

Лекція №3 , 4 курс

Доцент, к.мед.н. Самойленко І.Г.

Тема: «Захворювання органів травного каналу в дітей старшого віку. Гельмінтози. Гострі розлади травлення в дітей раннього віку. Хронічні розлади живлення. Пілоростеноз. Пілороспазм. Захворювання органів травного каналу у дітей старшого віку. (Гострий гастрит, хронічний гастрит, виразкова хвороба, дуоденіт.) Гельмінтози. Стоматити. Захворювання печінки і жовчних шляхів».

План лекції:

1. Визначення, етіологія, класифікація гострих розладів травлення .
2. Діагностика, планування медсестринських втручань при гострих розладах травлення.
3. Реалізація плану медсестринських втручань та їх корекція при гострих розладах травлення.
4. Профілактика гострих розладів травлення.
5. Пілоростеноз і пілороспазм – діагностика.
6. Визначення, етіологія, класифікація хронічних розладів живлення .
7. Діагностика, планування медсестринських втручань при хронічних розладах живлення.
8. Реалізація плану медсестринських втручань та їх корекція при хронічних розладах живлення.
9. Профілактика хронічних розладів живлення

ГОСТРІ РОЗЛАДИ ТРАВЛЕННЯ.

Гострі розлади травлення - функціональні порушення, які характеризуються блюванням ірідкими частими випорожненнями.

До гострих розладів травлення належать проста,токсична та парентеральна диспепсія.

ПРОСТА ДИСПЕПСІЯ.

Проста диспепсія - гострий розлад травлення функціонального характеру, головними ознаками якого є блювання і рідкі випорожнення без значного порушення загального станудитини. Виникає у разі перевищення вимог до травної системи дитини, можливості процесівтравлення якої незначні, що

пов'язано з анатомо-фізіологічними особливостями дитячого організму. Види простої диспепсії: бродильна і гнилісна.

Бродильна диспепсія виникає внаслідок зловживання вуглеводами та білками (солодкі суміші, підсолоджене коров'яче молоко, багато каш) на тлі низької активності ферментів.

Гнилісна диспепсія виникає внаслідок перегодовування білковою та жирною їжею (у великих кількостях сир, вершки, жирне материнське молоко).

Чинники.

- перегодовування дитини;
- переважання одного з інгредієнтів їжі (білків, жирів, вуглеводів);
- неадаптована їжа (рано введений прикорм);
- швидкий перехід до нового виду їжі (скорочення періоду адаптації при введенні прикормів);
- часте прикладання дитини до грудей матері, відсутність нічної перерви в годуванні;
- перегрівання дитини;
- порушення у приготуванні молочних сумішей, санітарних умов їх зберігання;
- потрапляння у їжу сапрофітів, непатогенного стафілокока.

Умовно патогенна мікрофлора потрапляє в організм дитини через дитячий посуд.

Чинники, що сприяють розвитку диспепсії:

- рахіт;
- гіпотрофія;
- гіповітаміноз;
- алергійний діатез;
- часті ГРВІ, отит, пневмонія та інші гострі захворювання;
- природжена патологія травного тракту, ферментопатії;
- порушення догляду за дитиною (недотримання гігієнічних норм, недостатнє перебування на свіжому повітрі).

Клінічні прояви.

- блювання 1-2 рази на добу відразу після їди або через 15-20 хв;

- зригування;
- зниження апетиту;
- часті випорожнення - 5-7 разів на добу;
- у випорожненнях невелика кількість слизу, неперетравлена їжа у вигляді білих і жовтих скупчень;
- температура тіла нормальна, іноді субфебрильна;
- періодично дитина буває неспокійною, плаче (кишкова колька);
- живіт помірно здутий, під час пальпації м'який, визначається скупчення газів у кишках;
- язик обкладений білим нальотом;
- може порушуватися сон.

Оцінка стану медичною сестрою базується на спостереженні за клінічними проявами простої диспепсії і даних лабораторних досліджень. Велике значення має аналіз анамнезу харчування. В копроцитограмі дітей з гнилісною диспепсією спостерігається: неперетравлений казеїн, нейтральний жир, злуцений епітелій, поодинокі лейкоцити; з бродильною диспепсією - кисла реакція калу, зелений колір, невелика кількість неперетравленої їжі, пінистий вид. Під час бактеріоскопічного дослідження калу виявляють: у дітей з гнилісною диспепсією - кишкову паличку, ентеробактерії; з бродильною диспепсією - лактобактерії, біфідумбактерії, ацидофільну паличку.

За даними проведення аналізу обстеження дитини медична сестра разом з батьками дитини формулює наявні та потенційні проблеми і складає план сестринського догляду.

План сестринського догляду.

Проблема: зригування, блювання 1-2 рази на добу, рідкі випорожнення 5-7 разів на добу.

Причина: проста диспепсія. Порушення процесів травлення в травному тракті. Недостатня кількість ферментів і мала ферментативна активність їх. Порушення процесів всмоктування.

Очікуваний результат: відновити процеси травлення в кишках, активізувати ферменти, нормалізувати випорожнення.

Дії медсестри:

1. Забезпечення оральної регідратації збалансованими глюкозо-сольовими розчинами (іоніка, ОРС біогая, гастроліт, електроліт хумана ,5% розчин глюкози, дитячі чаї, розчин Рінгера, ізотонічний розчин, регідрон, каротинова суміш, відвар яблук, сухофруктів, родзинок, рису) з дозованим годуванням.
2. Розрахувати загальну кількість рідини разом з рідкою їжею: вона повинна дорівнювати не менше 150 мл на 1 кг маси тіла дитини на добу (для дітей першого року життя).
3. Поїти дитину кожні 15 хв рідиною, по 10-15 мл.

Організація дозованого годування :

- 1-й день: природне вигодовування- скоротити прикладання до грудей (до 3-5 хв); змішане вигодовування - залишити тільки годування грудним молоком без догодовування; штучне вигодовування - адаптовані суміші по 20-30 мл на одне годування. Готують дітей кожні 2 год (8-9 разів).
- 2-й день: кількість збільшується, в середньому об'єм їжі становить $1\frac{1}{2}$ добової потреби. Кількість годувань - 7 разів. Тривалість прикладання до грудей - до 7 хвилин. На одне годування призначається 50 мл кисломолочної суміші.
- 3-й день: об'єм їжі становить $2\frac{1}{3}$ добової потреби.
- 6-7-й день: повний об'єм їжі, якщо всі клінічні прояви диспепсії ліквідовано.
4. Ферментотерапія: креон, дигестин(санзим) під час або після їжі.
5. Еубіотики : біфідум бактерин, према дуо, ентерол, нормагут
6. У разі здуття живота для кращого відходження газів ввести газовідвідну трубку $d=5$ мм упряму кишку на глибину 8-10 см на 30-40 хв, інколи і надовше.
7. Для зменшення метеоризму – сорбенти – смекта , атоксил, ентеросгель.
8. Для покращення відходження газів- симетикон--боботик, еспумізан, інфакол.
9. Сухе тепло на живіт.
10. Організувати догляд за шкірою.
11. Оцінювати блювотні маси та випорожнення.
12. При зригуваннях- ріабал, домрид, юнорм.

13. Чітко фіксувати в історії хвороби дитини характер і частоту випорожнення.

14. Зважувати дитину після нічного сну, а потім перед кожним годуванням. Після нормалізації стану зважувати вранці 1 раз на добу.

ТОКСИЧНА ДИСПЕПСІЯ.

Токсична диспепсія - гострий розлад травлення з явищами загальної інтоксикації, порушенням водно-мінерального обміну, різкими змінами інших видів обміну, що призводить до розвитку ацидозу, патологічних змін внутрішніх органів і систем.

Основні порушення з боку травного тракту такі, як у дітей з простою диспепсією. Однак токсини, продукти метаболізму призводять до загальної інтоксикації. Ентерорецептори слизової оболонки травного тракту отримують сильне подразнення, що призводить до збудження кори головного мозку. Захисними реакціями цього збудження є блювання, часті, рідкі випорожнення. Відбувається втрата рідини, ферментів, білків, солей, порушується водно-сольовий обмін. З водою також втрачається натрій і хлор. Калій з внутрішньоклітинної рідини переміщується у позаклітинну рідину і виводиться з каловими масами. Розвиваються ексикозі гіпокаліємія. Тяжкість стану поглиблюється розвитком ацидозу, на тлі якого порушуються функції всіх внутрішніх органів.

Чинники.

Головний чинник токсичної диспепсії - інфекція, яка потрапляє з їжею, через соски, пляшечки, предмети догляду у разі порушення гігієнічних вимог.

Чинники, що сприяють токсичній диспепсії ті самі, що призводять до простої диспепсії.

Клінічні прояви.

характеризуються трьома синдромами.

Ентероколітний синдром:

- початок захворювання гострий, T^* тіла підвищується до 38-39 $^{\circ}$ C, порушується загальний стан;

- зригування, блювання до 10 разів і більше на добу, не залежить від прийомів їжі і рідини;

- рідкі випорожнення до 15-20 разів і більше на добу з малою кількістю калових мас, з патологічними домішками (слиз, неперетравлена їжа, зелень, гнійні грудки);

- скупчення газів у травному тракті призводить до метеоризму, гази самотійно не відходять;
- розвивається кишкова колька, дитина кричить, підтягує ноги до живота;
- в подальшому блювання стає неперервним, випорожнення водянисті зі слизом.

Синдром токсикозу:

- в перші години захворювання змінюється поведінка дитини, її загальний вигляд: неспокій, блідість шкірних покривів, зниження тургору тканин, западають очі;
- шкіра бліда із сіро-землистим відтінком;
- на тлі загального загальмування кори головного мозку виникають симптоми збудження підкоркових центрів, стереотипні рухи пальців рук, жувальних м'язів, рух очних яблук;
- рефлекси знижені, іноді зникають, відсутня больова реакція на ін'єкції;
- спостерігаються клоніко-тонічні судоми;
- симптоми порушення серцево-судинної системи: тахікардія, слабкість тонів серця, слабкість пульсу, ціаноз кінцівок, кінчика носа, кінцівки холодні; АТ спочатку підвищується, а потім різко знижується;
- дихання токсичне, часте - 60-80 за 1 хв, поверхнєве, без пауз;
- печінка збільшується, болючість при пальпації; чим більший розмір печінки, то тяжчий токсикоз;
- різкий ступінь порушення функції нирок, олігурія може перейти в анурію; в сечі: білок, цукор, ацетон, еритроцити, гіалінові та зернисті циліндри;
- в крові анемія, нейтрофільний лейкоцитоз, моноцитоз;
- змінюється біохімічна картина крові: гіпопротеїнемія, патологічні типи цукрової кривої, зрушення у мінеральному і газовому складі крові, ацидоз.

Синдром ексикозу :

- очі і велике тім'ячко западають;
- риси обличчя загострюються;
- язик сухий з білим нальотом;
- слизова оболонка порожнини рота суха, різко гіперемована;
- склери сухі, рогівка мутна;

- тургор тканин значно знижений;
- складка шкіри на животі збирається, не розправляється-- втрата її еластичності;
- іноді діагностується склерома;
- з розвитком ексікозу сечі стає мало, кількість сечовиділень зменшується;
- відбувається згущення крові, пойкилоцитоз;
- втрата маси тіла до 500-1000 г за добу.

Оцінка стану.

Оцінка стану дитини медичною сестрою базується на спотереженні за клінічними проявами токсичної диспепсії. Важливо оцінити ступінь тяжкості токсикозу та тип зневоднення.

Під час копрологічного дослідження випорожнень знаходять: велику кількість нейтрального жиру, жирних кислот, лейкоцити. Бактеріологічне дослідження – можливе виявлення патогенної мікрофлори.

Ступені тяжкості токсикозу за стадіями розвитку.

I ст. - порушення водного балансу:

- випорожнення водянисті , у великій кількості;
- блювання;
- метеоризм;
- втрата маси тіла;
- психомоторне збудження.

II ст. - виражена дегідратація:

- знижений тургор тканин;
- сіро-землистий колір шкіри;
- порушення свідомості;
- судоми;
- зниження АТ;
- зміщення меж серця і емфізема легенів;
- збільшення печінки.

III ст. - виражений ацидоз:

- повна непритомність;
- дихання Кусмауля; некоординовані рухи кінцівок;
- олігурія, альбумінурія, ацетонурия, глюкозурия;
- великий розмір печінки, вона болісна під час пальпації.

IV ст. - термінальна.

Клінічні прояви різних видів ексикозу.

Показники систем та органів

Вододефіцитний ексикоз

Ізотонічний ексикоз

Соледефіцитний ексикоз

Нервова система Загальне збудження, неспокій, виражена спрага

В'язість, сонливість, адинамія

Кома, судоми, непритомність

T* тіла Висока - до 39-40°C Субфебрильна Тенденція догіпотермії

Шкіра Тепла, еластичність збережена

Холодна, суха, знижена еластичність

Холодна з ціанотичним відтінком, втрата еластичності

Слизові оболонки Сухі, яскраво гіперемовані Сухісклери, рогівка мутна

Вкриті чистим слизом

М'язи Без змін Гіпотонус М'язові посмикування, судоми

Артеріальний тиск Залишається нормальним або дещо підвищений

Знижується Різко знижений

Дихання Гіпервентиляція. Раптова зупинка дихання

Без змін Дихання послаблене, в легенях вологі хрипи

Травна система Випорожнення часті, рідкі, 10-20 разів на добу , блювання понад 10 разів

Відсутність апетиту, блювання безперервне, стул містить тільки слиз

Блювання типу кавової гущі, випорожнення водянисті, парез кишечника

Діурез Нормальний Олігурія Анурія

Згущення крові - Незначне Різко виражене

Питома вага сечі Поступово підвищується до 1025-1035

Нормальна Знижена, 1010 і нижче

Аналіз клінічних проявів і результатів лабораторних досліджень у хворих на токсичну диспепсію вказує на тяжкість стану пацієнта і вимагає рішення про термінову госпіталізацію.

Якщо у дитини токсико-ексикоз I ступеня тяжкості, її необхідно госпіталізувати в діагностичне відділення соматичного дитячого стаціонару або дитячу інфекційну лікарню, а якщо II і III ступенів - в реанімаційне відділення. У лікарні медична сестра разом з батьками дитини формулює наявні та потенційні проблеми, складає план сестринського догляду.

