

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Запорізький державний медичний університет
Кафедра факультетської педіатрії

"Рекомендовано"
на методичній нараді

кафедра
факультетської
педіатрії
Завідуюча
кафедрою
професор Недельська С.М.

(ПП, підпис)
" ___ " _____ 200...р.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
для організації самостійної роботи студентів
IV курсу медичних факультетів (за темою, що винесена тільки на самостійне
опрацювання і не увійшла до плану аудиторної підготовки).

Тема: **ЗАХВОРЮВАННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ**

Методичні вказівки переглянуто на засіданні кафедри

«02» вересня 2000р
«29» серпня 2011р
«28» серпня 2012р
«27» серпня 2013р
«27» серпня 2014р

Протокол № 2
Протокол № 1
Протокол № 1
Протокол № 1
Протокол № 1

«26» серпня 2015р
« » 20 р
« » 20 р
« » 20 р
« » 20 р

Протокол № 1
Протокол №
Протокол №
Протокол №
Протокол №

Затверджено
на засіданні ЦМК

«16» 09 2010р.

Протокол № 2

«15» 09 2011р.

Протокол № 2

«20» 09 2012р.

Протокол № 2

29 08 2013р.

процесором

27 08 2014р.

пр. ЛУ

27 08 2015р.

пр. ЛУ

1.Актуальність теми:

На сучасному етапі захворювання підшлункової залози у дітей хоч і зустрічаються рідше, ніж у дорослих, але теж займають одне з перших місць серед хвороб органів травлення та складають одну з актуальніших проблем в дитячій гастроентерологічній патології, причому частота хронічної патології зростає з віком. Гострий та хронічний панкреатит, як основні представники гастроентерологічної патології підшлункової залози, привертають до себе велику увагу педіатрів, гастроентерологів, сімейних лікарів у зв'язку з їх розповсюдженістю, особливостями діагностики та вибором адекватних методів терапії. Правильне призначення відповідних лікувально-профілактичних заходів збережуть дитячі життя, а удосконалення лікувально-профілактичної допомоги дітям припускає підвищення якості диспансеризації.

2.Навчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується):

2.1.Студент повинен знати:

- 1.Визначати форми ураження підшлункової залози у дітей.
- 2.Виділити етіологічні фактори при гострому та хронічному панкреатиті
- 3.Патогенетичні та патоморфологічні аспекти ушкодження тканини підшлункової залози.
- 4.Класифікувати і аналізувати типову клінічну картину гострого та хронічного панкреатитів.
- 5.Визначати особливості перебігу панкреатитів у дітей і ставити попередній клінічний діагноз.
- 6.Складати план обстеження та аналізувати дані лабораторних та інструментальних обстежень при типовому перебігу гострого та хронічного панкреатитів: загальноклінічний, дослідження відхилення панкреатичних ферментів, УЗД, комп'ютерна томографія.
- 7.Демонструвати володіння принципами лікування, реабілітації і профілактики при панкреатитах.
- 5.Проводити диференціальну діагностику панкреатитів у дітей.
- 6.Здійснювати прогноз при панкреатитах.
- 7.Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації в гастроентерології віку.

3. Матеріали самостійної роботи.

3.1.Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліна	Знати	Вміти
Попередні дисципліни		
Фізіологія	Параметри фізіологічної норми шлунково-кишкової системи у дітей; показники лабораторного обстеження в нормі(заг. ан. крові, сечі,	Оцінити дані лабораторного обстеження.

	біохімія крові, визначення рівня амілази в крові та сечі, тощо).	
Патофізіологія	Механізм порушення функції підшлункової залози у дітей при гастроентерологічній патології.	Інтерпретувати патологічні зміни за результатами лабораторного обстеження при порушеннях функції підшлункової залози у дітей.
Імунологія	Основні поняття предмету, роль системи імунітету в інфекційному процесі, вплив на термін елімінації збудника з організму людини. Імунологічні аспекти ролі інфекції та аутоімунних процесів в розвитку панкреатитів.	Оцінити дані імунологічних досліджень.
Епідеміологія	Поширеність панкреатитів у дітей на Україні і в світі.	Оцінити та порівняти показники розповсюдженості панкреатитів у дітей в різних країнах.
Неврологія	Роль вегетативної нервової системи у патогенезі захворювань підшлункової залози у дітей.	Оцінити стан вегетативної нервової системи у дітей з патологією підшлункової залози.
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Основні етапи та методи клінічного обстеження хворого.	Зібрати анамнез, провести клінічне обстеження хворого, виявити патологічні симптоми і синдроми. Аналізувати отримані дані.
Клінічна фармакологія.	Фармакокінетику і фармакодинаміку, побічні ефекти препаратів етіологічної, патогенетичної, та симптоматичної терапії при патології підшлункової залози у дітей.	Призначити лікування в залежності від віку, ступеня тяжкості захворювання, індивідуальних особливостей хворого, вибрати оптимальний режим прийому та дозу препарату, виписати рецепти.

