

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Запорізький державний медичний університет**

**"Рекомендовано"**

на методичній нараді  
кафедра факультетської педіатрії

зав.кафедрою професор Недельська С.М.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 200 р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПРИ ПІДГОТОВЦІ  
ДО ПРАКТИЧНОГО (СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	педіатрія
<i>Модуль</i>	Найбільш поширені соматичні захворювання у дітей
<i>Змістовний модуль</i>	Гастроентерологія дитячого віку
<i>Тема заняття</i>	Функціональні та органічні захворювання стравоходу та шлунку у дітей старшого віку
<i>Курс</i>	4
<i>Факультет</i>	медичний
<i>Склад(ла)</i>	Доцент Мазур В.І.

Методичні вказівки переглянуто на засіданні кафедри

«02» вересня 2007р  
«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 2014р.

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:** Захворювання органів травлення у дітей на даному етапі розвитку медицини є важливою та актуальною проблемою. Це пов'язано з тим, що формування тяжких форм захворювання дорослих починається в дитячому віці. Клінічні прояви та перебіг захворювань органів травлення у дітей мають свої вікові особливості діагностики та лікування. Своєчасна діагностика та сучасна терапія сприяють тому, що захворювання не дає тяжкого перебігу.

Зростанню патології органів травлення сприяють погіршення економічного стану родин, незбалансоване харчування, перевантаження дітей в школі, особливості нервової та імунної системи. Захворювання органів травлення у дітей дуже часто мають перебіг на фоні алергічної патології, цукрового діабету та ін. Це викликає труднощі в діагностиці та лікуванні.

## **2. Конкретні цілі:**

1. Визначити етіологічні та патогенетичні фактори функціональних захворювань травного каналу у дітей старшого віку (функціональної диспепсії, абдомінального болю), виразкової хвороби.

2. Класифікувати і аналізувати типову клінічну картину функціональних захворювань травного каналу у дітей старшого віку (функціональної диспепсії, абдомінального болю), виразкової хвороби.

3. Визначити особливості функціональних захворювань травного каналу у дітей старшого віку, виразкової хвороби і ставити попередній клінічний діагноз.

4. Складати план обстеження та аналізувати дані лабораторних та інструментальних обстежень при типовому перебігу функціональних захворювань травного каналу у дітей старшого віку (функціональної диспепсії, абдомінального болю), виразковій хворобі.: загальноклінічного та біохімічного аналізів крові; коагулограму; імунологічні дослідження I порядку; копрограму; аналіз калу на приховану кров, яйця гельмінтів; дослідження мікрофлори кишечника; ехографію; інтрагастральну pH-метрію; езофагогастро-дуоденоскопію; гістологічні дослідження слизової оболонки травного каналу; тести на хелікобактерну інфекцію.

5. Демонструвати володіння принципами лікування, реабілітації і профілактики функціональних захворювань травного каналу у дітей старшого віку (функціональної диспепсії, абдомінального болю), виразкової хвороби, гастритів.

6. Проводити диференціальну діагностику та ставити попередній діагноз при функціональних захворюваннях травного каналу у дітей старшого віку (функціональній диспепсії, абдомінального болю, синдромі подразненого кишечника, функціональному закріпі), функціональних захворюваннях жовчних шляхів, хронічних гепатитах.

7. Здійснювати прогноз життя при функціональних захворюваннях травного каналу у дітей.

8. Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації в дитячій гастроентерології.

## **3. Базовий рівень підготовки.**

ДИСЦИПЛІНА	Отримані навички
Анатомія, Фізіологія	Знати анатомо-фізіологічні особливості ШКТ та ГБС у дітей
Пат.анатомія, Пат.фізіологія	Визначати реакцію ШКТ та ГБС на різні подразнювачі та зв'язок зі станом вегетативної нервової системи
Пропедевтика дитячих хвороб	Володіти методикою дослідження і семіотикою захворювань органів ШКТ та ГБС, проведенням клінічного аналізу крові, Малювати схему будови ШКТ, ГБС та сфінктерного апарату у дитини в нормі.
Променева діагностика	Володіти методикою ехографії і рентгенологічними методами діагностики патології ГБС
Фармакологія	Виписувати препарати: жовчогінні, вазодилататори, вітаміни, антибіотики, противірусні Визначити покази, призначити і виписати рецепти з відповідними препаратами

#### 4. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття.

##### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Хронічний гастродуоденіт (ХГД)	хронічне рецидивуюче захворювання запального характеру, яке супроводжується неспецифічною структурною перебудовою слизової оболонки та залозового апарату шлунка і дванадцятипалої кишки (дистрофічні, запальні та регенераторні зміни) з різними секреторними і моторними порушеннями
2. Хронічний гастрит (ХГ)	хронічне рецидивуюче захворювання СОШ запального характеру, яке охоплює також і підслизовий шар шлунка, супроводжується клітинною інфільтрацією, порушенням фізіологічної регенерації, із схильністю до прогресування та поступового розвитку атрофії залозистого апарату, розладами секреторної, моторної та інкреторної функцій шлунка
Синдром подразненого кишечника (СПК)	функціональний кишечний розлад, що проявляється абдомінальним больовим синдромом та/або порушеннями дефекації та/або метеоризмом.

#### Записати в зошиті

1.1 Перерахуйте анатомо-фізіологічні особливості органів травлення у дітей.

1.2 Випишіть у таблицю показники кислотності шлункового соку у дітей різного

віку.

1.3 Записати у зошиті, які фактори викликають розвиток виразкової хвороби.

1.4 Провести диф, діагноз між виразковою хворобою, хронічним гастритом та функціональним захворюванням шлунку з підвищеним рівнем кислотності, гіперкінетичний варіант.

1.5 Написати, які існують показання для проведення антихелікобактерної терапії.

1.6 Записати схеми антихелікобактерної терапії.

1.7 Виписати рецепти на наступні препарати: омез, кларитроміцин, метронідазол, пілобакт, де-нол, альмагель, мотіліум.

1.8.Класифікація дискінезій жовчовивідних шляхів.

### ***Контрольні питання при підготовці до заняття.***

1. Анатомо-фізіологічні особливості органів травлення у дітей в залежності від віку.

2. Значення стану нервової системи та імунної системи в розвитку уражень верхніх відділів органів травлення.

3.Етіологія та патогенез функціональних захворювань ШКТ.

4.Дати визначення функціональним захворюванням ШКТ у дітей. Класифікація, особливості клінічної картини у дітей.

5.Генетичні аспекти.

6.Діагностика.Ускладнення.

7. Лікування.

8. Етіологія та патогенез функціональних захворювань шлунку та дванадцятипалої кишки.

9. Клінічна картина та методи діагностики.

10. Лікування функціональних захворювань верхніх відділів органів травлення.

11.Гастроезофагальний рефлюкс. Етіологія, патогенез. Роль у формуванні хронічних захворювань верхніх відділів органів травлення.

12.Етіологія та патогенез хронічного гастриту. Клініка. Методи діагностики. Особливості лікування, в залежності від форми гастриту,

13.Дифдіагностика захворювань верхнього відділу органів травлення (хронічний гастрит, виразкова хвороба, функціональні захворювання шлунку).

14. Оцінка ефективності антихелікобактерної терапії та методи контролю ерадикації.

15.Терапія функціональних захворювань ШКТ. Класифікація груп препаратів.

### **4.2. Теоретичні питання до заняття:**

1. Анатомо-фізіологічні особливості органів травлення у дітей в залежності від віку.

2. Значення стану нервової системи та імунної системи в розвитку уражень верхніх відділів органів травлення.
3. Етіологія та патогенез функціональних захворювань шлунку та дванадцятипалої кишки.
4. Клінічна картина та методи діагностики.
5. Лікування функціональних захворювань верхніх відділів органів травлення.
6. Гастроєзофагальний рефлюкс. Етіологія, патогенез. Роль у формуванні хронічних захворювань верхніх відділів органів травлення.
7. Етіологія та патогенез хронічного гастриту. Клініка. Методи діагностики. Особливості лікування, в залежності від форми гастриту,
8. Дифдіагностика захворювань верхнього відділу органів травлення (хронічний гастрит, виразкова хвороба, функціональні захворювання шлунку).
9. Оцінка ефективності антихелікобактерної терапії та методи контролю ерадикації.
10. Особливості больового синдрому у дітей.
11. Синдром подразненого кишківника у дітей: етіологія, патогенез, клініка, діагностика.
12. Особливості функціонального закрепку у дітей. Диф.діагностика з органічними захворюваннями кишківника.

#### **4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:**

1. Курація хворих.
2. Поставити діагноз.
3. Скласти план обстеження.
4. Скласти план лікування.
5. Провести диференціальний діагноз.

...

#### **ЗМІСТ ТЕМИ:**

### **ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ТА ВИРАЗКИ ШЛУНКУ У ДІТЕЙ**

**Шифр K25** – виразка шлунку (гостра ерозія шлунку, виразка пілоричної частини, виразка шлунку).

**Шифр K26** – виразка дванадцятипалої кишки (гостра ерозія дванадцятипалої кишки, виразка дванадцятипалої кишки, виразка постпілоричної частини).

