

**Функціональні та органічні
захворювання шлунково-кишкового
тракту у дітей раннього та старшого
віку. Захворювання гепатобіліарної
системи у дітей**

Доцент Несіна І.М.

**Полтавський державний
медичний університет**

кафедра педіатрії №2

Ukraine

NOW

ua

План лекції

- 1. Вступ. Актуальність проблеми.
- 2. Функціональні гастроінтестинальні розлади у дітей раннього віку.
- 3. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба у дітей. Фізіологічний і патологічний рефлюкси. Етіологічні фактори. Діагностика. Принципи терапії.
- 4. Хронічні гастродуоденальні захворювання у дітей. Класифікація. Критерії діагностики. Принципи терапії.
- 5. Функціональні захворювання біліарного тракту у дітей. Римські критерії IV. Принципи терапії.

Розподиженість ФР Україна



*В структурі гастроентерологічних захворювань перше місце належить захворюванню верхніх відділів ШКТ – **49,1%** від всієї патології органів травлення*

У всьому світі, в тому числі і в високорозвинених країнах, патологія органів травлення займає одну з лідируючих позицій в структурі дитячої соматичної захворюваності. Поширеність зазначених порушень в Україні сьогодні становить 144,92 випадків на 1 тис. дітей і характеризується тенденцією до зростання.

актуальність

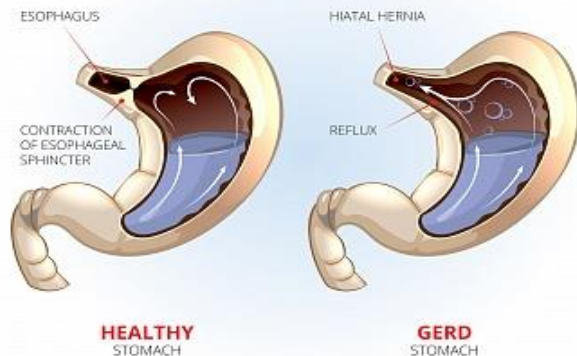
- Тісний зв'язок органів шлунково-кишкового тракту часто викликає труднощі диференціальної діагностики того або іншого захворювання, особливо якщо лікарю не вдається знайти ознаки органічної патології і медичний висновок зводиться до констатації функціональних порушень.

(С. В. Бельмер, Т. В. Гасилина, А. И. Хавкин, 2016)



- Поширеність диспепсичних розладів у дорослих і дітей є досить високою - від **20 до 50%**, з них **30-50%** випадків припадає на функціональну диспепсію

(А.И. Хавкин, Н.С. Жихарева, 2016)



ГЕРХ : Україна

- *Одиничні епідеміологічні дослідження, які проводились в Україні є свідченням того, що в організованій популяції дорослого населення на основі скарг поширеність ГЕРХ складає 30 % : 25,1 % – у чоловіків, 39,1 % – у жінок. (Харченко Н.В., Ткач С.М., 2013;Звягинцева Т.Д.,2016)*
- *Розповсюдженість ГЕРХ в дитячій популяції складає 1,25-3,3%*

Класифікація функціональних гастроінтестинальних розладів

(Римські критерії IV, 2016)

G. Дитячі шлунково-шлункові розлади: новонароджені/малюки

G1 Відрижка у немовлят

G2 Синдром відрижки

G3 Синдром циклічного блювання (СЦБ)

G4 Дитяча коліка

G5 Функціональна діарея

G6 Дитяча дисхезія

G7 Функціональний закреп

H. Дитячі шлунково-шлункові розлади: дитина/підліток

H1 Функціональний розлад нудоти і блювання

- H1a Синдром циклічного блювання (СЦБ)

- H1b Функціональна нудота і функціональне блювання

- H1b1 Функціональна нудота

- H1b2 Функціональне блювання

- H1b Синдром румінації (відрижки)

- H1d Аерофагія

H2 Функціональні розлади абдомінального болю

- H2a Функціональна диспепсія

- ✓ H2a1 Постпрандіальний дистрес-синдром

- ✓ H2a2 Епігастральний больовий синдром

- H2b Синдром подразненого кишечника (СПК)

- H2c Абдомінальна мігрень

- H2d Функціональний абдомінальний біль – органонеспецифічний

H3 Функціональні розлади дефекації

- H3a Функціональний закреп

- H3b Нетримання калу без закрепу



Римський Консенсус IV

(Американська гастроентерологічна тиждень
в Сан-Дієго 22 травня 2016 року)

**«розлади взаємодії «кишечник–
головної мозок» («ШКТ-ЦНС»)
(disorders of gut-brain interaction).**

**Функціональні
захворювання**

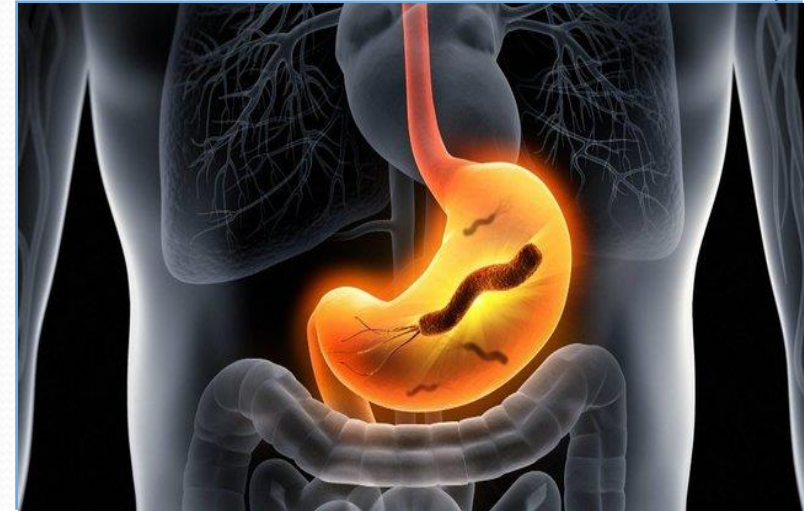
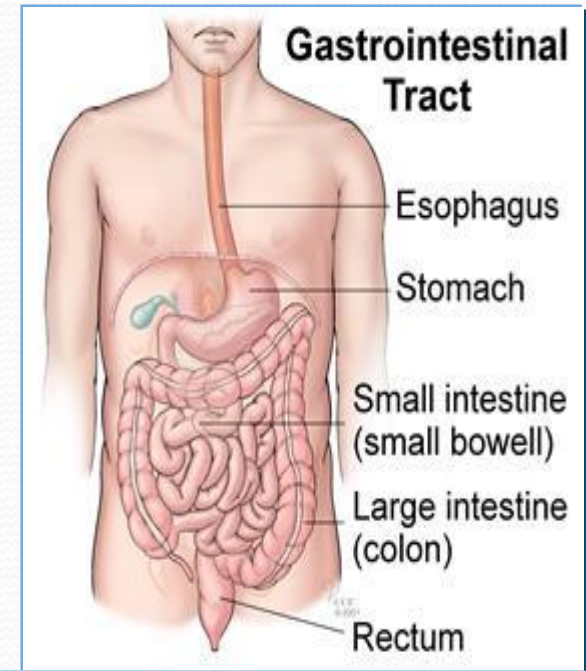