3.2. Зміст теми

Гострий панкреатит (ГП) – запальне деструктивне ураження підшлункової залози, пов'язане з активацією панкреатичних ферментів у самій залозі та ферментативною токсемією.

Етіологія.

Найбільш частими причинами виникнення ГП у дітей є наступні фактори:

I. Безпосередньо ушкоджуючи паренхіму підшлункової залози.

1. Інфекції вірусні: епідемічний паротит, вірусний гепатит, ентеровірус Коксакі В, інфекційний мононуклеоз, червінка, вітряна віспа, Гермес, цитомегалія, кір, грип; бактеріальні: псевдотуберкульоз, дізентерія, сальмонельоз, перитоніт, сепсис. При цьому можливий як гематогенний, так і лімфо генний шлях проникнення інфекційного фактора.

2. Тупа травма підшлункової залози в результаті сильного удару в живіт.

II. Обструктивні порушення, що призводять до підвищення тиску в панкреатичних протоках.

1.Анатомічні аномалії (кільцевидна або дільчаста підшлункова залоза, кіста холедоуху).

2.Зміни зі сторони загального жовчного протоку або Футерова соску. У 75% людей головний вивідний проток підшлункової залози (Вірсунгів) впадає в дистальний відділ загального жовчного протоку. Тому при підвищенні тиску в міліарній системі в результаті патології холедоуху або сфінктеру Одді можливий міліарний рефлекс в панкреатичні протоки та внутрішньопотокова активація ензимів.

3.Патологія дванадцятипалої кишки: дуоденіт, дуоденостаз, часткова дуоденальна непрохідність. При підвищенні тиску в дванадцятипалій кишці виникає спазм сфінктера Одді, збільшується тиск в панкреатичних протоках та пригнічується секреція рідкої частини соку в порівнянні з секрецією ферментів. При цьому виникає в'язкість секрету та концентрація білку, що призводить до внутрішньопотоковому утворенню білкових преципітатів (білкові пробки).

4.Гельмінтози.

5.Гепатобіліарна патологія.

III. Дизметаболичні причини (гіперкальціємія).

IV. Гострі порушення кровообігу (тромбоз, емболія, тривалий спазм судин підшлункової залози) можуть виникати при:

1.Есенціальній гіперліпідемії – виникає обструкція судин залози краплями жиру та атероматоз ними бляшками.

2.Системних захворюваннях (вузликосий перитоніт, хвороба Кавасакі, некротичний ангіїт, інші васкуліти).

V. Токсичні та медикаментозні ураження:

1.Отруєння свинцем, ртуттю, миш'яком, фосфором та ін..

2.Медикаменти: L-аспарагіназа, азатіорин, гіпотіазид, фуросемід, естрогени, метронідазол, тетрацикліни, сульфаніламід, вальпроєва кислота, аспірин (синдром Рея), високі дози глюкокортикоїдів.

VI. Алергія: можливий розвиток ГП на фоні харчової алергії, а також після вакцинації. Спочатку виникає сенсibiliзація організму, а потім виробляються антитіла до тканини підшлункової залози. При подальшому потрапленні алергену розвивається анафілактична органоспецифічна реакція за типом Артюса з ураженням підшлункової залози.

Аліментарний фактор у чистому вигляді здатен викликати ураження підшлункової залози лише при хронічному дефіциті білку у їжі (квашоркор). Надлишкове вживання жирної, смаженої їжі може бути лише додатковим фактором, що провокує маніфестацію захворювання на фоні інших вищенаведених причин.

У 25% дітей, хворих на ГП, етіологію встановити не вдається.

Патогенез.

При будь-якому ушкодженні тканини підшлункової залози розвивається запальна реакція, що супроводжується набряком та клітинною інфільтрацією. Клітини запального інфільтрату продуцують продукти перекисного окислення, вільні радикали. В результаті цього знижується внутрішньоклітинні рН, порушуються енергетичні процеси, вивільнюються лізосомальні ферменти. Порушення бар'єрних властивостей мембран лежить в основі феномену відхилення ферментів у кров, можливо, це пов'язано з утворенням в мембранах перекисних каналів (кластерів). Вихід лізосомальних ферментів в цитоплазму потенціює ушкодження та здійснює інтрапанкреатичну активацію ензимів, а саме трипсиногену, який може активувати інші ферменти. В розвитку аутолізу підшлункової залози максимальне значення мають еластаза та фосфоліпаза А. Активація калікреїногену сприяє місцевому розширенню судин, збільшенню проникності, що ще більше підсилює мікроциркуляторні розлади та збільшує ушкодження підшлункової залози.

