

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
Запорізький державний медичний університет  
Кафедра факультетської педіатрії

**"Рекомендовано"**  
на методичній нараді

---

кафедра  
факультетської  
педіатрії  
Завідуюча кафедрою  
професор Недельська С.М.

---

(ПП, підпис)  
" \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 200....р.

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**  
для організації самостійної роботи студентів  
IV курсу медичних факультетів (за темою, що винесена на позааудиторну  
підготовку).

Тема: **ДИСПАНСЕРНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ДІТЬМИ З  
ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ  
В УМОВАХ ПОЛІКЛІНІКИ**

Розробила асистент Шумна Т.Є.

Запоріжжя 2015

Методичні вказівки переглянуто на засіданні кафедри

«02» вересня 2000р  
«29» серпня 2011р  
«28» серпня 2012р  
«27» серпня 2013р  
«27» серпня 2014р

Протокол № 2  
Протокол № 1  
Протокол № 1  
Протокол № 1  
Протокол № 1

«26» серпня 2015р  
«   »                      20    р  
«   »                      20    р  
«   »                      20    р  
«   »                      20    р

Протокол № 1  
Протокол №                       
Протокол №                       
Протокол №                       
Протокол №                     

Затверджено  
на засіданні ЦМК

«16» 09 2010р.

Протокол № 2

«15» 09 2011р.

Протокол № 2

«20» 09 2012р.

Протокол № 2

29 08 2013р.

*протокол № 1*

27 08 2014р.

*пр. № 1*

27 08 2015р.

*пр. № 1*

## **1.Актуальність теми:**

На сучасному етапі захворювання шлунка та дванадцятипалої кишки є найбільш розповсюдженими серед всіх хвороб органів травлення у дітей та складають 58 – 65% в структурі дитячої гастроентерологічної патології, тобто 100-150 на 1000 дітей і частота хронічної гастродуоденальної патології зростає з віком. Тільки у 10-15% дітей зустрічається ізольоване ураження шлунка або дванадцятипалої кишки (гастрит або дуоденіт), в останніх 85-90% - поєднане ураження цих органів, що вказує на спільні механізми розвитку гастрита та дуоденіта. Ці захворювання привертають до себе велику увагу педіатрів, гастроентерологів, сімейних лікарів у зв'язку з їх розповсюдженістю, особливостями діагностики та вибором адекватних методів терапії. Правильне призначення відповідних лікувально-профілактичних заходів збережуть дитячі життя.

Удосконалення лікувально-профілактичної допомоги дітям припускає підвищення якості диспансеризації. Поняття «диспансеризація» включає динамічне спостереження та постійне оздоровлення окремих груп населення. При диспансеризації важливо визначити найбільш оптимальну частоту спостереження за дитячими групами, тому що патологічні процеси, що уражають органи та системи, відрізняються за ступенем тяжкості та періодом захворювання, тому підхід до об'єму реабілітаційних заходів неоднаковий.

## **2.Конкретні цілі заняття ( з вказівкою рівня засвоєння, що планується):**

### **2.1.Студент повинен знати:**

- знати основні нозологічні форми захворювань органів травлення, за якими формуються диспансерні групи дітей;
- основних спеціалістів, які повинні оглядати дітей з гастродуоденальною патологією;
- знати кратність спостережень гастроентерологом, педіатром, отоларингологом, стоматологом та іншими спеціалістами дітей з різними нозологічними формам захворювань органів травлення;
- об'єм необхідних досліджень для обстеження дітей з гастродуоденальною патологією на етапі диспансерного спостереження;
- кратність реабілітаційних заходів у цього контингенту дітей;
- тривалість реабілітаційних заходів у цього контингенту дітей;
- об'єм реабілітаційних заходів у цього контингенту дітей;

- критерії зняття з диспансерного обліку

### 3. Матеріали самостійної роботи.

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

Дисципліна	Знати	Вміти
Попередні дисципліни		
Фізіологія	Параметри фізіологічної норми шлунково-кишкової системи у дітей; показники лабораторного обстеження в нормі ( заг. ан. крові, сечі, біохімія крові, визначення рівня пепсиногену в крові та сечі, тощо).	Оцінити дані лабораторного обстеження.
Патофізіологія	Механізм порушення функцій органів травлення у дітей при кардіоревматологічній патології.	Інтерпретувати патологічні зміни за результатами лабораторного обстеження при порушеннях функції органів травлення у дітей.
Імунологія	Основні поняття предмету, роль системи імунітету в інфекційному процесі, вплив на термін елімінації збудника з організму людини. Імунологічні аспекти аутоімунних гастритів та дуоденітів.	Оцінити дані імунологічних досліджень.
Епідеміологія	Поширеність захворювань органів травлення у дітей на Україні і в світі.	Оцінити та порівняти показники розповсюдженості захворювань органів травлення у дітей в різних країнах.
Неврологія	Роль вегетативної нервової системи у патогенезі захворювань органів травлення у дітей.	Оцінити стан вегетативної нервової системи у дітей з патологією органів травлення.
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Основні етапи та методи клінічного обстеження хворого.	Зібрати анамнез, провести клінічне обстеження хворого, виявити патологічні симптоми і синдроми. Аналізувати отримані дані.
Клінічна фармакологія.	Фамакокінетику і фармакодинаміку, побічні ефекти препаратів етіологічної, патогенетичної, та симптоматичної терапії при захворюваннях органів травлення у дітей.	Призначити лікування в залежності від віку, ступеня тяжкості захворювання, індивідуальних особливостей хворого, вибрати оптимальний режим прийому та дозу препарату, виписати рецепти.

