

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ ЖОВЧНОГО МІХУРА ТА СФІНКТЕРА ОДДІ

Б.1 Епідеміологія

Функціональні розлади біліарного тракту (ФРБТ) – функціональні порушення моторики жовчного міхура (ЖМ) та (чи) тонусу сфінктерного апарату внаслідок неузгодженого, несвоєчасного, недостатнього чи надмірного скорочення жовчного міхура та (чи) сфінктерного апарату. Захворювання поліетіологічне, генетично детерміноване.

У структурі патології біліарного тракту ФРБТ становлять, за даними різних авторів, 65-85%, переважно при різних захворюваннях органів травлення у дітей шкільного віку. У дітей дошкільного віку найчастіше трапляються ізольовані ФРБТ.

Б.2 Протокол медичної допомоги

Б.2.1 Амбулаторний етап

Діти з підозрою на ФРБТ мають бути обстежені

Світовий досвід лікування дітей свідчить, що рання діагностика та лікування ФРБТ підвищує якість життя пацієнта [Rome III: The functional Gastrointestinal Disorders, 2006] (Рівень доказовості C)

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

Лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО

Амбулаторне лікування (можливе лікування в умовах денного стаціонару)

Б. 2.2 Стаціонарний етап

Госпіталізацію в стаціонар здійснюють для встановлення діагнозу ФРБТ

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО

Тривалість лікування – 2 тижні, амбулаторно (можливе лікування в умовах денного стаціонару)

Б.2.3 Діагностика

Встановлення діагнозу ФРБТ

Світовий досвід лікування дітей свідчить, що рання діагностика та лікування ФРБТ підвищує якість життя пацієнта [Rome III: The functional Gastrointestinal Disorders, 2006] (Рівень доказовості C)

Обсяг діагностики:

Копрограма; біохімічне дослідження сироватки крові: рівень холестерину, лужної фосфатази, ГГТП, білірубину загального і фракцій, АсАТ, АлАТ, амілази та ліпази. Мікроскопічне і біохімічне дослідження жовчі (за наявності біліарного сладжа).

Інструментальні: динамічна УЗ холецистографія – ехосонографічне дослідження з визначенням функціонального стану жовчного міхура та сфінктера Одді (типу функціональних розладів біліарного тракту).

За показаннями: ФГДС, холецистографія, фракційне дуоденальне зондування, бактеріологічне, біохімічне та мікроскопічне дослідження жовчі.

Б.2.4 Лікування

Дітям із ФРБТ необхідно вносити корективи щодо харчування

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО [Захворювання органів травлення у дітей (стандарти діагностики та лікування), Ю.В. Белоусов, 2007] (Рівень доказовості D)

Організація режиму харчування: показано 4-5-разове харчування, виключаються продукти з холекінетичною дією при ФРБТ із гіперфункцією; при ФРБТ із гіпофункцією доцільно вживати продукти із холекінетичною дією

Діти з ФРБТ мають проходити медикаментозне лікування

Досвід лікування дітей у світі доводить, що патогенетична медикаментозна терапія сприяє швидшому усуненню клінічних проявів захворювання, скорочує терміни госпіталізації (Рівень доказовості С)

А. Гіперкінетичний (гіпертонічний) тип:

- седативні препарати – натрію бромід, транквілізатори у вікових дозах (тривалість курсу і вибір препарату залежить від ступеня виразності неврологічних розладів, які визначаються неврологом);
- холеспазмолітичні препарати: дротаверин у дозі 1-1,5 мг/кг 3 рази на добу, пінаверіуму бромід по 50-100 мг 3 рази на добу дітям від 12 років, гімекромон дітям від 5 років по 200-600 мг на добу за 3 прийоми, прифініуму бромід від народження в дозі 1 мг/кг на добу п/ш, в/м, в/в; у формі сиропу – три рази на добу перорально, до 3 міс. – по 1 мл, від 3 міс. до 12 міс. – по 1-2 мл, від 1 року до 6 років – по 5-10 мл, у віці 6-12 років – по 10-20 мл кожні 6-8 год; у формі пігулок – дітям 6-12 років по 15-30 мг тричі на добу, після 12 років – по 30-60 мг три рази на добу;
- холеретики (препарати, що стимулюють синтез жовчі, у тому числі, що містять екстракт жовчі): істинні (що стимулюють синтез жовчних кислот) – урсодезоксихолеву кислоту у вигляді суспензії (індукує холерез збагаченням бікарбонатами) призначають у дозі 5-10 мг/кг на добу, добову дозу розподіляють на 2 прийоми (в одній мірній ложці міститься 250 мг УДХК) та гідрохолеретики (що стимулюють синтез водяного компонента жовчі) – мінеральні води по 3-5 мл/кг три рази на день. Тривалість курсу – 2-3 тижні

Б. Гіпокінетичний (гіпотонічний) тип:

- холеретики (препарати, що стимулюють синтез жовчі, у тому числі такі, що містять екстракт жовчі): істинні (що стимулюють синтез жовчних кислот) – урсодезоксихолеву кислоту у вигляді суспензії призначають в дозі 5-10 мг/кг на добу, добову дозу розподіляють на 2 прийоми, та гідрохолеретики (що стимулюють синтез водяного компонента жовчі) – мінеральні води по 3-5 мл/кг три рази на день. Тривалість курсу – 2-3 тижні
- холекінетики (препарати, що стимулюють скорочення жовчного міхура): порошок кореня куркуми 50-100 мг 3 рази на добу, екстракт листя артишоку по 1/4-1/2 чайн. л. 3 рази на добу, олії рослинні (соняшникова, кукурудзяна, маслинова), насіння льону. Тривалість курсу – 2-3 тижні;
- за показаннями – прокінетики: домперидон дітям від 3 до 12 років по 0,25-0,5 мг/кг, дітям від 12 років – по 10 мг 3 рази на добу за 15-30 хв до вживання їжі, за показаннями, 7-10 днів;
- тюбажі 2 рази на тиждень № 5-7 при гіпотонічній формі з мінеральною водою (середня мінералізація) по 100-200 мл на прийом

Критерії якості лікування

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО

Відсутність клінічних проявів та ехографічних ознак ФРБТ (відновлення кінетико-тонічної функції біліарного тракту)

Б.2.5 Диспансерний нагляд

Діти з ФРБТ мають перебувати під диспансерним спостереженням протягом трьох років позанападового періоду

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО

Із диспансерного нагляду можна зняти при відсутності патологічних змін після лабораторно-інструментального обстеження. Огляд лікарем загальної практики/сімейної медицини або педіатром – 2 рази на рік; дитячим гастроентерологом – 1 раз на рік; отоларингологом, стоматологом – за необхідністю.

Обсяг контрольного-діагностичних обстежень: копрограма – 1 раз на рік, УЗД органів черевної порожнини – 1 раз на рік, дуоденальне зондування та біохімічне дослідження жовчі – 1 раз на рік (за наявності показань).

Протирецидивне лікування: 2 рази на рік на першому році, далі – 1 раз на рік. Обсяг лікування залежить від періоду захворювання та стану дитини: дієтотерапія, холеретики, холекінетики, бальнеотерапія; при гіперкінетичному типі – мінеральні води малої мінералізації та малої газонасиченості («Березовська», «Нафтуся» та ін.) по 3-5 мл/кг за 1 прийом 3 рази на добу протягом 1-1,5 міс.; при гіпокінетичному типі – мінеральні води середньої мінералізації та середньої газонасиченості («Лужанська», «Моршинська» та ін.) по 3-5 мл/кг за прийом 3 рази на добу протягом 1 міс.

Б.2.6 Санаторно-курортне лікування

Санаторно-курортне лікування показане у фазі ремісії ФРБТ

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)

Обсяг діагностики

Обов'язкові лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, копрограма.

Додаткові лабораторні дослідження: біохімічний аналіз крові (загальний білірубін та його фракції, АсАТ, АлАТ, лужна фосфатаза, ГГТП, загальний білок та білкові фракції, загальний холестерин, амілаза крові), цукор крові.

Обов'язкові інструментальні дослідження: УЗД органів черевної порожнини (за необхідністю).

- *Дієта № 5п* з обмеженням тваринних жирів та відносним збільшенням жирів рослинного походження, білків рослинного та тваринного походження.

- *Мінеральні води* призначаються з урахуванням типу дискінетичних порушень. У разі **гіперкінетичних розладів** рекомендовано води малої мінералізації з переважанням іонів сульфату, гідрокарбонату, хлору, натрію, магнію, з органічними речовинами. Для посилення антиспастичного ефекту призначають мінеральну воду з температурою 40-45 °С. Час прийому води – за 30-60 хв до їди залежно від стану кислотоутворювальної функції шлунка невеликими ковтками 3 рази на день (разова доза 5 мл/кг маси тіла).

При гіпокінетичних розладах показані води середньої мінералізації з переважанням іонів сульфату, гідрокарбонату, магнію, натрію. За умов вираженої гіпотонії призначають мінеральні води з температурою 18-20 °С за 30-90 хв до їди 3 рази на день (5 мл/кг маси тіла).

Для посилення жовчовиділення 1 раз на тиждень рекомендовано беззондові тюбажі з вживанням мінеральної води малої мінералізації (з грілкою на правому підребер'ї 45-60 хв).

- *Пелоїдотерапія.*

- *Апаратна фізіотерапія:*

- *електрофорез гязі;*

- *електрофорез пелоїдину чи пелоїдодистиляту;*

- *синусоїдальні модульовані струми (СМС);*

- *хвилі дециметрового діапазону (ДМХ);*

- *електрофорез;*

- *електросон.*

- *Водолікування.*

- *Кліматотерапія* передбачає аеротерапію, повітряні, сонячні ванни, морські купання за загальноприйнятою методикою.