План сестринського догляду.

Проблема: зригування, блювання 10 разів на добу і більше, рідкі випорожнення, 10-20 р/ добу.

Причина: токсична диспепсія. Розвиток синдромів: ентероколітного токсикозу і ексикозу.

Очікуваний результат: нормалізувати стан дитини, діяльність травної системи, досягти нормалізації кривої наростання маси тіла.

Дії медсестри:

1. Госпіталізація та лікування в стаціонарних умовах.
- 2.Промити шлунок 1-2% розчином гідрокарбонату натрію, або фіз. розчином натрію хлориду.
3. Поставити очисну клізму, після неї – лікувальну.
4. Проведення оральної регідратації збалансованими глюкозо-сольовими розчинами(іоніка,

ОРС біогая, гастроліт, електроліт хумана ,5% розчин глюкози, дитячі чаї, розчин Рінгера, ізотонічний розчин, регідрон, каротинову суміш, відвар яблук, сухофруктів, родзинок, рису) з дозованим годуванням.

Розрахувати добову кількість рідини, що залежить від ступеня зневоднення дитини і становить: I ступінь ексикозу - 140-150 мл на 1 кг маси тіла, II ступінь ексикозу - 150-170 мл на 1 кг маси тіла, III ступінь ексикозу - 170-200мл на 1 кг маси тіла.

- 5.За призначенням лікаря забезпечити в/венне введення 50-80% рідини від розрахункової добової потреби у разі зневоднення дитини. Решту рідини дати у вигляді пиття(див п.4).

6. Інфузійна терапія. Медична сестра стежить за витіканням рідини і станом катетера у вені, а також за флаконами. Регулює частоту крапель в/в вливання - 15-30 за 1 хв(що відповідає введеному 50-100 мл/год).

7. На фоні оральної регідратації проводити дозоване годування зцідженним грудним молоком або адаптованими сумішами кожні 2 год, 8-10 разів на добу.

Після того, як стан дитини поліпшиться, прикладання до грудей подовжують, а кількість сумішей у разі штучного вигодовування збільшують до 20-30 мл на кожне із 7-8 годувань.

Принцип розширення дієти такий самий, як і для хворих на просту диспепсію, але розширюють дієту поступово, обережно, повертаючись до нормального годування через 2-5 днів.

8. Антибіотикотерапія. Перорально дають препарати, які діють на грамнегативну мікрофлору (азитроміцин, цефалоспорини). За наявності тяжкого стану , або неспинного блювання антибіотики вводять внутрішньовенно.

9. Допоміжна терапія(еубіотики , сорбенти, симетикон).

10. При блюванні :осетрон, юнорм, ріабал, домрид.

11. Сухе тепло на живіт.

12. Стежити за T*тіла дитини. Якщо температура приміщення 23-24°C дитину слід зігріти.

13. Змінювати положення дитини в ліжечку.

14. Доглядати за шкірою, особливо в пахвових ділянках і на сідницях. Після підмивання шкіру на цих ділянках обробляти лікувальними оліями (обліпихи, шипшини).

15. Стежити за чистотою білизни дитини.

16. Зважувати дитину перед годуванням, а також перед і після в/в введення рідини.

17. Стежити за частотою блювання, випорожнень. Описувати характер випорожнень: колір, запах, консистенцію, патологічні домішки.

Профілактика ГРТ.

У профілактиці гострих розладів травлення та живлення вирішальна роль належить раціональному вигодовуванню дитини.

Завдання медичних працівників полягає у пропаганді природного вигодовування, роз'ясненні кожній матері переваг годування груддю і його

позитивного впливу на психоемоціональний розвиток дитини. Велике значення має боротьба з гіпогалактією. Якщо немає материнського молока і не можна забезпечити дитину донорським грудним молоком, застосовують адаптовані молочні суміші. Своєчасне введення ягідно-фруктових пюре, овочевого прикорму забезпечує організм дитини вітамінами і мікроелементами. Необхідно дотримуватися режиму годування, який є основою утворення харчового стереотипу. Профілактика диспепсії включає забезпечення правильного догляду, режиму сну і неспання, загартовування, запобігання контактам з інфекційними хворими, боротьбу з рахітом, анемією.

Парентеральна диспепсія - гострий розлад травлення -це порушення роботи ШКТ, яке виникає при захворюваннях інших органів та систем, як прояв інтоксикації. Специфічного лікування не потребує. Призначається симптоматична терапія.

Дискінезія травного каналу у дітей перших місяців життя.

У новонароджених і дітей першого року життя блювання спостерігається досить часто і зумовлюється захворюваннями травного каналу, мозкових оболонок, нирок, вух та інших органів і систем. Причиною зригування, рідше блювання, можуть бути аерофагія (заковтування повітря під час годування), ізольований спазм кардіальної частини шлунка.

Звичне блювання у грудних дітей пояснюється морфологічною і функціональною незрілістю нервово-м'язових структур травного каналу.

Пілороспазм зумовлений сильнішим розвитком м'язів та інервації пілоричної частини шлунка у дітей перших місяців життя. Він характеризується блюванням, що виникає з перших днів життя через 10-20 хв після годування. Блювання часте, але в невеликій кількості, що менша, ніж об'єм одного годування. Характерні світлі проміжки, коли блювання немає іноді протягом 1-2-3 днів. Спостерігаються періодичний неспокій дитини, закріп, сплюснення кривої маси тіла. Пілороспазм є функціональним станом, виліковується самостійно у віці 4-5 міс.

Його лікування полягає в суворому дотриманні режиму годування груддю, призначенні перед годуванням 1-2 порційних ложок антирефлюксної суміші. Густа їжа зменшує перистальтику шлунка, нормалізує його тонус. Показані збагачення дієти матері вітамінами групи В.

Застосовують медикаменти, які нормалізують перистальтику та тонус ШКТ - ріабал, домрид, юнорм; у більш складних випадках осетрон, чи метоклопрамід.

Пілоростеноз є однією з найчастіших вад розвитку травного каналу на першому році життя, зустрічається переважно у хлопчиків. Через потовщення м'язового шару воротаря і звуження просвіту значно утруднюється проходження їжі з шлунка в кишки. Їжа затримується в шлунку, змішується з тією, що надходить при другому годуванні. Блювотні маси викидаються фонтаном, кількість їх перевищує об'єм одноразового годування. Втрачаються рідина, соляна кислота, калій. Розвиваються зневоднення, виснаження.

Починається захворювання найчастіше на 3-4 -му тижні життя. Повторне щоденне блювання призводить до зниження маси тіла. Шкіра стає блідою, сухою, зморшкуватою.

Підшкірний шар зникає спочатку на тулубі, пізніше на кінцівках і обличчі.

Під час огляду живота спостерігається перистальтика шлунка (піщаний годинник). При пальпації можна пропальпувати потовщений воротар.

Диференціально-діагностичні ознаки пілоростенозу і пілороспазму.

Пілоростеноз Пілороспазм

Блювання з дво-трижневого віку Блювання з моменту народження

Блювання рідше Блювання часте

Частота блювання постійніша Частота блювання коливається щодня

Блювання великою кількістю, фонтаном Блювання невеликою кількістю

Кількість блювотних мас більша, ніж висмоктаного молока

Кількість молока, видаленого під час блювання, менша, ніж висмоктаного

Майже завжди стійкий закреп Закреп, але іноді самостійні випорожнення

Кількість сечовипускань різко зменшена (близько 6)

Кількість сечовипускань зменшена (близько 10)

Різка блідість шкіри Шкіра звичайного кольору або дещо бліда

Видно перистальтику шлунка, часто у вигляді піщового годинника

Перистальтику шлунка видно рідко

Дитина спокійна Дитина криклива

Різке зниження маси тіла Маса тіла не змінюється або знижується помірно

Маса тіла менша, ніж при народженні Маса тіла більша, ніж при народженні

Діагноз пілоростенозу підтверджується під час рентгенографії травного каналу затримкою барієвої суміші в шлунку протягом доби і більше та УЗД шлунку-гіпертонус та потовщення воротаря. Лікування пілоростенозу оперативне і передбачає поздовжнє розсікання серозно-м'язового шару воротаря.

ХРОНІЧНІ РОЗЛАДИ ЖИВЛЕННЯ

Хронічні розлади живлення- стани, що призводять до порушення гармонійного розвитку дитини.

За класифікацією Г.Н.Сперанського, виділяють такі хронічні розлади живлення:

1. Гіпотрофія - зниження маси тіла відносно довжини тіла.
2. Паратрофія - збільшення маси тіла
3. Гіпостатура - пропорційне зменшення маси і довжини тіла.
4. Полігіповітаміноз

Найчастіше зустрічається гіпотрофія.

ГІПОТРОФІЯ - хронічний розлад живлення у дітей раннього віку, головною ознакою якого є зупинка або сповільнення наростання маси тіла дитини, при цьому може спостерігатися порушення пропорцій тіла, функцій травлення, обміну речовин, зниження імунітету, затримка фізичного і нервово-психічного розвитку.

Гіпотрофія є поширеною патологією. Трапляється ця патологія в різних регіонах з частотою від 7 до 30%, що залежить від культури населення, економічного стану регіону, медичного обслуговування на професійному рівні. Гіпотрофія важкого ступеня спостерігається з частотою від 0,5 до 2 %. Гіпотрофія середнього ступеня тяжкості має перебіг з порушенням формування центральної нервової системи, ендокринного апарату, органів, які відповідають за імунітет. Діти мають дефекти в фізичному і нервово-психічному розвитку, частіше хворіють на інфекційні захворювання. На тлі гіпотрофії визначається тяжкий перебіг соматичної патології, в подальшому у таких дітей часто спостерігають хронічну патологію ШКТ.

Гіпотрофія підвищує загальну захворюваність, знижує імунітет, є чинником високого ризику.

Чинники, які призводять до гіпотрофії, є аліментарні:

- кількісні або якісні порушення в харчуванні;

- нестача одного або декількох нутрієнтів у харчуванні призводить до порушень розвитку і росту організму, зумовлює гіпотрофію;
- у разі природного вигодовування гіпотрофія розвивається внаслідок гіпогалакції матері, пізнього прикладання дитини до грудей (патологія новонароджених);
- у разі штучного вигодовування гіпотрофія розвивається через порушення принципу кореляції харчування (їжа неповноцінна і незбалансована, неадаптована годування), неуважне ставлення до перших проявів клініки гіпотрофії, від відсутності контролю за отриманням молочних сумішей, за фізичним розвитком дитини;
- розлад харчування у разі вигодовування молоком спостерігається незалежно від видів вигодовування і пояснюється відсутністю прикормів, овочів, фруктів, вітамінів в 2-му півріччі життя дитини - це призводить до надлишку білків, жирів і нестачі вуглеводів, вітамінів, мінеральних солей.

Чинниками стабільної гіпотрофії тяжкого ступеня, крім аліментарних, можуть стати спадкові ферментопатії і природжені аномалії розвитку, що потребує спеціального індивідуального лікування або хірургічного втручання. Питома вага ферментопатій серед причин гіпотрофії в останні роки збільшується.

До чинників, які сприяють розвиткові гіпотрофії, належать:

- анатомо-фізіологічні особливості дитячого організму, які зумовлюють високу потребу у значній енергетичній цінності їжі, з одного боку, і низькі можливості травного каналу щодо перетравлювання, засвоєння їжі - з іншого;
- гіпоферментопатії на рівні травного каналу (целиакія, гіполактазія), або на рівні клітин організму (галактоземія, фенілкетонурія, глікогенози);
- природжені вади розвитку органів і систем;
- зміни всіх видів обміну речовин;
- зниження активності ферментів на всіх рівнях;
- зниження імунітету;
- часті прояви гострих розладів травлення;
- дисбактеріоз травного тракту;
- ГРВІ та інші інфекційні захворювання;
- дефекти догляду - знижена увага до немовляти, вияв негативних емоцій, порушення режиму дня, гігієни, гіподинамія;

- захворювання жінки під час вагітності, токсикози вагітності, патологія плаценти;

- алкоголізм, паління матері, стресові ситуації в сім'ї, вплив професійних шкідливостей під час вагітності і в період лактації.

Класифікація.

За походженням:

1. Перинатальна : а) внутрішньоутробна; б) перший тиждень життя дитини.

2. Постнатальна: а) аліментарні чинники; б) інфекційні чинники; в) порушення режиму, догляду; г) спадкова патологія; д) природжені вади розвитку.

За ступенем важкості:

1. I (легка).

2. II (середньої важкості).

3. III (важка).

За перебігом:

1. Початковий період.

2. Період прогресування.

3. Період стабілізації.

4. Період реконвалесценції.

Клінічні прояви.

Гіпотрофія I ступеня діагностується тільки під час огляду і обстеження дитини. Загальний стан її залишається задовільним і батьки не звертають уваги на незначні прояви хвороби.

Під час обстеження відзначають такі симптоми:

- загальний стан залишається задовільним;

- з боку нервової системи спостерігаються збудження, неспокій, поганий сон;

- апетит збережений або підвищений проявляється жадібністю до їжі;

- шкіра гладенька, еластична, бліда;

- тургор тканин знижений;

- підшкірножирова клітковина відсутня на животі, шкірна складка на рівні пупка-0,8-1 см;

- внутрішні органи і фізіологічні відправлення в нормі;
- може спостерігатися схильність до закрепу (“гоłodні” випорожнення);
- дефіцит маси тіла 11-20% від вікової норми , крива збільшення маси тіла ущільнена;
- зріст відстає від маси тіла;
- секреція травних ферментів помірно знижена;
- диспротеїнемія;
- імунітет без змін.

Гіпотрофія II ступеня характеризується вираженими змінами всіх органів і систем.