**Порушення церебро-
інтестинальної взаємодії**

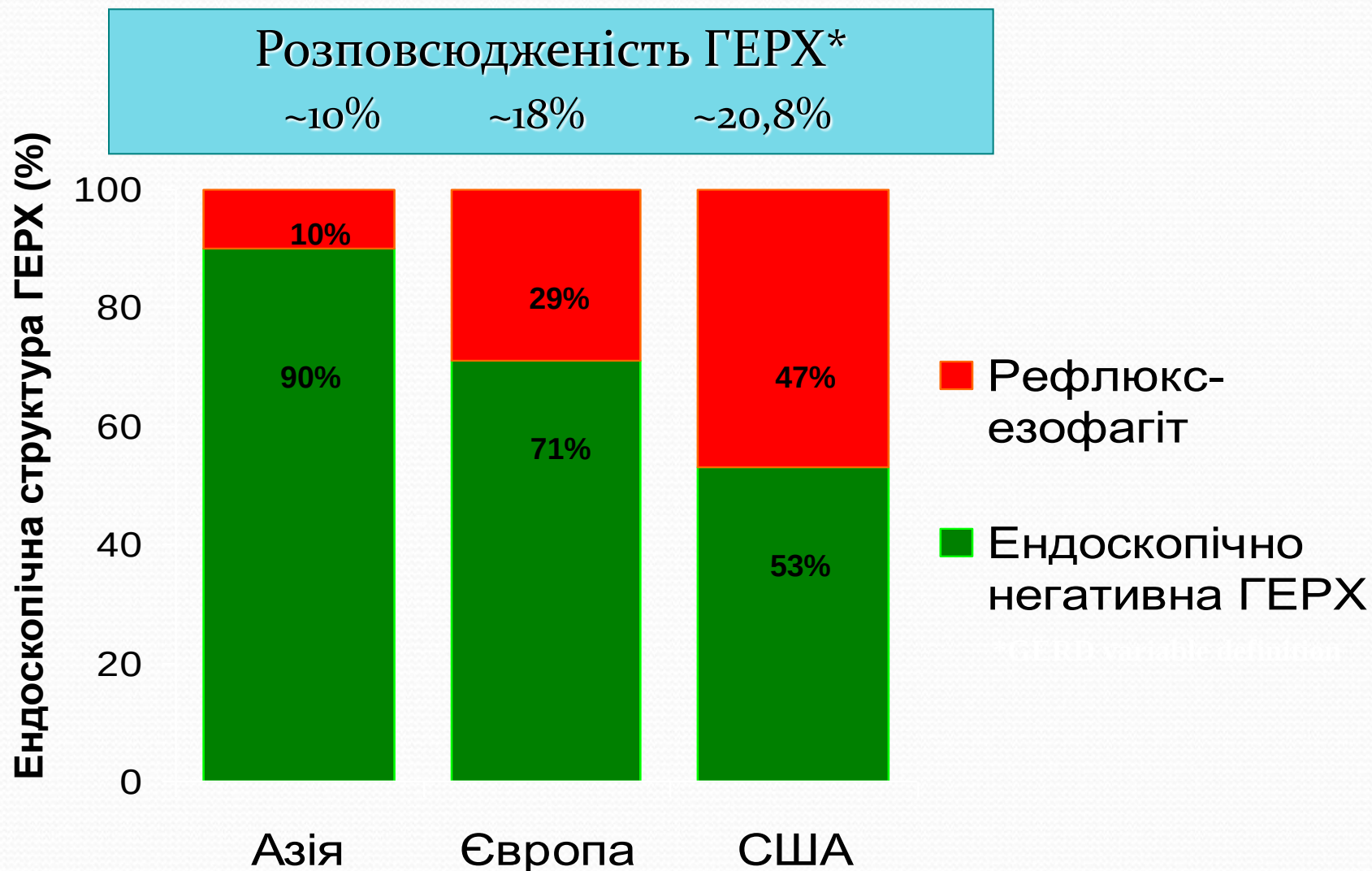
**Найбільш принциповою реформою самого підходу до патології є
виключення слова «функціональний». Тепер коректно буде використовувати
термін «порушення церебро-інтестинального взаємодії», або «центрально-
опосередковані» взаємодії**

Кислотозалежні захворювання у дітей

- Функціональна диспепсія (ФД)
- Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ);
- Хронічний гастрит (ХГ);
- Хронічний дуоденіт (ХГД);
- Виразкова хвороба (ВХ) дванадцятипалої кишки і шлунку



Епідеміологічні аспекти ГЕРХ



* - наявність печії і/або регургітації 1 раз на тиждень і частіше протягом останніх 12 міс.

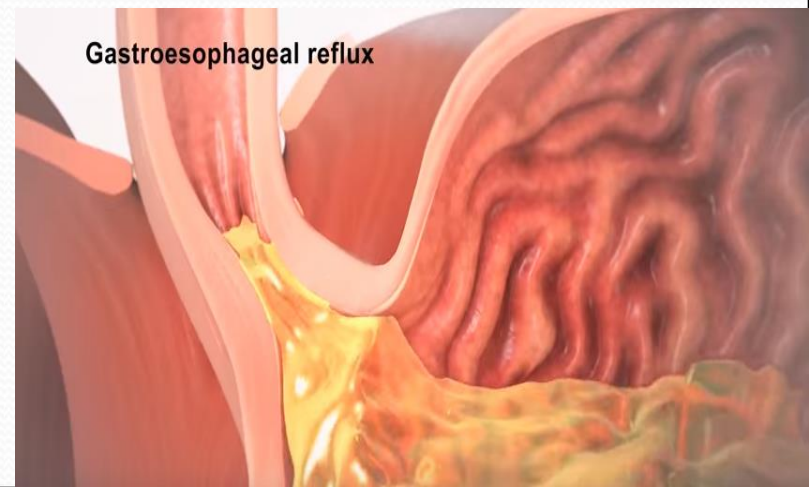
Robinson, 1998; Fujiwara, 2005; Galmiche, 1997; Kang, 2012; Friedenberg F.K., 2015,

ГЕРХ У ДІТЕЙ: розповсюдженість

- 1,48 випадків на 1000 дітей до 12 років
- 2,26 випадків у дівчаток і 1,75 випадків у хлопчиків на 1000 чоловік у віці 16-17 років
- Частота ерозивних езофагітів при ГЕРХ у дітей коливається від 12 до 36%
- За даним аналізу протоколів ЕГДС більше, ніж 7000 дітей, доля ерозивних езофагітів склала 12,4%, причому частота ерозивних езофагітів збільшується з віком, досягаючи максимуму серед підлітків

[Gilger MA, El-Serag HB, 2013].

- Гастроєзофагеальний рефлюкс – найбільш розповсюджена форма порушення моторної діяльності шлунково-кишкового тракту (ШКТ), яка являється причиною формування рефлюкс-езофагітів, ерозивних і виразкових уражень стравоходу, кровотеч, залізодефіцитної анемії та стравоходу Баррета



Сучасні причини порушення рухових функцій травної системи



Гастроэзофагеальний рефлюкс

Фізіологічний

Відзначається частіше після прийому їжі
Характеризується невисокою частотою
(Не більше 20-30 епізодів в день)
і незначною тривалістю
(Не більше 20 с)
Не має клінічних еквівалентів
Чи не призводить до формування
рефлюкс-езофагіту

Gastroesophageal Reflux

Physiological
Gastroesophageal
Reflux – GER

Gastroesophageal
Reflux Disease – GERD
(Symptomatic)

Primary GERD:
motility problem
affecting lower
esophageal sphincter

Secondary GERD:
external factor causing
transient relaxations of
lower esophageal sphincter
(eg. Food Allergy)

Патологічний

Первичный

Вторичный

Зустрічається в будь-який час доби,
часто не залежить від прийому їжі

висока частота
(Більше 50 епізодів в день),
тривалість не менше
4,2% часу запису,
за даними добового рН-моніторингу
Часто має внепідсередковий маркери
Веде до пошкодження
слизової оболонки стравоходу

Патологічний ГЕР (основа формування ГЕРХ як нозологічної одиниці)

Особливе значення в даний час надається некислотним (слабокислим або лужному) рефлюксу, які клінічно найчастіше проявляється регургітацією і хронічним кашлем

Кислотний рефлюкс -

зниження рН в стравоході до рівня 4,0 і менше внаслідок попадання в його порожнину переважно кислого шлункового вмісту (з експозицією рефлюктата більше 5 хвилин). Головні ушкоджують агенти: пепсин і соляна кислота шлунку

Лужний рефлюкс -

підвищення рН в стравоході до рівня понад 7,5 при попаданні в його порожнину переважно дуоденального вмісту. Головні ушкоджують агенти: компоненти жовчі (жовчні кислоти, лізолецитін) і панкреатичного соку (панкреатичні ферменти)

Змішаний рефлюкс - комбінація двох представлених варіантів.

