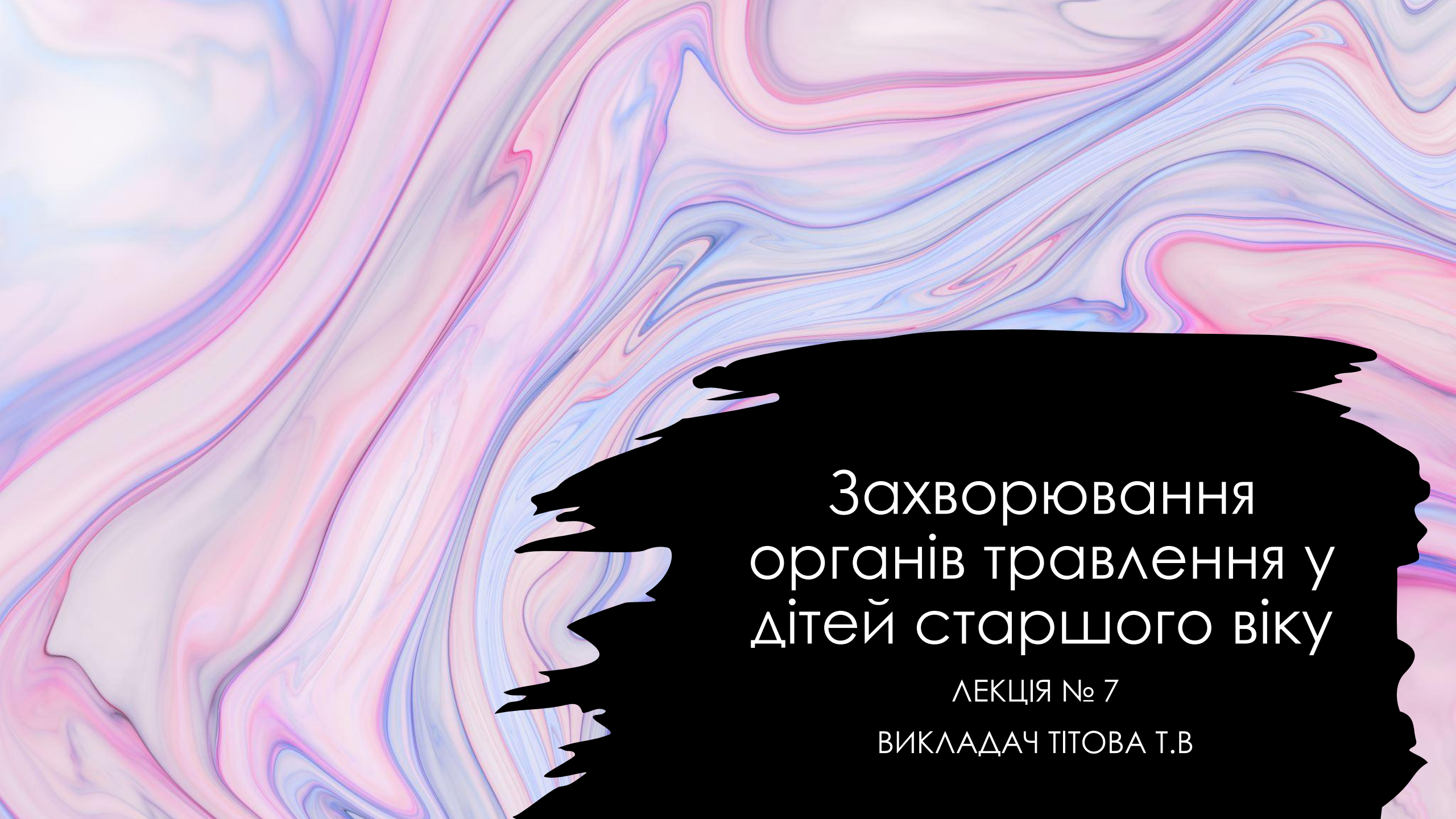




Захворювання органів травлення у дітей старшого віку

ЛЕКЦІЯ № 7

ВИКЛАДАЧ ТІТОВА Т.В

План:

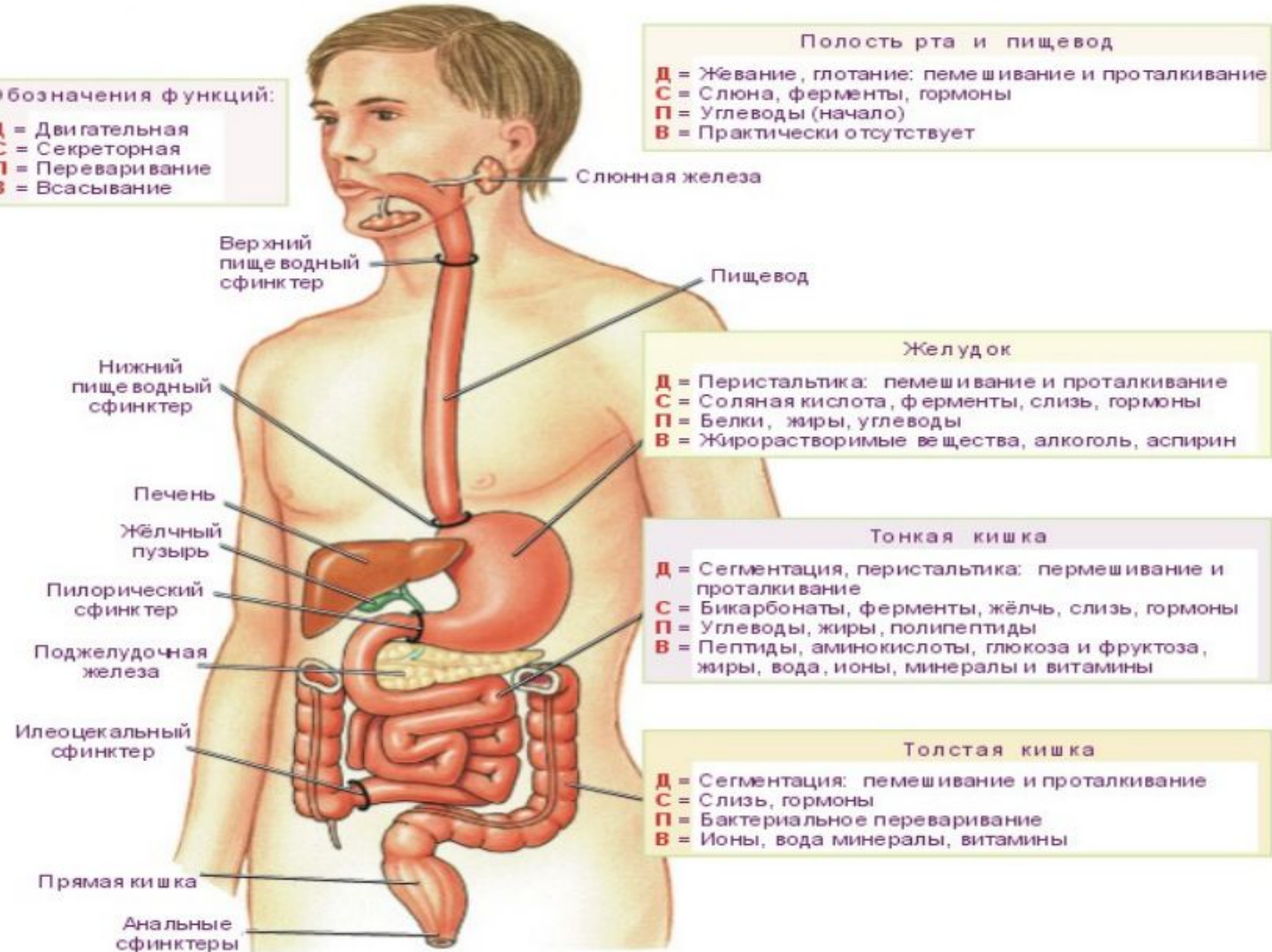
- Захворювання травного каналу у дітей старшого віку
- Визначення і клінічна характеристика кожної клінічної форми
- Медсестринський процес, профілактика.



Функції різних відділів травного тракту

Обозначения функций:

Д = Двигательная
С = Секреторная
П = Переваривание
В = Всасывание



Гострий і хронічний гастрит

- **Гострий гастрит** – гостре запалення слизової оболонки шлунку.
- **Хронічний гастрит** – це хронічний дифузний або вогнищевий запальний процес слизової оболонки шлунку, який супроводжується порушенням фізіологічної регенерації епітелію з поступовим розвитком атрофії слизової оболонки



Класифікація

За Сіднейською
класифікацією
(1990) виділяють:

бактеріальний,
асоційований з *H.
pylori*;

аутоімунний;

змішана форма;

хімічний;

рідкісні форми –
еозинофільний,
радіаційний,
лімфоцитарний,
гранульоматозний

Класифікація

За походженням:

- первинний,
- вторинний.

Етіологічні фактори:

- **Інфекційний**

1. Гелікобактерія
2. Інші бактерії та віруси

- **Токсичний (реактивний):** екологічні фактори, хімічний, радіаційний, медикаментозний, алкогольний, нікотиновий, стресові стани

- **Аліментарний**

Класифікація

Топографія:

Гастрит: антральний, фундальний, пангастрит.

Дуоденіт: бульбіт, постбульбарний, пандуоденіт.

Гастродуоденіт

Періоди захворювання:

загострення,

неповна клінічна ремісія,

повна клінічна ремісія,

клініко-ендоскопічна ремісія,

клініко-ендоскопічно-морфологічна ремісія.

За характером секреції:

підвищена,

нормальна,

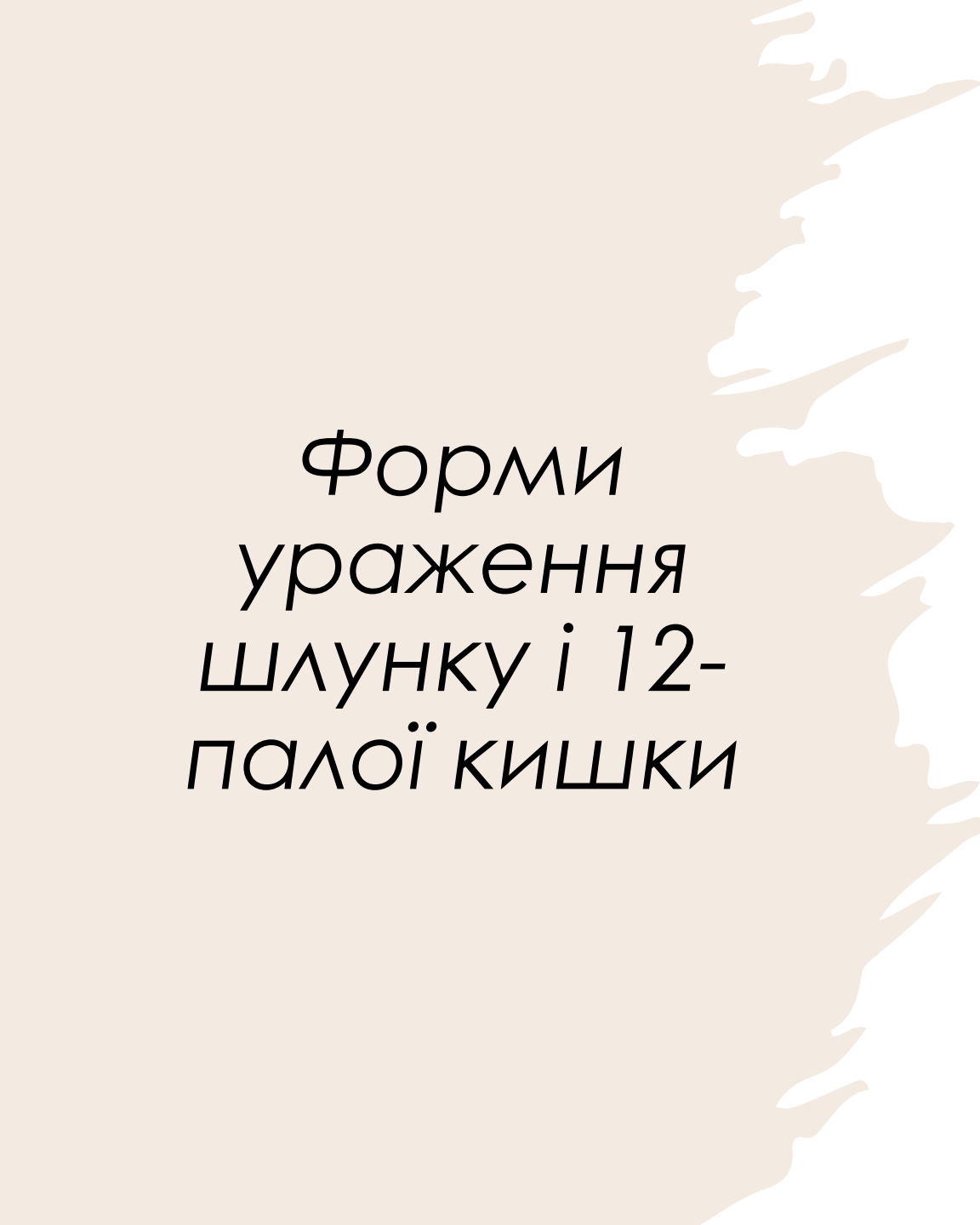
знижена.

Форми ураження шлунку і 12 - палої кишки

Ендоскопічно:

1. Еритематозний/
ексудативний
2. Нодулярний
3. З ерозіями
4. Гіпертрофічний
5. Геморагічний
6. З атрофією
7. Змішаний





Форми ураження шлунку і 12- палої кишки

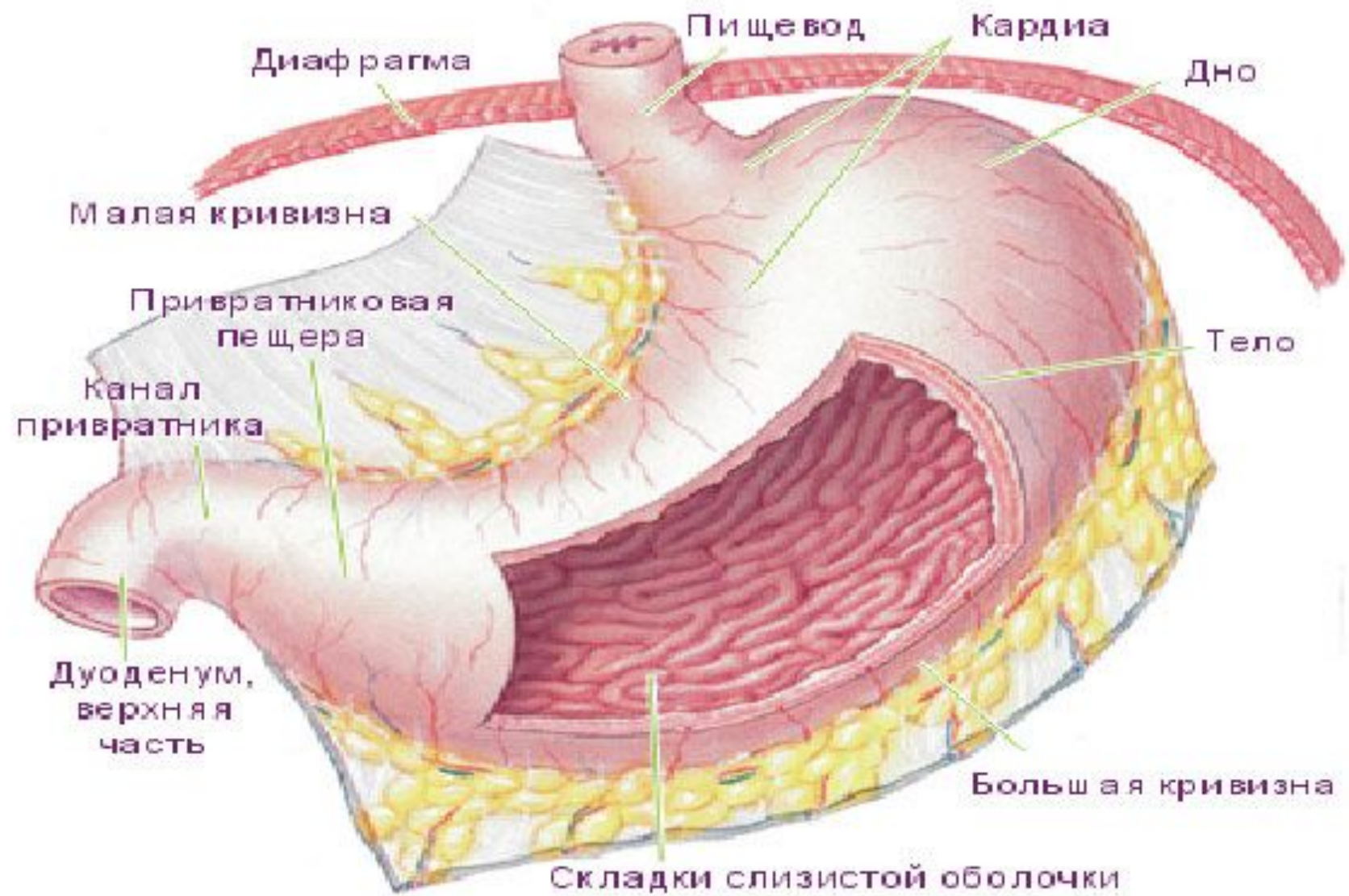
Морфологічно:

А. За глибиною ураження:

- Поверхневий
- Дифузний

Б. За характером ураження:

- З оцінкою ступеня важкості
- Без оцінки ступеня важкості





ГАСТРИТИ

Скарги:

- біль в епігастрії
- диспепсія

Об'єктивно: пальпаторно - болючість в епігастрії

ЕГДС з біопсією

Тести для виявлення НР

НР+

НР-

Хронічний гастрит В

Гістологічне і цитологічне дослідження

Атрофія слизової

Хронічний гастрит А





ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ

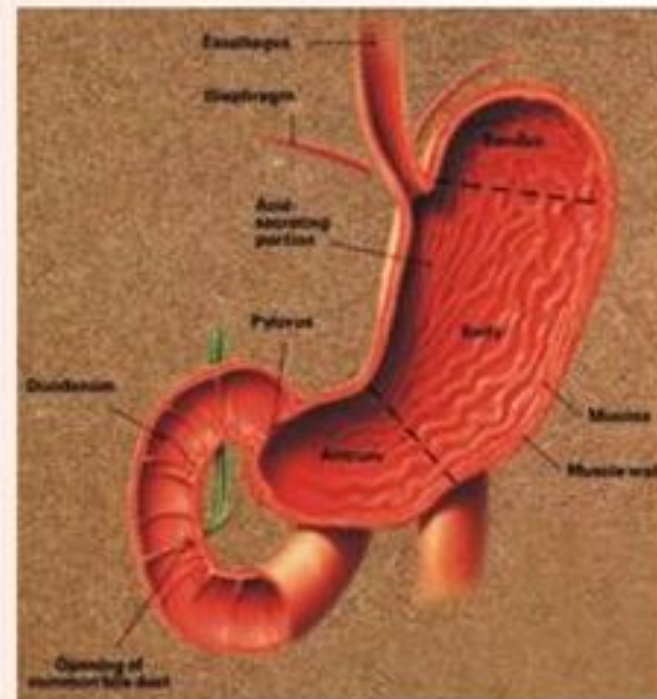
ЕГДС з біопсією

Атрофічний
гастрит (типу А)

Асоційований
з НР (типу В)

- *замісна терапія*
- *стимуляція секреторної функції шлунка*
- *стимуляція обмінних і репаративних процесів СОШ*
- *нормалізація моторної функції шлунка*
- *корекція травлення в кишках*

- *ерадикаційна терапія (потрійна)*
- *симптоматична*



-ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ З ПІДВИЩЕНОЮ СЕКРЕТОРНОЮ ЗДАТНІСТЮ

I. БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ:

- болі, пов'язані з їжею
- часто виникають натще серце
- болі у нічний час
- болі інтенсивні, тривалі

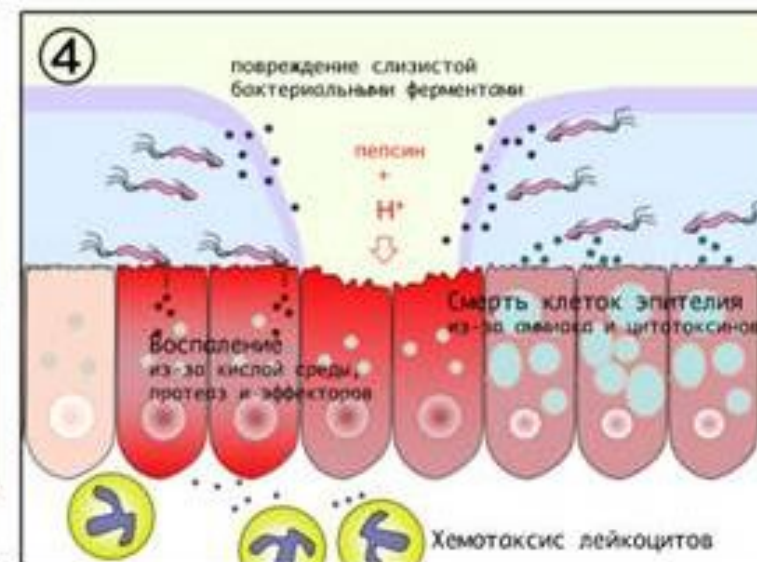
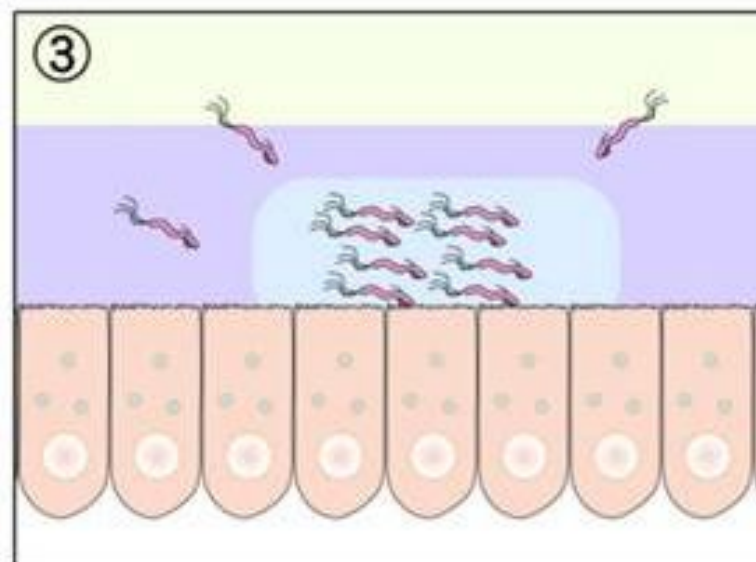
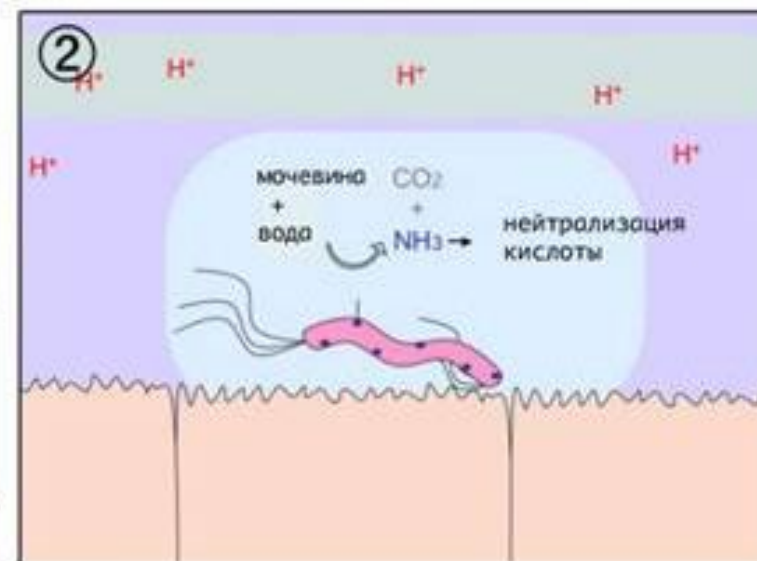
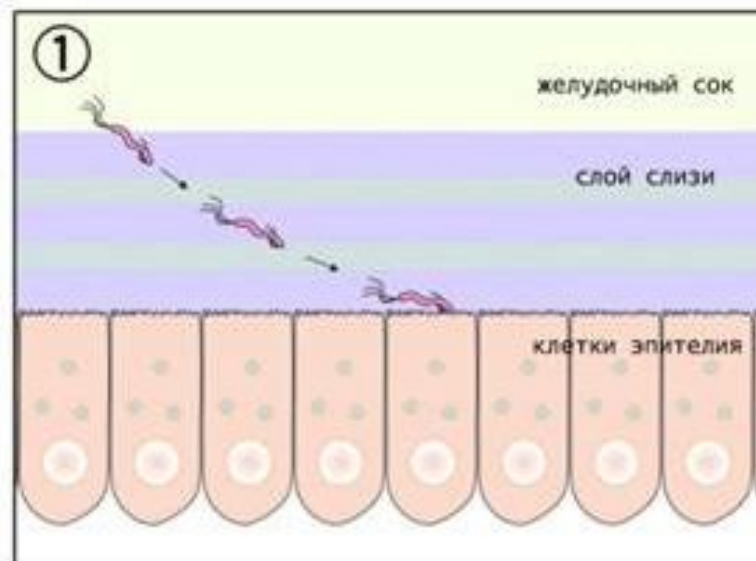
II. ДИСПЕПТИЧНИЙ СИНДРОМ:

- відрижка кислим або повітрям
- печія
- нудота
- схильність до закрепів

III. СИНДРОМ ХРОНІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ

IV. ПАЛЬПАТОРНО: чітка помірна болючість в епігастрії, гастродуоденальній зоні







Клініка

гострий початок, втрата апетиту, нудота, блювання, відрижка, відчуття важкості і болю в надчеревній ділянці, запаморочення, загальна слабкість, метеоризм, пронос, посилене слиновиділення або сухість у роті.

При тяжкому перебігу хвороби підвищується температура тіла, виникає гіпотонія, можливий колапс.

Язик покривається сірувато-білими нашаруваннями. Під час пальпації живота біль в надчеревній ділянці підсилюється.

Гастрит у дітей

СИМПТОМИ, ЯКІ ВИ ПОВИННІ ЗНАТИ



Біль під час
вживання їжі



Нудота та
блювання
під час їжі
або після



Важкість
в животі



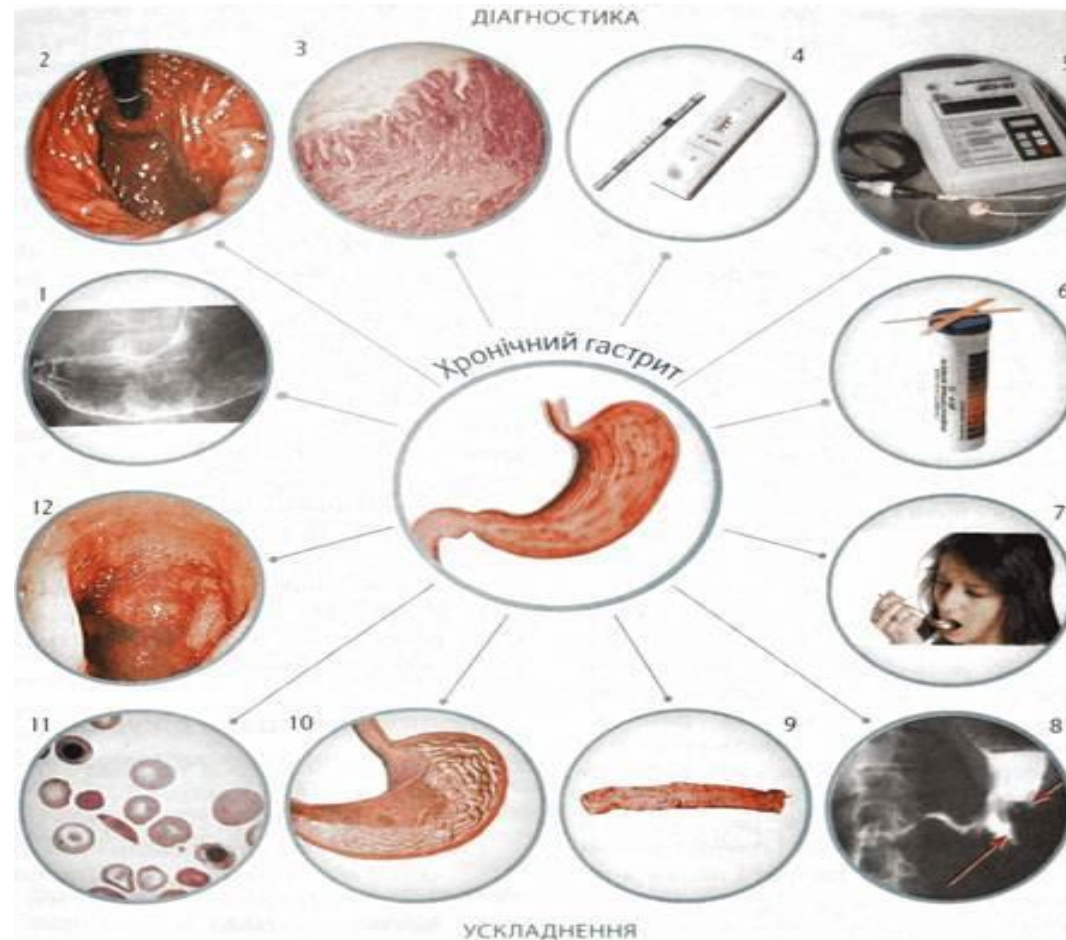
Відмова від
їжі та втрата
апетиту



Порушення
випорожнення
(закрепи або
діарея)



- Діагностика гастриту заснована на клінічних симптомах і анамнезі, даних гастроскопії з біопсією, рентгенографії шлунка, УЗД черевної порожнини.