#### **I. Визначення**

Виразкова хвороба (ВХ) – поліетіологічне захворювання, яке характеризується формуванням виразкового дефекту у шлунку та дванадцятипалій кишці (ДПК), схильне до прогресування, із залученням до патологічного процесу інших органів травлення, з

можливим розвитком ускладнень. Формування хвороби обумовлено порушенням рівноваги між факторами “агресії” та “захисту” слизової оболонки органів гастродуоденальної зони, завжди з переважанням “агресивних” компонентів (інфекція *H. pylori*, кислотна агресія).

## II. Критерії діагностики

1. *Клінічні критерії* (залежать від стадії і локалізації виразкового дефекту):

### Виразка ДПК

*Період загострення:*

а) I стадія – гостра виразка

- Ведучий симптом – біль:
  - епігастрій, пілородуоденальна зона;
  - натщесерце або пізні болі (через 2-3 години після їжі);
  - переважно нічні болі;
  - мойнігановський ритм: голод→біль→прийом їжі→полегшення;
  - у вигляді нападу або ниючі;
  - часто ірадіація у спину, у поперек.
- Диспептичний синдром:
  - печія (ведучий симптом);
  - нудота;
  - кисла відрижка;
  - блювання.
- Синдром неспецифічної інтоксикації:
  - головний біль;
  - зниження працездатності;
  - підвищена втомлюваність.
- Вегетативні розлади:
  - емоціональна лабільність;
  - пітливість.
- Пальпаторно:
  - виражена болючість у пілородуоденальній зоні; в епігастрії;
  - наявність симптому Менделя (при перкусії кінчиками пальців стінки живота виникає біль);
  - локальна напруга м'язів в больовій зоні;

б) II стадія –початок епітелізації:

- Біль
  - зберігаються пізні болі, як правило, вдень;
  - мойнігановський ритм менш виражений;
  - болі, в основному, ниючого характеру;
  - ірадіація болі зникає.
- Диспептичні прояви:
  - зменшуються або практично зникають.
- Пальпаторно:
  - відсутня болючість при поверхневій пальпації;
  - зберігається локальна напруга м'язів в больовій зоні.

в) III стадія – заживлення виразки:

- Біль
  - періодичні пізні (через 2-3 години після їжі) болі та болі натщесерце;
  - відчуття голоду, як еквівалент нічної болі.
- Диспептичні прояви:
  - практично відсутні.
- Пальпаторно:
  - зберігається помірна болючість в гастродуоденальній зоні при глибокій пальпації.

*Період ремісії*

Скарги практично відсутні. Пальпація пілородуоденальної зони безболісна.

### **Виразка постпілоричної частини ДПК**

- тяжкий перебіг, часто – ускладнення (кровотечі), рецидиви.
- Виражений больовий синдром (голодні, нічні, інтенсивні болі):
  - основна локалізація – верхній правий квадрант живота;
  - часто - ірадіація у спину, у хребет.
- Диспептичні прояви:
  - печія;
  - гіркота у роті;
  - нудота.
- Пальпаторно:
  - завжди має місце локальна напруга м'язів;
  - болі в епігастрії;
  - позитивний симптом Менделя.



## **Виразка шлунка**

### **Критерії діагностики**

#### **1. Клінічні критерії (залежать від стадії і локалізації виразкового дефекту):**

- **Біль**
  - найчастіше ниюча;
  - у верхній половині живота, за грудиною;
  - зразу після їжі;
  - рідко – нічні болі.
- **Диспептичні прояви:**
  - нудота;
  - відрижка;
  - гіркота у роті;
  - зниження апетиту до анорексії;
  - метеоризм.
- **Пальпаторно:**
  - локальна болючість в епігастрії;
  - нечасто – в пілородуоденальній зоні;
  - ознаки локальної напруги м'язів.

#### **2. Лабораторні дослідження:**

##### **а) обов'язкові:**

- клінічний аналіз крові – в поодиноких випадках анемія, лейкоцитоз;
- визначення групи крові і резус-фактору;
- клінічний аналіз сечі;
- загальний білок та білкові фракції крові;
- гістологічне (цитологічне) дослідження (дивись нижче);
- тести на *Helicobacter pylori* (швидкий уреазний, бактеріологічний, дихальний тест, при можливості серологічний (ІФА), ІФА аналіз концентрації антигену НР в калі, ПЦР;
- аналіз кала на сховану кров (реакція Грегерсена);

##### **б) при резистентних до терапії виразках:**

- аналіз крові на рівень гормонів (гіпергастринемія, гіперсоматотропінемія).

#### **3. Інструментальні дослідження та критерії діагностики:**

##### **Дослідження шлункової секреції:**

- внутрішньошлункова рН-метрія – помірна гіперацидність (рН 1,3 – 1,5);

– виражена гіперацидність (рН 0,9 – 1,2);

- фракційне дослідження шлункового соку (гіперацидний стан).

**Фіб्रोезофагогастродуоденоскопія з прицільною біопсією** проводиться з метою діагностики та через 3-4 тижні після початку курсу лікування. При необхідності – до повної епітелізації виразки.

При гістологічному дослідженні біоптатів з периульцерозної зони СОШ (при ВХШ) виявляють гостре запалення з інфільтрацією і стазом, атрофію різної виразності; у біоптатах СО ДПК (при ВХ ДПК) – гостре запалення з інфільтрацією і повнокров'ям, гіперплазією дуоденальних залоз, розростання сполучної тканини. Гістологічно в біоптаті визначають наявність НР і ступінь обсіменіння (мікробної забрудненості) СО (+, ++, +++).

#### Фаза загострення хвороби

а) I стадія – гостра виразка.

На фоні виражених запальних змін СОШ та ДПК – дефект (дефекти) округлої форми, оточений запальним валом, виражений набряк, дно виразки – з нашаруванням фібрину.

б) II стадія – початок епітелізації.

Зменшується гіперемія, згладжується запальний вал, края дефекту стають нерівними, дно виразки починає очищуватися від фібрину, намічується конвергенція складок до виразки.

#### Фаза неповної ремісії хвороби

в) III стадія – заживлення виразки

На місці репарації – залишки грануляції, рубці червоного кольору різноманітної форми, з деформацією або без неї. Зберігаються ознаки активності гастродуоденіта.

#### Ремісія

Повна епітелізація виразкового дефекту, відсутні ознаки супутнього гастродуоденіту.

#### ***Допоміжні методи обстеження:***

##### **Рентгенологічне :**

Рентгенологічні критерії виразки - синдром “ніші”, конвергенція складок та інші ознаки у дітей зустрічаються рідко. Обстеження використовується для діагностики моторно-евакуаторних порушень, дуоденостаза.

##### **УЗД органів черевної порожнини (одноразово):**

Дослідження проводиться для скринінг-діагностики супутньої патології.

### III. Основні принципи лікування

Залежать від локалізації виразки (шлунок чи ДПК), фази захворювання, тяжкості перебігу, наявності ускладнень, зв'язку з *Helicobacter pylori*.

#### Мета лікування

1. Купіювати симптоми ВХ і забезпечити репарацію виразкового дефекту.
2. Усунути контамінацію *H.pylori*, у відповідності до Маастрихського консенсусу\*.
3. Попередити розвиток загострень і ускладнень.

#### При загостренні:

Індивідуальне призначення комплексного лікування з урахуванням етіології, ведучих патогенетичних механізмів і клініко-ендоскопічного симптомокомплексу, дієтичне харчування.

#### Фаза загострення (В):

##### При НР-асоційованій виразці шлунка та ДПК :

1. Стіл № 5п на протязі 5-7 днів, потім стіл №5 по Певзнеру.
2. Етіотропна терапія (мінімальна тривалість лікування 14 днів).

Тижнева потрійна терапія з препаратами вісмута
Де-Нол по 120-240 мг 3 рази на день; Макроліди; кларитроміцин 7,5 мг/кг/день Напівсинтетичні пеніциліни (амоксицилін 250-500 мг 2 рази на день); Похідні імідазолу (метронідазол по 250-500 мг 2 рази на день)

При відсутності успіху від призначення терапії першої лінії – наявність больового синдрому персистенції *H.pylori* показано призначення терапії другої лінії (квадротерапія).

Інгібітори протонної помпи; Де-Нол по 120-240 мг 3 рази на день; Макроліди; кларитроміцин 7,5 мг/кг/день Напівсинтетичні пеніциліни; (амоксицилін 250-500 мг 2 рази на день); Похідні імідазолу (метронідазол по 250-500 мг 2 рази на день)
---

##### При неасоційованій з НР виразці шлунку та ДПК (Д):

1. Стіл № 5п на протязі 5-7 днів, потім – стіл №5.
2. Антисекреторні препарати: Н2-блокатори гістамінових рецепторів (4-6 тижнів) або антациди(4-6 тижнів).
3. Блокатори протонового насосу (у підлітків) – протягом 7-10 днів.

4. Незалежно від етіології виразки при наявності рефлюксів – прокінетики, спазмолітики (антихолінергічні засоби, гангліоблокатори).
5. Колоїдний субстрат вісмуту 120 мг 3 рази на день 2-4 тижні.

### ***Початок епітелізації***

До вищенаведеної терапії підключають:

1. Цитопротектори (Смекта, Гліцерам).

### ***Заживлення виразки***

1. Препарати, що мають репаративні властивості (Обліпихова олія, альтан).
2. Вітаміни за показанням.

