

# Самостійна робота

Протокол № \_\_\_\_\_ від «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.  
Голова комісії \_\_\_\_\_

## Інструкційна карта по організації самостійної позааудиторної роботи студентів

### Тема: Гастроезофагеальна хвороба.

#### 1. Питання (завдання):

-складіть 5 тестових питань і 1 ситуаційну задачу із еталонами відповідей.

#### Рекомендована література.

- Ткаченко С.К., Поцюрко Р.І. та ін. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики / За редакцією проф. С.К. Ткаченка, Р.І. Поцюрка// – К: ВСВ «Медицина», 2014. с. 226-253
2. Тарасюк В.С. Педіатрія в модулях 2015. с 181-186
3. Курдюмова Н.О., Поліщук Т.Г. та ін. Навчальний посібник з педіатрії // – К: ВСВ «Медицина», 2015. с. 77-93

#### 2. Методичні рекомендації

##### Мета:

**Навчальна:** навчити здобувачів освіти виділяти опорні симптоми для постановки діагнозу, вміти надати першу долікарську допомогу та доглядати за важкохворими.

**Виховна:** виховати у здобувачів освіти відповідальність за доручену справу, ознайомити з наслідками порушення своїх функціональних обов'язків

#### 3. 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.

#### 4. Спеціальні компетентності:

СК. 2. Здатність до вміння задовольняти потреби пацієнта протягом різних періодів життя (включаючи процес умирання), шляхом обстеження, діагностики, планування та виконання медичних

втручань, оцінювання результату та корекції індивідуальних планів догляду та супроводу пацієнта.

СК. 4. Здатність до співпраці з пацієнтом, його оточенням, з іншими медичними й соціальними працівниками на засадах сімейно-орієнтованого підходу, враховуючи особливості здоров'я чи перенесені хвороби та фізичні, соціальні, культурні, психологічні, духовні чинники і фактори довкілля, здійснювати санітарно-просвітницьку роботу.

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. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.

СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.

5. СК. 13. Здатність до використання професійно профільованих знань, умінь та навичок для здійснення санітарно-гігієнічних і лабораторних досліджень, протиепідемічних та дезінфекційних заходів.

## **6. Зміст навчального матеріалу**

Гастроезофагеальний рефлюкс - це мимовільна регургітація (відрижка, заброс) вмісту шлунку в стравохід. Рефлюкс призводить до наступних проблем:

- Хімічні опіки стравоходу
- Зниження апетиту, больові відчуття при прийомі їжі, а отже зниження ваги
- Аспірація (попадання) вмісту шлунку в дихальні шляхи, що призводить до пневмонії, реактивним захворюванням легенів або астмі
- Стеноз (звуження) стравоходу

- При запущеному рефлюксі можуть виникати перебудови тканини на клітинному рівні приводячи в деяких випадках навіть до раку стравоходу

Не зважаючи на те, що гастроєзофагеальний рефлюкс досить часта патологія, вона важко діагностується. Але як тільки діагноз встановлено, існують досить ефективні консервативні та хірургічні методи лікування цього захворювання.

Широко відомо, що всім здоровим дітям властиво зригувати. Але вміст шлунка не потрапляє в стравохід за рахунок наступних чинників:

- Кут Гіссену (кут між стравоходом і шлунком, який попереджає заброс)
- М'язовий тонус в нижній третині стравоходу
- Довжина стравоходу в черевній порожнині
- Випорожнення шлунка

При порушенні вищеописаних факторів виникають помірні рефлюкси. Найчастіше дитина переростає подібні відхилення до 8-го місяця життя. Збільшується довжина стравоходу, що знаходиться в черевній порожнині, що може протистояти підвищенню тиску в шлунку і запобігає виникненню закидання. Але іноді при розладах харчування, тиск у шлунку підвищується ще більше і виникає блювота, що є нормальним в цьому випадку.

В інших випадках, якщо не виникає фізіологічна корекція, описана вище, слід вдаватися до консервативного або ж хірургічного лікування.

