

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра общей врачебной практики

О.В. Попова

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ
У ДЕТЕЙ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ**

Минск, БелМАПО
2020

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра общей врачебной практики

О.В. Попова

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ
У ДЕТЕЙ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ**

Учебно-методическое пособие

Рекомендовано учебно-методическим объединением
в сфере дополнительного образования взрослых
по профилю образования «Здравоохранение»

Минск, БелМАПО
2020

УДК 616.3-053.2(075.9)

ББК 54.13+57.33я73

П 58

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Государственного учреждения образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
протокол № 6 от 29.09.2020

Рекомендовано учебно-методическим объединением в сфере дополнительного
образования взрослых по профилю образования «Здравоохранение»
от 07 октября 2020 года (протокол № 6)

Автор:

Попова О.В., доцент кафедры общей врачебной практики ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук, доцент

Рецензенты:

Лазарчик И.В., заместитель главного врача по медицинской части УЗ «Минская областная детская клиническая больница», кандидат медицинских наук

Баешко И.М., заведующий врачебной амбулатории Ждановичская врачебная амбулатория общей практики УЗ «Минская ЦРБ»

1-я кафедра детских болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Попова, О.В.

П 58

Функциональные нарушения органов пищеварения у детей в общей врачебной практике: учеб.-метод. пособие / О.В. Попова. – Минск: БелМАПО, 2020. – 32 с.

ISBN 978-985-584-513-4

В учебно-методическом пособии представлена информация для врачей общей практики по клиническим особенностям, критериям диагностики и лечебным рекомендациям при функциональных желудочно-кишечных расстройствах у детей и подростков. Уделено внимание показаниям для госпитализации с целью дифференциальной диагностики и исключения органической патологии.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ переподготовки по специальности «Общая врачебная практика», повышения квалификации врачей общей практики, врачей-педиатров.

УДК 616.3-053.2(075.9)

ББК 54.13+57.33я73

ISBN 978-985-584-513-4

© Попова О.В., 2020

© Оформление БелМАПО, 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
КЛАССИФИКАЦИЯ	7
ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ГРУПП ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ НАРУШЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	8
I. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА У НОВОРОЖДЕННЫХ И МЛАДЕНЦЕВ	8
II. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	19
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	31

ВВЕДЕНИЕ

Все патологические состояния, возникающие в любой системе человеческого организма, подразделяют на органические и функциональные. Органическая патология связана с повреждением структуры того или иного органа, степень выраженности которого может колебаться в самых широких пределах от грубой аномалии до тонкой энзимопатии. При функциональных нарушениях таких повреждений нет. С другой стороны, функциональные нарушения могут являться нарушениями функций органа, причины которых лежат вне пораженного органа.

Под функциональными нарушениями органов пищеварения в настоящее время подразумеваются нарушения моторики желудочно-кишечного тракта. Однако, кроме моторной, органам пищеварения присущи также функции секреции, переваривания и всасывания, которые также могут быть нарушены как вследствие органических, так и вследствие функциональных причин. Нарушения моторики органов пищеварения любого происхождения неизбежно вызывают вторичные изменения, главными из которых является нарушение процессов переваривания и всасывания, а также нарушение микробиоценоза кишечника. Перечисленные нарушения усугубляют нарушения моторики, замыкая патогенетический «порочный круг».

Прогноз при функциональных нарушениях неоднозначен. Хотя в Римских критериях указывается на стабильный и благоприятный характер их течения, практика свидетельствует о нередкой их эволюции в органическую патологию: заболевания, сопровождающиеся гастроэзофагальным рефлюксом, могут эволюционировать в гастроэзофагальную рефлюксную болезнь; функциональная диспепсия – в гастрит; а синдром раздраженного кишечника – в колит.

Таким образом, отношение к функциональным заболеваниям должно быть достаточно серьезным, диагностика своевременной и лечение адекватным.



Рис. 1 Последствия нарушений моторики

Диагноз функциональных заболеваний ставится на основании клинических данных, тщательного собранного анамнеза, дополнительного лабораторного и инструментального исследования. Симптоматика при функциональных нарушениях многообразна, должна наблюдаться на протяжении длительного периода времени. Основная сложность в диагностике функциональных нарушений заключается в необходимости исключить всю возможную органическую патологию, после чего можно с уверенностью говорить о функциональном характере заболевания.

Симптомы тревоги, при наличии которых функциональное нарушение представляется маловероятным и требуется серьезное обследование для выявления их причин:

- ✓ лихорадка;
- ✓ немотивированное похудание;
- ✓ дисфагия;
- ✓ рвота кровью;
- ✓ кровь в кале;
- ✓ анемия;
- ✓ лейкоцитоз;
- ✓ увеличение СОЭ.

Основными направлениями лечения функциональных нарушения являются:

- лечение и/или устранение причины, которая привела к их развитию; ликвидация провоцирующих факторов;
- коррекция нарушенной моторики органов пищеварения;
- коррекция нарушений, вызванных нарушением моторики;
- коррекция психоневрологического статуса;
- лечение сопутствующих заболеваний, усугубляющих течение функциональных нарушений.

В настоящее время признано рациональным диагностику и лечение при синдроме диспепсии разделять на два этапа. На первом этапе врач, опираясь на клинические данные и скрининговое обследование (общий анализ крови, копрологическое исследование, исследование кала на скрытую кровь) с высокой степенью вероятности предполагает функциональный характер заболевания и назначает лечение сроком на 2-4 недели. *Отсутствие эффекта от проводимой терапии рассматривается как сигнал тревоги* и служит показанием к тщательному гастроэнтерологическому обследованию в условиях стационара.

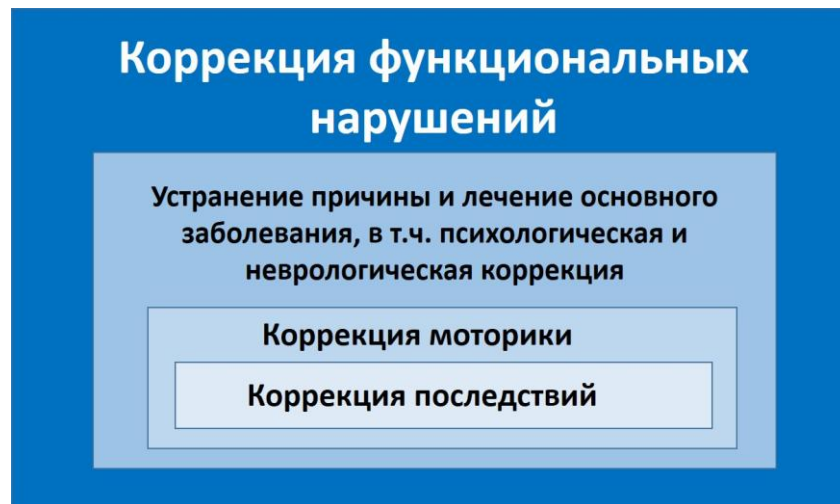


Рис. 2. Коррекция функциональных нарушений

КЛАССИФИКАЦИЯ

В соответствии с Римскими критериями отдельно выделяются функциональные желудочно-кишечные расстройства у новорожденных и младенцев и функциональные желудочно-кишечные расстройства у детей и подростков.