**У фазі заживлення виразки (нестійкі больовий та диспептичний синдроми) лікування може бути продовжено у поліклінічних умовах.**

**Критерії ефективності лікування:** відсутність клініко-ендоскопічних проявів хвороби з негативним тестом на Н. Pylori.

### **Ускладнення виразки шлунка та ДПК:**

- Кровотеча – кровава блювота, дьогтеподібний стілець, бліді шкіряні покрови, запаморочення, холодний піт, прискорення пульсу, падіння АТ;
- Перфорація язви – гострий “кінжальний” біль, блювота, лице бліде, холодні кінцівки, змушене положення з приведеними до живота колінами, живіт втягнутий, брюшна стінка напружена;
- Стеноз – інтенсивні стійкі болі, відчуття переповненості після їжі, відрижка, блювота, яка приносить полегшення, зневоднення, зниження маси тіла;
- Пенетрація в інші органи травлення – посилення больового синдрому, біль не пов’язаний з прийомом їжі, в зоні патологічного ураження виражена пальпаторно болючість, запальний інфільтрат, субфебрильна температура, лейкоцитоз, прискорена ШОЕ.
- хірургічне лікування в спеціалізованому стаціонарі. Обсяг і термін лікування визначає дитячий хірург. Після хірургічної допомоги хворих переводять до гастроентерологічного соматичного стаціонару для визначення подальшої схеми лікування та диспансерного нагляду.

### ***Клініко-ендоскопічна ремісія (Д):***

1. Дієта №5.
2. Санаторно-курортне лікування – через 4-6 місяців при досягненні стійкої ремісії.

3. ГФДС – при НР-асоційованих виразках через 8 тижнів після завершення лікування.
4. При НР-асоційованих виразках - контроль НР також через 8 тижнів після завершення лікування.

**Диспансерний нагляд** - можливе зняття з обліку через 5 років стійкої ремісії після стаціонарного обстеження. Консультація гастроентеролога – за показаннями не пізніше 6 міс., ФГС контроль – за показаннями.

Огляд спеціалістів (ЛОР, стоматолог та ін. за показаннями) – 1 раз на рік.

При сприятливому перебігу виразок – проведення протирецидивного лікування в умовах поліклініки (або денного стаціонару) 2 рази на рік (весняно-осінній період). Об'єм та тривалість протирецидивного лікування вирішують індивідуально. Поряд з призначенням режиму та дієти №5 використовують антисекреторні препарати, антациди, цитопротектори.

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

Примітка: \* - Маастрихтський консенсус – березень 2005 р.

## ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У ДІТЕЙ

Шифр К 86.1 – хронічний панкреатит

### **I. Визначення**

Хронічний панкреатит (ХП) – прогресуюче захворювання підшлункової залози (ПЗ), характеризується ознаками гострого запалення, поступовим заміщенням паренхіми органа сполучною тканиною і розвитком недостатності екзо- і ендокринної функції залози.

### **II. Критерії діагностики:**

Анамнез, клінічні симптоми, показники екзо- і ендокринної функції ПЗ.

#### **Клінічні критерії:**

- Ведучий симптом – біль:
  - епігастрій, параумбілікальна зона, ліве підребер'я;
  - наростає після їжі, після фізичних навантажень;
  - у вигляді накату або ниючі;

- тривалість нападу від години до декількох діб;
- вимушене положення і ірадіація в спину.
- Диспептичний синдром:
  - печія;
  - блювота;
  - зниження апетиту;
  - схильність до закрепу або нестійкий стілець, нестабільні випорожнення.
- Астено-вегетативний синдром:
  - підвищена втомлюваність;
  - зниження працездатності;
  - емоційна лабільність.

#### **Об'єктивні дані:**

- зменшення маси тіла;
- грязно-сірий колір шкіри;
- пігментація обличчя, кінцівок;
- сухість і десквамація шкіри;
- яскраво-червоні плями (симптом “червоних крапель”);
- прояви мальабсорбції (вздуття кишкови́ка, набряки, трофічні порушення шкіри, нігтів, зору, блідість слизових оболонок і шкірних покривів, переломи костей).
- Пальпаторно:
  - болючість в епігастрії і лівому підребер'ї;
  - болючість в панкреатичній точці Дежардена;
  - болючість в холедохопанкреатичній зоні Шоффара;
  - болючість в лівому реберно-клубовому куту (симптом Мейо-Робсона);
  - болючість в області лівого підребер'я (симптом Гротта);
  - можлива пальпація збільшених розмірів і ущільненої ПЗ.

#### **II. Лабораторні обстеження:**

- Визначення амілази в крові і в сечі (гіперамілоземія та гіперамілозурія);
- Загальний аналіз крові (лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, зсув лейкоцитарної формули вліво, лімфоцитоз, еозінофілія при середньо- та важких формах; без

змін при легких формах хвороби); низький рівень заліза, мінеральних речовин, вітамінів К, Е, D у хворих з синдромом мальабсорбції;

- Загальний аналіз сечі (без змін)
- Протеїнограма (гіпопротеїнемія, підвищення рівня  $\alpha_1$ - і  $\alpha_2$ -глобулінових фракцій при важких та середньоважких формах)
- Копрограма (поліфекалія, випорожнення жирні, сірого кольору, в'язкі, з різким гнилою запахом; креаторея, стеаторея)
- Функціональні дослідження екзокринної недостатності підшлункової залози\*:
  - визначення еластази-1 в калі (зниження вмісту незалежно від форми хвороби; при важких формах рівень еластази-1 нижче 100мкг/гр калу)
  - при можливості прозеринний тест (вивчається активність амілази сечі натщесерце і після підшкірного введення прозерина із розрахунку 0,1 мл 0,05 % розчину на рік життя, після 10 років – 1 мл через кожні 30 хвилин на протязі 1,5-2 години) – при важких формах початкові показники активності амілази сечі значно підвищені і до кінця дослідження не повертаються до вихідних значень або вихідні показники низькі і не мають тенденції до зростання; при легких і середньоважких формах підвищення активності амілази зберігається більше 2-х годин)
  - тест з подвійним навантаженням глюкози – гіперамілоземія після першого та другого навантаження глюкозою; при пригніченні та виснаженні ферментоутворюючої функції підшлункової залози реєструється монотонно низькі показники рівня амілази в крові)
  - секретинний тест (секретин вводять внутрішньовенно повільно із розрахунку 1 од/кг маси ваги дитини; спочатку вивчається базальна секреція. Після введення інтестинального гормону збирають порції стимульованого панкреатичного секрету на протязі 40 хвилин) дає змогу визначити тип панкреатичної секреції. У хворих на хронічний панкреатит встановлено три типи панкреатичної секреції: I тип – гіпосекреторний (зниження активності ферментів і гідрокарбонатів при нормальному обсязі); II тип – гіперсекреторний (підвищення активності ферментів при нормальній або підвищеній концентрації гідрокарбонатів і обсягу секреції); III тип – обтураційний (зниження секреції і підвищення активності ферментів при набряку залози або зниження об'єму секреції при незмінній активності ферментів і кількості гідрокарбонатів)

- Протипоказанням до проведення методів навантаження є порушення екзокринної функції підшлункової залози (період загострення), тому проведення цих методів рекомендується не раніше двох тижнів з моменту початку гострого періода.
- Для оцінки внутрішньосекреторної функції підшлункової залози найбільш інформативним є визначення вмісту цукру в крові і в сечі та глюкозотолерантна проба Штауба-Трауготта з подвійним цукровим навантаженням.

#### **Інструментальні методи дослідження:**

- УЗД (збільшення або зменшення розмірів підшлункової залози, нерівність її контурів, неоднорідність ехоструктури, розширення панкреатичної протоки, наявність кальцинатів)
- Ендоскопічна ретроградна холецистохолангіопанкреатографія (ЕРХПГ) – наявність деформації органу, кальцинатів, стриктур протоків
- Допоміжні лабораторно-інструментальні методи обстеження:
  - визначення активності трансаміназ, лужної фосфатази (підвищення їх рівня при гіперсекреторному стані підшлункової залози, реактивному гепатиті)
  - оглядова рентгенографія живота (визначення наявності кальцинатів)
  - КТ при необхідності більш детальної візуалізації ПЗ.

**III. Основні принципи лікування** залежать від фази захворювання, тяжкості перебігу, наявності ускладнень, наявності супутніх захворювань.

#### **Мета лікування:**

- швидке купування болю та диспептичних проявів;
- корекція екзокринної і ендокринної недостатності ПЗ;
- попередження рецидивів захворювання;
- лікування супутніх хвороб органів травлення.

#### **Фаза загострення (Д):**

- Постільний режим.
- Дієта:
  - 2-3 дні голод, дробне вживання лужної негазованої води. З 3-го дня білково-вуглеводна дієта в протертому вигляді. З 10-го дня – стіл 5-п зі зменшенням жиру до 80 % і збільшенням білка до 130 %, зменшенням солі.



