перистальтики кишечника;
- д) ригідності передньої черевної стінки;
- е) болючих і/або пульсуючих утворень, які визначаються пальпаторно;
- ж) симптомів подразнення очеревини;
- і) кишкових шумів.

Залежно від варіанту перебігу БЖ розрізняють біль:

- гострий;
- хронічний;
- рецидивуючий.

Гострий БЖ може бути наслідком гострої хірургічної патології, травми або гострого інфекційного захворювання. Існує умовна межа - термін 3 міс, після якого триваючий біль набуває характеру хронічного. У дітей на практиці частіше доводиться мати справу з рецидивуючими БЖ, якими слід називати болю, повторювані протягом 3 міс не менше трьох разів.

Діагностика

План обстеження при болях в животі:

- Клінічний аналіз крові, сечі.
- Функціональні печінкові проби.
- Визначення активності амілази в крові, сечі.
- Визначення концентрації креатиніну в крові.
- Визначення рівня глюкози в крові.
- Аналіз крові на наявність антитіл до глистових антигенів.
- Визначення антигліадинових, антиендомізіальних і антиретікулінових антитіл (виключається целиакія).
- Пілокарпінова проба (виключається муковісцидоз).
- Аналіз калу на дисбактеріоз.
- Визначення вмісту амінолевулінової кислоти (підвищується при копропорфірії).
- Визначення вмісту ацетону в сечі.
- Дуоденальне зондування.
- Іригографія.
- Езофагогастроуденографія.
- Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та малого таза.
- Електрокардіографія.
- Рентгенографія органів грудної порожнини (за показаннями).
- Комп'ютерна томографія (за показаннями).
- Мієлограма (за показаннями).

Диференційна діагностика БЖ у дітей

Близько 10% пацієнтів, що поступають в приймальне відділення з БЖ, мають важку патологію. Диференціальна діагностика БЖ дуже обширна і вимагає логічної оцінки.

Найбільш часті причини болю в животі у дітей, у тому числі раннього віку:

- деякі інфекційні хвороби (дизентерія, гострий гепатит, кір, коклюш);
- важкий запор;
- кишкова форма муковісцидозу;
- сторонні тіла (особливо часто у маленьких дітей);
- у дівчаток - запалення придатків (аднексит);
- цукровий діабет;
- остеомієліт однієї з кісток таза (наприклад, клубової);
- запалення лімфатичних вузлів, що у черевній порожнині;
- епілепсія;
- глистяна інвазія;
- ірадіюючий біль при захворюваннях, локалізуються поза черевної порожнини
- системні захворювання та ін.

Диференційна діагностика БЖ у дітей в залежності від її локалізації

Дифузний біль в животі найчастіше зустрічається у дітей раннього віку.

Зазвичай цей біль виникає гостро, колькоподібно. Дитина скрикує, сова ніжками, підтягує стегна до живота. Якщо подібні скарги не супроводжуються підвищенням температури,

частота стулу і його характер не змінюються, немає зригувань і блювоти, спостерігається задовільна прибавка маси тіла, то є всі підстави думати про так звану тримісячну кольку, яка є частою причиною занепокоєння дітей перших 3 міс життя. Генез її невідомий.

Схожа клінічна картина у дітей в першому півріччі життя спостерігається при дісахаридазній (частіше лактазній) недостатності, непереносимості білків коров'ячого молока.

Поєднання дифузійного абдомінального болю з підвищенням температури тіла, блюванням, а в подальшому і з ознаками дегідратації і проносом вказує на гостру кишкову інфекцію (гострий ентерит, гострий гастроентерит) вірусного або бактеріального генезу.

Дифузний біль в животі може спостерігатися в результаті розвитку лімфаденіту брижі при мононуклеозі, аденовірусної або туберкульозної інфекції. При цьому лімфаденіт має генералізований характер, нерідко відзначається збільшення селезінки. Поєднання епідеміологічних, клінічних та лабораторних даних дозволяє уточнити діагноз. При інфекційному ураженні сечовивідних шляхів у дітей перших років життя також можливий розвиток дифузійного абдомінального болю. Запідозрити зазначену патологію дозволяють наявність загальноінфекційного синдрому (лихоманки, інтоксикації, гуморальної активності), зміна частоти сечовипускань та прозорості сечі. Дівчатка хворіють у 8-10 разів частіше хлопчиків. Діагноз легко підтверджується виявленням бактеріурії і лейкоцитурії. Найбільше диференційно-діагностичне значення мають вказівки на перенесені в минулому запальні зміни в нирках і сечовивідних шляхах, відсутність м'язової напруги, позитивний симптом Пастернацького (у старших дітей), загальний задовільний стан при високій температурі тіла, характерні зміни в сечі.

Хвороба Гіршпрунга може супроводжуватися сильним абдомінальним болем через рецидивуючу часткову непрохідність кишечника (копростаз), для якої характерні нападоподібні болі в животі і хворобливість при пальпації. Підвищується температура тіла, спостерігається блювота, в анамнезі - багатоденні запори. При обстеженні завжди відзначається відсутність м'язового напруги, БЖ розлиті, без чіткої локалізації, живіт роздутий. Очисна клізма найчастіше вирішує питання діагностики, проте надалі дитина повинна бути обстежений в плановому порядку.

У дітей з нервово-артритичною аномалією конституції у віці 2-7 років нерідко виникає синдром ацетонемічного блювання: біль у животі, глибоке дихання, запах ацетону з рота, позитивні реакції сечі на ацетон. В сімейному анамнезі - патологія пуринового обміну: подагра, сечокам'яна хвороба, остеофіти, мігрень та ін.

Сильний нападоподібний біль в животі без чіткої локалізації, з фебрильною температурою, артралгіями, що виникає з проміжками в кілька тижнів, характерна для періодичної хвороби. Частіше хворіють особи вірменської та єврейської національностей. Етіологія невідома, специфічних діагностичних прийомів немає. Позитивний ефект від прийому колхіцину може бути непрямим критерієм діагнозу.

Слабкий дифузний БЖ може спостерігатися при лямбліозі, в продромальний період кору, вірусного гепатиту.

Біль у верхньому квадранті живота справа. В область верхнього квадранта живота справа проєктуються: нижня частка правої легені, плевра, діафрагма, печінка і жовчний міхур, 12-

пала кишка, нирка і верхні відділи сечовивідних шляхів, головка і тіло підшлункової залози, червоподібний відросток при його високому розташуванні. Таким чином, больовий синдром в цій зоні може зустрічатися при найрізноманітніших захворюваннях. Висока поширеність гастроентерологічної, уронефрологічної патології у дітей, значна частота ураження гепатобіліарної системи призводять до того, що найбільш часто скарги на БЖ пов'язані саме з верхнім правим квадрантом.

Правобічна нижньодольова пневмонія супроводжується вираженим болем, що посилюється при кашлі та глибокому вдиху. Діагностика не становить труднощів при правильній оцінці респіраторного синдрому, лихоманки, стетоакустичних даних, рентгенологічної картини.

Крупозна пневмонія у дітей нерідко супроводжується БЖ, які пояснюються подразненням нижніх міжреберних нервів, що іннервують діафрагму, черевні м'язи, а також шкіру живота, у зв'язку з чим у таких хворих можна відзначити напругу м'язів черевної стінки. Однак, при пневмонії болі в животі непостійні і не настільки інтенсивні, як при апендициті, і з'являються на 2-3-й день захворювання. М'язове напруження черевної стінки не постійне і носить характер активного, воно зникає при відволіканні уваги хворого. Симптомів подразнення очеревини немає. Лейкоцитоз при пневмонії частіше високий (значно вище, ніж при апендициті), загальний стан важкий виникає в першу добу захворювання, а при запальних хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини - на 2-4 добу.

Виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки спостерігається частіше у підлітків. Виразка 12-палої кишки зустрічається в п'ять разів частіше, ніж виразка шлунка. Остання характеризується наявністю наполегливого БЖ, що виникає або посилюється безпосередньо після прийому їжі. Нудота передуює нападу болю; спостерігаються печія, часта блювота, відрижка повітрям, схильність до закріпів. При виразці 12-палої кишки біль помірний, переважно «голодний» або нічний. Після їжі біль стихає. Диспепсичні порушення такі ж, як і при виразці шлунка. Печія пояснюється частим поєднанням виразкової хвороби з рефлюкс-езофагітом. Апетит збережений або навіть підвищений (особливо вночі, симптом «старосвітських поміщиків»). Як і при виразці шлунка, симптом Менделя зазвичай позитивний. Діагноз підтверджується результатами фіброгастродуоденоскопічного дослідження.

При хронічних гастритах і гастродуоденітах больові відчуття неінтенсивні. На перший план виступають диспепсичні порушення: печія, відрижка, метеоризм, схильність до закріпів. Язик обкладений білим нальотом. Апетит частіше знижений. Діагноз уточнюється при фіброгастродуоденоскопічному дослідженні з біопсією на *Helicobacter pylori*, характер шлункової секреції - при рН-метрії. Рентгенологічне дослідження мало інформативно.

При холециститах, холангітах, дискінезіях жовчного міхура, що розвиваються, як правило, вторинно, на тлі хронічного дуоденіту, обмінних порушень або лямбліозній інфекції, больовий синдром за своєю інтенсивністю може варіювати від слабо вираженого тупого болю при гіпокінезії до гострого нападоподібного і вельми інтенсивного при гіперкінетичній дискінезії. Жовтяниця при перерахованих захворюваннях зазвичай відсутня, печінка може незначно збільшуватися. Болючість особливо виражена в точці Кера. Симптом Ортнера позитивний, іноді відзначається локальне напруження м'язів у

правому підребер'ї. Діагноз підтверджується результатами дуоденального зондування, біохімічного аналізу жовчі, холецистографії, ультразвукового дослідження.

Гострий гепатит А в переджовтяничний період супроводжується помірною болем в правому підребер'ї. Нудота, рідше блювота, діарея, субфебрилітет, незначне збільшення печінки, дані епідеміологічного анамнезу дозволяють запідозрити захворювання. Поява жовтяниці, підвищення вмісту в крові зв'язаного білірубіну і амінотрансфераз, імуноферментне обстеження підтверджують діагноз.

При пієлонефриті відзначаються БЖ та/або біль в попереку з боку ураженої нирки (при односторонньому процесі) або з обох сторін (при двосторонньому). Симптоми: відсутність апетиту, блювота, нетримання сечі, полакіурія, каламутна сеча. Часто поєднується з підвищеним рівнем стигматизації у дитини, вульвіти, фімозом. Діагноз ґрунтується на результатах дослідження сечі (бактеріурія, лейкоцитурія, незначна протеїнурія, транзиторна еритроцитурія), урологічного і сонографічного обстеження. В разі рецидивування абдомінального болю нез'ясованого генезу необхідно урологічне обстеження навіть при відсутності патологічних змін у сечі - пошук аномалій розвитку нирок і сечовивідних шляхів, які часто зустрічаються.

Біль у верхньому квадранті живота зліва. В область верхнього квадранта живота зліва проектується серце, перикард, нижня частка лівої легені і плевра, діафрагма, шлунок, тіло і хвіст підшлункової залози, селезінка, ліва нирка і верхній відділ сечовивідних шляхів.

Проекція нижніх відділів серця і перикарду у верхній лівий квадрант живота обумовлює у ряду дітей поширення болю з грудної клітки. Найбільш часта причина кардіального болю - патологія міокарда. Часто поєднується з артралгіями. Біль колючого характеру, помірної інтенсивності. При перикардиті зазвичай біль майже не відчувається.

Біль стенокардитичного характеру, який супроводжує інфаркт міокарда, у дітей зустрічається рідко.

Болі при залученні в патологічний процес селезінки - при анеміях, гемобластозах, лімфогранулематозі, тромбоцитопеніях, хворобах накопичення, інфекційних захворюваннях - відзначаються рідко. Найбільш частою причиною болю, що виходить із селезінки, є контрактильні болі, що виникають при фізичному навантаженні, особливо при бігу і швидкої ходьбі, у фізично не підготовлених дітей. Подібне явище розцінюється як фізіологічне і не вимагає особливої уваги.

Болі в нижньому квадранті живота справа. В ділянку нижнього правого квадранта проектується: клубова кишка, апендикс, права нирка і сечовід, придатки матки, сечовий міхур.

Мезентеріальний лімфаденіт: больовий синдром нагадує біль при апендициті. Діагностика складна, нерідко потрібні госпіталізація в хірургічне відділення і подальше спостереження. Показана туберкулінодіагностика.

Апендицит, дивертикуліт, пієлонефрит, гастроентерит, інвагінація описані вище.

Аднексит: біль локалізується в глибині таза, диспепсичні розлади і м'язова ригідність не характерні. Важливо бімануальне обстеження.

Овуляторний і передменструальний біль: зв'язок з менструальним циклом.

Болі в нижньому квадранті живота зліва. В ділянку нижнього квадранта живота зліва проєктуються: ліва нирка і сечовід, придатки матки, товста кишка, сечовий міхур.

Обстипація (важкий запор): біль може бути гострою (в результаті грубих дієтичних порушень) або хронічної (хвороба Гіршпрунга, муковісцидоз, запор при гіпотиреозі або тривалому застосуванні спазмолітиків, функціональний мегаколон [звичний запор]). Біль помірної інтенсивності, відзначаються здуття і збільшення живота в нижніх відділах. Необхідна ірігографія.

Гострий коліт: біль, що посилюється при дефекації. Стул рідкий, скудний, зі слизом, іноді в калі маються прожилки крові.

Інші захворювання, які проявляються болем у зазначеній галузі, описані вище: лівостороння ниркова колька і пієлонефрит, аднексит, лівобічний апендицит, защемлена пахова грижа, передменструальний біль.

Болі внизу живота і при сечовипусканні. Цистит або порушення пасажу сечі (стеноз шийки сечового міхура, клапан уретри, камінь, стороннє тіло). План обстеження: аналіз сечі, цистографія, цистоскопія, сонографія, урофлоуметрія.

Опік стравоходу

Опік стравоходу виникає за умови випадкового чи навмисного проковтування:

- кислот (оцтової, хлористоводневої, сірчаної, азотної)
- лугів (каустична сода, їдкий калій, аміак).

Найбільш глибокі опіки спричиняють луги – виникає глибоке розплавлення тканин; під впливом кислот утворюється поверхневий струп, що перешкоджає їх проникненню в глибокі шари. На сьогоднішній день значна частина опіків стравоходу пов'язана з концентрованою оцтовою кислотою (не менше 70% розчину), менш концентрований розчин важкого ушкодження не спричиняє. На другому місці за частотою технічні кислоти і нашатирний спирт. З інших речовин, що часто спричиняють важкі опіки, слід відзначити кристали калію перманганату. Термічні опіки виникають значно рідше – якщо дитина бере в рот острі, опік локалізується лише в ротовій порожнині і ураження стравоходу, як правило, не виникає.

Перебіг захворювання стадійний.

I стадія (гострих запальних змін) – підвищується температура тіла, дитина неспокійна, значна слинотеча, біль при ковтанні, дисфагія. При ураженні гортані – осиплість голосу і дихальна недостатність, пов'язана зі стенозом гортані (стенотичне дихання, змішана задишка). Характерні скарги на різкий пекучий біль в роті, глотці, стравоході, надчеревній ділянці; нерідко відмічають кашель, блювання. За важкої інтоксикації виникають ознаки серцево-судинної недостатності, пригнічення свідомості.