Під час обстеження діагностують такі симптоми:

- зниження емоційного тону, активності дитини, адинамія, затримка розвитку психомоторних функцій і мови;
- апетит знижений;
- шкіра бліда, суха, спостерігають її лущення;
- тургор і еластичність тканин значно знижені;
- підшкірна жирова клітковина збережена на обличчі, але чітко зменшена або відсутня на животі і кінцівках, шкірна складка на рівні пупка - 0,4-0,5 см;
- волосся тьмяне, рідке;
- змінюється характер випорожнень, вони стають мізерними, знебарвленими, з грудочками й гнильним запахом або чисті, рідкі, зеленого забарвлення із великою кількістю слизу, неперетравленої клітковини;
- у більшості дітей в цей час діагностується дисбіоз. Сеча має аміачний запах. У разі молочного розладу травлення наявні гнильні смердючі крихтоподібні випорожнення з лужною реакцією;
- дефіцит маси тіла становить 21-30% від вікової норми. Крива збільшення маси стає неправильного типу;
- зріст менше вікової норми на 2-4 см;
- секреція травних ферментів знижена, відзначають поліферментопатію;
- зміни з боку внутрішніх органів: коливання температури тіла на 1 0C протягом доби, постійно холодні кінцівки, аритмічне дихання, тахіпноє, тони серця глухі, схильність до тахікардії і гіпотонії, збільшена печінка;

- толерантність до їжі знижена, у разі насильного годування виникає блювання;
- гіпохромна анемія, значна диспротеїнемія;
- імунітет знижений, часті інфекційні захворювання, які ускладнюються отитом, пневмонією, пієлонефритом, перебіг таких захворювань малосимптомний;
- порушується білковий, жировий, вуглеводний, водно-електролітний і вітамінний обмін.

Гіпотрофія III ступеня (атрофія) - крайній ступінь виснаження дітей раннього віку.

Діагностують такі симптоми:

- значне порушення загального стану дитини;
 - з боку нервової системи різке гальмування; спостерігають сонливість, дратливість, відсутність реакції на оточуюче середовище, негативізм, втрата вже набутих навичок і вмій;
 - повна анорексія;
 - шкіра бліда, сіруватого кольору, інколи багрово-синя, суха, лущиться, з ділянками пігментації, на обличчі, шиї та сідницях звисає складками, еластичність втрачена, складки не розправляються;
 - тургор тканин повністю втрачений, м'язовий тонус знижений, інколи гіпертонус;
 - слизові оболонки ротової порожнини, кон'юнктива ока сухі, яскраві, в кутах рота тріщини;
 - підшкірна жирова клітковина відсутня на тілі, кінцівках і на обличчі (відсутність грудочок Біша), складка шкіри на рівні пупка - до 0,2 см;
 - дефіцит маси тіла понад 31%;
 - зріст відстає на 4 см і більше від вікової норми ;
 - затримка психомоторного розвитку;
- Розлади з боку внутрішніх органів і систем:
- дихання поверхневе, спостерігається апное;
 - тони серця глухі, схильність до брадикардії, гіпотонії;

- живіт збільшений у розмірах (метеоризм), через стоншену передню стінку видно петлі кишок;
- печінка і селезінка збільшені;
- закреп чергується з рідкими випорожненнями;
- процеси гідролізу і всмоктування різко знижені внаслідок атрофії слизової оболонки кишок;
- виявляється дисбактеріоз II-III ступеня;
- згущення крові;
- олігурія;
- гіпотермія до 32-34^oC, кінцівки завжди холодні;
- гіпоглікемія;
- імунологічний гомеостаз функції нервової і ендокринної систем згасають, розлад обміну речовин;

Перехід від життя до смерті непомітний, дитина, як свічка, що згорає.

У новонародженого можна діагностувати пренатальну гіпотрофію, яка розвивається як наслідок затримки внутрішньоутробного розвитку.

Особливості клінічних проявів пренатальної гіпотрофії:

- шкіра суха, лущиться, складки звисають, тургор та еластичність знижені, тонка підшкірна жирова основа;
- гіпотонія;
- знижені фізіологічні рефлекси;
- порушення терморегуляції;
- апетит знижений, зригування;
- гіпоглікемія;
- погано загоюється пупкова ранка;
- тривала фізіологічна жовтяниця;
- дефіцит маси тіла при народженні 11-20% - I ст., 21-30% - II ст., понад 31% - III ст.

У разі помітного відставання в розвитку плода в II триместрі вагітності діти народжуються з дефіцитом маси тіла, зросту і обхвату голови, зовні нагадують недоношену дитину.

ПАРАТРОФІЯ. ГІПОСТАТУРА.

Паратрофія - стан, за якого відзначають підвищення маси тіла.

Гіпостатура - пропорційне зменшення маси і довжини тіла.

Клінічні прояви.

Паратрофія розвивається на тлі перегодовування грудним молоком, адаптованими сумішами, солодкими соками, однобічного вуглеводного годування з надмірною кількістю в раціоні каш.

Чинники, що сприяють розвитку паратрофії є такі: алергійний діатез, гіпо- і адинамія дитини. Прояви паратрофії нагадують прояви гіпотрофії, а саме:

- зниження активності дитини, адинамія, млявість, гіпотонус;
- шкіра бліда, пастозна, еластичність знижена;
- тургор тканин знижений на тлі доброго розвитку підшкірної жирової клітковини;
- клітковина розподілена нерівномірно - більше виражена на животі і стегнах;
- порушення білкового, водно-сольового, вітамінного обміну, зсув рН крові в бік ацидозу;
- часті захворювання на ГРВІ, отит, пневмонію, інфекції сечовивідних шляхів;
- толерантність до їжі знижена;
- випорожнення рідкі, піняться, мають кислий запах.

Нині спостерігають збільшення кількості дітей з паратрофією - до 10-20%.

Гіпостатуру спостерігають після народження дитини на тлі гіпотрофії II-III ступеня. характеризується такими **симптомами**:

- блідістю, сухістю шкіри;
- нормальним тургором тканин;
- розладами з боку центральної нервової системи і внутрішніх органів;
- ознаками порушення обміну речовин з наявністю ацидозу;
- зниженням імунітету;
- досить стійким ураженням регуляторних механізмів нервової і ендокринної систем;
- пропорційним відставанням дитини в рості й масі тіла.

Гіпостатура зустрічається у дітей з природженими вадами серця, дихальної системи, мозку, ендокринної системи, енцефалопатіями. Вона погано коригується і лікується.

За відсутності гіпотрофії гіпостатура може бути варіантом норми.

Оцінка стану дитини медичною сестрою базується на спостереженні за клінічними проявами: поступове зникнення або зменшення підшкірної жирової клітковини на животі, кінцівках, обличчі; відставання маси тіла від його довжини; зниження толерантності до їжі; схильність до інфекційних захворювань. Оцінюючи стан дитини, враховують час виникнення клінічних симптомів відносно часу народження, причину розвитку цих симптомів і ступінь тяжкості гіпотрофії. За наявності гіпотрофії потрібно своєчасно діагностувати анемію, гіпоглікемію, диспротеїнемію за допомогою лабораторних аналізів. Аналіз виявлених симптомів хронічного розладу харчування дозволяє медичній сестрі разом із батьками дитини сформулювати наявні та потенційні проблеми і скласти план сестринського догляду.

План сестринського догляду.

Проблема: дитина не витримує перерви між годуваннями і нічної перерви.

Причина: постанатальна, аліментарна гіпотрофія I ступеня. Гіпогалактія матері.

Очікуваний результат:

1. Перевести дитину на змішане годування(ввести догодовування).
2. Контролювати приріст маси тіла щотижня.
3. Забезпечити нормальний фізіологічний розвиток дитини.

Дії медсестри:

1. Провести контрольне зважування. Встановити, скільки грудного молока отримує дитина і скільки молока бракує до разової потреби в ньому.
2. Призначити догодовування дитини після споживання грудного молока.
3. Догодовувати дитину АС у кількості, що розрахована після контрольного зважування.
4. Забезпечити сім'ю дитячими лотковими вагами для визначення висмоктаного молока (лактація у жінки змінюється протягом доби), щоб правильно призначати догодовування.

5. З'ясувати толерантність дитини до їжі 1-3 дні. Добову потребу вводити поступово: 1-й день – 1/2-1/3 добової потреби, 2-й день – 2/3-4/5 добової потреби, 3-й день - повна добова потреба.

6. Кількість V їжі, якої не вистачає, компенсувати рідиною: овочевими, фруктовими відварами, рисовим відваром, 5% розчином глюкози.

7. Корекцію харчування проводити на відповідну масу тіла. Якщо в раціоні наявний дефіцит того чи іншого інгредієнта, то необхідно коригувати їжу додаванням білка (сир, жовток курячого яйця, білковий енпіт), жиру (жировий енпіт, рослинна олія, вершки), вуглеводів (овочі, фрукти, каші, рафіновані вуглеводи).

8. Для поліпшення процесів травлення перорально давати еубіотики, ферменти.

9. Чітко дотримуватися режиму дня.

10. Налагодити догляд за дитиною, створити сприятливе емоційне середовище.

11. Проводити масаж, гімнастику.

12. З метою стимуляції процесів обміну призначити лікувальні хвойні ванни (10 ванн) і сеанси УФО (7-10 сеансів). Загартовування дитини, оберігання від інфекційних захворювань, своєчасне лікування хвороб запобігають розвитку гіпотрофії. Особливої уваги потребують недоношені, діти з двійнят, діти, що перебувають на штучному вигодовуванні, хворіють на рахіт, анемію. Важливу роль відіграє підтримання доброго емоціонального тону дитини. Для цього потрібно ласкаво спілкуватися з нею, давати дитині яскраві кольорові іграшки

«Захворювання органів травного каналу у дітей старшого віку. (Гострий гастрит, хронічний гастрит, виразкова хвороба, дуоденіт.) Гельмінтози. Стоматити. Захворювання печінки і жовчних шляхів.»

План лекції. 1) Частота і поширення хвороб органів травлення. 2) Захворювання ротової порожнини, причини, прояви, лікування, профілактика. 3) Захворювання шлунку. Поняття про гастрит, гастроентерит, виразкову хворобу. 4) Захворювання печінки та жовчовивідних шляхів. Поняття про дискінезію жовчовивідних шляхів. 5) Гельмінтози, поширення, основні види гельмінтозів, клініка, діагностика, методи лікування. 6) Сан-освітня робота серед дітей і батьків. 7) Роль медсестри у профілактиці захворювань органів травлення.

СТОМАТИТ

Стоматит - запальне захворювання слизової оболонки ротової порожнини. Захворювання часто зустрічається у дітей грудного та раннього віку, що пояснюється віковими та морфологічними особливостями слизової оболонки рота.

Головні чинники.

У розвитку стоматиту у дітей раннього віку значне місце відводиться бактеріальному чиннику.

Збудниками захворювання є: стрептокок, стафілокок, віруси, гриби (*Candida albicans*). Стоматит може бути одним із ускладнень антибіотикотерапії.

Чинники, що сприяють розвитку стоматиту: - зниження опірності організму після інфекційного захворювання; - дистрофія; - недоношеність.

Класифікація.

Залежно від ступеня ураження слизової оболонки: 1. катаральний; 2. афтозний; 3. виразково-некротичний.

Залежно від чинника, що призводить до розвитку стоматиту: 1. бактеріальний; 2. вірусний; 3. грибковий; 4. медикаментозний.

Клінічні симптоми.

Катаральний (бактеріальний) стоматит характеризується: 1) змінами загального стану організму дитини: - підвищення температури тіла до 37-37,50С; - зниження апетиту; - порушення сну; - дратливість; - відмова від їжі (болісність під час смоктання); - збільшення підщелепних лімфовузлів. 2) місцевими ознаками запалення слизової оболонки ротової порожнини: - гіперемія та набряклість слизової оболонки, особливо ясен; - болісність її; - обкладений язик; - сухість губ; 3) - поява тріщин у кутах рота.

Афтозний (або вірусний, герпетичний) стоматит характеризується: 1) змінами загального стану дитини: - лихоманка, температура тіла 39-400С; - загальна слабкість; - зниження апетиту; - порушення сну; - дратливість; - збільшення підщелепних і шийних лімфовузлів. 2) місцевими ознаками запалення: - гіперемія та набряклість слизової оболонки; - поява на змінній слизовій оболонці афт - ерозій діаметром 1-5 мм, круглої або овальної форми, вкритих жовтувато-сірим нальотом, оточених червоним обідком; - болісність під час жування; - обкладений язик; - сухість губ; - тріщини в кутах рота.

Виразково-некротичний стоматит виникає як наслідок прогресування катарального або афтозного стоматиту. Запалення охоплює всі шари тканин щоби і характеризується: 1) загальним порушенням стану: - дуже важкий стан

дитини, температура тіла 39-400С і практично не знижується під дією жарознижувальних препаратів; - відсутній апетит; - дитина млява, в контакт з оточуючими вступає погано; 2) місцевими ознаками: - гіперемія та набряклість слизової оболонки; - 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 біло-сірим нальотом; - болісність під час жування; - обкладений язик; - сухість губ.

Медикаментозний стоматит виникає на 3-4-ту добу або після лікування антибіотиками. Він починається подібно до афтозного. 1) Порушується загальний стан: - підвищення температури тіла до 39-400С; - порушення апетиту; - порушення сну; - дратливість; - болісність у ротовій порожнині; - збільшення підщелепних лімфовузлів. 2) місцеві зміни: - гіперемія та набряклість слизової оболонки ротової порожнини; - поява пухирців на слизовій оболонці, які лопаються і лишають по собі ерозії. Ерозії поступово вкриваються нальотом сірого кольору; - болісність; - неприємний запах із рота.

Кандидозний стоматит (пліснявка): виникає внаслідок патогенної дії дріжджоподібних грибів роду *Candida*, які діти можуть отримувати за таких умов: 3б - слабкокисло середовище в порожнині рота дітей 1-го місяця життя; - недоношеність; - дистрофія; - зниження опірності організму дитини іншими захворюваннями, особливо якщо їх перебіг супроводжується явищами ацидозу.

Кандидозний стоматит характеризується: 1) змінами з боку загального стану: - температура тіла підвищується незначно - до 37-37,50С; - відмова від їжі через болісність під час смоктання; 2) місцеві ознаки: - гіперемія та набряк слизової оболонки; - сухість її; - язик яскраво-червоний; - поява на слизовій оболонці біло-сірої крапкової висипки, елементи якої розміром з макове зернятко поступово збільшуються і можуть зливатися; - спочатку наліт важко зняти, пізніше він знімається легко, натомість залишається ділянка гіперемії; - наліт поширюється поступово з язика на слизову оболонку ротової порожнини; - попри значну висипку запаху з рота немає.