А. При гіперсекреторному стані підшлункової залози:

- Дезінтокуюча терапія (5 % розчин глюкози, поліглюкін, неогемодез, 10 % розчин альбуміну)
- Антациди, (маалокс, фосфалюгель, альмагель) або блокатори H<sub>2</sub> рецепторів, (фамотидін, ранітідін).
- Антибіотики (напівсинтетичні пеніциліни або цефалоспорины в звичайних добових дозах)
- Аналгетики, М-холінолітики
- Вітамінотерапія по показанням
- Еферентні методи (плазмафорез, гемосорбція) при важкій формі

Б. При гіпосекреторному стані підшлункової залози:

- Ферментні ліки (панкреатин у вигляді мінімікросфер - Креон)
- Антациди (маалокс, фосфолюгель), антисекреторні ліки
- Антибактеріальна терапія
- Антиоксиданти (асвіт)
- Прокінетики
- Пре- та пробіотики

В. Обструктивний тип хронічного панкреатиту підлягає хірургічному лікуванню.

**Початок ремісії (Д):**

При гіперсекреторному стані підшлункової залози:

- Гальмування зовнішньої секреції ПЗ (створення “функціонального спокою” ПЗ) –тільки при атаці гіперферментомічного панкреатиту
- інфузійна терапія при важкій формі захворювання
- антациди, антисекреторні ліки
- аналгетики, М-холінолітики до стихання больового синдрому
- вітамінотерапія
- препарати, які поліпшують стан мікроциркуляції (теонікол)

При гіпосекреторному стані:

- ферментні препарати (панкреатин у вигляді мінімікросфер - Креон)
- пробіотики
- вітамінотерапія по показанням

**Ремісія (С):**

- Дієта 5п (від 3-х до 8-ми тижнів від початку лікування)

- Ферментні препарати (мезім-форте, панкреатин для дітей)
- Гепатопротектори при супутніх захворюваннях гепато-біліарної системи
- Антациди, антисекреторні ліки при супутніх хворобах шлунку та 12-ти палої кишки
- Санаторно-курортне лікування в періоді стійкої ремісії хвороби.

Критерії ефективності лікування: відсутність больових відчуттів; відновлення екзо- та ендокринної недостатності підшлункової залози.

**Диспансерний нагляд:** консультація дитячого гастроентеролога при легких формах один раз в 6 місяців; при середньоважких та важких формах щоквартально після загострення, в подальшому один раз на рік.

УЗД органів черевної порожнини при легких формах один раз на рік; при середньоважких та важких формах один раз в 6 місяців.

Лабораторна діагностика щоквартально при середньоважких та важких формах ХП; дослідження сироваткової амілази, порушень зовнішньосекреторної функції один раз на рік незалежно від форми важкості хвороби.

## ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТА У ДІТЕЙ

**Шифр К 29.9 (МКХ – 10) – Хронічний гастродуоденіт**

**I. Визначення: Хронічний гастродуоденіт (ХГД)** – хронічне рецидивуюче захворювання запального характеру, яке супроводжується неспецифічною структурною перебудовою слизової оболонки та залозового апарату шлунка і дванадцятипалої кишки (дистрофічні, запальні та регенераторні зміни) з різними секреторними і моторними порушеннями.

Найбільш поширена форма хронічних гастродуоденальних захворювань, в структурі хвороб шлунка та дванадцятипалої кишки ХГД складає 58-74 %. Висока можливість трансформації у виразкову хворобу. Найчастіше у дітей зустрічається ХГД з гіперсекрецією та гіперацидністю.

### II. Критерії діагностики:

Наявність факторів ризику розвитку ХГД та спадкової схильності (35-40 %).

**1. Клінічні критерії** (залежать від фази та вираженості запального процесу, стану секреторної функції шлунка, моторно-евакуаторних порушень шлунка та ДПК).

При загостренні характерна тріада симптомів:

- больовий;
- диспептичний;
- хронічної неспецифічної інтоксикації.

Найчастіше одночасно має місце симптоматика супутньої патології (гепатобіліарна система, кишечник, підшлункова залоза).

Клінічні симптоми подібні до проявів виразкової хвороби, але відсутня строга періодичність больового синдрому, нічні болі бувають нечасто.

Найбільш характерно:

- болі в животі – ниючі, тривалі, виникають вранці натщесерце та через 1,5-2 години після їжі;
- часто (до 40 %) має місце гострий, приступоподібний, але нетривалий характер болі, яка локалізується в епігастрії (98-100 %), в правому підребер'ї (60 %), навколо пупка (45 %). Біль посилюється після їжі та фізичного навантаження. При ерозивному гіперацидному ХГД (передвиразковий стан) – поєднуються голодні, нічні та пізні болі.
- диспептичні прояви: часта відрижка, тривала нудота, відчуття гіркоти у роті, метеоризм, запори, більш рідко – нестійкий характер випорожнення;
- синдром неспецифічної інтоксикації і емоціональна лабільність, часті головні болі, дратівливість, слабкість.

Пальпаторно: розлита болючість в епігастрії, пілородуоденальній зоні, при ерозіях – можливе локальне напруження м'язів.

Сезонність загострень – близько 35-40 %.

*2. Лабораторні дослідження:*

- клінічний аналіз крові;
- клінічний аналіз сечі;
- загальний білок та білкові фракції крові;
- тести на *Helicobacter pylori* (швидкий уреазний, бактеріологічний, дихальний уреазний тест, серологічний (ІФА), ІФА аналіз концентрації антигену НР в калі, ПЛІР).
- аналіз кала на скриті крові (реакція Грегерсена);
- гістологічне (цитологічне) дослідження біоптатів (із застосуванням гістологічного методу діагностики *Helicobacter pylori* – “золотий стандарт”);
- імунограма (за показаннями).

### **3. Інструментальні дослідження та критерії діагностики:**

#### **Обов'язково:**

- фіброезофагогастродуоденоскопія з прицільною біопсією та проведенням експрес-діагностики НР (одноразово, при ерозивному ХГД – дворазово);
- внутрішньошлункова рН-метрія (або фракційне дослідження шлункового вмісту) – одноразово;
- УЗД органів черевної порожнини – одноразово (для виявлення супутньої патології).

#### **При необхідності:**

- рентгенологічне дослідження шлунка та ДПК (моторно-евакуаторні порушення, аномалії розвитку);
- електрогастрографія;
- реографія;
- інші.

Характерні порушення шлункової секреції:

- найчастіше – підвищене кислотоутворення, порушення кислотонейтралізуючої функції шлунка (субкомпенсована та декомпенсована облужуюча здатність);
- збільшення протеолітичної активності.

Внутрішньошлункова рН-метрія:

а) нормаоцидний стан:

- рН тіла шлунка 1,6-2,3;
- рН антрального відділу 2,1-3,0.

б) гіперацидний стан:

- рН шлунка <1,6;
- рН антрального відділу <2,1.

Облужуюча здатність шлункового соку:

частіше субкомпенсована:

$R_{\text{Нантрума}} - \text{рН тіла} = 1,5-4,0$

декомпенсована:

$R_{\text{Нантрума}} - \text{рН тіла} < 1,0-1,5$

рідко коли компенсована:

$R_{\text{Нантрума}} - \text{рН тіла} \geq 4,0$

Фракційний метод:

$\text{ВАО} \geq 1,14-2,38$  ммоль/година

SAO  $\geq$  3,20-5,30 ммоль/година

Ендоскопічні критерії:

- наявність характерних ендоскопічних ознак зміненої слизової оболонки шлунка та ДПК відповідно до класифікації ХГД (поверхневий, гіпертрофічний, геморагічний, ерозивний, змішаний);
- наявність дуоденогастрального рефлюкса та інших моторно-евакуаторних порушень;
- виявлення етіологічних факторів.

Найбільш часто:

При *поверхневому ХГД*: запальний набряк, гіперемія, контактна кровоточивість.

При *субатрофічному (атрофічному) ХГД*: слизова оболонка ДПК бліда, сірого кольору, потончена, циркулярні складки згладжені, просвічується судинна сітка підслизового шару.

При *ерозивному ХГД* (частіше вражається цибулина або цибулина та антральний відділ): на фоні набряку, гіперемії – поверхневі дефекти слизової оболонки, не проникаючі у м'язовий шар, розміром до 0,5 см, поодинокі або численні, з ознаками кровотечі і без них.

Гістологічні ознаки (дуоденіта):

- *Поверхневий дуоденіт*: зміни висоти ворсинок (подовження) різної форми, збільшення кількості крипт. В ентероцитах ворсинок і крипт виразні дистрофічні зміни з осередковою гіперплазією ентероцитів.
- *Дифузний дуоденіт (без атрофії)*: зменшується висота ворсинок та товщина крипт, витончується слизова оболонка. Збільшується щільність лімфоцитарно-плазмоцитарної та лімфоцитарно-гістіоцитарної інфільтрації.
- *Атрофічний (субатрофічний) дуоденіт*: укорочення ворсинок, потончення крипт і слизової оболонки. Переважають лімфоїдні та плазматичні клітини.

При всіх формах можуть виявлятися ерозії, шлункова метаплазія, наявність НР.

### **III. Основні принципи лікування**

Особливості лікування залежать від періоду захворювання, характеру клініко-ендоскопічних змін, стану секреторної функції шлунка та порушень моторно-евакуаторної функції шлунка і дванадцятипалої кишки.

При загостренні:

1. Вибір умов лікування (стаціонар чи амбулаторно).
2. Вибір режиму фізичної активності, застосування ЛФК.
3. Призначення дієтичних заходів (стіл № 1 або № 5).
4. Індивідуальний підбір комплексного лікування з урахуванням етіології, основних патогенетичних механізмів і ведучих симптомів.