II стадія (латентна) – починається з 5-7 доби захворювання, стан дитини покращується: гострі прояви зникають, знижується температура тіла, зникають слинотеча і дисфагія, діти починають самостійно їсти і пити.

III стадія – починається на 3-5 тижні захворювання. У хворих з важкими (III ступеня) чи нелікованими опіками стравоходу відбувається рубцювання поверхні опіку і вторинне звуження стравоходу. Поступово порушується прохідність твердої, а потім і рідкої їжі. При

прогресуванні звуження виникає повна непрохідність стравоходу з дегідrataцією і виснаженням дитини.

Усім хворим, з підозрою на опік стравоходу, проводять діагностичну езофагофіброскопію, строки її виконання визначаються вираженістю клінічних проявів. За відсутності чи слабкій вираженості симптомів віброскопію проводять у першу добу захворювання, за наявності клінічних ознак опіку стравоходу першу діагностичну ендоскопію проводять наприкінці 1-го тижня, повторну – через 3 тижні, коли при опіку II ст. відбувається епітелізація його поверхні без рубцювання, а при опіку III ст. відзначають вкриту виразками поверхню з залишками грубого фібринозного нашарування і грануляціями, що вимагає проведення профілактичного бужування.

Лікування в гострому періоді спрямоване на видалення й нейтралізацію речовини, що спричинила опік, усунення болю, дисфагії, попередження рубцевого звуження стравоходу. В домашніх умовах дитину змушують випити велику кількість води чи молока, викликають блювання. Якщо речовина, що спричинила опік, відома:

- при опіку лугом необхідно випити слабкий розчин оцтової, лимонної чи 0,1% розчин хлористоводневої кислоти;
- при опіку кислотами – 2% розчин питної соди, крейди, паленої магнезії.

Перша медична допомога передбачає промивання шлунка через зонд великою кількістю води.

За виражених ознак з метою детоксикації призначають інфузійну терапію, анальгетики парентерально. Ротову порожнину регулярно обробляють розчинами антисептиків, для попередження вторинного бактеріального інфікування призначають антибіотики. При набряку гортані і пов'язаних з цим розладах дихання здійснюють блокаду нижньої носової раковини 0,25% розчином новокаїну, в/в глюкокортикоїди, 10% розчин CaCl_2 , застосовують інгаляції кисню. При прогресуванні дихальної недостатності показана назотрахеальна інкубація чи трахеостомія. Протягом першого тижня дитині призначають парентеральне харчування чи рідку й напіврідку їжу. По мірі зменшення вираженості клінічних проявів поступово призначають більш щільну їжу, а з 7-8 доби – звичайну за віком дієту.

Для попередження рубцевого звуження стравоходу при опіку II-III ст. обов'язково проведення профілактичного бужування, які починають наприкінці 1-го тижня після опіку. Використовують пластмасові бужі з тупим кінцем, які у гарячій воді стають м'якими і гнучкими. Бужування проводять у стаціонарі 3 рази/тиждень не менше 3 тижнів з подальшою ендоскопією і визначенням показань до продовження маніпуляцій. За умови правильного проведення бужування рубцеве звуження стравоходу в дитячому віці формується винятково рідко.

СИНДРОМ МАЛЛОРИ-ВЕЙССА

Характеризується шлунково-кишковою кровотечею з розриву слизової оболонки стравоходу і кардіальної частини шлунка. Спричиняючими чинниками є переповнення шлунку, підвищення внутрішньошлункового і внутрішньочеревного тиску і пов'язаний з кардіо-езофагеальний спазм, часте блювання. Сприяють розриву слизової оболонки гострий і хронічний виразковий езофагіт, виразка чи ерозія кардіального відділу шлунка, хронічний антральний гастрит (особливо геморагічний та ерозивний).

Клінічними ознаками синдрому є повторне блювання, біль за грудиною. Блювотні маси з домішками червоної крові зі згустками, а при розриві слизової оболонки кардіальної шлунка – профузна кровотеча. Стан хворого визначається важкістю крововтрати. Блювання кров'ю є підставою до проведення езофагогастроскопії з метою визначення джерела кровотечі.

Лікування спрямоване на забезпечення гемостазу і відновлення об'єму крові. При потребі застосовують кровозамінники. З допомогою фіброскопа рану тампують тромбіном чи тромбoplastином. У деяких пацієнтів здійснюють діатермокоагуляцію. При необхідності – оперативне лікування (гастрономія і прошивання слизової оболонки з судинами, що кровоточать).

ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

Захворювання органів гастродуоденальної зони посідають особливе місце серед захворювань травної системи у дітей. Це зумовлює не тільки їх частотою (60-70% в структурі хронічних захворювань травного тракту) і своєрідністю клінічного перебігу захворювань шлунка і 12-палої кишки, а й роллю, яка відіграє 12-пала кишка у фізіології і патології травлення. Як свого роду «гіпофіз» травного тракту вона за допомогою гормонів регулює секреторну, моторну та евакуаторну діяльність усієї травної системи.

В останні роки відзначають значне «помолодшання» захворювань зони, збільшення частоти виявлення ерозивно-деструктивних процесів, схильність до тривалого рецидивуючого перебігу захворювання.

Виділяють 3 основні групи хронічних захворювань органів гастродуоденальної зони у дітей:

1. Функціональні секреторно-рухові захворювання шлунку і 12-палої кишки
2. Запальні та деструктивні захворювання
3. Аномалії розвитку, положення, сторонні тіла, пухлини шлунка і 12-палої кишки

ВИРАЗКОВА ХВОРОБА ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПЕРСТНОЇ КИШКИ

Виразкова хвороба шлунка і 12-перстної кишки – хронічне рецидивуюче захворювання, що характеризується утворенням виразкового дефекту в стінці шлунка або 12-палої кишки на тлі запальних змін слизової оболонки шлунку і 12-палої кишки, схильне до прогресування, із залученням у патологічний процес інших органів і систем, розвитком ускладнень, що загрожують життю хворого.

Шифр:

К 25 – виразка шлунка (виразкова хвороба шлунка), включаючи пептичну виразку пілоричного й інших відділів шлунку.

К 26 – виразка дванадцятипалої кишки (виразкова хвороба ДПК), включаючи пептичну виразку всіх відділів ДПК.

Поширеність виразкової хвороби у дітей в Україні становить 1,5-2,8%, її в 7 разів частіше виявляють у дітей шкільного віку, у 2 рази частіше у містах, поширеність виразкової

хвороби у школярів в останні 10 років збільшилася утричі. Переважає виразка 12-палої кишки – у 81-87% спостережень, шлунка в 11-13% пацієнтів, подвійної локалізації – у 4-6%. До періоду статевого дозрівання захворювання з однаковою частотою виявляють у дівчаток і хлопчиків, у подальшому – частіше у юнаків, що зумовлене захисною дією жіночих статевих гормонів.

Етіологія

Захворювання поліетіологічне, генетично детерміноване. Обтяжена спадковість відзначена у 30-70% пацієнтів з виразковою хворобою 12-палої кишки, причому, характерне так зване «мультифакторне» успадкування, що передбачає взаємодію середовищних і спадкових чинників (полігенний комплекс). У родинях хворих дітей відбувається нагромадження генів і відзначається «синдром упередження»: спадкова виразкова хвороба виникає у пацієнтів більш молодого віку, ніж у батьків, і перебіг її більш важкий. Обтяжена спадковість є підґрунтям, на якому реалізується несприятливий вплив інших чинників, насамперед, тривалої персистенції *H.pylori* у слизовій оболонці шлунка і 12-палої кишки, що спричиняє хронічний активний антропілоробульбіт і виразку утворення.