Діагностична програма при GERX у дітей

- Оцінка клінічних симптомів

- Ендоскопічне

дослідження з біопсією

→ Рефлюкс-
езофагіт

→ НЕРХ

Гістологічне
дослідження

Тест з ІПП
(терапія ex juvantibus)

- рН-моніторинг (внутрі-
шньо просвітний імпеданс-
рН-моніторинг)

Патологічний кислий GER з $\text{pH} < 4$
За рН: кислі ($\text{pH} \leq 4$),
слабокислі ($4 < \text{pH} < 7$),
слабколужні ($\text{pH} \geq 7$)

- Рентгенологічне
дослідження

З допомогою контрастної рентгеноскопії є
можливість діагностувати GER (I –IV
ступенів), а також СГСОД

Манометрія

Сцинтиографія

Біліметрія

Оцінити моторику стравоходу і виявити дефекти
перистальтики

Кліренс стравоходу

Наявність ДГР

- Диференційна діагностика ГЕР та ГЕРХ у дітей раннього віку

Гастроезофагеальний рефлюкс

Ознаки езофагіту відсутні

Відсутні значимі ураження органів дихання

Відсутні неврологічні симптоми

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба

Роздратованість

Біль в нижній частині грудної клітини

Дисфагія

Залізодефіцитна анемія

Апноє або ціаноз

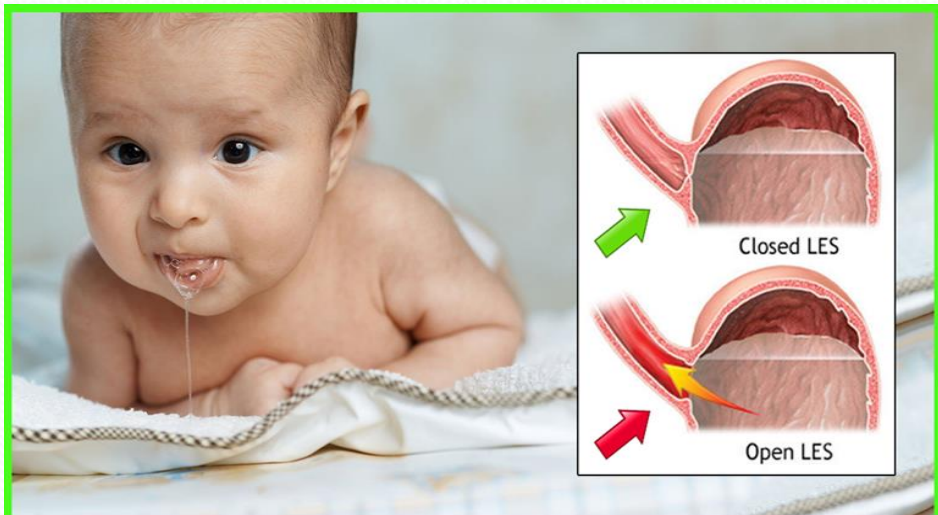
Аспірація або рецидивуюча пневмонія

Хронічний кашель

Стридор

Неврологічні симптоми після їжі

Тонічні скорочення верхніх кінцівок, напруження м'язів шиї та наклони голови



Диференційна діагностика рефлюкс-езофагіту

Гастроезофагеальний рефлюкс
Функціональна диспепсія
Функціональна печія
Гіперсенситивний стравохід
Еозинофільний езофагіт
Інфекційний езофагіт
Паразитарні захворювання
Хвороба Крона
Харчова алергія
Блювання, булімія
Хвороби сполучної тканини
Хвороби трансплантанта проти хазяїна
Недостатність наднирників
Лімфома

Differential Diagnosis of Esophagitis

- Gastroesophageal reflux
- Eosinophilic esophagitis
- Infections (*Candida albicans*, Herpes simplex, Cytomegalovirus)
- Crohn's disease
- Vomiting, bulimia
- Pill induced
- Graft-versus-host disease
- Caustic ingestion
- Postsclerotherapy/banding
- Radiation/chemotherapy
- Bullous skin diseases
- Lymphoma

Сучасна стратегія лікування ГЕРХ у дітей

ГЕРХ без езофагіту (НЕРХ)

Рефлюкс –езофагіт I ступеня :

Прокінетики + антациди або альгірати 2-3 тижні.

- **ГЕРХ з рефлюкс-езофагітом II ступеня:**

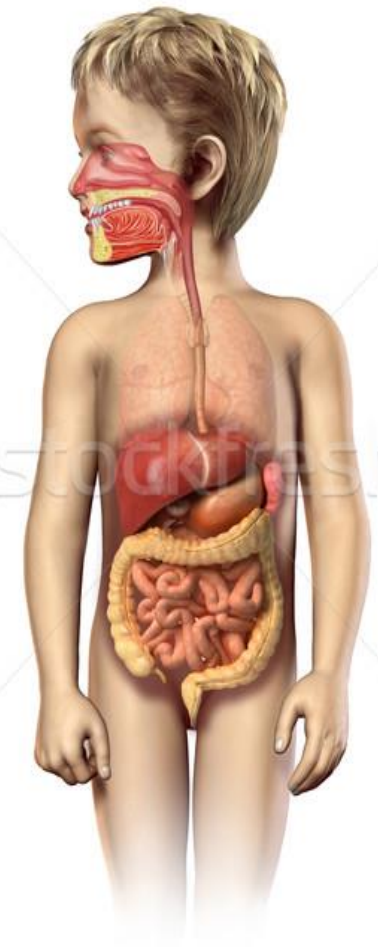
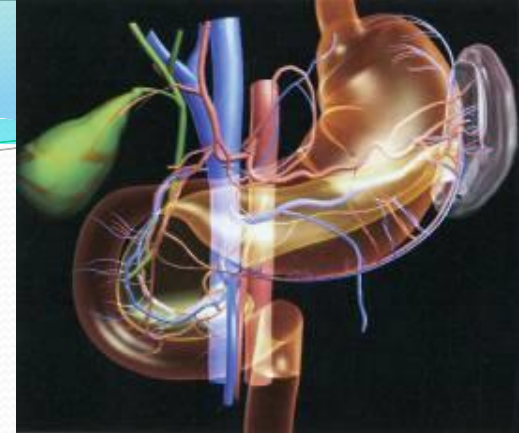
Прокінетики -3-4 тиж. + блокатори H₂-гістамінових рецепторів або ІПП - 2-3 тижні, альгірати

ГЕРХ з рефлюкс-езофагітом III-IV ступеня:

**Прокінетики + ІПП + альгірати і
цитопротектори**

Уніфікований протокол (наказ МОЗ України №59)

ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ



- (МКХ-10, XI, **K30**),
- Постійний або рецидивуючий біль або дискомфорт в верхній частині живота по середній лінії;
- відсутність доказів органічних, системних або метаболічних порушень;
- відсутність даних про зв'язок симптомів диспепсії зі змінами частоти або характеру випорожнень (що характерно для синдрому подразненого кишечника).
- тривалість не менше **1 раз в тиждень за останні 2 місяці**, при процесі обстеження не вдається виявити органічні захворювання.

Етіологія



Екзогенні фактори:

- ✱ нервово-психічні перевантаження;
- ✱ недотримання режиму і неадекватний характер харчування;
- ✱ примусове кормління;
- ✱ фізичні і вестибулярні перевантаження.

Ендогенні фактори:

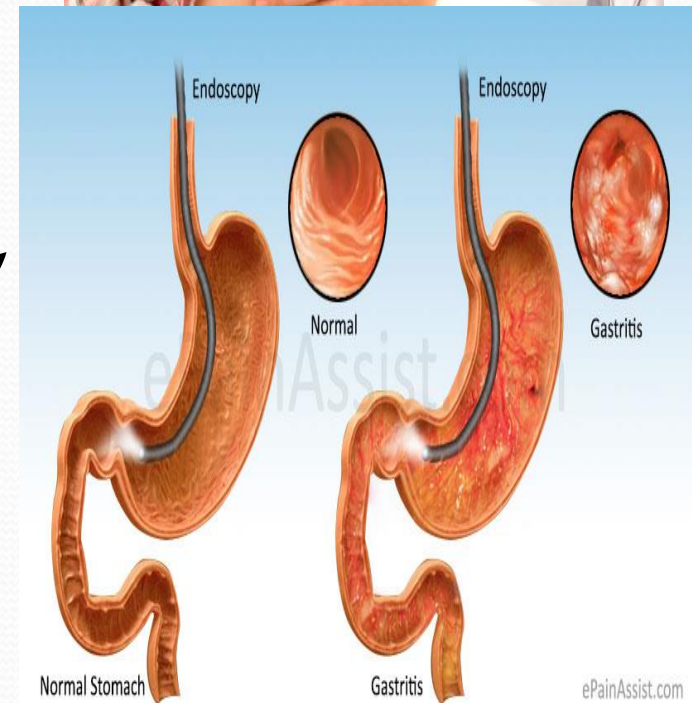
- ✱ неврози;
- ✱ нейроциркуляторні дисфункції;
- ✱ харчова алергія;
- ✱ різні хвороби внутрішніх органів;
- ✱ вогнища інфекції і паразитози.

ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ

Клінічні варіанти



- Римські критерії III виділяють два варіанти –
 - **Епігастрально-больовий синдром (ЕБС) і постпрандіальний дистрес-синдром**
 - **Постпрандіальний дистрес-синдром** характеризується наявністю одного або двох головних критеріїв:
 - почуття переповнення після їжі, які виникають після звичайного прийому їжі, декілька разів в тиждень ;
 - швидка ситість, у зв'язку з чим неможливо їсти звичайну їжу до кінця, декілька разів в тиждень.
- Додаткові критерії:**
- здуття живота або нудота після їжі, або відрижка;



ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ

Клінічні варіанти



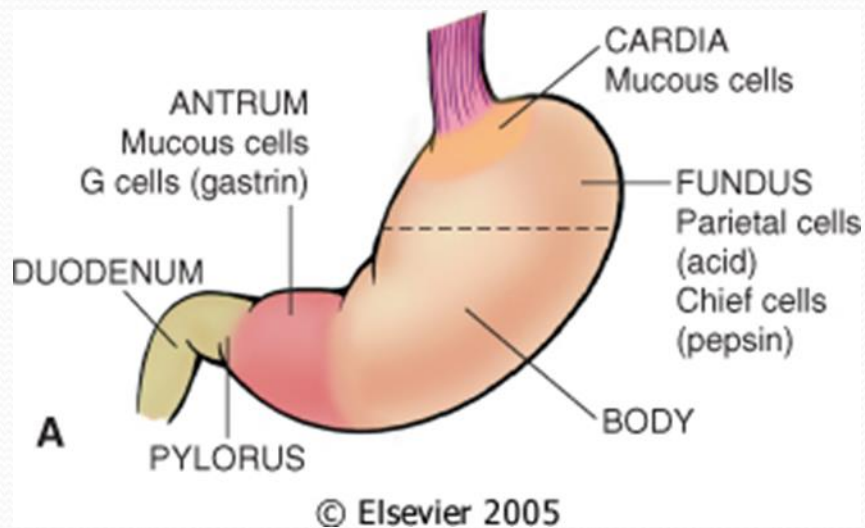
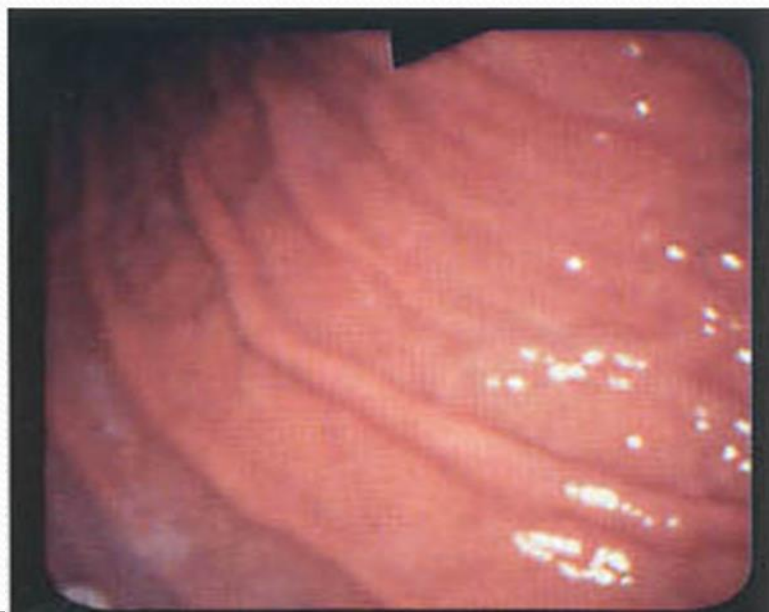
Endoscopy of the
Stomach

- **Епігастрально-больовий синдром** (ЕБС) біль або печія, локалізовані в епігастрії, як мінімум помірної інтенсивності із частотою не менше одного разу на тиждень;
- 2) біль періодичний;
- 3) немає генералізованого болю або, що локалізується в інших відділах живота чи грудної клітини;
- 4) немає покращення після дефекації або відходження газів;
- 5) немає відповідності критеріям розладів жовчного міхура й сфінктера Одді.
- Підтверджуючі критерії:
 - 1) біль може бути пекучим, але без ретростернального компоненту;
 - 2) біль звичайно з'являється або, навпаки, зменшується після приймання їжі, може виникати й натще;

Хронічний гастрит

- хронічне рецидивуюче стадійне запалення слизової оболонки шлунка (СОШ) і підслизового шару, що супроводжується клітинною інфільтрацією, порушенням фізіологічної регенерації, зі схильністю до прогресування і поступовим розвитком атрофії залозистого апарата, розладом секреторної, моторної і, нерідко, інкреторної функції шлунка.

Наказ № 59 МОЗ України від 29.01.2013 р.



Особливості перебігу ХГД у дітей і підлітків

- Порівняно з 90-ми роками, нині розглядають ряд особливостей перебігу ХГД у дітей і підлітків, а саме:
- – **феномен синтропії**, тобто залучення до патологічного процесу органів травлення, що розвиваються з єдиної ембріональної закладки;
- – **феномен поліморбізму** – ураження, окрім травного каналу, органів інших систем (серця й судин, ЛОР-органів, імунних, ендокринних і кровотворних органів);
- – збільшення майже в **3,5 рази** частоти поширених змін шлунка й дванадцятипалої кишки (пангастрит і дуоденіт);
- – зростання більш **ніж у 3 рази** деструктивних уражень гастродуоденальної зони;
- збільшення **ролі інфекційного фактора** – в першу чергу *Helicobacter pylori*, а також лімфотропних вірусів (віруси простого герпесу [ВПГ] I та II типу, цитомегаловірус), хламідій, грибів роду *Candida* та їх різноманітних асоціацій – у формуванні ХГД;
- – переважання **малосимптомних**, а в підлітковому віці – безсимптомних форм клінічного перебігу захворювання

Современная классификация ХГ та ХГД соответствует «Сиднейской классификации» (1990 г.) с дополнениями для детского возраста. Она утверждена и применяется в Украине с 2000 года

• **По этиологии:**

- *инфекционный (бактериальный НР—ассоциированный, вирусный, грибковый);*
- *химический (рефлюкс—гастрит);*
- *аллергический;*
- *особенные формы (еозинофильный, гранулематозный и др.);*
- *недифференцированный по этиологии.*

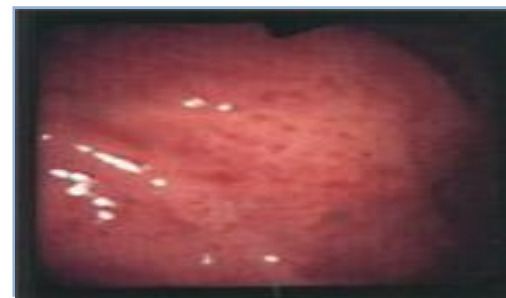
По локализации: *ограниченный (антральный, фундальный);*

- *распространенный (пангастрит).*

По морфологии:

1.Эндоскопическая характеристика: 2. Гистологическая характеристика:

- *поверхностный;*
- *гипертрофический;*
- *эрозивный;*
- *геморрагический;*
- *диффузный с поражением желез;*
- *без атрофии, атрофический.*



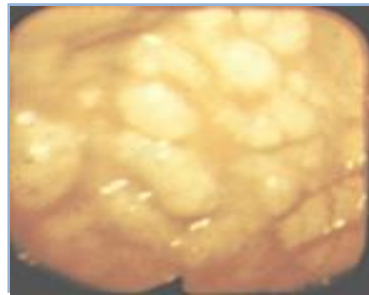
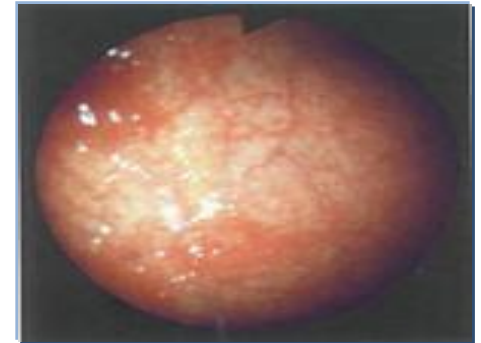
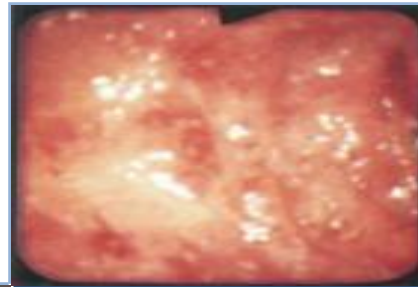
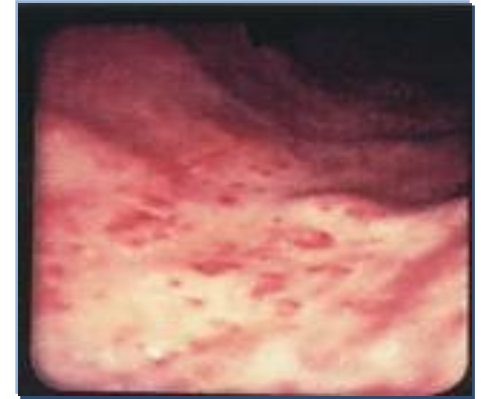
Современная классификация ХГ та ХГД соответствует «Сиднейской классификации» (1990 г.) с дополнениями для детского возраста. Она утверждена и применяется в Украине с 2000 года

