

# УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

## Б.1 Епідеміологія

Виразкова хвороба (ВХ) – хронічне рецидивуюче захворювання, що характеризується формуванням виразкового дефекту в шлунку і (або) дванадцятипалій кишці (ДПК) на тлі запальних змін слизової оболонки шлунка (СОШ) і ДПК, схильне до прогресування, із залученням у патологічний процес інших органів і систем, розвитком ускладнень, що загрожують життю хворого. Захворювання поліетіологічне, генетично детерміноване.

Патофізіологічне формування ВХ зумовлене порушеннями рівноваги між факторами «агресії» та факторами «захисту» гастродуоденальної СО, завжди з перевагою агресивних компонентів (агресивна дія кислотно-пептичного, рефлюксного, інфекційного й інших ульцерогенних факторів при зниженні резистентності СОШ і ДПК внаслідок запалення, метаплазії, атрофії, частіше зумовлених контамінацією *Helicobacter pylori* [HP]).

У структурі патології органів травлення на частку виразкової хвороби припадає 1,7-16%. Поширеність ВХ серед дитячого населення України становить 0,4-4,3%. Пік захворюваності припадає на 9-11 років у дівчат і на 12-14 років – у хлопчиків.

Спадкова схильність при виразковій хворобі спостерігається у 45-75% хворих. Переважно у дітей виявляють ВХ ДПК – у 82-87% випадків, частота ВХ шлунка (ВХШ) становить 11-13%, сполученої форми – ВХШ і ДПК – 4-6%. При загостренні ВХ зазвичай виявляється рецидивуюча виразка (гостра ерозія), найчастіше асоційована з *Helicobacter pylori* (HP + ВХШ – 68-70% випадків, HP + ВХ ДПК – 88-98% випадків).

## Б.2 Протокол медичної допомоги

### Б.2.1 Амбулаторний етап

Діти з підозрою на ВХ ДПК і ВХШ мають пройти комплексне обстеження

Світовий досвід лікування дітей свідчить, що рання діагностика ХГД зменшує ризик розвитку ускладнень (Рівень доказовості А)

Обстеження та спостереження лікарем – дитячим гастроентерологом, педіатром чи лікарем загальної практики/сімейної медицини

Обстеження пацієнтів із підозрою на ВХ ДПК і ВХШ здійснюється амбулаторно та стаціонарно

Діагноз ВХ ДПК і ВХШ встановлює лікар згідно з класифікаційними критеріями

Забезпечення своєчасного встановлення діагнозу ВХ ДПК і ВХШ

Лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО

Після стаціонарного лікування при репарації виразки (фаза неповної ремісії) лікування продовжують в амбулаторно-поліклінічних умовах

### Б.2.2 Стаціонарний етап

Госпіталізація в стаціонар здійснюється у разі неможливості адекватної медикаментозної терапії або несприятливого варіанту перебігу ВХ ДПК і ВХШ

Направлення на госпіталізацію здійснює лікар

Хворих на ВХ ДПК і ВХШ госпіталізують для обстеження та стаціонарного лікування

Тривалість стаціонарного лікування

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО

При ВХ – 25-28 днів, при важкому перебігу – до 6-8 тижнів. При репарації виразки (фаза неповної ремісії) лікування продовжують в амбулаторно-поліклінічних умовах

### Б.2.3 Діагностика

Встановлення діагнозу ВХ ДПК і ВХШ

Світовий досвід лікування дітей свідчить, що рання діагностика ВХ ДПК і ВХШ зменшує ризик розвитку ускладнень (Рівень доказовості А)

#### Обсяг діагностики:

Загальний аналіз крові, сечі, аналіз калу на приховану кров (реакція Грегерсена), протеїнограма, езофагогастродуоденоскопія з прицільною біопсією СОШ і ДПК, а також (за необхідності) периульцерозної зони, визначення наявності інфекції НР (інвазивними і неінвазивними методами)

При наявності показань: визначення групи крові та резус-фактора, гістологічне дослідження біоптатів, інтрагастральна рН-метрія, УЗД органів черевної порожнини для виявлення супутньої патології печінки, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, рентгенологічне дослідження, імунограма.