### 3.2. Зміст теми

#### Диспансеризація при захворюваннях органів травлення

Диспансерне спостереження дітей з **хронічним гастродуоденітом** проводять протягом 5 років. В 1-й рік після загострення (реконвалесценція) – педіатр оглядає 4 рази на рік, оториноларинголог та стоматолог – 2 рази на рік, гастроентеролог – 1 раз на рік, невролог – за показаннями, ЗАК, ЗАС – 2 рази на рік, біохімічне дослідження крові – за показаннями, фракційне дослідження шлункового соку або рН-метрія – 1 раз на рік, дуоденальне зондування за показаннями, ЕФДГС 1 раз на рік при загостренні. Кал на яйця гельмінтів 2 рази на рік, кал на приховану кров 4 рази на рік. Дієта №1, потім №5.

В періоді ремісії (з 2-го року) – педіатр оглядає 2 рази на рік, оториноларинголог, стоматолог – 2 рази на рік, гастроентеролог – 1 раз на рік, невролог – за показаннями. ЗАК – 2 рази на рік, ЗАС – 1 раз на рік, біохімічне дослідження крові – за показаннями, фракційне дослідження шлункового соку або рН-метрія – 1 раз на рік, ЕФДГС за показаннями. Кал на яйця гельмінтів 2 рази на рік, кал на приховану кров за показаннями. Дієта №5.

В періоді стійкої ремісії - педіатр оглядає 1-2 рази на рік, оториноларинголог, стоматолог – 1 раз на рік, гастроентеролог – 1 раз на рік, невролог – за показаннями. ЗАК – 2 рази на рік, ЗАС – 1 раз на рік, біохімічне дослідження крові – за показаннями, фракційне дослідження шлункового соку або рН-метрія, ЕФДГС, кал на яйця гельмінтів, кал на приховану кров за показаннями. Дієта №5.

Отже, основними методами динамічного контролю, крім об'єктивного обстеження, є ЕГДС та дослідження на Нр. Методами протирецидивного лікування можна вважати антихелікобактерну терапію, яку повторюють при неефективній попередній не раніше, ніж через 4 місяці, при цьому бажано використовувати іншу схему. Методами, направленими на підсилення резистентності макроорганізму, можна вважати призначення полівітамінів та біостимуляторів, фітотерапію, бальнеотерапію, які також проводять в період ремісії з метою попередження нових загострень.

Диспансерне спостереження дітей з **виразковою хворобою** шлунка або дванадцятипалої кишки в періоді реконвалесценції (1 рік) педіатром проводиться 4 рази на рік, оториноларингологом та стоматологом – 2 рази на рік, гастроентерологом – 4 рази на рік, неврологом – за показаннями, ЗАК, ЗАС – 4 рази на рік, біохімічне дослідження крові – за показаннями, фракційне дослідження шлункового соку або рН-метрія – 1 раз на рік, дуоденальне зондування за показаннями, ЕФДГС 1 раз на рік та за показаннями. Рентгенологічне дослідження за показаннями. Кал на яйця гельмінтів 2 рази на рік, кал на приховану кров 4 рази на рік. Дієта №1.

В періоді ремісії (з 2-го року) – педіатр оглядає 4 рази на рік, оториноларинголог, стоматолог – 2 рази на рік, гастроентеролог – 2 рази на рік, невролог – за показаннями. ЗАК – 4 рази на рік, ЗАС – 2 раз на рік, біохімічне дослідження крові – за показаннями, фракційне дослідження шлункового соку або рН-метрія – 1 раз на рік, ЕФДГС – 1 раз на рік. Рентгенологічне дослідження за показаннями. Кал на яйця гельмінтів 1 раз на рік, кал на приховану кров за показаннями. Дієта №5.