При наявності НР проводиться ерадикаційна анти-НР-терапія (В).

Варіанти потрійної терапії:

1. Де-Нол по 120-240 мг 3 рази на день

Кларитроміцин (кларид) 7.5 мг/кг/день

Амоксицилін (флемоксин) по 250-500 мг 2 рази на день

2. Де-Нол по 120-240 мг 3 рази на день

Метронідазол по 250-500 мг 2 рази на день

Амоксицилін (флемоксин) по 250-500 мг 2 рази на день

Квадротерапія:

Де-Нол по 120-240 мг 3 рази на день

Амоксицилін (флемоксин) по 250-500 мг 2 рази на день

Кларитроміцин (еритроміцин, кларид) по 250 мг 2 рази на день.

Метронідазол по 250-500 мг 2 рази на день (або фуразолідон).

Патогенетична медикаментозна терапія проводиться з урахуванням рівня кислотопродукції та типу порушень моторно-евакуаторної функції шлунка (Д).

Антисекреторні препарати (блокатори  $H_2$ -рецепторів гістаміну на 2-3 тижні, селективні  $M_1$ -холінолітики на 4 тижні). При необхідності – антацидні препарати з цитопротективним і сорбційним ефектом – на 10-14 днів (“Золотий стандарт” – Сметта по 1 пакету 3-4 рази на день);

Прокінетики (Мотіліум) при наявності рефлюксів та дуоденостазу – на 10-14 днів;

Спазмолітики (Но-шпа, Метацин) – на 7-10 днів;

- Препарати антистресорної дії Сибазон, Персен, Ново-пассит - на 3 тижні.

Після відміни антисекреторних препаратів призначаються препарати, що поліпшують трофіку слизової оболонки шлунка та ДПК (репаранти) – Альтан, Сметта, Сукральфат, Ліквірітон, спіруліна, облепіхова олія - строком на 4-6 тижнів. Одночасно проводиться лікування супутньої патології – призначення ферментних препаратів (Креон), кишечних спазмолітиків (Дицетал), при запорах – Форлакс та інші.

У стадії клінічної ремісії: фітотерапія, бальнеотерапія, фізіолікування, ЛФК.

Диспансерне спостереження:

- ерозивний ХГД – 5 років з часу останнього загострення (кратність обстежень – 3 рази на рік, ендоскопічного дослідження – 2 рази на рік).

## ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ

### У ДІТЕЙ

**Шифр К-29** (МКХ-10) – *хронічний гастрит*

**I. Визначення:** **Хронічний гастрит (ХГ)** – хронічне рецидивуюче захворювання СОШ запального характеру, яке охоплює також і підслизовий шар шлунку, супроводжується клітинною інфільтрацією, порушенням фізіологічної регенерації, із схильністю до прогресування та поступового розвитку атрофії залозистого апарату, розладами секреторної, моторної та інкреторної функцій шлунка.

### II. Критерії діагностики:

Діагноз ХГ є морфологічним і базується на гістологічній оцінці біоптатів.

#### Клінічні критерії:

Клінічні критерії ХГ базуються на аналізі скарг та оцінці основних проявів хвороби – больового абдомінального, диспептичного, неспецифічної інтоксикації.

### Хронічний гастрит (період загострення)

З підвищеною (або нормальною) секрецією соляної кислоти	Із зниженою секрецією соляної кислоти
<p>1. Найбільш частий клінічний варіант:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- виразкоподібна форма.</li></ul> <p>2. Больовий синдром:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- болі в животі, пов'язані з їжею;</li><li>- часто виникають натщесерце;</li><li>- ранні болі (характерні для фундального гастриту);</li><li>- пізні болі (характерні для антрального гастриту);</li><li>- болі у нічний час.</li></ul> <p>Відсутній чіткий зв'язок з порою року, порушенням дієти. Больовий синдром інтенсивний і тривалий.</p>	<p>1. Найбільш частий клінічний варіант:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- відсутня виразна типова клініка.</li></ul> <p>2. Больовий синдром слабовиражений:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ниючі болі в епігастрії, найчастіше після їжі;</li><li>- характерне відчуття тиску та переповнення у верхній частині живота;</li><li>- болі виникають і посилюються в залежності від якості та об'єму їжі.</li></ul>

<p>3. Диспептичний синдром: найбільш характерні:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- кисла відрижка;</li> <li>- відрижка повітрям;</li> <li>- печія;</li> <li>- нудота;</li> <li>- схильність до запору.</li> </ul>	<p>3. Диспептичний синдром (переважає над больовим –55-60 %) найбільш характерні:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- відрижка їжею;</li> <li>- нудота;</li> <li>- відчуття гіркоти у роті;</li> <li>- зниження апетиту;</li> <li>- метеоризм;</li> <li>- нестійкий характер випорожнення.</li> </ul>
<p>4. Синдром неспецифічної інтоксикації:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- різний ступінь вираженості.</li> </ul>	<p>4. Синдром неспецифічної інтоксикації:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- значно виражений,</li> <li>- переважає астенія.</li> </ul>
<p>5. Пальпаторно: чітка помірна болючість в епігастрії, пілородуоденальній зоні.</p>	<p>5. Пальпаторно: незначна болючість в епігастрії, найчастіше поширена, в проекції больових точок інших органів травлення.</p>

#### Лабораторно-інструментальні дослідження:

- ЕГДС (езофагогастродуоденоскопія) для морфологічного підтвердження ХГ та наявності інфекції *Helicobacter pylori* (гістологія або швидкий уреазний тест) (одноразово). Критерії наведені в таблиці.

#### Хронічний гастрит (період загострення)

З підвищеною (або нормальною) секрецією соляної кислоти	Із зниженою секрецією соляної кислоти
<p>а) Найбільш характерні ендоскопічні форми:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- поверхневий;</li> <li>- поверхневий з гіперплазією;</li> <li>- гіпертрофічний;</li> <li>- ерозивний.</li> </ul> <p>Інколи – змішаний.</p>	<p>а) Найбільш характерні ендоскопічні форми:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- змішаний;</li> <li>- субатрофічний;</li> <li>- атрофічний;</li> <li>- з геморагіями та (або) гіперплазією.</li> </ul>
<p>б) При гастроскопії:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- гіперсекреція шлункового вмісту;</li> <li>- багато слизу;</li> <li>- часто – домішки жовчі;</li> <li>- переважно гіперемія та набряк СОШ;</li> <li>- набряк і потовщення складок;</li> <li>- локальна гіперплазія;</li> <li>- часто ерозії.</li> </ul> <p>в) Виявлення НР – у більшості випадків</p>	<p>б) При гастроскопії:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- незначна кількість шлункового вмісту;</li> <li>- часто – домішки жовчі;</li> <li>- бліда, тмяна, потончена СОШ;</li> <li>- нерівномірно згладжені складки;</li> <li>- інколи – мозаїстичність слизової оболонки.</li> </ul> <p>в) Виявлення НР – інколи.</p>
Гістологічні критерії	



З підвищеною (або нормальною) секрецією соляної кислоти	<b>Із зниженою секрецією соляної кислоти</b>
<p>а) Найбільш характерні ендоскопічні форми:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- поверхневий;</li> <li>- поверхневий з гіперплазією;</li> <li>- гіпертрофічний;</li> <li>- ерозивний.</li> </ul> <p>Інколи – змішаний.</p>	<p>а) Найбільш характерні ендоскопічні форми:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- змішаний;</li> <li>- субатрофічний;</li> <li>- атрофічний;</li> <li>- з геморагіями та (або) гіперплазією.</li> </ul>
<p>б) При гастроскопії:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- гіперсекреція шлункового вмісту;</li> <li>- багато слизу;</li> <li>- часто – домішки жовчі;</li> <li>- переважно гіперемія та набряк СОШ;</li> <li>- набряк і потовщення складок;</li> <li>- локальна гіперплазія;</li> <li>- часто ерозії.</li> </ul> <p>в) Виявлення НР – у більшості випадків</p>	<p>б) При гастроскопії:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- незначна кількість шлункового вмісту;</li> <li>- часто – домішки жовчі;</li> <li>- бліда, тмяна, потончена СОШ;</li> <li>- нерівномірно згладжені складки;</li> <li>- інколи – мозаїстичність слизової оболонки.</li> </ul> <p>в) Виявлення НР – інколи.</p>
Гістологічні критерії	
<p>Найчастіше:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- активний поверхневий гастрит;</li> <li>- дифузний гастрит з ураженням залоз без атрофії.</li> </ul> <p>Виявлення НР у більшості випадків.</p>	<p>Найчастіше:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- субатрофічний та атрофічний гастрит;</li> <li>- дифузний гастрит з ураженням залоз і атрофією</li> </ul> <p><small>Характерна перебудова епітелію по пілорічному або кишковому типу.</small></p> <p>Виявлення НР – інколи.</p>

- Интрагастральная рН-метрия

### Хронічний гастрит (період загострення)

З підвищеною (або нормальною) секрецією соляної кислоти	Із зниженою секрецією соляної кислоти
---	---------------------------------------