рН-метрия

- Глотка
- Пищевод
- Желудок
- ДПК

Гастро-кардио-мониторинг

- Глотка
- Сердце
- Пищевод
- Желудок
- ДПК

Гастроэнтеро-графия

- Желудок
- ДПК
- Тощая кишка
- Подвздошная кишка
- Толстая кишка

Манометрия

- Пищевод
- НПС
- Желудок
- ДПК
- Сфинктер Одди
- Прямая кишка



Хронічний гастродуоденіт

- **хронічне рецидивуюче, із схильністю до прогресування, запально -дистрофічне ураження слизової оболонки шлунку та дванадцятипалої кишки.**

КЛАСИФІКАЦІЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ (Київ, 2000)

I. За походженням:

- первинний
- вторинний

II. За локалізацією:

А. Гастрит:

1. Обмежений
2. Розповсюджений
 - а) антральний (пангастрит)
 - б) фундальний

Б. Дуоденіт:

1. Обмежений
2. Розповсюджений

III. Періоди захворювання:

- Загострення
- Неповна клінічна ремісія
- Повна клінічна ремісія
- Клініко-ендоскопічно-морфологічна ремісія

• IV. Характер секреторної діяльності шлунку:

- Підвищена
- Нормальна
- Знижена

• V. Ендоскопічна характеристика:

- Поверхневий
- Гіпертрофічний
- Ерозивний
- Геморагічний
- Субатрофічний
- Змішаний

VI. Гістологічна характеристика:

- Поверхневий
- Дифузний:
 - а) без атрофії
 - б) субатрофічний
 - в) атрофічний

VII. Етіологічна характеристика:

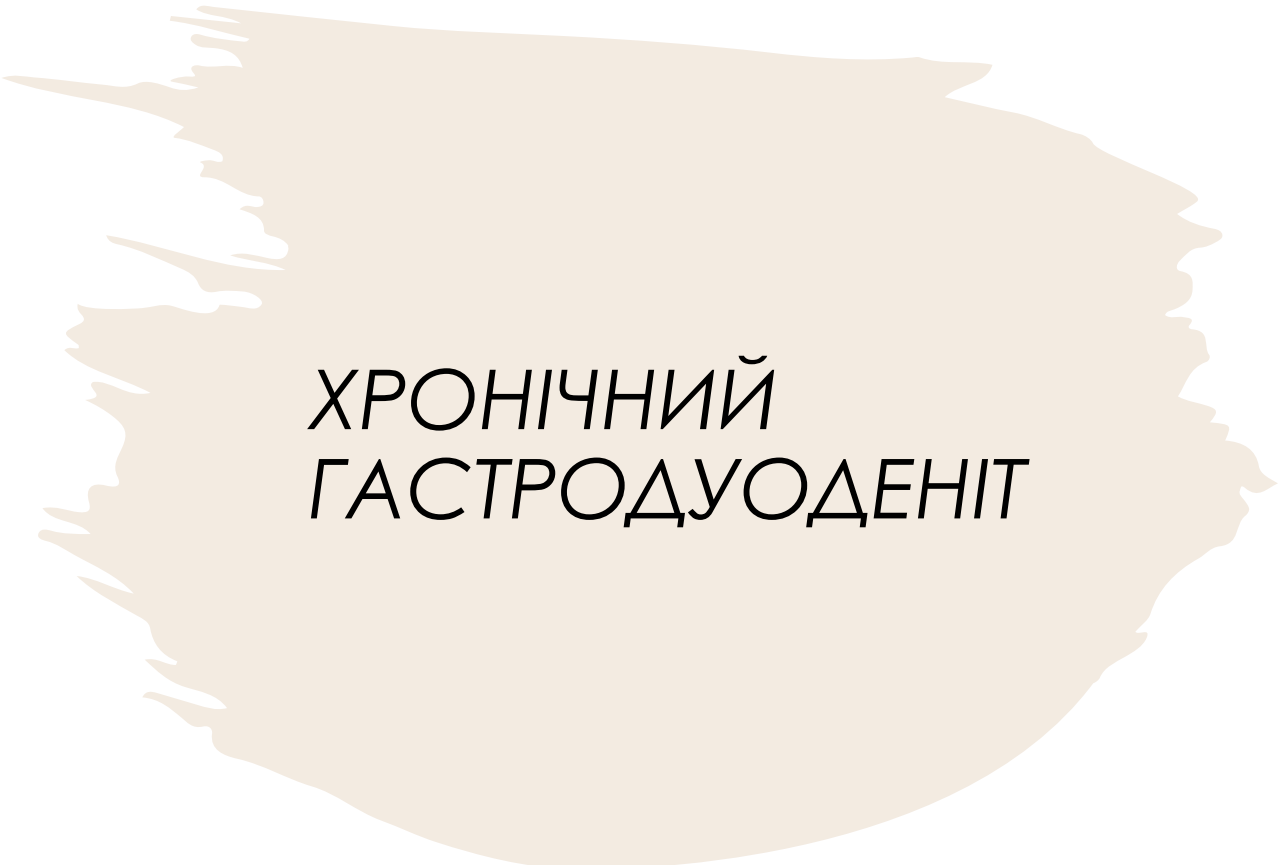
- *Helicobacter pylori* асоційований
- *Helicobacter pylori* неасоційований

- **І. БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ:**

болі ниючі, тривалі виникають
натще серця та через 1,5-2
години після їжі
локалізація болю в епігастрії, в
правому підребер'ї (60 %),
навколо пупка (45 %)
посилюються болі після їжі та
фізичного навантаження

* **ПРИ ЕРОЗИВНОМУ ХГД**

поєднуються голодні, нічні та
пізні болі



ХРОНІЧНИЙ
ГАСТРОДУОДЕНИТ

II. ДИСПЕПТИЧНИЙ СИНДРОМ

- відрижка
- печія
- тривала нудота
- тяжкість після їжі
- гіркота у роті
- метеоризм
- закрепи



III. СИНДРОМ ХРОНІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ

**головні болі, емоційна лабільність,
дратівливість, слабкість**

I етап медсестринського процесу

**Медсестринське
обстеження**

```
graph TD; A[Медсестринське обстеження] --> B[Скарги матері<br/>диспепсичні<br/>розлади ;<br/>блювання;<br/>млявість;<br/>лихоманка]; A --> C[Анамнестичні<br/>данні<br/>вживання грубої,<br/>гострої,<br/>недоброякісної<br/>їжі]; A --> D[Об'єктивно<br/>нудота;<br/>блювання;<br/>пронос;<br/>субфебрилітет;<br/>біль в епігастрії];
```

Скарги матері
диспепсичні
розлади ;
блювання;
млявість;
лихоманка

**Анамнестичні
данні**
вживання грубої,
гострої,
недоброякісної
їжі

Об'єктивно
нудота;
блювання;
пронос;
субфебрилітет;
біль в епігастрії

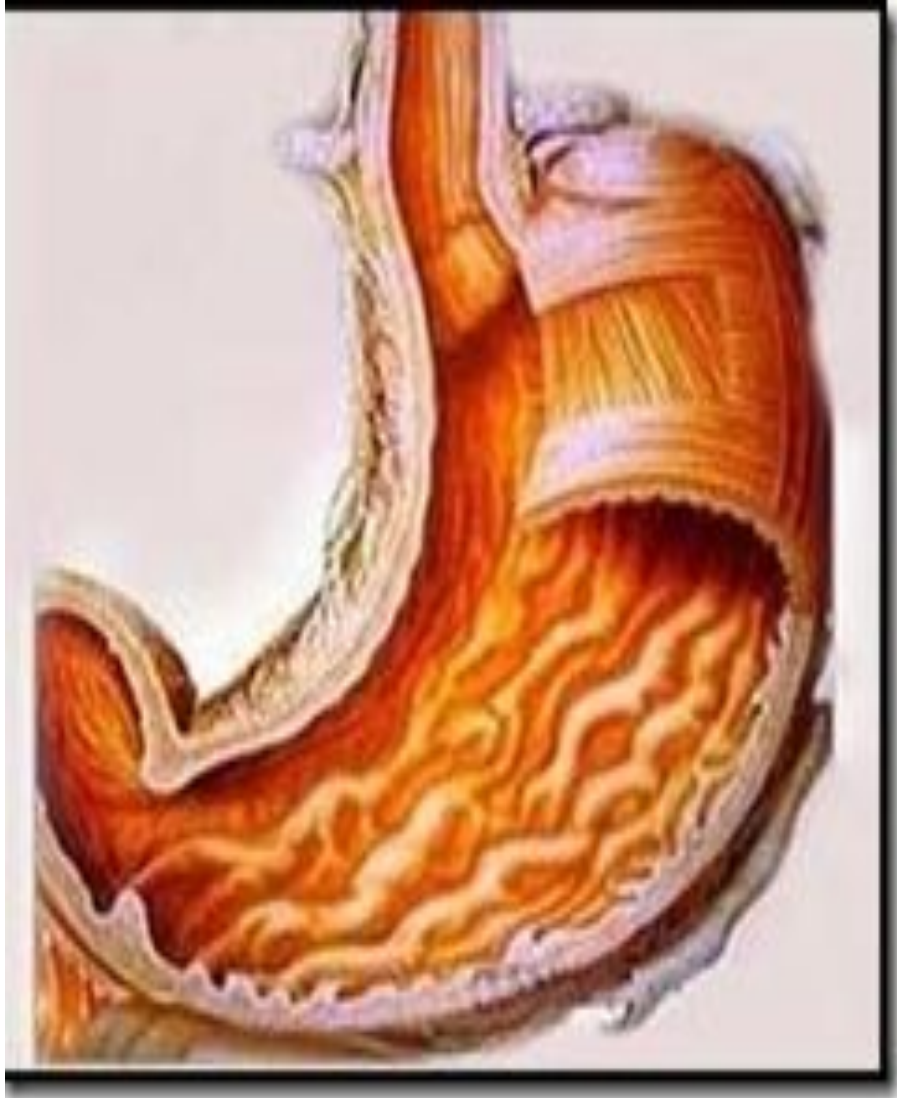
II етап медсестринського процесу

Проблеми пацієнта

- Нудота.
- Блювання.
- Біль в епігастральній ділянці.
- Диспептичні розлади.
- Нестійкі рідкі випорожнення.



ІІІ етап медсестринського процесу



ВИЗНАЧЕННЯ МЕТИ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ

- Підготовка пацієнта та взяття матеріалу для лабораторних досліджень
- Догляд та медсестринське спостереження за пацієнтом.
- Виконання лікарських призначень.
- Навчити матір пацієнта маніпуляціям по догляду

НЕОБХІДНІ ОБСТЕЖЕННЯ У ВИПАДКУ ХГД

ЕФГДС

***Ph-метрія
шлункового
вмісту***

***УЗД внутрішніх
органів***

***Рентгенографія
ШКТ***



Діагностика Нр



NB!

- Маастрихтські консенсуси рекомендують використовувати неінвазивні методи діагностики Нр-інфекції - 13С-дихальний тест і імуоферментне визначення антигену Нр в калі
- При проведенні 13С-дихального і швидкого уреазного тесту пацієнт за 4 тижні до дослідження не повинен приймати антисекреторні препарати (ІПП, H2 -гістаміноблокатори), антибіотики та препарати вісмуту
- Підтвердження ерадикації проводиться не раніше, ніж через 4 тижні після проведення антixelікобактерної терапії
- Серологічне дослідження можна використовувати тільки для первинної діагностики і не дозволяє оцінювати ефективність ерадикації Нр



IV етап медсестринського процесу

ПЛАНУВАННЯ ОБСЯГУ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ

Взяття калу, блювотних мас, промивних вод шлунку на бактеріологічний аналіз.

Здійснювати догляд за дитиною під час блювання.

Виконання лікарських призначень: антибіотикотерапія, дезінтоксикаційна терапія перорально та в/в крапельно, вітамінотерапія, ферментотерапія, нітрофурани, десенсибілізуючі препарати, симптоматична терапія.

V етап медсестринського процесу

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА КОРЕКЦІЯ ДОГЛЯДУ

- Зникнення інтоксикації,
покращання загального
стану.
- Зникнення диспепсичних
явищ.
- Корекція мед сестринських
втручань можлива при різних
ускладненнях.



Заходи, що
зменшують надмірну
активність агресивних
факторів:

1. Дієтотерапія

2. Відмова від
ульцерогенних середників
(аспірин, глюкокортикоїди,
спиртвмісні медикаменти)

3. Боротьба з палінням.

4. Медикаментозна
корекція:

а) антихелікобактерна
терапія

б) антацидна та
антисекреторна терапія

в) корекція патологічного
закиду дуоденального
вмісту в шлунок
(адсорбенти, прокінетики)

г) регуляція порушень
моторно-евакуаторної
функції верхнього відділу
травного каналу (мотіліум)

Дієта при гастриті

Що можна їсти та пити



Варені риба
та м'ясо (біле)



Неміцний чай,
узвар, кисіль



Овочеві
супи-пюре



Каші на воді
або молоці



Нежирні
кисло-молочні
продукти



Відварені
овочі та
фрукти

Пам'ятайте про те, що такі поради є загальними і не треба займатися самолікуванням. Дієта при гастриті підбирається індивідуально та є невід'ємною частиною лікування.



- Дієтотерапія при хронічному гастриті заснована на принципах механічного, хімічного і термічного обмеження, незначного але частого прийому їжі (7-8 разів на добу).
- При гіпоацидному гастриті за 10-20 хвилин до їжі бажано вживати розчин соляної кислоти з пепсином, а у випадку підвищеної кислотності призначають антациди, антисекреторні препарати.



Заходи, що
покращують
захисні
властивості
слизової
оболонки:

1.Протектори : солкосерил, актовегін, віт.А, Е, групи В (В1, В2, В6, В15), фолієва кислота.

Курс лікування 4-6 тижнів.

2.Протективні базисні препарати : сукральфат (вентер). Призначають до вживання їжі, 3-4 рази на добу, протягом 4-6 тижнів.

3.Синтетичні простагландини: місопростал (цитотек). Призначають по 200 мг 4 рази в день під час їжі, 4-8 тижнів.

Основні принципи лікування залежать від характеру і форми ХГ , активності запального процесу, наявності деструкції, фази захворювання.
При загостренні:

Рішення питання про умови лікування (стаціонар або поліклініка).

Вибір режиму фізичної активності (оберігаючий або звичайний), використання ЛФК.

Вибір режиму харчування.

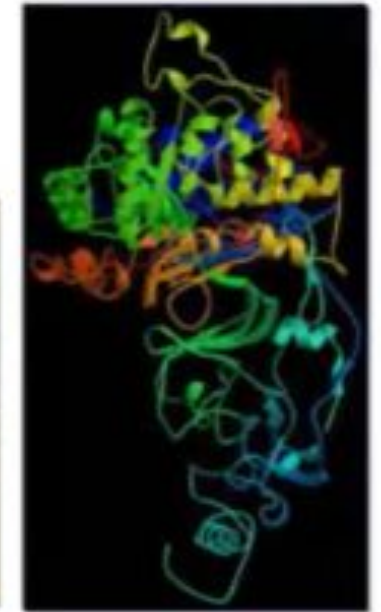
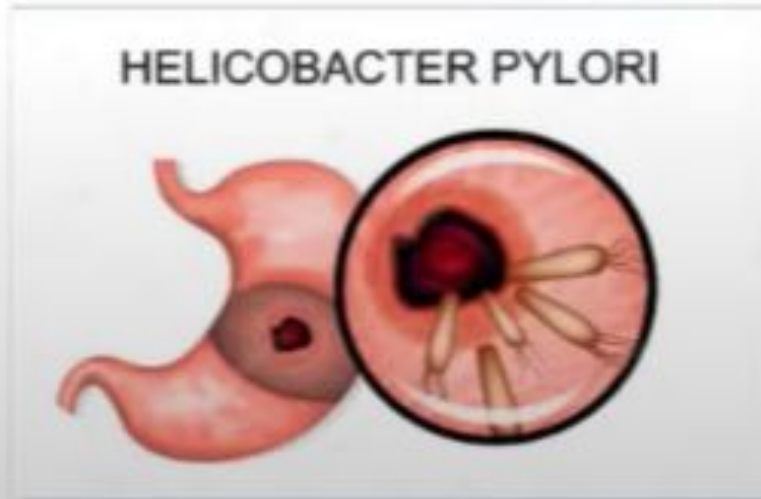
- Індивідуальний підбір комплексного лікування (з урахуванням етіології, основних патогенетичних механізмів, провідних симптомів).
- При ХГ(ХГД), асоційованому із НР-інфекцією, з вираженою активністю процесу медикаментозну терапію починають з використання ерадикаційної (потрійної або квадро-) терапії за однією із загальноприйнятих схем.
- Перевага віддається препаратам колоїдного субцитрату (субсаліцилату) вісмуту у якості базисних з паралельним призначенням антисекреторних препаратів.
- Починають з потрійної схеми першої лінії.

Причини розвитку резистентності

ПЕРВИННА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ

1

- Зміни демографічних процесів
- Міграція населення
- Безконтрольний прийом антибіотиків
- Зміни геному *H. pylori*



ВТОРИННА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ

Неадекватне лікування:

2

- Занижені дози препаратів
- Неповні схеми прийому
- Порушення термінів і кратності лікування
- Етнічні особливості пацієнтів

Сучасні схеми лікування НР інфекції:

- Однотижнева потрійна терапія з препаратом вісмуту переважно для дітей до 12 років):
 - Колоїдний субцитрат вісмуту + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин (азитроміцин) + ніфурател (фуразолідон)
 - Колоїдний субцитрат вісмуту + амоксицилін (рокситроміцин)/ кларитроміцин (азитроміцин) + ранітидин.

•Однотижнева потрійна терапія з блокаторами H^+/K^+ – АТФази (Аденозинтрифосфатази) переважно дітям після 12 років:

- Омепразол (пантопразол) + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин (азитроміцин) + ніфурател(фуразолідон)
- Омепразол (пантопразол) + амоксицилін (рокситроміцин)/кларитроміцин (азитроміцин) + колоїдний субцитрат вісмуту.

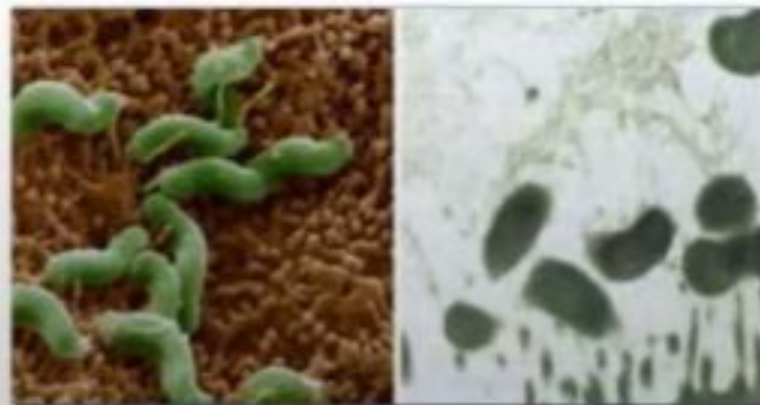
Сучасні схеми
лікування НР
інфекції:

Сучасні схеми лікування НР інфекції:

- Однотижнева квадротерапія (терапія посилення 2-ї ланки, переважно дітям після 12 років):
 - колоїдний субцитрат вісмуту + омепразол (пантопразол) + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин (азитроміцин) + ніфурател(фуразолідон)

Шляхи підвищення ерадикації НР

- Подовження строків ерадикації до 10-14 днів
- Адекватні схеми лікування хворих, які лікуються вперше
- Використання резервних антибіотиків
- Застосування ІППу високих дозах
- **Включення в схеми лікування додаткових препаратів (препарати вісмуту, пре- і пробіотики)**



Рекомендоване дозування компонентів ерадикаційної терапії (Торонтський консенсус, 2016)

Варіант ерадикації	Лікарський засіб	Разова доза	Кратність прийому
Квадротерапія з препаратами вісмуту	Колоїдний вісмуту субцитрат (120 мг)*	1 таблетка по 120 мг або 2 таблетки по 120 мг	4 рази на добу 2 рази на добу
	Метронідазол	500 мг	3 рази на добу, або 4 рази на добу**
	ІПП	Стандартна доза: омепразол 20 мг езомепразол 20 мг лансопразол 20 мг пантопразол 40 мг рабепразол 20 мг або подвійна доза, наприклад, езомепразол 40 мг	2 рази на добу
			2 рази на добу
Всі інші варіанти ерадикації, крім вісмуткової квадротерапії (невісмуткова квадротерапія, стандартна потрійна терапія і т.д.)	Тетрациклін	500 мг	4 рази на добу
	Амоксицилін	1000 мг	2 рази на добу
	Кларитроміцин	500 мг	2 рази на добу
	Левофлораксацин	500 мг, або	1 раз на добу
		250 мг	2 рази на добу
	Метронідазол	500 мг	2 рази на добу
	ІПП	стандартна доза, або подвійна доза	2 рази на добу 2 рази на добу
	Рифабутин	150 мг	2 рази на добу***

*Доза та кратність застосування препаратів вісмуту залежить від солі: для вісмуту субсаліцилату (262 мг) – по 2 таблетки 2 рази на добу, для вісмуту три кальцію дигидрату (140 мг) – по 1 таблетці 4 рази на добу.

**Переконливих доказів, що демонструють перевагу застосування метронідазолу 4 рази на добу недостатньо, але частина експертів впевнені у більш високій ефективності ерадикації при такій терапії.

***Ефективність рифабутину при прийомі 150 мг 2 рази на добу не відрізняється від його застосування в дозі 300 мг 1 раз на добу.

Ерадикація Нр в українських умовах: резюме

1.	Нр-інфікованим пацієнтам повинна бути запропонована ерадикаційна терапія.	Киотський глобальний консенсус по Нр-асоційованому гастриту, 2015.
2.	Серед чотирикомпонентних схем, невісмутова одночасна квадротерапія є терапією вибору, оскільки вона найбільш ефективна в подоланні антибіотикорезистентності.	Маастрихт V/Флорентійський консенсус з лікування Нр-інфекції, 2015.
3.	В українських умовах четверні схеми (вісмутова та особливо невісмутова квадротерапія) повинні більш широко використовуватися в якості терапії першої лінії.	Торонтський консенсус з лікування інфекції Нр у дорослих, 2016.
4.	Тривалість лікування повинна бути не менше 14 днів при застосуванні четвертних схем.	Маастрихт V/Флорентійський консенсус з лікування Нр-інфекції, 2015. Торонтський консенсус з лікування інфекції Нр у дорослих, 2016.
5.	Застосування стандартної потрійної терапії (ІПП, амоксицилін, кларитроміцин) не може бути рекомендовано в якості першої лінії ерадикації в Україні через невідому резистентність до кларитроміцину.	Маастрихт V/Флорентійський консенсус з лікування Нр-інфекції, 2015. Торонтський консенсус з лікування інфекції Нр у дорослих, 2016.

Дози препаратів, що використовуються в схемах ерадикаційної проти НР-терапії

колоїдний
субцитрат вісмету
– 4-8мг/кг на добу
(макс. 480 мг на
добу);

амоксцилін – 25
мг/кг (макс. – 1 г
на добу);

кларитроміцин –
7,5 мг/кг (макс. –
500 мг на добу);

рокситроміцин
(суммамед) – 10
мг/кг (макс. – 1 г
на добу);

ніфурател– 15
мг/кг;

фуразолідон – 10
мг/кг;

омепразол –
0,5-0,8 мг/кг (макс.
- 40 мг на добу);

пантопразол -
20-40 мг на добу

ранітидин – 2-8
мг/кг (максимум -
300 мг на добу).

Профілактика хронічного гастриту полягає в дотриманні режиму харчування, зменшенні споживання гострих страв, маринадів, копчених продуктів, відмові від тютюнопаління, вживання алкоголю

Симптоми



біль у шлунку



тяжкість у шлунку



нудота та блювота



печія

Причини та діагностика



Вживання в їжу шкідливих продуктів



Вплив нестероїдних протизапальних препаратів



Інфекційні захворювання



Зловживання спиртними напоями



Основним інструментальним методом діагностики гастриту є ендоскопічне дослідження — езофагогастродуоденоскопія з біопсією.

СИМПТОМИ ГАСТРОДУОДЕНІТА



Тошнота
та блювота



Почуття
розпирання й тиску



Біль
в животі



Метеоризм,
закрепи та пронос



Відрижка
жовчю



Погіршення апетиту

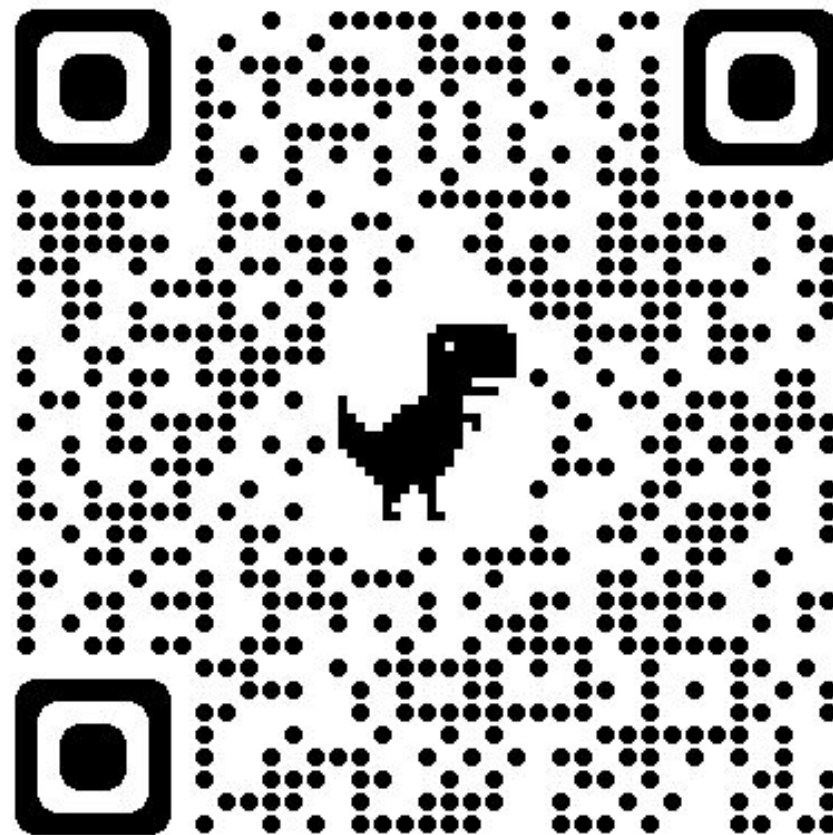
Виразкова хвороба шлунку

- хронічне рецидивне захворювання, що характеризується розвитком виразкового дефекту в шлунку або дванадцятипалій кишці.



Виразкова хвороба шлунку

[HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM
/WATCH?V=KHGUXD8KQX8](https://www.youtube.com/watch?v=KHGUXD8KQX8)



Виразкова хвороба ШЛУНКУ

[HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/
WATCH?V=11TVJUGMHZM](https://www.youtube.com/watch?v=11TVJUGMHZM)



Виразкова хвороба ШЛУНКУ

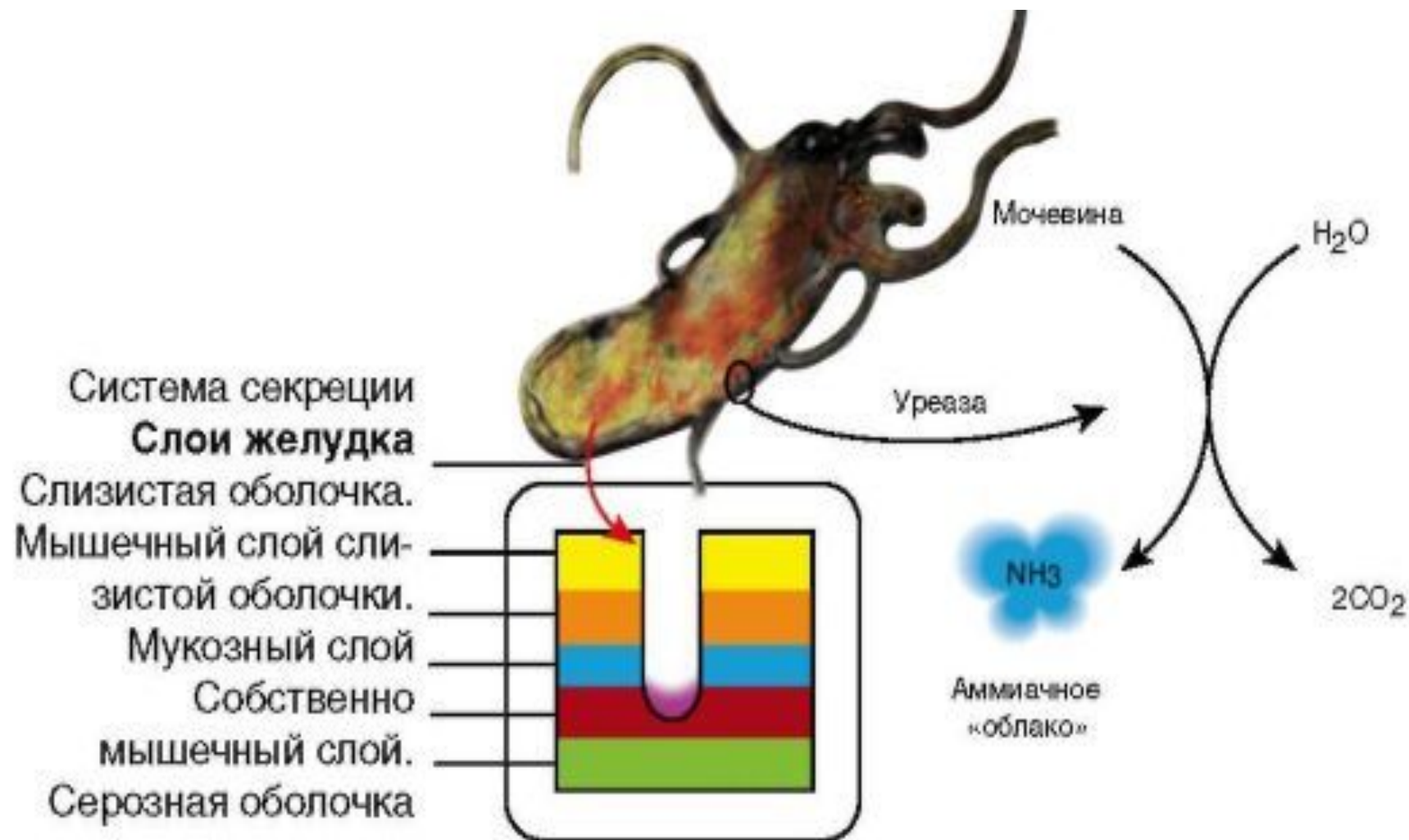
- <https://www.youtube.com/watch?v=nK1nsNTpbic&t=9s>



Виразкова хвороба ШЛУНКУ

[HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/W
ATCH?V=UGZOKKOU7WE&T=14S](https://www.youtube.com/watch?v=UGZOKKOU7WE&T=14S)