Функциональные желудочно-кишечные расстройства у новорожденных и младенцев:

- младенческие срыгивания;
- младенческий синдром руминации;
- синдром циклической рвоты;
- младенческие колики;
- функциональная диарея;
- младенческая дисхезия;
- функциональный запор.

Функциональные желудочно-кишечные расстройства у детей и подростков:

- рвота и аэрофагия (синдром руминации, синдром циклической рвоты, аэрофагия);
- абдоминальная боль, связанная с функциональными гастродуоденальными расстройствами (функциональная диспепсия, синдром раздраженной кишки, абдоминальная мигрень, детская функциональная абдоминальная боль, синдром детской функциональной абдоминальной боли);
- запор и недержание кала (функциональный запор, недержание кала).

Клинические проявления функциональных желудочно-кишечных расстройств у детей зависят от эмоционального и интеллектуального развития, от сопутствующих органических и психологических нарушений. Решение обратиться за врачебной помощью у родителей возникает в зависимости от их жизненного опыта и восприятия болезни. Визит к врачу зависит не только от наличия симптомов у ребенка, но и от присутствия осознанных и неосознанных страхов в семье. Эффект диагностики и лечения зависит от тесного союза врача и родителей. Младенцы и дети дошкольного возраста еще не могут различать эмоциональные и физические страдания, поэтому действия врача зависят от информации родителей, которые знают своих детей лучше. Правильно собранный анамнез имеет чрезвычайно важное значение.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ГРУПП ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ НАРУШЕНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

1. **Функциональные желудочно-кишечные расстройства у новорожденных и младенцев** зачастую зависят от возраста и могут иметь сочетанный характер. Симптомы функциональных нарушений иногда наблюдаются при нормальном развитии ребенка (например, младенческая регургитация), а также могут возникать как поведенческие реакции на внутренние или внешние раздражители (например, при функциональных запорах, удерживании кала как ответ на болезненную дефекацию).

В общей врачебной и педиатрической практике чаще всего приходится сталкиваться с *функциональными расстройствами, проявляющимися рвотой* (срыгивания, руминация и циклическая рвота). В основе функциональных нарушений, проявляющихся срыгиванием и рвотой, лежит гастроэзофагальный рефлюкс (ГЭР), ретроградное перемещение, затекание или заброс желудочного и/или кишечного содержимого в пищевод, который в ряде классификаций, в т.ч. и МКБ-10 (X16 K21) нередко рассматривается как самостоятельная нозологическая единица. В то же время ГЭР является нормальным физиологическим процессом, наблюдающимся и у здоровых лиц, а патологических ГЭР представляет собой патогенетический механизм, лежащий в основе ряда заболеваний. Кроме того, патологический ГЭР может быть связан не только с нарушением регуляторных механизмов, т.е. быть чисто функциональным феноменом, но также развиваться на фоне органических процессов, например, на фоне аномалий пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки. В этом случае ГЭР является проявлением указанных заболеваний или их осложнением.



Рис. 3. Функциональные нарушения, проявляющиеся рвотой

Одним из наиболее частых заболеваний рассматриваемой группы является *младенческая регургитация (срыгивание)* – обратный заброс пищевого химуса вскоре после проглатывания съеденной пищи. У детей первых месяцев жизни регургитация может расцениваться как физиологическое состояние, если имеет редкий, необильный характер и возникает не позже одного часа после кормления. К регургитации, в ряде случаев, приводит наличие пилороспазма (МКБ-10, XVIII, R19) – затрудненное опорожнение желудка вследствие спазма мускулатуры привратника. С первых дней жизни при пилороспазме отмечаются срыгивания, по мере нарастания объема питания появляется рвота, «отсроченная», створоженным кислым содержимым без примеси желчи, не превышающая объем съеденной пищи. Ребенок, несмотря на рвоту, прибавляет в массе, хотя и недостаточно, и при несвоевременно начатом лечении может развиваться гипотрофия. Неосложненная регургитация у младенцев, в остальном здоровых, является проблемой развития, а не болезнью.

Диагностические критерии младенческой регургитации у здоровых в остальном младенцев от 3 недель до 12 месяцев должны включать все из следующих:

1. регургитация 2 или более раз в день в течение 3-х или более недель;
2. отсутствие рвоты, кровавой рвоты, аспирации, апноэ;
3. не усиливается при кормлении и глотании или ненормальном положении тела.

Регургитация происходит чаще, чем раз в день у 67% здоровых 4-х месячных младенцев. Многие родители считают, что регургитация является ненормальной; 24% родителей 6-месячных детей жалуются на этот симптом врачу. Ежедневная регургитация снижается до 5% у детей в возрасте 10-12 месяцев. Преждевременные роды, задержка развития, а также врожденные аномалии развития ротоглотки, грудной клетки, легких, центральной нервной системы, сердца, желудочно-кишечного тракта являются факторами риска развития ГЭРБ. Аллергия на коровье молоко может иметь этиологическое значение, если частая регургитация ассоциирована с экземой или обструкцией. Срыгивание, связанное с ранним насыщением, отказом от пищи или чрезмерным криком, может быть следствием боли или эмоционального возбуждения. Сохраняющееся после первого года жизни срыгивание необходимо дифференцировать с анатомическими особенностями. Естественным течением регургитации является спонтанное улучшение и, следовательно, целью лечения является облегчение симптомов и

предупреждение осложнений. Эффект зависит от: 1) четкого, точного ответа на вопросы родителей «Что случилось с моим ребенком? Это опасно? Пройдет ли это? Что нам делать?»; 2) постоянного врачебного наблюдения за ребенком в динамике.

К регургитации, в ряде случаев, приводит наличие пилороспазма – затрудненное опорожнение желудка вследствие спазма мускулатуры привратника. С первых дней жизни при пилороспазме отмечаются срыгивания, по мере нарастания объема питания появляется рвота, «остроченная», створоженным кислым содержимым без примеси желчи, не превышающая объем съеденной пищи. Ребенок, несмотря на рвоту, прибавляет в массе, хотя и недостаточно, и при несвоевременно начатом лечении может развиваться гипотрофия.

Общие рекомендации и лечение.