Оцінка стану. Медична сестра оцінює стан на основі клінічних проявів. Враховуючи отримані дані, вона проводить первинну оцінку стану пацієнта, разом з батьками формулює проблеми щодо догляду за хворою дитиною. План сестринського догляду. Проблема: біль під час жування. Причина: виникає внаслідок запалення слизової оболонки рота.

Очікуваний результат: зняти запалення, відновити жування без болю. Дії медсестри: 1. Їжа повинна бути хімічно, термічно та фізично щадною, багатою на вітаміни. 2. Оброблення ротової порожнини у дітей з стоматитом холісалом, дентолом. 3. Дітям із кандидозним стоматитом ротову порожнину обробити: а) розчином кандиду 1% б) 2% розчином натрію гідрокарбонату; в) розчином ціанокобаламіну з ністатином. г) для покращення епітелізації – холісал (знеболюючий, протизапальний, ранозагоюючий ефект) , чи дентол Слизову оболонку змащують олією шипшини 3-4 рази на добу, обліпиховою олією, олійним розчином ретинолу ацетату 3-4 рази на добу. Проблема: відмова від груді. Причина: болісність слизової оболонки. Очікуваний результат: зняти біль, відновити ссання.

Дії медсестри: 1. Щадний режим годування. 2. Годувати зцідженим молоком або сумішшю з ложечки. 3. Обробка слизової оболонки ротової порожнини лікувальними розчинами 3-4 рази на добу. 4. Усі предмети догляду (посуд, соски, пляшечки) кип'ятити 15 хв з моменту закипання.

ГАСТРИТ - запалення слизової оболонки шлунка.

ГОСТРИЙ ГАСТРИТ: гостре запалення слизової оболонки шлунка.

Причини: огріхи в дієті, отруєння хімічними речовинами, приймання деяких лікарських засобів (ацетилсаліцилової кислоти, цитостатиків), інфекційні захворювання (кір, грип), наявність гелікобактер пілери, інфекційні чинники (стафілокок, сальмонела, кишкова паличка).

Клініка: Початок гострий, через кілька годин після приймання їжі виникає відчуття важкості в ямці під грудьми, з'являється нудота, блювання, біль в животі. З'являється головний біль, слабкість, млявість. Язик сухий, з білувато-сірим нальотом. Апетит знижений. Випорожнення нестійкі. Температура тіла субфебрильна, рідше - висока. Іноді наявні тахікардія, глухість серцевих тонів.

Діагностика: 1) анамнез; 2) клініка; 3) лабораторні аналізи: бактеріологічне та мікроскопічне дослідження калу, промивних вод шлунка.

Лікування: 1) промивають шлунок 1% розчином натрію гідрокарбонату, перевареною водою або ізотонічним розчином натрію хлориду через зонд; 2) роблять очисну клізму; 3) дитину вкладають у ліжку, зігрівають, призначають водно-чайну паузу, щадну дієту; 4) за наявності симптомів зневоднення та інтоксикації внутрішньовенно краплинно вводять глюкозосольові розчини, кровозамінники; 5) симптоматична терапія: у разі метеоризму – карболен, емекта, ентеросгель, атоксил, для запобігання дисбактеріозу - біфідумбактерин, лактобактерин, біо гая, према.

ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ- це дифузний або вогнищевий запальний процес слизової оболонки шлунка, який супроводжується порушенням фізіологічної регенерації епітелію з поступовим розвитком атрофії слизової оболонки. Форма захворювання, глибина та поширення патоморфологічних змін слизової оболонки шлунка визначають клінічні прояви та характер порушення секреторної, моторної та евакуаторної функцій шлунка. Хронічний гастрит зустрічається переважно у школярів: у дівчаток частіше, ніж у хлопчиків. Діти до 3 років майже не хворіють. Прогноз захворювання у разі своєчасного і правильного лікування сприятливий, але у частини дітей захворювання поглиблюється та виникає виразкова хвороба шлунка. У зв'язку з цим дітям, хворим на хронічний гастрит, потрібно приділяти достатньо уваги.

Чинники. Головні чинники: 1. Мікроорганізм *Helicobacter pylori*, який виявляють у хворих на хронічний антральний гастрит (гастрит типу В). Шлях інфікування - пероральний. Це найпоширеніший тип гастриту. 2. Автоімунний процес (гастрит тип А). Локалізується переважно в зоні дна та тіла шлунка. 3. Хімічні речовини. Розвивається рефлюкс-гастрит при закиданні кишкового вмісту у шлунок.

Чинники, що сприяють розвитку хронічного гастриту: 1. Розлади харчування - неповноцінна, суха, груба, гірка, солонка, кисла, концентрована їжі; несистематичне харчування. Переїдання, вживання їжі поспіхом. Негативні емоції під час харчування, які пригнічують шлункову секрецію. Нервові та психічне перевантаження, що знижує апетит та затримує евакуацію їжі. 2. Мікроорганізми, що уражають слизову оболонку продуктами розпаду, або вплив гнійного мокротиння (за наявності вогнищ хронічної інфекції - хронічний риніт, синусит, бронхоектази). 3. Ураження вегетативної нервової системи у пубертатний період, які призводять до функціональних порушень діяльності шлунка. 4. Ураження слизової оболонки шлунка медикаментозними препаратами - кортикостероїдами, саліцилатами, сульфаніламидами, НПЗП.... 5. Вживання алкоголю, паління. 6. Ендокринні захворювання, хвороби обміну речовин. 7. Алергійні хвороби, особливо харчова алергія. 8. Тканинна гіпоксія. 9. Спадкова гіпохлоргідрія та слабка протекторна функція слизу.

Класифікація. За етіологічним чинником: 1. Автоімунний хронічний гастрит. 2. Бактеріальний гелікобактерасоційований хронічний гастрит. 3. Змішана форма з ознаками як автоімунного, так і гелікобактерасоційованого гастриту. 4. Хімічний гастрит - рефлюкс-гастрит. 5. Рідкісні форми - еозинофільний, лімфоцитарний, гранулематозний.

За поширеністю: 1. Поширений гастрит. 2. Вогнищевий - антральний, фундальний.

За характером морфологічних змін слизової оболонки шлунка: 1. Ендоскопічно-поверхневий. 2. Гіпертрофічний. 3. Ерозивний. 4. Геморагічний. 5. Субатрофічний (атрофічний). 6. Змішаний.

За характером шлункової секреції: 1. З підвищеною секрецією. 2. З нормальною секрецією. 3. Зі зниженою секрецією. За фазою перебігу: 1. Загострення. 2. Неповна ремісія. 3. Ремісія.

Клінічні прояви: на початку захворювання клініка пов'язана з поверхневими морфологічними змінами, підвищеними секрецією та моторикою. З поглибленням хвороби та ураженням залоз показники моторики та секреції знижуються, розвивається атрофія. Гелікобактерасоційований антральний гастрит: початок хвороби: 1) больовий синдром - провідний; біль у животі неінтенсивний, монотонний, стійкий, виникає та посилюється після споживання грубої їжі; 2) диспептичні явища не стійкі: виникають печія, нудота, кисле відригування, нестійкі випорожнення, іноді спрага; 3) астеновегетативні явища - головний біль, запаморочення, емоційна нестійкість, дратливість.

Розвиток хвороби: 1) больовий синдром стає більш постійним, відчуття важкості, дискомфорт в епігастрії; 2) диспепсичний синдром стає вираженішим - нудота, блювання з'їденою їжею, відригування тухлим або повітрям, зниження апетиту, послаблення випорожнень, здуття живота, бурчання; 3) астеновегетативні розлади - млявість, слабкість, швидка стомлюваність, головний біль; 4) під час обстеження: - огляд - блідість шкірних покривів; неприємний запах із рота, язик обкладений білим або жовтуватим нальотом; - пальпаторно - біль у пілородуоденальній зоні та епігастрії по середній лінії живота.

Автоімунний хронічний гастрит: локалізується на дні шлунка, характерні атрофічні зміни слизової оболонки. 1) больовий синдром - ниючий інтенсивний біль у животі після їди; 2) диспепсичні явища - нудота, блювання, відрижка тухлим, їжею та повітрям, діарея. Змішана форма хронічного гастриту: перебігає з ознаками як автоімунного, так і гелікобактерасоційованого гастриту. Характерні ураження дифузного характеру з атрофічними змінами слизової оболонки шлунка.

Хімічний гастрит: перебігає за типом хронічного антрального гастриту.

Оцінка стану: медична сестра оцінює за клінічними проявами хронічного гастриту, даними фіброгастроскопічного, гістологічного досліджень.

Рентгенологічне обстеження малоінформативне. На основі отриманих даних

медсестра разом із батьками дитини формулює проблеми і складає план сестринського догляду.

План сестринського догляду: Проблема: стійкий монотонний біль у животі, посилюється після споживання грубої їжі. Причина: запальний процес слизової оболонки шлунка. Очікуваний результат: ліквідувати запальний процес.

Дії медсестри: 1. Дієтичне харчування. Призначити механічно і фізично щадну дієту, їжу давати у вигляді пюре, невеликими порціями, 5-6 разів на день у теплому вигляді. 2. Паралельно з лікувальним харчуванням проводити вітамінотерапію. 3. Проводити курс препаратами, бактерицидними щодо *Helicobacter pylori*, протягом 4 тижнів, комбінуючи препарати де-нол, кларитроміцин, амоксицилін, метронідазол, нітрофуранові похідні. 4. Застосовувати препарати для поліпшення регенерації у слизовій оболонці шлунку. Проблема: зниження апетиту, відрижка тухлим. Причина: зниження кислотності у період загострення гастриту. Очікуваний результат:

нормалізувати кислотність шлунка. Дії медсестри: 1. Дієтичне харчування. Їжу давати малими порціями 5-6 разів на день у теплому вигляді. До складу дієти включити слизові супи з крєп, жирне молоко, вершки, вершкове масло, некруто зварені яйця, протертий сир, відварене м'ясо, рибу, пюре з фруктів і овочів, білий черствий хліб, сухий бісквіт - дієта №2. 2. Застосовувати фруктові та овочеві ввідвари, особливо сік білокачанної капусти - 50-100 мл на добу, або сік подорожника по 1 столовій ложці тричі на добу за 30 хв до їди. 3. Проводити заміну терапію препаратами: соляною кислотою, пепсином, пепсидилом, ацидин-пепсином або абоміном. Тривалість курсу 35-45 днів. 4. Застосовувати рослинні препарати, лікарські рослини, що стимулюють шлункову секрецію - плантаглюцид 1/2 - 1 чайну ложку гранул розчинити у 1/4 склянки води. Вживати 3 рази на день за 30 хв. до їди протягом 4 тижнів. 5. Паралельно проводити вітамінотерапію. 40

ВИРАЗКОВА ХВОРОБА ШЛУНКУ ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ.

Виразкова хвороба - хронічне рецидивне захворювання, що характеризується розвитком виразкового дефекту слизової оболонки шлунку або 12-палої кишки. На відміну від дорослих виразкова хвороба у дітей зустрічається однаково часто у хлопчиків і дівчаток. Поширеність виразкової хвороби досягає близько 1 випадку на 1000 дитячого населення. У більшості випадків виразковий процес має локалізацію у 12-палій кишці. До 20 років така локалізація виразки становить 4:1 до локалізації виразки в шлунку. Виразкову хворобу діагностують без наявності супутньої патології, а також з розвитком побічних захворювань: дуоденіт, хронічний гіпо- і гіперацидний гастрит, гастродуоденіт, ерозивний гастрит, холецистит, панкреатит. Чинники.

Головними чинниками агресії, що призводить до утворення виразки, є: - хлористоводнева кислота; - пепсин; - панкреатичні ферменти; - жовчні кислоти; - моторно-евакуаторні розлади у гастродуоденальній зоні. Реалізація дії чинників агресії відбувається тільки в разі порушення репаративної регенерації епітелію слизової оболонки шлунка або дванадцятипалої кишки. На порушення регенераторної функції впливають такі чинники: 1) вплив *Helicobacter pylori* на клітини епітелію з розвитком характерної запальної реакції; 2) розлад нервової та гуморальної регуляції діяльності шлунка та дванадцятипалої кишки. Для хворих з дуоденальною локалізацією характерні шлункова гіперсекреція, надмірна продукція хлористоводневої кислоти і пепсину, схильність до пілороспазму, застій агресивного шлункового вмісту у дванадцятипалій кишці. Для дітей з виразковою хворобою шлунка більш характерні рухові, секреторні, трофічні порушення у гастродуоденальній системі: гіпокінез і стаз харчового хімуса в антральному відділі, надмірне вивільнення гастрину, затримка агресивного середовища у шлунку, дуоденогастральний рефлюкс із закиданням у шлунок жовчних кислот і лізолецитину. Чинники, що сприяють розвитку виразкової хвороби: Серед них необхідно виділити фактор спадковості. Виразкову хворобу серед близьких родичів хворих дітей виявляють у 30-70% . Характерним є мультифакторне успадкування, що включає полігенний комплекс різних чинників. До цих чинників належать: - емоційне навантаження; - конфліктні ситуації в сім'ї, школі; - травми та захворювання ЦНС; - нерегулярне та нераціональне харчування з переважанням гострих страв, частим переїданням; - патологія інших відділів травної системи- холецистит, кишкові інфекції; - токсичний вплив вогнищ хронічної інфекції - тонзиліт, каріозні зуби. Обтяжена спадковість із середовищними чинниками є тлом, на якому реалізується несприятлива дія чинників агресії та адгезії. *Helicobacter pylori* на клітини епітелію, що призводить до утворення виразки. Класифікація (за А.В.Мазуріним). Клініко-ендоскопічні стадії: 1) свіжа виразка; 2) початок епітелізації виразки; 3) загоєння виразкового дефекту із збереженням дуоденіту; 4) клініко-ендоскопічна ремісія. 41 II, Фази: 1) загострення; 2) неповної клінічної ремісії; 3) клінічної ремісії. Локалізація: 1) шлунок; 2) дванадцятипала кишка - цибулина, постбульбарний відділ, подвійна локалізація. Форма: 1) неускладнена; 2) ускладнена - кровотеча, пенетрація, перфорація, стеноз пілоруса, перивісцерит. Функціональна характеристика (кислотність шлункового соку і моторика): 1) підвищені; 2) знижені; 3) нормальні. Супутні захворювання: 1) панкреатит; 2) гепатит; 3) коліт; 4) езофагіт; 5) холецистохолангіт. Клінічні прояви: Виразкова хвороба пілородуоденальної локалізації: найхарактернішим для цієї локалізації виразки є біль натще (голодний біль) та нічний, або пізній (через 2 год після

