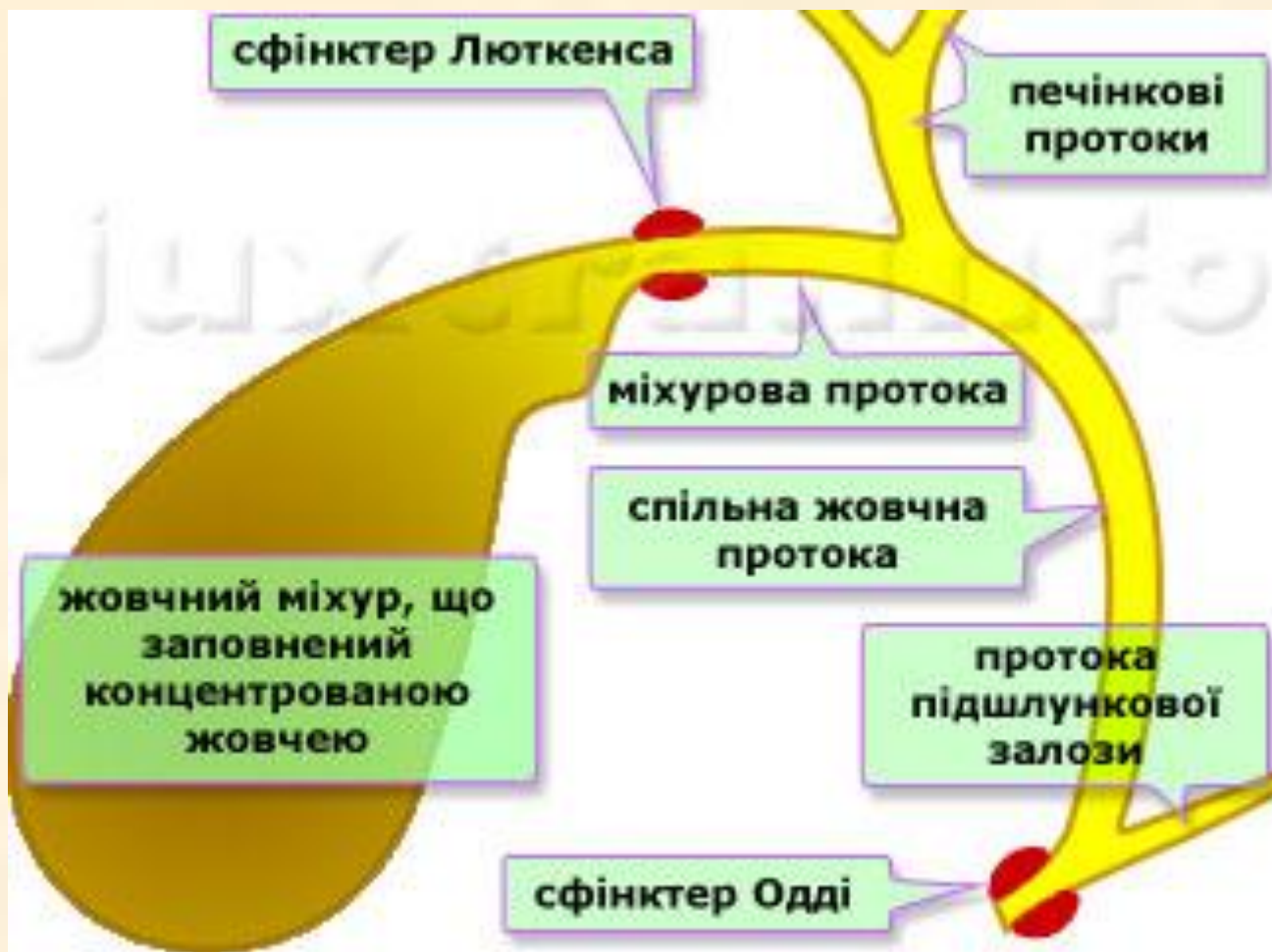


**Захворювання печінки, жовчних
шляхів, підшлункової залози.
Стоматити. Гельмінтози.**

План лекції

1. Захворювання жовчного міхура:
функціональні розлади,
холецистохолангіт
2. Захворювання печінки
3. Захворювання підшлункової залози
4. Стоматити
5. Гельмінтози