Патогенез

В основі патогенезу виразкової хвороби лежить порушення рівноваги між факторами агресії шлункового соку і факторами захисту слизової оболонки шлунка і 12-палої кишки. Проте, фактори агресії реалізуються лише за порушення репаративної регенерації епітелію слизової оболонки внаслідок розладів нервової та гуморальної регуляції діяльності шлунка і 12-палої кишки, а також агресії *H.pylori* до клітин епітелію з формуванням локальної реакції імунної відповіді і характерною запальною реакцією, що проявляється гіперемією, набряком і порушенням трофіки ураженої ділянки.

Механізм виразко утворення відбувається у 3 основних етапи:

1. На першому етапі штами *H.pylori* 1-го типу (які мають найбільшу цитолітичну активність) безпосередньо пошкоджують епітелій слизової оболонки шляхом впливу вакуолізуючого цитотоксину. Крім того, більшість штамів *H.pylori* ініціюють складний каскад реакцій, які спричиняють виразку утворення слизової оболонки шлунку і 12-палої кишки. Внаслідок контакту *H.pylori* з епітеліоцитами клітини починають продукувати цитокіни, які активують поліморфноядерні нейтрофільні гранулоцити. Ці клітини стимулюють утворення вільно-радикального кисню, що пошкоджує мембрани клітин та зумовлює зворотну дифузію іонів водню.
2. Другий механізм пошкодження слизової оболонки поліморфоядерними лейкоцитами, який активує *H.pylori*, полягає в порушенні мікросудин епітелію і тяжких розладах мікроциркуляції.
3. Третій, найважливіший, аспект взаємодії *H.pylori* і виразки – це участь збудників у стимулюванні факторів агресії, які забезпечують гіперсекрецію хлористоводневої кислоти, впливаючи на механізм її регуляції.

H.pylori продукує уреазу – фермент, що розщеплює сечовину до аміаків і вуглекислого газу і створює навколо «хмару» лужних продуктів, які оберігають збудника від впливу кислого середовища.

Місцеве залуження середовища є чинником, що запускає механізм, який зумовлює гіпергастринемію. Крім того, Н.рулогу здатний безпосередньо стимулювати G-клітини, що також зумовлює гіпергастринемію. Одночасно Н.рулогу гальмує функцію D-клітин, які виробляють антагоніст гастрину – соматостатин, чим також стимулюють продукцію хлористоводневої кислоти.

Виразкова хвороба 12-палої кишки є наслідком двофазного процесу:

- ⇒ в першій фазі Н.рулогу створює гіпергастринемію;
- ⇒ в другій – гіпергастринемія зумовлює гіперплазію гістамінпродукуючих клітин з подальшою стійкою гіперхлоргідрією та утворенням виразок на ділянках, інфікованих Н.рулогу з ознаками метаплазії.

Основні патогенетичні механізми виразкової хвороби у дитячому віці:

- резидуально-органічний фон та/або психотравмуючі ситуації та/або депресія → підвищений тонус блукаючого нерва → гіперсекреція шлунка → формування виразкового дефекту у 12-палій кишці. Тривале існування виразки → депресія.
- вроджена гіперплазія G-клітин (генетична схильність) → гіперсекреція шлунка → формування виразкового дефекту 12-палої кишки.
- колонізація Н.рулогу воротарної частини шлунку → гіперплазія G-клітин → гіперсекреція шлунка → шлункова метаплазія епітелію 12-палої кишки → колонізація Н.рулогу 12-палої кишки → формування виразкового дефекту 12-палої кишки.
- колонізація Н.рулогу антрального відділу шлунку → гіперсекреція шлунка → шлункова метаплазія епітелію 12-палої кишки → колонізація Н.рулогу 12-палої кишки → формування виразкового дефекту 12-палої кишки.
- механізм формування виразки шлунка і 12-палої кишки за нормальної кислотності пов'язаний в основному з порушенням мікроциркуляції у стінці цих органів у дітей за наявності симпатикотонії.

Основний морфологічний субстрат виразкової хвороби – виразковий дефект слизової оболонки – утворюється на тлі «передвиразкового стану» – хронічного антрального гастриту, дуоденіту або гастродуоденіту.

Ускладнення

- Шлунково-кишкова кровотеча – може з'являтися вже на початку захворювання і бути однією з перших його ознак. Причинами, що сприяють виникненню кровотечі, є фізичне й емоційне перенавантаження, недотримання дієти, застосування деяких медикаментів (саліцилати, стероїдні гормони). Проте, іноді виникає без видимих причин. Кровотечі нерідко передують посиленню болю в животі. У деяких хворих спостерігають криваве блювання і дьогтьоподібні випорожнення, частіше кровотеча розвивається поволі, поступово. Хворі скаржаться на запаморочення, слабкість, іноді короткочасне збудження, що змінюється сонливістю, з'являється і прогресує блідість шкіри, кал набуває темного забарвлення, або

не змінюється. За такої ситуації виявляють приховану кров у калі за допомогою реакції Грегерсена, зменшення кількості еритроцитів і гемоглобіну в периферійній крові.

- Стеноз воротаря – одне з частих ускладнень виразкової хвороби у дітей, що певною мірою пов'язане з підвищеними регенеративними властивостями тканин організму. У зв'язку з затримкою їжі в шлунку відбувається його розширення з поступовим прогресуванням інтоксикації та виснаження. Клінічно найбільш характерні блювання їжею, вжитою напередодні, посилення перистальтики шлунка, особливо під час пальпації, «шум плескоту».
- Перфорації виразки шлунка чи 12-палої кишки нерідко передують фізичне навантаження. Іноді перфорація відбувається на тлі загострення захворювання, але іноді раптово виникає різкий біль у надчеребній і правій підреберній ділянках, що супроводжується блюванням кров'ю і кишковою кровотечею, послабленням пульсу, часто – шоківим станом. При пальпації живота відзначають значну болючість у надчеребній ділянці і пілородуоденальній зоні, захисне напруження м'язів, зникнення печінкової тупості внаслідок попадання повітря у вільну черевну порожнину. Поступово формуються ознаки загального перитоніту («доскоподібний» живіт, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга).
- Пенетрацію виразки (проникнення в сусідні органи, найчастіше в підшлункову залозу) у дитячому віці відзначають рідко, як правило, на тлі тяжкого рецидивуючого перебігу виразкової хвороби. Проявляється виникненням раптового болю в животі, що ірадіює у спину, нудотою і блюванням, що не приносить полегшення. Важкість стану збільшується за одночасного проникнення виразки у два поєднані органи.

Гельмінтози - хвороби, що спричиняються паразитичними червами. В людині паразитують 3 класи червів: нематоди, цмстози, трематоди. Повсюдно поширеним захворюванням є аскаридоз, а за частотою випадків виявлення в країнах помірного клімату на першому місці стоїть нетеробіоз, на другому - трихоцефальоз.

Гельмінтні захворювання поділяють залежності від особливостей розвитку гельмінтів на 2 основні категорії: геогельмінтози і біогельмінтози. Геогельмінти (аскаридоза, волосоголовець) розвиваються без зміни господарів, на початковій стадії розвитку знаходяться в зовнішньому середовищі. Яйця геогельмінтів, що виділяються з організму господаря, продовжують свій розвиток у ґрунті, воді і далі у вигляді личинок потрапляють до людини. Біогельмінти розвиваються з обов'язковою зміною господарів. У тілі проміжного господаря вони живуть на личиночій стадії і попадають до людини при вживанні м'яса, зараженого личинками (бичачий ціп'як).

Поширенню гельмінтів і пов'язаних з ними захворювань сприяють незадовільні санітарно-гігієнічні умови місцевості і недотримання правил особистої гігієни.

Трихоцефальоз – це захворювання, збудником якого є волосоголов із групи нематодозів *Trichoscephalus trichiurus*, що паразитує у нижніх відділах тонкого та початковому відділі товстого кишечника.

2. Клінічна картина

Клінічні критерії:

- найчастіше перебіг буває безсимптомним;
- шлунково-кишкові порушення: диспепсичний синдром, здуття живота, діарея із домішками крові, блювання, закреп, іноді випадіння прямої кишки;
- анемія, гіпоальбумінемія;
- діти молодшого віку можуть відставати у фізичному або розумовому розвитку.

