

ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ*

Визначення: Функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГР) – це порушення функції органів травлення, які пов'язані зі зміною їхньої регуляції та супроводжуються різноманітною комбінацією гастроінтестинальних симптомів без структурних або біохімічних порушень.

Класифікація. Відповідно до прийнятої класифікації та нових критеріїв діагностики ФГР у дітей (Римські критерії діагностики III), табл. 1, ФГР у дітей було розподілено на дві групи: G і H. До групи G включено ФГР, які спостерігаються в новонароджених і дітей раннього віку, а до групи H – ФГР, які зустрічаються в дітей і підлітків.

Таблиця 1. Класифікація функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей

G. Дитячі функціональні гастроінтестинальні розлади:

Новонароджені/Діти раннього віку

- G1. Регургітація в немовлят (Infant Regurgitation або дитяча регургітація)
- G2. Синдром румінації в немовлят (Infant Rumination Syndrome)
- G3. Синдром циклічної блювоти (Cyclic Vomiting Syndrome)
- G4. Кольки в немовлят (або малюкові кольки – Infant Colic)
- G5. Функціональна діарея (Functional Diarrhea)
- G6. Дишезія в немовлят (дитяча дишезія – Infant Dyschezia)
- G7. Функціональний запор (Functional Constipation)

H. Дитячі функціональні гастроінтестинальні розлади:

Діти/Підлітки

- H1. Блювота й аерофагія (Vomiting and Aerophagia)
- H1a. Синдром румінації в підлітків (Adolescent Rumination Syndrome)
- H1b. Синдром циклічної блювоти (Cyclic Vomiting Syndrome)
- H1c. Аерофагія (Aerophagia)
- H2. Абдомінальний біль, пов'язаний із функціональними гастродуоденальними розладами (Abdominal Pain-related FGIDs)
- H2a. Функціональна диспепсія (Functional Dyspepsia)
- H2b. Синдром подразненого кишечника (Irritable Bowel Syndrome)
- H2c. Абдомінальна мігрень (Abdominal Migraine)
- H2d. Дитячий функціональний абдомінальний біль (Childhood Functional Abdominal Pain)
- H2d1. Синдром дитячого функціонального абдомінального болю (Childhood Functional Abdominal Pain Syndrome)
- H3. Запор і нетримання калу (Constipation and Incontinence)
- H3a. Функціональний запор (Functional Constipation)
- H3b. Нетримання калу (Non-Retentive Fecal Incontinence)

СИНДРОМ РУМІНАЦІЇ

Шифр МКХ-10 P92.1; F98.2

Визначення. РУМІНАЦІЯ – це постійна регургітація недавно з'їденої їжі, яку дитина знову пережовує й повторно ковтає, але при цьому відсутні ознаки якого-небудь явного органічного захворювання. Розрізняють синдром румінації в немовлят і підлітків.

Синдром румінації в немовлят характеризується періодичними нападами скорочень м'язів черевного пресу, діафрагми та язика, що призводять до закиду шлункового вмісту в ротову порожнину, де він знову пережовується й проковтується. Найчастіше захворювання починається у віці 3-8 місяців.

Діагностична програма. Діагностичні дослідження. Діагноз установлюють на підставі критеріїв, наведених у табл.2. Синдром румінації в немовлят діагностують за наявності повторюваних протягом не менше 3 місяців періодичних нападів скорочень м'язів черевного пресу, діафрагми та язика, що призводять до закиду шлункового вмісту в ротову порожнину, де він знову пережовується й проковтується. Характерними є початок у віці 3–8 місяців й відсутність ефекту від зміни характеру харчування, вигодовування через соску або гастростому. Ознаки дискомфорту відсутні.

Синдром румінації в дітей і підлітків зустрічається частіше в дівчат (68%), й у половини хворих потребує госпіталізації. У дітей старшого віку румінація звичайно виникає через 15-20 хв після їди й триває протягом 40-60 хв, звичайно доти, поки вміст шлунка не стає кислим у результаті впливу соляної кислоти.

*Проект протоколу (2012 рік) затверджено Асоціацією педіатрів-гастроентерологів і нутриціологів України та Вченою Радою ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України" й згідно з наказом МОЗ України оприлюднено для громадського обговорення.