Функціональні розлади біліарного тракту (ФРБТ)

- функціональні порушення моторики жовчного міхура (ЖМ) та (чи) тonusу сфінктерного апарату внаслідок незгодженого, несвоечасного, недостатнього чи надмірного скорочення жовчного міхура та (чи) сфінктерного апарату.
- Захворювання поліетіологічне, генетично детерміновано.

Класифікація функціональних розладів жовчного міхура та сфінктера Одді (Римський III Консенсус)

- Е. Функціональний розлад жовчного міхура та сфінктера Одді
- Е1. Функціональний розлад жовчного міхура
- Е2. Функціональний біліарний розлад сфінктера Одді
- Е3. Функціональний панкреатичний розлад сфінктера Одді

За локалізацією:

- А. Дисфункція жовчного міхура.
- Б. Дисфункція сфінктера Одді.

2. За етіологією:

- А. Первинні.
- Б. Вторинні.

3. За функціональним станом:

- А. Гіпофункція або гіперфункція жовчного міхура.
- Б. Спазм або недостатність сфінктера Одді.

Клінічні форми ФРБТ:

1. гіперкінетично-гіпертонічна
2. гіперкінетично-гіпотонічна
3. гіпокінетично-гіпотонічна
4. гіпокінетично-гіпертонічна

5. (м.б. варіанти поєднання з нормальним тонусом сфінктерів або кінетикою жовчного міхура)

Основні клінічні синдроми

- 1. Больовий
- 2. Диспепсичний
- 3. Холестатичний (біохімічні прояви)

Больовий синдром

- Гіпертонічна форма:

1. Біль гострий, нападopodobний, короткотривалий (5-15 хв.)

- Гіпотонічна форма:

1. Біль майже постійний, тупий, ниючий, періодично посилюється.

Відчуття тяжкості, дискомфорт в правому підребер'ї

Диспепсичні прояви

- зниження апетиту;
- гіркота в роті;
- нудота, рідко блювання;
- зміна випорожнень;
 - а) при гіпотонічній – схильність до закрепів;
 - б) при гіперкінетичній – до проносів.

Синдром холестазу

підвищення рівня:

- сироваткового холестерину,
- лужної фосфатази,
- ГГТП,
- загального білірубину за рахунок прямої фракції

Діагностичні критерії функціонального розладу жовчного міхура

- біліарний біль у поєднанні з нормальними показниками печінкових ферментів, кон'югованого білірубіну, амілази / ліпази
- при гіпокінетичному типі дисфункції можливий помірно виражений біохімічний синдром холестазу - підвищення рівня сироваткового холестерину, лужної фосфатази, ГГТП, загального білірубіну за рахунок прямої фракції;
- дисфункція жовчного міхура за результатами УЗД.

Діагностичні критерії гіпотонічно-гіпокінетичної форми дискінезії жовчних шляхів (ДЖШ)

- тривалість хвороби більше року;
- майже постійний больовий синдром, періодичне посилення болю виникає при вживанні жирних страв, після фізичного навантаження;
- біль тупий, ниючий, стискальний, може бути дискомфорт в правому підребер'ї;

Діагностичні критерії гіпотонічно-гіпокінетичної форми дискінезії жовчних шляхів (ДЖШ)

- болючість при пальпації в правому підребер'ї, міхурові симптоми позитивні, печінка збільшена в розмірах;
- виражений диспепсичний синдром (зниження апетиту, нудота, закрепи);
- ультразвукове дослідження: збільшений в розмірах жовчний міхур, зменшення його поперечника після стимулюючого сніданку менше, ніж на 33%.



