

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**ВИРАЗКОВА ХВОРОБА ШЛУНКА
ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ**

Методичні рекомендації

Харків – 2019

Рецензенти:

І. С. Лебець – доктор медичних наук, професор, головний науковий співробітник відділення кардіоревматології ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»;

Л. А. Страшок – доктор медичних наук, професор кафедри підліткової медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти.

*Затверджено до друку рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 1 від 31 жовтня 2018 року)*

В 52

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки у дітей : метод. рекомендації / уклад. С. Р. Толмачова, В. Г. Чернуський, І. М. Бессонова, Л. В. Камарчук. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2019. – 24 с.

У методичних рекомендаціях викладено причини розвитку виразкової хвороби в дитячому віці, представлена клінічна картина захворювання, розглядаються принципи діагностичного пошуку, критерії діагностики, ускладнення і сучасні методи лікування. Представлено питання для самоконтролю і тестові завдання. Методичні рекомендації укладені відповідно до програми навчальної дисципліни «Педіатрія» для студентів IV курсу.

УДК [616.33-002+616.342]-053.2/.5

© Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, 2019

© Толмачова С. Р., Чернуський В. Г.,
Бессонова І. М., Камарчук Л. В., уклад., 2019

© Дончик І. М., макет обкладинки, 2019

ЗМІСТ

Список скорочень.....	4
Вступ.....	5
Визначення.....	6
Епідеміологія.....	6
Етіологія.....	6
Патогенез.....	7
Класифікація виразкової хвороби.....	8
Діагностика.....	9
Клінічна картина.....	10
Диференційна діагностика.....	11
Лікування.....	12
Ускладнення.....	14
Профілактика.....	15
Результати і прогноз.....	15
Диспансерне спостереження.....	15
Питання для самоконтролю.....	15
Тестові завдання.....	16
Ситуаційні задачі.....	19
Список рекомендованої літератури.....	21

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

ВХ – виразкова хвороба

ГЕФР – гастроезофагальний рефлюкс

ДГР – дуоденогастральний рефлюкс

ДПК – дванадцятипала кишка

НР – *Helicobacter pylori*

УЗД ОЧП – ультразвукове дослідження органів черевної порожнини

ФЕГДС – фіброезогастродуоденоскопія

ШКТ – шлунково-кишковий тракт

ВСТУП

Хвороби органів травлення займають одне з перших місць у структурі соматичної патології як дорослого, так і дитячого населення. Найбільш поширеними є хронічний гастродуоденіт і виразкова хвороба (ВХ). Особливостями сучасного перебігу ВХ у дітей є зростання частоти захворювання, ускладнень та рецидивів, а також нівелювання сезонності загострень і їх безсимптомний перебіг у половини хворих, що робить актуальним ранню діагностику, лікування і профілактику захворювань органів травлення.

Збільшення числа нетипових форм захворювання, відсутність настороженості лікарів стосовно формування виразкового процесу у дітей, особливо з обтяженою спадковістю, спричиняє пізню діагностику ВХ, що призводить до раннього формування ускладнень, зниження якості життя дітей.

Поставлені акценти в рекомендаціях на ключових питаннях сучасних особливостях перебігу захворювання, діагностики, механізмів розвитку та лікування виразкової хвороби дозволять студентам більш якісно засвоїти навчальний матеріал і набути необхідних знань для майбутньої практичної діяльності.

ВИЗНАЧЕННЯ

Виразкова хвороба – хронічне рецидивуюче захворювання, основним морфологічним субстратом якого є виразковий дефект у шлунку, дванадцятипалій кишці (ДПК) або проксимальному відділі тонкої кишки з частим залученням до патологічного процесу інших органів системи травлення і розвитком різноманітних ускладнень.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

Поширеність ВХ серед дітей значно коливається в різних країнах світу. Найбільша її частота – в США, Швеції та високорозвинених європейських країнах. Останніми роками відзначається як збільшення кількості дітей з ВХ, так і «омолодження» захворювання. Серед патології органів травлення на долю ВХ припадає 1,7–16 %. Частота ВХ становить 1 випадок на 600 дітей. Поширеність ВХ серед дитячого населення України становить 0,4–4,3 %. Пік захворюваності припадає на 9–11 років у дівчаток і на 12–14 років у хлопчиків. Спадкова схильність за ВХ відзначається у 45–75 % хворих. У переважної більшості дітей, що страждають на ВХ, діагностується локалізація виразкового дефекту в ДПК (у 82–87 %), у 11–13 % хворих – у шлунку, а поєднана локалізація (шлунок і ДПК) виявляється в 4–6 % випадків.

