

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Факультет медичний, міжнародний
Кафедра педіатрії №2**

ЗАТВЕРДЖУЮ

В.о. проректора з науково-педагогічної роботи

_____ Світлана КОТЮЖИНСЬКА

01 вересня 2022 року

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, курс 6

Навчальна дисципліна «ПЕДІАТРІЯ»

Затверджено:

Засіданням кафедри педіатрії №2 Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від “28” серпня 2022 р.

Завідувач кафедри _____ (Тетяна Стоєва)
(підпис)

Розробники:

завідувач кафедри, д. мед. н., професор Стоєва Т. В.

завуч кафедри, к. мед. н., доцент, доцент кафедри педіатрії №2 Прохорова С. В.

к. мед. н., доцент кафедри педіатрії №2 Тіткова О. В.

к. мед. н., доцент, доцент кафедри педіатрії №2 Портнова О. О.

к. мед. н., доцент, доцент кафедри педіатрії №2 Весілик Н. Л.

к. мед. н., доцент, доцент кафедри педіатрії №2 Годлевська Т. Л.

к. мед. н., асистент Федін М. В.

к. мед. н., асистент Джагіашвілі О. В.

к. мед. н., асистент Решетіло О. В.

асистент Браткова Л. Б.

Тема 20. Практичне заняття 56 - 58. Диференційна діагностика функціональних та органічних захворювань кишечника у дітей. Провідні клінічні симптоми та синдроми при функціональних та органічних захворюваннях кишечника у дітей (функціональний діареї, дисахаридазній недостатності, ексудативній ентеропатії, целиакії, муковісцидозі, хворобі Крона, неспецифічному виразковому коліті). Клінічне та інструментальне обстеження та диференціальна діагностика при функціональних та органічних захворюваннях кишечника у дітей. Клінічні варіанти перебігу функціональних та органічних захворювань кишечника. Тактика ведення дітей при функціональних та органічних захворюваннях кишечника. Профілактика та диспансерне спостереження при функціональних та органічних захворювань кишечника у дітей.

Мета: Вдосконалити знання про анатоμο-фізіологічні особливості травної системи у дітей. Вдосконалити уявлення про етіопатогенетичні механізми розвитку функціональних та органічних розладів кишечника. Знати визначення, класифікацію та клінічні діагностичні критерії найбільш розповсюджених гастроінтестинальних розладів та органічних захворюваннях кишечника. Знати сучасні методи діагностики функціональних гастроінтестинальних розладів та органічних захворюваннях кишечника. Вміти призначити диференційоване лікування в залежності від виду функціональних порушень та при органічних захворюваннях кишечника у дітей.

Основні поняття:

Функціональний закреп (ФЗ) характеризується як стан, який виявляється зміною випорожнень кишечника до 2 разів на тиждень або менше і відходженням твердих калових мас, що супроводжується утрудненням акту дефекації, а також відчуттям неповного випорожнення.

Захворювання поліетіологічне зі спадковою схильністю. Найбільш поширеною причиною ФЗ є функціональні порушення моторно-евакуаторної функції товстої та прямої кишки. У формуванні ФЗ у дітей раннього віку велике значення має постгіпоксичне ураження ЦНС. Важливим також є морфофункціональна незрілість, яка обумовлює пізній старт функціонування кишкових ензимів і недосконалість рецепторного апарату. Суттєву роль у розвитку ФЗ відіграє порушення акту дефекації внаслідок відсутності своєчасного вироблення відповідного рефлексу.

Патогенез закрепу у дітей включає наступні фактори:

- Затримання просування калових мас по кишечнику;
- Слабкість внутрішньочеревного тиску;
- Порушення акту дефекації (порушення функції прямої кишки і/або анального сфінктеру, м'язів тазової діафрагми) – аноректальна дисфункція.

Діагностичні критерії функціонального запору мають включати 2 або більше з таких ознак, що реєструються щонайменше 1 раз на тиждень протягом як мінімум 1 міс з недостатніми критеріями для діагностики СПК: принаймні 2 або менше актів дефекації на тиждень у дитини віком 4 роки; щонайменше 1 напад нетримання калу на тиждень; в історії хвороби є повторювана ригідність або надмірне вольове утримання випорожнень; в історії хвороби є хворобливі або жорсткі рухи кишечника; наявність великої фекальної маси в прямій кишці; в історії хвороби – дані про випадки утрудненої дефекації з виділенням калових мас; після відповідного обстеження симптоми неможливо повністю пояснити іншим медичним станом.