- положение на левом боку и наклонное положение тела с возвышенным изголовьем (угол не менее 30 градусов);
- учащение кормления с уменьшением объема каждого кормления;
- улучшение контакта матери и ребенка (снижает тревогу родителей, способствуют выявлению и устранению источников физических и эмоциональных расстройств матери и ребенка);
- при кормлении ребенка грудью даже упорные срыгивания не являются показанием для перевода на смешанное или искусственное вскармливание. Необходимо перед каждым кормлением дать ребенку 30 мл антирефлюксной смеси;
- для детей, находящихся на искусственном вскармливании, после дачи 30 мл смеси с загустителем в отдельной бутылочке, количество основной смеси должно быть соответственно уменьшено; если 30 мл недостаточно, то количество смеси с загустителем может быть увеличено, вплоть до полного суточного рациона.

Эффективность антирефлюксных смесей достигает 80%. При частых и обильных срыгиваниях целесообразно назначить детям домперидон в суспензии из расчета 2,5 мг на каждые 10 кг веса 3 раза в день за 20 минут до еды.

Младенческий руминационный синдром – редкое заболевание, которое характеризуется добровольным, привычным забросом содержимого желудка в рот. Для синдрома типична регургитация недавно проглоченной пищи, которая снова пережевывается и проглатывается либо срыгивается. Хотя детская руминация является функциональным заболеванием, она может быть отнесена к опасным для жизни психическим расстройствам, чаще всего вызванным социальной депривацией.

Диагностические критерии должны включать все из следующих, по крайней мере, в течение 3 месяцев:

1. множественные, подряд идущие сокращения мышц брюшного пресса, диафрагмы, языка;
2. регургитация желудочного содержимого в рот, либо срыгивание, либо повторное пережевывание и проглатывание;
3. три или более из перечисленных условий:
 - a. возникновение между 3-м и 8-м месяцами жизни;
 - b. отсутствие эффекта при назначении лечения ГЭР, при назначении антихолинергических препаратов;
 - c. отсутствие тошноты;
 - d. не возникает, когда с младенцем контактируют лично.

Наблюдение за ребенком является необходимым для установления диагноза. Наблюдения требуют времени, терпения и скрытности, поскольку руминация может прекратиться, как только ребенок замечает наблюдение. Диагностические усилия должны быть направлены на детей и родителей. т. к. детская руминация – это нарушение взаимоотношений между ними. Эмоциональная и сенсорная депривация, которая провоцирует руминацию, может быть у больных детей, которые находятся в неестественной обстановке (например, в стационаре). Потеря ранее проглоченной пищи может привести к прогрессивному истощению (белково-энергетической недостаточности) с угрозой жизни ребенка.

Общие рекомендации и лечение:

- оказание помощи матери, чтобы она лучше понимала и реагировала на физические и эмоциональные потребности своего ребенка;
- в некоторых случаях ликвидация руминации возможна при временной замене матери на кормилицу, которая будет с комфортом кормить ребенка.

Синдром циклической рвоты (СЦР) состоит из постоянных стереотипных эпизодов интенсивной тошноты и рвоты длительностью от нескольких часов до нескольких дней, которые разделены интервалами от недели до нескольких месяцев. Частота эпизодов колеблется от 1 до 70 в год (в среднем 12). Приступы происходят регулярно или эпизодически. Как правило, эпизоды начинаются в одно и то же время дня, чаще всего ночью или утром. Продолжительность эпизодов, как правило, одинаковая у каждого пациента. Синдром достигает высокой интенсивности в течение первого часа, после этого рвота имеет тенденцию к снижению, хотя тошнота продолжается до конца эпизода. Эпизоды обычно заканчиваются так же быстро, как они начинаются и наблюдается быстрое восстановление состояния (при условии, что у пациента не развился дефицит жидкости и электролитов!).

Признаки и симптомы, которые сопровождают циклическую рвоту, могут включать бледность, слабость, повышенное слюноотделение, боли в животе, непереносимость шума, света и (или) запаха, головную боль, жидкий стул, лихорадку, тахикардию, гипертензию, кожные проявления и лейкоцитоз. У 80% определяются обстоятельства или события, которые приводят к проявлениям заболевания (напряженное эмоциональное состояние, инфекции и др.).

Диагностические критерии:

1. два или более периода интенсивной тошноты и неустанной рвоты или рвоты длительностью от нескольких часов до нескольких дней;
2. возврат к нормальному состоянию здоровья в течение от недели до месяца;
3. у пациентов нет рвоты между эпизодами.

Синдром циклической рвоты может возникнуть в любом возрасте. «Морская болезнь» встречается в 40% случаев. У 2/3 пациентов с синдромом циклической рвоты в анамнезе имеют синдром раздраженного кишечника, а 11% – мигрень. Дифференциальный диагноз с заболеваниями, имеющими аналогичные проявления, которые могут быть ошибочно диагностированы как СЦР: глиомы мозга (могут проникать в центр рвоты и в центры черепных нервов, в результате чего отмечается периодическая рвота без нарушений циркуляции спинномозговой жидкости или признаков повышенного внутричерепного давления), инфекции верхних дыхательных путей, обструктивные, желудочно-кишечные заболевания (язвенная болезнь со стенозом пилорического канала, энтеропатии, периодически неполная кишечная непроходимость, хроническая кишечная псевдонепроходимость), рвота при

кризисах в семейных отношениях, эндокринные и метаболические нарушения (феохромоцитома, надпочечниковая недостаточность, сахарный диабет, недостаточность орнитинтранскарбамилазы и другие дефекты цикла мочевины, нарушения средней цепи ацетилкоэнзима А, пропионовая и изовалериановая ацидемии, порфирия). *Таким образом, все дети с синдромом циклической рвоты должны быть обследованы в условиях стационара.*

Общие рекомендации и лечение:

- еда, эмоциональные факторы или физический стресс, которые вызывают приступы, должны быть выявлены и исключены;
- глубокий сон в течение нескольких часов может помешать развитию приступа болезни. Перед началом тошноты может быть полезен прием внутрь длительно действующих бензодиазепинов;
- в продроме может быть полезно начать лечение с орального приема антисекреторных препаратов, препаратов для защиты слизистой оболочки пищевода и зубной эмали от желудочной кислоты, а также лоразепама (для анксиолитического, седативного и противорвотного эффекта);
- после начала эпизода болезни дети должны быть седированы до конца эпизода (симптомы могут быть прерваны внутривенным титрованием лоразепама или другого длительно действующего бензодиазепа; необходимо введение внутривенно жидкости, электролитов и блокаторов H_2 -гистаминорецепторов, пока эпизод заболевания не закончился; *т.е. стационарная помощь*);
- пациентам с частыми, серьезными и длительными эпизодами показан ежедневный прием амитриптилина, ципрогептадина, фенobarбитала или пропранолола, которые могут уменьшить частоту или ликвидировать проявления болезни (назначаются после стационарного обследования).