<p><b>Внутрішньошлункова рН-метрія:</b></p> <p>а) нормоацидний стан:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- рН тіла шлінку 1,6-2,3;</li> <li>- рН антрального відділу 2,1-3,0.</li> </ul> <p>б) гіперацидний стан:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- рН тіла шлінку &lt;1,6;</li> <li>- рН антрального відділу &lt;2,1.</li> </ul> <p><b>Облужнююча здатність шлункового соку:</b></p> <p>частіше субкомпенсована:</p> $pH_{\text{антрума}} - pH_{\text{тіла}} = 1,5 - 4,0;$ <p>декомпенсована:</p> $pH_{\text{антрума}} - pH_{\text{тіла}} < 1,0 - 1,5;$ <p>рідко коли компенсована:</p> $pH_{\text{антрума}} - pH_{\text{тіла}} \geq 4,0;$	<p><b>Внутрішньошлункова рН-метрія:</b></p> <p>Гіпоацидний стан:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- рН тіла шлунка &gt;2,3</li> <li>- рН антрального відділу &gt;5,9-6,0</li> </ul> <p><b>Облужнююча здатність шлункового соку:</b></p> <p>частіше компенсована:</p> $pH_{\text{антрума}} - pH_{\text{тіла}} \geq 4,0$
---	--

- Визначення кислотності шлункового соку фракційним методом:

Дебіт соляної кислоти

З підвищеною (або нормальною) секрецією соляної кислоти	Із зниженою секрецією соляної кислоти
<b>рН шлунка фракційним методом</b>	<b>рН шлунка фракційним методом</b>
ВАО $\geq 1,14 - 2,38$ ммоль/година SAO $\geq 3,20 - 5,30$ ммоль/година Суттєвим є підвищення показників базальної секреції.	ВАО $< 1,14$ ммоль/година SAO $< 3,20$ ммоль/година
ВАО – базальна кислотна продукція; SAO – субмаксимальна кислотна продукція	

- Визначення інфекції *Helicobacter pylori* одним із методів – бактеріологічний, дихальний уреазний, серологічний (ІФА), ПЛР.
- УЗД органів черевної порожнини для визначення біліарної та панкреатичної патології (одноразово).
- Загальний аналіз крові та сечі (одноразово)
- Протеїнограма (одноразово).
- Копрограма, аналіз кала на скриту кров (реакція Греггерсена)

- Аналіз калу на яйця глистів (тричі).

## Основні принципи лікування

### При загостренні

1. Вирішення питання про умови лікування (стаціонар чи амбулаторно).
2. Вибір рухового режиму, використання ЛФК.
3. Вибір режиму і характеру харчування, призначення дієтичного харчування (стіл №1,2,5).
4. Індивідуалізоване призначення комплексного лікування (з урахуванням етіології, основних патогенетичних механізмів, домінуючого синдрому).

При ХГ, асоційованих з НР, призначення ерадикаційної терапії проводиться за однією з загальноприйнятих схем – потрійна чи квадротерапія (В).

### Варіанти потрійної терапії (курс лікування 7 днів).

1. Де-нол дітям до 12 років 120x3 мг/добу, старше 12 років - -240x3 мг/добу.  
Кларитроміцин 250 мг 2 рази на добу.  
Амоксицилін (флемоксин) по 250-500 мг 2 рази на день.
2. Де-нол по 120-240 мг 3 рази на день.  
Метронідазол по 250-500 мг 2 рази на день.  
Амоксицилін (флемоксин) по 250-500 мг 2 рази на день.

Через 4 тижні після проведеного лікування повинен бути проведений контроль за ерадикацією *Helicobacter pylori* за допомогою дихального тесту з <sup>13</sup>C-сечовиною або визначення фекального антигену Н.р.

При відсутності ерадикації *Helicobacter pylori* використовується друга лінія лікування.

### Квадротерапія (курс лікування 7 днів).

- Де-нол по 120-240 мг 3 рази на день.  
Амоксицилін (флемоксин) по 250-500 мг 2 рази на день.  
Кларитроміцин (кларид) по 250 мг 2 рази на день.  
Метронідазол по 250-500 мг 2 рази на день (або фуразолідон).

При інших формах гастриту медикаментозна терапія проводиться з урахуванням рівня кислотопродукції та типа порушень моторно-евакуаторної функції шлунку (С).

**При гіперацидному гастриті**, який характеризується підвищеними показниками кислотопродукції, показано призначення антисекреторних препаратів ( $M_1$  – холінолітик гастроцепін строком на 4 тижні, або блокатори  $H_2$  – рецепторів гістаміну строком на 2 тижні) з наступним використанням в якості базисного засобу одного з препаратів групи комплексних антацидів (Смекта, Маалокс, Фосфалюгель та інші) на 10-20 днів.

**При гіпоацидному гастриті** призначають стимулятори шлункової секреції на строк 3-4 тижні (плантаглюцид, ацидін-пепсін).

Незалежно від рівня кислотопродукції призначається альтан, який виявляє репаративну протизапальну та антимікробну дію, цитопротектори - для відновлення співвідношення між факторами агресії та захисту оболонки шлунку (смекта, сукральфат, ліквірітон).

При порушеннях моторної функції шлунка рекомендується застосування прокінетиків – Мотіліум.

При спазмах та вираженому больовому синдромі призначаються спазмолітики (Но-шпа, Галідор) або  $M_2$  – холінолітик (Метацин), на строк 1-2 тижні.

Доцільним є призначення антистресорної терапії – Персен по 2-3 табл. на добу в залежності від віку, Сибазон по 4-10 мг на добу в залежності від віку.

Для поліпшення трофіки СОШ показано застосування репаративів (Спіруліна, облепихова олія, метилурацил та інші), полівітамінних препаратів строком на 3 – 4 тижні.

У стадії клінічної ремісії - фітотерапія, бальнеотерапія, ЛФК.

Диспансерний нагляд проводиться на протязі 3-х років від останнього загострення, кратність ендоскопічного дослідження – один раз на рік.

## Тестовий контроль

### 1. Центральна регуляція діяльності стравоходу здійснюється переважно:

- A. аурбаховим нервовим сплетінням
- B. блукаючим нервом
- C. симпатичною частиною вегетативної нервової системи
- D. центральною нервовою системою
- E. парасимпатичною частиною нервової системи

### 2. Місцева регуляція діяльності стравоходу здійснюється переважно:

- A. центральною нервовою системою
- B. блукаючим нервом (парасимпатичною частиною вегетативної нервової системи)
- C. симпатичним нервом (симпатичною частиною)
- D. аурбаховим нервовим сплетінням
- E. за рахунок сфінктерного апарату

### 3. Фактором, що стимулює місцеву регуляцію стравоходу, є:

- A. адреналін
- B. адренкортикотропний гормон
- C. ацетилхолін
- D. оксид азоту
- E. соляна кислота

### 4. Тиск в ділянці верхнього стравохідного сфінктера становить:

- A. 80-120 мм рт. ст.
- B. 100-160 мм рт. ст.
- C. 40—60 мм рт. ст.
- D. не менше 15—20 мм рт. ст.
- E. 5-10 мм рт.ст.

### 5. Тиск в ділянці нижнього стравохідного сфінктера становить:

- A. 80-120 мм рт. ст.
- B. 100-160 мм рт. ст.
- C. 40—60 мм рт. ст.
- D. не менше 15—20 мм рт. ст.
- E. 5-10 мм рт.ст.

### 6. Фактором, що інгібує місцеву регуляцію стравоходу, є:

- A. соматостатин
- B. бомбезин
- C. ацетилхолін
- D. оксид азоту
- E. Соляна кислота

### 7. Поняття «гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба» містить наступні стани, крім:

- A. недостатність кардії
- B. гастроєзофагеальний рефлюкс
- C. ахалазія кардії
- D. хронічний езофагіт
- E. печія

### 8. Клінічний симптом, не властивий ахалазії кардії:

- A. дисфагія
- B. печія
- C. регургітація
- D. за груднинний біль
- E. всі відповіді вірні

### 9. Характерні рентгенологічні ознаки ахалазії кардії:

- A. звуження кардії та розширення вищерозташованої частини стравоходу
- B. недостатність кардії з ознаками гастроєзофагеального рефлюксу
- C. дифузний спазм дистальної частини стравоходу з ознаками езофагіту
- D. гіпертрофічний стеноз стравоходу з ознаками халазії кардії
- E. Виразка стравоходу

### 10. Найбільш ефективні способи лікування ахалазії кардії:

- A. місцевоанестезуючі препарати

- В. прокінетики
- С. психотерапія
- Д. кардіодилатація
- Е. Потрійна антихелікобактерна терапія

**11. Препарат вибору при лікуванні хворих з езофагоспазмом:**

- А. но-шпа
- В. ніфедипін
- С. ізосорбїду мононітрат
- Д. бускопан
- Е. еуфілін

**12. Що не є діагностичним критерієм гастроєзофагеального рефлюксу:**

- А. зниження тиску в ділянці нижнього стравохідного сфінктера
- В. викидання контрастної речовини шлунка в стравохід за даними рентгенологічного дослідження
- С. грижа стравохідного отвору діафрагми
- Д. дифузний спазм дистального відділу стравоходу за даними рентгенологічного та ендоскопічного дослідження
- Е. печія

**13. Основні клінічні симптоми рефлюксоєзофагіту, крім:**

- А. за груднинний біль
- В. підвищена спрага
- С. відрижка їжею, кислим чи повітрям
- Д. печія
- Е. Погіршення стану після фізичного навантаження

**14. Стратегія вибору при лікуванні дітей з хронічним езофагітом:**

- А. монотерапія
- В. етіотропна терапія
- С. комплексна терапія, яка поетапно підсилюється
- Д. терапія з поступовим зменшенням активності лікування
- Е. Обов'язкова потрійна терапія

**15. Який препарат не є прокінетиком:**

- А. церукал
- В. бускопан
- С. мотиліум
- Д. цизапрїд
- Е. всі відповіді вірні

**16. При хронічному езофагіті не призначають:**

- А. прокінетики і блокатори Н-2-рецепторів гістаміну
- В. прокінетики та інгібітори протонного насоса
- С. прокінетики й антациди
- Д. прокінетики і холінолітики
- Е. всі відповіді вірні

**17. Найбільш часта причина опіку стравоходу:**

- А. концентрована оцтова кислота
- В. технічні кислоти і нашатирний спирт
- С. кристали калію перманганату
- Д. окуп
- Е. викид соляної кислоти зі шлунку

**18. Перше бушування стравоходу після опіку II—III ступеня проводять:**

- А. у першу добу
- В. наприкінці першого тижня
- С. через 14 дїб
- Д. через 1 міс
- Е. через 6 міс.