ЕТІОЛОГІЯ

ВХ є поліетіологічним захворюванням. У її виникненні відіграють роль порушення взаємодії між факторами агресії та факторами захисту в шлунку, *Helicobacter pilori* (НР) і спадкова схильність (генетично детермінована висока щільність парієтальних клітин, їх підвищена чутливість до гастрину, дефіцит інгібіторів трипсину, вроджений дефіцит антитрипсину). Під впливом несприятливих факторів (порушення нейрогуморальної функції шлунка, інфікування НР, тривале неправильне харчування, психоемоційний стрес, шкідливі звички) реалізується генетична схильність до розвитку ВХ.

Вирішальна роль у розвитку ВХ у наразі відводиться мікроорганізмам *Helicobacter pilori* – грамнегативна бактерія, що виявлена в 1983 році австралійськими вченими Б. Маршаллом і Дж. Варреном. Ці бактерії виробляють цілу низку ферментів (уреаза, протеази, фосфоліпази), які пошкоджують захисний бар'єр слизової оболонки, а також різні цитотоксини. Обсіменіння слизової оболонки шлунка НР супроводжується розвитком поверхневого антрального гастриту

і дуоденіту, підвищенням рівня гастрину з подальшим посиленням секреції соляної кислоти. Надмірне надходження соляної кислоти до просвітку ДПК в умовах відносного дефіциту панкреатичних бікарбонатів сприяє посиленню дуоденіту, виникненню кишкової метаплазії і поширенню НР. За умов наявності спадкової схильності і дії додаткових етіологічних факторів (неправильне харчування, нервово-психічні стреси та ін.) формується виразковий дефект. Колонії живуть в шлунку, ризик зараження з віком збільшується. Інфікованість НР у дітей 5–7 років становить 40–50 %. Інфекція НР у більшості випадків є причиною розвитку виразкової хвороби шлунка і ДПК, В-клітинної лімфоми і раку дистальних відділів шлунка. Близько 95 % виразок ДПК і 80 % виразок шлунка пов'язані з наявністю інфекції НР.

Для виразкової хвороби характерний циклічний перебіг, сезонність загострень (весна і осінь). Загострення частіше виникають після стресів і порушення харчування.

Окремо виділяють симптоматичні виразки, які асоційовані з прийомом нестероїдних протизапальних засобів, стероїдних гормонів.

ПАТОГЕНЕЗ

В основі патогенезу ВХ – порушення взаємодії між факторами агресії і факторами захисту слизової оболонки. Факторами агресії є соляна кислота, пепсин, гістамін, жовчні кислоти, дуоденогастральний рефлюкс, а факторами захисту – слиз, луги, регенераторна здатність слизової оболонки шлунка, простагландини.

Під впливом нервово-психічних порушень, захворювань органів травлення, ендокринопатій, аліментарних факторів відбувається зрушення в бік чинників агресії, що приводить до пошкодження слизової оболонки.

Під впливом *Helicobacter pylori* відбувається запуск каскадних реакцій цитокінового ряду IL-8 з модулюванням хемотаксису, хемокінезу, агрегацією і вивільненням ферментів із нейтрофілів, що посилює пошкодження епітелію слизової оболонки шлунка. Вплив НР приводить до уповільнення міграції епітелію в разі утворення дефекту з подальшою стимуляцією апоптозу. Це підсилює загибель клітин у краях виразок і ускладнює їх загоєння. Зниження рівня епідермального фактора росту за персистенції НР викликає затримку репарації, зменшення синтезу простагландинів (PGE2), що приводить до порушення мікроциркуляції і трофіки тканин.

КЛАСИФІКАЦІЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

(Баранов та спів., 1996)

I. Локалізація – шлунок (медіагастральна, пілороантральна), ДПК (цибулина, постбульбарна), шлунок і ДПК.

II. Клініко-ендоскопічна стадія

1 стадія – свіжа виразка (загострення);

2 стадія – початок епітелізації виразкового дефекту (загострення);

3 стадія – загоєння виразкового дефекту (з формуванням рубця, без рубця) (відповідає початку ремісії);

4 стадія – відсутність ознак або стійкий рубець (відповідає ремісії).

III. Тяжкість перебігу: легкий, середньої тяжкості, тяжкий.

IV Ускладнення: кровотеча, пенетрація, перфорація, стеноз воротаря, перивісцерит.

Функціональна характеристика: кислотність вмісту шлунка і моторика – підвищені, знижені, нормальні.

Хвороби, що супроводжують: панкреатит, езофагіт, холецистохолангіт.