їди). Локалізується біль трохи вище і праворуч від пупка, має інтенсивний характер, відрізняється стійкістю та тривалістю. Біль триває 4-6 тижнів і змінюється ремісією. У разі наступних загострень характер болю зберігається. Крім болю у хворих дітей відзначають такі скарги: - печія (відчуття паління в епігастральній ділянці і за грудиною); - відригування після їди, яке іноді як наслідок фізичного навантаження. Частіше відрижка кислим, рідше повітрям або їжею, у разі гастродуоденального рефлюксу жовчі - гіркотою; - нудота найчастіше передуює блюванням і як самостійний симптом зустрічається рідко; - блювання за відсутності ускладнень виразкової хвороби виникає нечасто, виникає через 2- 2,5 год після їди. Блювання буває кислим шлунковим соком з домішками щойно з'їденої їжі; - апетит звичайно не знижується, у деяких хворих підвищений; - закріп; - емоційна нестійкість, дратливість; - розлад сну; - підвищена втомлюваність; Під час об'єктивного дослідження можна відзначити такі симптоми: - язик біля кореня обкладений білим або жовтуватим нальотом; - під час пальпації живота визначається виражена болісність у пілородуоденальній зоні та епігастральній ділянці. У цих зонах наявне помірно захисне напруження м'язів живота; - зміни дермографізму, пітливість; - схильність до брадикардії та зниження артеріального тиску. Виразкова хвороба шлунка: найчастіше для такої локалізації виразки є характерним ранній біль, що виникає або посилюється невдовзі після їди, з локалізацією в епігастральній ділянці. Біль супроводжується такими скаргами: - нудота, яка передуює нападу болю, має стійкий, регулярний характер, посилюється після їди; - часте блювання через 10-15 хв після їди; - кисла відрижка і печія зустрічаються рідко; 42 - характерним є відставання у масі тіла. Під час пальпації живота відзначають виражену болісність в епігастральній ділянці по середній лінії живота, рідше - у ділянці лівого підребер'я. Ускладнення виразкової хвороби шлунку та 12-палої кишки: - кровотеча -пенетрація -перфорація -малігнізація - стеноз воротаря Оцінка стану. Стан хворої дитини оцінюють на основі суб'єктивних та об'єктивних даних дослідження. Слід зауважити, що для виразкової хвороби провідним синдромом є больовий. Головним методом діагностики виразкової хвороби є фіброгастродуоденоскопія. Під час огляду визначають розмір виразкового дефекту, його форму. Ендоскопічне дослідження, проведене в динаміці, дозволяє робити висновки про ступінь загоєння виразкового дефекту, що є одним із критеріїв ефективності лікування. ФЕГДС дає можливість встановити супутні діагнози: гастрит, дуоденіт тощо. Рентгенологічно прямими ознаками виразкової хвороби є виразкова ніша із запальним валиком, рубцева деформація контурів шлунка або дванадцятипалої кишки. Для встановлення діагнозу і призначення адекватної терапії має значення виявлення у шлунковому соку, отриманому фракційним

методом, рівня хлористоводневої кислоти, пепсину, компонентів шлункового слизу, що дозволяє визначити співвідношення чинників агресії та захисту. Для виявлення *Helicobacter pylori* у слизовій оболонці антрального відділу шлунка та дванадцятипалої кишки застосовують різні методи дослідження: гістологічні, бактеріологічні, імуноферментні. Часто використовують експрес-метод - уреазний тест із середовищем Христенсена. Гістологічний, бактеріологічний та експрес-метод вимагають взяття 2-3 біоптатів зі слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки. Більш перспективним є імуноферментний метод, що ґрунтується на виявленні антитіл до *Helicobacter pylori* у сироватці крові хворої дитини. Під час спостереження за хворою дитиною виникає необхідність дослідження калу на приховану кров. На основі отриманих даних медична сестра разом із батьками дитини формулює проблеми пацієнта і складає план сестринського догляду. План сестринського догляду. Проблема: інтенсивний біль в епігастральній ділянці натще. Причина: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки. Виразковий дефект зумовлений агресією кислотнопептичного чинника. Очікуваний результат: загоєння виразкового дефекту. Нормалізація секреторної функції травної системи. Дії медсестри: 1. У період загострення проводять стаціонарне лікування протягом 4-6 тижнів. 2. У перші 2 тижні забезпечити ліжковий режим. 3. Застосувати максимально щадну дієту з обмеженням термічних, механічних, хімічних подразників - столи №1а, 1б, 1в. Змінювати столи через 5-7 днів з наступним переходом на дієту №1. Їжу призначати невеликими порціями 5-6 разів на добу. 4. Зняти емоційне напруження, застосовувати седативні препарати. 5. Використовувати антисекреторні препарати для нормалізації процесів нейрогуморальної регуляції травлення: інгібітори синтезу хлористоводневої кислоти, інгібітори пепсину, антациди, блокатори М-холінорецепторів, інактиватори гістаміну, слизоутворювальні препарати для захисту слизової оболонки. Тривалість застосування цих препаратів - 4-6 тижнів. 6. Для отримання бактерицидного ефекту застосовувати антимікробну терапію щодо *Helicobacter pylori*. Кращий бактерицидний ефект дає поєднання препаратів: де-нол або трибенол з антибіотиками та нітрофуранами. Курс лікування цими препаратами - 4 тижні. 7. Проводити репаративну терапію, спрямовану на рубцювання виразок: де-нол, делагіл, вентер. Найактивнішим є де-нол, що утворює на поверхні виразок та ерозій у слизовій оболонці нерозчинну білкововісмутову плівку. Препарат має лужні, антипептичні та бактерицидні властивості. Призначати його по 1-2 таблетки 3 рази на добу за 30 хв до їди. Курс - 4 тижні. Проблема: ниючий біль в епігастральній ділянці, який виникає або посилюється після їди. Причина: виразкова хвороба шлунка. Виразковий дефект, зумовлений *Helicobacter pylori* Очікуваний результат: загоєння виразкового дефекту. Дії медсестри: 1.

Проводити стаціонарне лікування з ліжковим режимом протягом 2 тиж, потім – напівліжковим до 4-6 тиж. 2. Застосовувати щадну дієту - столи № 1а, 1б, 1. Їжу давати дрібними, невеликими порціями 5-6 разів на добу. 3. Створити сприятливий емоційний мікроклімат під час перебування в стаціонарі, використовувати седативні препарати, проводити сеанси психотерапії. 4. Проводити антибактеріальну терапію. Бактерицидні властивості щодо *Helicobacter pylori* мають такі препарати: де-нол (по 1-2 таблетки 3 рази на добу за 30 хв до їди), трибенол (по 1-2 таблетки 3 рази на добу за 30 хв до їди), метронідазол (трихопол). 5. Використовувати препарати для активації репаративних процесів слизової оболонки шлунка: солкосерил, оксиферискорбон, метилурацил, обліпихову олію. 6. Використовувати слизоутворювальні препарати для захисту слизової оболонки шлунка. 7. Проводити сеанси фізіотерапії. Проблема: неспокій, порушення сну. Причина: виразкова хвороба. Очікуваний результат: зняти емоційне напруження. Лікувати виразкову хворобу. Дії медсестри: 1. Стаціонарне лікування протягом 6-8 тижнів. 2. Ліжковий режим перші 2 тижні, а потім - напівліжковий. 3. Створити сприятливий мікроклімат у палаті. 4. Використовувати седативні препарати, транквілізатори-екстракт валеріани, пустирніку. 5. За призначенням гастроентеролога проводити контроль прийому препаратів, що діють на секрецію шлунку. 6. Проводити сеанси психотерапії. Проблема: кисле відригування, печія. Причина: виразкова хвороба 12-палої кишки. Супутнє захворювання-гастрит із підвищеною секрецією шлунку. Очікуваний результат: нормалізувати секреторну функцію шлунка і дванадцятипалої кишки. Дії медсестри: 1. Застосовувати дієту № 1а, яка включає: слизові супи, овочеві відвари; вміст солі на добу 3-5 г, вершкове масло, 1-2 яйця на добу (омлет на парі), кисіль, рідке картопляне пюре, слизувата каша (гречана, манна), м'ясне суфле 1 раз на 2-3 дні. Вживання їжі 5-6 разів на добу. На 5-6-ту добу перейти на дієту № 1б, яка включає: слизові супи, протерті супи, рідку кашу, м'ясо у вигляді парових котлет, тефтелей, білі сухарі. На 10-11-ту добу перейти на дієту № 1, яка включає: хліб білий черствий, парове протерте м'ясо, докторську ковбасу, відварений язик, протерті та непротерті супи (гречані, рисові, манні), відварену та печену картоплю, компот, розведені солодкі соки. 2. Використовувати препарати антисекреторної дії: 1) інгібітори синтезу хлористоводневої кислоти - омепрол (омепразол); 2) блокатори H₂-рецепторів гістаміну: циметидин, ранітидин, ...; 3) селективний антихолінергічний препарат - гастроцепін, що гальмує секрецію; 4) інгібітори пепсину - амілопектин, амілосульфат, камілозид; 5) антациди - вікалін, вікаїр, альмагель або альмагель А, фосфалюгель, маалокс; 6) блокатори передачі імпульсів до М-холінорецепторів - атропін, платифілін; 7) інактиватори гістаміну -

метилметіонінсульфонію хлорид. 3. Використовувати слизоутворювальні препарати для захисту слизової оболонки шлунка - емпрастил, ріопрастил
Проблема: стійка нудота, блювання через 15 хв після їди. Причина: виразкова хвороба шлунка. Очікуваний результат: нормалізувати моторно-евакуаторну функцію травного апарату. Дії медсестри: 1. Застосовувати дієтотерапію. 2. Створити лагідний мікроклімат під час перебування дитини в стаціонарі. 44
3. Використовувати седативні та снодійні препарати. 4. Проводити сеанси психотерапії. 5. Застосовувати препарати, які нормалізують моторно-евакуаторну функцію шлунка і дванадцятипалої кишки - папаверину гідрохлорид, но-шпу, галідор, церукал.

ДИСКІНЕЗІЯ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ. Дискінезія жовчних шляхів - хвороба, що характеризується порушенням моторної та евакуаторної функцій жовчного міхура і жовчних шляхів. Ця форма захворювання становить близько 75% від усіх хвороб біліарної системи дитячого віку. Захворювання біліарної системи (холепатії) в дитячому віці мають низку особливостей: - різноманітність клінічних симптомів; - відсутність патогномонічних ознак хвороби; - наявність латентних та атипових форм. Холепатії зустрічаються з частотою 5-10% від усіх захворювань, які реєструються у дитячих поліклініках та стаціонарах. За класифікацією М.Я.Студенікіна, виділяють такі форми холепатій: 1) функціональна - дискінезії; 2) органічна - запальна; 3) обмінна - жовчнокам'яна хвороба; 4) паразитарна; 5) аномалії розвитку жовчного міхура та жовчних проток; 6) пухлина. Дискінезія жовчних шляхів спостерігається частіше у віці 6-10 років, у дівчаток її діагностують у 2 рази частіше, ніж у хлопчиків. Чинники. Головні чинники первинної дискінезії жовчних шляхів пов'язані з функціональними змінами жовчного міхура та сфінктерного апарату, що є наслідком нейрогуморальних порушень на тлі неврозу, алергії, ендокринопатії, інтоксикації, порушень ритму харчування. Чинники, що сприяють розвитку захворювання: - тривалі проміжки між споживанням їжі; - переїдання, вживання жирної, гострої, смаженої їжі; - гострі інфекції, особливо дизентерія, сальмонельоз, вірусний гепатит; - несприятливий емоційний клімат у сім'ї та школі; - спадковість; - алергійний діатез. Робота жовчовідвідних шляхів регулюється вегетативною нервовою системою. Якщо чинники впливають на перевантаження симпатичної нервової системи, то моторика міхура і проток пригнічується, виникає спазм сфінктерів. Якщо чинники впливають на перевантаження парасимпатичної системи, то спостерігають збудження моторики, гіпертонію жовчного міхура. Вторинна дискінезія виникає рефлекторно за типом вісцero-вісцеральних рефлексів на тлі захворювань травної системи - холециститу, гепатиту, гастриту, дуоденіту, виразкової хвороби, панкреатиту, ентероколіту.

