

## **План лекційного заняття №2 2.4**

**Тема: Захворювання органів травлення в дітей старшого віку. Гострий гастрит. Хронічний гастрит. Виразкова хвороба. Дуоденіт**

### **Мета:**

Актуалізуйте теоретичні знання з анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму, зокрема ШКТ, вплив цих особливостей на розвиток патології в різні вікові періоди, особливо у старшому віці, необхідність індивідуального підходу до кожної дитини .

Набудьте змогу обстежити, правильно та об'єктивно оцінити стан дитини, надати долікарську медичну допомогу, виконувати складні медичні маніпуляції з діагностичною і лікувальною метою, проводити лікувально-профілактичні заходи, знати основи охорони праці та охорону праці в педіатрії.

### **Навчальна:**

- Ознайомтесь із сучасними методами обстеження органів і систем, зокрема ШКТ, надання необхідних лікувально-профілактичних заходів згідно сучасних протоколів.

### **Виховна:**

Набудьте здатності до таких якостей: дисциплінованість, спостережливість, співчуття, чуйність, милосердя і головне — високу відповідальність за кожну дію медичного працівника.

### **Загальні компетентності:**

**ЗК. 4.** Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

**ЗК. 5.** Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.

**ЗК. 6.** Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

**ЗК. 8.** Здатність до міжособистісної взаємодії.

### **Спеціальні компетентності:**

**СК. 6.** Здатність до роботи в мультидисциплінарній команді при здійсненні професійної діяльності, для ефективного надання допомоги пацієнту протягом життя, з урахуванням усіх його проблем зі здоров'ям.

**СК. 7.** Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.

**СК. 8.** Здатність до використання інформаційного простору та сучасних цифрових технологій в професійній медичній діяльності.

**СК. 12.** Здатність до безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я (освіта впродовж життя).

### **Результати навчання:**

Набути здатності до виконання професійних компетентностей

**Методи:** мультимедійна презентація лекції

**Дидактичні засоби навчання:** полілог, вибіркового контроль на засвоєння

викладеної теми.

### **Література:**

*Основна, Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / За ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. — К.: Медицина, 2011. — 552 с.*

*Додаткова Практикум з педіатрії в модулях: навч. посіб. / Н.О. Курдюмова, Т.Г. Поліщук. — К.: Медицина, 2011. — 160 с.*

### **Інформаційні ресурси:**

Інтернет-сайти. Веб-ресурси

### **Структура заняття**

- 1. Організаційна частина заняття**
- 2. Повідомлення теми, мети та основних завдань заняття**
- 3. Актуалізація опорних знань здобувачів освіти і контроль вихідного рівня знань**
- 4. Мотивація навчальної діяльності здобувача освіти**
- 5. Усвідомлення нових знань (вивчення нового матеріалу або засвоєння нових знань)**
- 6. Узагальнення та систематизація вивченого матеріалу**
- 7. Підведення підсумків заняття**

**Викладач: Олена НЕЖУРА**

Місце захворювань органів травлення в патології дітей старшого віку. Значення порушення режиму харчування, спадковості у виникненні захворювань.

Загальні уявлення про етіологію, клінічні прояви, діагностику, лікування гастритів, виразкової хвороби шлунка, дуоденіту. Особливості клінічних проявів у дітей. Диспансерний нагляд. Профілактика. Догляд за дітьми, підготовка до інструментальних методів дослідження шлунка та дванадцятипалої кишки.

- 1. Гострий і хронічний гастрит**
- 2. Гастроентерит. Виразкова хвороба шлунку**
- 3. Стоматити**
- 4. Гельмінтози**

**Гострий гастрит – гостре запалення слизової оболонки шлунка.**

Зустрічається у дітей старшого віку, сприяють : вживання гострої грубої їжі, отруєння, недотримання режиму харчування.

Початок гострий, через кілька годин після приймання їжі виникає відчуття важкості в надчеревній ямці, нудота , блювання, біль у животі. Слабкість, млявість, язик сухий з білувато - сірим нальотом. Апетит знижений, випорожнення нестійкі , температура тіла субфебрильна.

Лікування - як при отруєнні.

Витяг з наказу № 438 від 26.05.2010

### ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ У ДІТЕЙ

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.