Таблиця 2. Римські критерії III діагностики синдрому румінації в немовлят

Діагноз встановлюють за наявності ознак протягом, принаймні, 3 місяців:

1. Повторні скорочення м'язів черевного пресу, діафрагми та язика;
2. Регургітація (закид) шлункового вмісту в ротову порожнину, що або відкашлюється, або пережовується й повторно проковтується;
3. Наявність трьох або більше ознак із перерахованих нижче:
 - початок у віці 3-8 місяців;
 - відсутність ефекту від заходів, застосовуваних при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі або анти-холінергічних препаратів, зміни характеру харчування, годування через соску або гастростому;
 - не супроводжується нудотою або ознаками дискомфорту;
 - румінація не відбувається протягом сну й коли дитина спілкується.

В анамнезі у хворих вдається виявити стресорні фактори, що сприяють виникненню румінації, різні хірургічні операції, психічні розлади, а також анорексію чи булімію.

Досить часто в дітей і підлітків із синдромом румінації відмічається зниження маси тіла (у середньому на 7 кг), біль у животі, запори, нудота й діарея. При цьому нічні епізоди румінації зустрічаються дуже рідко. Нерідко в дітей із румінацією виявляються психічні розлади у вигляді депресії, занепокоєння, нав'язливої поведінки, які є характерними для третини хворих.

Діагностична програма. Діагностичні дослідження. Для діагностики синдрому румінації в дітей і підлітків нещодавно вперше було запропоновано досить чіткі критерії, які затверджено в контексті Римських критеріїв III і наведено в табл.3.

Таблиця 3. Римські критерії III діагностики синдрому румінації в підлітків

Діагноз встановлюють за наявності всіх ознак, зазначених нижче:

1. Повторювана безболісна регургітація їжі в ротову порожнину, пережовування, що:
 - а) починається незабаром після прийому їжі;
 - б) не відбувається під час сну;
 - в) не реагує на стандартне лікування, застосовуване при гастроезофагеальному рефлюксі.
2. Відсутність потягу на блювоту.
3. Відсутність доказів запального, анатомічного, метаболічного або неопластичного процесу, що зміг би пояснити ознаки захворювання.

Зазначені ознаки спостерігаються, принаймні, один раз на тиждень протягом 2 місяців до встановлення діагнозу.

Основні принципи лікування. Необхідно допомогти матері змінити стиль взаємовідносин із дитиною, що може бути досягнуто шляхом підвищення відповідальності за фізичні та емоційні потреби дитини.

Рекомендується постійне позиційне лікування: дитину варто укласти з піднятим головним кінцем на 50° (у положенні на спині або на боці) або на 30° (у положенні на животі) [D]**.

Дієтотерапія. Рекомендується змінити склад та характер харчування дитини, більш повільно її вживати, а також обмежити вживання рідини під час їжі [D].

Психотерапія. Широко використовується для лікування румінації. Зокрема, рекомендується використовувати сімейну та поведінкову психотерапію. Так, за відсутності зниження маси тіла у 85% хворих вдається досягти покращання стану за допомогою поведінкової терапії [C].

У дітей старшого віку та підлітків методом вибору лікування румінації є раціональна (пояснююча) психотерапія, яка ставить своєю метою перебудову відношення особи до свого розладу й оточуючого середовища, що досягається прийомами переконання, перевиховання та відволікання. Також сприятливу дію має лікування по типу зворотнього зв'язку, яке направлене на зниження підвищеного внутрішньочеревного тиску, що завжди передуює епізодам регургітації.

Особливо необхідно підкреслити, що аверсивна терапія, яка стимулює відразу за рахунок вживання в їжу речовин, які при регургітації призводять до значних неприємних відчуттів, не повинна використовуватися у хворих з румінацією [D].

Фармакотерапія. Обґрунтоване, доказове та ефективне лікування за допомогою лікарських засобів відсут-

**1 Тут і далі в квадратних дужках рівні доказовості.

A (I) – окреме високоякісне рандомізоване контрольоване дослідження, систематичний огляд рандомізованих контрольованих досліджень та/або високоякісний мета-аналіз. Рекомендації цього рівня є найбільш достовірними і науково обґрунтованими.

B (II-III) – високоякісний систематичний огляд когортних досліджень або досліджень «випадок-контроль», високоякісне когортне дослідження або дослідження «випадок-контроль». Рекомендації цього рівня мають високий рівень достовірності та можуть бути підґрунтям для прийняття клінічного рішення.

C (IV) – дослідження серії випадків, когортне дослідження або дослідження «випадок-контроль» без рандомізації. Рекомендації цього рівня використовуються для обґрунтування певних клінічних рішень при відсутності доказів рівня A (I) і B (II-III).