*Примітка:* результати лікування загострення при ВХ завжди оцінюються клінічними і ендоскопічними дослідженнями в динаміці. Обов'язковий ендоскопічний контроль загоєння виразки

#### Б.2.4 Лікування

Основні принципи лікування ВХ залежать від топографії виразкового дефекту (ДПК або шлунок), періоду хвороби, тяжкості перебігу, наявності ускладнень, зв'язку з НР.

Досвід лікування дітей у світі доводить, що терапія ВХ ДПК і ВХШ має бути комплексною [NASPGHAN Medical Position Papers: Helicobacter pylori infection in children, 2000; Helicobacter pylori infection in children: a consensus statement. European Pediatric Task Force on Helicobacter pylori, 2002] (Рівень доказовості А)

Середній курс медикаментозного лікування загострення ВХ ДПК – 4-6 тижнів, ВХШ – 6-8 тижнів.

Питання про призначення підтримуючої терапії, кратність, обсяг і час проведення протирецидивних курсів лікування зважується індивідуально.

#### При загостренні:

1) Вибір режиму харчування (призначення дієтичного харчування з поступовим переходом від столу № 1а, № 1 до столу №5), вибір рухового режиму (щадний, ЛФК).

2) Індивідуальний підбір комплексного лікування з урахуванням етіології, провідних патогенетичних механізмів і клініко-ендоскопічного симптомокомплексу.

*При НР-асоційованій ВХ лікування починають із ерадикації НР (див. на стор. 66 додаток 1).*

Паралельно або відразу по закінченні ерадикаційного лікування призначається *антисекреторна терапія* (селективні блокатори  $H_2$ -рецепторів гістаміну 2-4 поколінь (групи ранітидину, фамотидину) чи блокатори  $H^+/K^+$ -АТФази (групи омепразолу, пантопрозолу та ін.) терміном на 3-4 тижні з поступовою відміною або призначенням підтримувальної дози (до 6-8 тижнів). Ранітидин (та аналоги) – 150-300 мг/добу за 2 прийоми зранку і ввечері до їди; фамотидин (та аналоги) – 20-40 мг/добу переважно одноразово ввечері незалежно від прийому їжі (о 18-20 години); омепразол та ін. – 10-40 мг/добу одноразово зранку перед сніданком; пантопрозол 20-40 мг/добу одноразово зранку перед сніданком. Після відміни антихелікобактерної терапії і зниження дози антисекреторних препаратів на термін 3-4 тижні призначають: *комплексні антациди* (алюмінію фосфат, сполуки алюмінію, магнію, кальцію та ін.) по 5-15 мл (1/2-1 табл.) 2-3 рази на день через 1,5-2 години після їди; препарати альгінової кислоти на 2-4 тижні, цитопротектори (сметит, сукральфат, препарати кореня солодцю, синтетичні аналоги простагландинів, даларгін); *сметит* по 0,5-1 пакетика 2-3 рази на день за 30 хв до їди; *сукральфат* по 0,5-1 г 4 рази на день за 0,5-1 години до їди; *ліквіритон* (чи інші препарати з кореню солодцю) по 0,05-0,1 г 3 рази на день до їди; мізопростол по 0,1 г 3-4 рази на день з їжею та на ніч; *даларгін* – в/м (або назальним електрофорезом) по 0,001 г (1 мл) 1-2 рази на день 10-14 днів; *репаранти* (обліпихова олія, тиквеол, спіруліна, аекол, препарати прополісу, алое); імунокоректори (рослинного походження).

При порушенні моторики (рефлюкси, дуоденостазі) – *прокінетики* (домперидон) на 2 тижні або регулятори моторики – три-мебутину малеат дітям від 6 міс. 5 мг/кг на добу за 2-3 прийоми за 30 хв до їди 10-14 днів

Дітям із ВХ ДПК і ВХШ за необхідністю призначається симптоматичне лікування

Досвід лікування дітей доводить, що симптоматична медикаментозна терапія сприяє більш швидкому усуненню клінічних проявів захворювання, скорочує терміни госпіталізації [Захворювання органів травлення у дітей (стандарти діагностики та лікування), Ю.В. Белоусов, 2007] (Рівень доказовості D)