**Критерії діагностики:**

**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 |
| 1. Найбільш частий клінічний варіант:                   |                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div> <div>□ виразковоподібна форма.</div> <div>1.</div> <div> <div>•</div> <div>•</div> <div>•</div> <div>•</div> <div>•</div> </div> <div> <div>Больовий синдром: болі в животі, пов'язані з їжею; часто виникають натщесерце; ранні болі (характерні для фундального гастриту); пізні болі (характерні для антрального гастриту);</div> </div> </div> | <div> <div>1. Найбільш частий клінічний варіант:</div> <div>□ відсутня виразна типова клініка.</div> <div>1. Больовий синдром слабовиражений:</div> <div>□ ниючі болі в епігастрії, найчастіше після їжі;</div> </div> |
| <div> <div>□ болі у нічний час.</div> <div>Відсутній чіткий зв'язок з порого року, порушенням дієти. Больовий синдром інтенсивний і тривалий.</div> </div>                                                                                                                                                                                               | <div> <div> <div>• характерне відчуття тиску та переповнення у верхній частині живота;</div> <div>• болі виникають і посилюються в залежності від якості та об'єму їжі.</div> </div> </div>                            |
| <div>1. Диспептичний синдром: найбільш</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                        |

|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>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>1. 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> <p><input type="checkbox"/> різний ступінь вираженості.</p>                                                                                  | <p>1. Синдром неспецифічної інтоксикації:</p> <p><input type="checkbox"/> значно виражений,</p> <p><input type="checkbox"/> переважає астения.</p>                                                                                                                                                             |
| <p>5. Пальпаторно: чітка помірна болючість в епігастрії, пілородуоденальній зоні.</p>                                                                                                      | <p>5. Пальпаторно: незначна болючість в епігастрії, найчастіше поширена, в проекції болювих 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).

- Визначення кислотності шлункового соку фракційним методом:

- Визначення інфекції *Helicobacter pylori* одним із методів – бактеріологічний, дихальний уреазний, серологічний (ІФА).

- 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 Грегерсена)

Аналіз калу на яйця глистів (тричі).

### **Основні принципи лікування**

При загостренні:

Вирішення питання про умови лікування (стаціонар чи амбулаторно).

Вибір рухового режиму, використання ЛФК.

Вибір режиму і характеру харчування, призначення дієтичного харчування (стіл №1,2,5).

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 .

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

Де-нол - Кларитроміцин - Амоксицилін (флемоксин) .

Де-нол - Метронідазол - Амоксицилін (флемоксин) .

Через 4 тижні після проведеного лікування повинен бути проведений контроль за ерадикацією *Helicobacter pylori* за допомогою дихального тесту .

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

Для дітей до 12 років:

Колоїдний субцитрат вісмуту + амоксицилін або кларитроміцин + ніфурател

Колоїдний субцитрат вісмуту + амоксицилін / кларитроміцин + ранітидин.

Дітям після 12 років:

Омепразол + амоксицилін або кларитроміцин + ніфурател.

Омепразол + амоксицилін / кларитроміцин + колоїдний субцитрат вісмуту.

**Квадротерапія** (курс лікування 7 днів).

Де-нол - Амоксицилін (флемоксин) - Кларитроміцин (клацид)  
Метронідазол

Дітям після 12 років:

колоїдний субцитрат вісмуту + омепразол + амоксицилін або кларитроміцин + ніфурател

**При гіперацидному гастриті** показано призначення антисекреторних препаратів ( $M_1$  – холінолітик гастроцепін або блокатори  $H_2$  – рецепторів гістаміну) з наступним використанням в якості базисного засобу одного з препаратів групи комплексних антацидів (Смекта, Маалокс, Фосфалюгель та інші).

**При гіпоацидному гастриті** призначають стимулятори шлункової секреції (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 (сmekта, сукральфат, ліквірітон).

При порушеннях моторної функції шлунка рекомендується застосування прокінетиків – Мотіліум.

При спазмах та вираженому больовому синдромі призначаються спазмолітики (Но-шпа, Галідор) або M<sub>2</sub> – холінолітик (Метацин).

Для поліпшення трофіки СОШ показано застосування репаративів (Спіруліна, облепихова олія, метилурацил та інші), полівітамінних препаратів .

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.

Немедикаментозне лікування (психотерапія, фітотерапія, фізіопроцедури, бальнеолікування, ЛФК). Санаторно-курортне лікування можливе в фазі ремісії ХГ в санаторіях гастроентерологічного профілю (зазвичай через 23 місяці після стаціонарного лікування).