В періоді стійкої ремісії (3-5 рік) - педіатр оглядає 2 рази на рік, оториноларинголог, стоматолог – 2 рази на рік, гастроентеролог – 1 раз на рік, невролог – за показаннями. ЗАК – 2 рази на рік, ЗАС – 1 раз на рік, біохімічне дослідження крові – за показаннями, фракційне дослідження шлункового соку або рН-метрія, ЕФДГС, кал на яйця гельмінтів, кал на приховану кров за показаннями. Дієта №5.

З диспансерного обліку дітей з виразковою хворобою не знімають. Лікування припиняють через 3 – 5 років стійкої ремісії.

Диспансерне спостереження дітей з **хронічним панкреатитом** в періоді реконвалесценції (1 рік) педіатром проводиться 4 рази на рік, оториноларингологом та стоматологом – 2 рази на рік, гастроентерологом – 4 рази на рік, неврологом – за показаннями, ЗАК – 2 рази на рік, ЗАС – 1 рази на рік, аналіз сечі на діастазу – 4 рази на рік, біохімічне дослідження крові (цукор, білірубін, амілаза, тимолова проба, АСТ, АЛТ) – 2 рази на рік, копрограма – 2 раз на рік, фракційне зондування шлунку, дуоденальне зондування – 1 раз на рік, УЗД - 1 раз на рік. Дієта №5.

В періоді ремісії (з 2 – 3-го року) – педіатр оглядає 2-3 рази на рік, оториноларинголог, стоматолог – 2 рази на рік, гастроентеролог – 2 рази на рік, невролог – за показаннями. ЗАК – 2 рази на рік, ЗАС – 2 раз на рік, аналіз сечі на діастазу – 2 рази на рік, біохімічне дослідження крові (цукор, білірубін, амілаза) – 1 раз на рік, копрограма – 1 раз на рік, фракційне зондування шлунку, дуоденальне зондування, УЗД – за показаннями. Дієта № 5.

В періоді стійкої ремісії (4-5 рік) педіатр оглядає 2 рази на рік, оториноларинголог, стоматолог – 1 раз на рік, гастроентеролог, невролог – за показаннями. ЗАК – 1 раз на рік, ЗАС – 2 раз на рік, аналіз сечі на діастазу – 2 рази на рік, біохімічне дослідження крові (амілаза) – 1 раз на рік, копрограма – 1 раз на рік, зондування шлунку, дуоденальне зондування, УЗД – за показаннями. Дієта №5.

З диспансерного обліку знімають через 5 років стійкої ремісії після стаціонарного обстеження.

Диспансерне спостереження за дітьми з **неспецифічним виразковим колітом** в періоді нестійкої ремісії – огляд педіатра – 4 рази на рік, оториноларинголог, стоматолог – 2 рази на рік, гастроентеролог – 4 рази на рік та за показаннями. ЗАК – 2 рази на рік та за

показаннями, ЗАС – 2 раз на рік, біохімічне дослідження крові (білок та його фракції) – за показаннями, копрограма – 4 рази на рік, визначення характеру дисбактеріозу за показаннями. Ректороманоскопія, колонофіброскопія, рентгенографія за показаннями. Дієта №4.

В періоді стійкої ремісії - огляд педіатра – 2 рази на рік, оториноларинголог, стоматолог – 2 рази на рік, гастроентеролог – 2-4 рази на рік та за показаннями. ЗАК – 2 рази на рік, ЗАС – 2 раз на рік, біохімічне дослідження крові (білок та його фракції) – за показаннями, копрограма – 2 рази на рік, ректороманоскопія, колонофіброскопія за показаннями. Дієта №4.

З диспансерного обліку дітей з неспецифічним виразковим колітом не знімають.

### **3.3 Рекомендована література**

#### **Основна**

1. Дитячі хвороби /Заред. В.М.Сидельникова, В.В.Бережного. -К.Здоров'я, 1999. -734 с.
2. Медицина дитинства/ За ред. П.С.Мощича. - К.:Здоров'я, 1994-2001. -Т. 1-6.
3. Педіатрія; Учебник для студснтов ви́сших мед. учеб. заведений III - IV урвией аккредитации. 2-е изд., испр. и доп. /В.Г.Майданник. - Харьков: Фолио, 2002. - 1125 с.
4. Неотложные состояния в педиатрии / Под ред. В.М.Сидельникова. - К.Здоров'я, 1994. - БОЯс.
5. Сміян І.С. Педіатрія (цикл лекцій). - Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. -712 с.
6. Шабалов Н.П. Детские болезни: Учебник (5-е издание). - СПб.: Питер, 2002. - Т.1. - 832 с., Т.2. - 736 с.

#### **Додаткова**

1. Белоусов Ю.В. Гастроэнтерология детского возраста. -Х.:Консум, 2000. -528 с.
2. Гастроентерологія дитячого віку /За загальною редакцією професор Є.В.Прохорова, професор О.П.Волосовця. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. - 160 с.
3. Синдромная диагностика в педиатрии: справочник / Под ред. акад. РАМН А.А.Баранова - М.: Медицина, 1997. - 320 с.