3. Діагностика

Параклінічні дослідження:

- діагноз встановлюється за наявності яєць волосоголова у калі, виявлених методом Калантарян, Фюлеборна, Като.

4. Лікування

Призначають один з антигельмінтних препаратів:

- альбендазол – дітям віком від 2 років по 400 мг дітям до 2 років по 200 мг 1 раз на добу через 1 годину після їди протягом 1-3 днів;
 - пірантелу памоат – дітям віком 1-2 років – по 125 мг, 3-6 років – по 250 мг, 7-12 років – по 500 мг двічі, 13-15 років – по 750 мг тричі під час або після їди протягом 1-3 днів;
 - мебендазол – дітям віком від 2 років у разовій дозі 5-7 мг на 1 рік життя через 1 годину після їди; препарат приймають по 1 разовій дозі двічі на день упродовж 3 днів; Максимальна разова доза – 100 мг;
 - паралельно з антигельмінтними засобами призначають антигістамінні препарати, ентеросорбенти, рослинні адаптогени, пробіотики, пребіотики, вітаміни.
- Курс лікування складається з 2-3 циклів з інтервалом 2 тижні.
- Контроль обстеження проводять через 3 тижні після лікування триразово з інтервалом 2-3 дні.

5. Профілактика

Своєчасне виявлення і лікування хворих. Кип'ятіння води, ретельне миття фруктів, ягід, овочів.

Лямбліоз – це поширене захворювання людини, яке спричинюють мікроорганізми з родини найпростіших – *Protozoe Giardia Lamblia*. У процесі еволюції *Lamblia intestinalis* набула двох форм існування: вегетативної та цистної. Вегетативна форма нестійка в зовнішньому середовищі й гине через 5–10 хв. Вегетативні форми паразитують у верхньому відділі тонкого кишечника, причому на 1 см² слизової оболонки кишки може бути до 1 млн. лямблій і більше. У процесі своєї життєдіяльності вони поступово спускаються в дистальні відділи тонкої та поперечної ободової кишки, де утворюють цисти, і в такому вигляді виводяться з організму.

2. Клінічна класифікація лямбліозу:

- А. Носій лямбліозу (здорова людина).
- Б. Лямбліоз: субклінічний; дискінезія дванадцятипалої кишки; дуоденіт; дискінезія тонкого кишечника; ентерит; ентероколіт.
- В. Ускладнення:
 - а) дискінезія жовчовивідних шляхів;
 - б) холецистит;
 - в) функціональні порушення з боку шлунка;
 - г) гастрит;
 - г) функціональні порушення з боку підшлункової залози;
 - д) панкреатит.

Г. Лямбліоз як супутнє захворювання.

3. Клінічна картина

- симптоми з боку шлунково-кишкового тракту: нестійкість випорожнень, метеоризм, біль у черевній порожнині (у дітей старшого віку часто сильний, має виразкоподібний характер), нудота, іноді блювання, зниження апетиту.
- синдромом інтоксикації, особливою межею якого є пригнічений, депресивний стан пацієнта. Можлива також дратівливість, плаксивість, головний біль, запаморочення, порушення сну, субфебрилітет.
- ознаки ураження шкіри. Блідість шкіри, особливо обличчя, спостерігають у всіх хворих.
- порушення травлення як наслідок розвитку синдрому мальабсорбції.

4. Діагностика

Підтверджувати лямбліоз:

- виявленням вегетативних форм лямблій у рідких випорожненнях чи дуоденальному вмісті або їх цист в оформлених випорожненнях.
- імунологічні методи дослідження: виявлення АГ збудника у фекаліях або специфічних АТ в сироватці крові.
- ПЛР для виявлення ДНК лямблій.

5. Лікування

- 1) ретельне дотримання особистої гігієни;
- 2) встановлення дієти й режиму харчування, спрямованого на створення умов, що погіршують розмноження лямблій (обмеження вуглеводів і виключення молочних продуктів); введення продуктів, що є нутритивними сорбентами (каші, висівки, печені яблука, груші, сухофрукти, олія);
- 3) очищення біліарної системи, жовчного міхура й кишечника 1 раз на 6–7 днів: вживання натще 25% розчину магнію сульфату (залежно від віку) або 30–50% розчину сорбіту або ксиліту;
- 4) призначення спазмолітичних препаратів строком на 1 тиждень;
- 5) усунення дисфункціональних розладів шлунково-кишкового тракту на фоні антидепресивного лікування;
- 6) усунення В-вітамінної недостатності й підвищення стійкості нервової системи (Нейрон (В1, В2, В6, В12) – 1 таблетка 2 рази на добу після їди – 2 тижні).
- 7) використання вітаміну С, на тлі якого підвищується ефективність етіотропної терапії.
- 8) Етіотропна терапія
 - Мератин (орнідазол) при гострих формах: застосовують у дітей із масою тіла до 35 кг – по 40 мг/кг раз на добу, понад 35 кг – по 1 500 мг за 2–3 вживання – 1–3 доби. При хронічних формах – у дітей із масою тіла до 35 кг – по 25 мг/кг 2 рази на добу, понад 35 кг – по 1 000 мг за 2 вживання – 5 діб. Причому в 1-й день застосовують 1/2 розрахованої дози.
 - макмирор добова доза 30 мг/кг в 2 приєма протягом 7 діб.

У відновному періоді після перенесеного лямбліозу рекомендовано застосування препаратів, дія яких спрямована на відновлення еубіозу. Наприклад, Лактовіт форте по 1–2 капсули 2 рази на добу за 40 хв до їди – 2 тижні. Препарат містить не лише 120 млн спор, а й комбінацію вітаміну В12 із фолієвою кислотою.

Профілактику лямбліозу проводять у комплексі заходів проти кишкових інфекцій і гельмінтозів. Санування може дати стійкий ефект лише в разі наполегливого проведення санітарно-профілактичних заходів, особливо в дитячих установах. До цих заходів належать:

- а) ретельне миття рук, особливо піднігтьових просторів;
- б) дезінфекція й ретельне миття горщиків після кожного забруднення;
- в) щоденне вологе прибирання приміщень і систематична дезінфекція іграшок, меблів, інвентарю.

Основи особливості будови шкіри в ранньому віці

- Епідермісу (базальний, зернистий, роговий. Товщина різних шарів в два три рази менше ніж у дорослих. В базальному шарі у новонароджених неповне утворення меланіну. Зернистий шар виражений дуже слабо, відсутній кератогіалін. Роговий шар складається у маленьких дітей з двох трьох шарів зроговівши клітин. Схильний до легкого поранення, насичень водою.)
- Дерма у дітей відрізняється перевагою клітинних елементів, у дорослого – волокнистою структурою. Має велику кількість капілярних судин.
- Основна мембрана погано з'єднує епідерміс з дермою.
- Придатки шкіри: сальні залози функціонують в внутрішньоутробному періоді. Потові залози при народженні недорозвинуті, становлення їх функції відбувається протягом 7 років.
- Волосся у новонароджених пушкове на протязі перших років життя змінюється на постійне. Вії у дітей вираженні при народженні і ростуть дуже швидко до трьох - п'ятилітнього віку.