Діагностичні критерії гіпертонічно-гіперкінетичної форми дискінезії жовчних шляхів

- тривалість хвороби до 1 року;
- больовий синдром виникає на фоні негативних емоцій, фізичного перевантаження, після вживання холодних страв або напоїв;
- гострий короткотривалий, нападopodobний біль в правому підребер'ї, колючого, різучого характеру;
- між нападами болю самопочуття добре;

Діагностичні критерії гіпертонічно-гіперкінетичної форми дискінезії жовчних шляхів

- болючість при пальпації в правому підребер'ї, міхурові симптоми слабкопозитивні, печінка рідко збільшена в розмірах;
- диспепсичний синдром: схильність до проносів;
- ультразвукове дослідження: зменшення в розмірах жовчного міхура, в першу чергу його поперечника, після вживання стимулюючого сніданку більше ніж на 65 %.

Діагностичні критерії функціонального панкреатичного розладу

- Епігастральний біль у поєднанні з підвищенням рівня амілази / ліпази сироватки крові;
- можливо, ознаки біохімічних проявів синдрому холестазу.

Основи лікування гіпертонічно-гіперкінетичної форми ДЖШ

1. Дієта № 5
2. Седативні препарати -фітопрепарати, гомеопатичні засоби
3. Спазмолітичні препарати: платифілін, папаверин, но-шпа, метеоспазміл, екстракт валеріани.
4. Холеретичні жовчогінні препарати: галстена, холагон, алахол, холензин, циквалон, гідрохолеретики.
5. Фізіотерапія: - теплові процедури (озокерит, парафінові аплікації, діатермія на область правого підребер'я), індуктотермія, електрофорез із спазмолітиками на область правого підребер'я, ультразвук;
6. ЛФК



Квитка С.
С.

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.

Хронічний холецистохолангіт

Головні чинники

- Значну роль 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 здійснюється за рахунок умовно-патогенної мікрофлори з нижніх відділів травного каналу (кишкова паличка, стрептокок, ентерокок, протей, також ентеровіруси, патогенні гриби, найпростіші).

Клінічні прояви

У період загострення:

- Виражений больовий синдром. У хворих із гіперкінетичною дискінезією – короткочасний інтенсивний переймистий біль, із гіпокінетичною формою – ниючий, тупий, розпираючий біль у ділянці правого підребер'я.
- Диспепсичні явища частіше у вигляді закрепів. Спостерігають поганий апетит, нудоту, блювання, гіркоту в роті.
- Астеновегетативний синдром виявляється підвищеною втомлюваністю, слабкістю, млявістю, головним болем, розладами сну.
- Синдром загальної інтоксикації проявляється блідістю шкірних покривів, обкладеним язиком, неприємним запахом із рота.

Об'єктивне обстеження

- - болючість під час пальпації у ділянці правого підребер'я,
- - симптом Кера-Образцова : болісність під час пальпації у правому підребер'ї, в проекції жовчного міхура,
- - симптом Ортнера : болісність унаслідок постукування ребром долоні по правій ребровій дузі,
- - симптом Мерфі: внаслідок натискання рукою в ділянці проекції жовчного міхура у положенні хворого сидячи у нього з'являється болісність, особливо на вдихові.
- - характерними симптомами хронічного холецистохолангіту є збільшення та ущільнення печінки (+ 2-4 см) та чутливість її під час пальпації.

СИМПТОМАТИКА ПРИ ХОЛЕЦЕСТИТІ

СИМПТОМ ЗАХАР'ІНА: біль при натисканні в ділянці жовчного міхура



СИМПТОМ ОБРАЗЦОВА-МЕРФІ: після натискання жовчного міхура хворому пропонують вдихнути, при цьому хворий "затамовує" подих від болю в ділянці жовчного міхура



СИМПТОМ ОРТНЕРА: болючість при постукуванні ребром долоні по правій реберній дузі



СИМПТОМ ВАСИЛЕНКО: при постукуванні в ділянці жовчного міхура на висоті вдиху з'являється різкий біль