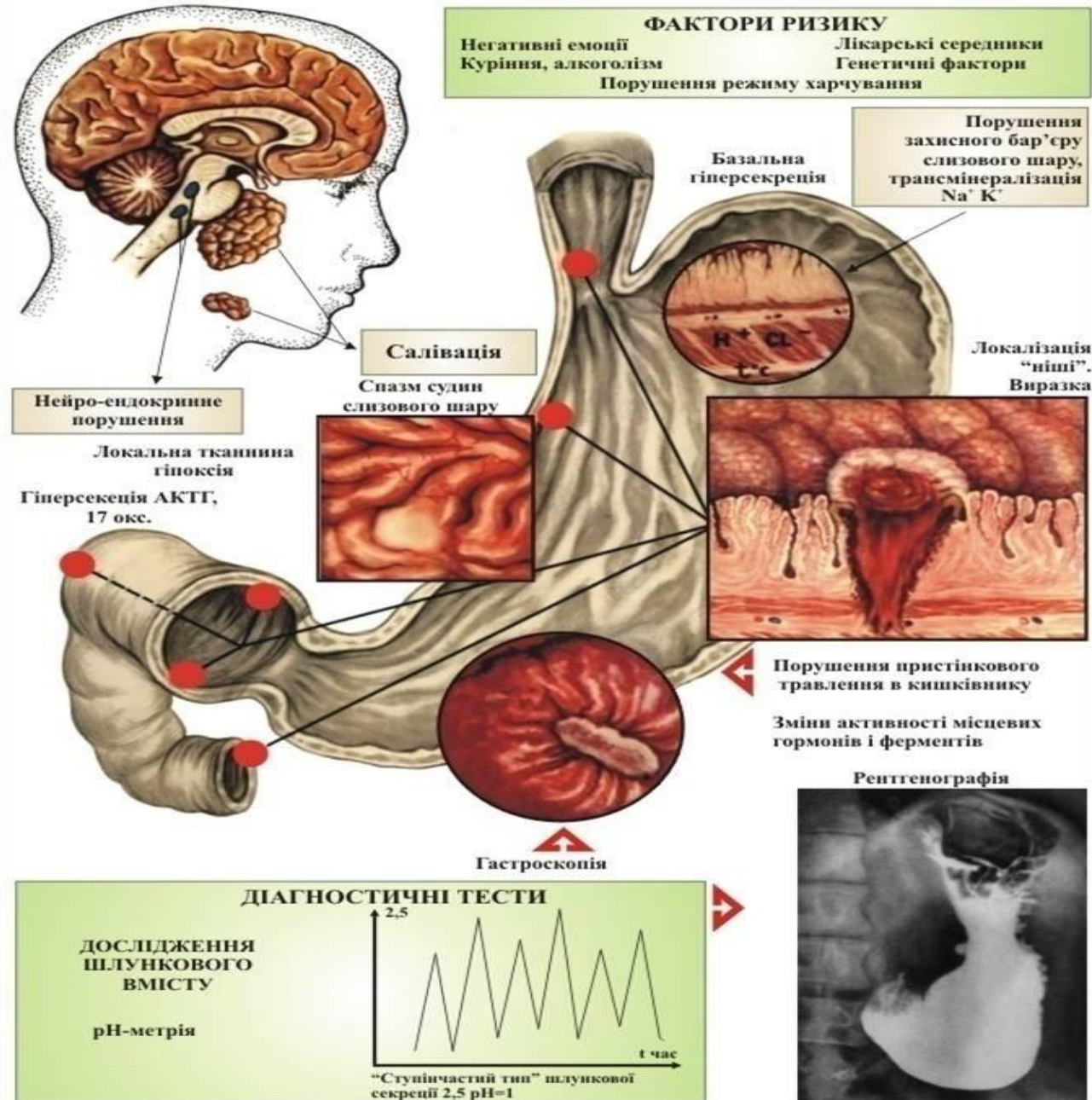




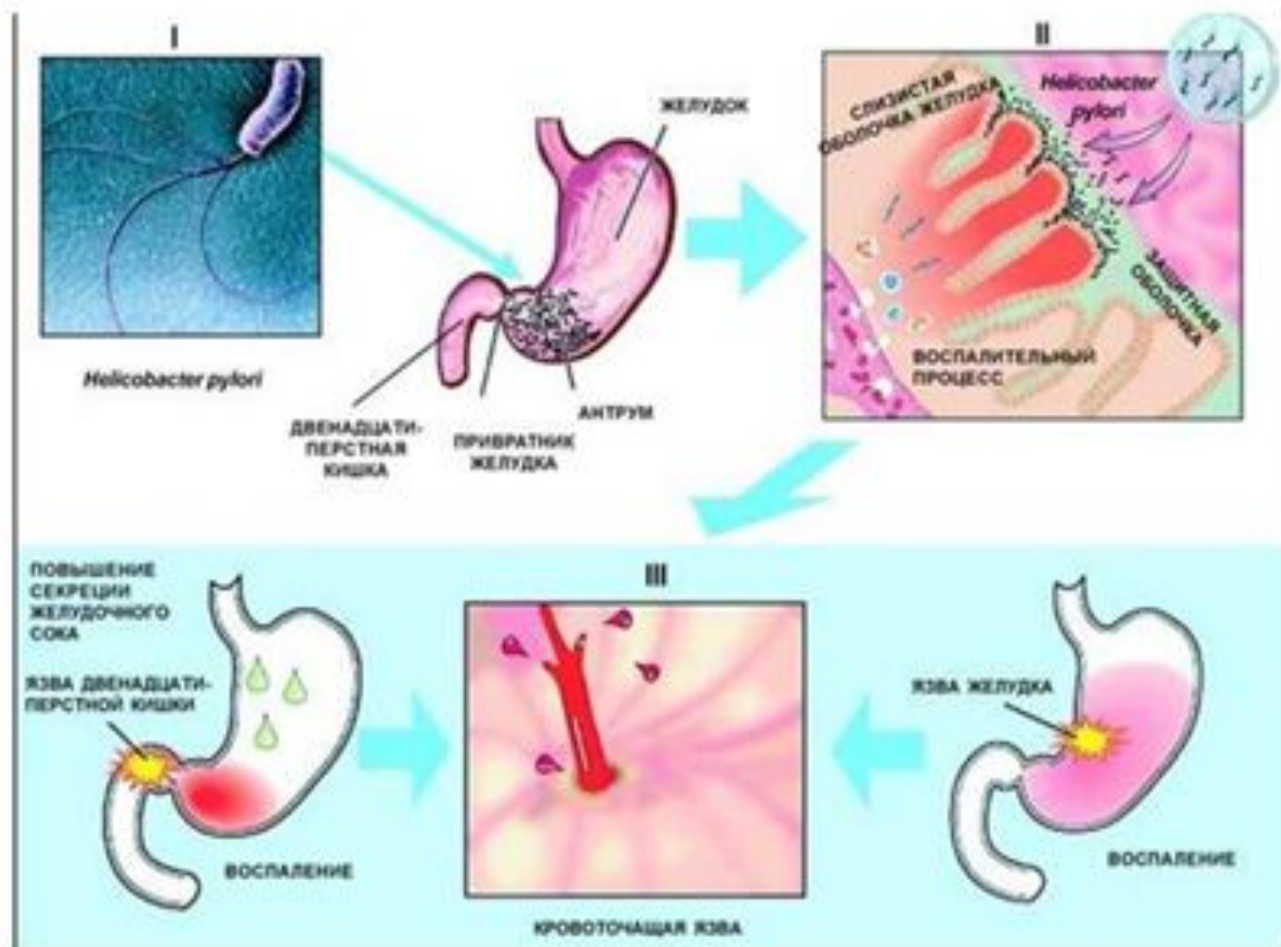
Другие факторы

- Вакуолизирующий цитотоксин (vacA).
- Цитотоксин-связанный ген (cagA).
- Адгезины (BabA).
- Внешний воспалительный белок (оprA)

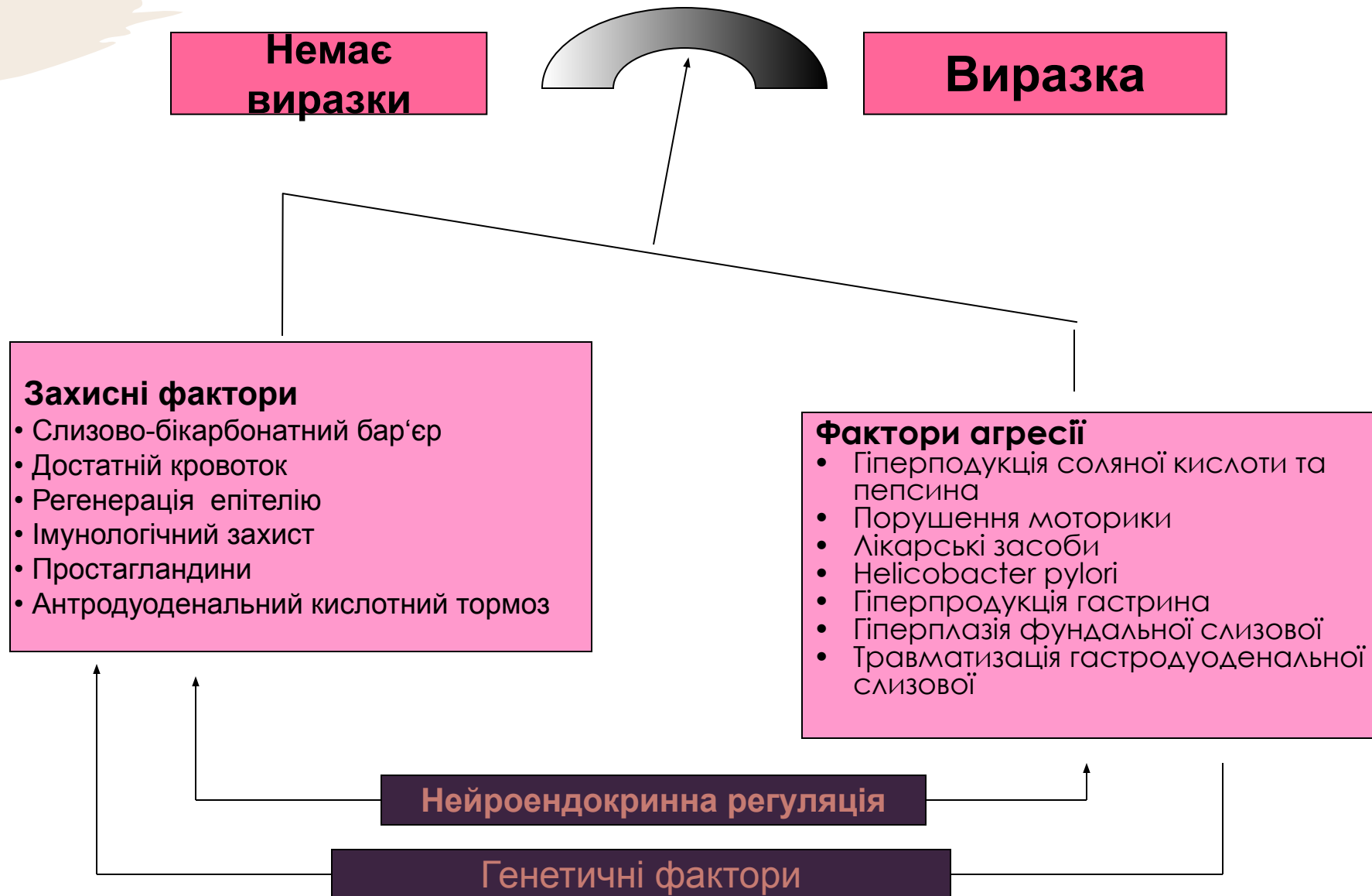
ВИРАЗКОВА ХВОРОБА (ФАКТОРИ РИЗИКУ І ПАТОГЕНЕЗУ)



Патогенез ВХ



Ваги Шайя - співвідношення основних протективних і агресивних факторів, що визначають можливість виразкоутворення



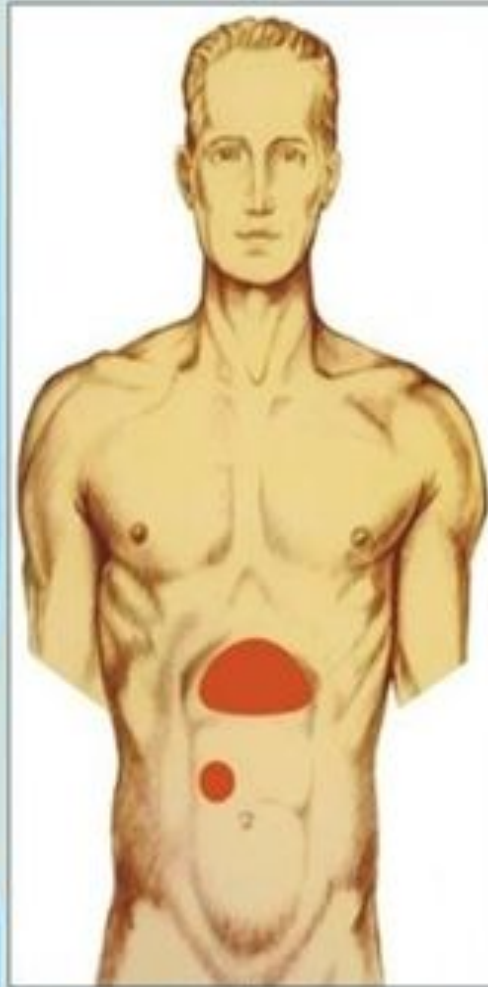
СКАРГИ ТА СИМПТОМАТИКА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШЛУНКА

БОЛІ:

"голодні" (натще),
"ранні" (через 0,5-1 год після їди), "пізні" (через 1,5-2,5 год після їди), "нічні", приступоподібні, з сезонними загостреннями - весна, осінь; посилюються після певної їжі, утихають після вживання соди, спазмолітиків, тепла, локалізуються в епігастральній і в пілородуоденальній ділянках

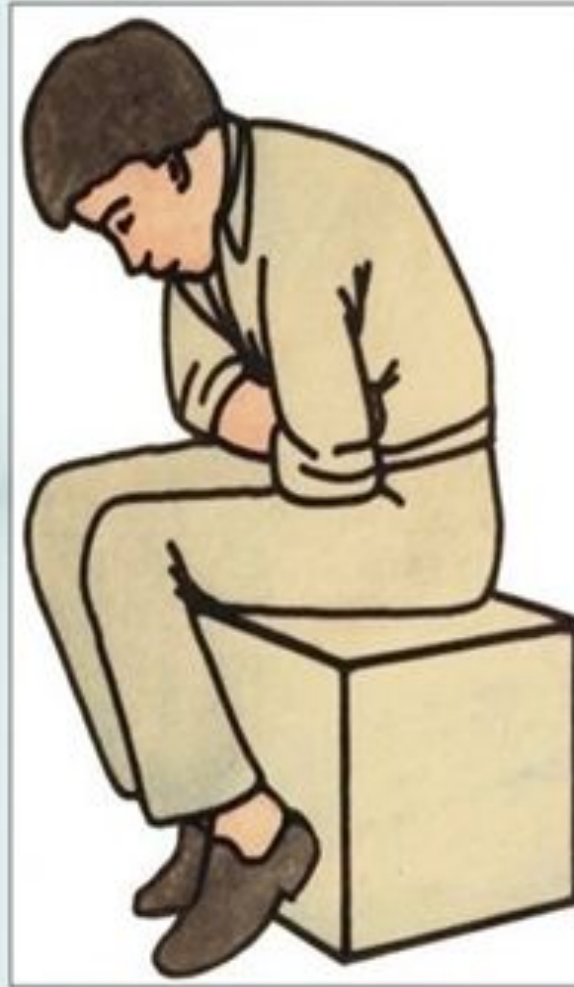
БЛЮВОТА:

ранком натще; через 10-15 хвилин; через 2-3 години після їди; давно вжитої їжі - приносить полегшення



ЗОНИ БОЛЬОВОЇ ЧУТЛИВОСТІ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШЛУНКА І ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ:

- 1 - епігастрій
- 2 - пілородуоденальна зона



ХАРАКТЕРНА ПОЗА ХВОРОГО ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ В ПЕРІОД ЗАГОСТРЕННЯ

ДИСПЕПСИЧНІ ПОРУШЕННЯ:

печія, відрижка, салівація, запори, порушення апетиту - мають сезонний характер

КРОВОТЕЧІ прихованого характеру

Скарги при ВХШ:

біль (частіше ниючий) за мечоподібним відростком і в епігастральній області через 0,5-1,5 години після прийому їжі,

блювання,

зниження апетиту до анорексії,

нудота, печія.

Скарги при ВХ ДПК:

інтенсивний (нюючий і нападоподібний) біль у верхній половині живота, пілородуоденальній зоні натщесерце або пізній (через 2-3 години після їжі);

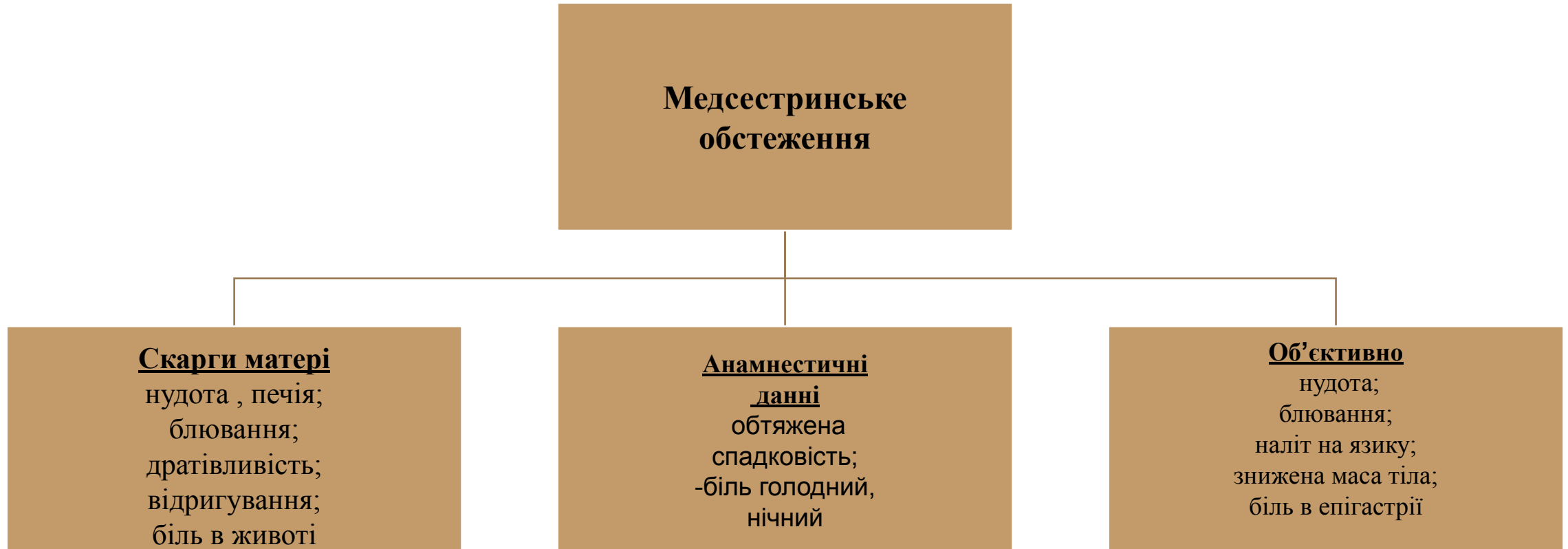
нічні болі у 50-60% хворих, мойніганівський ритм болі (голод - біль - прийом їжі - світлий проміжок - голод - біль і т.д.),

нерідко іррадіація (у спину, у поперек), вісцеральні болі;

печія, відрижка кислим,

блювання (частіше однократне), схильність до закрепів, головний біль, емоційна лабільність.

I етап медсестринського процесу



II етап медсестринського процесу

Проблеми пацієнта

- Нудота.
- Блювання.
- Відставання у масі тіла.
- Біль в животі.
- Печія.



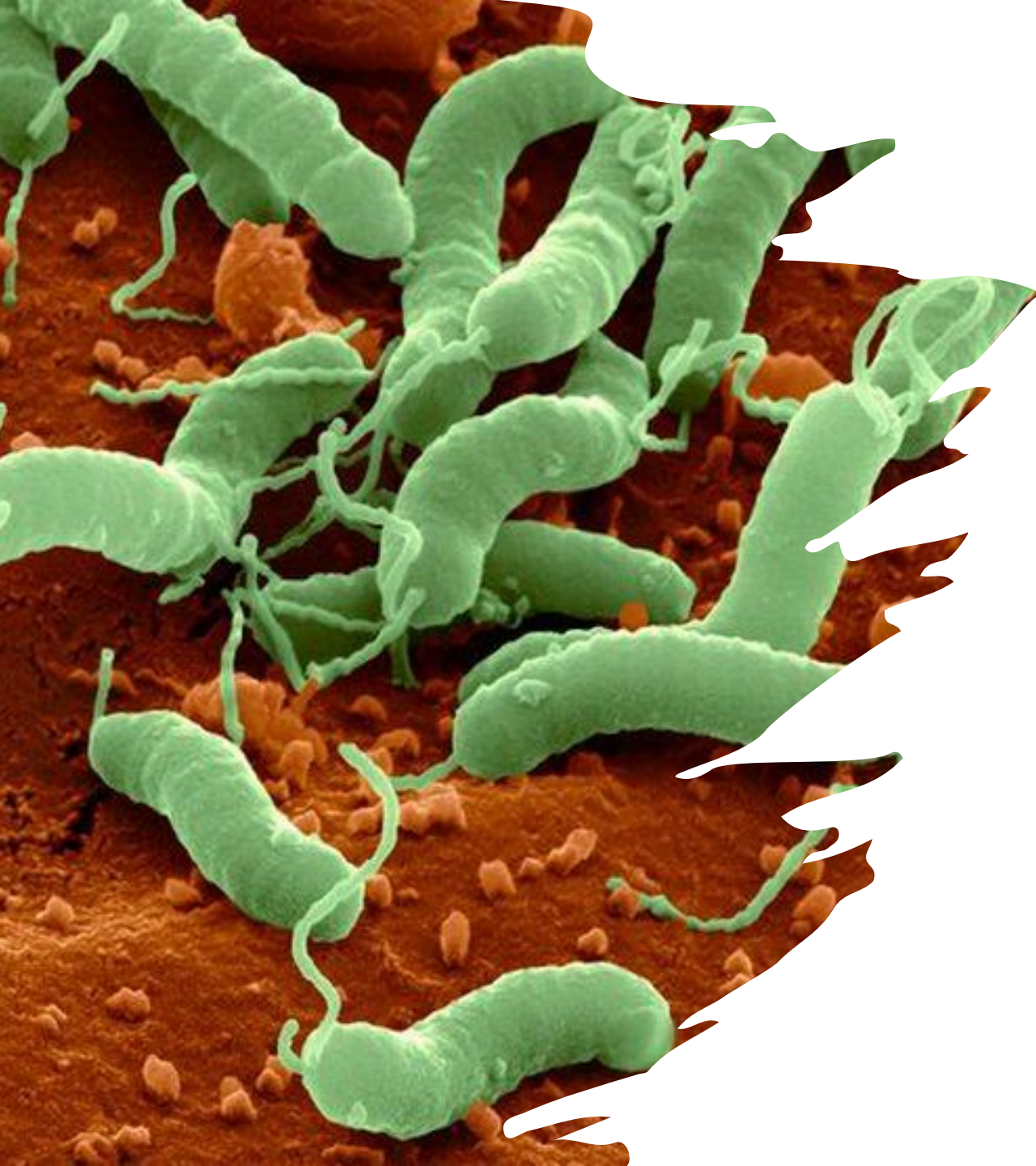
Критерії діагностики:

- Ендоскопічно підтверджений виразковий дефект у 12-палій кишці або шлунку (доброякісність шлункової виразки повинна бути підтверджена морфологічним дослідженням множинних біоптатів)

Діагностика обов'язкова:

- Езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС) — “золотий стандарт” діагностики — проводиться у всіх випадках для верифікації діагнозу (при дуоденальних виразках — одноразово для діагностики, при виразках шлунку — проводиться повторно для контролю за загоєнням виразки).





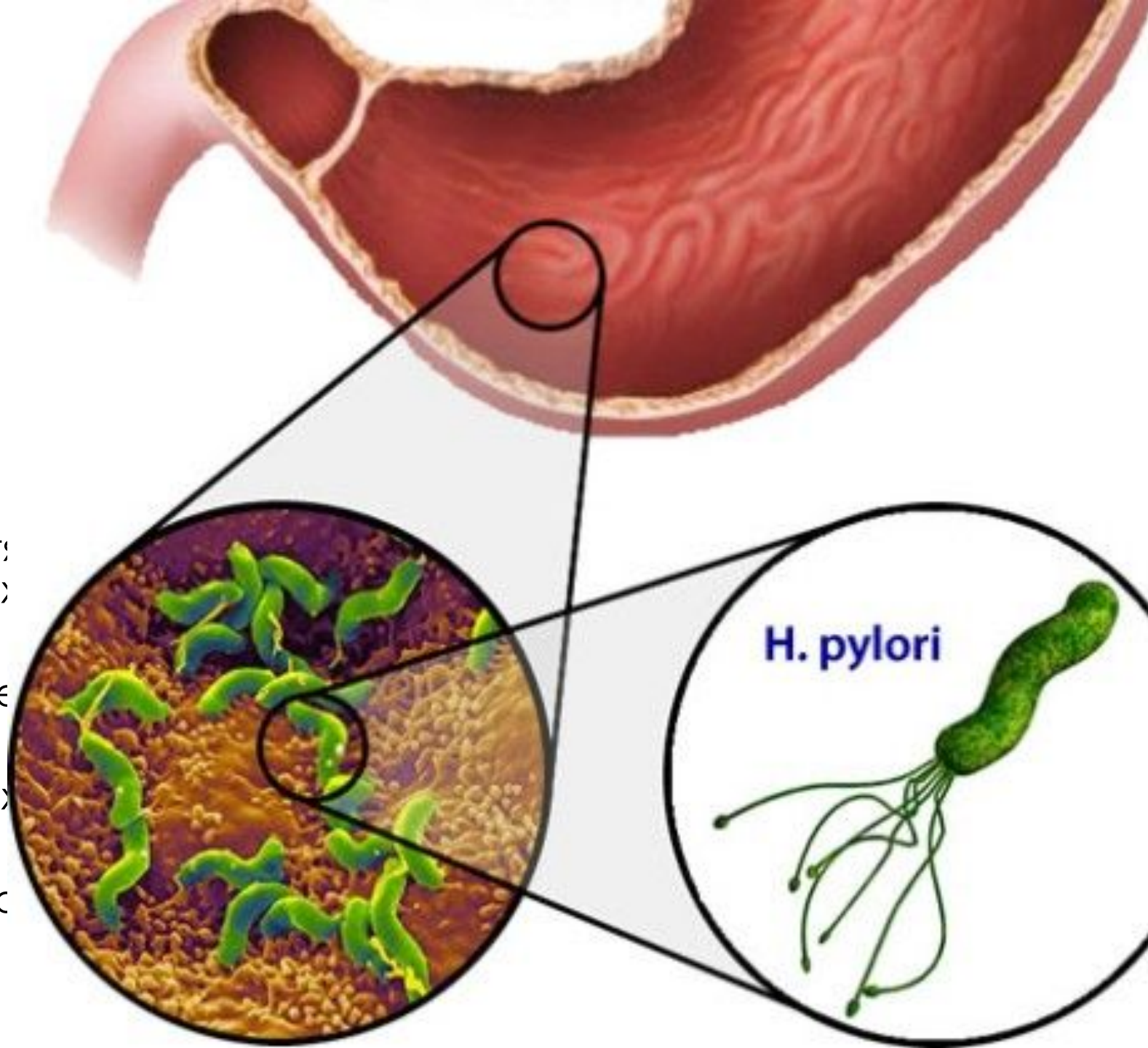
Діагностика обов'язкова:

- Біопсія слизової оболонки (СО) для діагностики Нр: а/ проведення швидкого уреазного тесту (антральний відділ шлунку) - експрес-метод; б/ морфологічного дослідження СО (по 2 біоптати з антрального відділу та тіла шлунку) - для діагностики Нр, атрофії, дисплазії або неоплазії, виключення рідкісних та атипових причин виразкування СО;
- Тест на наявність Нр — обов'язково у кожного хворого
 - з пептичною виразкою – одноразово
- Загальний аналіз крові — одноразово
- Аналіз калу на приховану кров — одноразово.

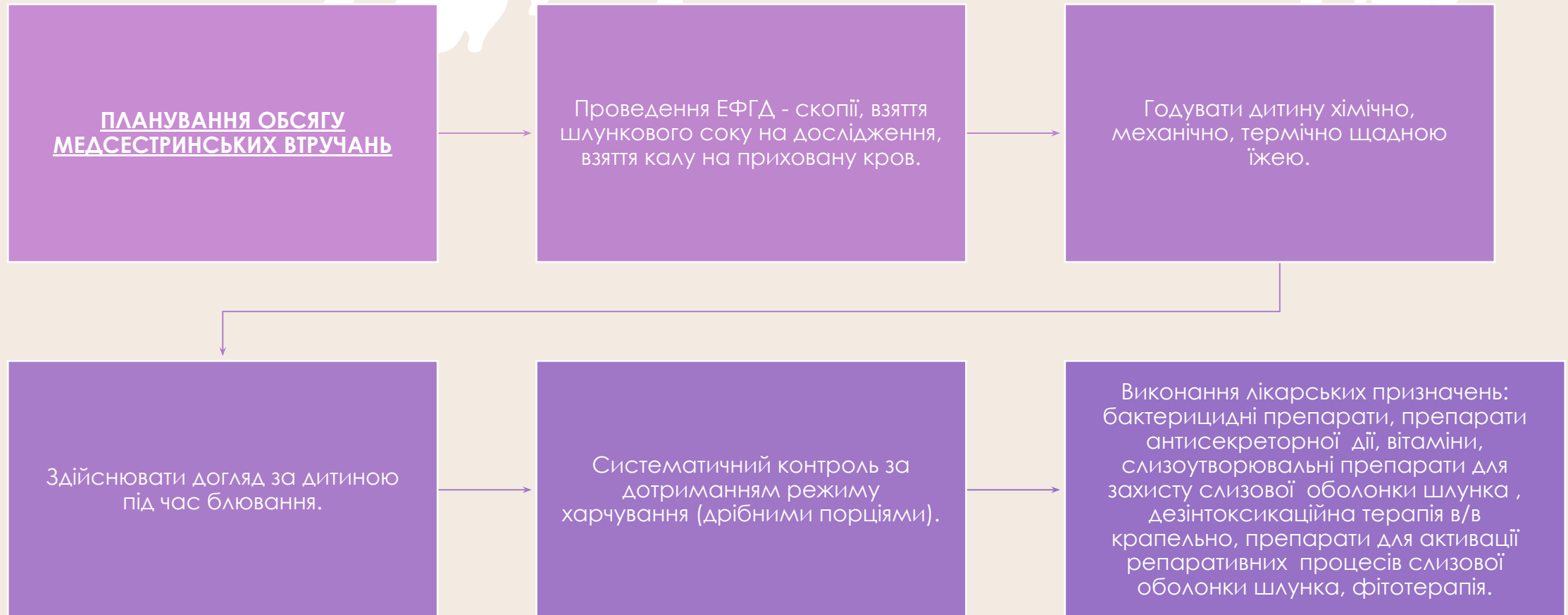
III етап медсестринського процесу

ВИЗНАЧЕННЯ МЕТИ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ

- Підготовка пацієнта та взяття матеріалу для лабораторних досліджень
- Догляд та медсестринське спостереження за пацієнтом
- Виконання лікарських призначень
- Навчити матір пацієнта маніпуляціям по догляду



IV етап медсестринського процесу



Різниця між виразкою дванадцятипалої кишки та виразкою шлунку

Ознака	Виразка дванадцятипалої кишки	Виразка шлунку
Частота зустрічаємості у дітей	81 %	13 %
Пол	У хлопчиків значно частіше	Між хлопчиками та дівчатам різниці немає
Сімейна спадковість	В 2 рази частіше, ніж при виразці шлунку	Не спостерігається
Група крові	Особливо часто 0(I) група	Зв'язку немає
Кількість обкладочних клітин	Значно збільшена	Зменшена
Перебіг та загострення	Строго періодичний та сезонний (осінньо-весняний)	Періодичність та сезонність не завжди
Інтенсивність болі	Дуже сильна, різуча, нападоподібна, колюча	Різної інтенсивності, часто неінтенсивні

Характер болі	Голодні, нічні, пізні (через 1,5-2 години після їжі)	Після їжі
Локалізація болі	Справа від середньої лінії живота	Зліва від середньої лінії живота
Засоби, що полегшують біль	Їжа та лужні розчини	лужні розчини та після блювання
Диспепсичні розлади	Виражені	Відсутні або незначні
Моторика шлунку	Посилена (швидке спорожнення, спазми)	Квола або в нормі
Кислотність	Підвищена	Знижена або в нормі
Базальна секреція	Підвищена	Не змінена
Нічна секреція	Підвищена	Не змінена

УСКЛАДНЕННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

СИМПТОМАТИКА

ЛАБОРАТОРНО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ
ДОСЛІДЖЕННЯ

ЛІКУВАЛЬНІ ЗАХОДИ

ПЕРФОРАЦІЯ

Характерне
положення хворого
виразковою
хворобою



На рентгенограмі відмічається
наявність вільного газу в черевній
порожнині

ЕКСТРЕННА ОПЕРАЦІЯ

КРОВОТЕЧА

Кровотеча у хворого виразковою хворобою
шлунка у вигляді блювоти "кофейною гущею"



Показники гемодинаміки і
результати термінових аналізів
крові

Артеріальний тиск - 80 і 50 мм рт. ст.