Класифікація виразкової хвороби

(Мазурін А. В., 1984 р., Приворотський В. Ф., Луппова Н. Е., 2005)

Таблиця 1

Фази		Локалізація	Форма	Інфікування <i>H. pylori</i>
1. Загострення. 2. Неповна клінічна ремісія. 3. Клінічна ремісія.	1. Вперше виявлена. 2. Рідко рецидивуюча (ремісія більше 3 років). 3. Безперервно рецидивуюча (ремісія менше 1 року).	Шлунок. ДПК: - цибулина; - постбульбарний відділ; - подвійна локалізація.	1. Неускладнена. 2. Ускладнена: - кровотеча; - пенетрація; - перфорація; - стеноз воротаря; - перивісцерит	1. НР-позитивна. 2. НР-негативна.

Під час формулювання діагнозу (табл.1) вказують локалізацію виразки (шлунок, ДПК або подвійну поразку), фазу захворювання (загострення, неповна клінічна ремісія і клінічна ремісія), ендоскопічну характеристику дефектів і стадію еволюції виразкового процесу, наявність *H. pylori*, ускладнення.

Основний морфологічний субстрат виразкової хвороби в стадії загострення – виразковий дефект слизової оболонки і пов'язаний із ним активний гастродуоденіт, іноді і рефлюкс-езофагіт, а в фазі ремісії – рубцеві зміни і гастродуоденіт без ознак активності запального процесу.

ДІАГНОСТИКА

Діагноз ВХ встановлюється на підставі даних анамнезу, клінічних проявів і результатів лабораторно-інструментальних методів досліджень.

Обов'язкові дослідження:

1. Клінічний аналіз крові.
2. Клінічний аналіз сечі.
3. Аналіз калу на приховану кров.
4. Протеїнограма.
5. Печінкові проби (білірубін, холестерин, амілаза, ліпаза, АЛТ, АСТ).
6. Визначення НР (інвазивними і неінвазивними методами).

Тести для виявлення Helicobacter pylori

I. Неінвазивні (не вимагають проведення біопсії)

1. Серологічний метод – визначення в крові пацієнта специфічних антитіл до НР, що належать до класів IgA і G (методом ІФА).

2. Полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР) – визначення ДНК НР у шлунку, високочутливий.

3. Дихальні тести – найбільш прості і безпечні для хворого, засновані на визначенні в повітрі, що видихається, продуктів гідролізу вжитої сечовини під впливом уреазі бактерії.

Ізотопні – «золотий стандарт» – вводиться мічена ізотопами C_{13} , C_{14} сечовина.

Неізотопних (аміачні) – Хелік-тест – сечовина звичайна.

Неуреазний дихальний тест із використанням високотехнологічних сенсорів.

II. Інвазивні (вимагають проведення біопсії):

1. Гістологічний – досить надійний і є «золотим» стандартом у діагностиці хелікобактеріозу.

2. Бактеріоскопічний – виявлення НР у цитологічних мазках із біоптату на скло.

3. Бактеріологічний – культивування НР на спеціальних середовищах, що збагачені протеїном (кров'яний, шоколадний агар), у мікророфільних умовах.

4. Біохімічний (уреазний тест) – найбільш простий з інвазивних методів, заснований на визначенні уреазної активності в біоптаті.

Діагностичні втручання з виявлення НР необхідно проводити як до початку ерадикаційної терапії, так і після її закінчення з метою оцінки її ефективності.

5. Фіброгастродуоденоскопія (ФГДС) з прицільною біопсією. Гістологічне дослідження біоптату для виключення малігнізації.

6. рН-метрія (або фракційне шлункове зондування) визначає секреторноутворюючу (підвищена, знижена, нормальна), кислотоутворюючу (гіперацидність, гіпоацидність, нормаацидність) функції.

7. Ро-дослідження органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) – симптом «ніші», конвергенція складок у бік виразкового дефекту, рубцево-виразкові деформації (в дитячому віці зустрічається лише у 18–25 % хворих).

8. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (УЗДОЧП) – виявляє супутню патологію.

9. Комп'ютерна томографія проводиться за показаннями: у разі виявлення пенетрації виразки для уточнення локалізації дефекту відносно оточуючих органів.

КЛІНІЧНА КАРТИНА

Під час збору анамнезу у хворого виявляють порушення режиму харчування, стреси, захворювання органів травлення у близьких родичів; звертають увагу на скарги хворого: біль у животі, зв'язок болю з прийомом їжі, наявність ритмічності болю, голодний (нічний) біль, інтенсивність болю, печію, блювоту (особливо «кавовою гущею»), нудоту, здуття живота, знижений апетит, схильність до закрепів або нестійкого випорожнення, емоційну лабільність і підвищену стомлюваність.

1. Основним проявом ВХ є больовий синдром, для якого характерні: вираженість болю, «виразкоподібний» ритм болю (голод – біль – прийом їжі – полегшення), наявність нічного і голодного болю (для ВХ ДПК).

Виділяють ранній біль – з'являється через 0,5–1 годину після прийому їжі і зберігається протягом 1–2 годин; зменшується за просування шлункового вмісту до ДПК; характерний для виразок тіла шлунка. За ураження кардіального, субкардіального і фундального відділів больові відчуття виникають відразу після їжі.