СИМПТОМ КЕРА: біль при вдиху під час пальпації правого підребер'я



СИМПТОМ МЮССІ-ГЕОРГІЄВСЬКОГО: біль в ділянці діафрагмального нерва (френікуссимптом)



Клінічні прояви (продовження)

- У період неповної клінічної ремісії:
- Скарги відсутні, але існує помірна больова чутливість під час пальпації живота та ознаки хронічної інтоксикації.
- У період повної клінічної ремісії :
- Відсутні скарги, біль під час пальпації живота, ознаки інтоксикації

Лікування холецистохолангіту

- Госпіталізація дитини на 3-4 тижні.
- Збільшити кількість споживання їжі до 5-6 разів на добу. Виключити смажені страви, жирні, копченості.
- Застосовувати антибіотики широкого спектру дії (еритроміцин, олеандоміцин, лінкоміцин, оксацилін, ампіцилін, ампіокс), препарати нітрофуранового ряду. Курс лікування 14 днів.
- Застосовувати еубіотики для запобігання розвитку дисбактеріозу (біфідумбактерин, лактобактерин, лінекс).
- Застосовувати жовчогінні препарати.
- З метою зняття запального процесу - фітотерапія.

Захворювання печінки

- Незважаючи на значні успіхи медичної науки у боротьбі з різними хворобами, рівень розповсюдженості захворювань печінки лишається високим. Найбільшу групу серед гепатитів складають вірусні ураження печінки.

Таблица 3. Основные клинические синдромы при заболеваниях печени

Наименование	Проявления
Астеновегетативный	Слабость, утомляемость, плохая работоспособность, нервозность, плохое настроение
Болевой	Боль в области печени, постоянная, ноющая, довольно интенсивная, усиливается после физической нагрузки
Диспептический	Сниженный аппетит. Постоянная мучительная тошнота, усиливающаяся при приеме пищи, лекарств, метеоризм, неустойчивость стула, ощущение тяжести в эпигастрии, отрыжка, вздутие живота, запоры, непереносимость жирной пищи
Гепатомегалии	Выявляется во всех случаях ХГ. Печень выступает из-под края реберной дуги, умеренно плотная, край заострен, пальпация болезненная. Ремиссия сопровождается заметным уменьшением печени
Лихорадки	Лихорадка носит нередко рецидивирующий характер и достигает при тяжелых формах 38–40 °С
Холестатический синдром	Зуд кожи, ахоличный кал, темно-коричневая окраска мочи. Нестойкая или перемежающаяся желтушность склер, видимых слизистых и кожи. Желтуха — частый, но не обязательный симптом
Суставной	Множественные мигрирующие артралгии с преимущественным поражением крупных суставов
Геморрагический	Повышенная кровоточивость. Кровоизлияния и синяки на коже, подкожной жировой клетчатке, кровоточивость десен, носовые кровотечения, гематурия, кровянистые выделения из влагалища
Портальной гипертензии	Стойкая диспепсия без патологии желудка, метеоризм, периодически поносы, уменьшение массы тела, варикозное расширение вен пищевода с рецидивирующими кровотечениями, спленомегалия

Основні принципи лікування ХГ

- Незалежно від етіології ХГ, у фазі загострення загальні заходи включають дієтичне харчування з огляду на наявність супутніх захворювань органів травлення (лікувальний стіл №5,3 або 4в для дітей із захворюванням кишечника), усунення чинників, які можуть провокувати загострення ХГ (інсоляція, респіраторна вірусна інфекція, вакцинація), дезінтоксикаційну терапію, гепатопротектори.
- Постільний режим рекомендують хворим з високоактивним ХГ, тривалість якого визначають строком досягнення стійкої стабілізації клініко-параклінічних показників.
- Обмеження фізичного навантаження. Тривалість нічного сну – не менше 8-9 годин.
- У фазі ремісії без супутніх захворювань органів травлення показаний стіл №15.

Панкреатит

- Панкреатит – це запальне захворювання підшлункової залози, яке зустрічається у дорослих і дітей. Перебіг панкреатиту може бути гострим або хронічним. Основними причинами розвитку панкреатиту у дітей є грубі порушення харчування, травми, а також аномалії розвитку органів черевної порожнини.