Патоморфологія.

В початковій стадії морфологічних змін ушкодження ацинарних клітин супроводжується набряком інтерстиціальної тканини. Залоза збільшується у розмірах, набрякає, інтерстицій інфільтрується лейкоцитами. В подальшому може розвиватися геморагічна ексудация з приєднанням еритроцитарної. Залоза стає більш твердою та набуває бурого кольору (серозно-геморагічний панкреатит). У випадку прогресування захворювання розвивається панкреонекроз. Великі вогнища некрозу можуть закінчуватися утворенням вседокист. Панкреонекроз супроводжується вираженими геморагічними змінами і в забрюшному просторі та віддалених відділах брючної порожнини.

Класифікація гострого панкреатиту.

Розрізняють 2 форми (стадії) ГП на підставі клініко-морфологічних даних:

- 1)інтерстиціальний (набряково-серозний);
- 2)деструктивний (панкреонекроз).

Клініка гострого панкреатиту.

В дитячому віці ГП звичайно проявляється у формі інтерстиційного панкреатиту. Головна скарга при цьому – біль у животі. Біль локалізується в епігастрії або в області пупку, розлита, часто ірадіює в ліве підбер'я, ліве плече та лопатку, ліву поясищну область. Іноді біль розташовується у вигляді поперечної полоси від підбер'я до підбер'я, інколи буває опоясуючою. Часто біль провокує жирна, смажена, холодна їжа. Біль полегшується в положенні сидячи, лежачи на животі або зігнувшись на лівому боці.

Біль супроводжується відчуттям тяжкості, розпирання у верхніх відділах животу, метеоризмом, відрижкою. Апетит відсутній, турбує нудота, часто – блювота, що має повторний, багатократний характер, не приносить полегшення. Стул звичайно затриманий. Температура тіла нормальна або субфебрильна. При повторних блювота та сильних болях розвивається колаптоїдний стан.

При об'єктивному огляді звертають на себе увагу блідість або, навпаки, гіперемія обличчя (в результаті гіперкініемії), тахікардія, приглушеність тонів серця, тенденція до артеріальної гіпотензії. Живіт м'який при пальпації, може бути здутий, в епігастрії іноді виявляють болісну попереккову резистентність м'язів (симптом Керте). В проекції підшлункової залози пальпується поперекковий болісний тяж. Позитивні симптоми Мейо-Робсона, Френкеля (нудота та біль в спині при перкусії по мечовидному відростку), Бергмана та Калька (біль при стуканні по лівому підбер'ю. Завжди визначають стійкий біль при глибокій пальпації в зонах Шоффара та Губерґріца, в точці Мейо-Робсона (на межі верхньої та середньої третини по лінії, що з'єднує пуп та кут лівої реберної дуги) та Кача (по лівому краю прямого м'яза животу на 4-6 см вище пупка).

В клінічному аналізі крові може бути незначний лейкоцитоз, нейтрофіліоз із зсувом вліво, іноді невелике підвищення АЛТ, гіпоглікемія. Гіперферментемія (підвищення рівня амілази, ліпази, трипсину) при інтерстиціальному панкреатиті може бути помірною та нетривалою, характерна швидка позитивна динаміка під впливом терапії.

Тяжкі форми ГП (панкреонекроз) у дітей зустрічаються рідко. Для цієї форми характерні дуже інтенсивний біль постійного характеру, невпинна блювота. Типові гемодинамічні розлади: шок, колапс. Стан хворого тяжкий, виражена блідість, акроціаноз. На шкірі навкруги пупку, на бокових та передній поверхні животу, рідше на шкірі обличчя та кінцівок можуть з'являтися плями жовтого або фіолетового кольору в результаті жирового некрозу підшкірно-жирової клітчатки. Тромбогеморагічні розлади у вигляді екхімозів та геморагічної висипки (краплин кровавої роси) на передній поверхні животу, в області сідниць та поясищ. Часто розвивається жовтяниця (механічна та паренхіматозна). Температура тіла субфебрильна або фебрильна. Пульс частий, слабкого наповнення, артеріальна гіпотензія.

Живіт здутий, напружений у зв'язку з супутнім парезом кишечника та випотом ексудату в брюшну порожнину (асцит).