Пізній біль виникає через 1,5–2 години після їжі; поступово посилюється при евакуації вмісту зі шлунка до ДПК; характерний для виразок пілоричного відділу шлунка і цибулини ДПК.

Голодний (нічний біль) виникає через 2,5–4 години після їжі, зникає після чергового прийому їжі; характерний для виразок ДПК і пілоричного відділу шлунка.

Поєднання раннього і пізнього болю спостерігають за поєднаних або множинних виразок.

Інтенсивність болю залежить від локалізації виразкового дефекту (незначний біль – за виразок тіла шлунка, різкий біль – за пілоричних і позабульбарних виразок ДПК), віку (інтенсивніший у осіб молодого віку) і наявності ускладнень.

Найбільш типовою проекцією болю залежно від локалізації виразкового дефекту є:

- за виразок кардиального і субкардиального відділів шлунка – область мечоподібного відростка;

- за виразок тіла шлунка – епігастральна ділянка зліва від серединної лінії;

- за виразок пілоричного відділу і ДПК – епігастральна ділянка праворуч від серединної лінії.

Атиповий перебіг ВХ (безбольовий варіант, прихований перебіг, «німа виразка») зустрічається у 50 % хворих, особливо у хлопчиків.

2. Для ВХ характерні диспепсичні прояви: печія (часті та ранні ознаки), відрижка, нудота, закрепи.

У багатьох дітей з ВХ виявляються симптоми вегетативної дисфункції: непереносимість закритих приміщень, відчуття браку повітря, порушення сну, підвищена пітливість і ін.

ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ

Виразкову хворобу необхідно диференціювати з симптоматичними виразками, патогенез яких пов'язаний із певними фоновими захворюваннями або конкретними етіологічними факторами (табл. 2). Клінічна картина загострення цих виразок стерта, відсутні сезонність і періодичність захворювання. Виразки шлунка і ДПК при хворобі Крона, які іноді також відносять до симптоматичних гастродуоденальних виразок, являють собою самостійну форму хвороби Крона з ураженням шлунка і дванадцятипалої кишки.

Таблиця 2

Диференційний діагноз виразкової хвороби і функціональної диспепсії

Ознаки	Функціональна диспепсія	Виразкова хвороба
Добовий ритм болю	Не характерний (біль у будь-яку годину доби)	Характерно
Сезонність болю	Відсутня	Характерно
Багаторічний ритм болю	Відсутній	Характерно

Ознаки	Функціональна диспепсія	Виразкова хвороба
Прогресуючий перебіг хвороби	Не характерний	Характерно
Тривалість хвороби	Частіше 1–3 роки	Більше 4–5 років
Початок хвороби	Частіше в дитячому та підлітковому віці	Частіше у дорослих молодих людей
Зменшення болю після їжі	Не характерно	Характерно за дуоденальної виразки
Нічний біль	Не характерний	Характерно за дуоденальної виразки
Зв'язок болю з психоемоційними факторами	Характерний	Зустрічається
Нудота	Часто	Рідко
Випорожнення	Частіше нормальні	Частіше закрепи
Схуднення	Не характерно	Частіше помірне
Симптом локальної пальпаторної болючості	Не характерний	Характерний
Супутні невротичні прояви	Характерні	Зустрічається, але не закономірно та не стільки виражені, як за невиразкової диспепсії
Дані рентгенологічного дослідження	Виявляється моторноевакуаторна дискінезія шлунка	Виявляється виразкова «ніша», перидуоденіт, перигастрит
ФГДС	Норма або підвищення тонушу шлунка, виражений судинний рисунок, виразні складки	Виразка, післявиразковий рубець, гастрит

ЛІКУВАННЯ

Мета лікування:

- ерадикація НР;
- загоєння виразкового дефекту;
- досягнення стійкої ремісії;
- попередження розвитку ускладнень.

Результати лікування оцінюють клінічно й обов'язково ендоскопічно.

Немедикаментозне лікування

1. Дієта – їжа повинна бути механічно, хімічно і термічно щадна (дієта № 1 за Певзнером). Харчування 5–6 разів на добу. Дієтичне харчування за ВХ включає послідовне використання варіантів дієти № 1, а потім дієти № 5. За поліпшення стану дієта розширюється. Суворе дотримання противиразкових дієт сприяє швидшому загоєнню виразки і попереджає рецидиви.

2. Відмова від шкідливих звичок (куріння, вживання спиртних напоїв), прийому ульцерогенних препаратів.

Медикаментозна терапія

1. Антихелікобактерна терапія (ерадикація НР-інфекції) – за ВХ шлунка та ДПК, асоційованій з НР.