Квитка С.

С.

Панкреатит

- **Гострий панкреатит** у дітей розвивається рідко і характеризується частковим руйнуванням підшлункової залози з появою болі у верхній частині живота, нудоти, розлади стільця. **Хронічний панкреатит** у дітей часто протікає безсимптомно, і рідко проявляється періодичними загостреннями з появою болі у верхній частині живота, нудоти, блювоти, зниження апетиту та ін

Панкреатит

- Діагностика панкреатитів у дітей заснована на біохімічному аналізі крові, який виявляє підвищення активності в крові ферментів підшлункової залози, а також на УЗД органів черевної порожнини.

Панкреатит

- Лікування панкреатитів у дітей здійснюється за такими принципами: дотримання дієти, зниження болю і забезпечення спокою запаленої підшлунковій залозі.

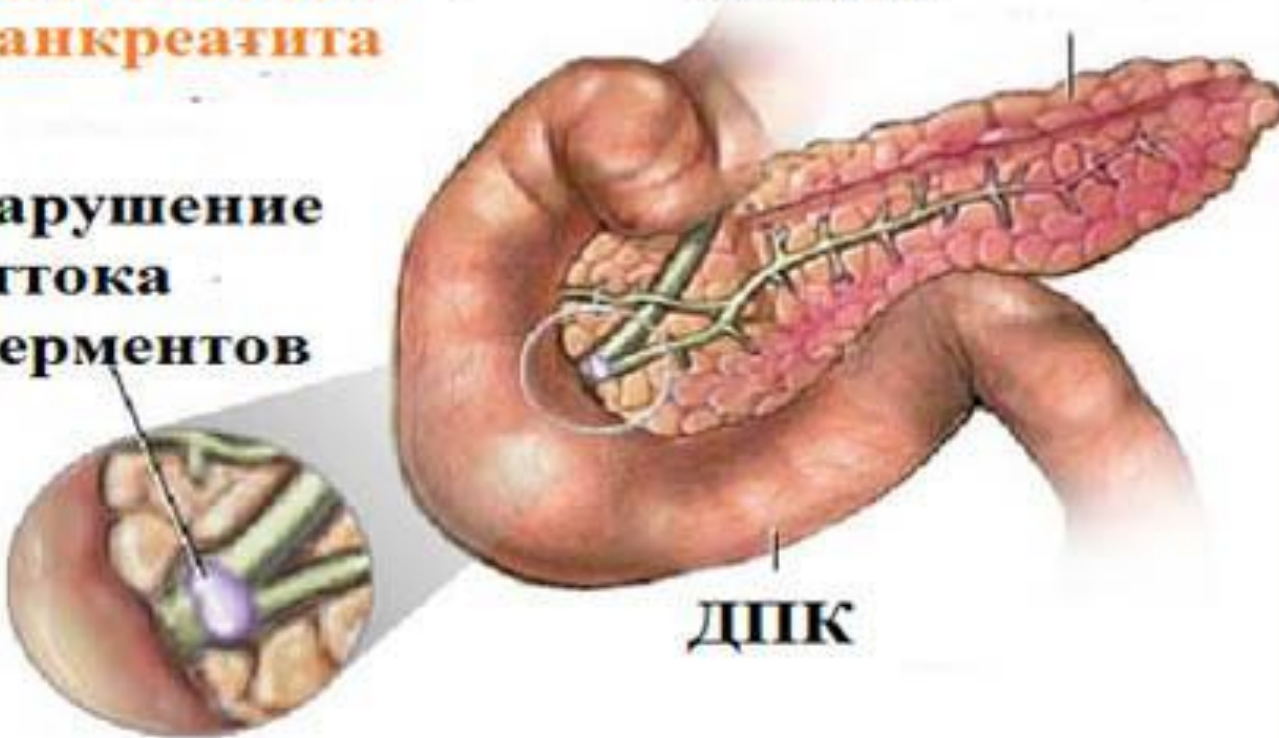
Реактивний панкреатит

- Реактивний панкреатит – найчастіший вид панкреатиту, який розвивається у дітей. У дитячому організмі практично будь-який інфекційний процес призводить до розвитку реактивного панкреатиту. Так, слід очікувати появу симптомів панкреатиту у дитини, який переніс ГРЗ, ГРВІ, гострий гастроентерит (отруєння неякісними харчовими продуктами) та інші запальні захворювання. Симптоми реактивного панкреатиту схожі з такими при гострому панкреатиті.

**механизм развития
реактивного
панкреатита**

**поджелудочная
железа**

**нарушение
оттока
ферментов**



Стоматити

- Стоматит - запальне захворювання слизової оболонки ротової порожнини.



Причини виникнення

- Значне місце відводиться бактеріальному чиннику. Збудниками захворювання є: стрептокок, стафілокок, віруси, гриби. Стоматит може бути одним із ускладнень антибіотикотерапії.
- 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

Клініка стоматиту

Катаральний (бактеріальний) стоматит характеризується:

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



Квитка С.
С.

Клініка стоматиту

Афтозний (або вірусний, герпетичний) стоматит характеризується:

- підвищення температури тіла до 39-40*С,
- зниження апетиту, загальна слабкість,
- порушення сну, дратливість,
- збільшення підщелепних і шийних лімфовузлів, гіперемія та набряклість слизової оболонки ротової порожнини, поява афт –ерозій діаметром 1-5 мм, круглої або овальної форми, вкритих жовтувато-сірим нальотом, оточених червоним обідком,
- болісність під час жування, обкладений язик,