**Витяг з наказу МОЗ України № 242 від 12.05.2008 р.**

# **ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ У ДІТЕЙ**

## **ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ.**

Хронічний гастродуоденіт – хронічне рецидивуюче захворювання запального характеру, яке супроводжується неспецифічною структурною перебудовою слизової оболонки та залозистого апарату шлунка та дванадцятипалої кишки (дистрофічні, запальні та дисрегенераторні зміни), розладом секреторної, моторної і, нерідко, інкреторної функції шлунку та ДПК.

Найбільш поширена форма у дітей – хронічний ГД. В структурі хвороб шлунка та ДПК він складає 58-74%.

**Симптоми, синдроми, фізикальний статус.** Основні клінічні синдроми: больовий, диспептичний, неспецифічної інтоксикації, залежать від фази захворювання і секреторної функції шлунку.

Клінічні симптоми подібні до проявів виразкової хвороби, але відсутня чітка періодичність больового синдрому, нічний біль буває нечасто. Найчастіше одночасно має місце симптоматика супутньої патології (гепатобіліарна система, кишечник, підшлункова залоза).

Найбільш характерно:

< >болі в животі – ниючі, тривалі, виникають вранці натщесерце та через 1,5-2 години після їжі; часто (до 40%) має місце гострий, нападоподібний, але нетривалий характер болю, що локалізується в епігастрії (98-100%), в правому підребер'ї (60%), навколо пупка (45%). Біль посилюється після їжі та фізичного навантаження. При ерозивному ХГД поєднуються голодні, нічні та пізні болі; диспептичні прояви: часто відрижка, тривала нудота, відчуття гіркоти у роті, метеоризм, запори, чи нестійкий стул; синдром неспецифічної інтоксикації: емоціональна лабільність, частий головний біль, дратливість, слабкість; пальпаторно: розлита болючість в епігастрії, пілородуоденальній зоні; при ерозіях – можливе локальне напруження м'язів; сезонність загострень 35-40%. Витяг з наказу МОЗ України № 242 від 12.05.2008 р.

# ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ТА

## ВИРАЗКИ ШЛУНКУ У ДІТЕЙ

**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).

Пік захворюваності припадає на 9-11 років у дівчат і на 12-14 років у хлопчиків.

Спадкова схильність при виразковій хворобі має місце у 45-75% хворих.

***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 шлунка**

**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.

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

- Дослідження шлункової секреції:
- Фіброезофагогастродуоденоскопія з прицільною біопсією проводиться з метою діагностики та через 3-4 тижні після початку курсу лікування. При необхідності – до повної епітелізації виразки.

### **Основні принципи лікування**

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

*Фаза загострення :*

При НР-асоційованій виразці шлунка та ДПК :

Стіл № 5а на протязі 5-7 днів, потім стіл №5 по Певзнеру.

Етіотропна терапія (мінімальна тривалість лікування 14 днів).

Тижнева потрійна терапія з препаратами вісмута

Де-Нол ;

Макроліди; кларитроміцин

Напівсинтетичні пеніциліни (амоксацилін );

Похідні імідазолу (метронідазол )

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 ;

Макроліди; кларитроміцин

Напівсинтетичні пеніциліни; (амоксацилін );

Похідні імідазолу (метронідазол )

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

Стіл № 5п на протязі 5-7 днів, потім – стіл №5.

Антисекреторні препарати: Н2-блокатори гістамінових рецепторів (4-6 тижнів) або антациди(4-6 тижнів).

3. Блокатори протонного 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 *H. Pylori*.

**Ускладнення виразки шлунка та ДПК:**

Кровотеча – кроваве блювання, дьогтеподібний стілець, бліді шкірні покриви, 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, черевна 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.

**Афтозний стоматит :**

підвищення температури тіла до 37-37,5\*С, зниження апетиту, порушення сну, дратливість, відмова від їжі (болісність під час смоктання), збільшення підщелепних лімфовузлів, гіперемія та набряклість слизової оболонки ротової порожнини, болісність її, обкладений язик, сухість губ, поява тріщин у кутах рота. підвищення температури тіла до 39-40\*С, зниження апетиту, загальна

слабкість, порушення сну, дратливість, збільшення підщелепних і шийних лімфовузлів, гіперемія та набряклість слизової оболонки ротової порожнини, поява афт – ерозій діаметром 1-5 мм, круглої або овальної форми, вкритих жовтуватим сірим нальотом, оточених червоним обідком, болісність під час жування, обкладений язик, сухість губ, тріщини в кутах рота. дуже важкий стан дитини, температура тіла 39-40\*С і практично не знижується під дією жарознижувальних препаратів, відсутній апетит, дитина млява, в контакт з оточуючими вступає погано, гіперемія та набряклість слизової оболонки ротової порожнини, поява на змінній слизовій оболонці афт - ерозій діаметром 1-5 мм, круглої або овальної форми, вкритих жовтуватим сірим нальотом, оточених червоним обідком, поява на слизовій оболонці рота глибоких виразок, дно яких вкрито білим – сірим нальотом, болісність під час жування, обкладений язик, **Медикаментозний стоматит** виникає на 3 - 4 добу або після лікування антибіотиками. Він починається подібно до афтозного.