Для ерадикаційної терапії застосовують такі схеми:

- однотижнева потрійна терапія з препаратом вісмуту (переважно для дітей до 12 років): препарати вісмуту (де-нол) + амоксицилін (або кларитроміцин, азитроміцин) + фуразолідон;

- однотижнева потрійна терапія з інгібіторами протонної помпи (переважно для дітей старше 12 років): омепразол (пантопразол) + амоксицилін (кларитроміцин або азитроміцин) + фуразолідон (або препарат вісмуту);

- однотижнева квадротерапія (переважно для дітей старше 12 років): препарати вісмуту + інгібітори протонної помпи + амоксицилін або кларитроміцин + фуразолідон.

Контроль ерадикації проводять через 1 місяць після завершення терапії.

Якщо використання схеми лікування не приводить до настання ерадикації, повторювати її не слід.

У разі появи бактерії в організмі хворого через рік після закінчення лікування ситуацію слід розцінювати як рецидив інфекції, а не як реінфекцію.

Після закінчення комбінованої ерадикаційної терапії за показаннями (збереження симптомів гіперацидності, великі і глибокі виразки, ускладнений перебіг, необхідність прийому ульцерогенних препаратів з приводу супутніх захворювань) слід продовжити лікування одним з антисекреторних препаратів в амбулаторних умовах до 4 тижнів за дуоденальної і до 6 тижнів – за шлункової локалізації виразок з подальшим гістологічним моніторингом.

2. Корекція шлункової секреції:

Антациди, які не всмоктуються, які нейтралізують соляну кислоту, адсорбують пепсин і жовчні кислоти: альмагель, маалокс, фосфалюгель, пепсан – 2–3 тижні.

Антисекретона терапія – селективні блокатори H₂-гістамінорецепторів (ранітидін, фамотидін), інгібітори протонової помпи (омепразол, пантопризол), селективні M-холінолітики (гастроцепін).

3. Корекція моторних порушень – за наявності дуоденогастрального (ДГР) або гастроєзофагального рефлюксу (ГЕФР) – прокінетики (мотиліум, церукал).

4. Цитопротектори – для захисту слизової оболонки під час ерозивних процесів – сукральфат (Вентер), даларгін.

5. Репаранти – масло обліпихи, тиквеол, алое.

6. Седативні препарати.

7. Фізіотерапія – КВЧ-терапія, СМТ-терапія, індуктотерапія, ультразвук.

8. Хірургічне лікування рекомендовано під час ВХ шлунка за наявності ускладненого перебігу хвороби: перфорація, декомпенсований рубцово-виразковий стеноз воротаря, що супроводжується вираженими евакуаторними порушеннями; профузні шлунково-кишкові кровотечі, які не вдається зупинити консервативними методами.

УСКЛАДНЕННЯ

Ускладнення ВХ у дитячому віці відзначаються у 7–10 % хворих. У хлопчиків ускладнення зустрічаються частіше, ніж у дівчаток. Питома вага ускладнених форм ВХ спостерігається у дітей всіх вікових груп з однаковою частотою. У структурі ускладнень переважають кровотечі (80 %), рідше спостерігаються стенози (11 %), перфорації (8 %) і пенетрації виразки (1,5 %).

Кровотеча характеризується кров'ю в блювотних масах (червона або блювота «кавовою гущею»), чорними дьогтеподібними випорожненнями. За значної крововтрати характерні слабкість, нудота, блідість, тахікардія, зниження артеріального тиску, іноді непритомність. За прихованої кровотечі в калі визначається позитивна реакція на приховану кров.

Стеноз пілоробульбарної зони розвивається зазвичай у процесі загоєння виразки. В результаті затримки їжі в шлунку відбувається його розширення з наступним розвитком інтоксикації, виснаження. Клінічно це проявляється блювотою їжею, з'їденою напередодні, посиленням перистальтики шлунка, особливо під час пальпації і «шумом плескоту», що визначається під час поштовхоподібної пальпації черевної стінки.

Пенетрація (проникнення виразки в сусідні органи) виникає на тлі тривалого і важкого перебігу захворювання, неадекватної терапії. Супроводжується посиленням больового синдрому з іррадіацією в спину. Спостерігається блювання, що не приносить полегшення, можлива лихоманка.

Перфорація виразки в 2 рази частіше зустрічається за шлункової локалізації виразки. Основна клінічна ознака перфорації – різкий раптовий («кинджальний») біль в епігастральній ділянці та у правому підребер'ї, часто супроводжується шоковим станом. Відзначається слабкий пульс, різка болючість у пілородуоденальній зоні, зникнення печінкової тупості внаслідок виходу повітря в вільну черевну порожнину. Спостерігаються нудота, блювота, затримка випорожнень.