### 3.4. Матеріали для самоконтролю

#### 3.4.1. Питання для самоконтролю, які слід записати в зошиті

##### *та вміти відповісти усно*

1. Знати основні нозологічні форми захворювань органів травлення, за якими формуються диспансерні групи дітей.
2. Основних спеціалістів, які повинні оглядати дітей з гастродуоденальною патологією;
3. знати кратність спостережень гастроентерологом, педіатром, отоларингологом, стоматологом та іншими спеціалістами дітей з різними нозологічними формам захворювань органів травлення.
4. Об'єм необхідних досліджень для обстеження дітей з гастродуоденальною патологією на етапі диспансерного спостереження.
5. Кратність реабілітаційних заходів у цього контингенту дітей.
6. Тривалість реабілітаційних заходів у цього контингенту дітей.
7. Об'єм реабілітаційних заходів у цього контингенту дітей.
8. Критерії зняття з диспансерного обліку.

#### 3.4.2. Тести для самоконтролю

### ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

#### В-І

- 1 У хлопчика 8 років скарги на виражені болі навколо пупка натще, та після прийому їжі, нудоту, поганий апетит, в'ялість. У батька виразкова хвороба шлунку. Яке обстеження найдоцільніше провести дитині для уточнення діагнозу.
  - А ФГДС
  - В УЗД
  - С Рентгенографію органів черевної порожнини
  - Д Фракційне дослідження шлункового вмісту
  - Е Дуоденальне зондування
- 2 У хлопчика 14-ти років, що протягом трьох років періодично скаржиться на біль в епігастрії натще, нудоту та печію, під час гастродуоденоскопії визначено ознаки гастродуоденіту та виразковий дефект слизової оболонки дванадцятипалої кишки. Який з препаратів буде найбільш ефективним у лікуванні цієї дитини?
  - А Но-шпа
  - В Папаверин
  - С Де-нол
  - Д Альмагель
  - Е Атропін



Ф Дуоденальне зондування

- 3 У дівчинки 12 років протягом 2 років є скарги на біль в животі, переважно після порушення дієти, нудоту, печію, кисле відригування. Яке дослідження є найбільш доцільним для верифікації діагнозу?
- А Контрастна рентгеноскопія шлунка
  - В Фракційне дослідження вмісту шлунка.
  - С Фіброгастродуоденоскопія.
  - Д Інтрагастральна рН-метрія
  - Е Електрогастрографія.
- 4 Дитина 10 років. Хворіє три роки. Скарги на біль у животі, більше зправа, субфебрилітет. Печінка +2 см. Позитивний симптом Кера. Випорожнення нестійкі. В аналізах крові підвищення ШОЕ. Яке захворювання обумовлює таку клінічну картину:
- А Дискінезія жовчовивідних шляхів
  - В Хронічний ентероколіт
  - С Неспецифічний виразковий коліт
  - Д Хронічний холецистит
  - Е Гостра кишкова інфекція
- 5 Дитина 8 років, хворіє 3 роки. Скаржиться на випорожнення з кров'ю та слизом до 5-6 разів на добу, зменшення маси тіла, слабкість. Патогенна флора у калі не знайдена. В аналізах крові гемоглобін 90 г/л, ШОЕ 24 мм/год. Ваш передбачуваний діагноз:
- А Виразкова хвороба
  - В Дискінезія жовчовивідних шляхів
  - С Неспецифічний виразковий коліт
  - Д Хронічний панкреатит
  - Е Сальмонельоз
- 6 Хлопчик 15 років, скаржиться на голодні нічні болі в животі, закрепи, печія. Хворіє більше двох років. Дід помер від кишкової кровотечі. Яке захворювання найбільш вірогідне?
- А Хронічний гастрит
  - В Гострий гастрит
  - С Виразкова хвороба 12-палої кишки
  - Д Дискінезія жовчовивідних шляхів
  - Е Виразкова хвороба шлунку