Младенческая колика. Термин «колика» подразумевает абдоминальную боль, вызванную препятствием для оттока из почек, желчного пузыря и кишечника. Напротив, «младенческая колика» является поведенческим синдромом раннего детства, предусматривающим длительный плач, который трудно успокоить. Младенческая колика проявляется как приступы раздражительности, беспокойства и длительного плача более 3 часов в день и частотой более 3 дней каждую неделю. Не существует никаких доказательств, что плач при младенческой колике вызван болью в животе или любой другой части тела. Хотя такой плач может быть вызван болью из-за повышенной чувствительности к белку коровьего молока, по определению, младенческая колика не является результатом органического заболевания. Приступы

младенческой колики начинаются и купируются внезапно, без видимых причин и чаще происходят в конце дня. Колики проходят спонтанно к 3-4-месячному возрасту или, у детей, родившихся преждевременно, после 6-7 месяцев. В среднем, плач достигает пика на 6-й неделе, а затем уменьшается на 12-й неделе.

Диагностические критерии должны включать все из следующих у младенцев от рождения до 4-месячного возраста:

1. приступы раздражительности, беспокойства или плача, возникающие и прекращающиеся без видимой причины;
2. эпизоды продолжительностью 3 или более часов в день и происходящие, по крайней мере, 3 раза в неделю, в течение 1 недели;
3. не прогрессируют.

Диагноз «младенческая колика» может быть установлен у любого ребенка младше 4-5 месяцев, который плачет, не имеет признаков нарушения развития ЦНС и внутренних органов, является нормальным при физикальном осмотре и имеет нормальные темпы роста (длительный, упорный плач; плач после кормления; лицевые гримасы; вздутие живота; увеличение газообразования; подтягивание ног к животу).

Общие рекомендации и лечение:

- без применения обезболивающих препаратов и вне кормления необходимо проведение успокаивающих мероприятий, таких как ритмические покачивания 2-3 раза в секунду в спокойной обстановке (плач может возобновиться, как только ребенок будет положен в постель – вышеуказанный общепринятый маневр не устраняет боль, но останавливает плач, имеет диагностическую и терапевтическую ценность);

- если есть признаки непереносимости молока или эзофагит, оправдан короткий курс смесей на основе гидролизатов белка или лекарственных средств для подавления желудочной секреции кислоты – эффект должен наступить в течение 48 часов;

- во время колики рекомендуется теплая пеленка на область живота;
- поглаживание живота по часовой стрелке, щадящий массаж;
- изменение положения тела (выкладывание на живот);
- назначение симетикона (Эспумизана, Дисфлатила) грудным детям в виде капель (можно добавлять в бутылочку) по 15-20 капель 2-3 раза в день.

Функциональная диарея – ежедневный безболезненный, несформированный стул 3 или более раз сутки в течение 4 или больше недель с началом в младенчестве или в дошкольные годы. Ребенок не страдает от учащенного стула, и симптомы спонтанно проходят в школьном возрасте.

Диагностические критерии должны включать все из нижеследующих:

1. ежедневный безболезненный 3 или более раз неоформленный стул;
2. симптомы длятся более 4 недель;
3. симптомы начинаются в возрасте от 6 до 36 месяцев;
4. отхождение стула происходит во время бодрствования;
5. нет отставания в физическом развитии (если питание адекватно возрасту и потребностям ребенка).

Обязателен сбор анамнеза о последних кишечных инфекциях, слабительных средствах, применении антибиотиков и изменениях диеты. Анализ питания может указать на перекорм, чрезмерное употребление фруктового сока или углеводов, низкое потребление жиров, наличие пищевой аллергии. Стул часто содержит слизь и (или) неперевавленную пищу. При нормальном физическом развитии синдром мальабсорбции маловероятен.

Общие рекомендации и лечение:

- избегать ограничительных диет, которые могут способствовать энергетическому дефициту;
- ежедневный дневник рациона питания и дефекации помогает доказать, что конкретные пищевые продукты не несут ответственности за жидкий стул;
- возможно применение диосмектита (Смекты); содержимое пакетика растворяют в детской бутылочке, рассчитанной на 50 мл воды, и распределяют на несколько приемов в течение дня или тщательно размешивают с каким-нибудь полужидким продуктом: суп, каша, компот, пюре, детское питание (курс лечения - 3-7 дней); суточная доза препарата для детей зависит от возраста (табл. 1).

• Таблица 1

Дозировка диосмектита (Смекта)

Возраст	Суточная доза	
	Грамм	Пакетики
До 1 года	3	1
1-2 года	3-6	1-2
Старше 2 лет	6-9	2-3

Младенческая дисхезия проявляется как напряжение в течение долгих минут при дефекации: крик, плач, лицо красного или фиолетового цвета от натуживания. Проблема сохраняется в течение 10-20 минут, пока не будет отхождения мягкого или жидкого стула. Дефекация бывает несколько раз в день. Проблемы начинаются в первые месяцы жизни и разрешаются спонтанно через несколько недель. Они обусловлены физиологическими факторами. Акт дефекации требует повышения внутрибрюшного давления и одновременно расслабления мышц тазового дна: к младенческой дисхезии приводит отсутствие их координации, а плач обусловлен увеличением внутрибрюшного давления.

Диагностические критерии должны включать оба из нижеследующих у младенцев до 6-месячного возраста:

1. по крайней мере 10 минут напряжения и плача до успешного отхождения мягкого стула;
2. нет никаких других проблем со здоровьем.

Обязателен сбор анамнеза, физикальное обследование (в том числе ректальное), чтобы исключить аноректальные отклонения, оценка динамики роста ребенка. Родителей успокаивает методическое физикальное обследование, которое совершается в их присутствии.

Общие рекомендации и лечение:

- родителям объясняют, что ребенок должен научиться расслаблению тазового дна;
- при поощрении и обучении дефекации ребенка родителям рекомендуется избегать ректальной стимуляции, которая способствует искусственному сенсорному опыту - он может вредить, способствуя такому состоянию ребенка, при котором он ожидает стимуляции дефекации;
- слабительные средства не нужны.

Функциональный запор. У 40% детей с функциональным запором симптомы появляются на первом году жизни. Среди детей в возрасте старше 1 года запоры выявляются в 16% случаев функциональных желудочно-кишечных расстройств.

Диагностические критерии должны включать в течение 1 месяца, по крайней мере, 2 из следующих признаков у младенцев в возрасте до 4 лет:

1. две или менее дефекации в неделю;
2. по крайней мере 1 эпизод в неделю;

3. анамнез чрезмерного удержания стула;
4. в анамнезе болезненный или твердый стул;
5. наличие большого количества фекальных масс в прямой кишке.

Сопровождающие функциональный запор симптомы могут включать раздражительность, снижение аппетита и (или) раннее насыщение. Сопровождающие симптомы исчезают сразу же после дефекации. У младенцев и детей ясельного возраста, у которых накапливаются ректально фекальные массы, может возникать недержание кала; недержание кала может быть ошибочно принято некоторыми родителями за диарею. Болезненная эвакуация фекальных масс – это частая причина для ребенка избегать дефекации.