В аналізах крові – виражений нейтрофільний лейкоцитоз, збільшення ШОЕ, тромбоцитопенія. Часто буває гіпопротеїнемія зі зниженням альбумінів та підвищенням альфа-глобулінів, гіперліпідемія, гіперглікемія, глюкозурія, гіпокальціємія, протеїнурія. Сійка і виражена гіперферментемія (підвищення амілази, ліпази, трипсину) або навпаки, активність цих ферментів знижується, що є поганою прогностичною ознакою.

Ускладнення.

Панкреонекроз може давати ранні та пізні ускладнення.

Ранні:

- 1) шок;
- 2) печінкова недостатність;
- 3) ниркова недостатність;
- 4) ДВС, кровотечі;
- 5) цукровий діабет.

Пізні:

- 1) псевдокисти підшлункової залози;
- 2) абсцеси та флегмона підшлункової залози;
- 3) свищі;
- 4) перитоніт.

Діагностика.

Діагноз ГП обґрунтовують на клініко-анамнестичних даних, дослідження відхилення ферментів підшлункової залози та результатах лучової діагностики (УЗД, комп'ютерна томографія).

Дослідження відхилення панкреатичних ферментів визначає, що при ушкодженні, набряку та порушенні відтоку із підшлункової залози збільшується відхилення ферментів у кров та виділення їх із сечею (гіперамілаземія, амілазурія, гіперліпаземія). Співвідношення інгібітор/трипсин при ГП знижено. Може бути гіперглікемія, гіпокальціємія, підвищення активності трансаміна.

При лучовій діагностиці (УЗД, комп'ютерній або магнітно-резонансній томографії) характерно дифузне збільшення підшлункової залози в розмірах, зниження ехогенності тканини, нечітка візуалізація контурів, візуалізація кіст.

Диференційний діагноз ГП проводять з багатьма захворюваннями, що супроводжуються інтенсивним болем в животі: перфорацією виразки, гострою кишковою непрохідністю, печінковою колікою, гострим апендицитом, гострим холециститом та ін.

Лікування.

При підозрі на ГП хворого треба негайно госпіталізувати. На до госпітального етапі потрібно ввести анальгетики та спазмолітики.

Дієта. В перші 3 доби – голодування з поступовим розширенням дієти до столу №5 на 6 місяців.

Медикаментозна терапія повинна вирішити наступні питання:

- 1) ліквідація больового синдрому (анальгетики, спазмолітики, холінолітики);
- 2) пригнічення функціональної активності підшлункової залози (Н-гістаміноблокатори, препарат соматостатину – сандостатин (окреотид));
- 3) зменшення ферментативної токсемії (інгібітори протеоліза, глюкозо-сольові розчини, плазма, плазмоферез, гемосорбція);
- 4) ліквідація моторних порушень (прокінетики);
- 5) призначення панкреатичних ферментів;
- 6) профілактика гнійних ускладнень (антибіотики).
- 7) фітотерапія (гусина лапчатка, чистотіл, календула, корінь алтею);
- 8) мінеральні води низької мінералізації (боржомі, слав'янська, есенцуки №4, джем рук, миргородська, нафтуса) без газу, тепла.

Диспансерне спостереження дітей з гострим панкреатитом триває на протязі 3 років: 1-й рік – 4 рази, 2-й рік – 2 рази на рік, крім клінічного огляду рекомендується

дослідження сечі на амілазу, копро грама, УЗД. Через 3 роки дитину переводять до групи загрожених по хронічному панкреатиту з одним щорічним оглядом на проязі 2 років.

Хронічний панкреатит (ХП) – запальне дегенеративне захворювання підшлункової залози, тривалістю більше 6 місяців.

Етіологія.

1. Генетична схильність.
2. Алергія.
3. Тривала протокова гіпертензія (обструкція) підшлункової залози при захворюваннях жовчовивідних шляхів, дванадцятипалої кишки та патології сфінктера Одді.
4. Дизметаболічні розлади: гіперліпідемія, гіперпаратіреоз, цукровий діабет та ін.
5. Системні захворювання (муковісцидоз, ниркова недостатність, саркоїдоз, червоний вовчак).

Патогенез.

Розрізняють 3 патогенетичні варіанти ХП:

- 1) обструктивний ХП (коли підвищений тиск в протоці підшлункової залози призводить до його рівномірного розширення);
- 2) кальцифікуючий (дизметаболічний) ХП (з'являються відкладення білкових мас в мілких протоках підшлункової залози);
- 3) паренхіматозний (імунопатологічний) ХП (продукти деструкції тканини підшлункової залози самі грають роль антигенів, підсилюючи специфічну сенсibiliзацію та утворення ауто антитіл до тканинних антигенів підшлункової залози, різних компонентів ацинарних структур, о-ДНК, д-ДНК, н-ДНК, до трипсину, інсуліну).