Симптоми захворювання: регургітація (відрижка) це найчастіший прояв гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Вище вже згадувалося про те, що всім здоровим дітям властиво зригувати. Але якщо кількість регургітованої їжі призводить до порушення харчування, а саме втрати маси тіла, тоді слід звернутися за медичною допомогою. У новонароджених також може з'являтися зниження частоти серцевих скорочень і дихання. Коли шлунковий вміст затримується в стравоході, це викликає опіки, що призводить до неспокою дитини і плачу, що часто розцінюють як проблеми неврологічного

характеру. Коли шлунковий вміст закидається з ротоглотки, воно потрапляє в дихальні шляхи (аспірація). Це може призвести до хімічної і/або бактеріальної пневмонії. Таку симптоматику часто плутають з реактивними захворюваннями легенів або астмою, або бронхітом до того моменту, поки зможуть встановити точний діагноз.

## **Діагностичні тести**

Існує ряд діагностичних процедур, які дозволяють точно встановити діагноз:

- Езофагоскопія - процедура, коли дитині дають випити контрастну рідину і оцінюють її проходження по стравоходу і шлунку. Все це знімають в реальному часі серією знімків за допомогою рентген апарату.
- Фіброезофагогастроскопія - дослідження, при якому в стравохід і шлунок вводиться ендоскоп (камера), за допомогою якого оглядають саму слизову тканину на наявність виразкових або ерозивних змін, які спостерігаються при рефлюксі.

## **Лікування**

Корекція способу життя дає можливість попередити загострення захворювання:

- після їжі уникати нахилів вперед і не лягати протягом трьох годин;
- спати з підведеним головним кінцем ліжка;
- не носити тісний одяг і тугі пояси, корсети, бандажі, що призводять до підвищення внутрішньочеревного тиску;
- дотримуватися рекомендацій з раціонального вигодовування;
- уникати надмірного споживання їжі, не їсти на ніч і не вживати дуже гарячу їжу;
- знизити масу тіла, якщо вона надмірна або якщо є ожиріння), що може ефективно мінімізувати прояви симптомів захворювання.

Основою терапії ГЕРХ є застосування засобів, дія яких спрямована на:

- підвищення антирефлюксної функції нижньоостравохідного сфінктера (НСС);

- зменшення кількості епізодів ГЕР;
- захист слизової оболонки стравоходу від пошкоджувальної дії рефлюксату;
- регуляцію процесів кислотоутворення;
- лікування езофагіту;
- поліпшення стравохідного кліренсу.

### **Критерії якості медичної допомоги**

#### *Обов'язкові*

1. Ведення немовлят із симптомами ГЕРХ здійснюється відповідно до алгоритму (рис. 1).