Седативні препарати (за призначенням невролога); антистресорні препарати (сибазон) після консультації з неврологом у віковому дозуванні на 10-14 днів; спазмолітики (мебеверин) призначають дітям від 6 років у дозі 2,5 мг/кг на добу 2 рази на день за 20 хв до їди, папаверин по 0,005-0,06 г 2 рази на добу, дротаверин 40-200 мг/добу в 2-5 прийоми; прифінію бромід 1 мг/кг/добу протягом 7-15 днів – парентерально на 5-7 днів, за необхідності продовжити per os ще на 7-10 днів

При наявності ускладненої ВХ показане лікування в спеціалізованих хірургічних стаціонарах (відділеннях)

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО

Ускладнення ВХ, при яких показане лікування в хірургічних стаціонарах:

- Кровотеча – криваве блювання, дьогтеподібні випорожнення, бліді шкіра та слизові оболонки, запаморочення, холодний піт, прискорення пульсу, падіння АТ;
- Перфорація виразки – гострий «кинджальний» біль, блювання, блідість обличчя, холодні кінцівки, змушене положення з підтягнутими до живота колінами, втягнутий живіт, напруження передньої черевної стінки;
- Стеноз – інтенсивний стійкий біль за грудиною і у верхній половині живота, відчуття переповнення після їди, відрижка, блювання, що приносить полегшення, зневоднення, зниження маси тіла;
- Пенетрація в інші органи травлення (найчастіше в голівку підшлункової залози) – значне посилення больового синдрому, біль не пов'язаний з прийомом їжі, в зоні патологічного процесу – виражена пальпаторна болючість, запальний інфільтрат, субфебрильна температура, лейкоцитоз, прискорення ШОЕ.

При всіх цих станах показане лікування в спеціалізованих хірургічних стаціонарах (відділеннях). Обсяг і термін лікування визначає дитячий хірург. Після хірургічної допомоги хворих переводять до спеціалізованого гастроентерологічного відділення для визначення подальшої схеми лікування та диспансерного нагляду.

При неповній ремісії – підтримувальне лікування (тривалість і обсяг зважують індивідуально)