Число серцевих скорочень - 120 за
хв.

Гемоглобін 70 г/л; еритроцити - $2,9 \cdot 10^{12}$ в 1 л

1. Госпіталізація
2. Абсолютний спокій
3. На живіт міхур з льодом
4. Переливання крові до 500 мл, введення внутрішньовенно гіпертонічних розчинів і фізіологічного розчину під шкіру
5. Дієта - 1-2 доби голод, потім рідка холодна їжа і курс противиразкового дієтичного лікування
6. При повторних кровотечах - хірургічне лікування

РУБЦЕВО-ВИРАЗКОВИЙ
СТЕНОЗ ПІЛОРУСА

Характерне положення хворого
при рубцево-виразковому
стенозі пілоруса



Рентгенограма хворого зі стенозом
пілоруса: розширений шлунок

ПРИ ПОМІРНОМУ СТЕНОЗУВАННІ

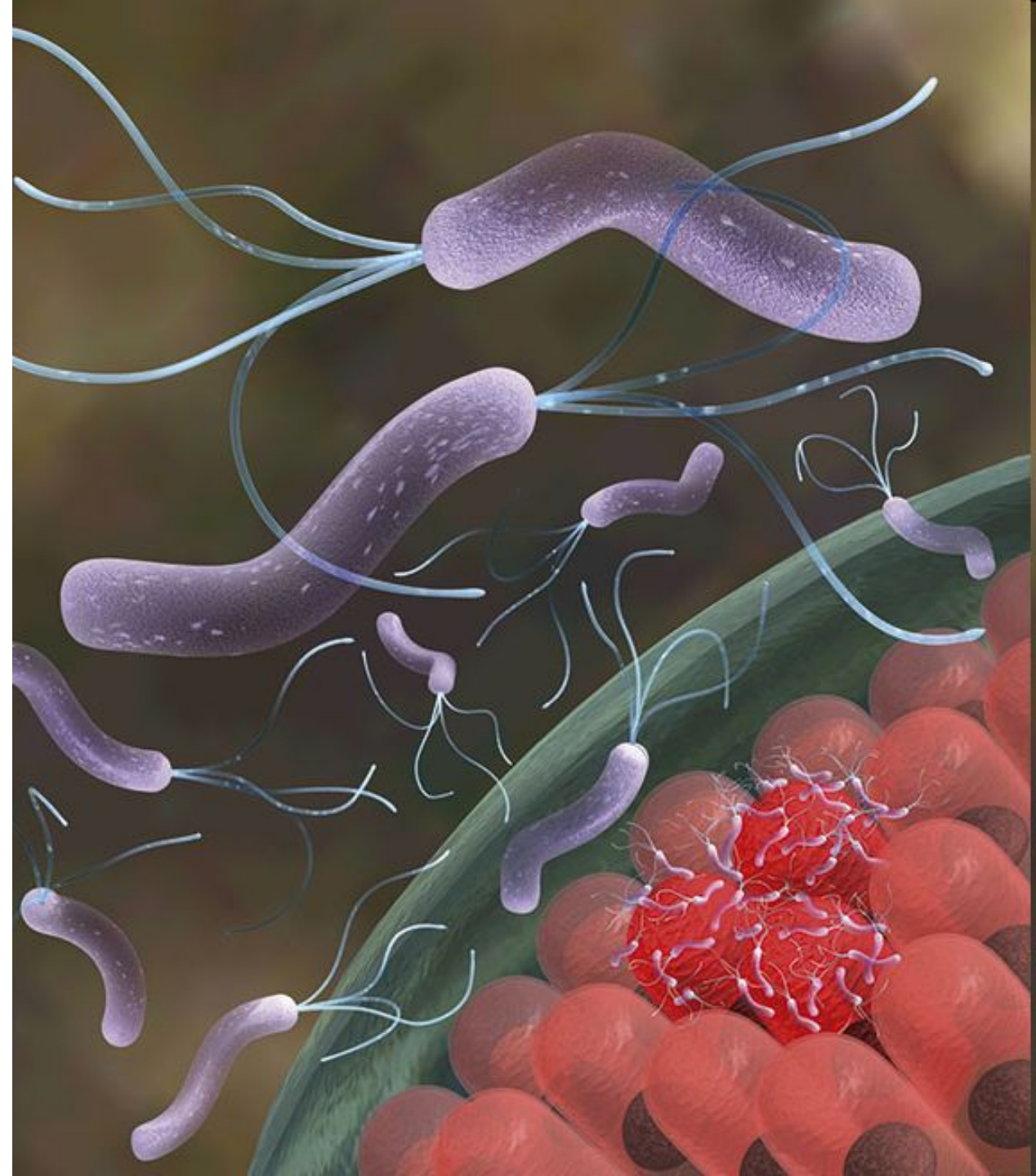
1. Ліжковий режим
2. Курс противиразкового дієтичного лікування: скорочення проміжків між вживанням їжі, зменшення маси разового вживання, додавання білкових продуктів
3. Повторні промивання шлунка
4. При обезводнюванні і електролітних порушеннях - крапельні клізми, фізіологічний розчин під шкіру, розчин хлориду кальцію, хлориду натрію внутрішньовенно. При відсутності ефекту від консервативного лікування і при **ВИРАЖЕНОМУ СТЕНОЗІ** - хірургічне лікування.

Ускладнення ВХШ

Ускладнення	Характеристика
Кровотеча	Виникає у 10-15% хворих. Характерним є раптове зникнення больового синдрому-с-м Бергмана. Мелена. Гематемезис .
Перфорація виразки	Виникає у 5- 15% хворих, частіше у хлопців. Сприяючі фактори: фізичне напруження, прийом алкоголю. Періоди: больовий шок, уявне благополуччя, перитоніт
Пенетрація виразки	Виникає стійкий біль з іррадіацією, не пов'язаний з прийомами їжі. Визначається локальна болючість, можливе виникнення інфільтрату
Пілоростеноз	Формується після рубцювання виразок. Клінічно виділяють стадії: компенсації, субкомпенсації, декомпенсації.

V етап медсестринського процесу

- ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА
КОРЕКЦІЯ ДОГЛЯДУ
- Зникнення диспепсичних явищ ,
покращання загального стану.
- Відновлення маси тіла
- Корекція мед сестринських
втручань можлива при різних
ускладненнях.





Дослідження

Фіброгастроуденоскопія – найбільш інформативний метод. Дозволяє визначити локалізацію, поширеність процесу, характер морфологічних змін, а також секреторні та моторні порушення.

Капсульна ендоскопія.

Інтрагастральна рН-метрія.

УЗД органів черевної порожнини.

Електрогастрографія.

Фракційне дослідження шлункового соку нині практично не проводиться.

Рентгенографія з барієм також не проводиться.

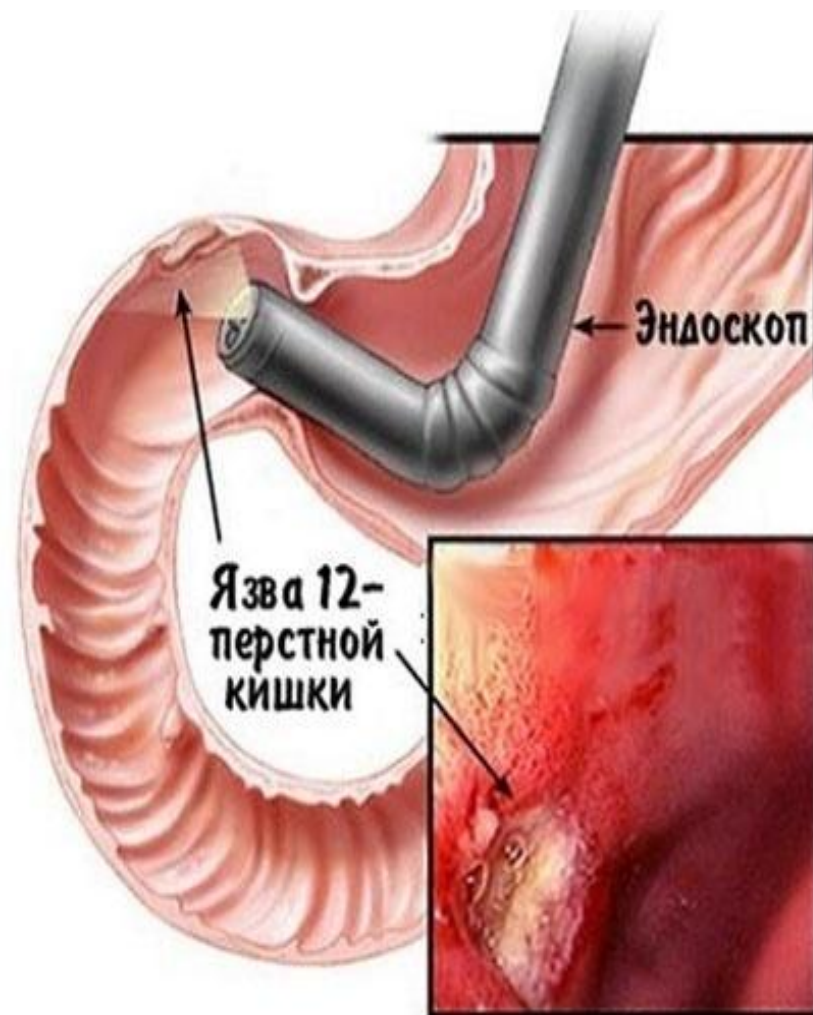
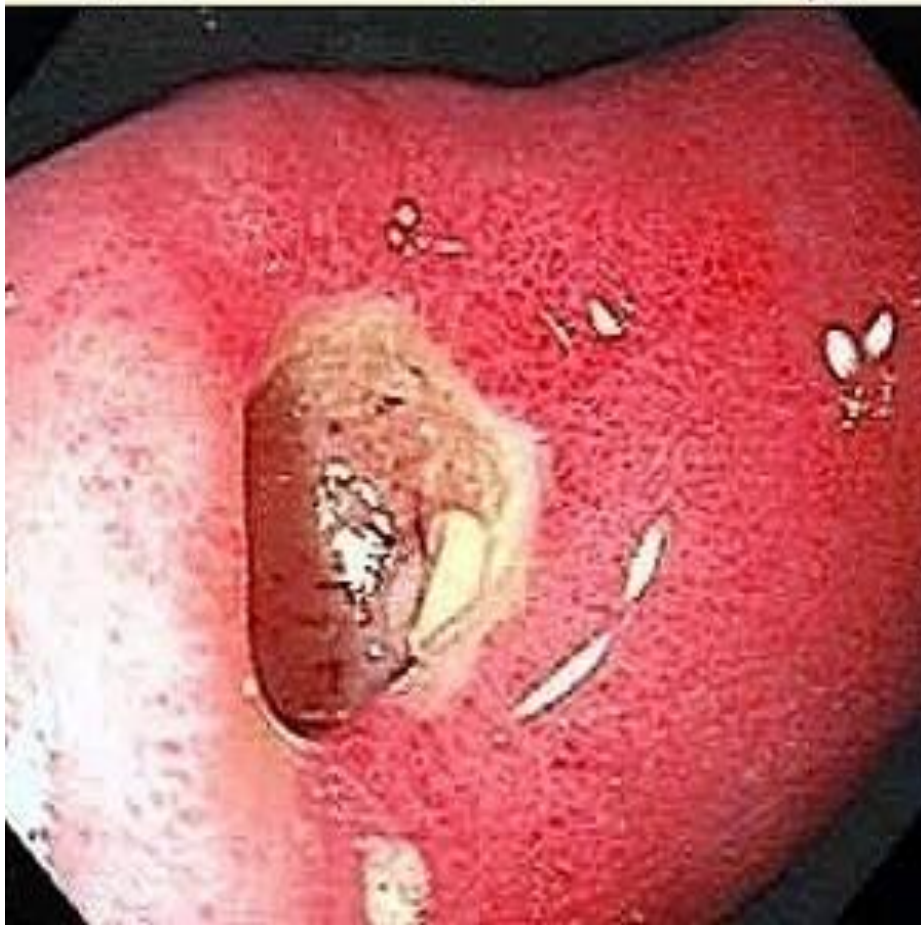


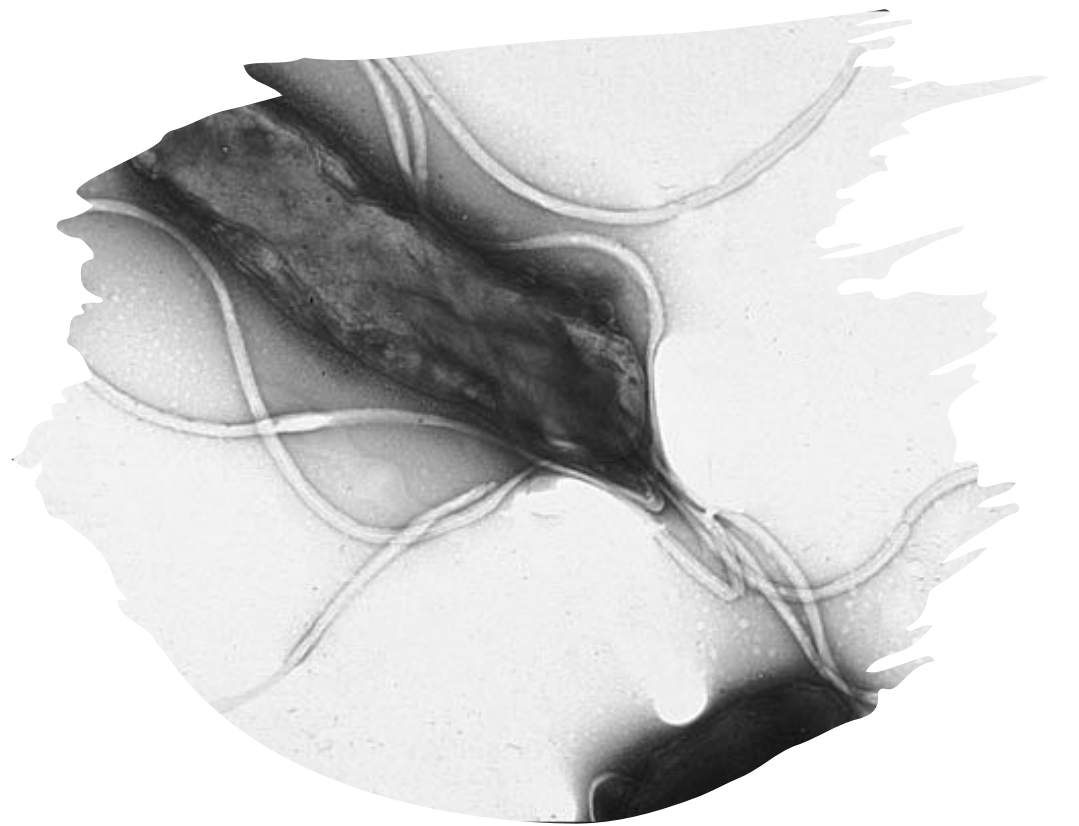
Проведення
фіброгастродуоденоскопії



Ендоскопічна картина

Эндоскопическая картина язвы желудка





Імунологічний метод
виявлення *H. pylori*

Шлункова Рн - метрія

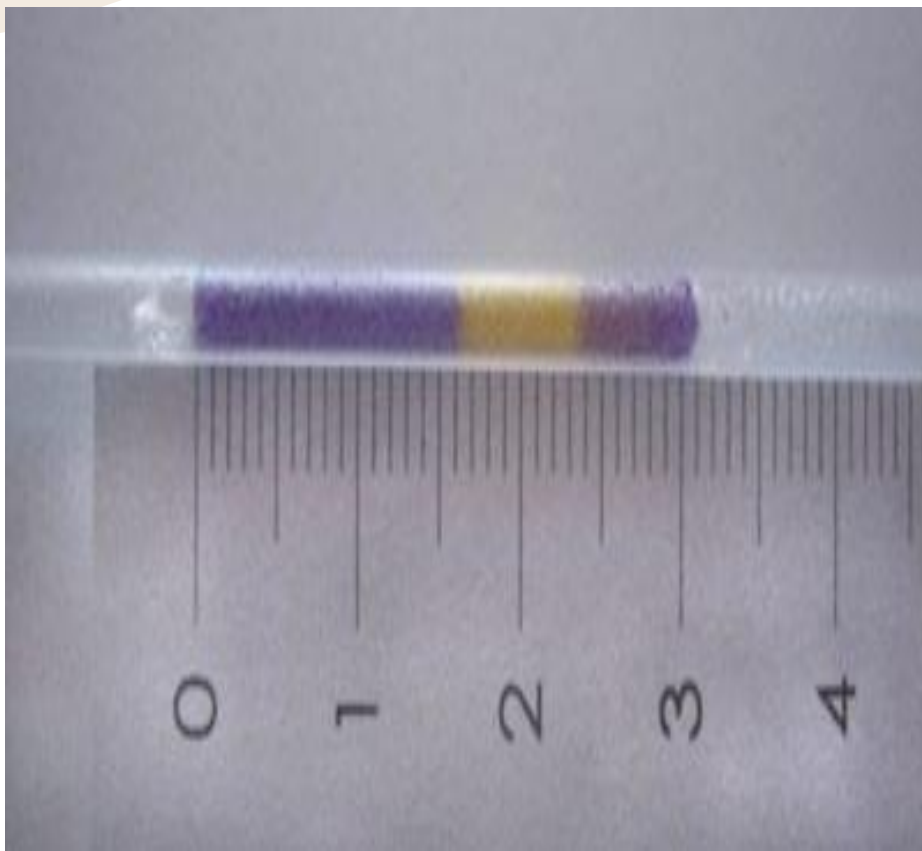


Проведення хелік - теста

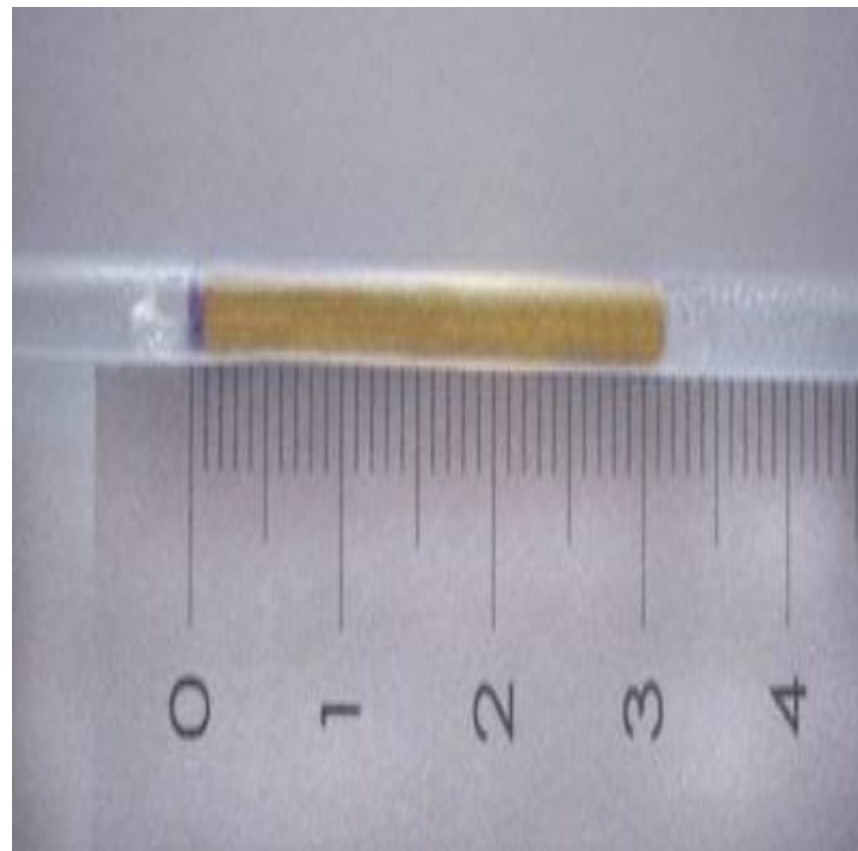




- Позитивний хелік-тест



- Від'ємний хелік-тест



Порівняння діагностичних тестів на H. Pylori

Тест	Примітки	Характеристики	ШЖК	ГЕ	ЕТ	Переваги	Недоліки
Дихальний уреазний тест	✓ Найкращий тест вибору для негазних досліджень. ✓ Найкращий варіант для підтвердження ерадикації H. pylori	Чутливість >95% Специфічність >95%				Простий, негазний, безпечний Висока чутливість, специфічність і точність виявлення ерадикації інфекції	Хибно-негативні результати внаслідок кровотеч, застосування АІП та ІПІ; неможливість при атрофічному гастриті, кишковій метаболізі, раку шлунку.
Виявлення антигенів H. pylori в калі	✓ Альтернативний тест вибору для негазних досліджень ✓ Альтернативний варіант для підтвердження ерадикації H. pylori	Чутливість >95% Специфічність >95%				Швидкий, простий і недорогий	Хибно-негативні результати внаслідок при наявному бактеріальному навантаженні, недавньому використанні антибіотиків, вісміту та ІПІ; небажані пацієнтів і лікарів виконувати цей тест; проблеми зберігання та транспортування зразків.
Швидкий уреазний тест	✓ Використовується, коли є покази до ендоскопії і немає протипоказань для біопсії	Чутливість 95% Специфічність 80-90%				Швидкий, недорогий і простий	Чутливість і специфічність нижче при виразковій хворобі шлунка і кишковій метаболізі.
Гістологічне дослідження	✓ Мінімальна стандартна біопсія - 2 біопсії з антрального відділу (велика і мала кривина 3 см проксимальніше до пілоричної ділянки) і 2 біопсії з середньої йни шлунку	Чутливість 60-90% Специфічність >95%				Золотий стандарт при безпосередній діагностиці H. pylori в слизовій оболонці і дослідження стану ерадикації	Залежність спостережень; трудомісткий; потребує багато майстерності та високої вартості.
Культуральний метод	✓ Чутливість до антибіотиків	Чутливість 50-95% Специфічність >95%				Визначення закономірностей антимікробної резистентності та чутливості	Дорогий, складний і трудомісткий тест.
Полімеразна ланцюгова реакція	✓ Чутливість до антибіотиків ✓ Фактори віруленності	Чутливість 80% Специфічність 100%				Висока чутливість, специфічність; немає необхідності в конкретних перевезеннях	Дорогий; потрібні спеціальні навички; помилково-позитивні результати через виявлення фрагментів ДНК мертвих бактерій.
Серологія	✓ Фактори віруленності	Чутливість >96% Специфічність 60-90%				Економічність найдовше; широко доступний; застосовується для діагностики пацієнтів, які отримують антибіотики та ІПІ	Неможливість розрізнити гостру інфекцію і попередній контакт; непридатний для підтвердження лікування після терапії.

ШЖК – шлунково-кишкова кровотеча

ГЕ – гастректомія в анамнезі

ЕТ – ерадикаційна терапія

Пост створено за підтримки лабораторії SINEVO.



Дієтичне харчування

Перші дні – молоко тепле, вершки, вершкове масло і олія, протертий сир з молоком, яйце зварене не круто, слизові рідкі каші (вівсяна, рисова), відварене м'ясо і риба у вигляді суфле, кисіль молочний, солодкий сік.

Через 3 доби – те ж саме + парові м'ясні чи рибні котлети, фрикадельки, пшеничні сухарі, солодкий сік.

Через тиждень – те ж+білий черствий хліб, картопляне, моркв'яне пюре.



Дієтичне харчування

Вказані дієтичні столи призначаються на 3-5 діб індивідуально .

Через 10 днів – те ж + вегетаріанські супи з круп, макарони, сметана, кефір, сир, варена дієтична ковбаса, нежирна вітчина, компот, черствий білий хліб.

Тривалість дієтотерапії в межах 1 столу при ХГД не менше 1 місяця, при ВХ – близько 4-6 міс.

Диета при ЯЗВЕ



Воспаление



**Схеми
антигелікобактерної
терапії**
(Консенсус
Маастрихт-3, 2005рік)

Потрійна схема АГТ (оптимальна)

- ☐ Де- нол +амоксицилін (або кларитроміцин) + фуразолідон.
- ☐ Де-нол+амоксицилін (або кларитроміцин) + ІПП.
- ☐ ІПП+амоксицилін (або кларитроміцин) + фуразолідон.
- ☐ ІПП (або де – нол)+амоксицилін (флемоксин) +кларитроміцин (або роксітроміцин).

Квадротерапія (рідко)

- ☐ Де-нол+ІПП+амоксицилін (кларитроміцин) +фуразолідон.
- ☐ Де- нол +ІПП+амоксицилін + кларитроміцин

*Усі препарати призначаються 2 рази на день.
Тривалість АГТ – 1 тиждень*

Інгібітори «протонної ПОМПИ» - ІПП

A02BC01 - Омепразол

A02BC02 - Пантопразол

A02BC03 - Ланзопразол

A02BC04 - Рабепразол

A02BC05 - Езомепразол

A02BC06 - Декслансопразол

A02BC51 - Омепразол, комбінації

A02BC53 - Ланзопразол, комбінації



Ерадикація *HELICOBACTER PYLORI* сприяє регресії запально-дистрофічних змін та відновленню захисних властивостей слизової оболонки шлунку.

ПРЕПАРАТИ З АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЮ АКТИВНІСТЮ – фуразолідон, кларитроміцин, амоксицилін, колоїдний субцитрат вісмуту.

ЗРАЗКИ ЕРАДИКАЦІЙНИХ СХЕМ (дітям старше 12 років)

Омепразол + кларитроміцин + фуразолідон

Омепразол + амоксицилін + кларитроміцин

Омепрозол + колоїдний субцитрат вісмуту + фуразолідон+ амоксицилін

КОМБІНОВАНІ АНТИБАКТЕРІАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ

Гастростат (колоїдний субцитрат вісмуту + тетрациклін) – дітям старше 6 років

Пілорид (ранітидин + вісмуту цитрат)

Терапію за схемами продовжують протягом 7 днів, потім залишають тільки антисекреторну терапію.

АНТИСЕКРЕТОРНІ ПРЕПАРАТИ

Селективні М-холінолітики
(пірензепин, гастроцепін)

Блокатори H₂-рецепторів
гістамину (ранітидин,
фамотидин)

Інгібітори протонної помпи –
блокатори H⁺/K⁺АТФази
парієтальної клітини
(омепразол) – дітям старше 12
р.

Антисекреторна терапія

1. Блокатори H₂- рецепторів гістаміну

Селективно інгібують секрецію соляної кислоти

Зменшують об'єм шлункового соку

Знижують рівень пепсину

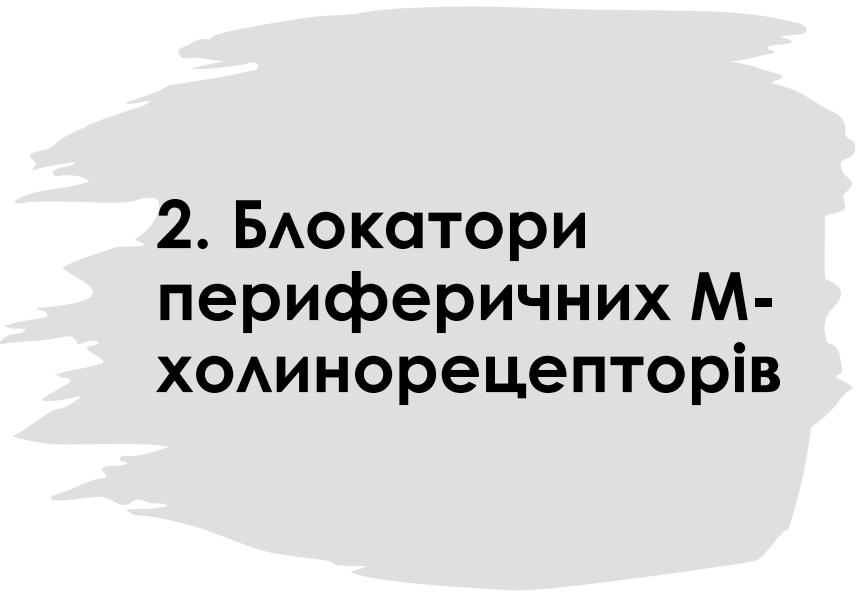
Група циметидина – 1 покоління (циметидин, тагамет, гістодил, цимегексал, нейтронорм, примамет)

Група ранітидина – 2 и 3 покоління (ранітидин, ранісан, зантак, улькодин, зоран, гістак, ранігаст, ранітаб, ранітард, ранітин)

Група фамотидина – 2 и 3 покоління (лецидил, гастроцидін, квамател, фамоцид, ульфамид, фамодин)

Група нізатидина (аксид)

Група роксатидина (роксан)



2. Блокатори периферичних М-холинорецепторів

(гастроцепин, пірензепин, гастрозем, гастрил, пірен)

Подавляють продукцію соляної кислоти і пепсина

Збільшують протективні якості шлункового слизу

3. Блокатори H^+/K^+ -АТФази (інгібітори протонної помпи)

(омепразол, омез, омепрол, омізак, орнатол, лосек)

Інгібують синтез соляної кислоти

Лакто - Біфі

саше



Синбіотик для відновлення
здорового травлення та імунітету
Для дітей від 6 місяців

Склад (кожне саше містить):

Пробіотики

Лактобактерії	
L.Acidophilus.....	3.0x10 ⁶
L.Rhamnosus.....	1.5x10 ⁶
L.Casei.....	1.0x10 ⁶
L.Planarum.....	1.0x10 ⁶
L.Bulgaricus.....	1.0x10 ⁶
Біфідобактерії	
B.Longum.....	1.0x10 ⁶
B.Infantis.....	1.0x10 ⁶
B.Breve.....	1.0x10 ⁶
Стрептококкова бактерія	
S.Thermophilus.....	1.0x10 ⁶
Дріжджеподібний грибок	
S.Bouardii.....	0.5x10 ⁶

Пребіотик

Фруктоолігосахариди.....	100 мг (mg)
Цинк елементний.....	3 мг (mg)

Показання до застосування:

- нормалізація та відновлення мікрофлори;
- профілактика дисбактеріозу кишківника;
- покращення функціональності імунної системи.