Фізіологічні стани шкіри і похідних

- колір (первородне мастило, фізіологічна ерітема)
- фізіологічна жовтяниця
- міліа (закупорення вивідних протоків сальних залоз)
- міліарія (закупорення вивідних протоків потових залоз)
- лануго (пушкове волосся)
- **Кропив'янка (*urticaria*)** – це захворювання, яке характеризується швидким більш чи менш розповсюдженим висипом на шкірі пухирців з чітко окресленим контуром або плям, які супроводжуються свербіжем, або папул розміром від кількох до десяти і більше міліметрів.
-
- Класифікація кропив'янки (S. Fineman, 1984)
- Імунна кропив'янка (типи I, II, III)
- Анафілактоїдна кропив'янка:
 - а) природжений ангіоневротичний набряк;
 - б) хімічні літератори медіаторів;
 - в) підвищена чутливість до гістаміну
- Фізична кропив'янка:
 - • Холодова
 - • Теплова
 - • Вібраційна
 - • Холінергічна
 - • Сонячна
 - • Від механічного стискання
 - • Аквагенна
- Змішана група:
 - • Папульозна кропив'янка
 - • Пігментна кропив'янка
 - • Мастоцитоз системний
 - • Кропив'янка, як прояв системних захворювань сполучної тканини, деяких пухлин, ендокринних порушень
 - • Ідіопатична

- • Психогенна
- За перебігом кропив'янку поділяють на гостру і хронічну. До гострої відносять кропив'янку і ангіоневротичний набряк, які тривають не більше 6 тижнів і супроводжуються сильним свербіжем шкіри і обширним висипом на ній. Якщо ознаки хвороби тривають довше, то говорять про хронічний перебіг захворювання. Характеризується невеликим висипом на шкірі. Елементи, як правило, дрібні і тримаються довго.
- Виділяють імунну (має імунологічний механізм утворення медіаторів) та неімунну (медіатори ті ж, але утворюються без участі імунологічного механізму) форми.
- За тяжкістю перебігу кропив'янку поділяють на легку, середньої тяжкості і тяжку.
-
- **Алергічна кропив'янка** спричинюється дією алергенів. В основі її патогенезу лежать I-III типи імунопатологічних реакцій, але провідна роль належить реагіновому механізму. Найчастіше алергічна кропив'янка зумовлена лікарськими засобами, харчовими та інсектними алергенами.
-
- **Псевдоалергічна кропив'янка** характеризується різними етіологічними факторами і механізмами розвитку. В основі патогенезу лежать лібрація гістаміну, активація комплементу і калікреїнкінінової системи тощо. Етіологічним чинником найчастіше є: лікарські засоби (антибіотики, рентген контрастні речовини, білкові препарати тощо); харчові продукти; фізичні фактори (натискання, вібрація, сонячне опромінення, тепло, холод тощо). У патогенезі псевдоалергічного варіанту кропив'янки важливу роль відіграє патологія травного тракту. Найчастіше відзначають ураження гепатобіліарної системи.
- **Діагностика:**
- Діагноз встановлюють на підставі появи типового висипу, який супроводжується свербіжем і має повну зворотність елементів.
- **Обов'язкові лабораторні обстеження**
- • Клінічний аналіз крові
- • Загальний аналіз сечі
- • Біохімічний аналіз крові (загальний білок, білірубін загальний і його фракції, АЛТ, АСТ, глюкоза крові, креатинін, сечова кислота).
- • RW, ВІЛ
- • Копрограма
- **Додаткові лабораторні обстеження** при ідіоматичній та дерматографічній кропив'янці
- • Ревматологічні проби (антинуклеарний фактор, антитіла до ДНК, СРП, кріопреципітини).
- • Бактеріологічні дослідження (фекалій, матеріали зі слизової ротоглотки).
- • Копроовоцистоскопія.
- • Диференційоване виявлення антитіл до токсокари, ехінокока, опісторхіса, трихінели та інших паразитів.
- **Алергологічне обстеження**
- • Алергологічний анамнез (з урахуванням фармакологічного і харчового)
- • Prick та скарифікаційні шкірні тести з атомічними алергенами та внутрішньо шкірні тести з інфекційними алергенами
- **Обов'язкові інструментальні дослідження**
- • Велоергометрія – виключення холінергічної кропив'янки
- • УЗД, ЕГДС, ЕКГ при ідіоматичній, не уточненій, дерматографічній.
- **Додаткові інструментальні дослідження** - рентгенографія органів грудної клітки та додаткових пазух носа.
- **Лікування**

- Гіпоалергенна дієта з виключенням причинно-значущих харчових алергенів та продуктів гістаміно-лібераторів, а також елімінаційні заходи (усунення контактів з домашнім пилом, пилковими алергенами, ліками). Санація хронічних вогнищ інфекції.
- **Лікування загострення захворювання**
- *Легкий перебіг*
- Проведення елімінаційних заходів.
- Антигістамінні препарати II та III поколінь. Тривалість прийому – до 1 місяця.
- Кетотифен 0,001г 2 рази на добу протягом 3 місяців.
- Не потребує застосування ГКС.
- *Перебіг середньої тяжкості*
- Антигістамінні препарати I покоління парентерально: тавегіл 0,1% 2 мл в/м чи в/в на фізіологічному розчині чи супрастин 2,5% протягом 2-3 днів.
- За відсутності ефекту – ГКС системної дії: преднізолон 1-2-3-5 мг/кг чи дексаметазон у відповідній дозі в/м чи в/в.
- Потім антигістамінні засоби II та III поколінь. Тривалість прийому до 1 місяця.
- Антигістамінні препарати із стабілізуючою дією на мембрани базофілів: кетотифен 0,001 г 2 рази на добу протягом 3 місяців.
- *Тяжкий перебіг*
- Проведення елімінаційних заходів.
- Антигістамінні препарати I покоління парентерально: тавегіл 0,1% в/м чи в/в на фізіологічному розчині чи супрастин 2,5% протягом 5-7 днів.
- За відсутності ефекту – ГКС системної дії: преднізолон 1-2-3-5 мг/кг чи дексаметазон у відповідній дозі в/м чи в/в.
- За показаннями проведення дезінтоксикаційної терапії: гемодез в/в крапельно, 3-4 введення протягом 3-4 діб.
- Можливий прийом антигістамінних препаратів зі стабілізуючою дією на мембрани базофілів: кетотифен 0,001 г 2 рази на добу протягом 3 місяців.
- Ангіоневротичний набряк (набряк Квінке) вважають одним із варіантів кропив'янки, в основі якого лежать такі ж самі патофізіологічні механізми, як і у разі кропив'янки, але патологічний процес поширюється глибше на дерму або підшкірну основу.
- Основний клінічний прояв ангіоневротичного набряку – обмежений набряк певної ділянки тіла. Найчастіше він локалізується в ділянці голови (лице, слизова оболонка ротової порожнини, губи, язик та ін.), шиї, кистей рук, стоп, зовнішніх статевих органів. Шкіра на місці набряку незмінена. Хворі скаржаться на печію і дискомфорт, рідше – на свербіння.
- Алгоритм лікування гострої кропив'янки та набряку Квінке полягає у створенні штучного голодування для хворого на 2-3 дні, призначення ентеросорбентів та послаблюючих засобів (у клізмі), парентеральному введенні антигістамінних препаратів, внутрішньовенному введенні глюкокортикостероїдів (1-2 мг/кг ваги тіла).

Набряк Квінке в життєво небезпечних ділянках .

Небезпечним є набряк Квінке в області гортані, який зустрічається в 25% всіх його випадків. Виникнення набряку гортані проявляється охриплістю голосу, "гавкаючим" кашлем, утрудненим диханням, інспіраторно-експіраторною задишкою, шумним і стридорозним диханням, ціанозом обличчя, тривогою хворих. Якщо набряк поширюється на трахею, бронхи, то розвивається бронхоспастичний синдром і є вірогідною смерть від асфіксії. При легкій і середній важкості набряк гортані триває від 1 години до доби. При локалізації набряку на слизових оболонках шлунково-кишкового тракту (ШКТ) це проявляється абдомінальним синдромом, який починається з нудоти, блювання. В деяких випадках може приєднується гострий біль (спочатку локальний, потім - розлитий), що супроводжується метеоризмом, посиленою перистальтикою. В

цей період може спостерігатися позитивний симптом Щьоткіна-Блюмберга. Закінчується приступ профузним проносом. Абдомінальний набряк в 30% супроводжується шкірними проявами.