Допоміжні дослідження для виключення органічної патології включають:

- ректальне (пальцеве) дослідження;
- лабораторні дослідження повинні включати серію копрограм, аналіз калу на яйця глистів і цисти лямблій, мікробіологічні дослідження (аналіз калу на дисбіоз);
- ендоскопічне обстеження (ректороманоскопія, сигмоскопія), які дозволяють оцінити стан слизової оболонки дистальних відділів і виключити аномалії розвитку та запальні захворювання;
- консультація невролога;
- рентгенологічні, УЗД, колонодинамічні, тонометричні, біопсія підслизового прошарку.

Терапевтична тактика

Дієтотерапія повинна відповідати наступним вимогам:

- Забезпечення фізіологічних потреб дитини у харчових речовинах і енергії;
- Виключення надмірного споживання білків і жирів (які можуть гальмувати моторику),
- Збагачення раціону харчовими волокнами.
- Нормалізація мікрофлори кишечника (за рахунок пре- та пробіотиків);
- Для дітей **на грудному вигодовуванні** – необхідно корегувати дієту та об'єм спожитої рідини для матері, а також слідкувати за регулярністю її випорожнень.
- Максимально **виключаються** продукти з високим вмістом тваринних жирів, обмежуються продукти, які сприяють газоутворенню (капуста, цибуля, помідори, виноград, бобові та ін.);
- Рекомендується **включити** до раціону матері-годувальниці **продукти, які стимулюють моторику** кишечника (кисломолочні продукти з високим вмістом харчових волокон: овочі, фрукти, сухофрукти, крупи, хліб грубого помолу та ін.), дотримуватись оптимального питного режиму. Іноді пропонується виключити продукти з високим алергічним потенціалом, і, особливо, коров'яче молоко, рибу, горіхи.
- Для дітей **на штучному вигодовуванні** – ефективним є використання спеціалізованих сумішей, які містять харчові волокна:
- суміші з **олігосахаридами** (галакто- і фруктоолігосахаридами): Нутрілон, Нутрілон комфорт, Хумана, Нестожен.
- Суміші з **лактолозою** (при відсутності колік): Детолакт-1 плюс, Детолакт-біфідус, Лазана біфідус, Семпер біфідус.
- Суміші, які включають **камідь** клейковини річкового дерева: Нутрілон АР, Хумана АР, Детолакт АР та ін.; **кисломолочні суміші** (Нан кисломолочний, Нутрілон кисломолочний та ін.).

Медикаментозна терапія

- Препарати, що збільшують об'єм калових мас і полегшують дефекацію (лактолоза – Дуфалак, Нормазе, Лактувіт)
- Пре- і пробіотики (БіоГая, Біфіформ Бебі, Хілак ті інші.).
- Препарати, які нормалізують перистальтику кишечника – прокінетики (у дітей грудного віку практично не використовуються)
- Ферментні препарати, які вміщують жовч і геміцелюлозу (хофітол).

Психотерапевтичні засоби.

Синдром подразненого кишечника (СПК) можна визначити як функціональний розлад кишечника, за якого біль у животі пов'язаний із порушенням дефекації або кишкового транзиту. Діагностичні критерії для СПК повинні включати все, наведене нижче, принаймні за 2 міс до встановлення діагнозу: абдомінальний біль щонайменше 4 дні на місяць, пов'язаний з однією або кількома такими чинниками: зв'язок з дефекацією; зміна частоти випорожнень; зміна форми (зовнішнього вигляду) випорожнень; у дітей із запорами біль не зникає з лікуванням запору (дітям, у яких біль минає, встановлюють діагноз функціональний запор, а не СПК); після відповідного обстеження симптоми неможливо повністю пояснити іншим медичним станом. Синдром подразненого кишечника у дітей можна розділити на підтипи, аналогічні дорослим, що відображають переважний характер випорожнень (СПК із запором, СПК з діареєю, СПК із запором і діареєю та СПК без класифікації).