Спосіб застосування:

Вік	Кількість	Прийом
6 місяців - 3 роки	1 саше	1 раз в день
3 - 10 років	1 саше	2 рази в день
Від 10 років	1 саше	3 рази в день

У попередньо стерилізовану чайну ложечку (пляшечку з соскою) з грудним молоком або рідкою дитячою сумішшю для подальшого годування додати вміст саше, ретельно розчинити, переконатися щодо відсутності грудочок.



Реабілітація	
Вид реабілітації	Характеристика реабілітації
Індивідуальний дієтичний режим	З виключенням або обмеженням індивідуально неприйнятних продуктів
Режим праці та відпочинку	Уникати фізичних і емоційних перевантажень
Заняття фізкультурою	Дозоване фізичне навантаження
Не слід застосовувати нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП)	При потребі застосовувати НПЗП місцево або вибирати фізіотерапевтичні методи лікування
Обмежується паління та алкоголь	
Санаторно-курортне лікування	Курорти Закарпаття



Диспансеризація

Спостереження педіатра 2 - 4 рази на рік, залежно від особливостей перебігу хвороби.

При відсутності загострення - ФГДС 1 раз на рік, а також при неефективності терапії "на вимогу" в період загострення.

Дослідження шлункової секреції методом рН-метрії 1 раз на рік.

Аналіз калу на приховану кров 1 раз в 6 міс.

Диспансеризація

Термін диспансерного
нагляду – 3 - 5 років.



Протирецидивне лікування 2
рази на рік (осінь, весна)



Санаторно-курортне
лікування через 6 міс – 1 рік
від початку ремісії в
санаторіях
гастроентерологічного
профілю (Сатанів,
Миргород, Моршин)

Менеджмент інфекції, спричиненої *Helicobacter pylori*, у дітей та підлітків

Частина перша – діагностика

Інфекція, спричинена *Helicobacter pylori*, набувається в дитинстві та досі залишається важливою причиною виразкової хвороби (ВХ) і раку шлунку. На відміну від дорослих у дітей та підлітків ускладнення ВХ розвиваються рідко. Окрім того, інфекція *H.pylori* в ранньому дитинстві може бути пов'язана з певними імунологічними перевагами в подальшому.

Хоча інфекція *H.pylori* завжди пов'язана з мікроскопічним запаленням шлунку, у переважної більшості дітей перебіг захворювання є безсимптомним. Дослідження, проведені у дітей, НЕ підтверджують ролі інфекції *H. pylori* у розвитку функціональних розладів (напр., рецидивний біль у животі). Таким чином, рішення про обстеження та лікування інфекції у даній віковій категорії має бути виправдане очевидними перевагами для окремої дитини.

Рекомендація 1

Рекомендовано, щоб головною метою клінічного дослідження шлунково-кишкових симптомів було встановлення основної причини їх виникнення, а не лише виявлення інфекції *H. pylori*.

За відсутності виразки або ерозії шлунка чи дванадцятипалої кишки (ДПК) ерадикація інфекції *H. pylori*, вірогідно, НЕ призведе до покращення симптомів.

Рекомендація 2

А. Рекомендовано, щоб під час ендоскопії проводився забір додаткових зразків біопсії з метою проведення швидкого уреазного тесту (ШУТ**) і посіву, якщо лікування з високою вірогідністю буде запропоноване при підтвердженні інфекції.



В. Припускається, що при випадковому виявленні інфекції *H. pylori* під час ендоскопії, лікування можна розглянути після ретельного обговорення з пацієнтом/батьками.



Оскільки поточні дослідницькі дані свідчать про те, що інфекція *H. pylori* не викликає симптомів за відсутності ВХ, проведення неінвазивного тестування з метою виявлення інфекції та її лікування у разі позитивного результату НЕ є виправданими.



С.
Рекомендовано відмовитися від стратегії «тестуй та лікуй» у дітей.

Рекомендація 3

Рекомендовано проводити тестування на *H. pylori* у дітей з виразкою шлунка або ДПК. У разі позитивного результату слід призначити лікування та підтвердити ерадикацію (після курсу лікування).

Монотерапію інгібіторами протонної помпи (ІПП) можна продовжувати після ерадикаційної терапії ще протягом 2-4 тижнів у пацієнтів з ВХ.

Успішна ерадикація *H. pylori* пов'язана з виліковуванням ВХ і дуже низьким ризиком рецидиву. Тому моніторинг успіху терапії є обов'язковим у цих пацієнтів через 4-6 тижнів після припинення прийому антибіотиків і щонайменше через 2 тижні після припинення терапії ІПП (підтвердження ерадикації). У разі неефективності ерадикації пацієнту повинна бути проведена «терапія порятунку».

Рекомендація 4

- НЕ рекомендовано проводити діагностичне тестування на інфекцію *H. pylori* у дітей із функціональним абдомінальним болем.
- Діти з рецидивним болем у животі без тривожних ознак (червоних прапорців) або симптомів, швидше за все, мають функціональний біль незалежно від статусу інфікування *H. pylori*.
- Симптоми тривоги (червоні прапорці) включають:
 - ☐ постійний біль у правому верхньому або правому нижньому квадранті;
 - ☐ дисфагію, одиофагію;
 - ☐ персистентне блювання;
 - ☐ шлунково-кишкову кровотечу;
 - ☐ втрату ваги (без очевидної причини);
 - ☐ уповільнення лінійного росту та затримку статевого дозрівання;
 - ☐ лихоманку незрозумілої етіології;
 - ☐ наявність у сім'ї запальних захворювань кишечника, целиакії, або ВХ.

Рекомендація 5

А. Не рекомендовано проводити діагностичне тестування на інфекцію *H. pylori* у якості початкового обстеження дітей із залізодефіцитною анемією (ЗДА)

В. Припускається, що в дітей із рефрактерною ЗДА, інші причини якої були виключені, можна розглянути тест на *H. pylori* під час верхньої ендоскопії.

Рекомендація 6

Припускається, що з метою встановлення причин хронічної імунної тромбоцитопенічної пурпури (ІТП) можна розглянути неінвазивне діагностичне тестування на інфекцію *H. pylori*.

Рекомендація 7

НЕ рекомендується проводити діагностичне тестування на інфекцію *H. pylori* під час пошуку причин низького зросту.

Рекомендація 8

Ми рекомендуємо перед тестуванням на *H. pylori* зачекати щонайменше 2 тижні після припинення прийому ІПП і 4 тижні після припинення прийому антибіотиків.

Рекомендація 9

А. Рекомендовано, щоб діагноз інфекції *H. pylori* ґрунтувався або на позитивних результатах посіву, або на *H. Pylori*-індукованому гастриті, виявленому шляхом гістопатологічного дослідження + принаймні 1 іншому позитивному тесті на основі біопсії.

Початковий діагноз інфекції *H. pylori* НЕ повинен ґрунтуватися на неінвазивних тестах (таких як: 13С-уреазний дихальний тест, аналіз калу на антиген). Однак позитивний неінвазивний тест підтверджує діагноз у тих випадках, коли позитивна гістологія є єдиним доступним інвазивним тестом.

В. Для первинної діагностики інфекції *H. pylori* необхідно взяти щонайменше 6 біопсій шлунка:

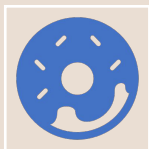
- 2 біопсії з антрального відділу та 2 біопсії з тіла для гістопатологічної оцінки із застосуванням оновленої Сіднейської класифікації;

- принаймні 1 біопсію з антрального відділу та 1 з тіла для посіву (за наявності);

- принаймні 1 біопсію для будь-яких додаткових діагностичних тестів з антрального відділу (швидкий уреазний або молекулярний аналіз).

При кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту можуть виникнути хибнонегативні результати гістопатології, посіву або ШУТ. Молекулярні діагностичні методи можуть демонструвати вищу точність тесту в цьому випадку.

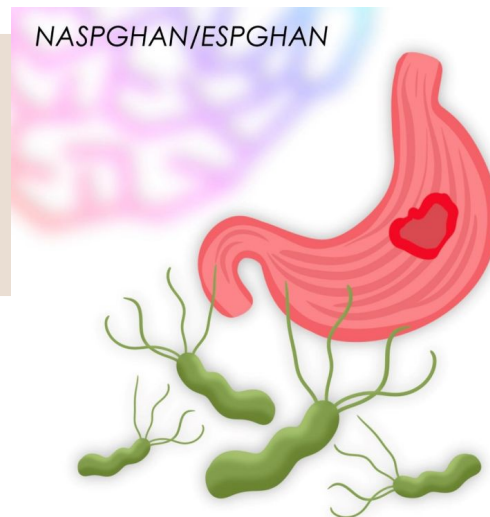
Рекомендація 10



НЕ рекомендовано проводити тести на специфічні антитіла (IgG, IgA) до *H. pylori* в сироватці, цільній крові, сечі та слині в клінічних умовах.



Джерело <http://bitly.ws/yktS>



Рекомендація 11

Рекомендовано отримати результати антимікробної чутливості для *H. pylori* та призначити ерадикаційну терапію відповідно до результатів.

Визначення антимікробної чутливості *H. pylori* має базуватися на методах культурального (Е-тест або метод серійних розведень агару) або молекулярного дослідження біоптатів (ПАР у реальному часі, флуоресцентна гібридизація *in situ*).

Рекомендація 12

Рекомендовано отримати результати антимікробної чутливості для *H. pylori* та призначити ерадикаційну терапію відповідно до результатів.

Визначення антимікробної чутливості *H. pylori* має базуватися на методах культурального (Е-тест або метод серійних розведень агару) або молекулярного дослідження біоптатів (ПАР у реальному часі, флуоресцентна гібридизація *in situ*).

Рекомендація 13

- Рекомендовано, щоб лікар пояснив родині важливість дотримання антихелікобактерної терапії для збільшення шансів успішної ерадикації.
- Інформаційні листівки для пацієнтів з індивідуальними графіками прийому ліків можуть покращити прихильність.

Рекомендація 14

- Рекомендовано застосовувати наступні препарати в якості терапії першої лінії з метою ерадикації інфекції *H. pylori*:
- Якщо штам чутливий до кларитроміцину (КЛА) та метронідазолу (МЕТ), потрібна терапія (інгібітор протонної помпи [ІПП] + амоксицилін [АМО] + кларитроміцин [КЛА]) протягом 14 днів є найкращим вибором. У порівнянні з послідовною терапією, ця схема не спричинить резистентності до метронідазолу. У разі неефективності лікування ІПП + АМО + КЛА можна здійснити перехід на ІПП + АМО + МЕТ без подальшого тестування на чутливість.
- Послідовна терапія протягом 10 днів (ІПП + АМО протягом 5 днів, з переходом на ІПП з КЛА та МЕТ протягом 5 днів) однаково ефективна в пацієнтів, інфікованих чутливими штамми. Однак терапія має недолік: дитина піддається дії 3 різних антибіотиків. Послідовну терапію не слід проводити, якщо штам стійкий до метронідазолу чи кларитроміцину або якщо тест на чутливість недоступний.
- Дози ІПП та антибіотиків слід розраховувати на основі маси тіла.
- Вищий ступінь пригнічення кислотності підвищує рівень успішності терапії на основі амоксициліну та кларитроміцину. Дітям молодшого віку потрібна вища доза ІПП на кг маси тіла порівняно з підлітками та дорослими, щоб отримати достатнє пригнічення кислотності.
- Езомепразол і рабепразол менш сприйнятливі до розкладу швидкими метаболізаторами з генетичним поліморфізмом , тому їм можна надати перевагу, якщо вони доступні.
- ІПП бажано приймати щонайменше за 15 хвилин до їжі.
- У дітей до 8 років вісмутова квадротерапія складається з препаратів: вісмут, ІПП, АМО і МЕТ. У дітей старше 8 років вісмутова квадротерапія складається з: вісмут, ІПП, МЕТ і тетрациклін.
- Рутинне додавання окремих пробіотиків або комбінованих пробіотиків до ерадикаційної терапії для зменшення побічних ефектів та/або підвищення рівня ерадикації НЕ підтверджується поточними доказами.
- Послідовну терапію НЕ слід рекомендувати дітям, які раніше не отримували лікування, якщо чутливість *H. pylori* до антибіотиків невідома. Попри відсутність спеціальних педіатричних досліджень рекомендується 14-денна індивідуальна потрібна терапія, якщо штам *H. pylori* резистентні хоча б до одного антимікробного засобу (наприклад, кларитроміцину або метронідазолу).
- У дітей з первинною подвійною резистентністю до кларитроміцину та метронідазолу квадритерапія терапія може бути кращим варіантом порівняно з потрібною терапією високими дозами амоксициліну.

Рекомендація 15

A

- Рекомендовано оцінювати результат антихелікобактерної терапії щонайменше через 4 тижні після завершення терапії.

B

- Рекомендовано використовувати один із наведених нижче тестів з метою визначення успішності ерадикації *H. pylori*:

1. ¹³C-уреазний дихальний тест (УДТ);
2. 2-етапний моноклональний тест на антигени *H. Pylori* в калі.

Рекомендація 16

- Рекомендовано, щоб у разі неефективності лікування *H. Pylori*, терапія порятунку була індивідуалізованою з урахуванням чутливості до антибіотиків, віку дитини та доступності антимікробних засобів.

РЕКОМЕНДОВАНІ ВАРІАНТИ ТЕРАПІЇ ПЕРШОЇ ЛІНІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЇ *HELICOBACTER PYLORI* У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Чутливість *H. pylori*
до антимікробних
засобів

Запропоновані методи лікування

Чутливість відома

Сприйнятливий до КЛА та МЕТ	ІПП-АМО-КЛА протягом 14 днів, стандартна доза ¹
Стійкий до КЛА, чутливий до МЕТ	ІПП-АМО-МЕТ протягом 14 днів або терапія на основі вісмуту ²
Стійкий до МЕТ, чутливий до КЛА	ІПП-АМО-КЛА протягом 14 днів або терапія на основі вісмуту ²
Стійкий до КЛА та МЕТ (подвійна резистентність)	ІПП-АМО-МЕТ протягом 14 днів з високою дозою амоксициліну або терапія на основі вісмуту

Чутливість невідома

—	Висока доза ІПП-АМО-МЕТ протягом 14 днів або терапія на основі вісмуту ³
---	---

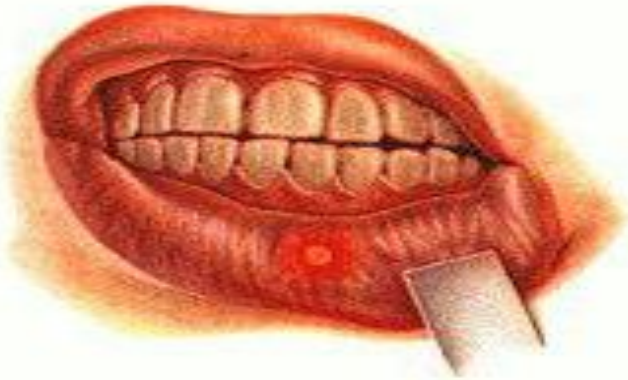
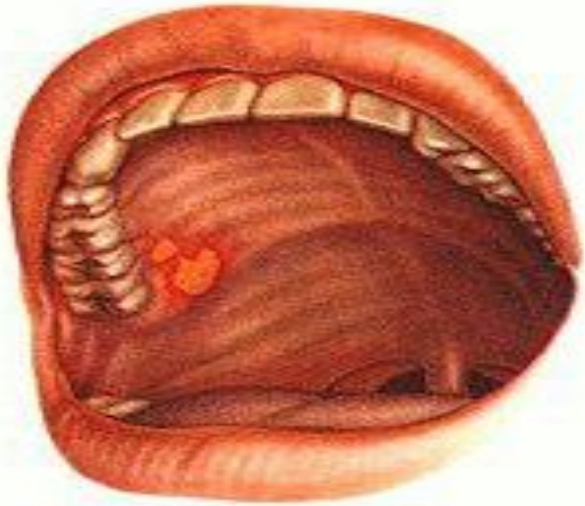
АМО – амоксицилін,
ІПП – інгібітор протонної помпи,
КЛА – кларитроміцин,
МЕТ – метронідазол.

¹ або послідовна терапія протягом 10 днів (див. рекомендацію 14 настанов).

² при алергії на пеніцилін: якщо штам чутливий до КЛА та МЕТ – стандартна потрійна терапія з МЕТ замість АМО; якщо штам стійкий до КЛА, тоді використовуйте терапію на основі вісмуту з тетрацикліном замість АМО, (якщо дитина старше 8 років).

³ або квадритерапія (ІПП-АМО-МЕТ-КЛА) протягом 14 днів (див. коментар щодо супутньої терапії в рекомендації 14 настанов).

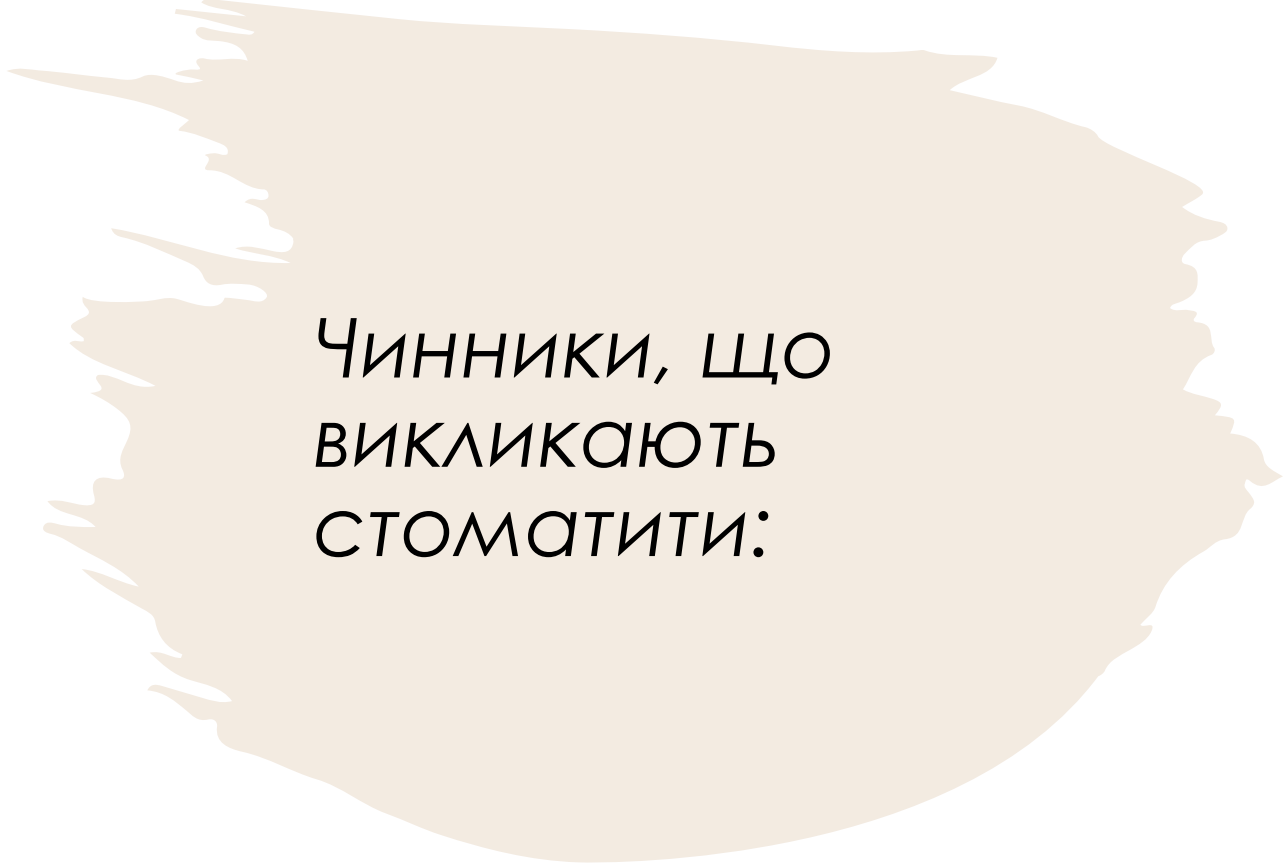
Стоматит



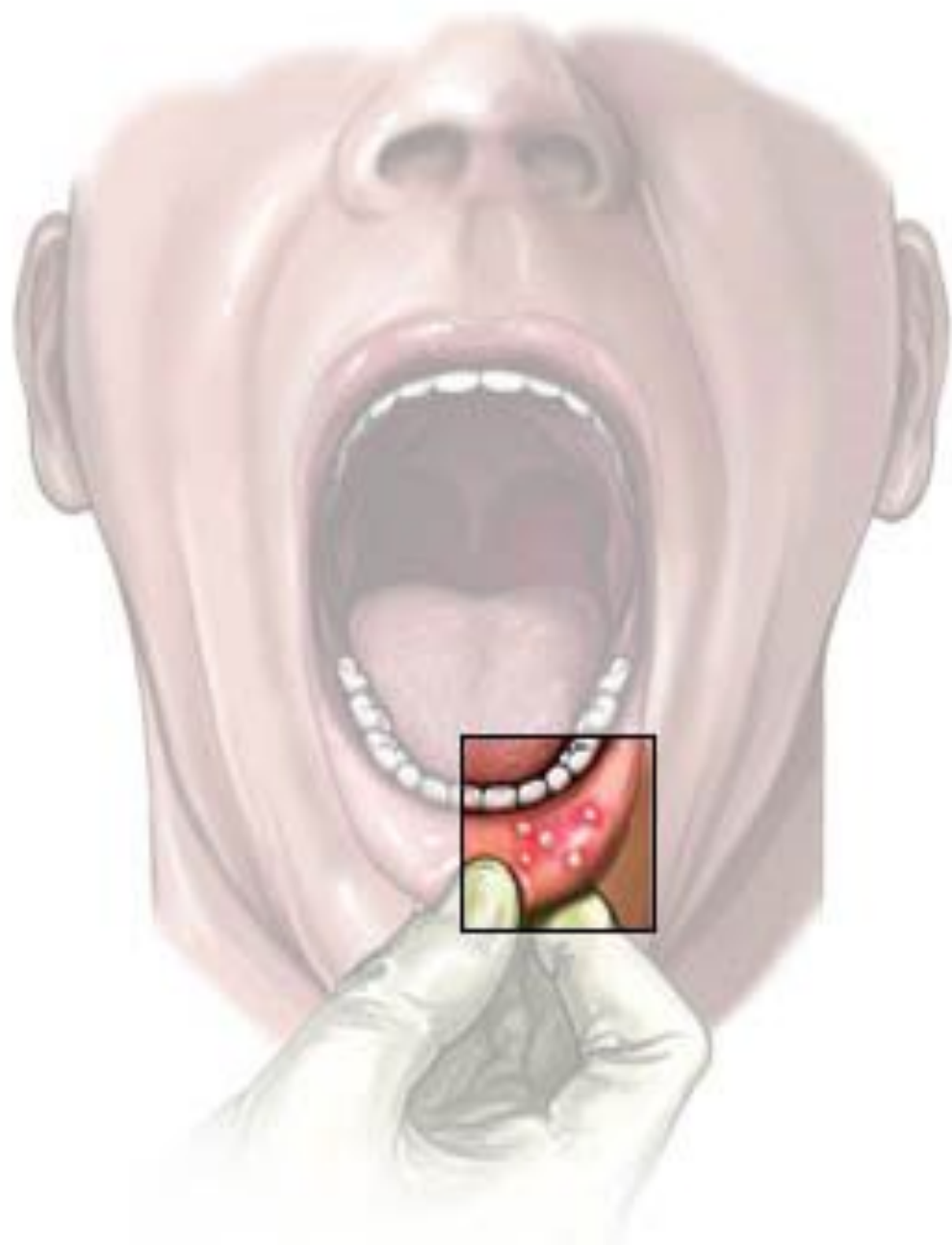
- запальне захворювання слизової оболонки ротової порожнини.

- Катаральний
- Афтозний
- Виразково –
некротичний
 - бактеріальний
 - вірусний
 - грибковий
 - медикаментозний

- гострі інфекційні захворювання (кір, дифтерія, скарлатина);
- шкірні хвороби (ексудативна еритема, червоний плоский лишай);
- хвороби крові (лейкоз, агранулоцитоз і т. д.);
- авітамінози (цинга, пелагра);
- низький рівень гігієни порожнини рота і тривалий прийом деяких лікарських препаратів;
- різноманітні травми слизової оболонки порожнини рота.



**Чинники, що
викликають
стоматити:**



Стоматит

ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ

підйом загальної температури тіла до 39-40 С;

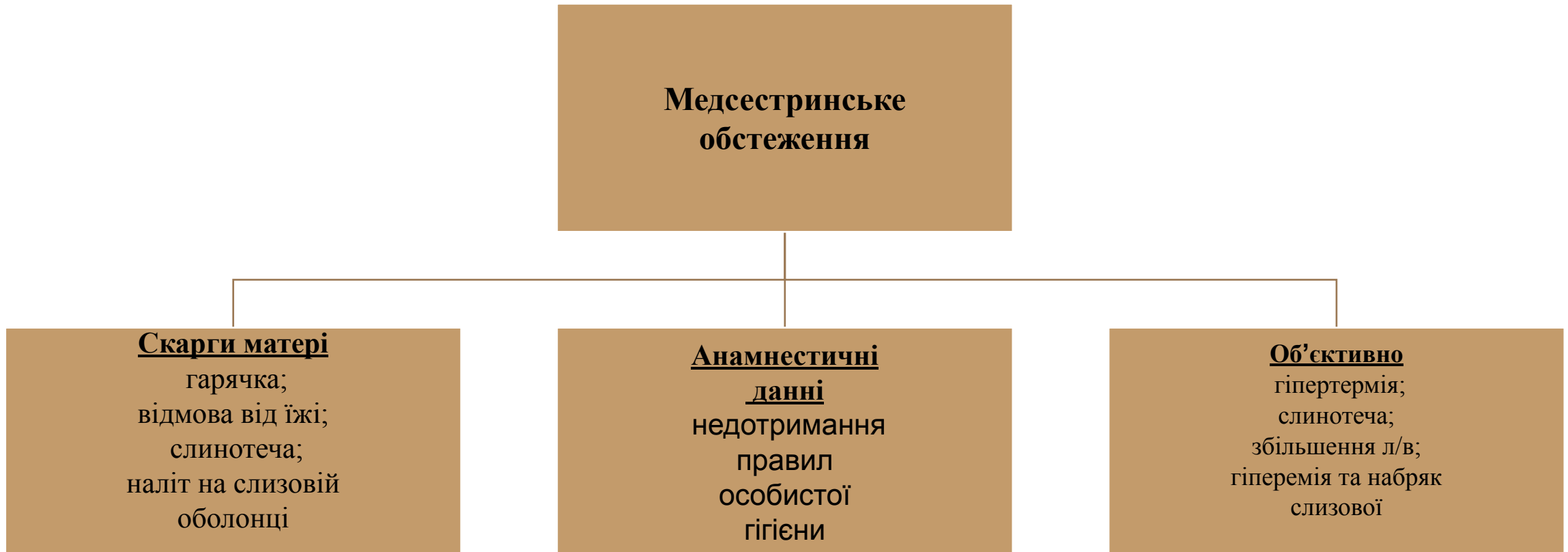
збільшення регіонарних лімфатичних вузлів;

відмова від прийому їжі внаслідок виражених больових відчуттів в порожнині рота і погіршення загального стану;

набрякла слизова оболонка порожнини рота;

болісні висипання у вигляді ерозій і виразок на слизовій оболонці ротової порожнини.

I етап медсестринського процесу



II етап медсестринського процесу

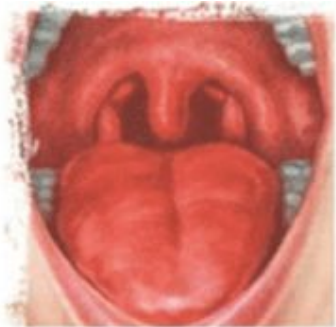
Проблеми пацієнта

- Гіпертермія.
- Слинотеча.
- Збільшення лімфовузлів.
- Гіперемія слизової оболонки ротової порожнини.
- Відмова від груді.



III етап медсестринського процесу

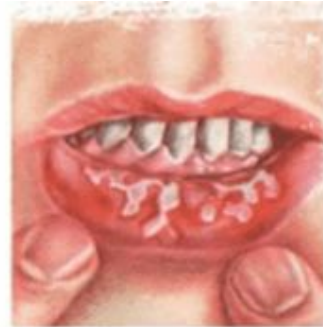
ВИЗНАЧЕННЯ МЕТИ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ



Катаральный стоматит



Афтозный стоматит



Медикаментозный стоматит



Афта на небной дужке



Язва на языке



Герпетический стоматит

- Догляд та медсестринське спостереження за пацієнтом.
- Виконання лікарських призначень.
- Навчити матір пацієнта маніпуляціям по догляду

IV етап медсестринського процесу

ПЛАНУВАННЯ ОБСЯГУ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ

Перед кожним годуванням дитини обробляти слизову оболонку ротової порожнини (анестезин, новокаїн).

Годувати дитину теплою, гомогенною їжею, хімічно щадною.

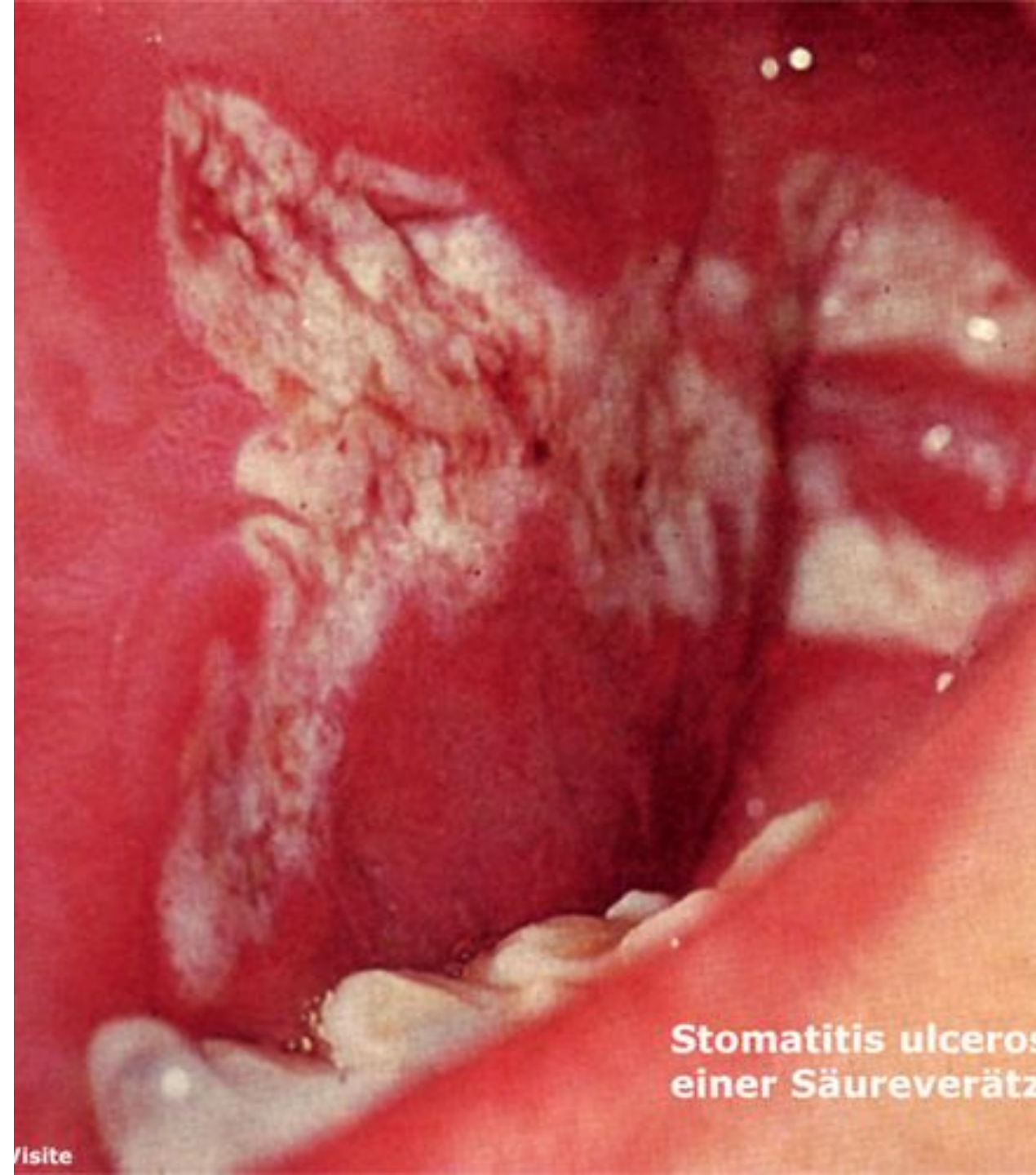
Здійснювати догляд за слизовою оболонкою ротової порожнини.