ПРОФІЛАКТИКА

Профілактика ВХ передбачає усунення факторів, що сприяють виразкоутворенню: боротьбу зі шкідливими звичками, нормалізацію режиму дня, а також характеру харчування, проведення ерадикації НР-інфекції у хворих із функціональною диспепсією, одночасне призначення інгібіторів протонної помпи за необхідності прийому нестероїдних протизапальних препаратів та антикоагулянтів.

Важливе місце в профілактиці виразкової хвороби та її рецидивів займає санаторно-курортне лікування, що проводиться не раніше ніж через 2–3 місяці після стихання загострення.

РЕЗУЛЬТАТИ І ПРОГНОЗ

Прогноз сприятливий за неускладненої виразкової хвороби. У більшості дітей вже перший курс лікування в стаціонарі приводить до повного загоєння виразки й одужання. У разі успішної ерадикації рецидиви виразкової хвороби виникають у 6–7 % хворих. Прогноз погіршується за великої давності захворювання в поєднанні з частими, тривалими рецидивами, за ускладнених форм виразкової хвороби.

ДИСПАНСЕРНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Диспансерне спостереження за пацієнтом з ВХ проводиться протягом 5 років від початку захворювання або загострення, навіть за відсутності морфологічного субстрату виразки (клініко-ендоскопічна ремісія).

Дітей із загостренням ВХ лікують в умовах педіатричного або гастроентерологічного відділень. Тривалість перебування в стаціонарі становить у середньому 14–21 день за дебюту і рецидивів виразкової хвороби.

Діти з неускладненим перебігом ВХ підлягають консервативному лікуванню в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Діти в стадії ремісії спостерігаються в амбулаторних умовах.

Зняття з диспансерного обліку можливо за повної ремісії протягом 5 років.

Показання для госпіталізації:

- ВХ шлунка та ДПК, ускладнена раніше;
- ВХ з різко вираженою клінічною картиною загострення: сильний больовий синдром, блювота, диспепсичні розлади;
- ВХ з важким перебігом, асоційована з НР, що не піддається ерадикації;
- ВХ з синдромом взаємного обтяження (супутні захворювання);
- виявлення в шлунку виразок, що вимагають диференційної діагностики між доброякісними виразками і раком шлунка.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Анатомо-фізіологічні особливості органів травлення у дітей.
2. Етіологія і патогенез виразкової хвороби.
3. Класифікація виразкової хвороби у дітей.
4. Клінічна характеристика виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки. Сучасні особливості перебігу виразкової хвороби у підлітків.
5. Методи діагностики виразкової хвороби.
6. Сучасні методи діагностики *Helicobacter pylori* (інвазивні і неінвазивні).
7. Диференційний діагноз виразкової хвороби з іншими захворюваннями органів травлення.
8. Принципи терапії виразкової хвороби.
9. Ускладнення виразкової хвороби у дітей і підлітків.
10. Профілактика виразкової хвороби і диспансерне спостереження за пацієнтами з даною патологією.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. Найбільш часте розташування виразкового дефекту за виразкової хвороби у дітей.
 - A. Дно шлунка.
 - B. Тіло шлунка.
 - C. Пілоричний відділ.
 - D. Бульбарний відділ дванадцятипалої кишки.
 - E. Постбульбарний відділ дванадцятипалої кишки.

Відповідь – Бульбарний відділ дванадцятипалої кишки.

2. Якому збуднику належить важлива роль у розвитку виразкової хвороби?

- A. Стрептокок.
- B. Стафілокок.
- C. Кишкова паличка.
- D. *Helicobacter pylori*.
- E. Синьогніна паличка.

Відповідь – Helicobacter pylori.

3. Виберіть правильне твердження:

- A. Діагностику ерадикації необхідно проводити через 1 тиждень після завершення антихелікобактерної терапії.
- B. Діагностику проводити необов'язково.
- C. Контроль визначення *Helicobacter pylori* після завершення антихелікобактерної терапії проводять двома методами з обов'язковим використанням методу виявлення бактерій і в біоптаті.
- D. Контроль визначення *Helicobacter pylori* проводять тільки серологічним методом.
- E. Якщо використовується схема терапії не привела до ерадикації, то її слід повторити через тиждень.

Відповідь – Контроль визначення Helicobacter pylori після завершення антихелікобактерної терапії проводять двома методами з обов'язковим використанням методу виявлення бактерій і в біоптаті.

4. Хлопчик, 10 років, скаржиться на слабкість, запаморочення, шум у вухах. Протягом останніх двох тижнів виникло загострення, тричі була блювота «кавовою гущею», темний кал. Шкіра і видимі слизові оболонки чисті. Пульс ритмічний, ЧСС 108 уд./хв, АТ 80/50 мм рт. ст. Під час пальпації – живіт напружений, відзначається болючість в епігастральній ділянці. У клінічному аналізі крові – анемія. Реакція Грегерсена різко позитивна. Ваш діагноз?