**Витяг з наказу № 429**

**від 27.08.2004**

**Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю  
“дитяча терапевтична стоматологія”**

## **ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ**

**Клінічна форма:** хронічний рецидивуючий афтозний стоматит

**Діагностичні критерії:**

Клінічні:

болісність у порожнині рота; регіонарний лімфаденіт; ерозія (афта) круглої або овальної форми оточена облямівкою червоного кольору;

### Лікування:

Загальне:

імуномодулятори бактеріального походження (при середньотяжкій та тяжкій формах захворювання);

Місцеве:

знеболення (місцево); антисептики (місцево); вітамінні

препарати (місцево);

## **ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ**

**Кандидози слизової оболонки порожнини рота**  
**Критерії діагностики:**

### Клінічні

печія і біль, що підсилюються при прийомі їжі, порушення смакових відчуттів; біль при відкриванні рота, кровоточивість із тріщин червоної облямівки, кутів рота сухість слизової оболонки порожнини рота; наявність білого творожистого нальоту, плівок, бляшок, ерозій; тріщини червоної облямівки губ, кутів рота, лущення губ ерозії в кутах рота на інфільтрований та гіперемійований основі набряк, гіперемія язика; вогнищевий білий рихлий наліт у вигляді плівок на язиці, десквамація

**Лікування:**

## Загальне

- протигрибкові препарати азольної групи

протигрибкові антибіотики імунокорегуючі препарати

вітамінні препарати лікувальне харчування (продукти

харчування, що пригнічують ріст грибів (морква, лимон,

морська капуста, кориця; продукти з мікроелементами;

кисломолочні продукти) еубіотики

## Місцеве

- нормалізація рН ротової рідини (лужні розчини) – місцево; антимікотики (азольна група) – місцево; протигрибкові антибіотики (місцево); аліламінові сполуки (місцево);

антисептики з протигрибковою активністю (місцево); імуномодулятори (місцево); еубіотики

(місцево) санація порожнини рота

**Гельмінтози** – група захворювань людини, спричинених паразитарними черв'яками – гельмінтами.

## **Аскаридоз**

Спричинюється аскаридами.

Потрапивши в кишки людини, личинки звільняються від оболонок, проникають через слизову оболонку в кровоносні судини – в русло ворітної вени, кровоносні судини печінки, звідти через нижню порожнисту вену потрапляють у праву половину серця і через легеневу артерію в легені. Личинки просвердлюють стінки альвеол, мігрують у бронхіоли, бронхи, із мокротинням потрапляють у ротову порожнину і проковтуються, потрапляють у шлунок, кишки, де вони перетворюються на зрілі форми. Цикл розвитку становить 2 – 2,5 міс. Протягом року аскариди живуть у кишках. Після цього терміну вони гинуть і виводяться з фекаліями назовні.

## **Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.07.06 № 434**

Протокол надання медичної допомоги хворим на аскаридоз

### **Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Захворювання має 2 фази перебігу – міграційну та кишкову і триває протягом 10-12 місяців.

Клінічні ознаки міграційної фази:

- а) еозинофільні інфільтрати у легенях;
- б) гіпереозинофільна реакція крові (15-30%, а іноді і вище);
- в) субфебрильна або фебрильна температура;
- г) сухий кашель (часто має астматичний характер);
- д) поліморфний висип на шкірі (кропивниця);

е) сверблячка шкіри;

Клінічні ознаки кишкової фази можуть мати безсимптомний або клінічно виражений перебіг:

а) слабкість;

б) зниження або підвищення апетиту;

в) біль у животі;

г) нестійкі випорожнення;

д) зниження працездатності.

Ускладнення:

а) обтурація кишечника аскаридами;

б) спастична непрохідність кишечника;

в) перитоніт;

г) закупорка аскаридами печінкових ходів та жовчних протоків, протоків підшлункової залози;

д) обтурація аскаридами дихальних шляхів.