- 7 Хлопчик віком 13 років перехворів на гострий панкреатит 3 роки тому. Останнім часом скаржиться на біль у верхній частині живота. При огляді – позитивний симптом Гротта, Кача. Що є найінформативнішим критерієм ураження підшлункової залози?
- А Гіперфосфатемія
  - В Гіперамілаземія
  - С Гіпербілірубінемія
  - Д Підвищення рівню АСТ
  - Е Гіперпротеїнемія
- 8 Хлопчик віком 12 років протягом останніх 2 років скаржиться на біль у епігастрії натщесерце, марудення та печію. При гастродуоденоскопії – ознаки гастродуоденіта, виразковий дефект слизової оболонки 12-палої кишки. Який препарат буде найефективнішим у лікуванні даного хворого?
- А Папаверин
  - В Альмагель
  - С Но-шпа
  - Д Атропін
  - Е Де-нол
- 9 Дівчинка 13 років протягом 3 років спостерігається з приводу хронічного гастродуоденіту. Останні 6 місяців непокоять нічні голодні болі в животі. Яке обстеження хворій доцільно провести?
- А УЗД органів брюшної порожнини
  - В Дослідження калу на приховану кров
  - С Фіброезофагогастродуоденоскопія
  - Д РН метрія шлункового соку
  - Е Фракційне титраційне дослідження шлункового соку
- 10 9-річний хлопчик протягом року скаржиться на біль у животі вночі, інколи біль супроводжується блюванням. Батько дитини стоїть на «Д» обліку у гастроентеролога.. Реакція на приховану кров у калі позитивна. Який найвірогідніший діагноз?
- А Виразкова хвороба 12-палої кишки
  - В Хронічний апендицит
  - С Дивертикул Меккеля
  - Д Синдром подразливого кишківника
  - Е Глистна інвазія
- 11 Хлопчик 14 років надійшов до клініки зі скаргами на слабкість, запаморочення, шум у вухах, марудення, блювання «кавовою гущею». Яке першочергове обстеження треба

виконати стосовно цієї дитини?

- A Езофагогастродуоденоскопія
- B Ректороманоскопія
- C Оглядова рентгенографія брюшної порожнини
- D Колоноскопія
- E УЗД органів брюшної порожнини

12 9-річний хлопчик скаржиться на болі в епігастрії (частіше вночі), запаморочення, блювання, печію, головний біль. У результаті клініко-параклінічного обстеження діагностовано виразкову хворобу шлунка. Яку дієту за Певзнером та на який період Ви призначите, починаючи лікувальне харчування хворого?

- A 1а – - протягом місяця
- B 1а протягом тижня
- C 1в - протягом 3 тижнів
- D 1в - протягом 2 тижнів
- E 1в - протягом 1,5 тижнів

13 У дитини 11 років протягом 3 місяців турбують приступи болю в животі, які виникають переважно після їжі і вночі. При ендоскопічному дослідженні на передній стінці луковиці 12-палої кишки виявлено дефект слизової оболонки округлої форми діаметром 5-7 мм, оточений обмеженим високим гіперемійованим валиком. Краї дефекта набрякли, дно вкрите накладеннями сірого кольору. Реакція на Н.рулогі позитивна. Яку схему лікування найбільш доцільно призначити ?

- A Омез + кларітроміцин + метронідазол.
- B Омез + метронідазол
- C Циметидин + омез.
- D Де-нол + омез.
- E Альмагель + ранітідін

14 Хворий А., віком 15 років, хворіє близько 3 років. Спостерігаються болі в епігастрії натщесерце, печія, відрижка кислим. На ФГС знайдено дефект на передній стінці 12-ти палої кишки 0,5x0,8 см, покритий фібрином. У крові Ig G до *Helicobacter pylori* збільшені. Який препарат дієть проти Н.р ?.

- A Омепразол
- B Ранітідін
- C Амоксицилін
- D Гастроцепін
- E Альмагель

- 15 Хлопчику 10 років, скаржиться на болі в животі через 20-30 хвилин після їжі, печію, нудоту. Хворіє 2 роки. Загострення протягом тижня. При обстеженні виставлено діагноз: Хронічний гастрит з підвищеною секреторною функцією, період загострення. Призначте оптимальне медикаментозне лікування.
- A Гангліоблокатор + еубіотик+антибіотик.
  - B Антацид + жовчогінні + ферменти.
  - C Антацид + гангліоблокатор + антибіотик.
  - D Гангліоблокатор + фермент+антибіотик.
  - E Антацид + спазмолітик+пробіотик.
- 16 Хлопчику 12 років, хворіє 1,5 місяці. Скаржиться на домішки крові та слизу у випорожненнях, незначні болі в животі. Самопочуття задовільне. Шкірні покриви чисті, блідуваті. Живіт м'який, злегка болючий при пальпації в лівій здухвинній ділянці. В периферичній крові: Нв-80 г/л, Ер-3.0 Т/л, Л- 12,0 Г/л, ШЗЕ-16 мм/год. Який ймовірний діагноз?
- A Неспецифічний виразковий коліт
  - B Інвагінація кишечника
  - C Геморой
  - D Хвороба Крона
  - E Гостра дизентерія
- 17 Хлопчик 10 років скаржиться на біль у животі, який пов'язаний з дефекацією, метеоризм, відчуття розпирання, часті розлади випорожнення, головний біль, швидку втомлюваність, дратівливість. Хворіє впродовж 2-х років, самопочуття хлопчика та розлади випорожнення погіршуються після хвилювання. При копрологічному дослідженні та УЗД органів черевної порожнини змін не виявлено. Який найбільш імовірний діагноз?
- A Хронічний неспецифічний коліт
  - B Хронічний ентероколіт
  - C Харчова алергія
  - D Глистна інвазія
  - E Синдром подразненого кишечника
- 18 У дитини 8 років відмічаються переймоподібні болі в правому підребер'ї після вживання жирної, смаженої їжі, нудота, позитивні симптоми Кера, Грекова-Ортнера. Печінка нормальних розмірів. Дуоденальне зондування: скорочення тривалості 4 фази і зменшення об'єму, подовження 2 фази. Ваш діагноз?
- A Дискінезія жовчовивідних шляхів за гіпертонічно-гіперкінетичним типом
  - B Дискінезія жовчовивідних шляхів за гіпотонічно-гіперкінетичним типом