Патоморфологія.

В початковій стадії ХП патологічний процес може бути обмеженим, потім розповсюджується і в пізніх стадіях стає дифузним. ХП у фазі загострення звичайно проявляється некрозом ацинарних клітин, у фазі затухання – розвитком на місці загиблої паренхіми сполучної тканини. По мірі прогресування захворювання вираженість склеротичних змін залози зростає. Вихід ХП – склероз підшлункової залози.

Класифікація.

ХП розрізняють:

- 1) за походженням: первинний та вторинний (на фоні захворювань органів травлення);
- 2) за перебігом: рецидивуючий, з постійними болями та латентний;
- 3) за періодом: загострення, субремсії та ремісії;
- 4) за тяжкістю: легкої, середньої тяжкості та тяжкої (відповідно ступеню екзокринної недостатності).

Клініка.

Розрізняють 3 варіанта перебігу ХП.

I. Рецидивуючий ХП характеризується хвильоподібним перебігом, чередуванням періодів загострення та ремісії. Домінуючий симптом – біль, яка за походженням може бути сфінктерною та капсульною. Біль може супроводжуватися нудотою, блювотою. Об'єктивно при пальпації животу позитивні симптоми Керте, Кача, Гротта (витончення підшкірно-жирового прошарку зліва від пупку), болісність у точці Мейо-Робсона, зонах Шоффара та Губергріца. Ознаки екзокринної недостатності підшлункової залози: частий та розжижений стул, поліфекалія, а в копрограмі – стеаторея нейтральним жиром, в тяжких випадках – стул жирний, блискучий, погано змивається, збільшується дефіцит маси тіла. Загострення при рецидивуючому ХП тривають 2-3 дні, рідше до 7-8 днів.

II. ХП з постійними болями: характеризується в'ялим запальним процесом (частіше аутоімунним), без явних загострень та ремісій. Діти скаржаться на несильні постійні болі в

проекції підшлункової залози на протязі декількох тижнів і навіть місяців. Супроводжується проявами астеновегетативного синдрому, схудненням, може бути субфібрилитет. Зовнішньо секреторна недостатність характеризується періодичним розжиженням стулу, метеоризмом, поліфекалією, стеатореєю. Кал кашкоподібний з жирним блиском. При пальпації животу відмічають болісність в точках та зонах підшлункової залози.

III. Латентна форма ХП характеризується практичною відсутністю болі при збільшенні симптомів зовнішньо секреторної панкреатичної недостатності. При об'єктивному дослідженні виявляють пальпаторну болісність підшлункової залози.

В рідких випадках при ХП може розвиватися внутрішньо секреторна недостатність підшлункової залози. Спочатку вона проявляється симптомами гіпо глікемії через 1,5-2 години після прийому їжі, а пізніше з'являється симптоматика цукрового діабету.

Діагностика.

1. Лабораторні методи, що підтверджує загострення захворювання: методи виявлення відхилення панкреатичних ферментів (підвищується рівень амілази, ліпази та знижується співвідношення інгібітор/трипсин). Інколи застосовують провокаційні тести з введенням прозерину або глюкози.
2. Оцінка зовнішньо секреторної функції підшлункової залози проводять:
 - а) при копрологічному дослідженні виявляють стеаторею нейтральним жиром, а в більш тяжких випадках – поєднання стеатореї та креатореї);
 - б) при ліпідогаммі калу з визначенням триглицеридів в калі методом тонкослойної хроматографії;
 - в) допомогою непрямого ВТ-РАВА-тесту в сечі знижується екскреція параамінобензойної кислоти, що свідчить про порушення протеолізу;
 - г) дослідження вмісту бікарбонатів та панкреатичних ферментів в дуоденальному вмісту;
 - д) зниження еластази в калі нижче 150 мкг/г.
3. Інструментальні методи діагностики ХП.
 - а) УЗД: типовим для ХП є гіперехогенність підшлункової залози, можливо чередування гіперехогенних та гіпоехогенних місць, утворення псевдо кист, зміна розмірів (збільшення) та контурів і форми залози, нерідко підкреслений контур; може бути розширення протоку підшлункової залози;
 - б) комп'ютерна томографія дозволяє більш точно виявити розміри та структуру залози, наявність кіст, вогнищ некрозу.
 - в) ретроградна холангіопанкреатографія використовується при обструктивному панкреатиті для встановлення ричини обструкції.