D (V) – експериментальні дослідження або думка експертів. Рекомендації цього рівня використовуються для прийняття клінічних рішень у разі, якщо дослідження рівнів A(I), B(II-III), C(IV) не проводилися.

не. Можна використовувати прокінетики [D] та антисекреторні препарати (блокатори H_2 -гістамінових рецепторів, інгібітори протонної помпи) [D]. Трициклічні антидепресанти використовують обережно, оскільки їх терапевтична ефективність обмежена [D].

АЕРОФАГІЯ

Шифр МКХ-10 R14; F45.3

Визначення. АЕРОФАГІЯ – відчуття розпирання в епігастрії, що виникає внаслідок надмірного заковтування повітря й зменшується після відрижки повітрям. Як відомо, заковтування повітря є несвідомим фізіологічним актом, але при аерофагії відбувається надмірне заковтування повітря, причому не обов'язково пов'язане із прийомом їжі.

Діагностична програма. Діагностичні дослідження. Для діагностики аерофагії рекомендується проводити рентгенологічне дослідження, при якому виявляється високе стояння купола діафрагми й великий газовий міхур у шлунку. Обов'язково проводиться фіброезофагогастродуоденоскопія.

Діагноз аерофагії здебільшого ґрунтується на даних анамнезу й факті об'єктивної верифікації надмірного заковтування повітря. У типових випадках ніякого обстеження не потрібно. Однак необхідно виключити психічне захворювання, особливо депресивний синдром. Діагностичні критерії аерофагії наведено в табл. 4. Як мінімум протягом 8 тижнів до встановлення діагнозу відмічаються, принаймні, один раз на тиждень дві з таких ознак, як: 1) об'єктивно верифіковане заковтування повітря, 2) здуття живота через скупчення повітря в кишечнику, 3) повторювана відрижка й/або підвищене виділення газів із кишечника.

Таблиця 4. Римські критерії III діагностики аерофагії в дітей

Діагноз встановлюють за наявності, принаймні, двох ознак, зазначених нижче:

1. Заковтування повітря.
2. Здуття живота через скупчення повітря в кишечнику.
3. Повторювана відрижка й/або підвищене виділення газів із кишечника.

Зазначені ознаки спостерігаються, принаймні, один раз на тиждень протягом, принаймні, 2 місяців до встановлення діагнозу.

Основні принципи лікування. При аерофагії лікувальні заходи звичайно починають із інформаційного впливу на хворого: заспокоїливі бесіди та роз'яснення суті захворювання, елементи психоаналізу, методики зняття напруги й зворотнього зв'язку.

Дієтотерапія. Необхідно внести корективи в техніку годування (допомога дитині в правильному захопленні соска, контроль діаметру отвору в пляшечці та ін.). Важливе позиційне лікування – годування дитини у вертикальному або напіввертикальному положенні, протягом 10-15 хв після годування забезпечення відрижки повітря, що накопичилося в шлунку. Досить корисними можуть виявитися дієтичні рекомендації (відмова від льодяників, жувальної гумки та газованих напоїв, повільний прийом їжі маленькими ковтками).

Фармакотерапія. При неефективності психо- та дієтотерапії використовуються за призначенням психоневролога:

- анксіолітики (транквілізатори);
- антиеметики з легким нейролептичним ефектом (етаперазин, тіетилперазин);
- протисудомні препарати, зокрема, клоназепам [B].

СИНДРОМ ЦИКЛІЧНОЇ БЛЮВОТИ

Шифр МКХ-10 R11

Визначення. СИНДРОМ ЦИКЛІЧНОЇ БЛЮВОТИ (СЦБ) – захворювання переважно дитячого віку, яке проявляється стереотипними повторними епізодами блювоти, що змінюються періодами повного благополуччя.

У клінічній картині синдрому циклічної блювоти розрізняють чотири періоди: між нападами, продромальний, період нападу і період видужання.

Між нападами діти почувають себе добре, і часто не хочуть говорити і навіть думати про страждання, які були під час хвороби.

Продромальний період – це проміжок часу, протягом якого пацієнт починає відчувати наближення епізоду циклічної блювоти, але все ще може йому запобігти за допомогою прийому медикаментів. Цей період закінчується разом із початком блювоти. Продромальний період може тривати від кількох хвилин до кількох годин і навіть кількох днів. Однак нерідко цей період відсутній. Так, симптоми СЦБ виявляються тільки у 25% дітей у продромальному періоді. Разом із тим, завдяки однотипності дебюту захворювання хворі здебільшого відчують напад, що наближається. Цю особливість СЦБ необхідно використовувати для проведення превентивних заходів.