- *Руховий режим:* ранкова гігієнічна гімнастика, групова лікувальна фізкультура, дозована ходьба

Положення протоколу

Обґрунтування

Необхідні дії

В. КЛАСИФІКАЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ЖОВЧНОГО МІХУРА ТА СФІНКТЕРА ОДДІ (Римський III Консенсус, 2006)

Е. Функціональний розлад жовчного міхура та сфінктера Одді

Е1. Функціональний розлад жовчного міхура

Е2. Функціональний біліарний розлад сфінктера Одді

Е3. Функціональний панкреатичний розлад сфінктера Одді

За локалізацією:

А. Дисфункція жовчного міхура.

Б. Дисфункція сфінктера Одді.

За етіологією:

А. Первинні.

Б. Вторинні.

За функціональним станом:

А. Гіпофункція або гіперфункція жовчного міхура.

Б. Спазм або недостатність сфінктера Одді.

Клінічні форми ФРБТ:

- гіперкінетично-гіпертонічна;

- гіперкінетично-гіпотонічна;

- гіпокінетично-гіпотонічна;

- гіпокінетично-гіпертонічна

(можуть бути варіанти поєднання з нормальним тонусом сфінктерів або кінетикою жовчного міхура)

Г. ДІАГНОСТИЧНА ПРОГРАМА

Г.1 Діагностичні дослідження:

Анамнез – тривалість захворювання більше 3-х місяців, спадкова схильність, аномалії розвитку жовчного міхура та жовчовивідних шляхів.

Скарги при гіперфункції: біль у правому підребер'ї, ділянці пупка нападopodobний через 20-30 хв після прийому їжі, фізичного чи емоційного навантаження, зниження апетиту, стомлюваність, емоційна лабільність.

Скарги при гіпофункції: тупий, ниючий біль у правому підребер'ї після прийому їжі через 60-90 хв, фізичного навантаження; нудота, блювота, гіркота в роті, стомлюваність, емоційна лабільність, запаморочення та ін.

Об'єктивне дослідження: біль при пальпації у правому підребер'ї, області пупка, можливі позитивні міхурові симптоми, при гіпокінетичному типі – збільшення розмірів печінки (м'яка, рухлива, безболісна, швидко скорочується після застосування холекінетиків), можливо – дистальний гіпергідроз, патологічний дермографізм, схильність до артеріальної гіпертонії, функціональний систолічний шум.

Клінічні синдроми: диспептичний, больовий, астено-вегетативний, холестатичний.

Діагностика: діагноз ФРБТ (дискінезії або дисфункції біліарного тракту) визначається за сукупністю скарг, клініко-анамнестичних даних, лабораторних та інструментальних методів дослідження.

Лабораторні дослідження:

1. Копрограма – підвищення нейтрального жиру, значне підвищення кількості жирних кислот, внутрішньоклітинного крохмалю, клітковини (недостатність жовчовиділення).

2. Біохімічне дослідження сироватки крові – підвищення рівня холестерину, лужної фосфатази, ГГТП, загального білірубину за рахунок прямої фракції (можливі зміни при гіпофункції жовчного міхура, дисфункції сфінктера Одді). Показники амілази /ліпази у межах норми.

Інструментальні дослідження:

1. УЗ дослідження. Для оцінки моторної функції жовчного міхура та тону сфінктерів біліарного тракту використовується динамічна УЗ холецистографія з використанням холекінетичного сніданку (яєчні жовтки, розчин сорбіту, 1-2 пігул. холіверу тощо). Вимірювання об'єму жовчного міхура (ЖМ) виконується натще та після стимуляції через 5, 15, 30, 40, 60 хв. При УЗ холецистографії реєструються фази скорочення жовчного міхура. Перша фаза триває 4-6 хв, зумовлена станом сфінктера Одді, подовження цієї фази свідчить про його спазм. Друга фаза триває приблизно 15 хв, зумовлена станом сфінктера Одді, об'єм ЖМ зменшується на 29-31%. Третя фаза триває до 30 хв, зумовлена станом сфінктера Люткенса, об'єм ЖМ надалі зменшується на 30-35%. Четверта фаза – подальше скорочення ЖМ на 33-65% порівняно з початковим об'ємом. При гіперкінетичному типі дисфункції ЖМ об'єм жовчного міхура скорочується більш ніж на 65% на 60-90 хв після прийому холекінетика; при гіпокінетичному типі – менш ніж на 33%.

2. За показаннями – дуоденальне зондування з подальшим біохімічним дослідженням (концентрація сумарних жовчних кислот, холестерину, фосфоліпідів, білірубину, визначення індексів літогенності) та мікроскопією жовчі (виявлення кристалів холестерину, білірубінату кальція) для оцінки літогенності жовчі.

3. За показаннями – ФГДС: оцінка слизової оболонки стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки; дуоденального сосочка.

Г. 2 Діагностичні критерії функціонального розладу жовчного міхура

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

Г. 3 Діагностичні критерії функціонального біліарного розладу сфінктера Одді

Біліарний біль у поєднанні з нормальними показниками рівня амілази/ліпази; можливо підвищення рівня трансаміназ, лужної фосфатази, прямої фракції білірубину, за часом пов'язаних із нападами болю; розширення загальної жовчної протоки після проведення стимульованого жирною їжею тесту – ознака дисфункції сфінктера Одді (гіпертонус).

Г. 4 Діагностичні критерії функціонального панкреатичного розладу

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