Для діагностики супутньої патології жовчовивідних шляхів та дванадцятипалої кишки всім дітям з ХП проводять ФГДС, УЗД жовчного міхура та печінки, холецистографію, іноді рентгеноскопію шлунку та дванадцятипалої кишки з барієм.

Лікування загострення ХП проводять аналогічно лікуванню ГП:

- 1) дієтотерапія – стіл №5;
- 2) призначення препаратів, що поліпшують обмінні процеси, ліпот ропні;
- 3) застосування панкреатичних ферментів;
- 4) нормалізація кишкової флори біопрепаратами;
- 5) фітотерапія (березові листя, календула, квітки коров'яка, лабазника, сім'я льну, корінь солодки, трава сушениці, хвошу, фіалки трилистої).

Лікування в періоді ремісії ХП:

- 1) дієтотерапія – стіл №5;
- 2) стимулююча терапія (полівітаміни);
- 3) фізіотерапія (електрофорез з ліпазою, нікотиновою кислотою, озокерит);
- 4) санаторно-курортне лікування в санаторіях Залізноводська, Єсентуків, Трускавцю, Моршину, Джемруку;

- 5) мінеральні води низької мінералізації (боржомі, слав'янівська, есенуки №4, джем рук, миргородська, нафтуса) без газу, тепла.
- 6) Бажана поступова відміна ферментних препаратів і тільки при стійких симптомах – замісна терапія ферментами по життєво.

Показання до хірургічного лікування при ХП:

- 1) кіста підшлункової залози;
- 2) органічний дуоденостаз;
- 3) звуження або обтюрція холедоху;
- 4) рубцеве звуження в області футерова соску.

Диспансерне спостереження дітей з **хронічним панкреатитом** в періоді реконвалесценції (1 рік) педіатром проводиться 4 рази на рік, оториноларингологом та стоматологом – 2 рази на рік, гастроентерологом – 4 рази на рік, неврологом – за показаннями, ЗАК – 2 рази на рік, ЗАС – 1 рази на рік, аналіз сечі на діастазу – 4 рази на рік, біохімічне дослідження крові (цукор, білірубін, амілаза, тимолова проба, АСТ, АЛТ) – 2 рази на рік, копрограма – 2 раз на рік, фракційне зондування шлунку, дуоденальне зондування – 1 раз на рік, УЗД - 1 раз на рік. Дієта №5.

В періоді ремісії (з 2 – 3-го року) – педіатр оглядає 2-3 рази на рік, оториноларинголог, стоматолог – 2 рази на рік, гастроентеролог – 2 рази на рік, невролог – за показаннями. ЗАК – 2 рази на рік, ЗАС – 2 раз на рік, аналіз сечі на діастазу – 2 рази на рік, біохімічне дослідження крові (цукор, білірубін, амілаза) – 1 раз на рік, копрограма – 1 раз на рік, фракційне зондування шлунку, дуоденальне зондування, УЗД – за показаннями. Дієта № 5.

В періоді стійкої ремісії (4-5 рік) педіатр оглядає 2 рази на рік, оториноларинголог, стоматолог – 1 раз на рік, гастроентеролог, невролог – за показаннями. ЗАК – 1 раз на рік, ЗАС – 2 раз на рік, аналіз сечі на діастазу – 2 рази на рік, біохімічне дослідження крові (амілаза) – 1 раз на рік, копрограма – 1 раз на рік, зондування шлунку, дуоденальне зондування, УЗД – за показаннями. Дієта №5.

З диспансерного обліку знімають через 5 років стійкої ремісії після стаціонарного обстеження.

3.3 Рекомендована література

Базова література

1. “Медицина дитинства” / Під редакцією П.С.Мощика. – Київ “Здоров’я”. – Том 1. – С.543 - 582.
2. Майданник В.Г. Педиатрия. –Харьков, Фолио.- 2002. - стр. 6 – 26,26 – 31
3. Шабалов Н.П. Детские болезни. Учебник.-Питер-Ком, С-Пб.,2010.-1080с.
4. Прохоров Є.В., Волосовець О.П., Гелескул Л.М., співавтори. Гастроентерологія дитячого віку - Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. - 160 с.
5. Лекції кафедри
6. Тестові завдання з педіатрії / За ред. чл.-кор. АМН України, проф. В.Г. Майданника.- К., 2007.-429 с.
7. Хертл М. Дифференциальная диагностика в педиатрии.- М.:Медицина, 1990. - 1064 с.
8. “Медицина дитинства” / Під редакцією П.С.Мощика. – Київ “Здоров’я”. – Том 1. – С.543 - 582.
9. Шабалов Н.И. Детские болезни. –С.-Петербург.Питер.- 1999.- стр. 149 – 170.
10. Учебник «Педиатрия», т. I, под редакцией профессора В.В. Бережного (Киев, 2013, 1040 с.)