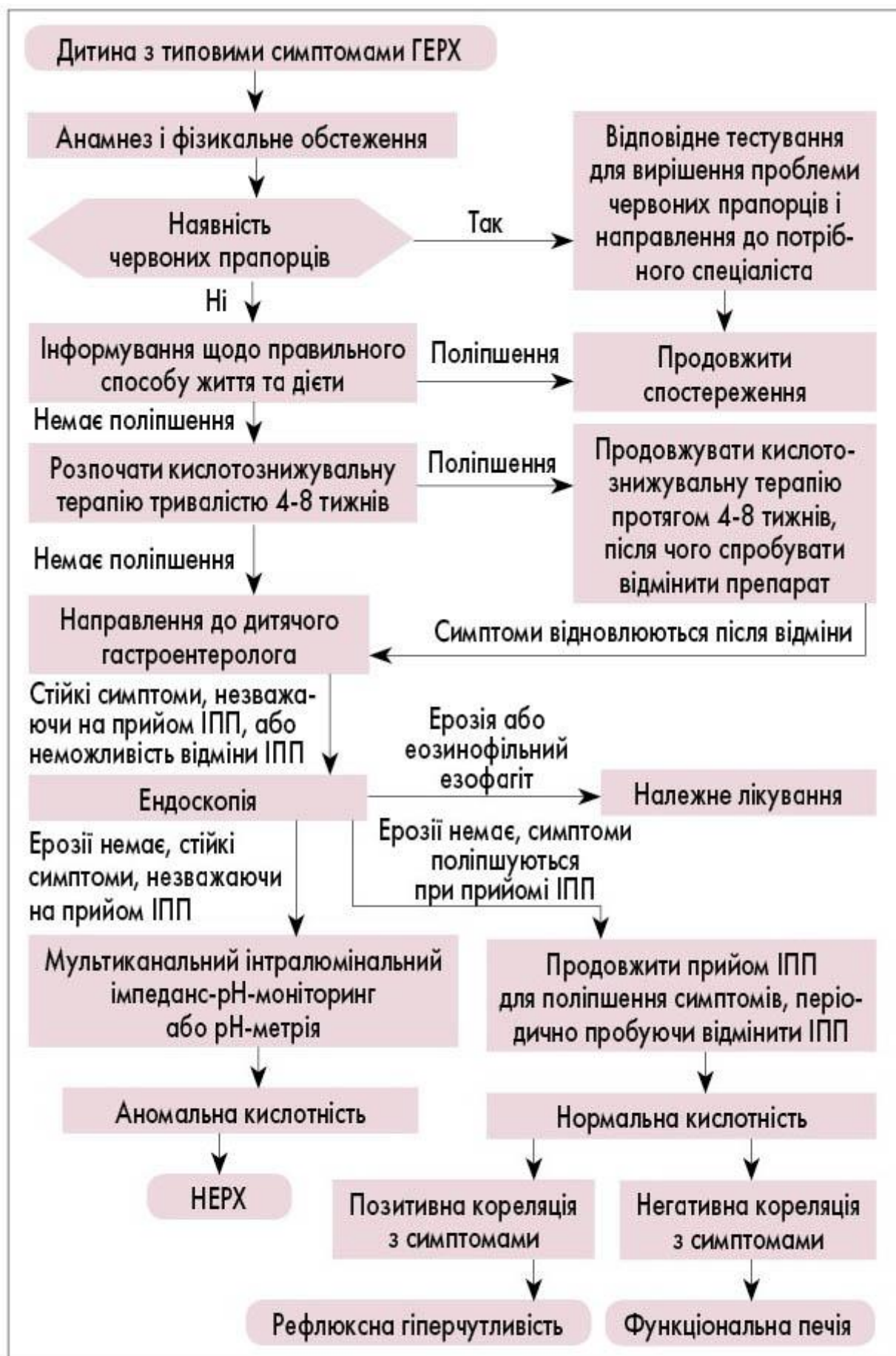


**Рис. 1. Алгоритм ведення немовлят із симптомами ГЕРХ**

2. Ведення дітей віком 1-18 років із симптомами ГЕРХ здійснюється відповідно до алгоритму (рис. 2).

3. Немовлятам з частою регургітацією (пов'язаною з вираженим дистресом), незалежно від виду вигодовування, надання допомоги здійснюється поетапно та передбачає: на початку – перегляд та оцінку режиму годування; далі необхідно зменшити кількість їжі на прийом лише у випадку її надмірної кількості на 1 кг маси тіла немовляти; потім запропонувати зменшити кількість їжі на прийом при збільшенні кратності (збереженні належної добової кількості молока); потім запропонувати згущене харчування.
4. При штучному вигодовуванні дитини з ускладненнями ГЕР доцільне використання сумішей на основі високогідролізованого білка або амінокислот.
5. Призначення антацидних лікарських засобів та кислотосупресивної терапії здійснюється за показаннями, з урахуванням віку пацієнта та співвідношення ризику/шкоди лікування.
6. У дітей зі стійкою печією, загрудинним болем або болем в епігастрії, з рефлюкс-езофагітом, підтвердженим за допомогою ендоскопії, рекомендована 4-тижнева кислотосупресивна терапія.
7. Дітям із НЕРХ та ГЕРХ із рефлюкс-езофагітом I ступеня тяжкості терапію рекомендовано розпочинати з антацидів та/або альгінатів протягом 2-3 тижнів. Дітям, у яких діагностовано ГЕРХ із рефлюкс-езофагітом 2, 3 або 4 ступеня тяжкості, призначають блокатори H<sub>2</sub>-гістамінорецепторів або інгібітори протонної помпи.
8. Застосовувати медикаментозну терапію при лікуванні ГЕРХ у дітей необхідно з одночасною програмою модифікації способу життя. Не рекомендовано застосування метоклопраміду, домперидону та еритроміцину для лікування ГЕР і ГЕРХ без консультації фахівців.