Систематичний контроль за температурою тіла.

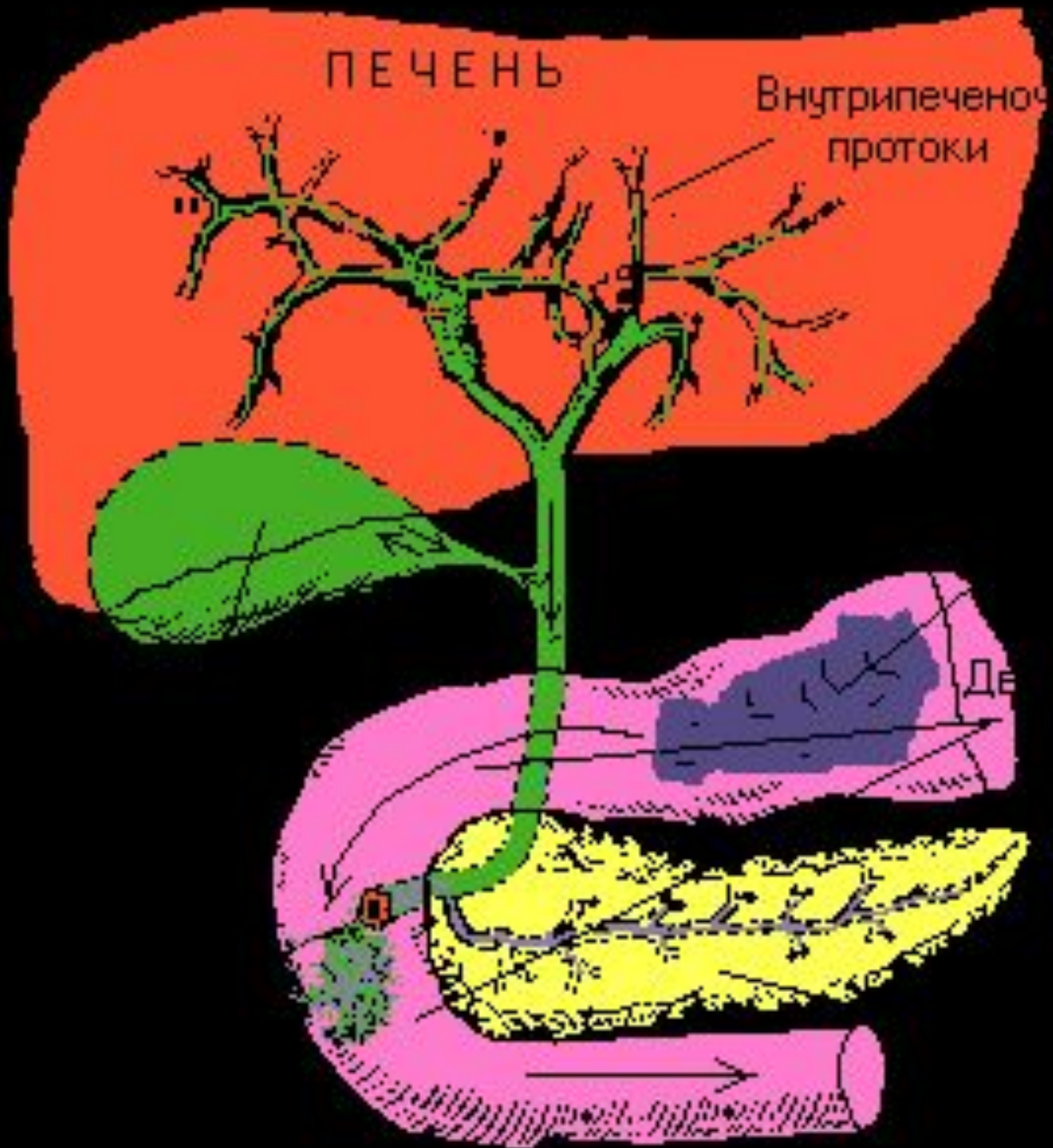
Виконання лікарських призначень:
антигістамінні,
десенсибілізуючі,
сульфаніламіді,
симптоматична , місцева
терапія.

V етап медсестринського процесу

- ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА
КОРЕКЦІЯ ДОГЛЯДУ
- Зникнення гіперемії слизової ,
покращання загального стану.
- Нормалізація температури тіла,
з'явлення апетиту у дитини.
- Корекція мед сестринських
втручань можлива при різних
ускладненнях: треба пам'ятати
про медикаментозний стоматит



Stomatitis ulcerosa
einer Säureverätzung



Холецистохолангіт

- хронічний, рецидивуючий запальний процес жовчного міхура і внутрішньо печінкових жовчних ходів, що супроводжується порушенням моторики жовчних шляхів і змінами фізико – хімічного складу жовчі.

Клініка

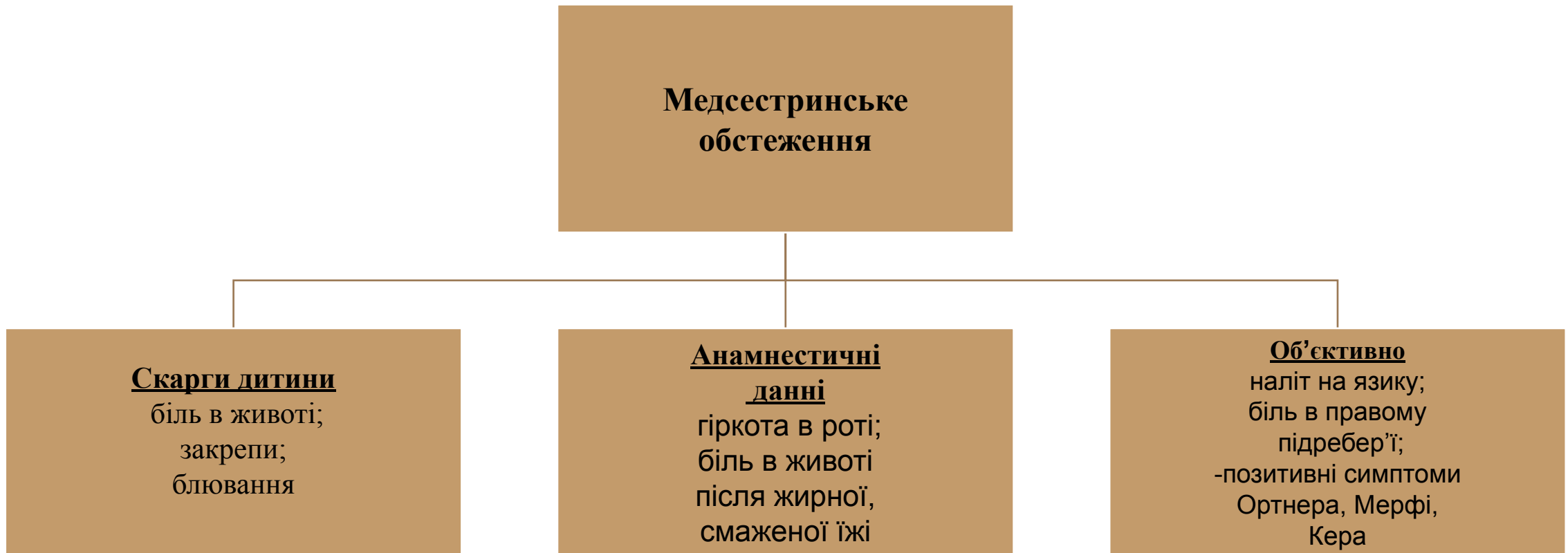
•Розвиток поступовий і характеризується тяжким хвилеподібним перебігом. Скарги на слабкість, млявість, підвищену стомлюваність, зниження апетиту, нудоту, блювання, особливо після порушення дієти.

- больовий синдром (болі в правому підребер'ї та біля пупка, що виникають через 1,5-2 год після прийому їжі, особливо смаженої, жирної; болі тупі або нападоподібні).
- збільшена печінка, різко болісна при пальпації.
- симптоми інтоксикації (підвищення Т до 38-39 °С, озноби, швидка втомлюваність, головний біль, відставання у масі тіла та зрості, функціональні зміни в серці).
- диспепсичні явища: нудота, зниження апетиту, гіркота в роті, блювання, язик обкладений, схильність до закрепів, рідше пронос.

Позитивні «міхурові» симптоми:

- Кера (болісність у ділянці жовчного міхура, що посилюється в момент вдиху),
- Ортнера (болісність при постукуванні по реберній дузі справа),
- Мерфі (різка болісність при вдиху під час глибокої пальпації в правому підребер'ї),
- Лепена (болісність при постукуванні зігнутими пальцями в ділянці жовчного міхура).

I етап медсестринського процесу



II етап медсестринського процесу

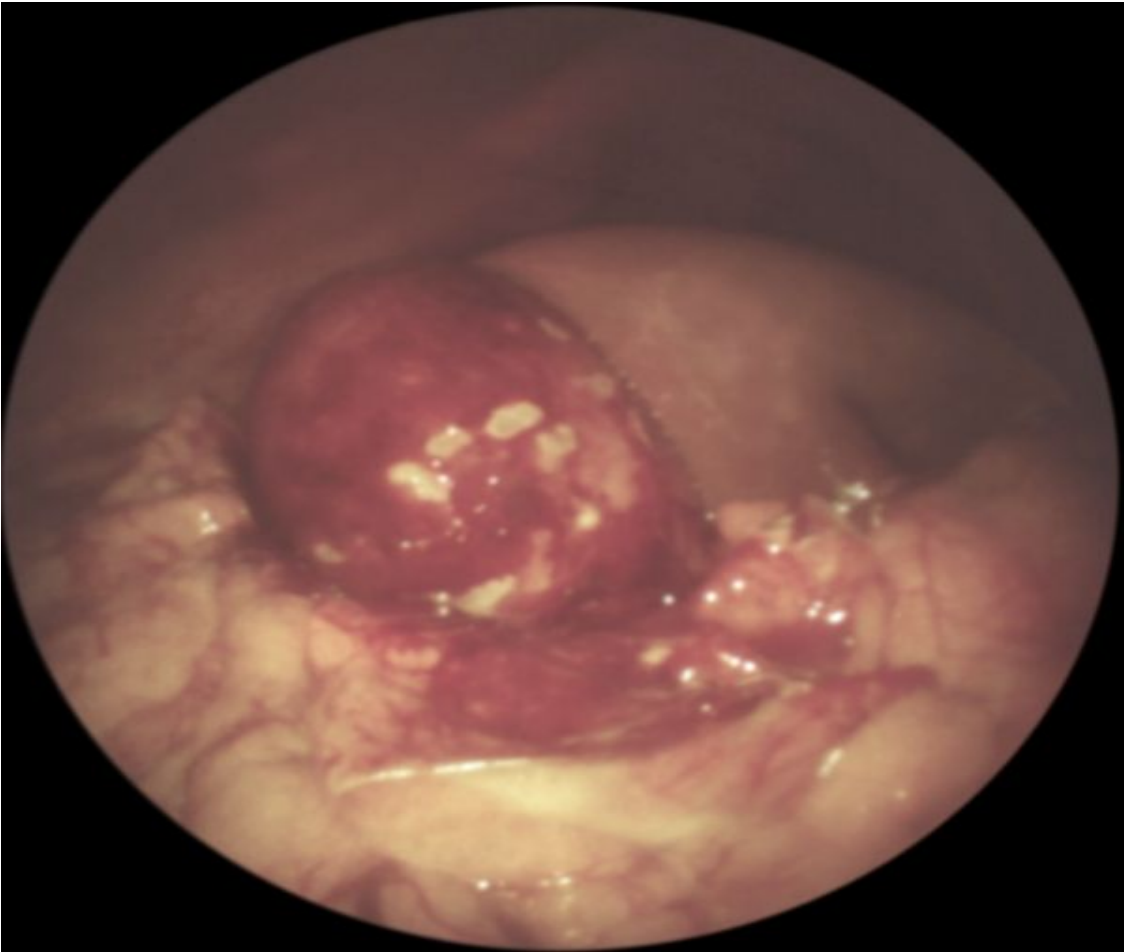
Проблеми пацієнта

- Біль в животі.
- Блювання.
- Закрепи.
- Нудота.



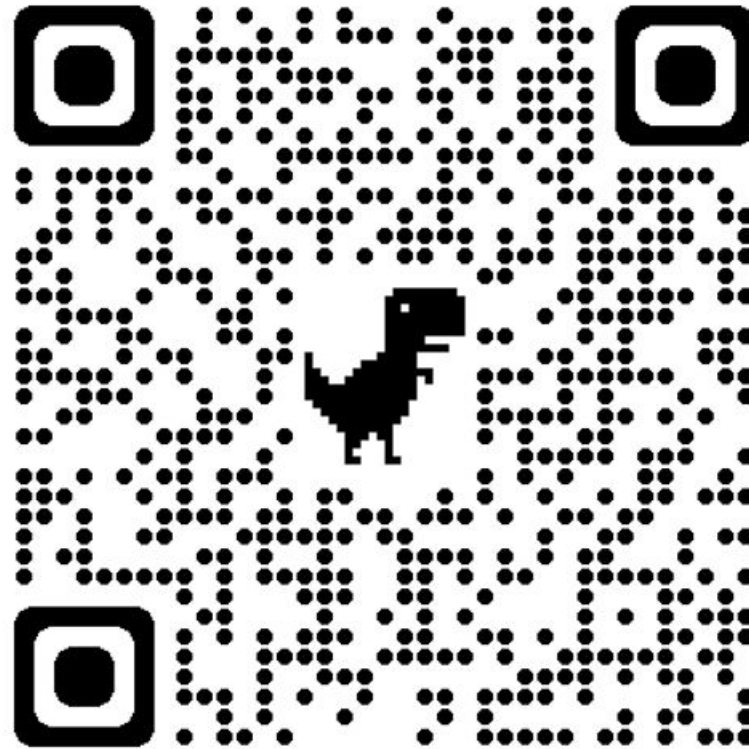
III етап медсестринського процесу

ВИЗНАЧЕННЯ МЕТИ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ



- Підготовка пацієнта та взяття матеріалу для лабораторних досліджень.
- Догляд та медсестринське спостереження за пацієнтом.
- Виконання лікарських призначень.
- Навчити матір пацієнта маніпуляціям по догляду .

Дуоденальне зондування



https://www.youtube.com/watch?v=RSLp9_DStMw&t=400s

IV етап медсестринського процесу

ПЛАНУВАННЯ ОБСЯГУ
МЕДСЕСТРИНСЬКИХ
ВТРУЧАНЬ

Взяття жовчі на дослідження.

Підготовка дитини до дуоденального дослідження, УЗД, взяття крові на біохімічні дослідження.

Годувати дитину частіше, виключити смажені страви, жирні, копченості.

Здійснювати догляд за дитиною під час блювання.

Систематичний контроль за режимом харчування.

Виконання лікарських призначень: антибіотикотерапія, еубіотики, жовчогінні препарати, фітотерапія, симптоматична терапія, сліпі зондування.

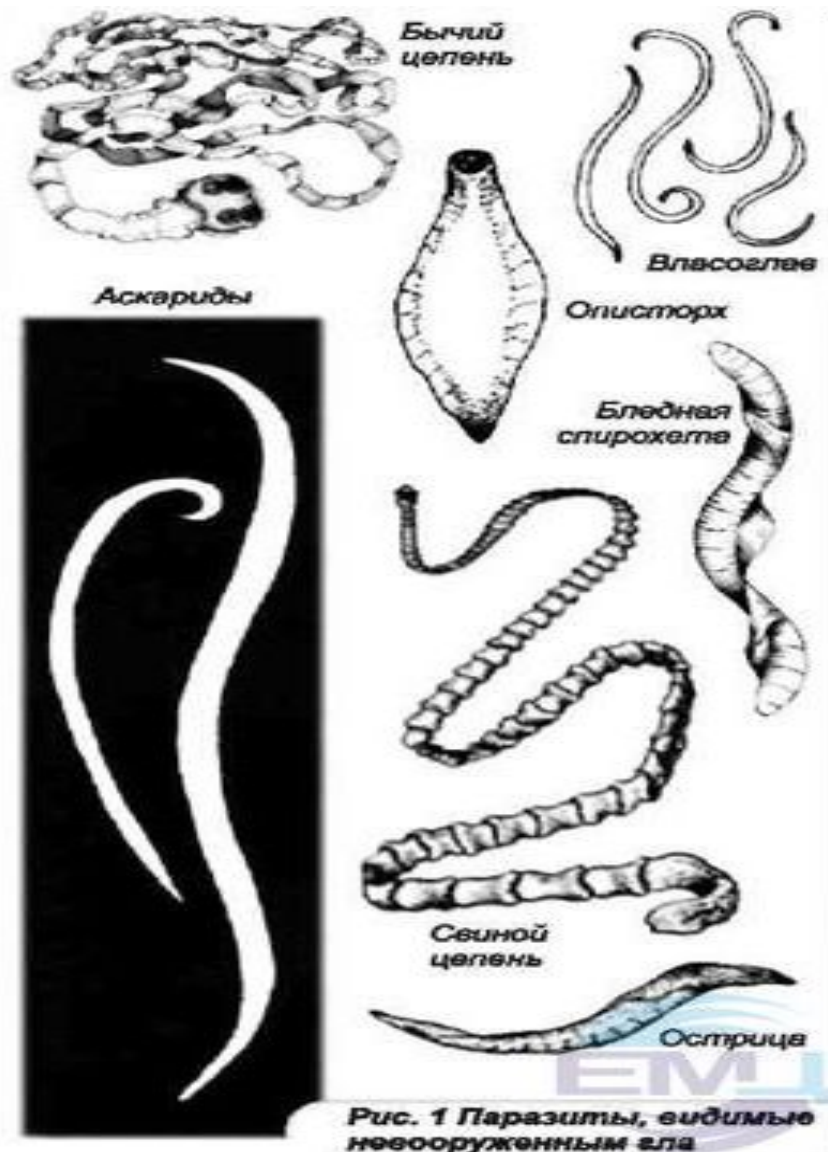
V етап медсестринського процесу

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА КОРЕКЦІЯ ДОГЛЯДУ

- Зникнення інтоксикації, покращання загального стану.
- Досягнення тривалого періоду ремісії.
- Корекція мед сестринських втручань можлива при різних ускладненнях



Гельмінтози



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



ДЕ ХОВАЮТЬСЯ ГЕЛЬМІНТИ

ЛИЧИНКИ КОМАХ -
головний мозок

ЕХІНОКОККИ -
головний мозок,
печінка

СВИНЯЧИЙ ЦІП'ЯК -
очі, головний мозок,
м'язи,
тонкий кишечник

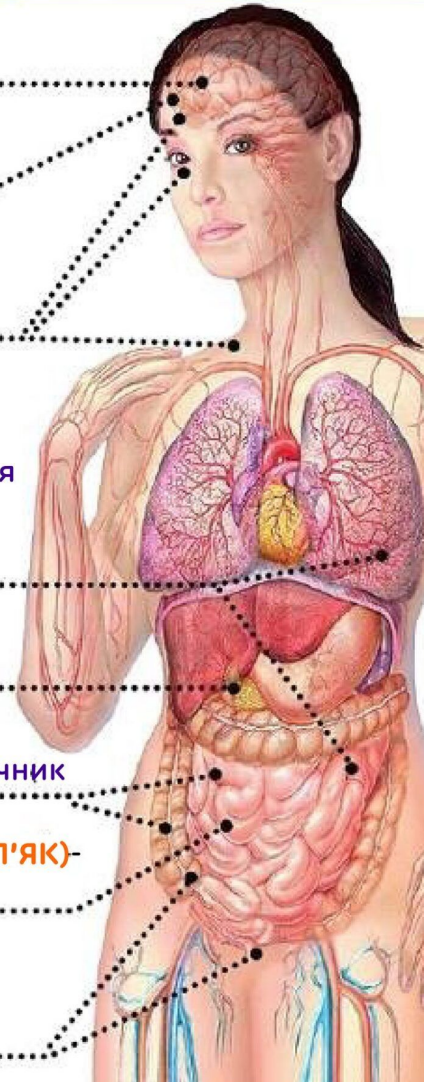
АСКАРИДИ -
в основному живуть
в тонкому кишечнику,
але можуть підніматися
по стравоходу і
потрапляти в бронхо-
легеневу систему

ОПІСТОРХОЗ -
жовчні протоки

АНКІЛОСТОМИ -
товстий і тонкий кишечник

СОЛІТЕР (БІЧАЧИЙ ЦІП'ЯК) -
тонкий кишечник

ГОСТРИКИ -
товстий кишечник,
пряма кишка



Вплив паразитів на організм дитини

ЗАГАЛЬНОТОКСИЧНЕ

- Хронічна інтоксикація продуктами життєдіяльності
- Астено-вегетативний синдром (хронічна втома,
- Підвищена стомлюваність,
- порушення нічного сну
- Диспепсичні розлади
- Імунні дисфункції і алергізація організму
- Легеневі синдроми (від катару до пневмонії)
- Лімфоаденопатія
- Міалгія
- Залозодефіцитна анемія



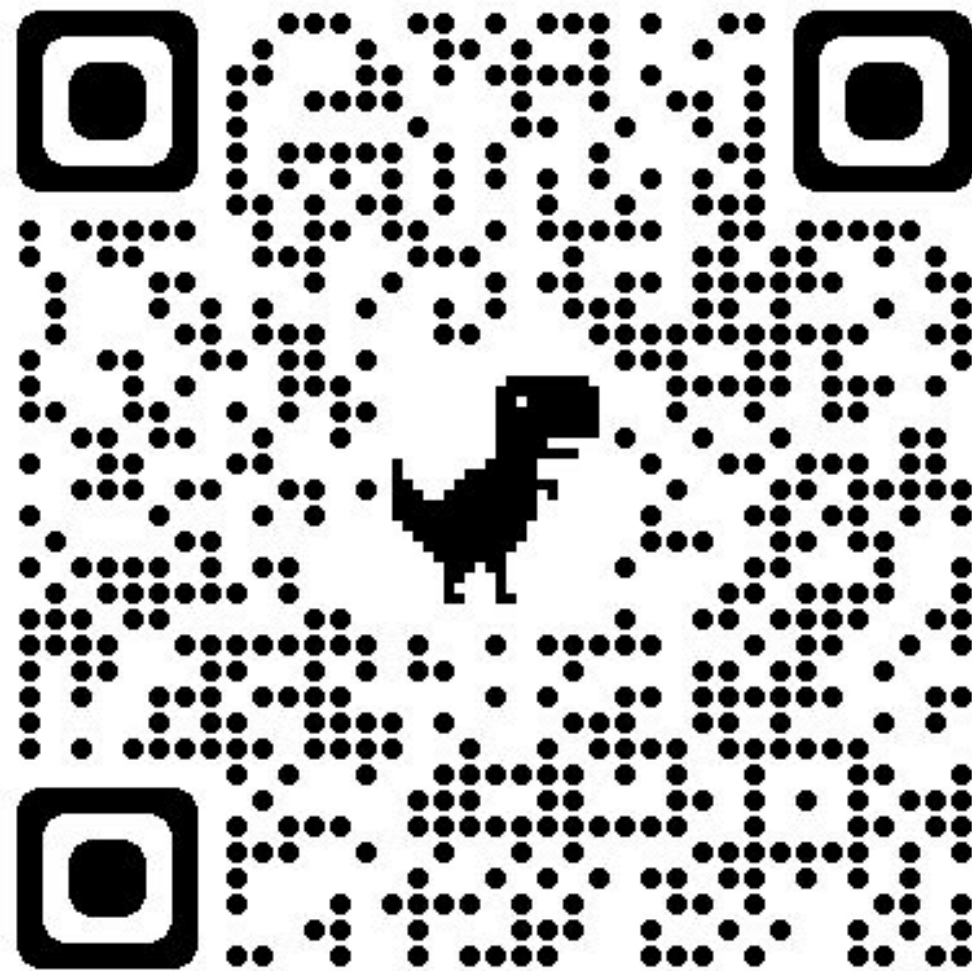
МЕХАНІЧНЕ

- Кишкова непрохідність
- Закупорка жовчних проток і проток підшлункової залози
- Абсцес (гнійне вогнище) печінки і підшлункової залози
- Апендицит
- Перфорація (розрив) кишечника перитоніт

На тлі гельмінтозів діти в 2-4 рази частіше хворіють на ГРВІ та ГКІ

Гельмінтози

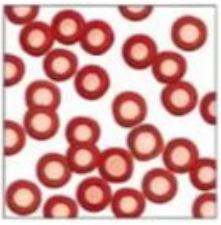
[HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/
WATCH?V=DFXJ1G-DN1A](https://www.youtube.com/watch?v=DFXJ1G-DN1A)



Гельмінтози: два в одному



Необхідно відновлення функцій організму !



- Залізодефіцитна анемія

- Полігіповітамінози



- Рецидивуючі ГРІ

- Зниження апетиту, нудота, біль в животі



- Відставання у фізичному розвитку

СИНДРОМ ХРОНІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ

- Слабкість, млявість
- Блідість шкірних покривів
- Синьова під очима, астенізація



- Безпричинний субфебрилітет
- “Брудний” (сіро-жовтувато-синюватий) носо-губний трикутник

АСТЕНІЧНИЙ СИНДРОМ



- Хронічна втома
- Підвищена стомлюваність
- Порушення нічного сну
(занепокоєння, "шум у вухах під час сну", часті пробудження)
- Дратівливість, примхливість
- Запаморочення

Глистяні інвазії

✓ 3 342 відомих видів гельмінтів в Україні
розповсюджені – 25-30 видів.

З них:

74% - ентеробіоз

22% - аскаридоз

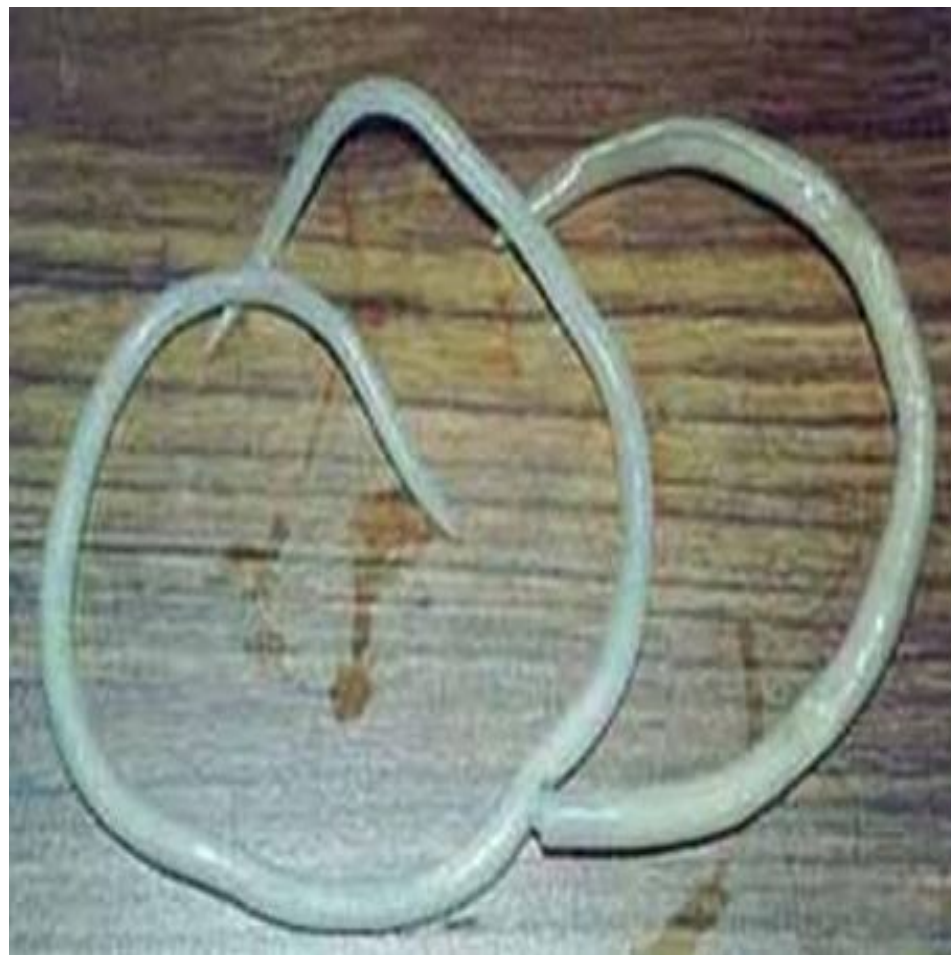
3% - трихоцефальоз

Біля 1% - інші гельмінти



Аскаридоз

- захворювання дитини, спричинене паразитарними черв'яками – гельмінтами, аскаридами.



Анамнез і фізикальне обстеження

Ключові діагностичні чинники

- наявність факторів ризику

Повна інформація

Інші діагностичні чинники

- безсимптомна
- коінфекція з іншими паразитами
- затримка розвитку
- недостатнє харчування

Чинники ризику

- діти <14 років
- бідність
- погані санітарно-гігієнічні умови
- низький рівень санітарно-гігієнічних умов

Діагностичні дослідження

Першочергові дослідження

- рентген грудної клітки
- рентгенографія органів черевної порожнини
- мікроскопія калу

Повна інформація

Допоміжні дослідження

- дослідження з гастрографіном
- мікроскопія мокротиння/аспірату шлунка
- ЗАК
- оцінка проходження барію

Новітні дослідження

- антитіла до *Ascaris lumbricoides*
- сироватковий імуноглобулін E
- інтерлейкін (IL)-4, IL-5 і IL-13
- газорідинна хроматографія на основі сечі

Інкубаційний період та період заразливості:

- від зараження до появи легеневих симптомів — 4–16 днів, а до досягнення повної зрілості і появи яєць у калі — 2–3 міс.
- Пацієнт не є заразним для осіб, які з ним контактують. У вологому ґрунті яйця зберігають інвазивні властивості впродовж 7–10 років (є стійкими до заморожування);
- знищуються під дією прямих сонячних променів впродовж тривалого часу, а також під впливом температури $>40^{\circ}\text{C}$.