Класифікація: 1. Дискінезія гіпертонічна - виникає спазм сфінктерів. 2. Дискінезія гіперкінетична - виникає гіпертонія жовчного міхура. 3. Дискінезія гіпотонічна - виникає недостатність сфінктерів. 4. Дискінезія гіпокінетична - виникає гіпотонія жовчного міхура. 5. Дискінезія атонічна. Клінічні прояви: Головним клінічним синдромом гіперкінетичної та гіпертонічної дискінезії є больовий. З'являються нетривалі напади болю з локалізацією в ділянці правого підребер'я або навколо пупка, іноді біль віддає в праве плече, праву лопатку. Діти скаржаться на інтенсивний переймистий біль та підвищення температури тіла. Під час больового нападу можуть виникати гіркота в роті, нудота і блювання. Під час пальпації живота відзначають болісність, яка максимально виражена в точці проекції жовчного міхура, а також незначну больову чутливість у ділянці правого підребер'я. Збільшення печінки та явища інтоксикації відсутні. Головним клінічним проявом гіпотонічної дискінезії є сповільнення моторики жовчного міхура, через що міхур буває збільшеним в об'ємі. За цієї форми дискінезії нерідко спостерігають спазм сфінктерного апарату, що проявляється тупим ниючим, постійним болем у ділянці правого підребер'я або навколо пупка. Діти скаржаться на загальну слабкість, втомлюваність, зниження апетиту, нудоту, гіркоту в роті; відчуття важкості, розпирання в правому підребер'ї. Під час пальпації живота відзначають болісність в проекції жовчного міхура. Пальпується збільшена, рухлива, еластичної консистенції печінка; її розміри зменшуються після застосування холекінетиків. У хворих із дискінезією жовчовідвідних шляхів розвиваються функціональні зміни з боку інших органів і систем - дихальної, серцево-судинної, нервової. Порушення травлення зумовлюють розвиток дисбактеріозу. Нерідко діти відстають у фізичному і статевому розвитку. Оцінка стану: Стан дітей з дискінезією жовчних шляхів оцінюють на основі скарг, об'єктивного обстеження. Діагноз встановлюють за результатами лабораторноінструментальних досліджень, завданням яких є визначення форми дискінезії та виключення запальних уражень біліарної системи. Ультразвукове дослідження дозволяє визначити форму, розмір жовчного міхура, тип розладів дискінезії, запальні зміни, аномалії, конкременти у міхурі. Під час холецисто- і ехографії діагностують гіпотонічну форму дискінезії за збільшенням розміру міхура, затримкою спорожнення міхура після харчового подразника - курячого жовтка. Гіпертонічну форму дискінезії визначають за зменшенням розміру міхура і прискоренням його спорожнення після харчового подразника. Зниження тону жовчного міхура, супроводжується зменшенням об'єму порції "В" і зниженням швидкості її виділення під час фракційного зондування. Гіпертонічна форма супроводжується зниженням об'єму порції "В" і збільшенням швидкості відтоку жовчі. Біохімічне дослідження жовчі виявляє підвищену

концентрацію в ній білірубін, холестерину, жовчних кислот та холевої кислоти. У хворих із гіпертонічною формою рівень білірубін, жовчних кислот, холестерину знижується. Серед усіх методів дослідження слід віддати перевагу ультразвуковому дослідженню, особливо проведеному багаторазово. Враховуючи суб'єктивні та об'єктивні дані обстеження хворої дитини, дані лабораторноінструментальних методів дослідження медична сестра разом із батьками формулює проблеми дитини і складає план сестринського догляду. План сестринського догляду. Проблема: Інтенсивний нападopodobний біль у ділянці правого підребер'я. Причина:гіпертонічна форма дискінезії жовчних шляхів.Підвищення тону парасимпатичної нервової системи. Очікуваний результат: Нормалізувати механізми регуляції моторики жовчного міхура і сфінктерного апарату. Дії медсестри: 1. Дієтотерапія. Налагодити харчування 5 разів на день з дотриманням часу споживання їжі. Виключити жирні, смажені, гострі страви, м'ясні та рибні бульйони, жирні сорти м'яса та риби, копченості, консерви, вироби із здобного тіста, шоколад, морозиво. 2. Застосувати седативну терапію: натрію бромід - по 0,25-0,5г, 3-4 рази на добу всередину; настойку валеріани - 1 крапля на кожен рік життя; гліцисед, фітосе. 3. Після курсу седативної терапії (2-4 тиж.) проводити сеанси психотерапії, голкорексфлексотерапії. 4. Використовувати холеретичні та холеспазматичні препарати. Холеретики стимулюють жовчоутворення і синтез жовчних кислот: алохол, берберин, конвафлавін, холензим, нікодин, оксафенамід. Препарат змінювати кожні 2-3 тижні, щоб виключити звикання. 5. Застосовувати збори лікарських рослин: барбарис звичайний, безсмертник піщаний, кукурудзяні стовпчики, м'ята перцева, полин гіркий, календула лікарська, шипшина травнева. Проблема: Зниження апетиту. Причина: Гіпотонічна форма дискінезії жовчовідвідних шляхів. Застій жовчі, порушення сповільнення жовчного міхура. Очікуваний результат: Нормалізувати моторику жовчного міхура. Дії медсестри: 1. Дієтотерапія. Налагодити харчування 4-5 разів на день з дотриманням часу споживання їжі. 2. Включити до дієти продукти холекінетичної дії. 3. Рекомендувати вживати мінеральні води високої мінералізації, газовані, у холодному вигляді 2-3 рази на добу. 4. Проводити на тлі основного курсу холекінетичних препаратів сліпі зондування. Проблема: Гіркота в роті, нудота. Причина: Гіпертонічна форма дискінезії жовчного міхура. Очікуваний результат: Нормалізувати моторику жовчного міхура. Дії медсестри: 1. Дієтотерапія зі споживанням їжі у певні години 4-5 разів на день. Виключити з дієти жирні, смажені, гострі страви. 2. Рекомендувати вживати мінеральні води низької мінералізації, з низьким вмістом газу, гарячими, 5-6 разів на добу (з розрахунку 3 мл на 1 кг маси тіла): слов'янівську, смірновську, есентуки №4 і №20. Курс - 1 місяць. Оцінка результатів: Результати оцінюють під час спостереження за хворою дитиною.

Лікування в стаціонарі триває 2-3 тижні. Основний курс лікування дискінезії препаратами проводять протягом 3-4 тижнів стаціонарно, а потім амбулаторно. Підтримувальну терапію після основного курсу призначають на термін не менше ніж 3 місяці. Використовують збори лікарських рослин з урахуванням типу дискінезії. Збір змінюють кожні 2 тижні. Підтримувальну терапію проводять на тлі дієтотерапії з поступовим переходом на загальний стіл. Диспансерне спостереження здійснюють протягом 2 років. 2 рази на рік проводять курси медикаментозної терапії, використовуючи також збори лікарських трав. Оздоровлюють дитину в спеціалізованому санаторії, проводять ЛФК, бальнеотерапію. Для лікування гіпертонічної форми дискінезії застосовують збори: 1. Кукурудзяні стовпчики 50г, трави горцю пташиного 10г, трави полину 10г. Одну столову ложку збору залити 1 склянкою окропу, підігріти на водяній бані 15 хв, охолодити в умовах кімнати 45 хв, процідити. Вживати по 1/4 склянки 3 рази на добу перед їдою. 2. Листків м'яти перцевої 2 частини, листків бобовника трилистого 2 частини, коренів валеріани лікарської 1 частина, шишок хмелю звичайного 1 частина. Дві столові ложки збору залити 2 склянками окропу, настоювати 20хв, процідити. Пити 2 рази на добу по 1/2 склянки вранці та на ніч. 3. Суцвіття кмину піскового 1 частина, листків бобовника трилистого 3 частини, листків м'яти перцевої 2 частини, плодів коріандру 1 частина. Дві столові ложки збору залити 2 склянками окропу, прокип'ятити 10 хв, процідити. Пити по 1/2 склянки до їди. Для лікування гіпотонічної дискінезії застосовують збори: 1. Квіток безсмертника 20г, коренів кульбаби 20г, листків вахти трилистої 10г. Дві столові ложки збору залити 1 склянкою окропу, тримати 15 хв на водяній бані, охолоджувати 45 хв, процідити. Пити по 1/4 склянки 3 рази на добу за 30 хв до їди. 2. Коренів айру 30г, трави звіробою 30г, трави золототисячника 10г, квіток ромашки 10г. Спосіб приготування такий самий. Приймати по 1/2 склянки вранці і на ніч. 3. Коренів ревеню 10г, плодів анісу 10г, плодів кмину 10г, листків кропиви 10г. Одну столову ложку збору залити 1 склянкою окропу, тримати на водяній бані 30хв, охолоджувати 10хв в умовах кімнати, процідити. Вживати по 1/2 склянки 3 рази на добу до їди.

ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГІТ Хронічний холецистохолангіт - хронічний, рецидивуючий запальний процес жовчного міхура і внутрішньопечінкових жовчних ходів, що супроводжується порушенням моторики жовчних шляхів і змінами фізико-хімічного складу жовчі. Чинники: Головні чинники: Значну роль у розвитку холецистохолангіту відіграє інфекція, що може проникати в жовчний міхур і внутрішньопечінкові жовчні ходи із кишок, а також по лімфатичних шляхах і гематогенно. У більшості випадків інфікування біліарної системи здійснюється за рахунок умовно-

патогенної мікрофлори з нижніх відділів травного каналу, причому появу флори в жовчі часто зумовлює дисбактеріоз. Поряд з бактеріальною флорою - кишкова паличка, стрептокок, ентерокок, протей - етіологічне значення має вірусна інфекція - ентеровіруси, віруси гепатиту, патогенні гриби, найпростіші. Зустрічаються також абактеріальні форми, за яких запальний процес розвивається внаслідок алергійних механізмів, у разі потрапляння у жовчний міхур ферментів підшлункової залози, під впливом токсинів мікробів. Чинники, що сприяють розвитку захворювання: - гіподинамія; - нерегулярне споживання їжі; - незбалансоване харчування; - панкреатичний рефлюкс; - спадкова схильність; - ендокринні розлади; - алергійні, імунні, автоімунні чинники. Класифікація: За перебігом захворювання: а) рецидивний; б) латентний. За періодами: а) загострення; б) неповна ремісія; в) повна ремісія. Клінічні прояви: У період загострення: 1. Виражений больовий синдром. У хворих із гіперкінетичною дискінезією - короточасний інтенсивний переймистий біль, із гіпокінетичною формою - ниючий, тупий, розпираючий біль у ділянці правого підребер'я, нерідко з іррадіацією в праву лопатку, який з'являється періодично (у разі порушення дієти, фізичного перевантаження) і щоразу сильніше. 2. Диспептичні явища частіше у вигляді закрепів. Спостерігають поганий апетит, нудоту, рідше блювання, гіркоту в роті, відрижку. 3. Астеновегетативний синдром виявляється підвищеною втомлюваністю, слабкістю, млявістю, головним болем, розладами сну. 4. Синдром загальної інтоксикації проявляється блідістю шкірних покривів, обкладеним язиком, неприємним запахом із рота. Під час об'єктивного обстеження слід звернути увагу на такі ознаки: - болючість під час пальпації у ділянці правого підребер'я; жовчний міхур пальпується у вигляді грушоподібного утворення різної щільності, він рухається під час дихання та пальпації в горизонтальному напрямку; - симптом Кера-Образцова: болісність під час пальпації у правому підребер'ї, в проекції жовчного міхура; 48 - симптом Харитонова-Лепене - локальна болісність під час перкусії в проекції жовчного міхура; - симптом Захар'їна - болісність унаслідок натискання у ділянці проекції жовчного міхура; - симптом Ортнера-Грекова - болісність унаслідок постукування ребром долоні по правій ребровій дузі; - симптом Мюсси-Георгієвського - під час натискування між ніжками груднино-ключичнососкоподібного м'яза з'являється болісність над ключицею, в ділянці плеча або в правому підребер'ї; - симптом Мерфі - внаслідок натискання рукою в ділянці проекції жовчного міхура в положенні хворого сидячи у нього з'являється болісність на вдихові. У дітей старшого віку визначають больові симптоми, пов'язані з наявністю рефлексогенних зон: - симптом Оппенгейма - болісність унаслідок пальпації остистих відростків грудних хребців; - симптом Сквирського - поява болісності у

правому підребер'ї під час перкусії ребром долоні праворуч від IX-XI хребців. Характерними симптомами хронічного холецистохолангіту є збільшення та ущільнення печінки (2-4 см) та чутливість її під час пальпації.

Гельмінтози . За різними даними, в Україні щорічно реєструють понад 1 млн випадків гельмінтозів. Як вважають фахівці, рівень інфікованості гельмінтами набагато вище, а виявляються вони недостатньо. Протягом життя практично кожна людина переносить паразитарне захворювання, але частіше хворіють діти. Кожен рік 20% дітей, які відвідують дошкільні заклади, хворіють на ентеробіоз. У світі зареєстровано близько 250 видів гельмінтів, які паразитують у людини. На території України поширені близько 30 видів, інші зустрічаються рідко. Найбільше значення в розвитку патології у дітей в нашій країні мають такі гельмінтози, як ентеробіоз, аскаридоз, трематодоз, трихоцефальоз і гіменолепідоз. При цьому 89% припадає на долю ентеробіозу, 6,8% — аскаридозу і 3,1% — трематодозу, переважно опісторхозу. Рідко реєструють ехінококоз і трихінельоз. У поодиноких випадках відзначають деякі тропічні гельмінтози: анкилостомідоз, шистосомоз, стронгілоїдоз, фасциольоз тощо. Внаслідок глобальних екологічних змін, широкого застосування імунних, антибактеріальних та інших лікарських препаратів, частих порушень адаптаційних процесів у людини, постійного стресу клінічна картина багатьох захворювань, в тому числі гельмінтозів, змінилася. Гельмінти можуть спричинювати порушення функції травного тракту, розвиток алергічних реакцій, інтоксикації, відігравати роль імуносупресора. В наш час рідко зустрічаються випадки масивної інвазії, коли діагностика не викликає труднощів. Гельмінтози належать до тих захворювань, які не завжди легко діагностувати з об'єктивних і суб'єктивних причин (занадто довгий період відсутності яйцекладки, можлива відсутність серед паразитуючих особин жіночої статі, ймовірність технічних помилок). Тому важливо знати клінічну картину цих захворювань, щоб мати можливість провести цілеспрямоване обстеження та призначити адекватну терапію. З усіх гельмінтів, паразитуючих у людини, найбільш поширені круглі черв'яки, які виявляють у дітей.

Аскаридоз

Збудник — *Ascaris lumbricoides*, аскарида людська — круглий, різностатевий гельмінт, який паразитує у тонкому кишечнику і не здатний до міграції по травному тракту. Епідеміологія. Джерело інвазії — людина. Передача здійснюється через забруднені землею руки, овочі, іграшки, зараження — через рот. Діагностика. Діагностика міграційної фази аскаридозу ґрунтується на даних клінічних, лабораторних та епідеміологічних досліджень, шлункової

фази — на виявленні у випорожненнях яєць аскарид . Основні клінічні симптоми: -субфебрилітет, -шкірний висип; -диспепсичний синдром: біль у шлунку «летючого» характеру, зменшення маси тіла, нудота, блювання, метеоризм, нестійкі випорожнення, схильність до запору, зригування; - бронхолегеневий синдром: сухий або вологий кашель з розвитком «летючих» інфільтратів (синдром Леффлера) у поєднанні з алергічним дерматозом, обтурація бронхів, еозинофілія (до 20–40% еозинофільних гранулоцитів) на фоні лейкоцитозу; -обструктивний синдром з розвитком кишкової непрохідності, обтураційної жовтяниці. При масивній інвазії можливий розвиток гранулематозного гепатиту із гепатоспленомегалією, жовтяницею, підвищенням у крові активності трансаміназ, лужної фосфатази, рівня білірубіну і всіх фракцій глобулінів; астеноневротичний синдром; порушення нічного сну (крики, стогін, часте пробудження, плач, безсоння, кошмарні сновидіння). У разі тяжкого перебігу можливий розвиток екламптичних, хореатичних і епілептичних нападів; свербіж, почервоніння шкіри навколо відхідника; ознаки зниження імунітету у дітей, які часто і тривало хворіють: рецидивуючий стоматит і гінгівіт, гнійні захворювання шкіри або слизових оболонок. Лікування. Мебендазол (зентел, wormil), декарис, киснева терапія. Профілактика. Запобігання фекального забруднення навколишнього середовища. Кіп'ятіння води, ретельне миття фруктів, ягід, овочів. Своєчасне виявлення і лікування хворих.