Терапевтична тактика при СПК включає наступне:

- Корекція режиму дня;
- Спеціальна дієта, рекомендована корекція харчування в залежності від провідного клінічного прояву;
- Психокорекція;
- Медикаментозна терапія в залежності від перебігу (наявності провідного клінічного прояву);
- При наявності дисбіозу потребують корекції дисбіотичних змін

В Римських критеріях IV перегляду була з'ясована різниця між функціональним запором і СПК із запором. Одразу 75% дітей, що повідомляли про біль при запорі, а також дослідження показали, що пацієнтам з СПК часто встановлюють діагноз функціональний запор. Комітет рекомендує пацієнтам із запорами й абдомінальним болем спочатку лікувати тільки запор. Якщо біль у животі зникає при лікуванні запорів, то пацієнт має функціональний запор. Якщо біль не зникає при відповідному лікуванні тільки запорів, то пацієнт швидше за все має СПК із запором.

Виразковий коліт

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

Діагностичні критерії:

Клінічні залежать від ступеню важкості та періоду хвороби.

1. Легкий ступінь (загострення):

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

2. Середній ступінь тяжкості (загострення):

- діарея 4-6 разів на добу із макроскопічно видимою кров'ю
- непостійна лихоманка понад 37,5°
- біль в животі під час дефекації:
 - ліва клубова ділянка,
 - мезогастрій,
 - навколо пупка,
 - hypogastrium,
 - regio iliaca
- тенезми
- хибні позиви
- метеоризм
- нудота
- слабкість, швидка втомлюваність
- зниження апетиту

3. Важкий ступінь (загострення):

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

Пальпаторно:

- виражена болючість
- локальна напруга м'язів в больовій зоні
- бурчання

Класифікація

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

I. Клінічні форми

1. Легка
2. Середньоважка
3. Важка

II. Протікання хвороби

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

III. Стадія хвороби

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

IV. Рівень розповсюдженості патологічного процесу

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

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

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

VI. Ускладнення хвороби

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

Кишкові

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

Системні (позакишкові):

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

VII. Супутні захворювання.

Діагностика виразкового коліту включає:

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

III. Фізикальні методи обстеження

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

Клінічні критерії залежать від ступеню важкості та періоду хвороби.

1. Легкий ступінь (загострення):

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

2. Середній ступінь тяжкості

- діарея 4-6 разів на добу із макроскопічно видимою кров'ю
- непостійна лихоманка понад 37,5°
- біль в животі під час або до дефекації: ліва клубова ділянка, мезогастрій, навколо пупка, hypogastrium, regio iliaca.
- тенезми, та хибні позиви
- метеоризм
- нудота
- слабкість, швидка втомлюваність
- зниження апетиту

3. Важкий ступінь (загострення):

- діарея більше 6 разів на добу із макроскопічно видимою кров'ю
- лихоманка понад 37,5°
- тенезми і хибні позиви
- метеоризм

- біль інтенсивний незалежно від акту дефекації та прийняття їжі: мезогастрій, навколо пупка, hypogastrium, regio iliaca.

Пальпаторно:

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

**Педіатричний індекс активності виразкового коліту
(Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index: PUCAI)**

Симптом	Пункти
1. Біль в животі	
Немає	0
Болем можна знехтувати	5
Сильні болі	10
2. Ректальна кровотеча	
Немає	0
Незначна кількість, менш ніж за 50% дефекацій	10
Незначна кількість при більшості дефекацій	20
Значна кількість (понад 50% кількості стільця)	30
3. Консистенція стільця при більшості дефекацій	
Оформлений	0
Напівоформлений	5
Повністю неоформлений	10
4. Частота дефекацій за 24 години	
0-2	0
3-5	5
6-8	10
>8	15
5. Дефекація в нічний час (будь-який епізод, який викликав пробудження)	
Немає	0
Є	10
6. Рівень активності	
Немає обмежень активності	0
Епізодичне обмеження активності	5
Виражене обмеження активності	10

Сумарний індекс PUCAI (0-85)

критерії PUCAI

- Ремісія - до 10 балів (чутливість 89%, специфічність 89%)
- Мінімальна активність - 10-34 бали (чутливість 95%, специфічність 95%)
- Помірна активність - 35-64 бали (чутливість 92%, специфічність 94%)
- Висока активність - більше 65 балів

Клінічно значущий відповідь відповідає зниженню PUCAI не менше, ніж на 20 балів.