Клініка

У більшості випадків протікає безсимптомно, іноді — лише болі у животі. Масивна інвазія викликає симптоми легеневого, кишкового та печінково-жовчного аскаридозу. Рідко паразити проникають через стінки кишківника і викликають перитоніт.

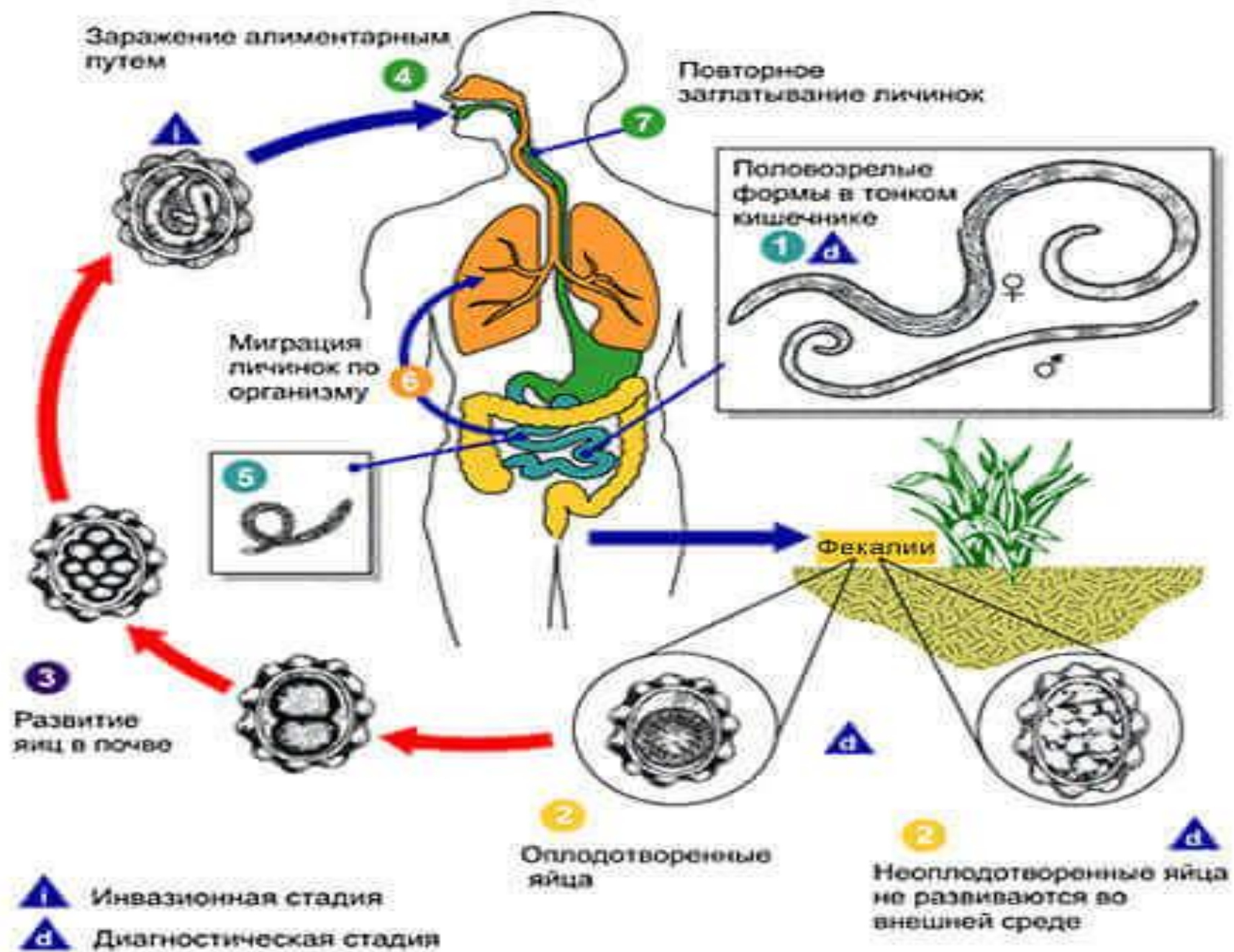
- Легеневий аскаридоз: під час міграції личинок до легень можуть бути кашель, задишка, кровохаркання, а при масивній інвазії — лихоманка, еозинофілія крові, симптоми еозинофільного запалення легень ; іноді, кропивниця.

Кишковий аскаридоз:

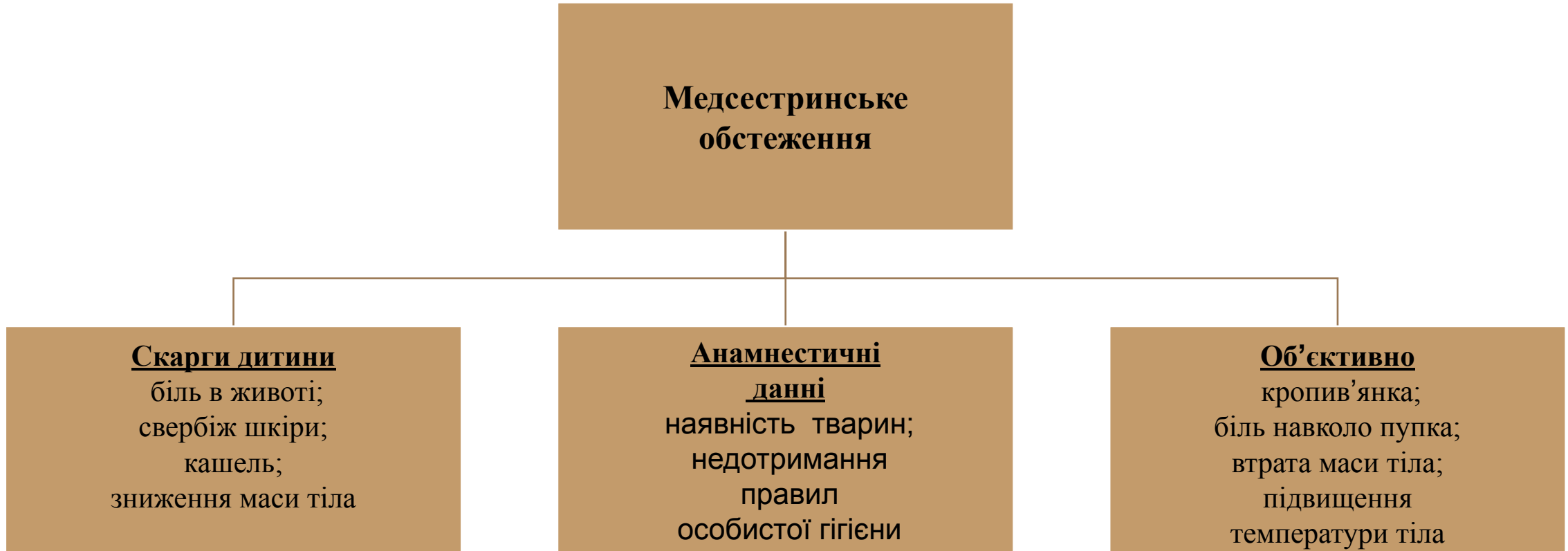
- дискомфорт або біль у животі (іноді має характер колькі), рідше — нудота. Масивна інвазія (>60 аскарид) може викликати, окрім болю у животі, також втрату ваги і гіпотрофію, а інколи — механічну кишкову непрохідність або апендицит. Паразити рідко проникають через стінки кишківника, викликаючи перитоніт. Перфорації кишківника сприяють виразки тонкого кишківника, напр., при черевному тифі чи туберкульозі.

Печінково - жовчний аскаридоз:

- аскариди можуть проникати у жовчні протоки або протоки підшлункової залози і викликати запальні симптоми, що супроводжуються застоєм жовчі (холангіт) або секрету підшлункової залози (гострий панкреатит).



I етап медсестринського процесу



II етап медсестринського процесу



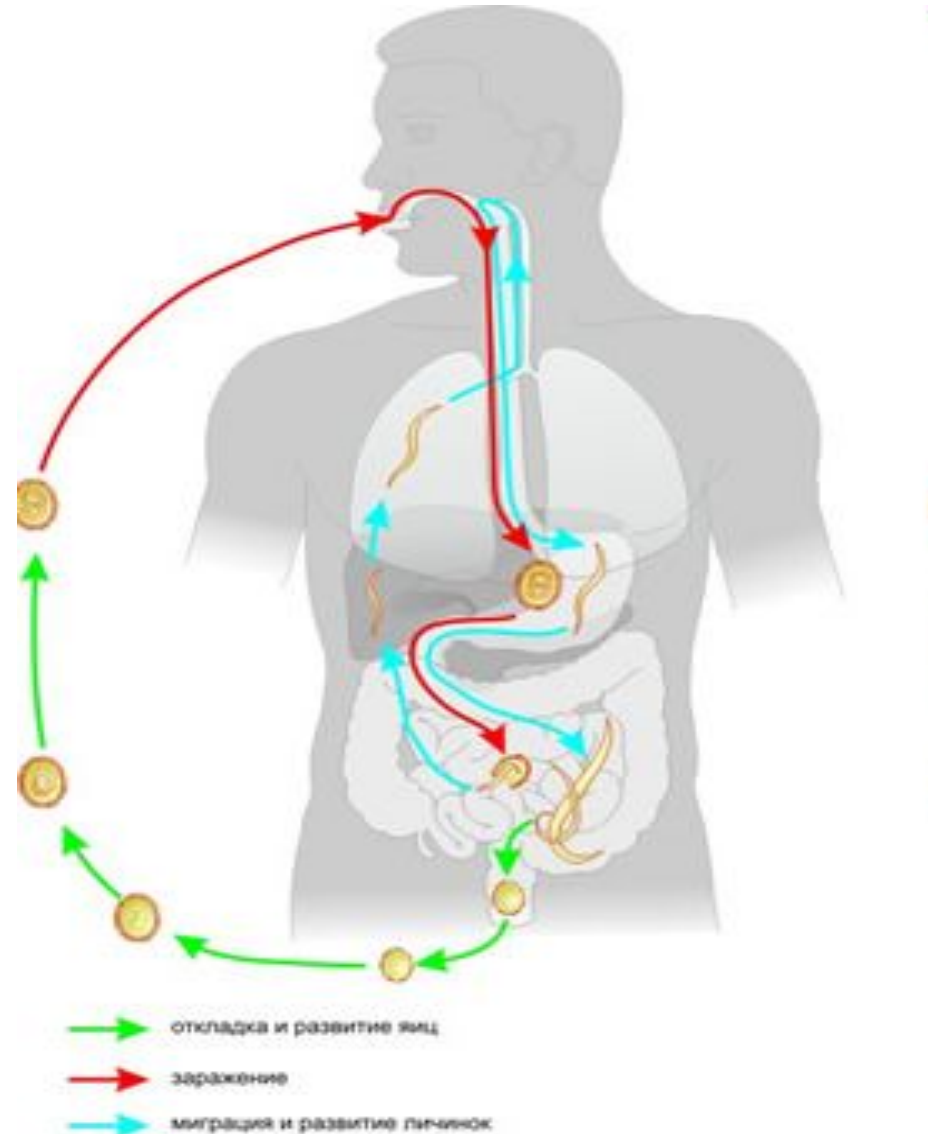
Проблеми пацієнта

- Гіпертермія.
- Біль в животі.
- Втрата маси тіла.
- Кропив'янка.
- Кашель.

III етап медсестринського процесу

ВИЗНАЧЕННЯ МЕТИ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ

- Підготовка пацієнта та взяття матеріалу для лабораторних досліджень.
- Догляд та медсестринське спостереження за пацієнтом.
- Виконання лікарських призначень.
- Навчити матір пацієнта маніпуляціям по догляду





IV етап медсестринського процесу

ПЛАНУВАННЯ ОБСЯГУ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ

Взяття калу на яйця гельмінтів, харкотиння для виявлення личинок аскарид.

Рационально годувати дитину, їжею , збагаченою на вітаміни.

Здійснювати догляд за дитиною під час кашлю.

Систематичний контроль за дотриманням правил особистої гігієни.

Виконання лікарських призначень: киснева терапія (кисень в шлунок через зонд), антигельмінтні, фітотерапія.

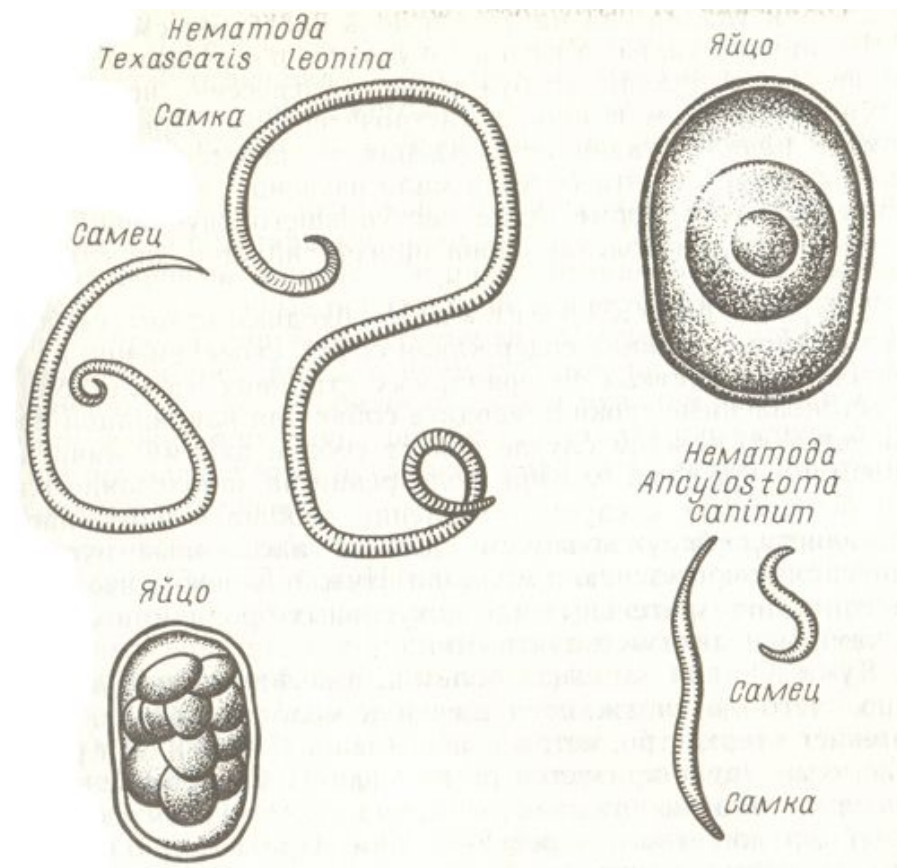
V етап медсестринського процесу

- **ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА
КОРЕКЦІЯ ДОГЛЯДУ**
- Зникнення аскарид з організму дитини.
- Відновлення маси тіла.
- Зникнення інтоксикації, покращання загального стану



Ентеробіоз

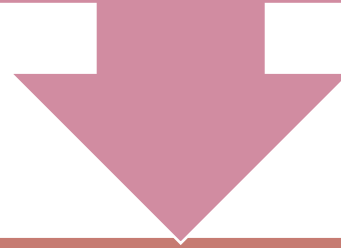
ЗАХВОРЮВАННЯ ДИТИНИ, СПРИЧИНЕНЕ
ПАРАЗИТАРНИМИ ЧЕРВ'ЯКАМИ –
ГЕЛЬМІНТАМИ, ГОСТРИКАМИ.



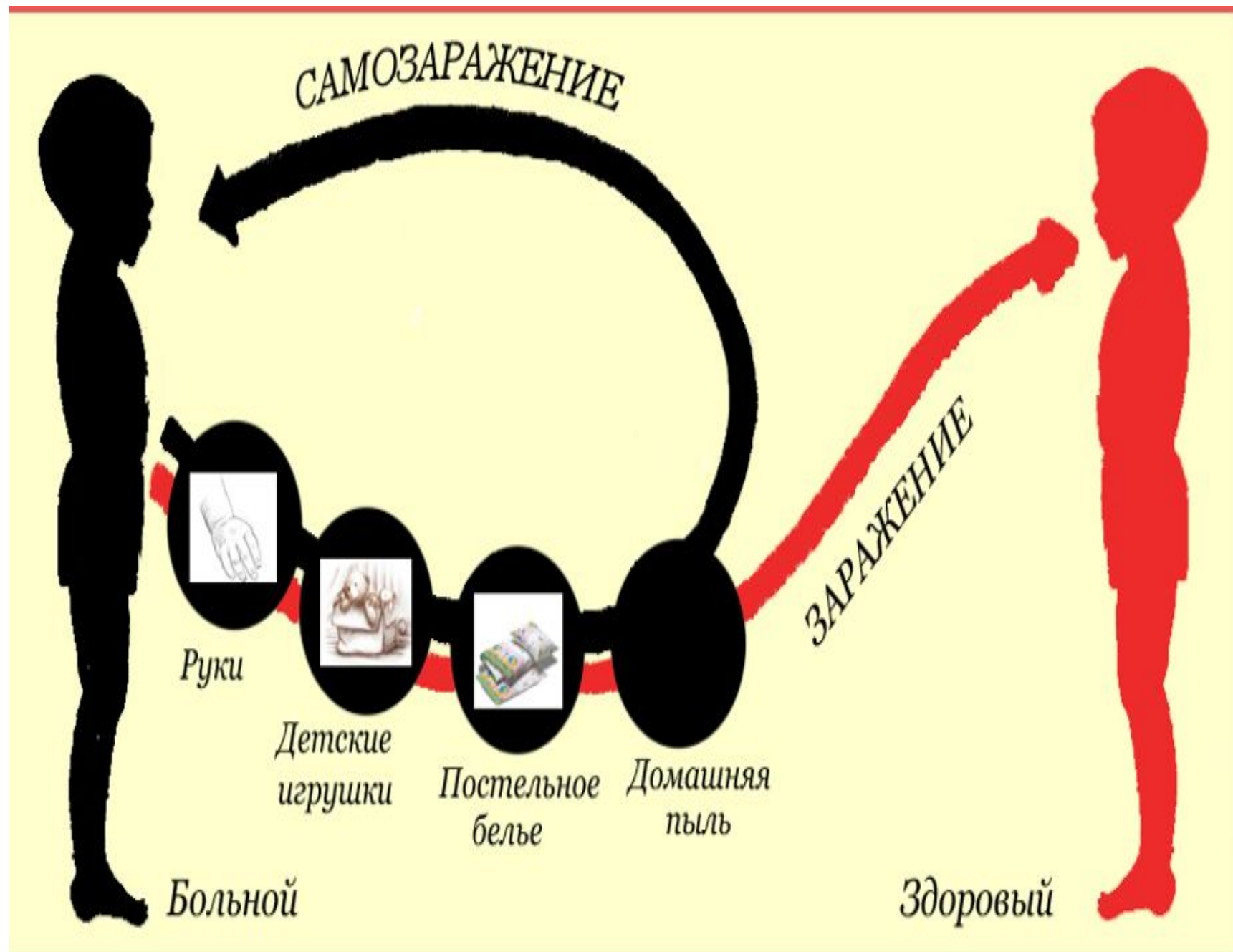


Інкубаційний період і період заразливості:

від зараження до появи яєць у калі — 2–8 тиж.; хворий є джерелом інфекції для контактних осіб, впродовж усього періоду видалення яєць (зберігають заразливість в холодному та вологому середовищі впродовж 2–3 тиж.), стійкі до хлору.



Найчастіше протікає безсимптомно. Головний симптом: свербіж у ділянці анального отвору, особливо вночі, часто викликає безсоння. Інколи — відсутність апетиту, дратівливість, вторинні бактеріальні інфекції шкіри навколо анального отвору. Гострики можуть викликати апендицит або проникати до жіночих статевих органів і викликати запалення.



Гострики - це дрібні нематоди білого кольору.

Довжина самця 2-3 мм., Самки 9-12 мм.

Яйця гостриків виявляються в шкірних складках навколо анального отвору, в фекаліях зустрічаються рідко. Однак дорослі самки при пасивному виходженні можуть потрапити в фекалії. Статевозрілі гострики паразитують в нижніх відділах тонкої і верхніх відділах товстої кишки.

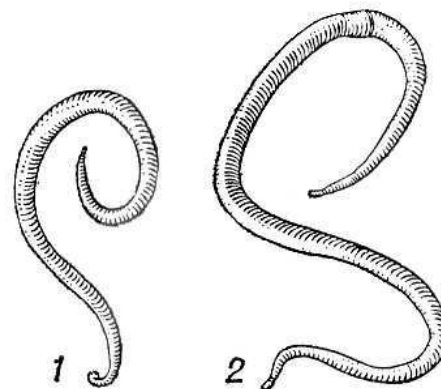
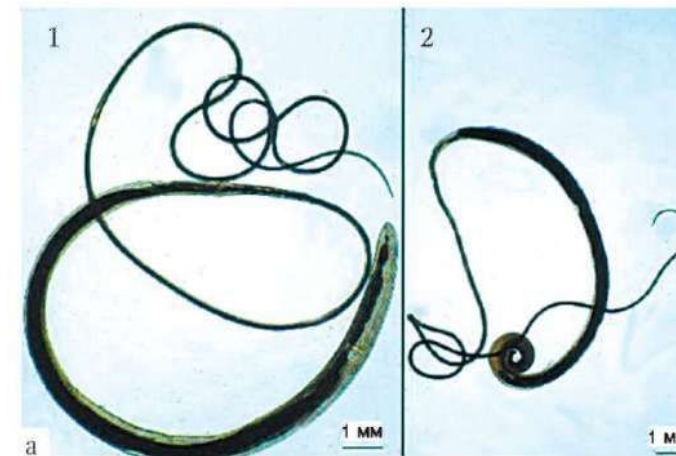
Самки наповнені яйцями у кількості 5000-15000 шт. від неможливості втриматися на слизовій оболонці кишок, спускаються до прямої кишки і виповзають з анального отвору для відкладання яєць в періанальних складках.

Після відкладання яєць самка гине, тривалість її життя 1 місяць.

При проникненні гостриків в червоподібний відросток гострики можуть стати причиною апендициту.

Під час сну дитина забруднює яйцями гостриків білизну, руки і ноги. Яйця з ліжка і рук потрапляють на всі предмети побуту, праці, харчові продукти ...

Рукоостискання - це теж спосіб передачі яєць гостриків. Після потрапляння в кишечник в яйцях дозрівають личинки, за 2-4 тижні вони розвиваються до дорослого гельмінта, і цикл заново повторюється.



I етап медсестринського процесу

Медсестринське
обстеження

```
graph TD; A[Медсестринське обстеження] --> B[Скарги дитини]; A --> C[Анамнестичні дані]; A --> D[Об'єктивно];
```

Скарги дитини

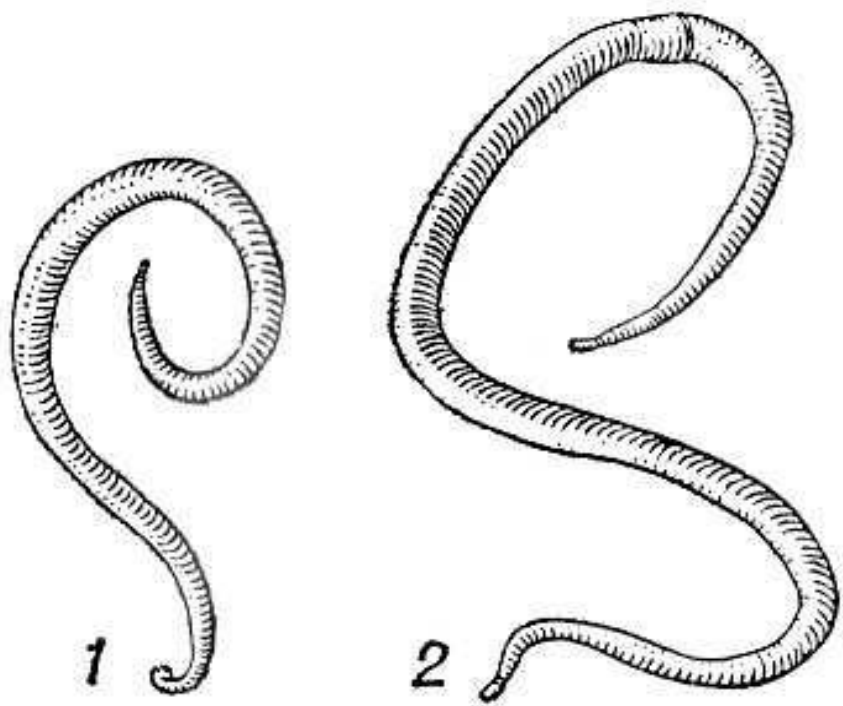
нестійкі
випорожнення;
загальна слабкість;
дратівливість;
зниження апетиту

**Анамнестичні
дані**

наявність тварин;
недотримання
правил
особистої гігієни

Об'єктивно

розчули шкіри
навколо анусу;
знижена маса тіла;



II етап медсестринського процесу

- Проблеми пацієнта
- Знижена маса тіла.
- Свербіння в періанальних складках.
- Зниження апетиту.
- Дратівливість.
- Нестійкі випорожнення



У більшості дітей не спостерігається інших симптомів, крім свербожу в ділянці заднього проходу.

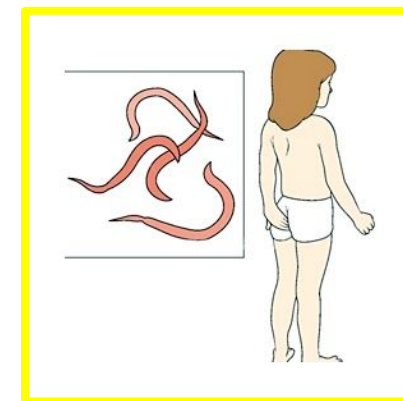
Через це дитина довго не може заснути і погано спить по ночах.

У деяких дітей відзначаються невеликі болі в животі.

Розчісування окружності заднього проходу призводить до появи саден, а потім до приєднання вторинної бактеріальної інфекції шкіри.

У дівчаток заповзання гостриків у статеві органи в окремих випадках призводить до запалення піхви.

Повторні зараження не рідкість: дитина розчісує уражену область і кладе пальці в рот.



III етап медсестринського процесу

ВИЗНАЧЕННЯ МЕТИ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ

- Підготовка пацієнта та взяття матеріалу для лабораторних досліджень
- Догляд та медсестринське спостереження за пацієнтом
- Виконання лікарських призначень
- Навчити матір пацієнта маніпуляціям по догляду



Якби
мікроорганізми
мали більший
розмір – Ви
мили б руки
набагато
частіше



Враховуючи те, що свербіж в області заднього проходу може спостерігатися при багатьох інших захворюваннях, таких, як геморой, цукровий діабет, трихомонадний кольпіт, та інші, тим не менш, наявність даного симптому - привід для обстеження на ентеробіоз. В даний час найбільш інформативним діагностичним методом є зішкріб на ентеробіоз з метою виявлення яєць гельмінта. Проведення діагностичної маніпуляції (забір матеріалу) рекомендується в ранкові години після сну, коли на шкірних покривах навколо заднього проходу самки гостриків відклали яйця. Для цього використовують поліетиленову стрічку з липким шаром на одній стороні. Взятий матеріал в умовах лабораторії поміщають на предметне скло, після чого проводиться його мікроскопічне дослідження. Для виключення вірогідності інвазії при підозрі на неї проводиться не менше трьох досліджень.

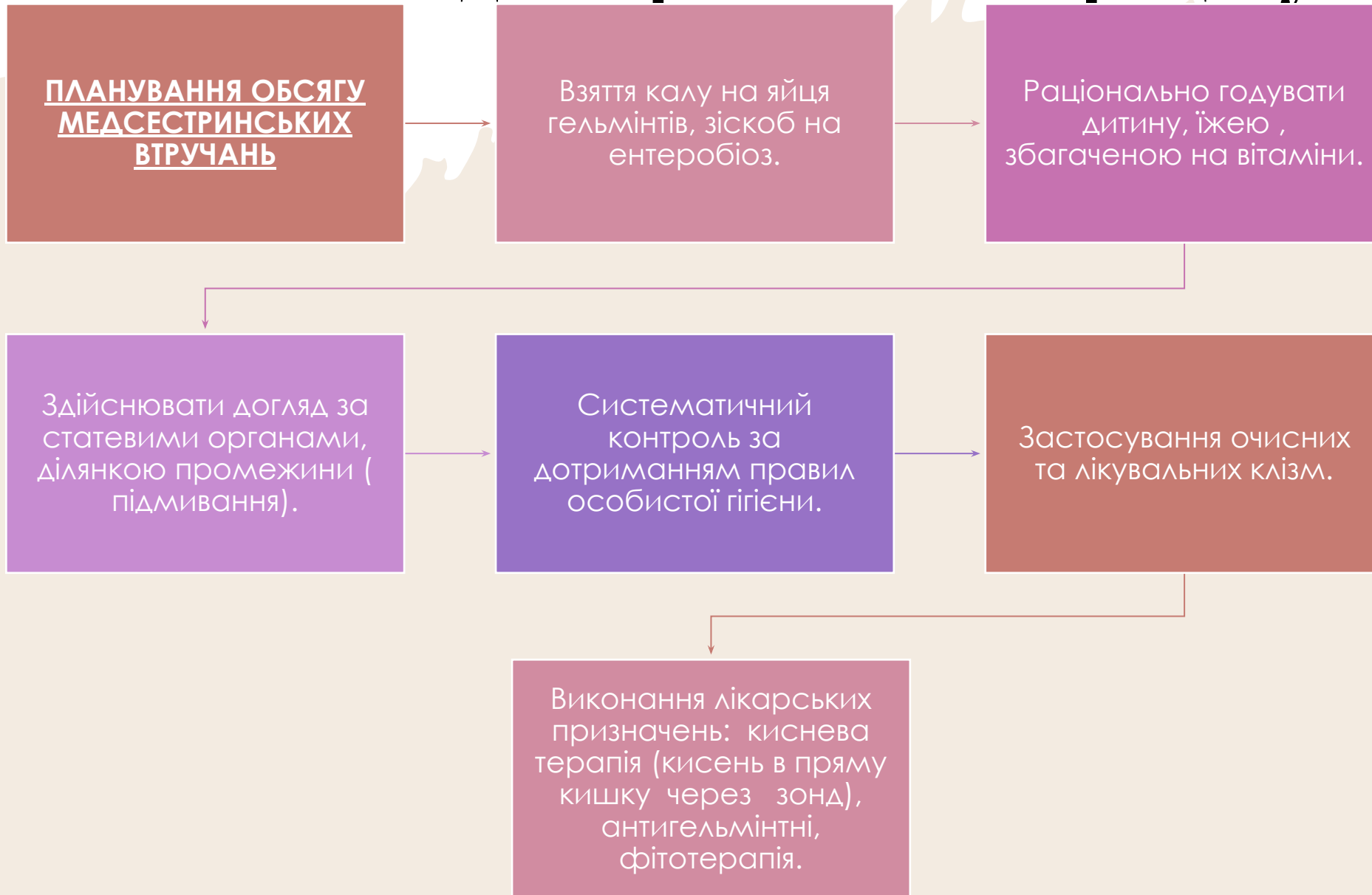
На гемограмме (клінічний аналіз крові) відзначається помірний лейкоцитоз, еозинофілія, яка досягає максимуму до 16 дня інвазії.