При локалізації набряку Квінке на обличчі в процес можуть залучатися серозні мозкові оболонки з появою менінгіальних симптомів і судом.

Надання допомоги при набряку Квінке.

1. Припинення надходження алергену (лікарського, харчового).
2. Введення парентеральних антигістамінних препаратів з переходом на пролонговані антигістамінні препарати (2 та 3 покоління).
3. Внутрішньовенне введення ГКС: преднізолон (дорослим - 60-150 мг, дітям – з розрахунку 1 мг на 1 кг маси тіла).
4. Симптоматичне лікування.
5. При загрозі ядухи – інтубація трахеї, штучна вентиляція легень.

При зникненні шкірних проявів ГАКр або набряку Квінке проводиться обмеження хворого (з врахуванням попереднього введення антигістамінних препаратів і ГКС) для виявлення їх «причинного фактору». При виявленні – його елімінація. При невиявленні – продовження гіпоалергенної дієти, максимальне обмеження контакту з екзоалергенами, тригерними факторами, антигістамінні препарати. Лікування супутніх захворювань.

Атопічний дерматит

<i>Класифікація</i>	Немовляча	Дитяча	Підліткова	Обмежений
Розповсюджений	Дифузійний			

Етіологія **Алергени харчові, побутові, пилкові, епідермальні, грибкові, бактеріальні, вакцинальні**

<i>Основні</i>	Ерітема (гіперемія)	Набряк (папула)	Мокнуття (кірки)	Екскоріації
Ліхеніфікація				
<i>Синдроми</i>				

Сухість шкіри	Шкіряні тести з алергенами	Визначення
загального та специфічних ІдЕ	Біопсія шкіри	

Суб'єктивні

Симптоми: Зуд, порушення сну

Симптоми харчової алергії

Шкірні прояви

- Кропивниця і почервоніння шкіри (негайні реакції), загострення атопічної екземи (затримка реакції і рідко єдиний симптом харчової алергії)

- Харчова речовина часто виявляється загострювальним фактором при тяжкій atopічній екземі у немовляти.
- Atopічний дерматит може посилюватися багатьма факторами, включаючи сухе зимове повітря, стрес, інфекції і пітливість. Картина рецидив-ремісія є поширеною і складною у малюків, коли вводять багато нових продуктів.

Кишкові симптоми

- Болі в животі, блювота, зміни консистенції випорожнення, стійкий плач і неспокій дуже важко інтерпретувати у дитини. Частота перистальтики кишечника сильно відрізняється між індивідуумами. Наприклад, нормальним для немовляти може бути дефекація 10 разів на день або раз на тиждень (за умови, що дитина добре і нормально розвивається).
- Всі зміни в дієті можуть викликати тимчасові зміни в функції кишечника, що є нормальним явищем.
- Серед симптомів шлунково-кишкового тракту найбільш очевидною є контактна алергія навколо рота і губ, яка з'являється практично відразу після прийому їжі, і тому її легко пов'язати з подразнюючою їжею (помідор, цитрусові фрукти та яблуко при алергії на пилок берези).

Симптоми дихальних шляхів

- Риніт, свербіння очей, чхання і задишка рідкісні.
 - Вони, як правило, пов'язані з тяжкою системною реакцією з ознаками кропивниці і анафілаксії.

Симптоми, пов'язані з часом виникнення, та інші симптоми

- Симптоми харчової алергії зазвичай з'являються протягом декількох тижнів не пізніше, ніж після введення нової їжі.
- IgE-опосередковані симптоми зазвичай виникають протягом хвилин і не пізніше, ніж протягом 1-2 годин. Затримані симптоми виникають протягом декількох годин і не пізніше, ніж через кілька днів.
- Надзвичайно важко асоціювати відстрочені кишкові реакції, надмірний плач, занепокоєння і загострення atopічної екземи з певною їжею. Подвійно сліпа харчова провокація може бути корисною в діагностиці.

6. План та організаційна структура заняття

№	Основні етапи заняття їх функції за зміст	Навчальні і цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, індуктивності)	Розподіл часу (хв.)
1	Підготовчий етап	I	- Усне опитування	Питання	11,5
2	Організаційні заходи	II	- Розв'язування ситуаційних задач	Задачі	77,4
3	Постановка навчальних цілей та мотивація Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь: - визначення ФРТ і поширеність захворюваності на ФРТ у	III	- Контроль практичних навичок	Діти різного віку	26,6

	<p>дитячій популяції</p> <ul style="list-style-type: none"> - фактори ризику розвитку ФРТ - класифікацію ФРТ - принципи клінічної діагностики - варіанти перебігу і наслідки ФРТ - визначати можливі причини розвитку найбільш поширених патологічних синдромів у дітей з гастроінтестинальною патологією. - визначати тактику ведення хворих з гастроінтестинальною патологією. - проводити клінічний огляд хворого з гастроінтестинальною патологією. - планувати обстеження хворої дитини з гастроінтестинальною патологією та інтерпретувати отримані результати. - проводити диференційну діагностику гастроінтестинальної патології у дітей та ставити попередній 				
--	--	--	--	--	--

	<p>клінічний діагноз.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ставити діагноз і призначати лікування дітям з гастроінтестинальною патологією. - здійснювати прогнози (для життя, для здоров'я, для працездатності) дітям з гастроінтестинальною патологією. - невідкладна допомога при ускладненнях обумовлених гастроінтестинальною патологією у дітей. 				
4	<p>Основний етап</p> <p>Формування професійних вмінь та навичок</p> <ul style="list-style-type: none"> - диференційно-діагностичного пошуку -тактики ведення пацієнта 	III	Практичний тренінг	<ul style="list-style-type: none"> - професійні алгоритми -клінічне обстеження тематичного пацієнта з призначенням обстеження та лікування -підготовка до тестового екзамену ліцензійного інтегрованого іспиту для лікарів (фармацевтів/провізорів)-інтернів галузі знань «Охорона здоров'я» Крок 3 	272,2

5 6 7	<p align="center">Заклучний етап</p> <p>Контроль та корекція рівня професійних навичок та умінь Підведення підсумків заняття (теоретично, практичного, організаційного)</p> <p>Домашнє завдання</p> <p>Основна:</p> <p>1. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 томах. / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман; переклад 8-го англ. Видання, 2019. – Т1 -378 с., Т2 – 426 с.</p> <p>2. Nelson textbook 20th Edition by Robert M. Kliegman, MD, Richard E. Behrman, MD, Hal B. Jenson, MD and Bonita F. Stanton, MD. 2018. Видавництво: SAUNDERS</p> <p>4. Robert Kliegman Joseph St. Geme. Nelson Textbook of Pediatrics, 2-Volume Set. 21st Edition. 2019. Elsevier. 4264 p.</p> <p>5. Клінічна педіатрія /за редакцією В.М.Дудник, 2021. Нова книга. 648 с.</p> <p>6. Невідкладні стани в педіатричній практиці: навчальний посібник /Ю. В. Марушко, Р. Р. Шеф, Ф. С. Глумчер та ін., 2020. Медицина. 440с.</p> <p>Додаткова :</p> <p>1 Taylor AK, Lebwohl B, Snyder CL, Green PHR. Celiac Disease. 2008 Jul 3 [updated 2019 Jan 31]. In: Adam MP, Feldman J, Mirzaa GM, Pagon RA, Wallace SE, Bean LJH, Gripp KW, Amemiya A, editors. GeneReviews® [Internet].</p>	III	- Індивідуальний контроль навичок та їх результатів	<p>- діти різного віку</p> <p>- задачі Крок3</p> <p>- журнал обліку відвідувань та успішності лікарів (провізорів)-інтернів</p>	74,3
-------------	--	-----	---	---	------