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

Параклінічні критерії:

Обов'язкові лабораторні:

- Загальний аналіз крові (лейкоцитоз, зниження рівня гемоглобіну, кількості еритроцитів, підвищення показника ШОЕ);
- Загальний аналіз сечі (без змін);
- Копрограма (реакція на сховану кров позитивна, наявність лейкоцитів, слизу);
- Протеїнограма (зменшення рівня альбумінів, збільшення рівня α_1 -; α_2 - та γ -глобулінів);

Допоміжні лабораторні:

- визначення активності трансаміназ, рівня білірубину та його фракцій (підвищення наведених показників має місце при реактивному гепатиті).

Обов'язкові інструментальні методи:

Ендоскопічне обстеження з гістологічним дослідженням біоптатів товстої кишки.

Ендоскопічні критерії активності ВК:

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

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

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

Консультації:

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

Основні принципи лікування.

Мета лікування:

- досягнення ремісії хвороби;
- попередження загострень і ускладнень.

1. Дієтотерапія

(дивись хвороба Крона)

2. Медикаментозна терапія.

А. Базисна терапія:

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

- сульфасалазін добова доза у віці 3-5 років складає 1,5 г, 5-7 років - 1,5-3,0 г, 7-15 років - 3,0-6 г;
- салазопіридазин - добова доза у віці 3-5 років 0,5 г, 5-7 років - 0,75-1,0 г, 7-15 років - 1,25-1,5 г.; салазодіметоксин – дози салазопіридазина. Максимальну дозу призначають до появи клінічного ефекту, далі знижують на 1/3 від початкової на термін 2-3 тижні, далі - ще на 1/3 від початкової дози і у якості підтримуючої терапії зберігають від 2-3 до 6 місяців;
- 5-АСК (*месалазін*) - 30-50 мг/кг на добу за 3 вживання; для профілактики рецидивів хвороби в залежності від віку призначається 15-30мг на кг маси тіла в два прийому (рівень доказовості А)

б) Глюкокортикоїди: (рівень доказовості В)

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

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

Показання до призначення глюкокортикоїдів:

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

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

г) системні імуносупресори - азатіоприн - 1,5-2мг/кг/д за 2-4 прийоми, призначаються тільки в умовах спеціалізованих стаціонарів при відсутності ефективності протягом двотижневої гормональної терапії (рівень доказовості А).

Гемостатична терапія – Менадіону натрію бісульфат (0,008-0,015 г/д), кислота амінокапронова (5% розчин внутрішньовенно, капельно), етамзилат (12% розчин в/в або в/м по 1-2 мл, по 1/2-1табл. 3-4 рази/день протягом 7-14 днів) (рівень доказовості Д)

Б. Симптоматична терапія: (рівень доказовості Д)

а) антидіарейні препарати

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

б) седативна терапія за потребою;

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

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

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

е) інфузійна терапія за показаннями (розчини електролітів);

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

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

В. Хірургічне лікування - тотальна колонектомія.

Показаннями до хірургічного лікування є:

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

Загальна схема призначення препаратів патогенетичної терапії в залежності від ступеню важкості ВК

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

Тривалість стаціонарного лікування - індивідуально до одержання терапевтичного ефекту.

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

Диспансерний нагляд. Огляд дитячим гастроентерологом та дитячим хірургом 2 рази на рік, педіатром - щомісячно (перші 3 місяці після виписки із стаціонару, далі кожні 3 місяці), хірург - 1 раз на рік, інші спеціалісти - за вимогами.

Протирецидивне лікування: 2 рази на рік в умовах стаціонару.

Обсяг контрольно-діагностичних обстежень: клінічний аналіз крові 1 раз у 2 тижні (перші 3 місяці), далі - щомісячно протягом року, далі 1 раз у три місяці; клінічний аналіз сечі та копрограма - 1 раз у 3 місяці (перші 2 роки), далі 1-2 рази на рік; аналіз калу на яйця глистів та простіші - 2 рази на рік;

біохімічне дослідження калу (реакція Грегерсена, Трібуле) 1 раз у 3 місяці (перший рік), далі - 1 раз на рік; протейнограма, біохімічні показники функцій печінки, коагулограма, гострофазові показники - 1 раз у 3 місяці (перші два роки), далі - 1 раз на рік, аналіз кала на дисбактеріоз - 2-3 рази на рік, ректороманоскопія - 1 раз у 3 місяці (перший рік нагляду, далі 2 рази на рік), УЗД органів черевної порожнини - за вимогами, ірієнографія - 1 раз на рік.