- С Дискінезія жовчовивідних шляхів за гіпертонічно-гіпокінетичним типом
- D Дискінезія жовчовивідних шляхів за гіпотонічно-гіпокінетичним типом
- Е Функціональне захворювання шлунку

19 Хлопчик 14 років поступив в стаціонар з клінікою цирозу печінки. В 5-ти річному віці переніс вірусний гепатит, який трансформувався в хронічний. Поступово розвинулась печінкова кома. Вкажіть основний патогенетичний механізм виникнення цього ускладнення.

- AМетаболічні розлади.
- BЦитоліз печінкових клітин.
- ССклеротичні зміни в печінці.
- DХолестаза.
- ЕНедостатність детоксикаційної функції печінки

20 Хлопчик 10 років. Скарги на ниючий біль у верхній половині живота, відчуття важкості в череві, печію, відрижку кислим. Об'єктивно – загальний стан задовільний, при пальпації болючість в епігастральній зоні. Гастроскопія: помірне потовщення складок незмінної слизової оболонки шлунку за рахунок спастичних скорочень, добре розправляються повітрям. Ерозій та виразок нема. Інтрагастральна рН-метрія: підвищення кислотоутворювання. Вкажіть вірний діагноз.

- AФункціональний розлад шлунку з підвищеною секреторною функцією
- BХронічний гастрит з підвищеною секреторною функцією
- СРефлюксна хвороба
- DГастроптоз
- ЕДискінезія кишкового

21 Дівчинка 9 років. Скарги на тупий ниючий біль в правому підребр'ї, який посилюється після прийому гострої і грубої їжі, емоційному напруженні. Хворіє на протязі 6 міс. Об'єктивно: дитина дратлива, емоційно лабільна, жовчно-міхурові симптоми позитивні. Ультразвукове дослідження – жовчний міхур збільшений у розмірі, стінки не змінені. Результати дуоденального зондування – тривалість II фази А2 складає 1 хв. IV фази В – 40 хв., швидкість витікання жовчі – 0,7мл/хв. Вкажіть тип дискінезії жовчовивідних шляхів.

- A Гіпотонічно-гіпокінетичний
- B Гіпотонічний
- С Гіпертонічний
- D Гіпертонічно-гіперкінетичний
- Е Гіпотонічно-гіперкінетичний

22 У хлопчика через декілька днів після збільшення привушних слинних залоз підвищилась температура до 38<sup>0</sup>С, знизився апетит, відмічалась нудота, повторне блювання. З'явився нападоподібний біль в животі, рідкі випорожнення. Діастаза сечі – 128 одиниць. Найбільш імовірний діагноз

- А Кишкова інфекція
- В Дисбактеріоз кишечника
- С Гострий апендицит
- Д Гострий холецистит
- Е Паротитний панкреатит

23 Дитині 12 років. Протягом 6 років хворіє на хронічний гастрит. У 10 років на ФГДС поставлений діагноз вогнищевого гастриту малої кривизни з гіпертрофією слизової оболонки. Останнім часом 1-2 рази на тиждень спостерігається блювання “кавовою гущею”, посилилися болі в епігастральній області, дитина перестала вживати м'ясну їжу. Яке ускладнення можливо припустити?

- А Шлункову кровотечу
- В Пенетрацію
- С Виразкову хворобу
- Д Перфорацію
- Е Новоутворення шлунку

24 Хлопчик 12 років звернувся до дільничного педіатра зі скаргами на біль в області епігастрфю режучого характеру, що виникає через 1,5 – 2 години після їжі й у нічний час. З анамнезу: хлопчик страждає виразковою хворобою 12п/к протягом 2 років. Обгрунтуйте, які з запропонованих нижче факторів сприяли прогресуванню виразкової хвороби?