Возникновение функционального запора часто происходит во время одной из трех ситуаций: 1) у детей с твердым стулом (часто совпадает с началом искусственного вскармливания), 2) у детей раннего возраста в период приобретения навыков туалета, так как они пытаются контролировать стул и 3) в школе при воздержании детей от дефекации в течение учебного дня. Страдающие дети часто описываются как стоящие на пальцах ног, держащиеся за мебель, прячущиеся в углу. При функциональных запорах попытки ректального исследования иногда заставляют ребенка реагировать с острым, интенсивным страхом и негативным поведением; иррациональный страх перед ректальным исследованием типичен для ребенка с функциональными запорами и редко является проблемой у детей с другими жалобами, в том числе другими нарушениями дефекации.

Общие рекомендации и лечение:

- первым шагом в лечении является установление контакта во время первого посещения семьи: ребенок и семья должны понимать врача, который объясняет проблему, отсутствие серьезной болезни, а также безопасное и эффективное поведение;
- родителям следует объяснить, что проблемы со временем уходят, это снижает тревогу и порождает позитивные изменения;
- родители должны понимать точку зрения ребенка: для малышей подготовка к дефекации не должна сопровождаться страхом перед болезненной дефекацией. Принудительная тактика подготовки к туалету может иметь неприятные последствия;
- ежедневное использование нестимулирующих слабительных, таких как минеральные масла, лактулоза или магnezия, которые медленно смягчают

фекальные массы; слабительные используются, пока ребенок не решит прекратить их прием (спустя несколько дней или недель) (табл. 2, 3);

- поощрение за успехи в обучении правильной дефекации.

Ключом к эффекту лечения является обеспечение безболезненной дефекации, пока ребенку не будет комфортно – тогда обучение может быть закончено; этот ненавязчивый подход возвращает контроль тазового дна ребенку.

Таблица 2

Дозы вазелинового масла

Возраст	Доза, мл	Порядок приема
До 1 года	2,5-5	2-3 раза в день, между приемами пищи; курс не более 7 дней
1-3 года	5-10	
Старше 4 лет	10-15	

Таблица 3

Дозы лактулозы (Дюфалак)

Возраст	Доза начальная	Доза поддерживающая
От грудного до 3-х лет	5	5
3 – 6 лет	5 – 10	5 – 10
7 – 14 лет	15	10
Старше 14 лет	15 – 45	10 – 25

II. Функциональные желудочно-кишечные расстройства у детей и подростков

При диагностике функциональных желудочно-кишечных расстройств у детей и подростков необходимо исключить *симптомы тревоги*, указывающие на присутствие заболеваний:

- ✓ дисфагия;
- ✓ персистирующая (повторяющаяся) рвота;
- ✓ персистирующие боли в правом верхнем или нижнем поле живота;
- ✓ ночные боли в животе;
- ✓ гастроинтестинальные потери крови;
- ✓ ночная диарея;
- ✓ семейный анамнез по пептической язве, воспалительным заболеваниям кишечника, целиакии;
- ✓ потеря массы тела;
- ✓ задержка роста и пубертатного периода;
- ✓ необъяснимое повышение температуры.

Подростковый руминационный синдром

Диагностические критерии должны включать все нижеперечисленные:

1. повторные безболезненные регургитации и пережёвывание или срыгивание пищи, которые а) начинаются в ближайшее время после приема пищи; б) не происходят во время сна; в) не проходят при стандартном лечении ГЭР;
2. нет рвоты;
3. нет никаких доказательств воспалительных, анатомических, метаболических изменений или опухолевого процесса, которые могут объяснить проблему ребенка.

Соответствие критериям должно соблюдаться, по крайней мере, 1 раз в неделю, не менее 2 месяцев до постановки диагноза.

Повторяющаяся без усилий регургитация, проглатывание и/или срыгивание и сплевывание в течение нескольких минут после начала еды являются основными диагностическими характеристиками. Эпизоды руминации длятся около часа и очень редко встречаются ночью. Необходимо исключить в условиях стационара ГЭР, ахалазию кардии, гастрофарез, булимию и обструктивные анатомические расстройства.

Синдром подростковой руминации может быть обусловлен также физиологическими и психологическими подростковыми особенностями. Характерной аномалией у подростков является синхронное повышение давления в верхней части кишечника, что связано с увеличением внутрибрюшного давления, вызванного сокращением скелетных мышц брюшного пресса. Такие характерные волны отмечаются у 40-67% подростков с руминацией. Психологически руминация может «удовлетворять» цели самовозбуждения у детей и подростков, ущербных интеллектуально, и может быть связана с расстройствами пищевого поведения. Психические нарушения, включая депрессию, беспокойство, одержимо-навязчивое поведение и другие наблюдаются примерно у 1/3 заболевших.

Общие рекомендации и лечение:

- рациональная семейная психотерапия (в случае отсутствия нарушений питания мотивированные на выздоровление пациенты на фоне поведенческой терапии выздоравливают в 85% случаев);
- трициклические антидепрессанты (используются с некоторым успехом).

Синдром циклической рвоты часто отмечается у детей и подростков. Используются те же критерии, что и у детей раннего возраста:

1. два или более периодов интенсивной тошноты и упорной рвоты, длящиеся от часов до дней;
2. возврат к нормальному состоянию здоровья в течение от недели до месяца.

Аэрофагия.

Диагностические критерии должны включать как минимум 2 из нижеперечисленных:

1. заглатывание воздуха;
2. вздутие живота из-за внутрипросветного воздуха;
3. системная отрыжка и (или) вздутие.

Соответствие критериям должно соблюдаться, по крайней мере, 1 раз в неделю не менее 2 месяцев до постановки диагноза.

Заглатывание воздуха часто остается незамеченным со стороны родителей и самих детей и должно быть объективно проверено врачом. Заглатывание избыточного воздуха часто вызывается беспокойством и может сопровождаться

паникой. У пациентов с аэрофагией уменьшается живот или устраняется вздутие во время сна. Из-за сопутствующего вздутия живота аэрофагию часто путают с нарушениями моторики, такими как хроническая кишечная псевдонепроходимость и синдром мальабсорбции. Необходимо исключение мальабсорбции углеводов и (или) избыточного бактериального роста.

Общие рекомендации и лечение:

- эффективные объяснения симптомов имеют важное значение – часто врач может помочь ребенку осознать в ходе визита глотание воздуха;
- медленная еда, исключение жевательной резинки, газированных напитков;
- психотерапевтические стратегии по сокращению масштаба тревог;
- назначение симетикона (Эспумизана, Дисфлатила) по 25-50 капель 3-5 раз в день внутрь.