Диспансерний нагляд - протягом життя.

Санаторно-курортне лікування - протипоказано.

Хвороба Крона (ХК) - хронічне рецидивуюче захворювання, яке характеризується трансмуральним гранулематозним запаленням з сегментарним ураженням різних відділів травного тракту, стенозом кишкових сегментів, появою свищів і позакишкових уражень.

Клінічна класифікація (В.Н. Копейкін і співавт., 2001 р.)

Форма	Локалізація Період	Ілеїт Ілеоколіт Аноректальна Шлунка Дванадцятипалої к-ки Інші локалізації Інфільтрація Тріщини Рубцювання Стенозування
Фаза	Загострення Ремісія	Ступінь важкості: - легка - середньої важкості - важка
Перебіг	Гострий Підгострий Хронічний	
<i>Позакишкові прояви:</i> спондилоартрити, периферичні артрити, афтозний стоматит, вузлова еритема, увеїт, склерокон'юнктивіт, гепатит.		
<i>Ускладнення:</i> свищі (міжкишкові, проміжностні та інші), періанальні ураження, стенози кишечника, обтураційна непрохідність, перфорація кишки та перитоніт, кишкова кровотеча, токсичний мегаколон, амілоїдоз, септико-токсичні стани, судинні тромбози, тромбоемболії.		
Супутні захворювання		

Клініка ХК багато в чому обумовлена переважною локалізацією патологічного процесу. При ураженні товстої кишки, переважно її правих відділів, відзначається клініка синдрому ураження товстої кишки - болі в животі, бурчання, здуття, пронос. Болі схваткоподібні і більш виражені, ніж при виразковому коліті, стілець менш частий, в калі крові може не бути, немає тенезмів і помилкових позивів. Якщо одночасно вражений дистальний відділ клубової кишки, в правій клубової області пальпується пухлиноподібний конгломерат, обумовлений продуктивним запаленням всіх шарів кишечника, лімфовузлів брижі. Часто в області ілеоцекального кута розвиваються стриктури кишки, а також в інших ділянках як тонкої, так і товстої кишки. І тут розвивається досить типова картина синдрому часткової кишкової непрохідності, але іноді повної кишкової непрохідності. Ізольоване ураження тонкої кишки, приєднання до патологічного процесу товстої кишки призводить до розвитку типової картини синдрому ентеральної недостатності. Хворий худне, у нього з'являються ознаки полігіповітамінозу, метаболічні розлади різного ступеня тяжкості. Характерно розвиток свищів, особливо в періанальній області. При ураженні стравоходу і 12-палої кишки клініка може нагадувати виразкову хворобу, часто розвивається стенозування вихідного відділу шлунка і початкових відділів 12-палої кишки з відповідною клінікою рубцевого стенозу кишки.

Ступінь тяжкості ХК визначається локалізацією патологічного процесу та наявністю ускладнень. *Важка форма* хвороби: біль нападоподібний, сильний, може бути постійним; посилюється під час ходьби, після їжі і перед актом дефекації; прояви кишкової диспепсії, порушення стільця (напіврідкий кашкоподібний стілець до 10-12 разів на добу з домішкою

слизу, гною, крові), тенезми, позиви до дефекації вночі; пальпаторно: біль в місці ураження, може бути пухлиноподібне утворення (при наявності міжкишкових зрощень); анорексія. *Середньоважка форма*: біль нападоподібний, сильний, після їжі, може бути ниючий, постійної; локалізація залежить від місця найбільшого ураження; відчуття переливання, бурління, здуття живота, діарея (напіврідкий кашкоподібний стілець до 10 разів на добу з домішками слизу, гною, крові), пальпаторно: бурчання, біль біля пупка, шум плескоту, болючий щільний відділ кишки, зниження апетиту. *Легка форма*: абдомінальний біль, нестійкі випорожнення (запори змінюються кашкоподібним стільцем), зрідка метеоризм, зниження апетиту.

Крім місцевих ускладнень - свищів, кишкової непрохідності - для хвороби Крона характерні екстраінтестинальні прояви - лихоманка, ураження суглобів, висипання на шкірі, ураження очей, печінки.