Допоміжна література

1. Гасилина Т.В., Бельмер С.Б. Панкреатиты у детей // Лечащий врач. — 2009. — № 1. — С. 16-18.

2. Захарова И.Н., Коровина Н.А., Малова Н.Е. Экзокринная недостаточность поджелудочной железы // Вопросы современной педиатрии. — 2003. — Т. 2, № 5. — С. 44-50.
3. Казак С.С. Вторинна екзокринна недостатність підшлункової залози у дітей та підлітків // Мистецтво лікування. — 2008. — № 3. — 14-16.
4. Пахомова И.Г., Успенский Ю.П. Хронический алкогольный панкреатит: клинические возможности повышения эффективности терапии // Consilium medicum. — 2009. — № 2.
5. Вороненко Ю.В., Кузнецова Л.В., Пухлик Б.М., Гуляр С.О., Фролов В.М., Прилуцкий О.С., Альошина Р.М., Гавриленко Т.И., Осипова Л.С., Бобров О.С., Літус В.І., Назар О.В., Пілецький А.М., Романюк Л.І., Грем'яков В.О., Кузнецов О.Г. // Алергологія. — 2008. — С. 242.
6. [Патология поджелудочной железы, первичная и вторичная панкреатическая недостаточность при заболеваниях кишечника](#) Авторы: Н.Б. Губергриц, Г.М. Лукашевич, О.А. Голубова, П.Г. Фоменко - Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького [Газета «Новости медицины и фармации» Гастроэнтерология \(434\) 2014\(тематический номер\)](#)
7. Ефективність застосування Пангролу у дітей з екзокринною недостатністю підшлункової залози Авторы: М.І. Кінаш, Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського; А.Б. Кабакова, Обласна дитяча комунальна клінічна лікарня, м. Тернопіль Газета «Новости медицины и фармации» Гастроэнтерология (279) 2015 (тематический номер)

3.4. Матеріали для самоконтролю

3.4.1. Питання для самоконтролю, які слід записати в зошиті та вміти відповісти усно

- 1.Знати форми ураження підшлункової залози у дітей.
- 2.Вміти виділити етіологічні фактори при гострому та хронічному панкреатиті
- 3.Знати патогенетичні та патоморфологічні аспекти ушкодження тканини підшлункової залози.
- 4.Класифікація та клініка гострого та хронічного панкреатитів.
- 5.Виділити особливості перебігу панкреатитів у дітей та вміти поставити попередній клінічний діагноз.
- 6.Скласти план обстеження та проаналізувати дані лабораторних та інструментальних обстежень при типовому перебігу гострого та хронічного панкреатитів: загальноклінічний, дослідження відхилення панкреатичних ферментів, УЗД, комп'ютерна томографія.
- 7.Володіти принципами лікування, реабілітації і профілактики при панкреатитах.
- 8.Проводити диференціальну діагностику панкреатитів у дітей.
- 9.Визначити прогноз при панкреатитах.
10. Володіти морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації в гастроентерології віку.

3.4.2. Тести для самоконтролю

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

- 1 Хлопчик віком 13 років перехворів на гострий панкреатит 3 роки тому. Останнім часом скаржиться на біль у верхній частині живота. При огляді – позитивний симптом Гротта, Кача. Що є найінформативнішим критерієм ураження підшлункової залози?
 - A Гіперфосфатемія
 - B Гіперамілаземія
 - C Гіпербілірубінемія
 - D Підвищення рівню АСТ
 - E Гіперпротеїнемія
 - F Синдром подразненого кишечника
- 2 У хлопчика 7 років після порушення дієти з'явився гострий біль в животі, нудота, блювання. В анамнезі перинатальне ураження ЦНС. Стан важкий за рахунок диспептичного, больового та інтоксикаційного синдромів. Об'єктивно: біль в животі, що віддає навкруг спини, в точці Мейо-Робсона, зонах Шоффара та Губергріца, позитивні симптоми Гротта, Кача, Керте. При УЗД- гіперехогенність підшлункової залози, збільшення її розмірів, розширення Вірсунгової протоки. Найбільш вірогідний діагноз?
 - A Гіпермоторна дискінезія жовчного міхура
 - B Хронічний холецистит, період загострення
 - C Хронічний гастродуоденіт, період загострення
 - D Хронічний панкреатит, період загострення
 - E Гіпомоторна дискінезія жовчного міхура
- 3 У дитини 5 років після вжитого тістечка з білковим кремом появилась нудота, блювота, слабкість, біль у животі, що віддає на спину. При огляді: стан середньої тяжкості, шкіра бліда, чиста, язик обкладений білим нальотом, живіт болісний у зонах Шоффара та Губергріца, позитивні симптоми Гротта, Кача, менінгеальні знаки – негативні. Яке з приведених лікувальних заходів буде першочерговим?
 - A Дезінтоксикаційна терапія
 - B Антибактеріальна терапія
 - C Промивання шлунку
 - D Лікування біопрепаратами
 - E Ферментотерапія
- 4 У хлопчика через декілька днів після збільшення привушних слинних залоз підвищилась температура до 38⁰С, знизився апетит, відмічалась нудота, повторне