- A. Дивертикул Меккеля, кровотеча.
- B. Хвороба Крона.
- C. Виразкова хвороба шлунка, період загострення, ускладнення – шлунково-кишкова кровотеча.
- D. Хронічна дизентерія.
- E. Гемофілія, шлунково-кишкова кровотеча.

Відповідь – Виразкова хвороба шлунка, період загострення, ускладнення – шлунково-кишкова кровотеча.

5. У стаціонар поступив 12-річний хлопчик зі скаргами на голодні нічні болі в епігастральній ділянці. З анамнезу відомо, що з 6-річного віку

дитина спостерігається з приводу хронічного гастриту з підвищеною кислотоутворюючою функцією. Ваш діагноз?

- A. Хронічний панкреатит.
- B. Хронічний холецистит.
- C. ФРЖП.
- D. Виразкова хвороба шлунка.
- E. Глистная інвазія.

Відповідь – Виразкова хвороба шлунка.

6. Хлопчик, 14 років, отримує лікування в амбулаторних умовах з приводу виразкової хвороби шлунка. Протягом останнього тижня з'явилися закрепи, що виникли внаслідок вживання пацієнтом:

- A. Обліпихової олії.
- B. Метоклопраміду.
- C. Альмагелю.
- D. Ранітидину.
- E. Вітамінів.

Відповідь – Прийом альмагелю.

7. Пацієнт, 15 років, протягом 5 років знаходиться на диспансерному обліку з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки. Після фізичного навантаження у підлітка з'явився різкий біль в епігастральній ділянці та правому підребі'ї. Відзначалася блювота. Під час об'єктивного огляду – пульс ниткоподібний, під час пальпації живота – різка болючість праворуч від пупка, зникнення печінкової тупості при перкусії. Чим спровоковано стан пацієнта, яке вимагає невідкладної допомоги?

- A. Перфорацією виразкового дефекту дванадцятипалої кишки.
- B. Спонтанним пневмотораксом.
- C. Загостренням виразкової хвороби дванадцятипалої кишки.
- D. Загостренням сечокам'яної хвороби.
- E. Загостренням жовчнокам'яної хвороби.

Відповідь – Перфорація виразкового дефекту дванадцятипалої кишки.

8. Основним методом діагностики захворювань шлунка і дванадцятипалої кишки є:

- A. Рентгенологічне обстеження.
- B. Ректороманоскопія.
- C. Ехосонографія органів черевної порожнини.
- D. Фіброгастродуоденоскопія.

Відповідь – Фіброгастродуоденоскопія.

9. Основною патогенетичною ланкою у розвитку виразкової хвороби є:

- A. Психоемоційний напруга.
- B. Порушення режиму харчування.

С. Дисбактеріоз кишечника.

Д. Алергія.

Е. Зниження резистентності слизової оболонки шлунка.

Відповідь – Зниження резистентності слизової оболонки шлунка.

10. Для лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки застосовують антисекреторні препарати:

А. Де-нол.

В. Омепразол.

С. Ранітидін.

Д. Фамотидін.

Е. Фосфалюгель.

Відповідь – Фосфалюгель.

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

1. Дівчинка, 13 років, скаржиться на біль у животі, печію, слабкість, швидку стомлюваність. Болі турбують протягом 3-х років, виникають частіше натщесерце, іноді вночі, локалізуються у верхній половині живота, зникають після прийому їжі. Протягом останніх 2-х тижнів інтенсивність болю зменшилась, з'явилися слабкість, сонливість, запаморочення, швидка стомлюваність, випорожнення чорного кольору.

Сімейний анамнез: мати страждає на хронічний гастродуоденіт, батько – на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, дідусь (по лінії матері) – на виразкову хворобу шлунка.

Під час огляду: дитина млява, шкіра, слизові оболонки ротової порожнини, кон'юнктиви бліді, виражена мармуровість шкірних покривів, долоні і стопи холодні на дотик. Під час аускультатії тони серця приглушені, ЧСС 116 уд./хв, АТ 85/50 мм рт. ст. Живіт звичайної форми, під час пальпації м'який, помірно болючий при глибокій пальпації в епігастральній і пілородуоденальних областях. Печінка не збільшена, пальпація безболісна. Випорожнення чорного кольору. У клінічному аналізі крові анемія (гемоглобін 72 г/л). Кал на приховану кров – реакція Грегерсона – позитивна (+++). Аналіз на НР позитивний.