- А Секреція бікарбонатів
- В Утворення простагландинів
- С Утворення слизу
- Д Фізіологічна васкуляризація слизуватої оболонки 12п/к
- Е Дуодено-гастральний рефлекс

## В-ІІ

25 Хворий А., 14 років, хворіє близько 2 років. Хвилює голодний біль в пілородуоденальній області, ізжога, відрижка кислим. На ФГС візуалізується дефект на передній стінці 12-ти перстної кишки 0,5 на 0,5 см, вкритий фібрином. У крові - антитела до *Helicobacter pylori*. Який препарат необхідно вибрати із перерахованих для ерадикації Нр.

- А Омепразол

- В Амоксицилін
- С Ранітідін
- D Гастроцепін
- Е Альмагель

26 Хлопчик 10 років доставлений у клініку з рецидивом виразкової хвороби 12-палої кишки, асоційованою з хелікобактером пілорі. Який із препаратів, що використовується при лікуванні виразкової хвороби, має антихелікобактерну активність?

- A Панкреатин
- В Маалокс
- С Амоксицилін
- D Фамотидін
- Е Мотиліум

27 У дівчинки 10 років, хронічний гастродуоденіт, період ремісії. Яку дієту за Певзнером Ви призначите?

- A 1а
- В 1в
- С 5
- D 7
- Е 4

28 Які із перерахованих препаратів не є інгібіторами протонної помпи?

- A.Омепрозол
- В.Омізак
- С.Орнатол
- D.Лосек
- Е.Гастрин

29 Що не характерно для больового синдрому при виразці 12-палої кишки:

- A.Голодні, нічні, пізні (ч/з 1,5-2ч. після їжі) болі
- В.Періодичність та сезонність болей
- С.Локалізація болю справа від середньої лінії живота
- D.Болі, що супроводжуються диспептичними розладами
- Е.«Ранні»болі, після їжі

30 Які із препаратів не мають антихелікобактерної активності?

- A.Метронідазол
- В.Кларитроміцин
- С.Амоксицилін

Д.Коллоїдний субцитрат вісмута

Е.Левоміцетин

31 Які із препаратів не є блокаторами М-холінорецепторів?

А.Гастроцепін

В.Ранітидин

С.Пірензепін

Д.Гастрін

Е.Гастрозен

32 При відсутності клініки загострення у хворого з виразковою хворобою ЕФГДС проводять:

А.1 раз на 6 місяців

В.1 раз на 3 місяці

С. 1 раз на 1 рік

Д.1 раз на 2 роки

Е.1 раз на місяць

33 Яка речовина не може бути сильним стимулятором секреції обкладочними клітинами соляної кислоти

А.Ацетилхолін

В.Гастрін

С.Гістамін

Д.Серотонін

Е.Соматостатин

34 Яка властивість хелікобактер забезпечує йому сприятливе існування в шлунку

А Властивість до адгезії на покривному епітелії антрального відділу шлунка

В Властивість до ендоцитозу

С Спиралевидна форма

Д Розщеплення сечовини на аміак і вуглекислий газ і створення лужної оболонки

Е Наявність джгутиків

35 Які з перахованих препаратів не є блокатором H<sub>2</sub>-рецепторів гістаміна

А.Ранітідін

В.Фамотідін

С.Низатидін

Д.Роксатидін

Е.Гастроцепін



- 36 Функція яких клітин блокується за допомогою блокаторів протонної помпи
- A.Слизових
  - B.Парієтальних клітин
  - C.Головних клітин
  - D.Епітелію антрального відділу
  - E.Всіх перерахованих
- 37 У дітей частіше зустрічається виразка локалізована
- A.У шлунку
  - B.В 12-палій кишці
  - C.З однаковою частотою як в шлунку, так і в 12-палій кишці
  - D.Частота локалізації залежить від віку дитини
  - E.Язва тонкого кишківнику
- 38 У дитини 12 років (хлопчик) діагностовано виразку 12-палої кишки. Основний метод виявлення хелікобактера.
- A.Фіброгастроскопія
  - B.Рентгенограма шлунку
  - C.Аналіз сечі
  - D.Дихальний тест
  - E.Копрограма.
- 39 Яке захворювання не входить до групи генетично детермінованих пептичних захворювань:
- A.Функціональні захворювання шлунку з гіпершифозом;
  - B.Хронічний антральний гастрит ( гастрит типу «В»)
  - C.Хронічний дуоденіт:
  - D.Хронічний поширений гастрит ( гастрит типу «А»)
  - E.Хронічний панкреатит.
- 40 Заселення дванадцятипалої кишки *H.pylori* можливо при наявності:
- A.Запального процесу дванадцятипалої кишки
  - B.Порушення нервової регуляції дванадцятипалої кишки
  - C.Наявність метаплазованих ділянок слизової оболонки duodenum
  - D.Велика кількість *H.pylori* в антральному відділі шлунку
  - E.Наявності рефлюкса.
- 41 Препарати, які не використовуються в лікуванні функціональних секреторно-рухових захворюваннях шлунку:
- A.Седативні

- В Антацидні
- С Інгібітори протонної помпи
- Д Прокінетики
- Е Сорбенти.