**Лікувальна програма**

## ***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту***

Хворим на аскаридоз необхідно проводити патогенетичну терапію: зміцнювальну, десенсибілізуючу, терапію, що покращує мікроциркуляцію. Поряд з цим проводиться специфічна терапія.

### **Ентеробіоз**

Збудником ентеробіозу є гострик. Місце паразитування : нижній відділ тонкої та верхній відділ товстої кишки, червоподібний відросток, де через 12-14 діб гострик досягає статевої зрілості. Тривалість життя гострика становить 20-30 діб. Самка відкладає яйця в періанальних складках (10-12 тис), які через 4 – 5 годин стають інвазійними. Після відкладення яєць самка гине.

### **Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.07.06 № 434**

Протокол надання медичної допомоги хворим на ентеробіоз

### **Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Захворювання може тривати від одного місяця до багатьох років.

Клінічні ознаки:

- а) сверблячка заднього отвору;
- б) помірна еозинофільна реакція крові;
- в) субфебрильна або фебрильна температура; г) неспокійний сон;

д) слабкість;

е) зниження працездатності;

Клінічні ознаки можуть мати безсимптомний або клінічно виражений перебіг.

### **Діагностична програма**

д) зскріб за допомогою липучої стрічки з метою виявлення гостриків;

### **Лікувальна програма**

#### ***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту***

Хворим на ентеробіоз необхідно проводити патогенетичну терапію: зміцнювальну, десенсибілізуючу, імунокорегуючу. Поряд з цим проводиться специфічна терапія.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Нагляд протягом 1 місяця, 6 місяців – при стійкому ентеробіозі. Обстеження триразове з інтервалом 1-2 дні щомісячно. У разі невиявлення інвазії хворий знімається з диспансерного обліку.

### **Трихоцефальоз**

Збудником захворювання є волосоголовець. Місце паразитування: сліпа кишка і червоподібний відросток, а в разі масивної інвазії – вся товста кишка і дистальний відділ тонкої. Живляться волосоголовці кров'ю, тому їх вважають гематофагами. Тривалість життя – 5-6 років, іноді більше. **Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.07.06 № 434** Протокол надання медичної допомоги хворим на трихоцефальоз

**Ознаки та критерії діагностики захворювання** Захворювання триває протягом 5-7 років. Клінічні ознаки можуть мати безсимптомний або клінічно виражений перебіг:

- а) слабкість;
- б) зниження або підвищення апетиту;
- в) біль у животі;
- г) нестійкі випорожнення;
- д) нудота;
- е) запори;
- ж) діарея;
- з) зниження працездатності.

Ускладнення:

- а) анемія;

**Діагностична програма**

а) копрологічне дослідження з метою виявлення яєць волосоголовця.

## **Лікувальна програма**

### ***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту***

Хворим на трихоцефальоз необхідно проводити патогенетичну терапію: зміцнювальну, десенсибілізуючу, терапію, що покращує мікроциркуляцію. Поряд з цим проводиться специфічна терапія.

.

## **Лікування**

**Для лікування аскаридозу** застосовують такі препарати:

Декаріс (левамізол) одноразово, комбантрин (пірантел) протягом 1-3 днів, вермокс (мебендазол) протягом 2 днів, нафтамон (алкопар) одноразово, медамін протягом 1-2 днів.

Протягом 3 тижнів після курсу лікування застосовувати настій трав: пижмо, золототисячник, безсмертник.

**Для лікування ентеробіозу:**

Дотримувати санітарно – гігієнічних заходів:

Щоденні підмивання дитини 2 рази на добу з милом, часте миття рук, особливо під нігтями, постійне перебування дитини в трусах, які міняють щодня, прання білизни з кип'ятінням і обов'язкове прасування, коротко стригти нігті дитини. Перед нічним сном застосовувати очисні клізми : 0,5 столової ложки натрію гідрокарбонату на 1 склянку води. Змащувати ділянку відхідника і промежини 5% анестезиновою маззю. Проводити медикаментозне лікування : вермокс, пірантел.

### **Для лікування трихоцефальозу:**

Застосовують такі медикаментозні засоби:

Вермокс протягом 6 днів, дифезил протягом 5 днів, ефективність лікування підвищується, якщо провести 8 – 10 сеансів індуктотермії чи діатермії на ділянку сліпої кишки. Можна застосовувати кисневу терапію. Кисень вводять у пряму кишку після очисної клізми у кількості 100 – 150 мл на кожен рік життя протягом 7 днів. Після останнього введення кисню призначити сольове проносне та очисну клізму.