**19. Атрезія стравоходу найчастіше поєднується з:**

- А. стенозом стравоходу
- В. грижею стравохідного отвору діафрагми
- С. дивертикулом стравоходу
- Д. трахеальною норницею
- Е. виразкою дванадцятипалої кишки

**20. Найбільш ранній симптом діафрагма, івної грижі:**

- A. постійні відригування і блювання
- B. дисфагія
- C. за груднинний біль після їди
- D. печія.
- E. нудота

## Тестовий контроль

**1. Який фактор не є визначальним для виникнення хронічної гастродуоденальної патології?**

- A. обтяжена спадковість
- B. гелікобактерна інфекція
- C. кислотно-пептичний фактор
- D. імунні розлади
- E. алергічна спадковість

**2. Які захворювання не входять до групи генетично детермінованих пептичних захворювань?**

- A. функціональні розлади шлунка, перебіг яких супроводжується суперацидозом
- B. хронічний антральний гастрит (гастрит типу «В»)
- C. хронічний дуоденіт
- D. хронічний поширений гастрит (гастрит типу «А»)
- E. виразкова хвороба у батьків та дитини

**3. За якого хронічного захворювання органів гастродуоденальної зони роль гелікобактерної інфекції заперечують?**

- A. виразкова хвороба дванадцятипалої кишки
- B. виразкова хвороба шлунка
- C. функціональні секреторно-рухові розлади шлунка
- D. хронічний антральний гастрит
- E. атрофічний гастрит

**4. Які фактори не є агресивними для слизової оболонки шлунка?**

- A. підвищене кровопостачання слизової оболонки
- B. панкреатичні ферменти
- C. хлористоводнева кислота
- D. жовчні кислоти
- E. правильної відповіді немає

**5. Заселення дванадцятипалої кишки *H. pylori* можливе лише за наявності:**

- A. запального процесу в дванадцятипалій кишці
- B. порушення нервової регуляції дванадцятипалої кишки
- C. метаплазованих ділянок слизової оболонки дванадцятипалої кишки
- D. масивного обсіменіння *H. pylori* антрального відділу шлунка
- E. всі відповіді вірні

**6. Які фактори не є чинником захисту слизової оболонки?**

- A. слизовий бар'єр епітелію слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки
- B. лужний компонент секретії шлунка і панкреатичного соку
- C. активна регенерація епітеліальних клітин гастродуоденальної зони
- D. нестероїдні протизапальні засоби
- E. сфінктерний апарат

**7. Який стан слизової оболонки шлунка не спостерігають при гелікобактерній інфекції у дітей?**

- A. запалення немає
- B. виражений поверхневий гастрит
- C. тяжкий гастрит з частковою атрофією
- D. атрофічний гастрит з кишковою метаплазією
- E. поверхневий гастрит тільки антральної частини шлунку

**8. Який з факторів, що сприяють виникненню хронічної гастродуоденальної патології, не визначає її формування?**

- A. тривалі порушення режиму і характеру харчування
- B. обтяжена спадковість щодо захворювань органів гастродуоденальної зони
- C. застосування деяких лікарських засобів (саліцилати, сульфаніламідни, стероїдні гормони)
- D. ендокринні захворювання і хвороби обміну речовин
- E. всі відповіді вірні

**9. Який термін для визначення функціональних захворювань органів гастродуоденальної зони слід вважати некоректним?**

- A. функціональні секреторно-рухові захворювання шлунка
- B. невиразкова диспепсія
- C. неорганічна диспепсія
- D. синдром подразненого шлунка
- E. всі відповіді вірні

**10. Який фактор не є суттєвим у виникненні функціональних захворювань органів гастродуоденальної зони:**

- A. зміни динамічного стереотипу
- B. кислотно-пептичний фактор
- C. нервово-емоційне перенапруження
- D. гелікобактерна інфекція
- E. вірної відповіді немає

**11. Які два основні варіанти перебігу функціональних секреторних розладів шлунка притаманні дитячому віку:**

- A. виразковоподібний
- B. дискінетичний
- C. рефлюксоподібний
- D. гастритоподібний
- E. рефлюксно-дискінетичний

**12. Який синдром найменш характерний для функціональних секреторних розладів шлунка:**

- A. больовий
- B. диспептичний
- C. хронічного запору
- D. астеновегетативний
- E. печія

**13. Який метод дослідження найбільш інформативний для верифікації функціонального секреторного захворювання шлунка:**

- A. рентгенологічне
- B. гастродуоденофіброскопія
- C. гістологічне
- D. рН-метричне
- E. імунологічний

**14. Які два методи дослідження дозволяють діагностувати функціональне рухове захворювання шлунка:**

- A. рентгенологічне
- B. ендоскопічне
- C. гістологічне
- D. електрогастрографічне
- E. ультразвукове

**15. Для дискінезії шлунка гіпотонічного типу не характерні:**

- A. відчуття дискомфорту, важкості або розпирання після їди
- B. нудота, рідко блювання з'їденою їжею
- C. астенизація статури
- D. розташування нижнього кінця шлунка вище гребеневої лінії
- E. відчуття дискомфорту

**16. Для дискінезії шлунка гіпертонічного типу не характерні:**

- A. періодичний нападopodobний біль у надчеревній ділянці
- B. блювання, що полегшує стан
- C. наявність супутніх захворювань органів гастродуоденальної зони
- D. розташування нижнього кінця шлунка нижче гребеневої лінії
- E. біль



- 17. Препарати якої групи не використовують для лікування функціональних секреторно-рухових захворювань шлунка?**
- A. седативні
  - B. антацидні
  - C. інгібітори протонного насосу
  - D. про кінетики
  - E. всі відповіді вірні
- 18. Найбільш частий варіант хронічного гастриту у дітей?**
- A. аутоімунний
  - B. бактеріальний гелікобактер-Асоційований
  - C. змішана форма з ознаками аутоімунного та інфекційного гастриту
  - D. хімічний (рефлюкс-Гастрит)
  - E. атрофічний
- 19. Больовий синдром при хронічному гастриті характеризується:**
- A. періодичним нападоподібним болем у животі
  - B. ниючим монотонним, часто постійним болем або болем, що з'являється після їди
  - C. «голодним», нічним чи «пізнім» болем
  - D. «раннім» болем, що досягає значної інтенсивності
  - E. постійний нападоподібний біль
- 20. Які з диспептичних проявів не характерні для хронічного гастриту, перебіг якого супроводжується підвищеною секрецією:**
- A. печія
  - B. схильність до запору
  - C. нудота
  - D. відрижка «тухлим»
  - E. відрижка кислим
- 21. Назвіть два найінформативніші методи діагностики хронічного гастриту:**
- A. рентгенологічне дослідження
  - B. ендоскопічне дослідження
  - C. гістологічне дослідження
  - D. тепловізійне дослідження
  - E. ультразвуковий
- 22. Для вникнення переносу гелікобактерної інфекції ендоскопічною апаратурою обов'язкове оброблення ендоскопа:**
- A. стерильною водою
  - B. водно-мильним розчином
  - C. 2% розчином глутаральдегіду
  - D. 70% етиловим спиртом
  - E. хлором
- 23. Який з цитологічних методів діагностики гелікобактерної інфекції називають «золотим стандартом»:**
- A. з уреазою
  - B. гістологічний
  - C. бактеріологічний
  - D. імуноферментний
  - E. мазки-відбитки
- 24. Яке дослідження необхідно провести при хронічному гастриті, крім ендоскопічного чи морфологічного:**
- A. рентгенологічне
  - B. рН-метричне
  - C. електрогастрографічне
  - D. тепловізійне
  - E. ультразвукове
- 25. Антацидом, що всмоктується, є:**
- A. вікалін
  - B. альмагель
  - C. натрію гідрокарбонат
  - D. фосфалюгель
  - E. всі відповіді вірні