Пацієнтам та/або батькам чи іншим законним представникам пацієнта надаються рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.



**Рис. 2. Алгоритм діагностики та лікування за наявності типових рефлюксних симптомів у дітей віком від 1 до 18 років**

10. Рекомендований контроль кислотосупресивної терапії за допомогою повторних ендоскопічних досліджень у дітей зі стійкою печією, загрудинним болем або болем в епігастрії, з підтвердженим рефлюкс-езофагітом.

11. Рекомендовано ендоскопічне дослідження з біопсією верхнього відділу ШКТ у немовлят та дітей до проведення фундоплікації для підтвердження ГЕРХ.

12. Додатково можливе проведення таких досліджень, як визначення рівня рН стравоходу (або комбіноване дослідження рівня рН стравоходу та моніторинг імпедансу по можливості); рентгенологічне дослідження верхнього відділу ШКТ у немовлят, дітей і підлітків, перш ніж запропонувати фундоплікацію.

13. Застосування хірургічного антирефлюксного лікування, зокрема фундоплікації, розглядається для дітей із тяжким перебігом ГЕРХ, якщо: відповідне медичне лікування було невдалим або режим годування для контролю ГЕРХ виявився непрактичним, наприклад, у разі довгострокового, безперервного згущеного ентерального годування через зонд.

14. Використання транспілоричного/еюнального годування можна розглядати при лікуванні немовлят і дітей із ГЕРХ, які резистентні до оптимального лікування, як альтернативу фундоплікації.

Стандарт IV. Профілактика

### **Положення стандарту медичної допомоги**

Мета первинної профілактики ГЕРХ полягає в попередженні розвитку захворювання. Вторинна профілактика ГЕРХ сприяє зниженню частоти рецидивів та запобігає прогресуванню захворювання шляхом проведення подальшого спостереження, модифікації способу життя та призначення за необхідності повторних курсів лікування. Критерієм успішної вторинної профілактики ГЕРХ є зменшення частоти загострень хвороби, відсутність прогресування та розвитку ускладнень езофагіту, а також зниження ступеня тяжкості.

### **Обґрунтування**

Корекція способу життя дає можливість попередити загострення захворювання:

- після їжі уникати нахилів вперед і не лягати протягом трьох годин;

- спати з підведеним головним кінцем ліжка;
- не носити тісний одяг і тугі пояси, корсети, бандажі, що призводять до підвищення внутрішньочеревного тиску;
- дотримуватися рекомендацій з раціонального вигодовування;
- уникати надмірного споживання їжі, не їсти на ніч і не вживати дуже гарячу їжу;
- знизити масу тіла, якщо вона надмірна або якщо є ожиріння), що може ефективно мінімізувати прояви симптомів захворювання.

## **Критерії якості медичної допомоги**

### *Обов'язкові*

1. Після лікування пацієнтам із ГЕРХ з езофагітом необхідно проходити періодичні або на вимогу огляди з метою своєчасного виявлення тривожних симптомів та призначення лікування (за необхідності).
2. З батьками дітей із вираженою регургітацією потрібно провести роз'яснювальну роботу, запропонувати психологічну підтримку та заспокоїти, пояснити важливість нормалізації режиму вигодовування та проведення адекватної дієтотерапії. Рекомендується годувати дитину частіше, меншими порціями.
3. Модифікація материнської дієти, якщо немовлята на грудному вигодовуванні (з раціону виключають продукти, що викликають підвищене газоутворення і метеоризм у малюка), за необхідності призначається гіпоалергенна дієта.
4. Своєчасно діагностувати у немовлят алергію на молочний білок, яка спричиняє подібні ГЕРХ клінічні прояви. При появі симптомів у немовлят на грудному вигодовуванні матерям рекомендовано протягом 2-4 тижнів дотримуватися дієти, виключивши щонайменше молоко і яйця.
5. Рекомендації щодо змін способу життя, корисні для дітей старшого віку із ГЕРХ, подібні до рекомендацій для дорослих пацієнтів; особливо важлива корекція маси тіла у пацієнтів із її надлишком; відмова від куріння; уникнення вживання алкоголю.
6. Рекомендації з модифікації дієти включають обмеження споживання продуктів, що викликають зниження тиску НСС і подразнення (жир, кава, шоколад, цитрусові).