• ***Секреторная функция желудка:***

- повышена;
- сохраненная (нормальная);
- снижена

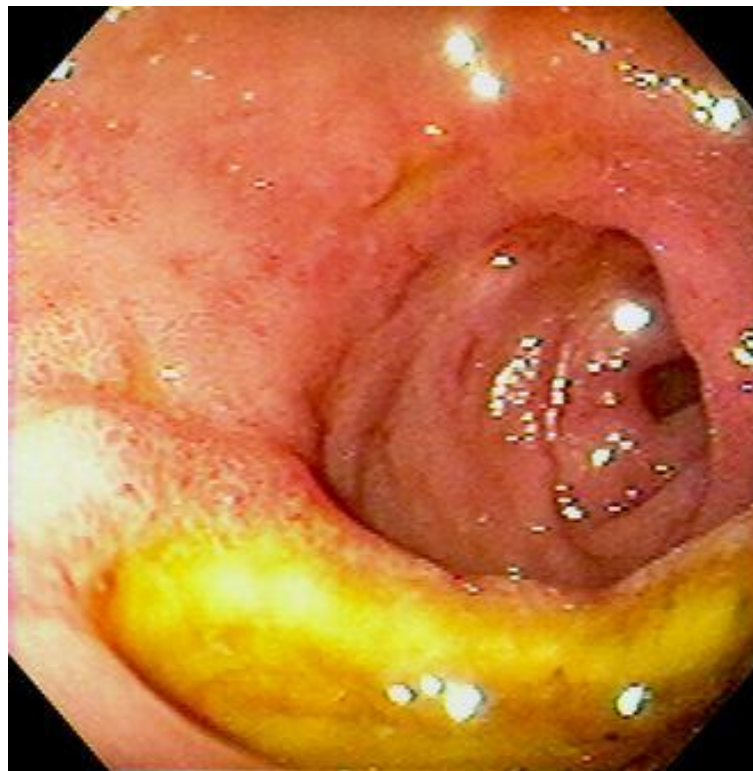
Стадия (фаза) патологического процесса:

- обострения;
- неполная ремиссия;
- ремиссия.

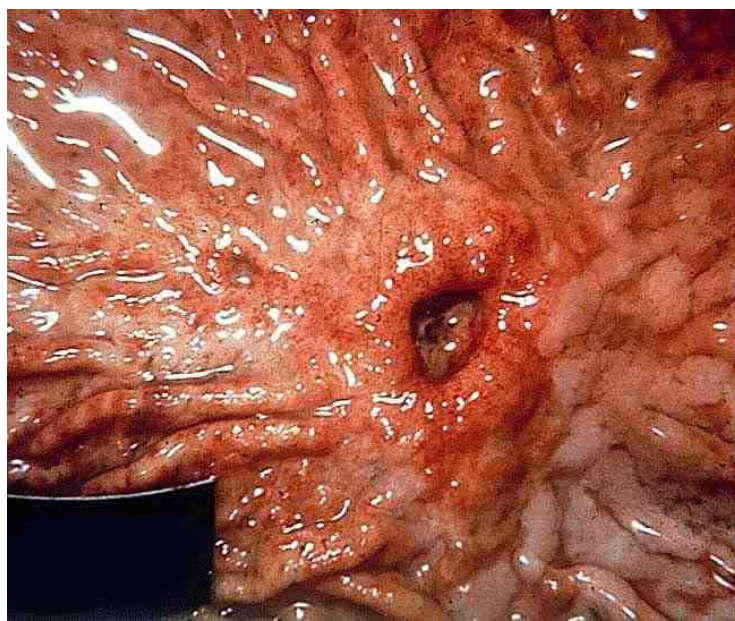




Виразка
шлунку



Виразка
ДПК



Алгоритм діагностики ХГД передбачає:

- 1. ЕФГДС
- 2. Інтрагастральна рН-метрія (за Ю. Є. Лінар-Ю.Я.Лею): рН (тіло шлунка) 1,6-2,0-середні інтенсивності (нормоацідність);
 - рН (тіло шлунка) 1,5 і менше-підвищена кислотоутворююча функція;
 - рН (тіло шлунка) 2,1 і вище - знижена кислотоутворююча функція;
- Кислотонейтралізуюча функція оцінюється за рН (антрум) max - рН (тіло шлунка) min більше 4 одиниць - компенсація; субкомпенсація (рН від 1,5 до 4,0); декомпенсація (рН менше 1,5).
- 3. УЗД внутрішніх органів
- 4. Рентгенографія ШКТ



Хелікобактер пілорі



Вперше скупчення мікроорганізмів у місці виразки було визначено у 1874 р. Вотчером, згодом їх було охарактеризовано, як різновид стрептокока, але тільки у 1978 Уоррен – патанатом та гастроентеролог

Маршал у 1982 (австралійці) виділили та описали його як кампілобактер, пізніше назвали хелікобактер,

у 2005 вони отримали Нобелівську премію за це їх є 8 різновидів, але лише *Helicobacter pylori* спричиняє виразки, спричиняють залізодефіцитну анемію, тромбоцитопенію

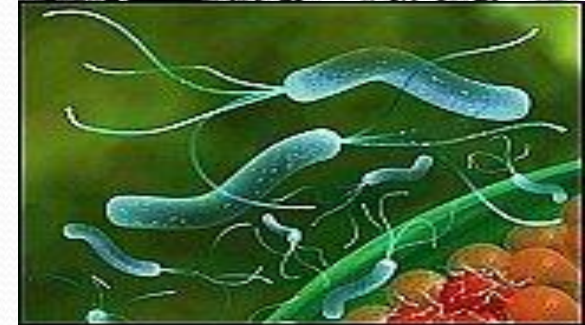
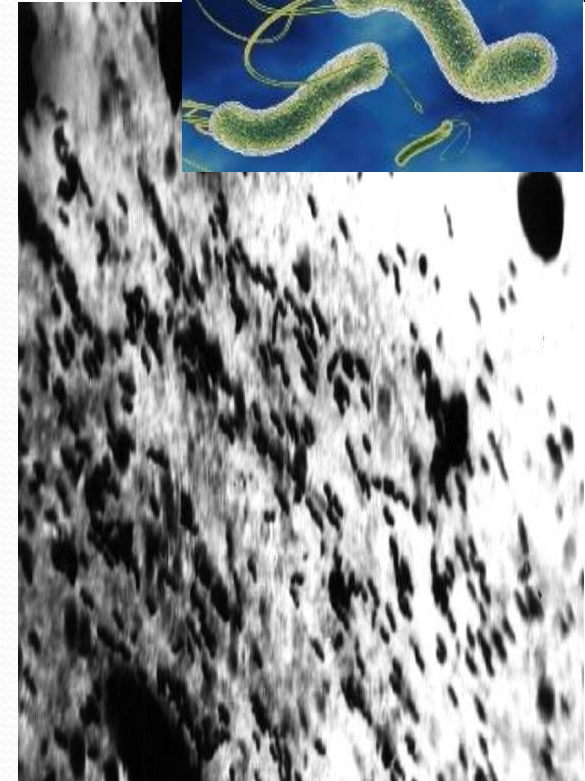
У 1990 році пілоричний хелікобактеріоз був включений у міжнародну класифікацію гастритів

У 1995 – Міжнародна Асоціація по вивченню раку визнала його канцерогеном 1 класу

Діагностика НР

бактеріологічний метод – посів біоптату СОШ на диференціально-діагностичне середовище

- **морфологічний метод** –
вважається «золотим стандартом» діагностики *H. pylori*, оскільки дає можливість підтвердити наявність запального процесу, його типу, ступеня активності, виявити не тільки *H. pylori*, але й ВПГ та *Candida* тощо, визначити стан мікроциркуляції.