- 26. Антацидом, що не всмоктується, є:**
- A. кальцію карбонат
  - B. магнію карбонат
  - C. палена магнезія
  - D. вентер
  - E. дистильована вода
- 27. Навіть препарат, який не підсилює репаративну регенерацію слизової оболонки шлунка:**
- A. метилурацил
  - B. метаклопрамід
  - C. оксиферискорбон
  - D. гефарніл
  - E. обліпихова олія
- 28. Назвіть препарат, який не має антигелікобактерної активності:**
- A. пілорид
  - B. хелікоцин
  - C. бускопан
  - D. гастростат
  - E. амоксицилін
- 29. Назвіть препарат, який не має антигелікобактерної активності:**
- A. де-нол
  - B. метронідазол
  - C. мотиліум
  - D. амоксицилін
  - E. кларитроміцин
- 30. Найбільш ефективним способом ерадикації гелікобактерної інфекції при хронічному гастриті є:**
- A. монотерапія
  - B. одночасне використання двох препаратів
  - C. потрійна терапія
  - D. квадротерапія
  - E. монотерапія ,а потім квадротерапія
- 31. Препарат, що не має замісної дії при зниженій кислотності шлункового соку:**
- A. бетацит
  - B. абомін
  - C. мезим-форте
  - D. ацидин-пепсин
  - E. всі відповіді невірні
- 32. Провідний клінічний синдром при виразковій хворобі?**
- A. больовий
  - B. диспептичний
  - C. астеновегетативний
  - D. диенцефальний
  - E. регургітації
- 33. Больовий синдром при локалізації виразки в шлунку характеризується:**
- A. «голодним» болем
  - B. нічним болем
  - C. «раннім» болем
  - D. «пізнім» болем
  - E. постійним болем
- 34. Патогномонічний для виразки дванадцятипалої кишки диспептичний симптом:**
- A. нудота
  - B. блювання
  - C. відрижка їжею
  - D. печія
  - E. відрижка повітрям
- 35. Найбільш часте ускладнення виразкової хвороби:**
- A. шлунково-кишкова кровотеча

- В. стеноз воротаря
- С. прорив виразки
- Д. пенетрація
- Е. всі відповіді вірні

**36. Препарат, що не є блокатором H-2-рецепторів гістаміну?**

- А. гістодил
- В. ранітидин
- С. квамател
- Д. гастроцепін
- Е. правильної відповіді немає

**37. Препарат, що не є інгібітором протонного насосу:**

- А. омез
- В. орнатол
- С. лосек
- Д. аксид
- Е. ланзап

**38. При внутрішньошлунковій рН-метрії показник рН в ділянці тіла 1,2.**

**Який характер кислотоутворення:**

- А. гіперхлоргідрія
- В. середньої інтенсивності
- С. нормохлоргідрія
- Д. гіпохлоргідрія
- Е. порушень немає

**39. До прямих рентгенологічних ознак пілоростенозу не належить:**

- А. форма воротаря у вигляді «дзьоба»
- В. подовження пілоричного каналу до 10—30 мм
- С. збільшення газового пухиря шлунка
- Д. симптом «пунктирної лінії» у подовженому пілоричному каналі
- Е. правильної відповіді немає

**40. До деформації шлунка не належать:**

- А. каскадний шлунок
- В. шлунок у вигляді «піскового годинника»
- С. шлунок у формі равлика
- Д. дивертикул шлунка
- Е. правильної відповіді немає

## **7. Рекомендована література.**

### **Основна**

1. Дитячі хвороби. За ред. В.М.Сідельникова, В.В.Бережного. К.:Здоров'я, 1999. – 734 с.
1. Медицина дитинства. За редакцією П.С.Мощица.- К.:Здоров'я, 1994. – Т. 1 - 4. - 2350 с.
2. Майданник В.Г. Педиатрія. Учебник (2-е издание, испр. и доп.). – Харьков: Фолио, 2002. – 1125 с.
3. Шабалов Н.П. Детские болезни. Учебник.-Питер-Ком, С-Пб.,2010.-1080с.
4. Шабалов Н.П. Неонатология. В 2-х томах. Спец.л-ра. С.-Петербург, 2010. - Том I. 492 с., Том II. - 505 с.
5. Nelson textbook 18<sup>th</sup> Edition by Robert M. Kliegman, MD, Richard E. Behrman, MD, Hal B. Jenson, MD and Bonita F. Stanton, MD. Видавництво: SAUNDERSІнформаційний список нових публікацій з педіатрії

7. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, 10-й перегляд. – Всесвітня організація охорони здоров'я., 1998. – 685с.

8. Протоколи лікування з дитячої гастроентерології МОЗ України(2009).

### Допоміжна:

1. Майер К.-П. Гепатит и последствия гепатита. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. 432с.
2. Учайкин Ф.В., Ковалев О.Б., Чередниченко Т.В. Комбинированная терапия хронических гепатитов В и С у детей // Педиатрия. – Спецвыпуск. – 2001. – С.58-62.
3. Учайкин Ф.В., Чередниченко Т.В., Ковалев О.Б. Лечение острых и хронических вирусных гепатитов у детей по программе протокола // Педиатрия. – Спецвыпуск. – 2001. – С.54-57. Накази МОЗ України «Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні», «Про удосконалення організації медичної допомоги дітям підліткового віку», та по протоколах за спеціальностями «педіатрія» та ін. МОЗ України. – Київ, 2005 р. – 414 с.
4. Прохоров Є.В., Волосовець О.П., Гелескул Л.М., співавтори. Гастроентерологія дитячого віку - Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. - 160 с.
5. Ситуаційні завдання з педіатрії / За ред. чл.-кор. АМН України, проф. В.Г. Майданника.- К., 2006.- 204 с.
6. Тестові завдання з педіатрії / За ред. чл.-кор. АМН України, проф. В.Г. Майданника.- К., 2007.-429 с.
7. Хертл М. Дифференциальная диагностика в педиатрии.- М.: Медицина, 1990. - 1064 с.
8. Бабаян М. Л. Возможности диетической коррекции функциональных запоров у новорожденных и детей раннего возраста / М. Л. Бабаян // Педиатрия : журнал им. Г.Н. Сперанского. - 2012. - Т. 91 № 4. - С. 67-71
9. Думова Н. Б. Функциональный запор у детей разных возрастных групп / Н. Б. Думова, М. К. Кручина // Русский медицинский журнал. - 2012. - Т. 20 № 15. - С. 792-799
10. Звягин А. А. Спазмолитики в терапии гастроэнтерологических заболеваний у детей: сравнительная характеристика и возможности применения / А. А. Звягин, А. В. Почивалов, Е. Д. Черток // Педиатрия : журнал им. Г.Н. Сперанского. - 2012. - Т. 91 № 4. - С. 79-83
11. Кусельман А. И. Оценка состояния тяжести больных детей / А. И. Кусельман, Г. А. Самсыгина // Педиатрия : журнал им. Г.Н. Сперанского. - 2012. - Т. 91 № 4. - С. 115-121
12. Леженко Г.О. Вегетативні дисфункції у дітей. Патогенез, діагностика і терапевтична тактика / Г. О. Леженко, О. Є. Пашкова // Дитячий лікар. - 2011. - № 4. - С. 20-32
13. Кривоустов С.П. К вопросу об ацетонемическом синдроме у детей / С. П. Кривоустов // Дитячий лікар. - 2011. - № 3. - С. 5-7
14. Кривоустов С.П. Острый ларингит и ложный круп в практике педиатрии / С. П. Кривоустов // Дитячий лікар. - 2011. - № 2. - С. 21-23
15. Кручина Т.К. Клинические варианты и частота возникновения суправентрикулярных тахикардий у детей / Т. К. Кручина, Г. А. Новик, Д. Ф. Егоров // Лечащий Врач. - 2011. - № 10. - С. 64-68
16. Лапшин В. Ф. Актуальні питання антибіотикотерапії дітей з бронхолегеневими захворюваннями / В. Ф. Лапшин, Т. Р. Уманець // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 2012. - Т. 74 № 2. - С. 42-47
17. Ацетонемічний синдром у педіатричній практиці: діагностична підступність і непередбачуваність! / О. М. Охотнікова [и др.] // Дитячий лікар. - 2011. - № 4. - С. 10-18
18. Зайков С.В. Харчова непереносимість і харчова алергія у дітей / С. В. Зайков // Дитячий лікар. - 2011. - № 3. - С. 38-45
19. Григорьев К.И. Болевой синдром у детей / К. И. Григорьев // Медицинская сестра. - 2011. - N 1. - С. 28-36
20. Марушко Ю.В. Гельмінтози у дітей: стан проблеми, особливості діагностики і терапії /

Ю. В. Марушко, М. Г. Грачова // Современная педиатрия. - 2011. - № 6. - С. 58-62  
21. Пипа Л.В. Абдомина Лаврова А. Перспективы терапии аутоиммунного гепатита у детей /  
22. А. Лаврова, Л. Абдоминальна мігрень у дітей. Уявлення про захворювання та можливості  
лікування хворих / Л. В. Пипа, В. А. Поліщук, Р. В. Свістільнік // Здоровье ребенка. - 2011. -  
№ 7. - С. 84-88

### **Інформаційні ресурси**

1. [pediatrics.kiev.ua](http://pediatrics.kiev.ua) test centr. org.ua
2. [www.pediatric.mif-ua.com](http://www.pediatric.mif-ua.com)
3. [health-ua.com/articles/860.html](http://health-ua.com/articles/860.html)
4. [miklebig.narod.ru/medicin.html](http://miklebig.narod.ru/medicin.html)
5. <http://www.pediatr-russia.ru/>