<p>Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993–2023. PMID: 20301720.</p> <p>2 Chen D, Zhang Y, Huang T, Jia J. Depression and risk of gastrointestinal disorders: a comprehensive two-sample Mendelian randomization study of European ancestry. Psychol Med. 2023 Nov;53(15):7309-7321. doi: 10.1017/S0033291723000867. Epub 2023 May 15. PMID: 37183395.</p> <p>3 Scarpellini E, Tack J. Post-COVID-19 Gastro-Intestinal Disturbances. Rev Recent Clin Trials. 2023;18(1):34-40. doi: 10.2174/1574887118666221201104833. PMID: 36464877.</p> <p>4 Chen J, Wan CM, Gong ST, Fang F, Sun M, Qian Y, Huang Y, Wang BX, Xu CD, Ye LY, Dong M, Jin Y, Huang ZH, Wu QB, Zhu CM, Fang YH, Zhu QR, Dong YS. Chinese clinical practice guidelines for acute infectious diarrhea in children. World J Pediatr. 2018 Oct;14(5):429-436. doi: 10.1007/s12519-018-0190-2. Epub 2018 Sep 29. PMID: 30269306.</p> <p>Інформаційні ресурси</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. https://mozdoc.kiev.ua/index.php?nav=8 2. https://www.dcc.gov.ua/cat 				
--	--	--	--	--

	<p>mtd/pediatricguidelines.gov.ua</p> <p>3. mtd.pediatricguidelines.gov.ua</p> <p>4. WONCA Global Standards for Family Doctors Postgraduate Education https://wfme.org</p> <p>5. http://clinical.evidence.bmj.com</p> <p>6. http://inmeds.com.ua/ – веб-ресурс «Єдиний медичний простір»</p> <p>7. http://mtd.dec.gov.ua</p> <p>8. https://zakononline.com.ua/documents/show/67302 67302 Про удосконалення організації надання медичної допомоги дітям підліткам та молоді</p> <p>9. https://d-l.com.ua/ua/zbirnyk-4/zbirnik-klinichnih-rekomendacij Збірник клінічних рекомендацій .2020 Київ</p>				
--	--	--	--	--	--

7. Матеріали методичного забезпечення заняття.

Теоретичні питання до заняття

1. Етіологія, патогенез функціональних захворювань кишок у дітей
2. Клініка функціональних захворювань кишок: функціональної диспесії, функціонального закрепу, синдрому подразненого кишечника, дисхезії, синдрому регургітації та румінації, абдомінальної мігрені та ін..
3. Лікування функціональних захворювань кишок у дітей
4. Диференційна діагностика захворювань та станів, що супроводжуються гастроінтестинальними розладами
5. Біль в животі: причини, диференційний пошук
6. Охарактеризуйте поняття “гельмінтози” у дітей.
7. Скільки класів червів і які паразитують в людині.
8. Як підрозділяються гельмінти залежно від особливостей розвитку.
9. Поняття “геогельмінти”.
10. Поняття “біогельмінти”.
11. Основні принципи ведіння дітей з ентеробіозом.
12. Основні принципи ведення дій з аскаридозом.
13. Характерні особливості трихоцефальозу і принципи лікування та профілактики.
14. Охарактеризуйте основні сучасні проотиглистові препарати.
- 15.

Практичні питання до заняття

1. Зібрати анамнез, обрати відомості, які свідчать на користь цієї хвороби;
2. Виявити найбільш інформативні ознаки хвороби при об'єктивному та лабораторно-інструментальному обстеженні хворого;
3. Встановити клінічний діагноз, згідно загальноприйнятої класифікації.
4. Оцінити дані анамнезу хвороби та анамнезу життя, фактори ризику;
5. Провести клінічне обстеження кардіологічного хворого;
6. Скласти план додаткових методів дослідження;
7. Оцінити результати клініко-інструментального обстеження хворого;
8. Сформулювати діагноз.

Задачі

1У хлопчика 2-х років на 5-й день діареї (*E.coli*) та субфебрильної лихоманки з'явився поширений петехіальний висип, діурез - 50 мл на добу. Загальний аналіз крові: гемоглобін - 70 г/л, КП- 0,85, фрагментовані еритроцити, тромбоцити - 55 Г/л. Креатинін - 240 мкм/л. Найімовірнішою причиною ниркової недостатності є:

2 Дівчинка, 12 років, проживає у незавільних соціально-побутових умовах. Скаржиться на періодичний переймистий біль у животі, закрепи, швидку втомлюваність. Дитина емоційно лабільна. При пальпації живота визначається болючість по ходу товстої кишки, спазмована сигмовидна кишка. При колоноскопії змін зі сторони слизової оболонки товстої кишки не виявлено. Копрологічне дослідження: калові маси фрагментовані, із домішками невеликої кількості слизу, не містять решток їжі чи продуктів запалення. Яким є найбільш імовірний діагноз?

Література:

Основна:

1. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 томах. / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман; переклад 8-го англ. Видання, 2019. – Т1 -378 с., Т2 – 426 с.

2. Nelson textbook 20th Edition by Robert M. Kliegman, MD, Richard E. Behrman, MD, Hal B. Jenson, MD and Bonita F. Stanton, MD. 2018. Видавництво: SAUNDERS
4. Robert Kliegman Joseph St. Geme. Nelson Textbook of Pediatrics, 2-Volume Set. 21st Edition. 2019. Elsevier. 4264 p.
5. Клінічна педіатрія /за редакцією В.М.Дудник, 2021. Нова книга. 648 с.
6. Невідкладні стани в педіатричній практиці: навчальний посібник /Ю. В. Марушко, Р. Р. Шеф, Ф. С. Глумчер та ін., 2020. [Медицина](#). 440с.

Додаткова:

- 1 Taylor AK, Lebwohl B, Snyder CL, Green PHR. Celiac Disease. 2008 Jul 3 [updated 2019 Jan 31]. In: Adam MP, Feldman J, Mirzaa GM, Pagon RA, Wallace SE, Bean LJH, Gripp KW, Amemiya A, editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993–2023. PMID: 20301720.
- 2 Chen D, Zhang Y, Huang T, Jia J. Depression and risk of gastrointestinal disorders: a comprehensive two-sample Mendelian randomization study of European ancestry. Psychol Med. 2023 Nov;53(15):7309-7321. doi: 10.1017/S0033291723000867. Epub 2023 May 15. PMID: 37183395.
- 3 Scarpellini E, Tack J. Post-COVID-19 Gastro-Intestinal Disturbances. Rev Recent Clin Trials. 2023;18(1):34-40. doi: 10.2174/1574887118666221201104833. PMID: 36464877.
- 4 Chen J, Wan CM, Gong ST, Fang F, Sun M, Qian Y, Huang Y, Wang BX, Xu CD, Ye LY, Dong M, Jin Y, Huang ZH, Wu QB, Zhu CM, Fang YH, Zhu QR, Dong YS. Chinese clinical practice guidelines for acute infectious diarrhea in children. World J Pediatr. 2018 Oct;14(5):429-436. doi: 10.1007/s12519-018-0190-2. Epub 2018 Sep 29. PMID: 30269306.

Інформаційні ресурси

10. <https://mozdocs.kiev.ua/index.php?nav=8>
11. https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/pediatriciya
12. guidelines.moz.gov.ua
13. WONCA Global Standards for Family Doctors Postgraduate Education
<https://wfme.org>
14. <http://clinicalevidence.bmj.com>
15. <http://inmeds.com.ua/> – веб-ресурс «Єдиний медичний простір
16. <http://mtd.dec.gov.ua>
17. https://zakononline.com.ua/documents/show/67302_67302 Про удосконалення організації надання медичної допомоги дітям підліткам та молоді
18. <https://d-l.com.ua/ua/zbirnyk-4/zbirnik-klinichnih-rekomendacij> Збірник клінічних рекомендацій .2020 Київ