Діагностика НР

цитологічний метод – забарвлювання *H. pylori* в мазках-відбитках біоптатів СОШ за Гімзою, Грамом. Метод скринінговий, швидкий, однак інвазивний;

– **скринінговий уреазний тест** – виявлення уреазної активності в біоптаті СОШ, який перебуває в рідкому чи гелеподібному середовищі, що містить субстрат, буфер та індикатор. За зміною забарвлення діагностичного середовища можна підтвердити наявність чи відсутність *H. pylori*. Однак тест інвазивний, і при надмірній контамінації потенційно-патогенними мікроорганізмами (протеї, клебсієли, псевдомонади та ін.), які також мають уреазну активність, тест може бути псевдопозитивним;

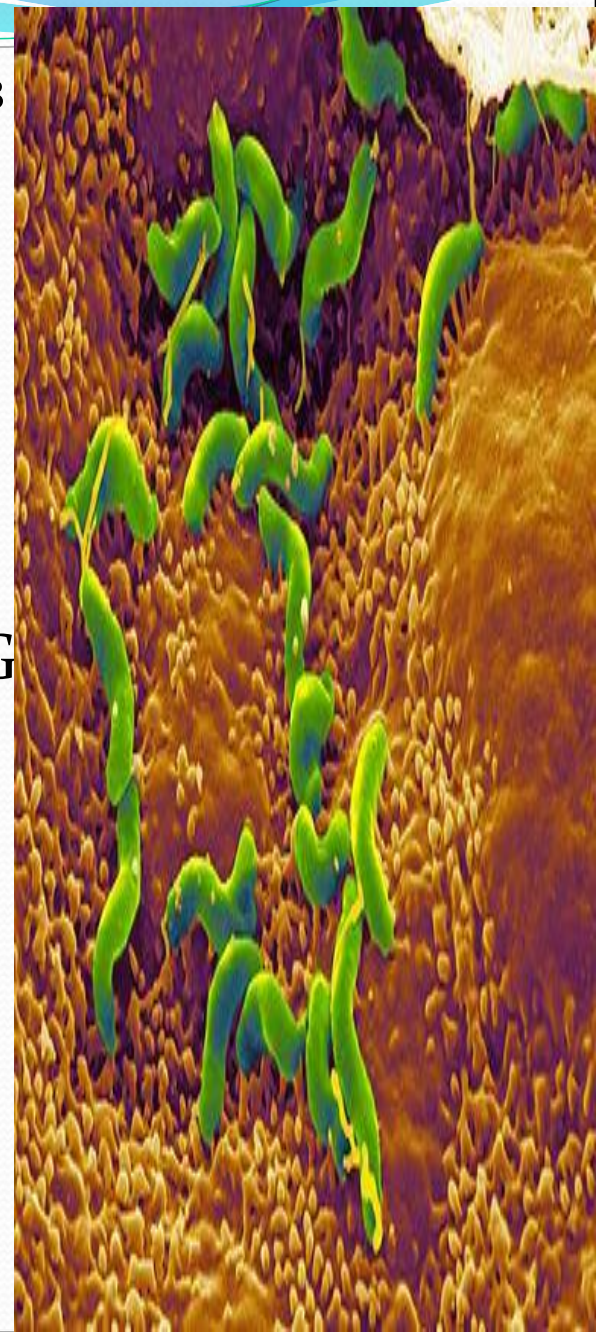


Діагностика НР

- **дихальний уреазний тест** – визначення в повітрі, що видихає хворий, ізотопів радіоактивного вуглецю, які виділяються внаслідок розщеплення в шлунку обстежуваного міченої сечовини під дією уреази *H. pylori*. **Цей тест також є скринінговим та неінвазивним.**

- **метод імуноферментного аналізу** – оснований на визначенні специфічних антихелікобактерних антитіл класів А та G у сироватці, плазмі чи капілярній крові хворих. Дає можливість підтвердити наявність інфікування *H. pylori*, неінвазивний, скринінговий.

- **дослідження копрофільтратів** методом полімеразної ланцюгової реакції є неінвазивним і має найбільшу чутливість серед вищенаведених методів; відносно недорогий



Лікування ХГДЗ у дітей

Уніфікований протокол

(наказ МОЗ №59 від 29.01.2013 р)

1. Дієтоterapia

2. Відмова від ульцерогенних середників (амідонірин, аспірин, глюкокортикоїди, спиртвмісні медикаменти)

3. Боротьба з палінням.

4. Медикаментозна корекція:

а) антихелікобактерна терапия

б) антацидна та антисекреторна терапия

в) корекція патологічного закиду дуоденального вмісту в шлунок (адсорбенти, прокінетики)

г) регуляція порушень моторно-евакуаторної функції верхнього відділу травного каналу (мотіліум)

Лікування НР у дітей

Уніфікований протокол

(наказ МОЗ №59 від 29.01.2013 р)

- Однотижнева потрійна терапія з ІПП (переважно дітям після 12 років):
- Пантопразол (омепразол) + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин (азитроміцин) + ніфуратель;
- 2) Пантопразол (омепразол) + амоксицилін (рокситроміцин) / кларитроміцин (азитроміцин) + колоїдної субцитрат вісмуту.
- Однотижнева квадротерапія: колоїдний субцитрат вісмуту + пантопразол + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин + ніфуратель.

***Лікування НР у дітей
Уніфікований протокол
(наказ МОЗ №59 від 29.01.2013 р)***

- Однотижнева потрійна терапія (переважно дітям до 12 років):
- Колоїдний субцитрат вісмуту (Де-нол) + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин (азитроміцин) + ніфуратель;
- 2) колоїдної субцитрат вісмуту (Де-нол) + амоксицилін (рокситроміцин) / кларитроміцин (азитроміцин) + фамотидин.
- Однотижнева квадротерапія: колоїдний субцитрат вісмуту (Де-нол) + ІПП + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин + ніфуратель.

Лікування НР у дітей

Уніфікований протокол

(наказ МОЗ №59 від 29.01.2013 р)

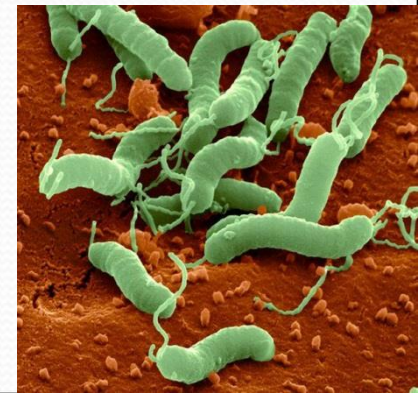
- Всі препарати призначаються 2 рази на день (вранці і ввечері) протягом 7 днів.
- Азитроміцин - 1 раз на день протягом трьох останніх днів тижневого курсу.
- - Колоїдний субцитрат вісмуту - 4 -8мг / кг на добу (максимум 480 мг в добу);? - Амоксицилін - 25 мг / кг (не більше 1 г на добу);
- - Кларитроміцин - 7,5 мг / кг (максимум 500 мг на добу);
- - Рокситромицин (суммамед) - 10 мг / кг (не більше 1 г на добу);
- - Ніфурател- 15 мг / кг;
- - Фуразолідон - 10 мг / кг;
- - Омепразол - 0,5-0,8 мг / кг (максимум 40 мг на добу);
- - пантопразол - 20-40 мг на добу
- - Ранитидин - 2-8 мг / кг (максимум 300 мг на добу)
- - Фамотидин - 1-2 мг / кг (максимум 40 мг на добу).

Сучасні концепції лікування інфекції *H.pylori*

(Совместные рекомендации ESPGHAN / NASPGHAN по лечению
больных *Helicobacter pylori* у детей и подростков (обновление 2016) J
Peadiatr Gastroenterol Nutr. 2017; 64 (6): 991-1003

Рекомендуемые варианты терапии первой линии при инфекции *H.
pylori*

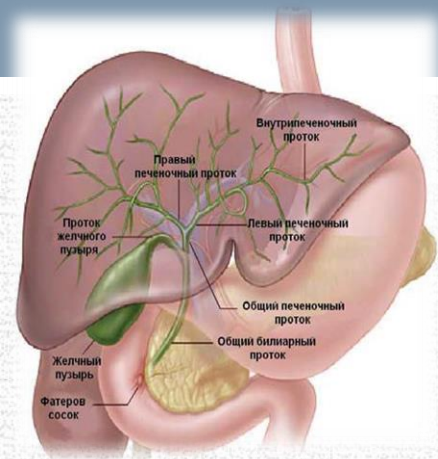
1. Чувствительность к CLA и MET - **PPI-АМО-CLA 14 дней**
2. Резистентный к CLA, восприимчив к MET - **PPI-АМО-MET 14 дней
или на основе висмута**
3. Резистентный к MET, восприимчив к CLA - **PPI-АМО-CLA 14 дней
или на основе висмута**
4. Резистентный к CLA и MET - **PPI-АМО-MET 14 дней с высокой
дозой амоксициллина или на основе висмута**
5. Резистентность неизвестна - **высокие дозы
PPI-АМО-MET 14 дней или на основе
висмута**



Функціональні розлади жовчного міхура та сфінктера Одді



Комплекс клінічних симптомів, які розвиваються в результаті моторно-тонічної дисфункції жовчного міхура, жовчних протоків і сфінктерів



Біліарні дисфункції

- **За останні декілька десятиріч захворюваність ЖВП у дітей значно зросла – можливо, внаслідок значного підйому захворюваності дитячим ожирінням, а також підвищенням частоти холецистектомії.**

- **У дітей зазвичай переважають акалькульозні причини болю в жовчному міхурі.**

The rising tide of cholecystectomy for biliary dyskinesia.