Таблиця 2

Клінічні ознаки та їх частота при ЗЗК у дітей, % (Денісова М.Ф. і співавт., 2016)

Клінічна ознака	Хвороба Крона	Виразковий коліт
Біль у животі	85	40
Діарея	60	90
Зниження маси тіла	92	45
Ректальна кровотеча	25	97
Затримка темпів росту	32	5
Лихоманка	48	30
Періанальні зміни	15	1
Позакишкові прояви	25	15

Діагностична програма при ХК

Об'єктивне обстеження: визначають зріст (з процентилями) і масу тіла (з процентилями). Відхилення процентилей нижче третього поряд зі змінами показників зростання дозволяють визначити тяжкість перебігу захворювання:

- огляд ротової порожнини (наявність афт, гінгівіту);
- зміна шкіри і суглобів (вузлувата еритема, гангренозна піодермія, артрити, спондиліт, сакроілеїт);
- пальпація органів черевної порожнини - наявність інфільтрату в правому нижньому квадранті живота, сегментарна ущільненість товстої кишки; періанальні тріщини; збільшення розмірів печінки (при важких формах хвороби).

Незалежно від локалізації патологічного процесу при ХК мають місце загальні порушення: лихоманка (від субфебрилітету до гектичної температури), зниження маси тіла, ознаки анемії, полігіповітаміноза, електролітний недостатності і гіпопротеїнемічних набряків.

Лабораторні дослідження.

- Клінічний аналіз крові - анемія, лейкоцитоз, прискорене ШОЕ.
- біохімічне дослідження крові: під час загострення підвищення гострофазових показників, диспротеїнемія (гіпоальбумінемія, гіпер-альфа-2 глобулінемія).
- Копрограма: стеаторея, позитивна проба Трибуле (з хлор- і трихлороцтової кислотами), позитивна проба Грегерсена, дисбіотичні зміни мікрофлори кишечника.

Інструментальні методи обстеження

- Рентгенологічні показники обстеження органів черевної порожнини залежать від фази захворювання і розподіляються на нестенотичні (на початку) і стенотичні ознаки. Нестенотичні ознаки мають переривчастий вигляд, характеризуються ригідністю уражених ділянок, мозаїчністю зображення за рахунок набряку, лінійних виразок, норицевих ходів, проникнення контрасту за межі стінки кишки у вигляді кишени або бахроми. Надалі з'являються стенотичні ознаки: знижується або повністю зникає контрактильна здатність

кишки, уповільнюється евакуація барію, має місце нерівномірне звуження просвіту кишки до стану «шнурка», одночасно над зоною звуження спостерігається значне її розширення.

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

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

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

Фаза рубцювання: рубцеві стенози, які обумовлюють кишкову непрохідність.

- Гістологічне дослідження біоптату: наявність поздовжньо розташованих виразок-тріщин, що проникають в м'язові і субсерозні шари, гранульом туберкульозного і саркоїдного типів, ураження лімфатичних мікросудин.

Диференційно-діагностичні ознаки виразкового коліту і хвороби Крона у дітей

	НБК	ХК
Клінічні ознаки		
Біль у животі	Може не бути	Частий
Кривава діарея	90–100 %	50 %
Утворення в животі при пальпації (abdominal mass)	Дуже рідко	Часто
Ураження прямої кишки	100 %	50 %
Нориці	Ніколи	Часто
Гістологічні ознаки		
Глибина запалення	У межах слизової оболонки	Трансмуральне
Клітинний інфільтрат	Поліморфний	Лімфоцитарний
Крипти	Розтягнуті	Нормальні
Спустошення бокалоподібних клітин	Типове при загостренні	Відсутнє
Гранульома	Відсутня	Має діагностичне значення
Рентгенологічні ознаки		
Поширеність	Безперервна від прямої кишки в проксимальному напрямку	Сегментарне ураження
Симетричність	Симетричні ураження	Асиметричні ураження
Глибина ураження	Поверхневі виразки	Глибокі виразки

Лікування ХК

Загальні рекомендації

Препарати 5 - АСК (месалазин):

- Салофальк (таблетки, гранули, ректальні суспензії, супозиторії): дітям 2-12 років в період загострення призначається з розрахунку 30-50 мг / кг / добу, підліткам - 3,0-4 5 г / добу; в періоді ремісії - дітям з розрахунку 15-30 мг / кг / добу, підліткам - 1,0-1,5 г / сут