## *Бажані*

7. Рекомендувати виключити фізичні навантаження, що сприяють підвищенню тиску в очеревині, вести здоровий спосіб життя без шкідливих звичок, загартовувати організм.

8. Рекомендувати своєчасно лікувати захворювання ШКТ, регулярно проводити діагностику та лікування паразитарних інвазій, харчуватися регулярно, порційно і збалансовано, уникати стресів, сильних нервових потрясінь, лікувати психоемоційні захворювання.

9. За необхідності прийому ліків, що викликають рефлюкс (антихолінергічні, спазмолітики, седативні і транквілізатори, інгібітори кальцієвих каналів,  $\beta$ -блокатори, теофілін, простагландини, нітрати тощо) проводити оцінку співвідношення користі/ризиків.

### Індикатори якості медичної допомоги

Згідно з ліцензійними вимогами та стандартами акредитації у ЗОЗ, має бути наявний внутрішній документ (клінічний маршрут пацієнта), що уніфікує медичну допомогу дітям із ГЕРХ на локальному рівні.

Індикатор ґрунтується на положеннях стандарту медичної допомоги «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба у дітей» та характеризує організаційний аспект запровадження сучасного клінічного маршруту пацієнта (КМП) у регіоні.

Якість медичної допомоги дітям із ГЕРХ, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному СМД цим індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у ЗОЗ.

\*\*\*

На момент розробки СМД через вікові обмеження, зазначені у затверджених МОЗ України інструкціях для медичного застосування, існують певні застереження при призначенні деяких лікарських засобів для лікування ГЕРХ дітям віком до 12 років.

Відповідно до статті 44 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» нові методи профілактики, діагностики, лікування та лікарські засоби, які знаходяться на розгляді в установленому порядку, але ще не допущені до застосування, незареєстровані лікарські засоби можуть використовуватися в інтересах виліковування особи тільки за умови отримання письмової згоди та інформування хворого або його законного

представника про цілі, методи, побічні ефекти, можливий ризик та очікувані результати лікування.

Що стосується осіб віком до 14 років, зазначені методи та засоби можуть використовуватися за наявності письмової згоди батьків або інших законних представників, осіб 14-18 років – за її письмовою згодою та письмовою згодою її батьків чи інших законних представників.

Інформація щодо призначення лікарських засобів пацієнтам віком до 12 років викладена у клінічній настанові «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба у дітей».

Ознайомитися з текстом КН «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба у дітей» можна за посиланням [https://www.dec.gov.ua/cat\\_mtd/galuzevi-standarti-taklinichni-nastanovi/](https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-taklinichni-nastanovi/).

Текст адаптовано та уніфіковано відповідно до стандартів тематичного випуску медичної газети «Здоров'я України».

Повний текст на сайті <https://moz.gov.ua/>

Тематичний номер «Гастроентерологія. Гепатологія. Колопроктологія» № 2 (68) 2023 р.

Лікарі завжди спочатку розглядають можливість проведення консервативного лікування пацієнта, у вигляді прийому медикаментозних препаратів, дієтичного харчування, і вимушеного положення тіла в момент сну (напівсидячи). Але якщо консервативне лікування виявляється неефективним, лікарі вдаються до хірургічного лікування.

#### **Показання до оперативного лікування:**

- Неефективності консервативної терапії
- Втрата ваги
- Больовий синдром
- Пошкодження слизової стінки стравоходу
- Аспіраційний синдром, який викликає захворювання дихальної системи, або коли аспірація призводить до обструкції дихальних шляхів, що є загрозливому для життя станом.

Операція, яка виконується при рефлюксі, називається фундоплікацією за Ніссеном. Вона полягає в тому, що стравохід дещо натягається в черевну порожнину, тим самим подовжуючи його відрізок у черевній порожнині як і повинно бути при нормальному анатомічному розвитку. Навколо стравоходу формується манжетка з шлунку, яка охоплює стравохід, перешкоджаючи попаданню шлункового вмісту в стравохід. У клініці «Оберіг» ця операція виконується лапароскопічно за допомогою 3-5-ти мм проколів. Іноді існують індивідуальні протипоказання до лапароскопії (відсутність толерантності до нагнітання вуглекислого газу в черевну порожнину для покращення видимості, або неправильна анатомія яка може призвести до кровотечі), в таких випадках операція виконується відкрито, що буває вкрай рідко.