Bielefeldt K¹.2013.

In the validation sample, biliary dyskinesia accounted for 81% of the patients with ICD-9 code 575.8 (gall-bladder disease not elsewhere specified). Between 1997 and 2010, admissions for acute cholecystitis and complications of gallstone disease decreased slightly, whereas admissions with the primary diagnosis code ICD-9 575.8 tripled. This rise was most pronounced in the paediatric population (700% increase), with biliary dyskinesia accounting for more than 10% of cholecystectomies. Compared with acute biliary diseases, significantly more of the elective hospitalisations were covered by private insurances.

Класифікація



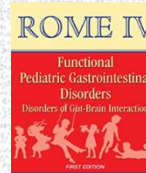
Наказ № 59 від 29.01.2013 р
/згідно Римського Консенсусу III/

Е. Розлади ЖП та СО:

Е1. Функціональний розлад ЖП

Е2. Функціональний розлад СО по біліарному типу

Е3. Функціональний розлад СО по панкреатичному типу



**Римські критерії
діагностики IV (2016 р)**

Е. Розлади ЖП та СО:

Е1. Біліарний біль

Е1а. Функціональний розлад ЖП

Е1в. Функціональний розлад СО по біліарному типу

Е2. Функціональний розлад СО по панкреатичному типу

ЖП-жовчний міхур
СО-Сфінктер Oddi

- **Класифікація функціональних розладів жовчного міхура та сфінктера Одді** (Римський IV Консенсус)

- **Е. Функціональний розлад жовчного міхура і сфінктера Одді**
 - Е1. Функціональний розлад жовчного міхура
 - Е2. Дисфункція сфінктера Одді по біліарному типу
 - Е3. Дисфункція сфінктера Одді по панкреатичному типу
- **По локалізації:**
 - А. Дисфункція жовчного міхура
 - Б. Дисфункція сфінктера Одді
- **2. По етіології:**
 - А. Первинні
 - Б. Вторинні
- **3. По функціональному стану:**
 - А. Гіпофункція або гіперфункція жовчного міхура
 - Б. Спазм або недостатність сфінктера Одді
- **Клінічні форми ФРБТ:**
 - Гіперкінетично-гіпертонічна
 - гіперкінетично-гіпотонічна
 - гіпокінетично-гіпотонічна
 - гіпокінетично-гіпертонічна

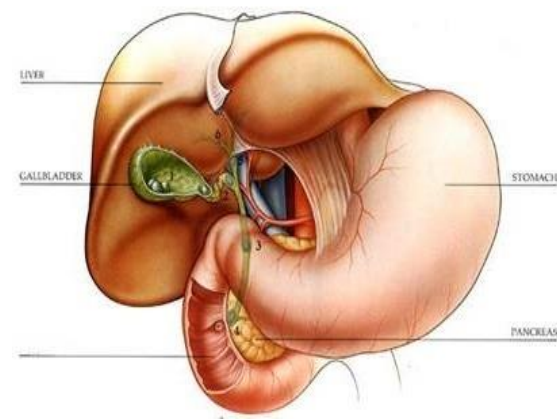
Діагностичні тести при захворюваннях біліарного тракту



- Функціональні проби печінки, панкреатичні ферменти в крові і сечі
- Ультрасонографія (УЗД), ЕФГДС

Уточнюючі (наступний об'єм)

- УЗД з оцінкою функції ЖМ і сфінктеру Одді
- ЕРХПГ з манометрією сфінктеру Одді
- Гепатобілісцинтиграфія з ^{99m}Tc
- Медикаментозні тести



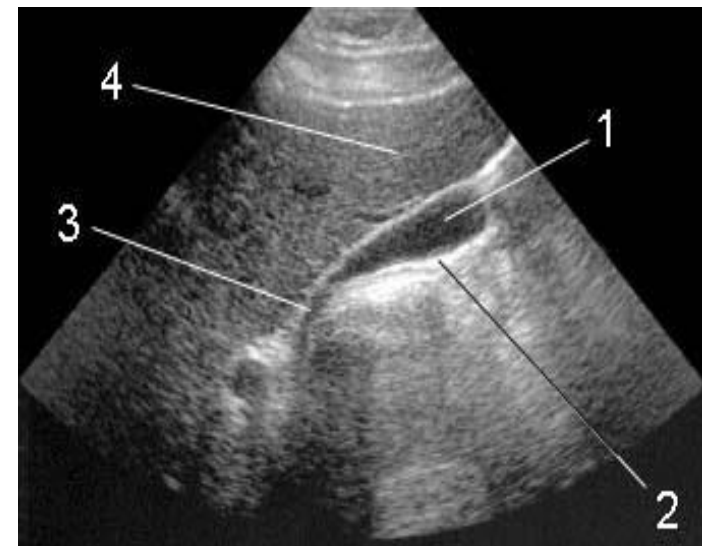
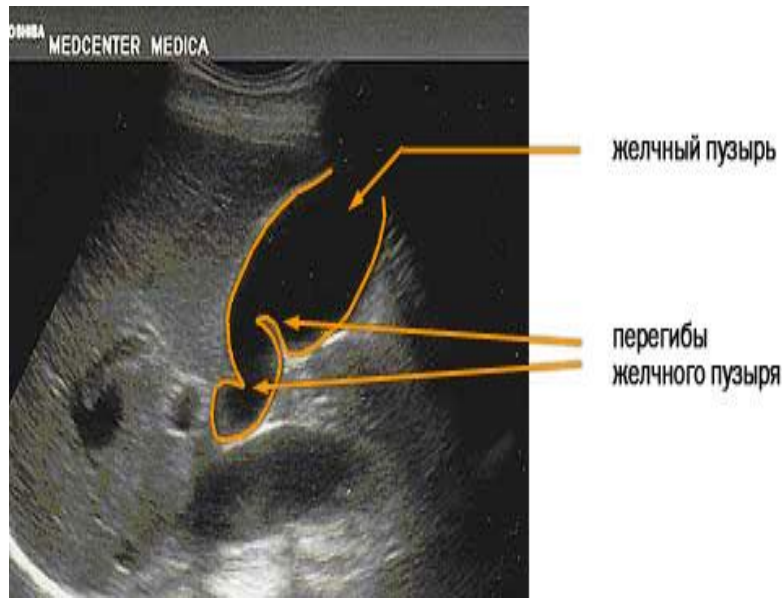
УЗД - перша діагностична процедура

Неінвазивність

Відсутність біологічної дії

Широка доступність

Діагностична здатність 95-98%

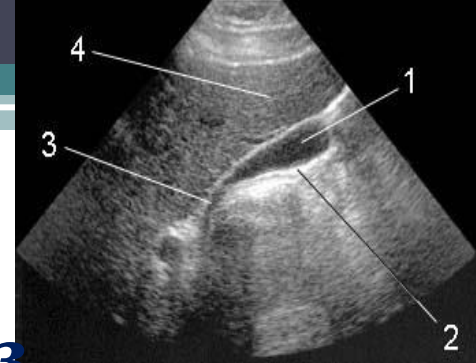


Механізм розвитку біліарного болю

Обструкція біліарного тракту з підвищенням тиску в ньому і його розширенням;

При тривалій обструкції можливо приєднання запальних змін;

Порушення функціонування жовчного міхура та/або сфінктера Одді може призводити до **преходящей обструкції** та підвищення тиску в системі жовчовиділення