- сухість губ, тріщини в кутах рота.



Квитка С.
С.

Клініка стоматиту

Виразково-некротичний стоматит виникає як наслідок прогресування катарального або афтозного стоматиту. Запалення охоплює всі шари тканин щоки і характеризується:

- дуже важкий стан дитини, температура тіла 39-40*С і практично не знижується під дією жарознижувальних препаратів,
відсутній апетит, дитина млява, в контакт з оточуючими вступає погано,
гіперемія та набряклість слизової оболонки ротової порожнини,
- поява на зміненій слизовій оболонці афт - ерозій діаметром 1-5 мм, круглої або овальної форми, вкритих жовтувато-сірим нальотом, оточених червоним обідком,
- поява на слизовій оболонці рота глибоких виразок, дно яких вкрито біло - сірим нальотом,
болісність під час жування, обкладений язик,



Квитка С.
С.

Клініка стоматиту

- Медикаментозний стоматит виникає на 3-4 добу після лікування антибіотиками. Він починається подібно до афтозного. Характеризується:
- підвищення температури тіла до 39 - 40*С,
- порушення апетиту, сну, дратливість, болісність у ротовій порожнині, збільшення підщелепних лімфовузлів,
- гіперемія та набряклість слизової оболонки ротової порожнини,
- поява пухирів на слизовій оболонці, які лопають і лишають по собі ерозії. Ерозії поступово вкриваються нальотом сірого кольору,
- болісність, неприємний запах із рота.

Клініка стоматиту

Кандидозний стоматит (пліснявка) виникає внаслідок патогенної дії дріжджоподібних грибів роду *Candida*, які діти можуть отримувати за таких умов:

- слабокисле 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:

- підвищення температури тіла до $37-37,5^{\circ}\text{C}$,
- відмова від їжі через болісність під час смоктання,
- гіперемія та набряк слизової оболонки, сухість її,
- 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.



Квитка С.
С.

Лікування стоматиту

- Раціональна їжа (гомогенна, рідка, тепла, вітамінізована).
- Оброблення ротової порожнини інтерфероном, вініліном, 20% розчином бури в гліцерині, 100% цукровим сиропом, 2% розчином натрію гідрокарбонату, розчином ціанокобаламіну з ністатином.
- Для знеболювання використовують 0,5% розчин новокаїну, анестезинову емульсію.
- Слизову оболонку змащують суспензією пімофуціна, зрошують стоматодином, олією шипшини, обліпиховою олією, олійним розчином ретинолу ацетату.