Критерії якості лікування
Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО
Відсутність клініко-ендоскопічних проявів хвороби (повна ремісія) із двома негативними тестами на НР, відновлення не тільки цілісності, але і функціональної спроможності СО
<b>Б.2.5 Диспансерний нагляд</b>
Діти з ВХ ДПК і ВХШ мають перебувати під диспансерним спостереженням протягом 5 років при гострій ерозії, постійно – при рецидивуючій виразці
Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО
Огляд лікаря загальної практики/сімейної медицини або педіатра – 2 рази на рік, дитячого гастроентеролога – 2 рази на рік. Ендоскопічний контроль – 1 раз на рік (або за необхідністю). ФГС-контроль проводиться при наявності скарг, а також при позитивних результатах аналізу калу на приховану кров або дихального тесту на <i>H. pylori</i> . При виявленні під час ФГС загострення виразкової хвороби або активного <i>H. pylori</i> -асоційованого гастродуоденіту лікування починають із першого етапу. При необхідності, за призначенням – огляд спеціалістів (ЛОР, стоматолог, невролог та ін.) – 1 раз на рік. Протирецидивне лікування: проводиться при відсутності скарг і негативних результатах дихального тесту 2 рази на рік (наприкінці зими та восени) і має профілактичну загальнозміцнювальну спрямованість. При сприятливому перебігу ВХ – проведення протирецидивного лікування в умовах поліклініки (або денного стаціонару). Обсяг і тривалість протирецидивного лікування визначають індивідуально. Поряд із призначенням режиму та дієти (стіл № 1 або № 5) призначають комплексне медикаментозне та немедикаментозне лікування. Використовують антисекреторні препарати, антациди, цитопротектори, репаранти, седативи, імунокоректори, адаптогени, вітаміни тощо. Показано лікування мінеральними водами
<b>Б.2.6 Санаторно-курортне лікування</b>
Санаторно-курортне лікування при ВХ ДПК і ВХШ показане при досягненні стійкої ремісії
Наказ МОЗ України від 12.01.2009 № 4 «Про направлення дітей на санаторно-курортне лікування в санаторно-курортні заклади (крім туберкульозного профілю)»
Направлення в санаторій та обстеження здійснює лікар – дитячий гастроентеролог, педіатр
Тривалість санаторно-курортного лікування
Наказ МОЗ України від 12.01.2009 № 4 «Про направлення дітей на санаторно-курортне лікування в санаторно-курортні заклади (крім туберкульозного профілю)»
24-30 днів
Основні принципи відновлювального лікування
Наказ МОЗ України від 28.05.2009 № 364 «Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування дітей у санаторно-курортних закладах України» (Рівень доказовості С)
<b>Обсяг діагностики:</b> <i>Обов'язкові лабораторні дослідження:</i> загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі. <i>Додаткові лабораторні дослідження:</i> загальний білок та білкові фракції крові, аналіз калу на приховану кров, аналіз калу на яйця глистів, найпростіші; копрограма (за необхідністю). <i>Обов'язкові інструментальні дослідження:</i> інтрагастральна рН-метрія (за необхідністю), УЗД органів черевної порожнини. • <i>Дієтичні столи</i> № 1а, 1б, 1в та 1 послідовно, їжа має бути подрібненою, механічно та хімічно щадною щодо шлунка та дванадцятипалої кишки з обмеженням вуглеводів та відносним збільшенням білків. • <i>Питні мінеральні води</i> призначають, виходячи зі стану кислотоутворювальної функції шлунка. При підвищеній кислотності застосовують середньо- та високо мінералізовані води хлоридно-гідрокарбонатно-натрієві, хлоридно-гідрокарбонатні, гідрокарбонатні магнієво-кальцієві, гідрокарбонатні натрієві. Воду призначають за 1 год перед вживанням їжі у теплого вигляді тричі на день. При нормальній кислотності призначають ті самі води за 30-40 хв перед вживанням їжі. При знижених кислотоутворювальній і секреторній функціях шлунка показані мало- та середньомінералізовані гідрокарбонатно-хлоридні натрієві, хлоридні натрієві води. Воду призначають за 30 хв до їди тричі на день. Разова доза 5 мл/кг маси тіла дитини. Курс – до 3-4 тижнів. • <i>Пелоїдотерапія.</i> • <i>Парафіно-озокеритові аплікації на епігастральну ділянку.</i> • <i>Гальваногрязелікування.</i> • <i>Електрофорез пелоїдину чи пелоїдодистиляту.</i> Комплекс фізіотерапевтичних процедур призначають, користуючись правилами комбінуння та сполучення фізіопроцедур. • <i>Апаратна фізіотерапія:</i> – <i>синуоїдальні модульовані струми (СМС);</i> – <i>електросон;</i> – <i>електрофорез.</i> • <i>Водолікування.</i> Процедури грязелікування чергують із ваннами або можна застосовувати душ дощовий. • <i>Кліматотерапія</i> передбачає аеротерапію, повітряні, сонячні ванни, морські купання за загальноприйнятною методикою. • <i>Руховий режим:</i> ранкова гігієнічна гімнастика, групова лікувальна фізкультура, дозована ходьба
<input type="checkbox"/> Положення протоколу
<input type="checkbox"/> Обґрунтування
<input type="checkbox"/> Необхідні дії

## В. КЛАСИФІКАЦІЯ

Обов'язково визначати зв'язок із хелікобактерною інфекцією та характер супутнього гастродуоденіту (обов'язковий супутній діагноз!).

### Класифікація виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки у дітей (за О.О. Барановим і співавт., 1996).

Локалізація виразки	Клінічна фаза та ендоскопічна стадія	Тяжкість перебігу	Ускладнення
<b>У шлунку:</b> медіагастральна пілороантральна <b>у ДПК:</b> – у цибуліні – позацибуліні У шлунку та ДПК	<b>Загострення</b> I стадія (свіжа виразка) II стадія (початок епітелізації) <b>Початок ремісії</b> III стадія (загоєння виразки) – без утворення рубця; – з формуванням рубця, рубцево-виразкова деформація. <b>Ремісія</b> IV стадія (відсутність ознак або стійкий рубець)	Легкий Середньої тяжкості Тяжкий	Кровотеча Перфорація Пенетрація Стеноз Перивісцерит

## Г. ДІАГНОСТИЧНА ПРОГРАМА

Анамнез ВХШ – початок поступовий, перебіг – рецидивуючий із сезонними загостреннями, зв'язок із аліментарними порушеннями.