Диференціальна діагностика ентеробіозу

Диференціальна діагностика ентеробіозу проводиться з тими захворюваннями, симптомом яких є періанальний свербіж, наприклад, захворювання прямої кишки, геморой, клімакс та ін. Для постановки діагнозу часто необхідна консультація фахівців:

- хірурга (при болях в животі);
- гінеколога (при свербінні в області статевих органів);
- гастроентеролога (при кишкових розладах).

IV етап медсестринського процесу



Ентеробіоз лікується за допомогою мебендазолу, пірантел-памоат і альбендазола. Курс лікування повторюється через два тижні.

Мебендазол є найбільш популярним антигельмінтним засобом, оскільки випускається у формі жувальної таблетки і дозування його становить одну таблетку як для дорослих, так і для дітей.

При ентеробіозі у дитини лікування необхідно проводити всім членам сім'ї, особливо у випадку рецидивуючих інфекцій.

В обов'язковому порядку слід ретельно чистити нігті, дезінфікувати туалет і ванну кімнату, регулярно міняти і прасувати постільну білизну і одяг.

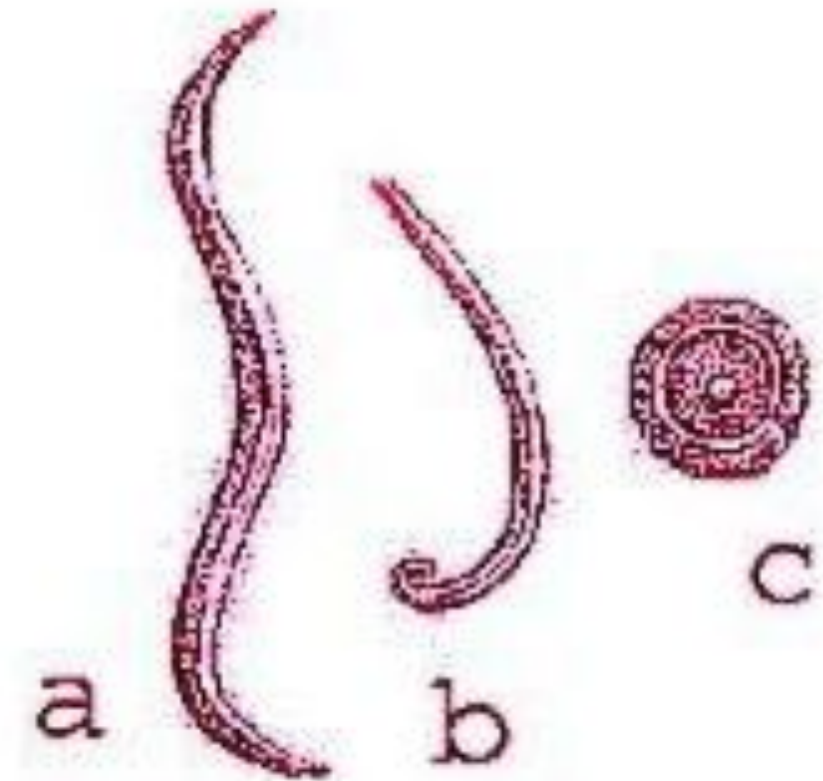
Необхідно взяти за правило мити руки перед їжею і кинути звичку гризти нігті.

Повторні випадки зараження ентеробіоз зустрічаються досить часто, і лікування слід проводити таке ж, як і при первинній інфекції.

V етап медсестринського процесу

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА КОРЕКЦІЯ ДОГЛЯДУ

- Зникнення інтоксикації,
покращання загального
стану
- Відновлення маси тіла,
апетиту.
- Корекція мед сестринських
втручань можлива при
різних ускладненнях.



Особливості розмноження

- Для розмноження круглих гельмінтів, в тому числі і для гостриків має значення і той факт, що вони різностатеві.
- Якщо в організмі хазяїна паразитують тільки самці, то виділення яєць не відбувається і діагностувати інвазію звичайними методами неможливо.
- У разі наявності одних самок гостриків яйця або не виділяються, або виділяються незаплідненими, не здатними до подальшого розвитку.
- **Імовірність того, що у людини виявляться гельмінти однієї статі, тим вище, чим менше була доза зараження, отже, залежить від інтенсивності передачі.**

Профілактика

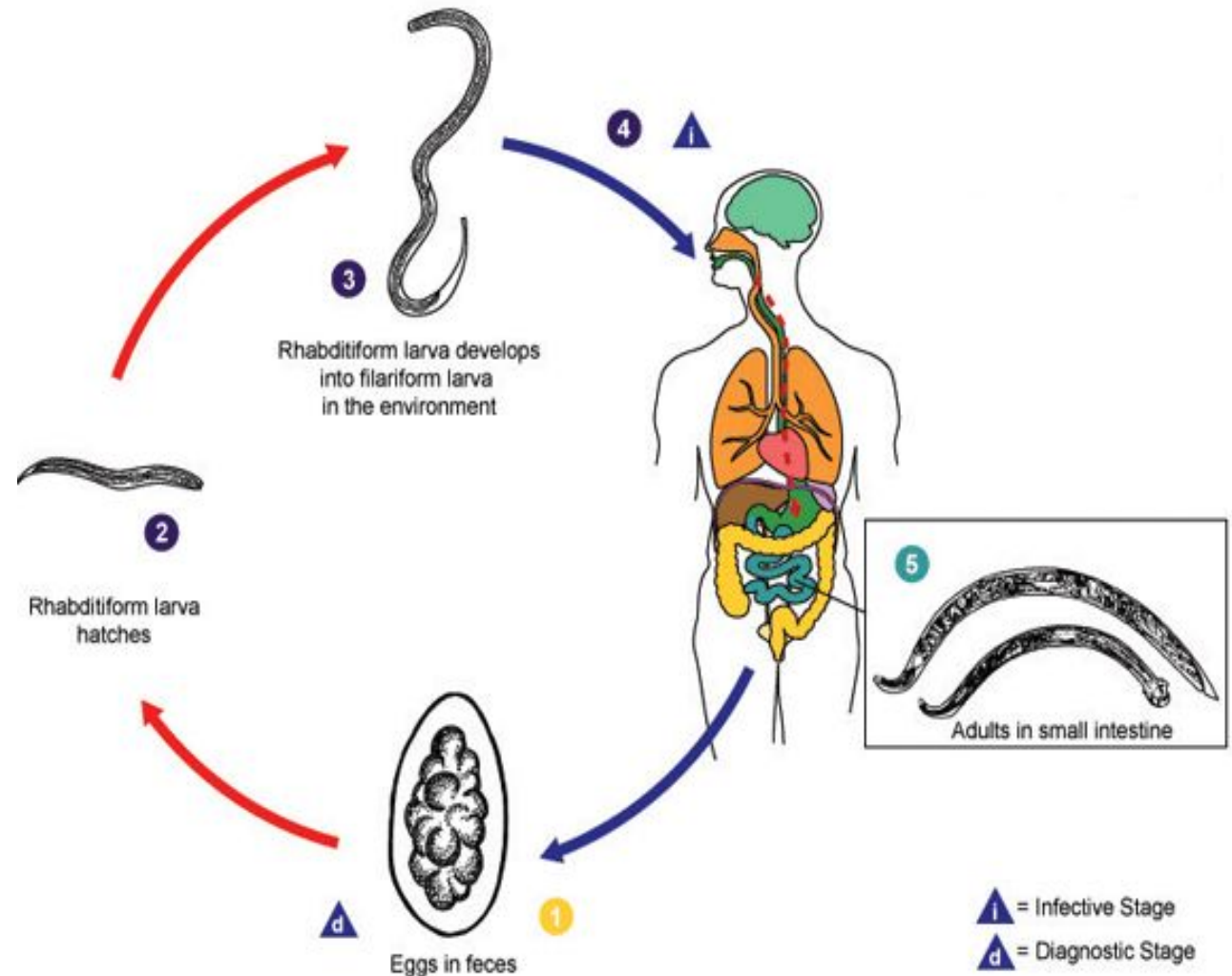
Для запобігання захворювання і самозараження ентеробіозу необхідно ретельно стежити за чистотою рук (особливо у дітей), коротко стригти дітям нігті, щодня міняти нижню білизну.

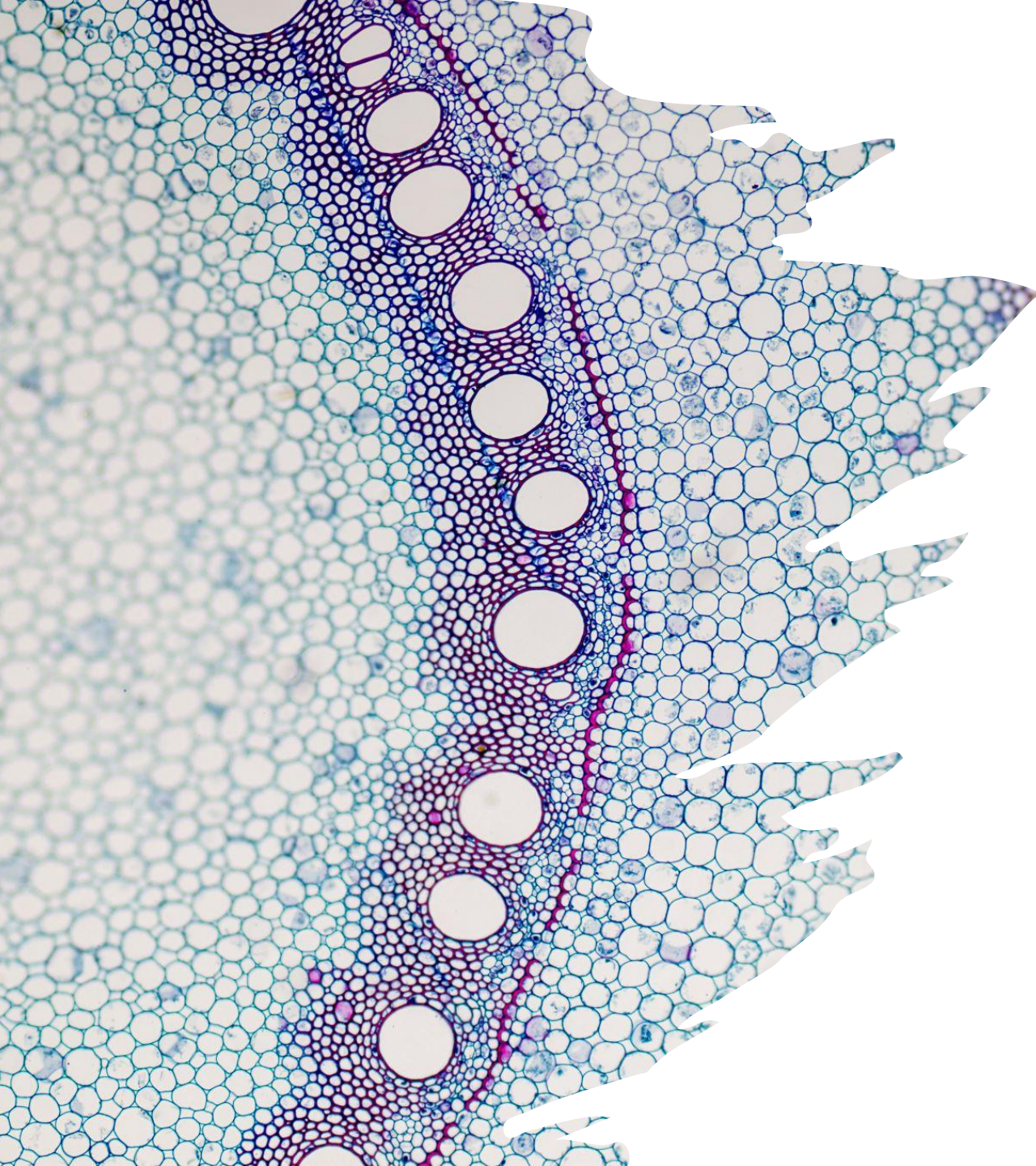
Важливо, щоб одночасно з дитиною лікування пройшли всі члени сім'ї, дитячого колективу та обслуговуючого персоналу.



Трихоцефальоз

- захворювання дитини, спричинене паразитарними черв'яками – гельмінтами, волосоголовцями.





Патогенез

- Волосоголовці пошкоджують слизову оболонку кишечника.
- Внаслідок проникнення в рани мікробної флори і токсинів починають розвиватися запальні процеси.
- Пошкодження дрібних судин в стінках товстої і тонкої кишок провокують анемію.
- Токсини, що виділяються в процесі життєдіяльності збудників, впливають на всі органи і системи.
- Найсильніше трихоцефальоз зачіпає нервову систему - часто виникають різноманітні функціональні та неврологічні розлади .

Клініка

болі з правого боку
живота, в шлунку;

пронос, який не
зупиняється традиційними
засобами;

зниження апетиту;

блювання, метеоризм.

позиви в туалет, тягнучі
болі в животі, рідкий
стілець з кров'ю, що
вимагає негайного
лікування. Є ймовірність
випадання прямої кишки у
дітей.

порушення сну,
дратівливість;

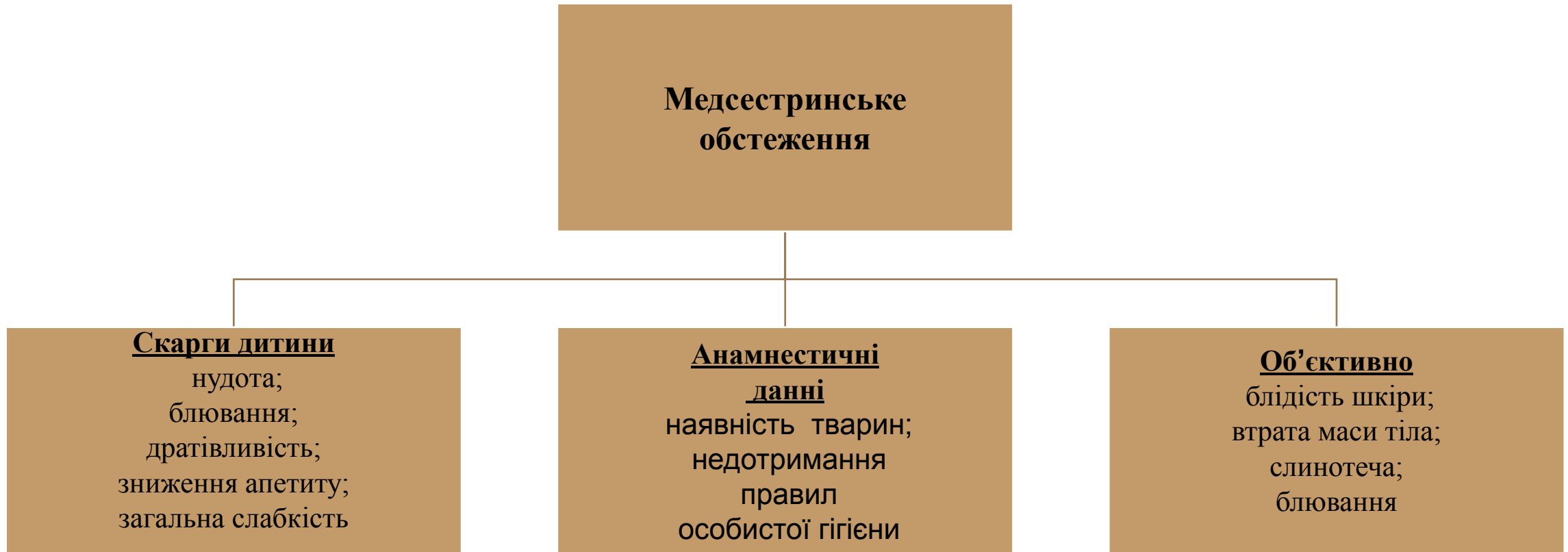
головний біль, зниження
працездатності;

невмотивована агресія,
слабкість;

сильне слиновиділення,
непритомність;

судомні напади,
зменшення маси тіла.

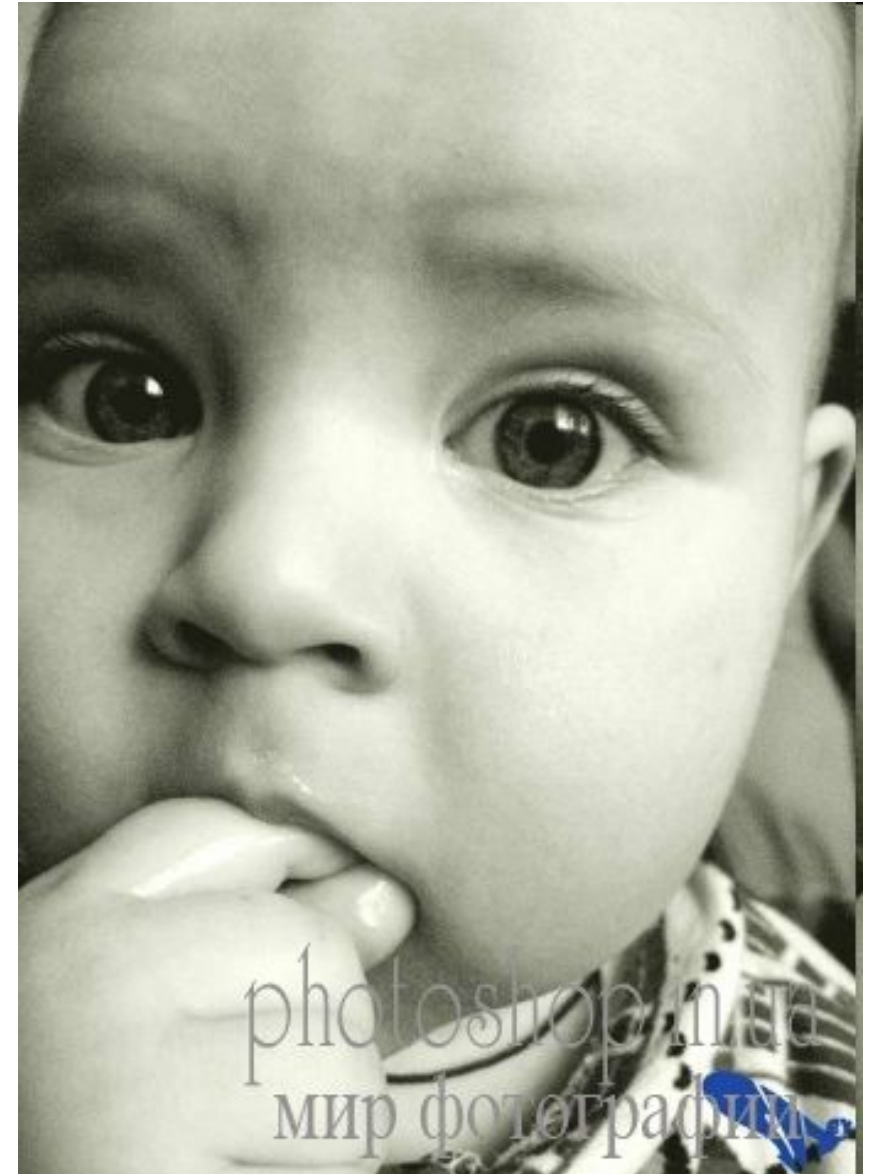
I етап медсестринського процесу



II етап медсестринського процесу

Проблеми пацієнта

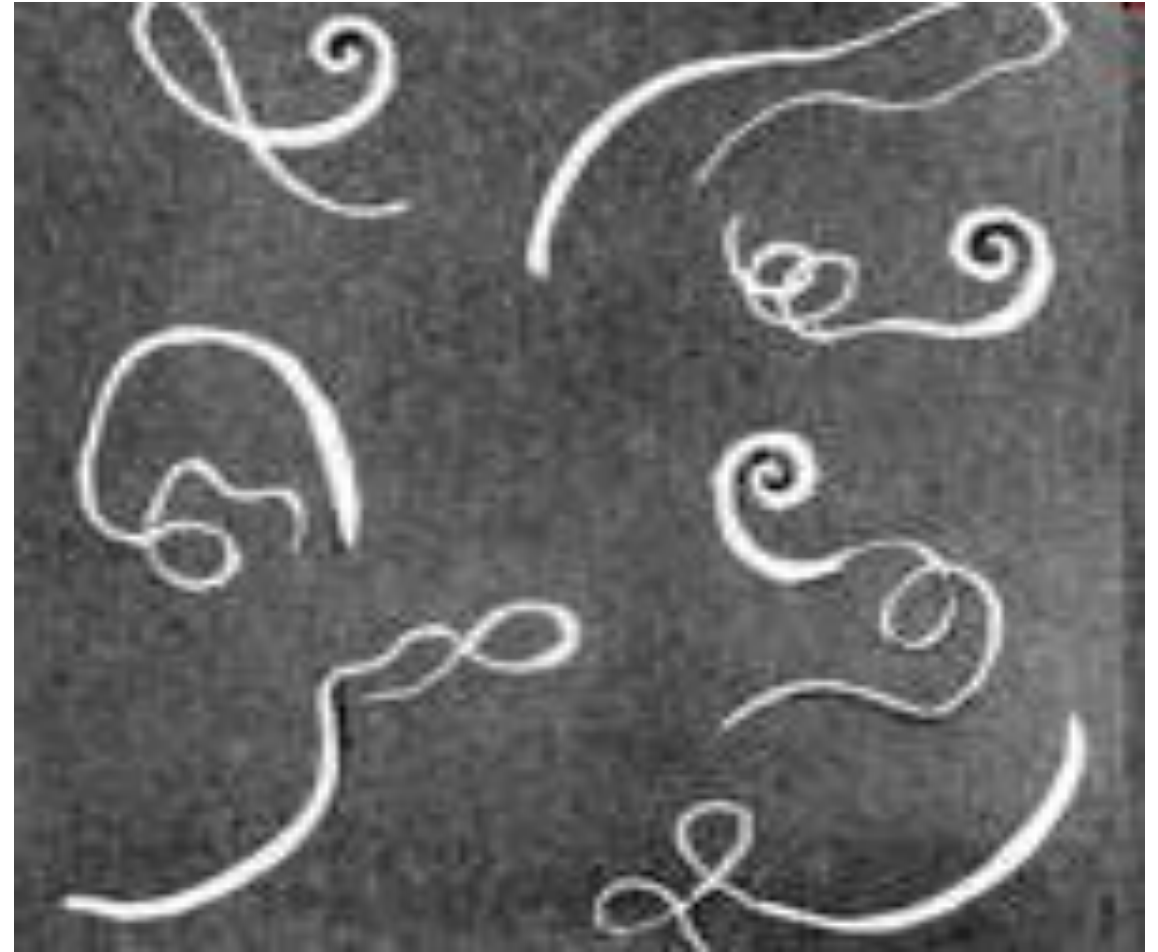
- **Дратливість.**
- **Блювання.**
- **Втрата маси тіла.**
- **Слиноотеча.**
- **Блідість шкіри.**



III етап медсестринського процесу

ВИЗНАЧЕННЯ МЕТИ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ

- Підготовка пацієнта та взяття матеріалу для лабораторних досліджень
- Догляд та медсестринське спостереження за пацієнтом
- Виконання лікарських призначень
- Навчити матір пацієнта маніпуляціям по догляду





IV етап медсестринського процесу

ПЛАНУВАННЯ ОБСЯГУ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ

Взяття калу на яйця гельмінтів або зрілих волосоголовців.

Рационально годувати дитину, їжею , збагаченою на вітаміни.

Здійснювати догляд за дитиною під час блювання.

Систематичний контроль за дотриманням правил особистої гігієни.

Виконання лікарських призначень: антигельмінтні препарати, сеанси індуктотермії чи діатермії на ділянку сліпої кишки , киснева терапія (кисень в пряму кишку через зонд), фізіотерапія.

- Успішна дегельмінтизація (особливо при ентеробіозі) можлива лише при одночасному лікуванні всіх членів сім'ї

- Для відновлення порушених обмінних процесів, викликаних життєдіяльністю гельмінтів, доцільно призначати протівогельмінтні препарати в поєднанні з полівітамінами, загальнозміцнюючими засобами і імуностимуляторами неспецифічної дії (або **Ворміл ФІТО**)

- Необхідно проводити **регулярну** профілактичну протигельмінтну терапію **1 раз в півроку**, особливо - при наявності «факторів ризику»

УВАГА! 
Важлива інформація!





Схеми лікування гельмінтозів

	Enterobius vermicularis	Ascaris lumbricoides
Мебендазол (для дітей старше 2 років)	100 мг одноразово (якщо не було покращення, через 3 т. повторити курс)	100 мг 2 р.д. протягом 3-х днів (при відсутності результату, лікування повторити через 3 т)
Альбендазол	400 мг 1 р.д.. Повторну дозу ввести через 2 т.	400 мг одноразово
Пірантел (для дітей старше 2 років)	11 мг\кг одноразово, але не більше 1 г\д	11 мг\кг одноразово, але не більше 1 г\д

Спектр дії

ГЕЛЬМІНТОЗИ	Альбендазол	МЕБЕНДАЗОЛ	ПІРАНТЕЛ	ЛЕВАМІЗОЛУ ГІДРОХЛОРИД	ПІПЕРАЗИНУ АДИПНАТ
Аскаридоз					
Ентеробіоз					
Трихоцефальоз					
Анкілостомідоз					
Некатороз					
Стронгілоїдоз					
Теніоз					
Гіменоліпідоз					
Опісторхоз					
Клонорхоз					
Лямбліоз					
Токсокароз					

Найбільш
широкий спектр дії
серед антигельмінтних препаратів

Доведена дія при
лікуванні мікст-інвазій,
коли виявляється 2 і більше паразитів

Висока ефективність
завдяки подвійному
механізму дії

V етап медсестринського процесу

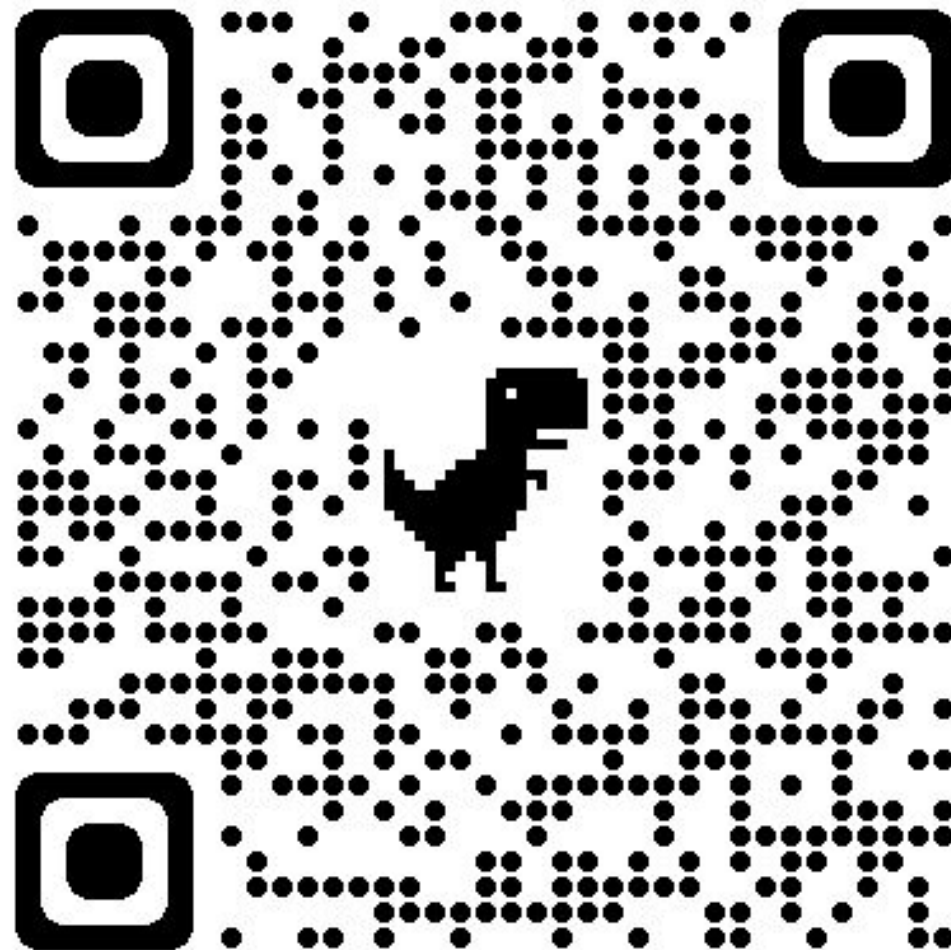


ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА КОРЕКЦІЯ ДОГЛЯДУ

- Зникнення інтоксикації, покращання загального стану.
- Відновлення маси тіла.
- Корекція медсестринських втручань можлива при різних ускладненнях

Гельмінтози

[HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/
WATCH?V=DMBXLWKHSGU](https://www.youtube.com/watch?v=DMBXLWKHSGU)





World Health
Organization

Рекомендації ВООЗ

ВООЗ рекомендує двічі на рік
(навесні і восени) проведення
профілактичних антигельмінтних курсів
в групах ризику без попереднього
індивідуальної діагностики



- Антитіла в організмі хазяїна виробляються в основному у відповідь на надходження екскретів і секретів гельмінта, тоді як в імунодіагностичних реакціях використовуються соматичні антитіла.
- Виникає неспецифічна сенсibilізація організму, **спільність деяких антигенів трематод, найпростіших і людини** створюють високу питому вагу хибнопозитивних серологічних реакцій **в титрах нижче достовірно діагностичних.**

Таким чином, ІФА на гельмінти є високочутливим методом, але низькоспецифічним.



Дослідження крові імунологічним методом (частіше ІФА) на наявність антитіл класу IgM і / або IgG до гельмінтів.

Діагностична чутливість ІФА 60-90%. Це в гострий період!

При хронічному носійстві або імунодефіциті - 30-40%.

Увага! ІФА може давати хибно+ результат. Причина - схожість білкової структури гельмінтів між собою.

Саме тому робити аналіз «відразу на всіх гельмінтів, щоб щось не пропустити» безглуздо !



IФА може давати хибно — результат з двох причин: антигенний склад гельмінта різний в циклі розвитку (в яйця він один, у дорослої особини інший) і при тривалому перебуванні гельмінта в організмі **титр антитіл може бути низьким.**

Ще важлива особливість: як правило, при діагностиці гельмінтів методом IФА визначають титр антитіл IgG. А ось єдиних даних про визначення антитіл в крові навіть при повному лікуванні немає.

Так що цілком можливо, що гельмінта вже немає, а IgG ще визначаються, і ви продовжуєте ретельно лікувати аскаридоз.



Найчастіше запитують:

«А який найбільш вірогідний аналіз на глистів?»



Так ось, в світі безліч глистів (вони ж гельмінти). Вони відносяться до різних типів, мають різні життєві цикли, ними при різних обставинах заражаються ... !

Тому немає одного аналізу на всіх глистів, як немає, наприклад, одного аналізу на алергію.

У нас їх дуже люблять діагностувати за антитілами в крові. Це абсолютно не вважається достовірним методом !

Виявлення позитивних імуноглобулінів говорить про перенесену колись інфекцію, і ці антитіла не є захисними, тобто зараження ще раз можливо.

А відсутність антитіл ще не говорить про те, що аскарид у дитини зараз немає. До них в комплекті часто йдуть і лямблії.

А як же виявити аскарид? здати .

Дякую за увагу!