Гельмінтози

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

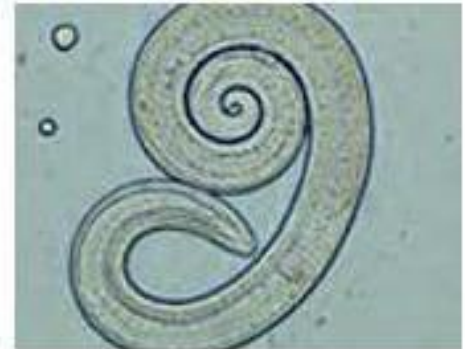




Аскариды



Острицы



Trichinella spiralis



Trichuris trichiura



Toxocara canis

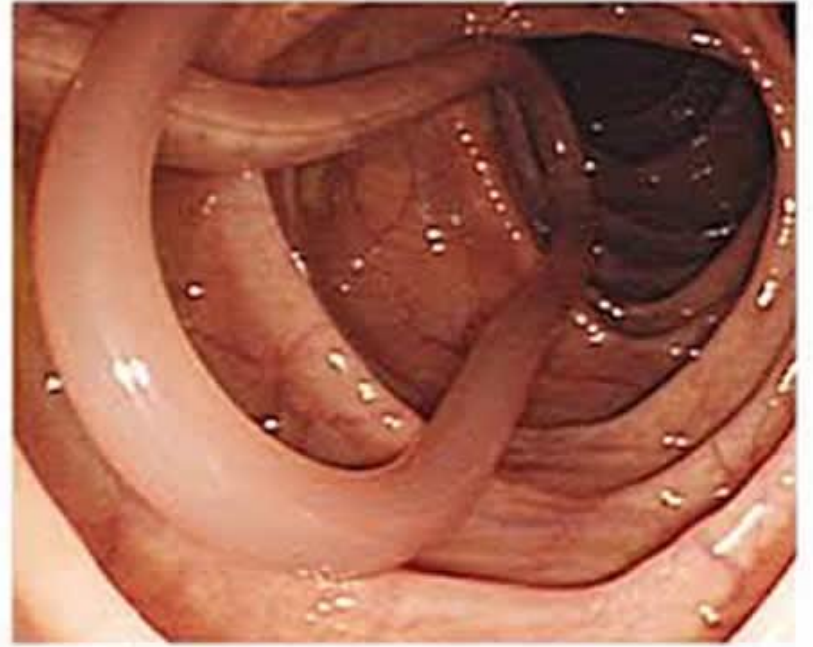


Taeniarhynchus saginatus

Информационная таблица www.pervenez.ru

Аскаридоз

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



Квитка С.
С.

Клінічні прояви аскаридозу

Фаза міграції личинок (2-3 тижні)

- Кашель, нежить, загальне нездужання, підвищення температури тіла, кропив'янка, свербіж, нестійкі осередки інфільтрації у легеневій тканині.

Кишкова фаза

- Погіршення апетиту, нудота, слинотеча, біль у животі, який локалізується переважно навколо пупка, метеоризм, пронос чи закреп, симптоми інтоксикації, блідість, надмірна пітливість, іноді судоми, втрата маси тіла, послаблення пам'яті.
- Аскариди можуть заповзати у жовчний міхур, жовчні протоки, червоподібний відросток і бути причиною кольок, апендициту. Велике скупчення аскарид у тонкій кишці спричиняє явище obturaciyanoi neprokhidnosti. У разі масивної інвазії аскариди потрапляють у шлунок, ротову порожнину, в дихальні шляхи і зумовлюють механічну асфіксію.

Ентеробіоз

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



C.