Період нападу характеризується неприборканими нудотою та блювотою, що спостерігаються в усіх дітей. Блювота може виникати до 6 разів протягом години, і бути як з домішкою жовчі, так і крові. Це унеможливорює будь-яке питво і прийом їжі та медикаментів. Практично в усіх хворих під час нападу виявляються ознаки вегетативних порушень. Летаргія (патологічний стан, що характеризується ослабленням усіх проявів життя) спостерігається в 93% дітей. Діти загальмовані, сонливі, у міру посилення блювоти нарастають явища дегідратації. Причому, летаргія може бути глибокою, і хворі не здатні пересуватися чи говорити, деякі з них можуть здаватися коматозними.

Крім того, виявляється блідість шкірних покривів і слинотеча. У багатьох хворих із СЦБ відмічаються неврологічні порушення. У 82% пацієнтів в анамнезі мають місце сімейні випадки мігрені. Досить часто під час нападу відмічається головний біль, фотофобія, фонофобія й запаморочення. Дуже часто перебіг нападу супроводжується гастроінтестинальними симптомами, такими, як біль у животі, блювота, анорексія, нудота та діарея.

Звичайно середня тривалість періоду нападів складає 24-48 год (мінімально 2 год), але може тривати протягом 10 днів і більше. Тривалість періоду нападів, як правило, складає від 3 до 10 днів (у середньому 5 днів). У 50% хворих приступи відмічають кожні 2-4 тижні, епізоди зустрічаються вночі або вранці у 30-60% пацієнтів.

У періоді *видужання* відмічається підвищення активності дитини, відновлення апетиту, нормалізація кольору шкірних покривів, повертаються позитивні емоції, поступово відновлюється водно-сольовий баланс.

Діагностична програма. Діагностичні дослідження. Критерії діагностики синдрому циклічної блювоти в дітей наведено в табл.5.

Таблиця 5. Діагностичні критерії синдрому циклічної блювоти в дітей

Діагноз встановлюють за наявності всіх ознак, зазначених нижче:

1. Два або більше періоди інтенсивної нудоти й стійкої блювоти або тривалої блювоти протягом кількох годин чи днів.
2. Повернення до звичайного стану здоров'я протягом кількох тижнів або місяців.

Якщо в дитини є всі основні симптоми СЦБ, – діагноз можна вважати встановленим, проте, навіть у цьому разі необхідні додаткові параклінічні дослідження і ретельний диференціальний діагноз. Необхідно підкреслити, що діагноз СЦБ може бути встановлений тільки при безумовному виключенні іншої патології, що супроводжується блювотою.

Для виключення метаболічних та ендокринних захворювань, перебіг яких може супроводжуватися блювотою, необхідно досліджувати рівень електролітів, рН, глюкози, молочної кислоти, аміаку, амінокислот, АКТГ й адіуретичного гормону, а також кетонів тіла, органічні кислоти тощо. Результати цих метаболічних й ендокринних досліджень повинні бути отримані протягом епізоду блювоти. Це може дозволити виявити порушення окислювання жирних кислот або частковий дефіцит орнітин-транскарбамілази.

Основні принципи лікування. Насамперед, слід пам'ятати, що хворі потребують турботливого відношення. Негативні емоційні реакції, перегляд певних телевізійних передач, харчові продукти й багато інших факторів здатні спровокувати приступ.

На жаль, недостатнє знання механізмів розвитку захворювання призводить до того, що лікування СЦБ є багато в чому емпіричним. Однак, ведення хворого повинне бути максимально індивідуалізованим.

Стратегія медикаментозного лікування ґрунтується на тому, що застосовуване лікування залежить від періоду захворювання. Для кожного періоду є своя мета і варіанти лікування (табл.6).