- Пентаса: дітям 2-12 років в період загострення призначається з розрахунку 30-50 мг / кг / добу, підліткам - 1,5-4 г / добу; в періоді ремісії дітям з розрахунку 15-30 мг / кг / добу, підліткам - 2 г / добу;

- Глюкокортикостероїди показані хворим з відсутністю ефекту на використання ліків 5-АСК; пацієнтам з ураженням шлунково-кишкового тракту (від стравоходу до тонкої кишки) і / або позакишковими проявами;

- топічні ГКС: будесонід показаний хворим з легкими і середньоважкими формами хвороби в стадії загострення, а також пацієнтам з ураженням дистальних відділів клубової кишки і низхідної-ободової кишки; оптимальна доза будесоніду становить 9 мг на добу
- Цитостатики (азотіопрін або його активний метаболіт 6-меркаптопурин) показаний гормонорезистентним хворим або при необхідності знизити дозу глюкокортикостероїдів внаслідок наявності побічних їх ефектів. Рекомендована доза азотіоприну становить 2,5 мг / кг маси тіла на добу, 6-МП 1-1,5 мг / кг маси тіла на добу.
- Антибактеріальна терапія: метронідазол в дозі 20 мг / кг маси тіла на добу хворим з переважною локалізацією в ободової кишці;
- Моноклональні антитіла до ФНП- α - інфліксимаб рекомендується для внутрішньовенного використання у дітей з 6 років при важкій і середньоважкій формі в разової дозі 5 мг / кг маси тіла. Побічні ефекти - головний біль, задишка, кропив'янка, інфекції, включаючи туберкульоз.

Хірургічне лікування. Абсолютні показання: повна кишкова непрохідність. Відносні показання - відсутність ефекту від консервативного лікування, стриктури, нориці. Ускладнення - перфорація стінки кишки, абсцеси черевної порожнини. Операція вибору - обмежена резекція.

Обладнання: ноутбук, тренажер для аускультатії немовля Infant auscultation trainer and smartscope LF01201 W44743 (Інв.№ 101475072), багатоцільовий педіатричний тренажер по догляду (S157) W45178 (Інв.№ 101475075), мультимедійна презентація з теми практичного заняття, учбові відеороліки

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).
2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) – непередбачено.
3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):
 - а) Усне опитування, бесіда, колективне обговорення та дискусія за темою заняття;
 - б) Перелік учбових практичних завдань, які необхідно виконати під час практичних занять: на основі запропонованих клінічних ситуацій, здійснити основні кроки для забезпечення ефективного ведення хворої дитини
 - в) Вирішення клінічного завдання, наприклад:

Хлопчик 12 років, хворий на виразковий коліт, скаржиться на підвищення температури тіла до 38,6 °С, анорексію, інтенсивний біль по всьому животу, збільшення частоти дефекації до 8–10 разів на добу, наявність крові, слизу і гнію у калі у великій кількості.

Що з перерахованого свідчить на користь важкого ступеня захворювання?
 А. Фебрильна температура.
 Б. Інтенсивний біль по всьому животу.
 В. Частота дефекації 8–10 разів на добу.
 Г. Наявність крові, слизу і гнію у калі у великій кількості
 Д. Все перераховане.

Відповідь: Д. Все перераховане. При важкому ступені виразкового коліту спостерігається така клінічна картина: збільшення частоти актів дефекації до 8–10 разів на добу, кров, слиз, гній у калі у великій кількості, інтенсивний біль по всьому животу, анорексія, фебрильна температура тіла, значна втрата маси тіла, відставання у фізичному розвитку, блідість і сухість шкіряних покривів, зниження тургора тканин, лабільність пульсу, приглушеність серцевих тонів, зниження артеріального тиску.

--	--

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтувальні карти для формування практичних вмінь і навичок тощо):

а) Питання до самоконтролю:

1. Дайте визначення найбільш поширеним ФГР у дітей раннього віку: синдрому зригування, дитячої кольки, функціональному закрепу та синдрому циклічного блювання.
2. Дайте визначення найбільш поширеним ФГР у дітей старшого віку: функціональній диспепсії, синдрому подразненого кишечника.
3. Розповсюдженість в дитячій популяції, фактори ризику розвитку захворювань.
4. Сучасна класифікація ФГР у дітей.
5. Клінічна картина цих захворювань.
6. Діагностичні критерії найбільш розповсюджених ФГР у дітей раннього та старшого віку.