Функциональная диспепсия

Понимание термина «диспепсия» в последние десятилетия претерпел значительную эволюцию. Традиционно под диспепсией в отечественной медицине подразумевали т.н. алиментарную диспепсию, наиболее четко соответствующую переводу данного термина («нарушение переваривания»), т.е. несоответствие возможностей пищеварительных ферментов и/или составу принимаемой пищи. Понятие алиментарная диспепсия наиболее часто использовалось в педиатрической практике применительно к детям первого года жизни, однако правомочно для описания состояния пациентов любого возраста.

В конце XX века в отечественной литературе появилось новое пришедшее из западной практики понимание диспепсии.

Синдром диспепсии в соответствии с определением Комитета по функциональным заболеваниям Всемирного Конгресса Гастроэнтерологов (1991г.) представляет собой комплекс расстройств, включающих боль или дискомфорт в эпигастрии, чувство переполнения в подложечной области после еды, раннее насыщение, тошноту, рвоту, отрыжку, изжогу. В дальнейшем в 1999г. Диспепсию с изжогой отнесли к гастроэзофагальной рефлюксной болезни, а боли или дискомфорт в животе, сочетающийся с нарушениями дефекации, - к синдрому раздраженного кишечника.

Синдром диспепсии представляет собой понятие предварительное, используемое на начальных этапах диагностики или при невозможности проведения углубленного диагностического процесса. В случае дальнейшего обследования он может быть расшифрован в органическую диспепсию, т.е. гастрит, язвенную болезнь и т.д., или в диспепсию функциональную, относящуюся к функциональным нарушениям. По существу, в настоящее время под функциональной понимают те случаи диспепсии, когда при тщательном гастроэнтерологическом обследовании, ее причину установить не удастся. В основе функциональной диспепсии лежат двигательные расстройства желудка и двенадцатиперстной кишки в результате нарушения нервной и/или гуморальной регуляции, в т.ч. обусловленные висцеральной гиперчувствительностью.

Диагностические критерии должны включать все нижеперечисленные:

1. стойкие или периодические боли, или дискомфорт по центру в верхней части живота (выше пупка);
2. не уменьшаются после дефекации или связаны с изменением частоты стула или формы стула (т. е. не синдром раздраженного кишечника);
3. никаких доказательств воспалительных, анатомических, метаболических нарушений или опухолевого процесса, которые объясняют проблему субъекта.

Соответствие критериям должно соблюдаться, по крайней мере, 1 раз в неделю не менее 2 месяцев до постановки диагноза.

Функциональное желудочно-кишечное расстройство могут следовать за острым воспалительным случаем. При этом не должно быть никаких признаков воспалительных, анатомических, метаболических изменений или опухолевого процесса. Однако есть дети с болью в животе, с преобладанием функциональных желудочно-кишечных расстройств, у которых могут быть незначительные хронические воспалительные изменения слизистой оболочки по данным биопсии при проведении фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФГЭДС). Проведение ФЭГДС показано при наличии: периодически повторяющейся рвоты, ежедневных жалоб, четких периодов обострения и ремиссии в анамнезе, наследственной отягощенности по язве, эрозиям, раку желудка.

Динамическое наблюдение при гистологически подтвержденном гастрите:

- после проведения курса антихеликобактерной терапии через 1-6 месяцев после его окончания;

- при выраженных, часто рецидивирующих или атипичных клинических проявлениях - по показаниям;
- при рецидиве болевого синдрома 2-4 раза в год, а также при подтвержденных атрофии и кишечной метаплазии слизистой оболочки желудка, пищеводе Барретта - 1 раз в год;
- при отсутствии рецидивирующих болей в животе и отсутствии инфицирования *H. pylori* - 1 раз в 2 года;
- при переводе во взрослую поликлинику (если не выполнялось в течение последнего года):
- полипы (если не удалены по каким-либо причинам) - не реже 1 раза в 6 месяцев;
- дивертикулы - 1 раз в 2-3 года.

Общие рекомендации и лечение:

- следует избегать нестероидных противовоспалительных лекарственных средств и пищевых продуктов, которые усугубляют симптомы (например, кофеин, острая и жирная пища);
- антисекреторные препараты (блокаторы H_2 -гистаминорецепторов или ИПП) назначаются при более выраженных симптомах;
- прокинетики (метоклопрамид, домперидон, мотилак) используют при симптомах, связанных с дискомфортом;
- психотерапия.

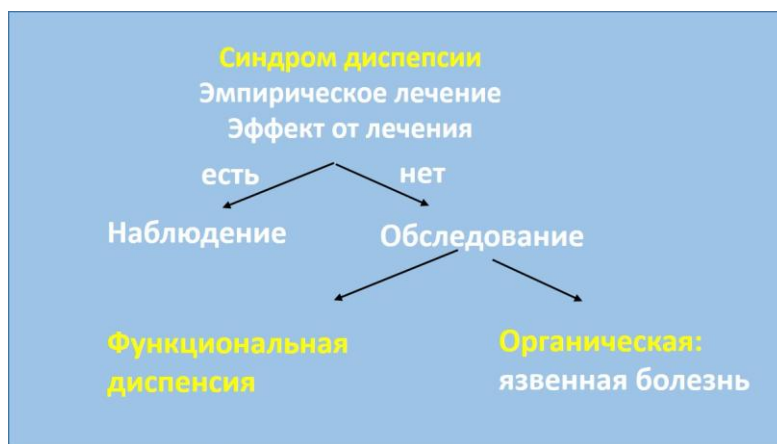


Рис. 4. Диспепсия – тактика лечения.

Синдром раздраженного кишечника (СРК).

Диагностические критерии должны включать все нижеперечисленные:

1. боль или дискомфорт в животе, связанные с 2-мя или более признаками в течение, по крайней мере, 25% времени: уменьшаются или проходят после дефекации;
2. начало симптомов ассоциируется с изменением характера и частоты стула;
3. отсутствуют свидетельства воспалительных, анатомических, метаболических или неопластических изменений, объясняющих наличие симптомов.

Симптомы наблюдаются, по крайней мере, 1 раз в неделю в течение, по крайней мере, 2-х месяцев.

Признаки, совокупность которых подтверждает диагноз: не соответствующая норме частота стула (4 или более раз в день и 2 или менее раз в неделю); изменения характера испражнений (плотные или водянистые); нарушения характера дефекации (напряжение, императивные позывы, чувство неполного опорожнения); выделение слизи; вздутие живота: как правило, присутствует много других жалоб.

Диагноз СРК является диагнозом исключения, *пациенты нуждаются в детальном стационарном обследовании.*

Общие рекомендации и лечение:

- диетотерапия в зависимости от варианта моторных нарушений;
- фармакотерапия СРК (направлена на доминирующий симптом – слабительные, спазмолитики, противодиарейные лекарственные средства и т.д.).