Таблиця 6. Терапевтична тактика при синдромі циклічної блювоти в дітей

Період	I	II	III	IV
Симптоми	Відсутні	Продрома	Напад	Видужання
Мета терапії	Запобігання нападу	Аборткування нападу	Термінація приступу і, якщо невдало, седація до закінчення нападу	Відновлення харчування без рецидиву
Терапія	Усунення тригерів. Профілактика мігрені (ципрогептадин, амітриптилін, пропранолол)	Лоразепам та/або ондансетрон (<i>per os</i> чи сублінгвально). Сон. Анальгезія (при абдомінальному болю). Триптан (при головному болю)	Внутрішньовенне поповнення рідини в поєднанні з H ₂ -блокаторами. Для термінації нападу внутрішньовенно лоразепам або ондансетрон. Для седації хлорпромазин (по 0,5-1,0 мг/кг) і дифенілгідрамін (по 0,5-1,0 мг/кг) разом. Повторювати кожні 3-4 години при нудоті в стані неспання	Розширення дієти, якщо вона переноситься

КИШКОВІ КОЛІКИ

Шифр МКХ-10 K59.0

Визначення. КИШКОВІ КОЛІКИ – це раптові та виражені напади плачу й неспокою немовлят протягом 3 і більше годин на добу не менше 3 днів на тиждень протягом хоча б одного тижня.

Діагностична програма. Діагностичні дослідження. Клінічна картина дитячих колік є достатньо характерною. Зазвичай коліки вперше проявляються на 3-4-му тижні життя дитини. Найбільш характерний час доби для колік – вечірні години. У дітей у місячному віці кишкові коліки повторюються 1-2 рази на тиждень і тривають до 30 хвилин, потім збільшується їх інтенсивність і тривалість.

Напад колік, як правило, починається раптово, дитина голосно та пронизливо кричить. Так звані пароксизми можуть тривати довго, може відмічатися почервоніння обличчя або блідість носо-губного трикутника. Живіт піддутий і напружений, ноги підтягнуті до живота та можуть миттєво випрямлятися, стопи часто холодні на дотик, руки притиснуті до тулуба. У важких випадках напад іноді закінчується тільки після того, коли дитина повністю виснажена. Часто помітне полегшення настає відразу після дефекації. Напади виникають під час або відразу після годування.

Незважаючи на те, що напади кишкових колік повторюються часто та є достатньо важкою картиною для батьків, можна вважати, що реально загальний стан дитини не порушений і в період між нападами вона спокійна, нормально додає в масі тіла, має добрий апетит. Діти смокчуть активно, інколи «жадібно».

У прояві колік спостерігається закономірність, яка називається «Правилом трьох»: коліки починаються в перші 3 тижні життя, продовжуються близько 3-х годин на день і зустрічаються переважно в дітей перших 3 місяців життя.

Діагноз кишкової коліки встановлюють на підставі критеріїв Римського консенсусу III, які представлені в табл. 7.

Таблиця 7. Критерії діагностики дитячих колік

Діагноз встановлюють за наявності всіх перерахованих нижче ознак у дитини до 4-місячного віку:

1. Пароксизми дратівливості, неспокою або крику, які починаються та припиняються без очевидної причини;
2. Тривалість епізодів 3 години або більше на день і вони з'являються не менше 3 днів на тиждень протягом хоча б 1 тижня;
3. Відсутні ознаки прогресування.

Основні принципи лікування. При лікуванні хворих із кишковими коліками необхідно, перш за все, створити заспокійливу обстановку в сім'ї. Важливо підтримати психоемоційний стан матері, заспокоїти батьків, пояснивши їм, що кишкові коліки зустрічаються в більшості немовлят, і не є загрозою для життя та найближчим часом припиняться при правильному догляді та лікуванні [D].

Дієтотерапія. Матерям немовлят, які знаходяться на природному вигодовуванні, слід нормалізувати раціон їх харчування. Зокрема, необхідна гіпоалергенна дієта, при якій слід виключити з раціону коров'яче молоко [B]. При штучному вигодовуванні немовлятам рекомендуються гіпоалергенні суміші [A].

Необхідно також внести корективи в режим годування дитини: інтервали між годуваннями скоротити, і, відповідно, зменшити об'єм разового годування (особливо при штучному вигодовуванні).

Дуже важливим заходом є постуральна терапія. Після годування необхідно потримати дитину в нахиленому положенні (під кутом 45°, животиком вниз) протягом 10-15 хвилин, для відхождення повітря, заковтнутого під час годування. Між годуваннями і під час нападу колік малюка кладуть на живіт [D].

Фармакотерапія. Для корекції функціонального стану кишечника доцільно використовувати фітопрепарати з вітрогінною та м'якою спазмолітичною дією [C].

При розвитку кишкових колік на фоні дисбіотичних порушень рекомендовано виявлення причини з подальшим застосуванням пробіотичних препаратів [C].