Ентеробіоз

Збудник — *Enterobius vermicularis*, гострик — дрібний, круглий, різностатевий гельмінт, що локалізується в дистальних відділах тонкої і сліпої кишки. Епідеміологія. Джерело інвазії — людина, але можлива аутосуперінвазія. Зараження здорових людей відбувається через брудні руки, предмети вжитку, іграшки, постільну білизну і повітря при запиленості помешкань. Діагностика. Діагноз ентеробіозу встановлюють на основі виявлення яєць у зішкребі з періанальних складок, а також при відходженні гостриків з випороженнями. Основні клінічні прояви: свербіж у періанальній зоні, промежині, статевих органах; астеноневротичний синдром з порушенням сну; ентероколіт з повільним перебігом; синдром гострого апендициту; вульвовагініт, парапроктит; мастурбація; нетримання сечі; запалення роگیвки (*keratitis dendritica*). Лікування. Показане призначення кисню, насіння гарбуза, пірантелу. Дітям старше 1 року — мебендазол 100 мг 1 раз та повторно через 2, 4 тиж у тій самій дозі, а також пірантел. Профілактика. Дотримання суворого санітарно-гігієнічного режиму (чистота рук і нігтів, підмивання дитини на ніч і щоранку водою з милом); спати дитині слід у трусах (резинки — навколо стегна), змінюючи їх щодня;

прасування білизни гарячою праскою, купання дитини кожного дня, содові очищувальні клізми на ніч, обов'язкове вологе прибирання приміщень з використанням крутого окропу. Дотримання режиму обов'язкове для всіх осіб, які проживають у вогнищі ентеробіозу, протягом 1–1,5 міс.

Трихоцефальоз

Збудник — *Trichocephalus trichiurus*, власоглав, який паразитує у нижніх відділах тонкого і початковому відділі товстого кишечника. Епідеміологія. Джерело інфекції — людина. Зараження відбувається через брудні руки, їжу, воду, які інфіковані яйцями глиста. Яйця переносяться мухами та іншими комахами. Діагностика. Діагноз встановлюють за наявності яєць власоглава у випорожненнях, виявлених за допомогою методів Калантарян, Фюлеборна, Като. Основні клінічні симптоми: найчастіше буває безсимптомна інвазія; диспепсичний синдром, здуття живота, діарея з домішками крові, рідко — випадіння прямої кишки, блювання, запор; анемія, гіпоальбумінемія; відставання у фізичному і розумовому розвитку (у ранньому віці). Лікування мебендазол — дітям старше 1 року по 100 мг 2 рази на день протягом 3 днів. Профілактика така ж, як і при аскаридозі. Анкілостомідози Збудник анкілостоміди — *Ancylostoma duodenale* і *Necator americanus* — маленькі круглі гельмінти, які паразитують у верхньому відділі тонкого кишечника. Епідеміологія. Анкілостомідози в основному поширені у тропічних і субтропічних країнах. Людина — основний хазяїн анкілостомід. Оптимальна умова для розвитку личинок анкілостомід — гарна аерація, підвищена вологість і температура навколишнього середовища 23–33 °С. Ці умови характерні для аграрних районів тропічних країн. Джерело інвазії — хвора людина. Фактори передачі: фрукти, ягоди, овочі. Личинки некатора проникають в організм людини через шкіру, пробуравлюючи її. Діагностика. Діагноз встановлюють за даними прямого дослідження мазку випорожнень, гастродуоденоскопії. Метод товстого мазка за Като дає можливість оцінити масивність інвазії. Основні клінічні симптоми: часто безсимптомний перебіг з еозинофілією; еритематозні і папульозні висипи на шкірі, свербіння; астеноневротичний синдром; гастродуоденіт; еозинофілія, анемія, гіпоальбумінемія; диспепсичний синдром з анорексією і відчуттям переповнення шлунка після їди, нудота, слинотеча; відставання у фізичному розвитку (у ранньому віці); поширені набряки. Лікування. Перед початком лікування необхідно визначити масивність інвазії та ступінь анемії. Дітям з рівнем гемоглобіну нижче 100 г/л перед початком дегельмінтизації необхідно провести лікування препаратами заліза. Потім призначають мебендазол у дозі 100 мг 2 рази на день протягом 3 днів. Контрольне дослідження випорожнень проводять через 2–3 тиж триразово. У разі виявлення яєць через 2–3 міс

лікування повторюють. Профілактика. Виявлення і лікування хворих, гігієна водопостачання, харчування і особиста гігієна. Запобігання фекального забруднення навколишнього середовища. Обробка ґрунту у вогнищі повареною сіллю (1 кг солі на 1 м² площі).

Стронгілоїдоз

Збудник — *Strongiloides stercoralis*, угриця кишкова — маленький круглий, різностатевий гельмінт. Епідеміологія. Захворювання поширене в країнах з теплим, вологим кліматом. Людина — основний і єдиний хазяїн паразита. Зараження відбувається через шкіру. Личинки проникають активно під час контакту шкіри з землею. Характер харчування і імунний статус дитини мають вирішальне значення у розвитку синдрому гіперінвазії. Діагностика. Діагноз встановлюють на підставі виявлення личинок угриці кишкової у випорожненнях або в дуоденальному вмісті методом Бермана. Основні клінічні симптоми: може бути безсимптомний перебіг з еозинофілією; еритематозний або папульозний висип на шкірі, який часто локалізується в анальній зоні і може рецидивувати; кишковий стронгілоїдоз характеризується нападами болю в животі, блюванням, чергуванням проносу і запору зі зменшенням маси тіла; можливий розвиток дисемінованого стронгілоїдозу у дітей з недостатнім харчуванням і дефектом клітинного імунітету, який характеризується раптовим початком з клінікою бактеріального шоку, зумовленого септицемією грамнегативними бактеріями; ураження нервової системи у вигляді головного болю, запаморочення, швидкої втомлюваності, неврастенічних і психастенічних симптомів. Лікування. Тіабендазол, левамізол за схемами, які рекомендовані при аскаридозі. Дітям старше 1 року — мебендазол у дозі 100 мг 2 рази на добу протягом 3 днів. Профілактика. Своєчасне виявлення і лікування хворих, знезараження ґрунту повареною сіллю, дотримання норм гігієни харчування.

Трихінеліоз

Збудник — *Trichinella spiralis*, живородний гельмінт, який паразитує у верхньому відділі тонкого кишечника. Епідеміологія. Людина хворіє після вживання м'яса, зараженого живими личинками гельмінта. Найбільш небезпечно для людини м'ясо ведмеда, свині. Діагностика. РЗК, реакція преципітації зі специфічним антигеном, гістологічне дослідження м'язів (частіше дельтоподібного). Основні клінічні симптоми: симптоми захворювання з'являються тільки при масивній інвазії; гарячка різного типу і тривалості; гастроентерит, відчуття дискомфорту в шлунку; набряк обличчя і параорбітальної зони; лімфаденопатія, збільшення глоткових мигдаликів, біль у горлі; збільшення розмірів селезінки; виражена міалгія, особливо в

діафрагмі, міжреберних і жувальних м'язів; гіпереозинофілія протягом декількох місяців; при тяжкому перебігу можливий розвиток судинно-серцевої недостатності, менінгоенцефаліту, пневмонії; можливі рецидиви трихінельозу; трихінельоз у дітей і дорослих за однакових умов зараження має відносно легкий перебіг. Лікування. Тіабендазол за схемою лікування аскаридозу, антигістамінні засоби, при тяжкому перебігу — кортикостероїди. Профілактика. Лабораторний контроль м'яса (трихінелоскопія), достатня термічна обробка м'яса перед вживанням.

Вухереріоз (феліріатоз)

Збудник — *Wuchereria bancrofti*, ниткоподібні нематоди (філярії), які у статевозрілій стадії знаходяться у порожнинах і тканинах тіла ссавців, а в личиночній стадії циркулюють в крові. Епідеміологія. Джерело інвазії — людина, дикі і домашні кішки, собаки і мавпи. Переносники — комарі. Характерні природні зони. Сприйнятливність — 100%. Інкубаційний період — від 3–6 міс до 1,5 року. Діагностика. Виявлення філярій у периферичній крові, яку беруть у денні і нічні часи, реакція імунофлюоресценції, ІФА зі специфічним діагностикомом. Основні клінічні симптоми: на ранніх етапах характерна гарячка; шкірний висип; локальні набряки, які мігрують; гострий лімфаденіт; збільшення розмірів селезінки; гіпереозинофілія; головний біль, міалгія протягом декількох тижнів; хронічна стадія хвороби розвивається через декілька років від початку захворювання. Спостерігається в основному у дорослих і характеризується симптомами ураження лімфатичних вузлів і судин (формування слоновості кінцівок, статевих органів, грудних залоз, трофічні ушкодження шкіри, екзема). Лікування. Етіотропний засіб — діетилкарбамазин у дозі 6 мг/кг на добу в 3 прийоми протягом 14–21 доби разом з десенсибілізуючими препаратами. Профілактика. Виявлення і лікування пацієнтів на різних етапах хвороби. Знищення комарів. Онхоцеркоз

Збудник — *Onchocerca volvulus*, нематода (філярія), яка локалізується у людини переважно на голові, у лімфатичних вузлах, розташованих під шкірою, апоневрозом м'язів, окістям. Епідеміологія. Онхоцеркоз — трансмісивний антропоноз. Джерело — хвора людина. Переносник — маленькі двокрилі кровососні мошки, які мешкають біля річок з чистою проточною водою. Сприйнятливність — загальна. Інкубаційний період — 1–3 міс. Діагностика. Діагноз підтверджується після виявлення мікрофілярій у біоптаті шкіри, в крові, спинномозковій рідині, сечі. Діагностичний тест Мазоті з діетилкарбамазином слід застосовувати обмежено через можливість посилення деструктивних змін в очах та інших органах. Основні клінічні симптоми: генералізований або локалізований дерматит, який характеризується еритематозно-папульозним висипом на шкірі, інфільтрацією

шкіри, стійким свербінням. Дерматит значно виражений на гомілках, сідницях, стегнах, спині, передпліччях і інколи нагадує бешиху. Часто розвивається ксеродермія — сухість і злущування шкіри; збільшення пахвових, стегнових та інших лімфатичних вузлів; щільні, розташовані під шкірою, безболісні вузли «онхоцеркоми», кількість яких постійно збільшується. Вузли частіше розташовані в ділянці грудей, на кінцівках, волосистій частині голови. Їх діаметр може бути від 0,5 до 4–5 см; ураження очей — від кон'юнктивіту до іридоцикліту та атрофії зорового нерва; постійна гіпереозинофілія; при міграції мікрофілярій у внутрішні органи формується відповідний симптомокомплекс: ураження нирок і сечоводу, мозку, легенів, печінки, селезінки. В такому випадку говорять про системний онхоцеркоз. Лікування. Комплексне, яке включає антигістамінні препарати в комбінації з діетилкарбамазином 6 мг/кг на добу в 3 прийоми протягом 14–21 діб з екстирпацією всіх виявлених онхоцерком. 52 Профілактика. Виявлення і лікування хворих, застосування інсектицидів, захист від укусів комах.

Опісторхоз

Збудник — *Opistorchis felineus*, біогельмінт, який паразитує в жовчовивідних шляхах, печінці, жовчному міхурі, у протоках підшлункової залози.

Епідеміологія. Біологічний цикл розвитку збудника має такі етапи: кінцевий хазяїн (дикі тварини, кішки, собаки, людина) — прісноводні моллюски — прісноводні риби карпових порід — людина (тварини). Зараження людини відбувається у разі вживання сирової, в'яленої чи малосолоної риби з личинками гельмінта в м'язах. В організмі людини личинка переходить у дорослу стадію через 4–6 тиж. Для опісторхозу характерні природні умови існування в Росії та Україні. Діагностика. Виявлення яєць опісторхісів у випорожненнях, вмісті дванадцятипалої кишки, жовчі; серологічна діагностика можлива у разі проведення ІФА. Основні клінічні симптоми: субфебрилітет; біль у правому підребер'ї; шкірний висип; диспепсичний синдром; постійні катаральні симптоми; нестійкі випорожнення, пронос, запор; лімфаденопатія; збільшення розмірів печінки; еозинофілія, гіпоальбумінемія, висока ШОЕ, анемія; відставання у фізичному розвитку; легеневий синдром у вигляді «летючих» інфільтратів або пневмонія; виражені дистрофічні зміни в міокарді; при тяжкому перебігу розвивається гепатит з жовтяницею і гепатоспленомегалією; перебіг хронічної стадії опісторхозу у дітей, які живуть в ендемічній зоні, має клінічні ознаки вираженої холепатії, диспепсичного та астеничного синдрому. Лікування. В гострий період призначають дезінтоксикаційну, десенсибілізуючу терапію, при тяжкому перебігу — глюкокортикоїди. Після нормалізації температури тіла, даних ЕКГ у дітей старше 4 років застосовують празиквантел у дозі 33 мг/кг у 3 прийоми

на добу після їди. Дітям призначають діету № 5, обов'язково обмежують грубу клітковину і жири. Контроль лікування проводять через 3–6 міс шляхом 3-разового дослідження випорожнень і вмісту дванадцятипалої кишки методом Като. Профілактика. Знищення моллюсків-бітиній, що є проміжним хазяїном інфекції, виявлення всіх інвазованих осіб (в першу чергу рибалок і працівників рибної промисловості) і проведення дегельмінтизації. Населення в ендемічних зонах не повинно вживати сиру, малосолону, в'ялену рибу.