При преобладании запоров уделяется внимание достаточному объему питья в течение суток, полезны кисломолочные продукты, продукты, богатые пищевыми растительными волокнами (хлеб из муки грубого помола, овощи, фрукты), при необходимости проводится дотация пищевыми растительными волокнами (например, пшеничные отруби 1-3 чайные ложки в день (до 30 г/сут)). Пшеничные отруби запаривают кипятком в течение 15-20 минут, принимают во время еды, для улучшения вкусовых свойств можно добавлять соки, сиропы, варенье.

Назначаются слабительные средства (см. фармакотерапию функционального запора). При запорах могут быть эффективны лекарственные средства, нормализующие моторику (например, тримебутина малеат). Тримебутин — синтетический агонист всех трех типов периферических

опиатных рецепторов (ц, к и 5). Механизм его действия заключается в непосредственном воздействии на гладкие мышцы ЖКТ. Тримебутин оказывает регулирующее влияние на моторику ЖКТ в зависимости от ее исходного состояния: способен оказывать, как возбуждающее, так и тормозящее воздействие на перистальтику, оказывает также анальгезирующий эффект. Непосредственными фармакологическими эффектами тримебутина являются снижение давления нижнего пищеводного сфинктера при ускорении опорожнения желудка, усиление или торможение перистальтики кишечника в зависимости от исходного состояния. Лекарственной формой тримебутина является суспензия «Трибукс». Показаниями к применению препарата являются расстройства моторики ЖКТ, определяемые как СРК; функциональные расстройства ЖКТ и желчевыводящих путей: диарея, запоры, боли в животе, спастические состояния кишечника. Выпускается в бутылках по 100 и 250 мл, содержащих порошок для приготовления суспензии для внутреннего применения по 480 и 1200 мг тримебутина соответственно. К упаковке прилагается мерный шприц емкостью 15 мл, что облегчает дозирование. Детям препарат дозируется из расчета 1 мл (5 мг)/кг/сут в 2 или 3 приема. Маленьким детям препарат можно добавлять в бутылочку с водой или молочным продуктом. Примерное дозирование: дети до 6 месяцев жизни – 2,5 мл суспензии, 2-3 раза в сутки, с 6 до 12 месяцев – 5 мл, 2 раза в сутки, от 1 до 5 лет – 5 мл, 3 раза в сутки, старше 5 лет – 10 мл, 3 раза в сутки, с 12 лет – 15 мл, 3 раза в сутки. Возможна длительная поддерживающая терапия.

При преобладании болей назначаются спазмолитики (например, отилония бромид, мебеверин), а также агонисты опиатных рецепторов (тримебутин малеат). Препаратом отилония бромида является «Спазмомен», обладающий миотропным спазмолитическим действием за счет блокады Ca^{2+} -каналов гладкой мускулатуры кишечника и умеренного антиму斯卡ринового эффекта; не имеет центрального действия. Препаратом мебеверина является «Дюспаталин» - миотропный спазмолитик с прямым действием на мускулатуру ЖКТ; устраняет спазм без влияния на нормальную перистальтику.

При преобладании вздутия показаны лекарственные средства на основе симетикона. Препаратами симетикона являются «Эспумизан» и «Эспумизан L». «Эспумизан» выпускается в каплях во флаконах по 30 и 50 мл с содержанием действующего вещества 40 мг/мл. Дозируется детям до 1-го года жизни по 25 капель перед или во время каждого кормления (можно добавлять в бутылочку со смесью), в возрасте 1-6 лет – по 25 капель, 3-5 раз в сутки, 6-14 лет – по 25-

50 капель, 3-5 раз в сутки, старше 14 лет – по 50 капель, 3-5 раз в сутки. «Эспумизан L» выпускается в капсулах по 40 мг, назначают детям старше 6 лет по 2 капсулы, 3-4 раза в сутки.

При преобладании диареи показаны лекарственные средства, действующие на опиатные рецепторы (например, лоперамид, тримебутина малеат), и диосмектит.

Абдоминальная мигрень

Диагностические критерии должны включать все из перечисленных:

1. приступы острой интенсивной параумбиликальной боли, длящиеся 1 час и более;
2. периоды нормального самочувствия продолжительностью от нескольких недель до нескольких месяцев;
3. боль нарушает нормальную жизнедеятельность, боль ассоциируется с 2-мя или более признаками (анорексия, тошнота, рвота, головная боль, фотофобия, бледность);
4. отсутствуют свидетельства воспалительных, анатомических, метаболических или неопластических изменений, объясняющих наличие симптомов.

Симптомы наблюдаются 2 и более раз в течение предшествующих 12 месяцев.

Дополнительные критерии: семейные случаи мигрени, морская болезнь в анамнезе. Приступы длятся от нескольких часов до нескольких дней, нарушая нормальную активность и деятельность ребенка. Необходимо исключение обструкции мочевых путей, кишечника и билиарного тракта, семейной средиземноморской лихорадки, порфирии. Получение эффекта от применения антимигренозных средств подтверждает диагноз. Пароксизмальный характер симптомов и отсутствие характерных болей в животе между эпизодами делает хронические воспалительные заболевания менее вероятными.

Общие рекомендации и лечение:

- потенциальные пусковые механизмы, которых следует избегать, включают кофеин, нитриты, аминсодержащие продукты питания, эмоциональное возбуждение, путешествия, длительное голодание, нарушение сна, а также воздействие мерцающих или мигающих огней;
- когда эпизоды являются частыми, профилактическая терапия может включать пропранолол, ципрогептадин или суматриптан.

Детская функциональная абдоминальная боль

Диагностические критерии должны включать все нижеперечисленные:

1. эпизодические или непрерывные боли в животе;
2. недостаточно критериев для других функциональных желудочно-кишечных расстройств;
3. никаких доказательств воспалительных, анатомических, метаболических нарушений или опухолевого процесса, которые объясняют проблемы субъекта.

Соответствие критериям должно соблюдаться, по крайней мере, 1 раз в неделю не менее 2 месяцев до постановки диагноза

Диагностические критерии синдрома детской функциональной абдоминальной боли должны включать детские функциональные боли в животе по крайней мере 25% времени и 1 или более из нижеследующего:

1. ежедневное нарушение самочувствия с потерей некоторой активности;
2. дополнительные соматические симптомы, такие как головная боль, боли в конечностях или трудности со сном.

Соответствие критериям должно соблюдаться, по крайней мере, 1 раз в неделю не менее 2 месяцев до постановки диагноза.

Для функциональных желудочно-кишечных расстройств существует ограниченный и разумный скрининг, который включает в себя полный подсчет клеток крови, измерение скорости оседания эритроцитов и уровня СРБ, анализ мочи и посев мочи. Другие диагностические исследования могут осуществляться по усмотрению врача на основании преобладающих симптомов у ребенка и степени функциональных нарушений, а также родительской тревоги. Симптомы тревоги, депрессии и соматизация у детей с рецидивирующими болями в животе могут быть отнесены к функциональным желудочно-кишечным расстройствам. Было высказано предположение, что абдоминальная мигрень, синдром циклической рвоты, головной боли и мигрени составляют одно и то же расстройство, которое часто переходит от одной клинической маски к другой.