Анамнез ВХ ДПК – виражена спадкова схильність (до 75% хворих), зв'язок загострення з психоемоційними перевантаженнями, перебіг – рецидивуючий, сезонність виражена в 1/3 хворих.

Скарги при ВХШ: біль (частіше ниючий) за мечоподібним відростком і в епігастральній ділянці через 0,5-1,5 години після прийому їжі, блювання, зниження апетиту до анорексії, нудота, печія.

Скарги при ВХ ДПК: інтенсивний (нюючий і нападopodobний) біль у верхній половині живота, пілородуоденальній зоні натщесерце або пізній (через 2-3 години після їди); нічний біль у 50-60% хворих, мойніганівський ритм болю, нерідко ірадіація (у спину, поперек), вісцеральний біль; печія, відрижка кислим, блювання (частіше одноразове), схильність до запорів, головний біль, емоційна лабільність.

Об'єктивне дослідження:

ВХШ – пальпаторна болючість, іноді напруга черевної стінки в епігастрії.

ВХ ДПК – виражена локальна пальпаторна і перкуторна болючість у пілородуоденальній зоні, позитивний молоточковий (Менделя) симптом, локальне м'язове напруження, зони шкірної гіперестезії Захар'їна – Геда, астено-вегетативні прояви.

Примітка: атипичний перебіг ВХ (прихований, безбольовий варіант, «німа виразка») – до 50% хворих, особливо у хлопчиків.

Ускладнення спостерігаються в 15-20% хворих з ВХ, удвічі частіше у хлопчиків (кровотеча – 80%; деформація і стеноз – 10-11%; перфорація – 7-8%; пенетрація – 1-1,5%).

У сучасних умовах для перебігу ВХ ДПК характерно:

- омолодження (маніфестація захворювання в 7-9 років);
- зміни морфогенезу хвороби;
- атипичний перебіг (прихований, безбольовий варіант майже у половини хворих);
- збільшення частоти ускладнень і тяжких варіантів перебігу;
- резистентність до лікування, що проводиться;
- нівелювання сезонності загострень.

За тяжкістю перебігу ВХ виділяють:

– легкий перебіг: строк загоєння виразки – 4 тижні для ВХ ДПК та 6 тижнів для ВХШ; ремісія – більше 1 року; відсутність ускладнень (27-30% хворих);

– перебіг середньої тяжкості: строк загоєння виразки – від 1 до 2 місяців; ремісія – менше 1 року; відсутність ускладнень (25% хворих);

– тяжкий перебіг: нетипова локалізація виразок, численні дефекти (3 та більше), строк загоєння – більше 2 місяців або відсутній, часті рецидиви – більше 2 разів на рік або безперервно-рецидивуючий тип перебігу (40-45% хворих).

Діагностика: діагноз ВХ ДПК і ВХШ та її морфологічний субстрат визначається тільки за допомогою езофагогастродуоденоскопії з прицільною біопсією СОШ і ДПК. Установлюють топографію, розміри, стадію виразкового дефекту (I-IV стадія), констатують наявність ускладнень, вираженість, варіант і активність супутнього гастродуоденіту, контамінація СОШ НР.

При гістологічному дослідженні біоптатів із периульцерозної зони СОШ (при ВХШ) виявляють гостре запалення з інфільтрацією і стазом, атрофію різної виразності; у біоптатах СО ДПК (при ВХ ДПК) – гостре запалення з інфільтрацією і повнокров'ям, гіперплазією дуоденальних залоз, розростання сполучної тканини. Гістологічно в біоптаті визначають наявність НР і ступінь обсіменіння (мікробної забрудненості) СО (+, ++, +++).

Рентгенологічне дослідження проводять тільки у випадку неможливості виконання ендоскопічного дослідження. Абсолютні рентгенологічні ознаки ВХ (симптом «ніші», конвергенція складок у бік виразкового дефекту, рубцево-виразкові деформації) у дитячому віці виявляються тільки у 18-25% хворих.