б) Орієнтировочна карта для самостійної роботи з літературою

№	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1.	Ознайомитися з літературою та метою заняття	Ознайомитись із сучасними уявленнями про етіопатогенез, класифікацію, клінічний перебіг та додаткові методи діагностики захворювань ШКТ у дітей	Знати фактори ризику розвитку захворювання, сучасну класифікацію, клінічну картину проявів захворювань, гематологічні, імунологічні, рентгенологічні та функціональні ознаки захворювань та станів, які входять до захворювань ШКТ
2.	Епідеміологія	Знати розповсюдженість серед дитячого населення.	Знати: розповсюдженість найбільш частих захворювань та патологічних станів у дитячій популяції.
3.	Етіопатогенез	Знати причини і механізм виникнення уражень ШКТ у дітей	Знати, що ці зміни можуть бути обумовлені вадами розвитку, набутими й травматичними ушкодженнями, але частіше вони є наслідком запальних захворювань
4.	Клініка	Описати клінічну картину	Пам'ятати різницю клінічних проявів захворювання
7.	Діагностика	Знати схеми діагностики та лікування захворювань ШКТ	Використовувати схеми діагностики та лікування захворювань ШКТ

в) Вимоги до результатів роботи, у т. ч. до оформлення: письмова робота повинна бути оформлена у письмовому чи печатному варіанті, мати охайний вигляд, на початок треба зазначити дату, тему, № завдання ПІБ виконавця, текст має бути розбірливим, структурованим;

4. Підбиття підсумків: оголошення оцінок за результатами заняття. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину(5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

5. Список рекомендованої літератури:

- *основна:*

1. Аряєв М.Л. Педіатрія: навчальний посібник у 2 томах / М.Л. Аряєв, Н.В. Котова, Н.Ю. Горностаєва [та ін.] // Одеса: Фенікс, 2014. – 659 с.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України Від 29.01.2013 р. № 59 «Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення»
3. Д 362 Державний формуляр лікарських засобів. Випуск десятий. Київ, 2018 https://moz.gov.ua/uploads/1/5052-dn_20180510_868_dod_2.pdf
4. Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань дитячого віку. Навчальний посібник / під ред. В.М. Дудник, Видання 1-ше. Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2017. 560 с.
5. Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман. Основи педіатрії за Нельсоном: переклад 8-го англ. видання: у 2 томах. Том 1. Київ: ВСВ «Медицина», 2019. XIV, 378 с.
6. Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман. Основи педіатрії за Нельсоном: переклад 8-го англ. видання: у 2 томах. Том 2. Київ: ВСВ «Медицина», 2019. XIV, 426 с.
7. Невідкладні стани в педіатричній практиці: Навч. посіб. для студ. мед. ЗВО, лікарів-інтернів. — 2-ге вид. Рекомендовано МОН, Рекомендовано вченою радою НМУ ім. О.О. Богомольця / Марушко Ю.В., Шеф Г.Г. та ін. Київ: ВСВ «Медицина», 2020. 440 с.

- *додаткова:*

1. Майданник В. Г. Римські критерії IV (2016): що нового? Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології. 2016. № 10 (1). С. 10–18.
2. Няньковська О. С. Сучасні погляди на функціональні запори у немовлят. Здоров'є ребенка. 2018. Т. 13, № 1. С. 83–86.
3. Няньковська О. С. Сучасні погляди на функціональні кольки в немовлят. Здоров'є ребенка. 2017. Т. 12, № 2. С. 284–287.
4. Педіатрія: навчальний посібник: у 2-х томах / М. Л. Аряєв, П 24 Н. В. Котова, Н. Ю. Горностаєва ; за ред.. М. Л. Аряєва, Н. В. Котової.- Одеса : ОНМедУ , 2014.- Т. 2 : Захворювання дітей раннього віку. Пульмонологія. Алергологія. Кардіологія. Гастроентерологія. Нефрологія. ВІЛ- інфекція. Первинна медико-санітарна допомога. 312 с. (Серія «Бібліотека студента-медика»).
5. Повідомлення про оприлюднення проекту наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при кольках у немовлят» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/>. 2016

- *електронні інформаційні ресурси:*

1. <http://moz.gov.ua>— Міністерство охорони здоров'я України
2. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я