блювання. З'явився нападopodobний біль в животі, рідкі випорожнення. Діастаза сечі – 128 одиниць. Найбільш імовірний діагноз

- A Кишкова інфекція
- B Дисбактеріоз кишечника
- C Гострий апендицит
- D Гострий холецистит
- E Паротитний панкреатит

5 Яке захворювання не входить до групи генетично детермінованих пептичних захворювань:

- A Функціональні захворювання шлунку з гіпершифозом;
- B Хронічний антральний гастрит (гастрит типу «B»)
- C Хронічний дуоденіт:
- D Хронічний поширений гастрит (гастрит типу «A»)
- E Хронічний панкреатит.

6 Ведучий клінічний синдром при гострому панкреатиті:

- A. Больовий
- B. Диспептичний
- C. Астено-вегетативний
- D. Діенцефальний
- E. Інтотоксикаційний.

7 Хлопчик 15 років поступив в гастроентерологічне відділення зі скаргами на болі в животі, пов'язані з жареною їжею і прийомом газованих напоїв, почуття тяжкості в верхній половині живота у зонах Шоффара та Губергріца, біль віддає на спину, позитивні симптоми Гротта, Кача, Керте. Печії не буває, апетит знижений. Загострення не пов'язані з порою року, а з'являються після жирної та гострої їжі.

- A Панкреатит
- B Кишкова інфекція
- C Дисбактеріоз кишечника
- D Гострий апендицит
- E Гострий холецистит

ЗАДАЧІ

1. Хлопчик 13 років поступив в гастроентерологічне відділення. З 10 річного віку хлопчика турбують болі ниючого характеру в животі, пов'язані з жареною їжею і прийомом газованих напоїв, почуття тяжкості в верхній половині живота у зонах Шоффара та Губергріца, біль віддає на спину, позитивні симптоми Гротта, Кача, Керте.

Печії не буває, апетит знижений. Загострення не пов'язані з порою року, а з'являються після жирної та гострої їжі. До лікаря не звертався. При огляді у хлопчика астенична конституція, харчування знижене, блідий, тіні під глазами, ознаки ваготонії. При пальпації живота виявлені болючість в у зонах Шоффара та Губерґріца, біль віддає на спину, позитивні симптоми Гротта, Кача, Керте. Язик обложений густим білим нальотом.

Ваш попередній діагноз?

Який план обстеження?

Лікування та профілактика.

2. При ультразвуковому обстеженні дитини 13 років виявлені такі зміни підшлункової залози: гіпоехогенність, збільшення її розмірів, розширення Вірсунгової протоки, нечітка візуалізація контурів.

Ваш попередній діагноз?

Який план обстеження?

Лікування та профілактика.

3. Хворий 14 років звертався до дільничного педіатра двічі за півтори року, не обстежений. Після жареної та жирної їжі турбують болі в животі у зонах Шоффара та Губерґріца, біль віддає на спину, позитивні симптоми Гротта, Кача, Керте. Влітку відчувається здоровим. Інколи з'являється нудота, печія, блювання. Апетит знижений. Стул більше до закріпів. Підліток неврівноважений, часто заморюється, непокоють головні болі, погіршилось навчання в школі. При об'єктивному обстеженні: харчування знижене, кисті та стопи холодні, вологі. Пульс 58-60 за хвилину, АД 95/60мм.рт.ст.. Язик обложений білим нальотом з оттисками зубів на боковій поверхні, Поширена болючість у зонах Шоффара та Губерґріца, позитивні симптоми Гротта, Кача, Керте. В

Ваш попередній діагноз?

Який план обстеження?

Лікування та профілактика.