Езофагогастродуоденоскопія: слизова оболонка стравоходу рожева. Кардіальний відділ замикається повністю. У тілі шлунка слизова оболонка гіперемована, набрякла, в антральному відділі множинні плоскі набухання. Вихідний відділ шлунка неправильної форми, зяє. Цибулина середніх розмірів, порожня, деформована за рахунок набряку слизової оболонки і конвергенції складок. Слизова оболонка цибулини з вираженим набряком і гіперемією. За задній стінці округлий дефект

діаметром до 1,7 см, з рівними краями і глибоким дном, заповненим зеленуватим детритом. У дні виразки визначаються ерозовані судини зі згустком крові. Після видалення згустку крові відкрилася кровотеча, яка була зупинена накладанням кліпс на судини.

ЗАВДАННЯ: Поставте діагноз пацієнтці.

Відповідь – Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, НР-позитивна, з підвищеною кислотоутворюючою функцією, фаза загострення, шлунково-кишкова кровотеча.

2. Хлопчик, 10 років, протягом останнього року скаржиться на біль в епігастральній ділянці, що з'являється вранці до сніданку, через 1–2 години після їжі, нічний, а також іноді відразу після їжі. Біль минає після прийому їжі, но-шпи. Диспепсичні скарги: відрижка після їжі, нудота, бурчання в животі під час голоду. Справжнє загострення відзначається протягом тижня після психоемоційного стресу в школі.

Сімейний анамнез: у матері дитини хронічний гастрит, у дідуся по лінії батька виразкова хвороба ДПК, дідусь по лінії матері помер від раку шлунка.

Під час огляду: шкірні покриви блідо-рожеві, чисті. Під час аускультатії серця – тони ясні, звучні, акцент II тону на легеневій артерії, ЧСС – 72 уд./хв. Живіт не роздутий, під час пальпації м'який, болючість в епігастральній і пілородуоденальній областях, позитивний симптом Менделя, печінка біля краю реберної дуги, пальпація її безболісна. Селезінка не пальпується. Клінічний аналіз крові в межах вікової норми. Аналіз на НР негативний.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок 67 г/л, білірубін загальний 17 мкмоль/л, прямий 2 мкмоль/л, ЛФ 300 од (норма до 600 од), АлАТ – 21 од/л, АсАТ – 24 од/л, амілаза 100 од/л (норма до 120), тимолова проба 3 Од (норма до 5).

Езофагогастродуоденоскопія: слизова оболонка стравоходу блідо-рожева. У шлунку помірна кількість мутного слизу, в тілі й антральному відділі множинні різнокаліберні набухання, вогнищева гіперемія. Цибулина середніх розмірів, порожня, деформована через набряк слизової оболонки.

ЗАВДАННЯ: Поставте діагноз дитині.

Відповідь – Виразкова хвороба шлунка, НР-негативна, нормальна кислотоутворююча функція, фаза загострення.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Белоусов Ю. В. Педиатрическая гастроэнтерология / Ю. В. Белоусов. – М. : Эксмо, 2006. – С. 331–355.
2. Педиатрия : учебник для студентов высш. мед. учеб. заведений III–IV уровней аккредитации / В. Г. Майданник. – Х. : Фолио, 2002. – 1125 с.
3. Педиатрия : учебник для студентов высш. мед. учеб. учреждений IV уровня аккредитации / А. В.Тяжкая [и др.]. – Винница : Нова книга, 2010. – 1152 с.
4. Цветкова Л. Н. Современное течение язвенной болезни у детей / Л. Н. Цветкова, О. А. Горячева, Л. В. Нечаева, А. Н. Гуреев // Педиатрия. – 2008. – № 8. – С. 31–33.
5. Детская гастроэнтерология : рук. для врачей / под ред. Н. П. Шабалова. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 736 с.
6. Болезни органов пищеварения у детей при хеликобактериозе / П. Л. Щербаков, А. А. Корсунский, В. А. Исаков. – М. : МИА, 2011. – 224 с.
7. Peptic ulcer disease Review Article / Arun Nanjundaraje Urs, Priya Narula, Mike Thomson // Paediatrics and Child Health. – 2014. – V. 24. – P. 485–490.
8. <http://www.studmedlib.ru/ru/books/ISBN9785970424261.html>
9. <http://www.varles.narod.ru/leczii/124.htm>.

ДЛЯ НОТАТОК

ДЛЯ НОТАТОК

Навчальне видання

Толмачова Світлана Рафаїлівна
Чернуський В'ячеслав Григорович
Бессонова Ірина Миколаївна
Камарчук Людмила Вікторівна

**ВИРАЗКОВА ХВОРОБА ШЛУНКА
ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ**

Методичні рекомендації

Коректор *А. І. Самсонова*
Комп'ютерне верстання *Н. Є. Пруднік*
Макет обкладинки *І. М. Дончик*

Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 1,4. Наклад 100 пр. Зам. № 16/18.

Видавець і виготовлювач
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009

Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна
Тел. 705-24-32