Багато дітей з діагнозом патологічний рефлюкс є недоношеними. У такому випадку оперативне втручання виконувати не можна. Тоді виконується гастростомія (проведення трубочки через передню черевну стінку в шлунок), за допомогою чого дитина годується прямо в шлунок і може адекватно набрати вагу і зміцніти, і в подальшому можна виконати оперативне лікування.

#### **7. Питання для самоконтролю:**

**-Що таке ГЕРХ?**

**-Який етіопатогенез хвороби?**

**-Які "червоні прапорці " допомагають у діагностиці?**

**-Яка тактика лікування дітей?**

### **Бронхіоліт у дітей**

#### **Вступ**

Бронхіоліт — це гостре вірусне захворювання нижніх дихальних шляхів, яке найчастіше вражає дітей віком до 2 років. Захворювання характеризується запаленням і обструкцією дрібних бронхіол, що призводить до порушення вентиляції легень. Бронхіоліт є однією з провідних причин госпіталізації немовлят у холодну пору року.

---

#### **Етіологія**

Найпоширеніший збудник бронхіоліту — респіраторно-синцитіальний вірус (RSV). Іншими можливими збудниками є:

- вірус грипу та парагрипу,
- аденовірус,
- метапневмовірус,
- риновірус,
- коронавіруси.

Передається вірус повітряно-крапельним шляхом або через забруднені поверхні.

---

### Епідеміологія

- Частіше хворіють діти 1-го року життя, особливо віком до 6 місяців.
- Пік захворюваності — зима та рання весна.
- Фактори ризику: недоношеність, вроджені вади серця, імунодефіцит, пасивне куріння.

---

### Патогенез

Збудник інфікує епітелій бронхіол, викликає його набряк, гіперсекрецію слизу і некроз клітин. Це призводить до обструкції бронхіол, порушення газообміну, розвитку гіпоксії та в деяких випадках — апное.

---

### Клінічна картина

Початок нагадує ГРВІ:

- нежить,
- кашель,
- підвищення температури.

Через 2–3 дні з'являються:

- задишка,
- тахіпное (>60 вдихів/хв),
- втягнення міжреберних проміжків,
- свистяче дихання (везикулярне з хрипами),
- ціаноз (у важких випадках),
- апное (особливо у новонароджених).

---

### Діагностика

Клінічний діагноз ставиться на основі симптомів.

Додаткові методи:

- Пульсоксиметрія (оцінка сатурації).
  - Рентгенографія органів грудної клітки (у складних випадках).
  - Виявлення RSV-антигену у слизу з носоглотки (необов'язкове).
- 

Диференційна діагностика

- Бронхіт,
  - Пневмонія,
  - Бронхіальна астма,
  - Вроджені аномалії дихальних шляхів,
  - Серцева недостатність.
- 

Лікування

Основне — симптоматичне:

- Зволоження повітря,
- Адекватне пиття (пероральне або парентеральне),
- Киснева терапія при сатурації  $< 92\%$ ,
- Часто потрібна госпіталізація, особливо дітям до 6 міс.

Медикаменти:

- Антибіотики — лише при бактеріальних ускладненнях.
  - Бронхолітики — у деяких випадках (обмежено).
  - Кортикостероїди — не рекомендовані рутинно.
  - Противірусна терапія (рибавірин) — рідко, тільки в особливих випадках.
- 

Профілактика

- Часте миття рук,
  - Уникнення контакту з хворими,
  - Пасивна імунізація (палівізумаб) — у дітей з високим ризиком, наприклад, недоношених.
  - Грудне вигодовування — знижує ризик.
- 

Прогноз

У більшості дітей — сприятливий.

Однак можливе:

- Тривале відновлення,
  - Підвищений ризик розвитку астматичних станів у майбутньому.
-

## Висновки

Бронхіоліт — серйозне захворювання, яке потребує уважного спостереження, особливо у немовлят. Рання діагностика, належний догляд і підтримка дихальної функції значно знижують ризики ускладнень.