Клінічні прояви ентеробіозу

Місцеві прояви

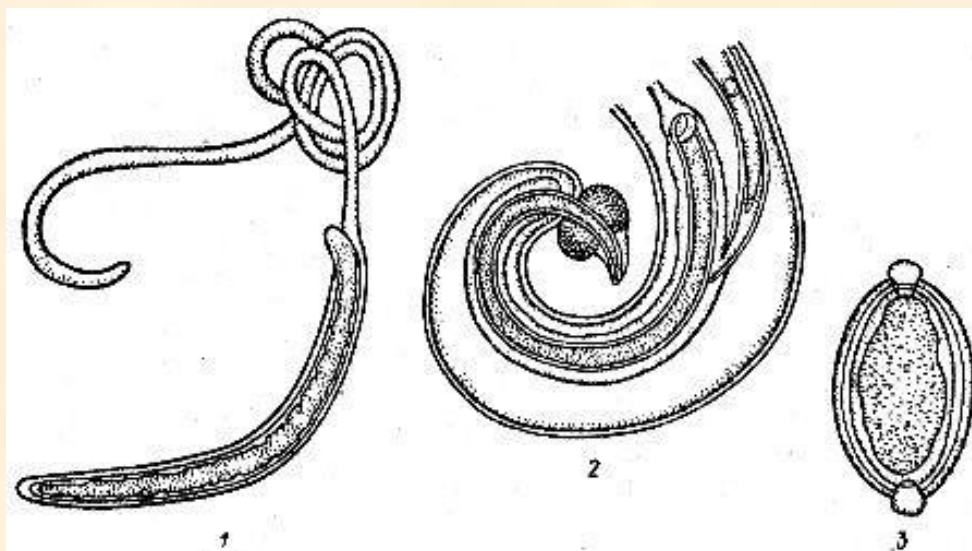
- Стійкий свербіж та неприємні відчуття печіння у ділянці відхідника, промежини або статевих органів, виділення з піхви, анальні та ректальні тріщини, розчули шкіри, які можуть привести до екземи, гнійничкових висипань, абсцесів, іноді – нічне нетримання сечі. У дівчаток можуть виникати вульвовагініт, цистопієліт.

Загальні прояви:

- Ознаки загальної інтоксикації з неврологічною симптоматикою (дратливість, загальна слабкість, швидка втомлюваність, порушення сну, головний біль, запаморочення, можуть бути судомні напади).
- Диспепсичні прояви (нудота, іноді блювання, бурчання в животі, метеоризм, погіршення апетиту, закрепи або проноси з домішками слизу, іноді зниження маси тіла).
- Періодичний біль у животі, часто в іліоцекальній ділянці, що може симулювати напад апендициту.

Трихоцефальоз

- Збудником захворювання є волосоголовець. Місце паразитування: сліпа кишка і червоподібний відросток, а в разі масивної інвазії – вся товста кишка і дистальний відділ тонкої. Живляться волосоголовці кров'ю, тому їх вважають гематофагами. Тривалість життя – 5-6 років, іноді більше.



Квитка С.
С.

Клінічні прояви трихоцефальозу

- Клінічні прояви захворювання залежать від інтенсивності інвазії: можуть бути безсимптомні або малосимптомні форми, середньої важкості та важкі. Хворі зниженого харчування, бліді, розвивається анемія, диспепсичні розлади (погіршення апетиту, слинотеча, нудота, блювання, біль у надчеревній ділянці).
- Симптоми з боку нервової системи (головний біль, запаморочення, загальна слабкість, дратливість, розлади сну, знепритомнення, іноді судоми).

Лікування гельмінтозів

- Для лікування аскаридозу застосовують такі препарати:
- Декаріс (левамізол) одноразово, комбантрин (пірантел) протягом 1-3 днів, вермокс (мебендазол) протягом 2 днів, нафтамон (алкопар) одноразово, медамін протягом 1-2 днів.
- Протягом 3 тижнів після курсу лікування застосовувати настій трав: пижмо, золототисячник, безсмертник.

Лікування гельмінтозів

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

Лікування гельмінтозів

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

Дякую за увагу!



Квитка С.
С.