Парагонімоз

Збудник — *Paragonimus westermani*, легеневий присисень, біогельмінт. Епідеміологія. Природновогнищеве захворювання, яке реєструють переважно в країнах Азії, Африки, Південній Америці. Епідемію частіше реєструють серед дітей і підлітків у віці 11–15 років. Кінцевий господар і джерело інвазії — різноманітні дикі м'ясоїдні тварини, свині, кішки, собаки, інколи людина. Зараження можливе також у разі вживання сирих прісноводних раків або крабів, а також через забруднені руки і воду. Діагностика. Виявлення яєць гельмінтів у мокротинні, ексудаті. Проведення РЗК зі специфічним діагностикомом. Основні клінічні симптоми: слабка інвазія не супроводжується клінічними проявами; при масивному зараженні — кровохаркання, мокротиння іржавого кольору. Може розвинути ексудативний плеврит з доброякісним перебігом; при парагонімозі ЦНС розвиваються енцефаліт, менінгоенцефаліт. Лікування. Празіквантел, що призначають за схемою лікування опісторхозу, а також десенсибілізуючі препарати. Профілактика. Гігієна водопостачання, харчування і особиста гігієна. Термічна обробка харчових продуктів.

Дифілоботріоз

Збудник — *Difilobotrium Latum*, стьожак широкий, довжина якого становить 2–10 м. Епідеміологія. Зараження людини відбувається внаслідок вживання сирої або недостатньо термічно обробленої прісноводної риби. Гельмінтоз реєструють скрізь, але частіше в країнах Африки, Південної Америки, Європи, Азії й Австралії. Діти хворіють рідше, ніж дорослі. Діагностика. Виявлення та ідентифікація члеників, виявлення гельмінтів у випорожненнях, опитування людей в осередках захворювання (з показом макропрепарату члеників) про можливе відходження частини стробіла з калом. Основні клінічні симптоми: нудота, біль в епігастральній ділянці, нестійкі випорожнення; при тяжкому перебігу — зменшення маси тіла, астеноневротичний синдром, гіповітаміноз В12 і фолієвої кислоти (парабирмеровська або ботріоцефальна анемія), субфебрилітет, глосит Хентера — наявність на язиці яскравочервоних, болючих плям, тріщин.

Можливий розвиток фунікулярного мієлозу. Лікування. Фенасал: у віці до 3 років — у дозі 0,5 мг, 3–6 років — 1 мг, 7–9 років — 1,5 мг, 9–15 років — 2 мг одноразово натще; екстракт чоловічого папоротника: у віці 1–2 роки — у дозі 0,2 мг, 3–4 роки — 0,3 мг, 5–6 років — 0,5 мг, 7–8 років — 0,6 мг, 9–10 років — 0,7 мг, 11–12 років — 0,9 мг, 13–14 років — 1 г, 3 однодобових цикли через 5–7 діб; насіння гарбуза: дітям до 7 років — 2,5 г, старшим 7 років — 5 г у 100 мл води, через 3 год дають проносне. Профілактика. Термічна обробка риби.

Теніархоз

Збудник — *Teniarhynchus sahinatus*, бичачий цип'як, який належить до групи стьожкових гельмінтів. Епідеміологія. Зараження людини відбувається через вживання сирової або недостатньо термічно обробленої яловичини.

Діагностика. Ідентифікація члеників гельмінта та яєць, виявлених у випорожненнях або у зскрібку з періанальних складок. Основні клінічні симптоми: іноді єдиною скаргою хворих може бути згадка про вихід члеників цепня під час дефекації; диспепсичні симптоми: анорексія, нудота, блювання, відчуття важкості у шлунку, іноді апендикулярний синдром, слинотеча; свербіння в анальному отворі; астеноневротичний синдром; при тяжкому перебігу — головний біль, запаморочення, апатія, епілептоподібні напади. Лікування. Фенасал, насіння гарбуза за схемою лікування дифілоботріозу. Профілактика. Лабораторний контроль м'яса, достатня термічна обробка м'ясних продуктів. Виявлення і лікування хворих на теніархоз.

Ехінококоз

Збудник — *Echinococcus granulosus*, стьожковий гельмінт. Епідеміологія. Основним джерелом ехінококової інвазії є інфіковані дозрілими ехінококами собаки, вовки, шакали, які виділяють у навколишнє середовище із випорожненнями яйця гельмінта. Зараження відбувається під час контакту з хворою собакою або внаслідок вживання овочів, води, забруднених яйцями ехінокока. Хвороба найбільш поширена в країнах з розвинутою харчовою індустрією. Діагностика. Рентгенографія, сканування органів, реакція латекс-аглютинації, імуноферментний аналіз, реакція непрямой аглютинації зі специфічними діагностикумами. Основні клінічні симптоми: Клінічні прояви ехінококозу зумовлені локалізацією цисти (печінка, легені, шкіра, стінка шлунка) та її розмірами. Легеневий ехінококоз на відміну від печінкового частіше виявляють у дітей. Діти скаржаться на кашель з виділенням пінистого мокротиння з неприємним запахом, інколи з домішками крові. Пізніше приєднуються біль у грудині, задишка. Під час перкусії виявляють ділянки притуплення перкуторного звуку, біля них — дихання з

бронхіальним відтінком, сухі і вологі хрипи. При рентгенологічному дослідженні виявляють округлі, з чіткими контурами тіні. Ехінококоз легенів нерідко ускладнюється нагноєнням пухирів і проривом гною у бронхи. Еозинофілія — непостійна ознака захворювання. Лікування. Медикаментозне в поєднанні з хірургічним. Призначають альбендазол протягом 10–20 діб у дозі 10 мг/кг перед і після хірургічного втручання. Профілактика. Головним є дотримання особистої гігієни під час контакту з тваринами, які споживають м'ясо.

Гіменоліпедоз

Збудник — *Hymenolepis nana*, карликовий ціп'як, який локалізується у тонкій кишці. Епідеміологія. Людина — кінцевий хазяїн і джерело інвазії. Діти заражаються фекально-оральним шляхом через предмети побуту, іграшки, їжу, воду, інфіковані яйцями гельмінта. Хвора дитина виділяє яйця з випорожненнями. Можлива ауто суперінвазія, оскільки гельмінт виділяє яйця, які у шлунку можуть трансформуватися в статевозрілі гельмінти. Інтенсивність інвазії висока. Карликовий ціп'як паразитує переважно у дітей, які проживають у жаркому кліматі. Діагностика. Виявлення яєць гельмінтів у випорожненнях і періанальних складках. Основні клінічні симптоми: в більшості випадків інвазія має легкий перебіг і не має характерних ознак; у дітей раннього віку постійними скаргами є біль у животі, чергування проносу і запору, нудота, інколи блювання, зниження апетиту, слинотеча, печія; головний біль, запаморочення, втомлюваність, неспокійний сон, хореїчні та епілептиформні судоми, інколи з втратою свідомості, псевдоменінгіт. Лікування. Дітям старше 4 років призначають празіквантел у дозі 33 мг/кг в 3 прийоми одноразово. Повторні цикли фенасалу за схемою лікування дифілоботріозу. Профілактика. Виявлення і лікування хворих, обстеження членів родини та інших контактних осіб, гігієна житла, дотримання норм гігієни харчування і водопостачання.

Теніоз

Збудник — *Taenia solium*, свинячий ціп'як. Епідеміологія. Зараження людини відбувається внаслідок вживання сирової свинини або недостатньо термічно оброблених м'ясних страв. Діагностика. Ідентифікація члеників гельмінта і яєць, виявлених у випорожненнях. Для підтвердження теніозу застосовують рентгенологічні методи, проводять сканування, дослідження спинномозкової рідини, ІФА. Основні клінічні симптоми: диспепсичний синдром (нудота, анорексія); астеновегетативний синдром з нападами запаморочення; непостійна еозинофілія; під час запору і блювання, що призводять до руйнування члеників гельмінта, із яєць виходять личинки, які потрапляють у

кровоток. Це зумовлює ураження мозку, очей, серця та інших органів (цистицеркоз) з відповідними симптомами органної патології. Захворювання може розвинути у хворих з ВІЛ-інфекцією при зараженні яйцями гельмінта через забруднені фрукти, овочі. Лікування. При лікуванні теніозу небезпечно вживати препарати, які руйнують кутикулу гельмінта. Зворотна перистальтика під час блювання сприяє попаданню яєць свинячого ціп'яка у верхні відділи кишечника. Рекомендують вживати насіння гарбуза, призначають празиквантел (за схемою лікування опісторхозу). Профілактика. Виявлення і лікування хворих, термічна обробка м'яса, лабораторний контроль м'яса.

Токсокароз 3

будник — *Toxocara canis*, гельмінт родини псових. Епідеміологія. Джерелом інвазії є собаки. Зараження відбувається через брудні руки, ґрунт, шерсть тварин, предмети вжитку. Проковтнуті яйця перетворюються у личинок, які потім проникають у різні органи і тканини людини, зумовлюючи утворення еозинофільних інфільтратів в легенях, печінці, нирках, міокарді, кишечнику, мозку, очах. Діагностика. Діагноз встановлюють після ретельного гістологічного дослідження біоптату печінки, легенів та інших органів (на жаль, частіше посмертно) і постановки реакції імунофлюоресценції. Основні клінічні симптоми: астматичний синдром, кашель; інфільтрати в легенях; міокардит; ураження суглобів; алергічні ураження шкіри (свербіння, еритематозний і папульозний висип); рецидивуючий субфебрилітет; стійка гіпереозинофілія з розвитком еозинофільно-лейкемоїдних реакцій; гіпергаммаглобулінемія; лімфаденопатія; гепатомегалія; диспепсичний синдром: біль у шлунку, нудота, нестійкі випорожнення; епілептиформні напади, парези, паралічи; ендoftальміт, гранульоми сітківки у дітей старшого віку; ремісії і загострення хвороби тривають від 5–8 міс до 2–3 років; можливий летальний кінець. Лікування. Повторні курси мебендазолу чи тіабендазолу (мінтезол). Мебендазол призначають по 100 мг 2 рази на добу під час їди протягом 5–7 діб, тіабендазол — по 50 мг/кг на добу в 2 прийоми (не більше 3 г на добу) протягом 5–7 діб, діетилкарбамазин 6–12 мг/кг на добу в 3 прийоми протягом 10 днів. За необхідності призначають повторні курси, але не раніше, ніж через 1–2 міс. При ураженні нервової системи та очей застосовують кортикостероїди, блокатори H1-рецепторів. Профілактика. Особиста гігієна. Обстеження домашніх тварин і своєчасна дегельмінтизація собак. Виловлювання бездомних тварин. Ретельне миття рук, овочів, фруктів. За наявності пікацизму — придбання крейди, глини тощо — виключно в аптеці!

Питання для самоконтролю:

1. Дайте визначення поняття гастриту. Причини гастритів. Класифікація.
2. Назвіть основні клінічні синдроми хронічного гастриту(ХГ) та гастродуоденіту (ХГД).
3. Назвіть методи діагностики ХГ та ХГД .
4. Назвіть принципи лікування ХГ та ХГД .
5. Назвіть принципи профілактики ХГ та ХГД.
6. Дайте визначення поняттю виразкової хвороби шлунку та 12-палої кишки.
7. Причини виникнення. Методи діагностики., лікування, ускладнення.
8. Назвіть та порівняйте клінічні прояви виразкової хвороби шлунку 12-палої кишки.
9. Назвіть та охарактеризуйте ускладнення виразкової хвороби шлунку 12-палої кишки.
10. Назвіть та охарактеризуйте методи обстеження виразкової хвороби шлунку та 12п. кишки.
11. Назвіть основні етапи лікування виразкової хвороби шлунку 12-палої кишки.
12. Назвіть принципи профілактики виразкової хвороби шлунку 12-палої кишки.
13. Дайте визначення поняттю панкреатит. Назвіть основні причини виникнення.
14. Назвіть основні клінічні симптоми панкреатиту.
15. Назвіть методи діагностики.
16. Назвіть принципи лікування панкреатиту.
17. Охарактеризувати основні причини, клінічні прояви, методи діагностики, лікування та профілактики холециститу.
18. Дайте визначення поняття дискінезії жовчних шляхів. Назвіть клінічні прояви, принципи лікування .
19. Дайте визначення поняттю стоматит. Назвіть основні симптоми стоматиту у дітей.
20. Охарактеризуйте кандидозний стоматит (причини, прояви, лікування, профілактика)
21. Охарактеризуйте катаральний (бактеріальний) стоматит (причини, прояви, лікування, профілактика).

22. Охарактеризуйте афтозний стоматит (причини, прояви, лікування, профілактика).
23. Дайте визначення поняттю гельмінтоз.
24. Охарактеризуйте аскаридоз (механізм зараження, життєвий цикл, клінічні прояви, методи обстеження, принципи лікування, профілактика).
25. Охарактеризуйте ентеробіоз (механізм зараження, життєвий цикл, клінічні прояви, методи обстеження, принципи лікування, профілактика).
26. Охарактеризуйте токсокароз (механізм зараження, життєвий цикл, клінічні прояви, методи обстеження, принципи лікування, профілактика).
27. Охарактеризуйте ехінококоз (механізм зараження, життєвий цикл, клінічні прояви, методи обстеження, принципи лікування, профілактика)
28. Дайте визначення термінів травлення та живлення . Де різниця у поняттях?
29. Назвіть види диспепсії.
30. Дайте визначення поняттю «функціональна диспепсія» .Причини виникнення.
31. Опишіть клінічні прояви функціональної диспепсії (ФД).
31. Обґрунтуйте методи обстеження для підтвердження , чи виключення ФД.
32. Обґрунтуйте принципи лікування функціональної диспепсії.
33. Профілактика функціональної диспепсії (ФД).
34. Дайте визначення поняття токсична диспепсія, причини виникнення.
35. Опишіть клінічні прояви кишкового токсикозу.
36. Обґрунтуйте методи обстеження для підтвердження токсичної диспепсії
37. Правила проведення оральної регідратація при кишковому токсикозі.
38. Пілоростеноз. Причини виникнення.Клінічні прояви. Діагностика. Лікування.
39. Пілороспазм. Причини виникнення.Клінічні прояви. Діагностика. Лікування
40. Дайте визначення поняття гіпотрофії. Причини виникнення.
41. Клінічні прояви, ступені важкості гіпотрофії.
42. Принципи лікування гіпотрофії .
43. Паратрофія. Причини, лікування, профілактика