Общие рекомендации и лечение:

- оценить вклад психосоциологических факторов. Ребенок и родители должны уделить внимание объяснению и уменьшению воздействия механизмов заболевания, в том числе вызвавшие их события должны быть объяснены;
- возможно применение циклических антидепрессантов (таблетки Тримебутина могут назначаться детям старше 12 лет).



Рис. 5. Функциональные нарушения с болью и изменениями стула

Функциональный запор

Термин «функциональный запор» относится ко всем детям, у которых запор не имеет органической этиологии. Так как функциональные запоры и функциональное удержание кала часто схожи между собой, оба расстройства были объединены под названием «функциональный запор».

Диагностические критерии должны включать 2 или более из нижеследующих у ребенка в возрасте, по крайней мере, 4 лет с недостаточными критериями для диагноза СРК:

1. две или менее дефекаций в неделю;
2. по крайней мере одна дефекация один раз в неделю.;
3. сохраняющаяся поза или чрезмерное волевое удержание стула;
4. болезненный или жесткий стул;
5. наличие большого количества фекальных масс в прямой кишке;
6. стул большого диаметра, который может препятствовать дефекации.

Соответствие критериям должно соблюдаться, по крайней мере, 1 раз в неделю не менее 2 месяцев до постановки диагноза.

Тщательный анамнез должен выявить время после первого проблемного испражнения, время наступления этой проблемы, характеристику стула (частота, последовательность, калибр и объем), наличие сопутствующих симптомов (боли при дефекации, боли в животе, кровь в стуле или на туалетной бумаге), поведение удержания стула, проблемы мочеиспускания и неврологические симптомы.

Функциональные запоры у детей часто являются результатом неоднократных попыток добровольного удержания кала. Об аномальной динамике дефекации или тазовой диссинергии сообщалось у 63% детей с

хроническими запорами. Прогрессивные фекальные накопления в прямой кишке в конечном итоге приводят к усталости мышц тазового дна, плохой компетентности анального сфинктера, приводящих к нарушению стула. Дети, страдающие запорами, имеют низкое качество жизни, обладают более низким чувством собственного достоинства и часто имеют некоторые социальные изъязны.

Общие рекомендации и лечение:

- врач выясняет опасения и мифы, связанные с запорами у детей, - эти данные способствуют уменьшению тревоги ребенка и семьи и дают надежду на позитивные изменения;
- препараты, увеличивающие объем каловых масс, являются предпочтительными перед стимулирующими слабительными;
- зачастую полезна какая-либо награда за успехи в обучении правильной дефекации;
- достаточная двигательная активность ребенка, особенно с упражнениями по укреплению мышц передней брюшной стенки;
- контроль за регулярной (1 раз в 1-2 дня) дефекацией, желательно в утреннее время;
- создание благоприятных условий для дефекации;
- стимуляция позыва на дефекацию приемом 1 стакана сока или прохладной воды утром, с последующим посещением туалета;
- исключение из рациона продуктов, содержащих рафинированные углеводы (булочки, печенье, макароны), риса, шоколада, какао, газированных сладких напитков;
- введение в рацион продуктов, содержащих достаточное количество пищевых волокон - каш (овсяная и другие злаковые), овощей (морковь, капуста, свекла, кабачок, тыква, огурцы) – не менее 200 г в сутки, причем только 20-30% в отварном виде, остальное в виде салатов с растительным маслом, фруктов и ягод в не протертом виде, кисломолочных продуктов;
- назначение пшеничных отрубей в дозе: возраст в годах + 5 г в сутки;
- назначение сиропа «Лактулоза», вазелинового масла;
- у детей старше 8 лет возможно назначение псилиума (Мукофалька) или пикосульфата натрия (Регулакса) по требованию;
- при упорных запорах возможно назначение детям после 14 лет макро-гола 4000 (Форлакса) на 7-10 дней.

Недержание кала без его задержки

Проявляется неоднократным, несвоевременным отхождением стула без признаков фекальной задержки у ребенка старше 4 лет.

Диагностические критерии должны включать все из нижеследующих у детей в возрасте старше 4 лет:

1. дефекация в неприемлемых в социальном контексте местах, по крайней мере, 1 раз в месяц;
2. никаких доказательств воспалительных, анатомических, метаболических изменений или опухолевого процесса, которые объясняют проблему субъекта;
3. никаких доказательств фекального удержания.

Соответствие критериям должно соблюдаться не менее 2 месяцев до постановки диагноза

Необходимо исключение запора. У этих детей отмечается дневное недержание, и физикальное обследование не обнаруживает фекальных масс. Обследование брюшной полости иногда необходимо, чтобы диагностировать задержку каловых масс из-за неполного отхождения стула. Все исследования дают нормальные результаты. Патофизиологические механизмы могут быть различными. Дети с функциональным недержанием кала имеют гораздо больше поведенческих проблем.

Общие рекомендации и лечение:

- обучение, необличительный подход, регулярная дефекация с поощрением;
- направление к психотерапевту, психиатру;
- достижение положительной динамики может потребовать длительного времени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Беляева, Л.М. Современный взгляд на проблему запоров у детей и подростков / Л.М. Беляева, Е.А. Колупаева. – Минск, 2007. – 12 с.
2. Беляева, Л.М. Ферментотерапия в педиатрии: современные подходы и перспективы применения / Л.М. Беляева, Е.А. Колупаева. // Медицинская панорама, 2008. – № 3. – С.32–37.
3. Бовбель, И.Э. Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний органов пищеварения у детей : учеб.-метод. пособие / И.Э. Бовбель, В.Ю. Малюгин, А.В. Сукало. – Минск, 2008. – 68 с.
4. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей и подростков: современные аспекты этиологии, клиники, диагностики и лечения : учеб.-метод. пособие / С.Э. Загорский, Л.М. Беляева, С.М. Король, Е.В. Войтова. – Мн. : БелМАПО, 2008. – 40 с.
5. Жерносек, В.Ф. Заболевания органов пищеварения у детей : учеб.-метод. пособие / В.Ф. Жерносек, А.С. Почкайло, Т.П. Дюбкова. – Мн. : БелМАПО, 2015. – 200 с.
6. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей / С.В. Бельмер, Т.В. Гасилина, А.И. Хавкин, А.С. Эйберман. – Москва : ГОУ ВУНМЦ МЗ и СР РФ, 2006.

Учебное издание

Попова Ольга Васильевна

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ
У ДЕТЕЙ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 07.10.2020. Формат 60х84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,06. Уч.- изд. л. 2,57. Тираж 120 экз. Заказ 169.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия
последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.