42 Препарат, у якого немає антихелікобактерної активності:

- А Пілобакт
- В Хелікоцин
- С Бускопан
- Д Гастростан
- Е Де-нол.

43 Ведучий клінічний синдром при виразковій хворобі:

- А. Больовий
- В. Диспептичний
- С. Астено-вегетативний
- Д. Діенцефальний
- Е. Інтотоксикаційний.

44 У кого частіше зустрічається виразка дванадцятипалої кишки?

- А. У дівчаток
- В. У хлопчиків
- С. У осіб обох статей
- Д. Тільки у дорослих
- Е. Тільки в похилому віці

45 Які із перерахованих факторів не відносяться до місцевих факторів захисту від ульцерогенезу?

- А. Слизово-бікарбонатний бар'єр
- В. Збагачений кровоток у шлунку
- С. Регенерація епітелію
- Д. Достатній імунний захист та кількість простагландинів
- Е. Соляна кислота та пепсин

46 Які із перерахованих факторів не є факторами агресії на рівні шлунку?

- А. Соляна кислота та пепсин
- В. Порушення моторики
- С. *Helicobacter pilori*
- Д. Лікарські препарати (аспірін)
- Е. Слизово-бікарбонатний шар

- 47 Яка властивість хелікобактера забезпечує бактеріям сприятливі умови для життєдіяльності у шлунку?
- A.Спіральовидна форма
  - B.Розщеплення мочевины на аміак та CO<sub>2</sub>, утворення основної хмарки
  - C.Наявність жгутиків
  - D.Здатність до адгезії на покривному епітелії антрального відділу шлунка
  - E.Здатність до ендоцитозу
- 48 Яка речовина не є стимулятором секреції обкладочними клітинами хлористо-водородної кислоти?
- A.Ацетилхолін
  - B.Гастрін
  - C.Гістамин
  - D.Серотонін
  - E.Простагландіни

### ЗАДАЧІ

1.Хлопчик 13 років поступив в гастроентерологічне відділення. З 10 річного віку хлопчика турбують болі ноючого характеру в епігастральній області, пов'язані з жареною їжею і прийомом газованих напоїв, почуття тяжкості в верхній половині живота. Часто з'являється відрижка їжею, тухлим, "урчання та переливання" в животі, нестійкий стул. Печії не буває, апетит знижений. Загострення не пов'язані з порою року, а з'являються при емоційному навантаженні, після їжі.

До лікаря не звертався. Мати інколи давала дитині фестал і алмагель.

Мати хворого страдає хронічним гастритом з секреторною недостатністю. У дитини на першому році життя був дісбіоценоз кишечника, не раз з'являлись захворювання по типу гострого гастроентериту, отримувал левомецетін. При огляді у хлопчика астенична конституція, харчування знижене, блідий, тіні під глазами, признаки ваготонії. При пальпації живота виявлені помірна болючість в епігастральній області, с-том Мендепя (+), урчання навколо пупка. Язик обложений густим білим нальотом.

Ваш попередній діагноз?

Який план обстеження?

Лікування та профілактика.

2. При інструментальному обстеженні дитини 13 років з діагнозом направлення "хронічний гастрит" виявлені зміни при внутрішньошлунковій рН-метрії ; рН базального

секрету - 3,9 ; рН стимульованого гістаміном в дозі 0,008мг/кг-2,7. Признаки гіпоацидного стану. При ФГДС слизова оболонка шлунку бліда, витончена, зглаженість складок шлунку вогнещевого характеру. Гістологічне дослідження біоптату із тіла шлунку: субатрофічний гастрит.

Ваш попередній діагноз?

Який план обстеження?

Лікування та профілактика.

3. Хворий 15 років звертався до дільничного педіатра двічі за півтори року, не обстежений. Турбують болі ноючого характеру, тривалі, натщесерце і через 1,5-2години після їжі, часто проходять після їжі. Біль локалізована в епігастральній і пілородуоденальній областях. Біль посилюється при фізичному та емоційному перевантаженні. Влітку почувається здоровим. Інколи з'являється нудота, часто- печія, блювання не було. Апетит присутній. Стул більше до запорів. Підліток неврівноважений, часто заморюється, непокоють головні болі, погіршилось навчання в школі. При об'єктивному обстеженні: харчування знижене, кісті та стопи холодні, вологі. Пульс 58-60 за хвилину, АД 95/60мм.рт.ст.. Язик обложений білим нальотом з оттисками зубів на боковій поверхні, Поширена болючість в епігастральній області і пілородуоденальній зоні, с-м Менделя (+).

Ваш попередній діагноз?

Який план обстеження?

Лікування та профілактика.