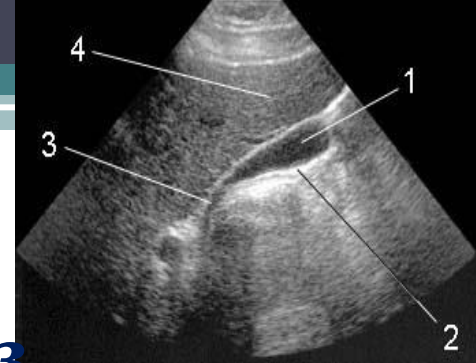


Механізм розвитку біліарного болю

Обструкція біліарного тракту з підвищенням тиску в ньому і його розширенням;

При тривалій обструкції можливо приєднання запальних змін;

Порушення функціонування жовчного міхура та/або сфінктера Одді може призводити до **преходящей обструкції** та підвищення тиску в системі жовчовиділення



Діагностичні критерії функціонального розладу жовчного міхура



- Біліарний біль
- **нормальні показники** печінкових ферментів, кон'югованого білірубіну; амілази/ліпази;
- **при гіпокінетичному типі дисфункції** – можливий помірно виражений синдром холестазу – підвищення холестерину, лужної фосфатази, ГГТП, загального білірубіну за рахунок прямої фракції;
- дисфункція жовчного міхура за даними УЗД

Діагностичні критерії дисфункції сфінктера Одді по біліарному типу



- Біліарний біль
- **нормальні показники** амілази/ліпази;
- **підвищення** печінкових ферментів, кон'югованого білірубіну; лужної фосфатази,
- **розширення** ЗЖП після проведення стимульованого жирною їжею тесту – ознака дисфункції СФО (гіпертонус).

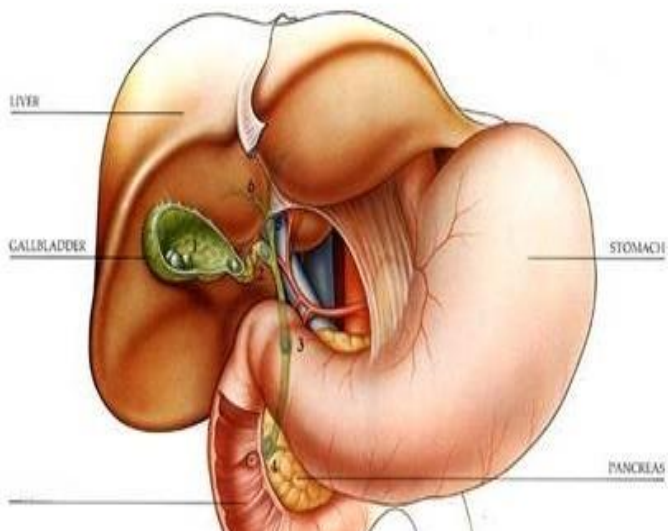
Діагностичні критерії дисфункції сфінктера Одді по панкреатичному типу



Панкреатичний біль:

- ниючий, рідше нападopodobний тривалий з локалізацією в епігастрії або полоскою від підребер'я до підребер'я, частіше в лівій половині епігастрію
- Супроводжуються тяжкістю, нудотою, інколи блювотою і підсилюються після їжі

Діагностичні критерії дисфункції сфінктера Oddi по панкреатичному типу



- підвищення вмісту амілази/ліпази за часом пов'язані з нападами болю;
- розширення ЗЖП після проведення стимульованого жирною їжею тесту – ознака дисфункції СФО (гіпертонус).
- При невираженому больовому синдромі гиперферментемія може бути відсутньою

Принципи лікування функціональних розладів біліарного тракту

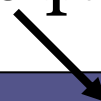
Відновлення тону і нормального
функціонування сфінктерної системи



Відновлення продукції жовчі

Нормалізація травлення

Відновлення кишкової мікрофлори



антихолінергічні препарати;
нітрати;
блокатори кальцієвих каналів;
міотропні спазмолітики;
інтестинальні гормони

Холеретики
Холекінетики
Ферменти
Пребіотики,
Пробіотики

Медикаментозна терапія

ФРБТ(протокол №59 від 29.01.2013 р)



Гіперкінетичний (гіпертонічний) тип

- **Седативна терапія**
- **Холеспазмолітична терапія**

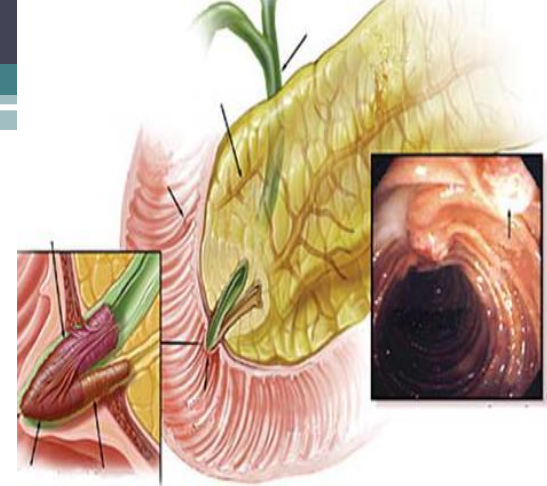
дротаверин в дозі 1-1,5 мг/кг 3 рази на добу, пінаверіум бромід по 50 – 100 мг 3 рази на добу дітям від 12 років, гімекромон дітям від 5 років по 200 – 600 мг на добу в 3 прийоми, прифініум бромід з народження в дозі 1 мг/кг на добу);

- **холеретики** (**урсодезоксихолева кислота – Укрлів** призначають в дозі 5-10 мг/кг на добу в 2 прийоми);
- **ферментні препарати** (**креон**);
- **фітотерапія** (**желчегонные сборы**)

Медикаментозна терапія ФРБТ

(протокол №59 від 29.01.2013р)

Гіпокінетичний (гіпотонічний) тип



- **холеретики** (урсодезоксихолева кислота – **Укрлів** в дозі 5 -10 мг/кг на добу в 2 прийоми тривалість 2-3 тижні
- **холекінетики** (екстракт листя артишока, сульфат магнія, сорбіт 20%, ксиліт 20% та ін.);
- **прокінетики** (домперідон – **Домлід** дітям з 3 до 12 років по 0,25 – 0,5 мг/кг , дітям старше 12 років по 10 мг 3 рази на добу за 15 – 30 хв. до їжі 7-10 днів);

Література.

1. *Основи педіатрії за Нельсоном: переклад 8-го англ. видання : у 2 томах. Том 1 / Карен Дж.Маркданте, Роберт М. Клігман. – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – XIV, 378 с.*

2. *Пропедевтична педіатрія : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / В. Г. Майданник [та ін.]. - 2-ге вид., випр. та допов. - Вінниця : Новакн., 2018. - 871 с. : табл., іл.*

3. *Педіатрія : нац. підруч.: у 2 т. / Н.Г. Гойда, Р.О. Моїсеєнко, Л.І. Чернишова, Ф.І. Лапій, В.В.Бережний та ін.; за ред. В.В. Бережного; Асоц. педіатрів України МОЗ України. - К. : [б. в.],2013 -Т. 1. - 2013. - 1037 с. : табл., іл.*

4. *Педіатрія : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / О. В. Тяжка [та ін.] ; за ред. О. В. Тяжкої ; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця МОЗ України. - 5-те вид., випр. та допов., оновлєє. - Вінниця : Нова кн., 2018. - 1150 с. :табл., іл.*

5. *Шадрін О. Г. Гастроентерологія дитячого віку: навч.-метод. посіб. для викладачів та студ.VI курсу, що навчаються за фахом " педіатрія" / Шадрін О. Г., Леженко Г. О., Резніченко Ю.Г. - Запоріжжя : Просвіта, 2010. – 202 с.*

6. *Гастроентерологія дітей раннього віку : довідник лікаря : навчально-методичний посібник / автори-укладачі : Н. М. Бесараба, С. В. Дюкарева, Р. В. Марушко [та ін.] ; під ред.О. Г. Шадріна, О. М. Муквіч. – К. : Здоров'я України, 2010. – 213 с.*

7. *Наказ МОЗ України № 59 від 29.01.2013 року «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення». – Київ, 2013.*

Інформаційні ресурси:

<http://www.boksmed.com/pediatric>

<http://pediatricinfo>

<http://health-ua.com/pediatrics>

<http://www.med-edu.ru/pediatric>

<http://med.ru/Doc/Ij01.htm>

<http://www.mif-ua.com/larshiv/zhurнал-zdorove-rebenka/numbers>

<http://medkniga.ucoz.net/publ/pediatric/40>

<http://www.guideline.smgov.ua>

<http://www.updatate.com>

<http://clinicalvideoncе.bmj.com>

<http://www.medscape.com>

<http://www.cdс.gov/>

<http://www.cochrane.org/>