Для лікування кишкових колік у немовлят рекомендується застосувати дицикломін, який являється антихолінергічним засобом, що блокує переважно М-холінорецептори, розташовані в гладких м'язах, екзокринних залозах і деяких утвореннях ЦНС, і статистично значимо знижує частоту виникнення нападів кишкових колік [A]. На жаль, при застосуванні дицикломіну нерідко спостерігаються досить серйозні побічні ефекти. Так, на фоні застосування діцикломіну можуть спостерігатися дихальні розлади, судоми, непритомний стан, асфіксія, м'язова гіпотонія та кома.

При лікуванні кишкових колік у немовлят можливе застосування ферменту лактази. Початкова доза ферменту лактази – 3000 од. 750 Од (1 / 4 капсули) на 100 мл молока. При кожному годуванні додавати фермент у невелику кількість зцідженного грудного молока або молочної суміші (10-15 мл), залишити на 5-10 хвилин для ферментації та давати дитині на початку годування, після чого дитину догодовують до необхідного обсягу, розрахованого за віком дитини.

Із метою лікування дитячих колік рекомендують використовувати симетикон, який входить до складу різних лікарських препаратів. Препарати симетикону, які володіють вітрогінною дією, знижують поверхневий натяг бульбашок газу в хімусі й у слизі в просвіті кишківника, призводячи до їх розриву або злиття, зменшуючи газоутворення та метеоризм. Гази, що вивільняються при цьому, можуть поглинатися стінками кишківника або виводитися з організму завдяки перистальтиці. Враховуючи механізм дії, ці препарати навряд чи можуть слугувати засобом профілактики колік. До того ж, якщо в генезі коліки провідну роль відіграє метеоризм, то ефект буде суттєвим, а коли в генезі переважає порушення перистальтики за рахунок незрілості іннервації кишківника, то ефект буде значно меншим [C].

При відсутності позитивного ефекту при кишкових коліках призначаються прокінетики та спазмолітичні препарати, а для зняття гостроти болю в момент коліки застосовують газовідвідну трубку або клізму [D].

ФУНКЦІОНАЛЬНА ДІАРЕЯ

Шифр МКХ-10 K59.1

Визначення. ФУНКЦІОНАЛЬНА ДІАРЕЯ – це безболісна дефекація 3 і більше разів на добу більшою кількістю неоформлених випорожнень, що тривають 4 і більше тижнів із дебютом у періоді новонародженості або в до-

шкільні роки. При цьому відсутнє відставання росту, якщо раціон досить калорійний.

За наявними даними в 60-80% випадків в основі персистуючої діареї в дітей лежать функціональні розлади. Частіше функціональна діарея є клінічним варіантом синдрому подразненого кишечника, але якщо інші діагностичні критерії відсутні, то персистуюча функціональна діарея розглядається як самостійне захворювання (приблизно в 20% випадків).

Діагностична програма. Діагностичні дослідження. Діагноз функціональної діареї встановлюють при наявності у хворого протягом понад 4 тижнів безболісної щоденної повторюваної дефекації 3 і більше разів на добу неоформленими випорожненнями. При цьому необхідно враховувати, що симптоми з'являються між 6-м й 36-м місяцями життя, дефекація з'являється під час неспання й відсутня затримка в розвитку, якщо енергетичні потреби адекватно задовольняються. Симптоми спонтанно зникають у шкільні роки.

Діагностичні ознаки функціональної діареї, що затверджені в рамках Римського консенсусу III, наведені в табл. 8.

Таблиця 8. Критерії діагностики функціональної діареї в дітей

Діагноз встановлюють при наявності всіх перерахованих нижче ознак:

1. Безболісна щоденно повторювана дефекація 3 і більше разів на добу неоформленими випорожненнями
2. Протягом понад 4 тижнів.
3. Початок симптомів відзначається у віці між 6-м і 36-м місяцями життя.
4. Дефекація з'являється під час неспання.
5. Відсутня затримка в розвитку, якщо енергетичні потреби адекватно задовольняються.

Основні принципи лікування. Основними напрямками терапії функціональних порушень органів травлення є лікування причини, що призвела до розвитку функціональних порушень, ліквідація провокуючих факторів, а також лікування супутніх захворювань, що збільшують прояви функціональних порушень.

Дуже важливо заспокоїти батьків і не допускати обмеження харчування, тому що може виникнути енергетична недостатність.

Фармакотерапія. Досить ефективним при функціональній діареї є застосування пробіотиків [В] Для лікування функціональної діареї рекомендується також застосувати смектит, який завдяки своїм адсорбуючим і мукоцитопротекторним властивостям, є досить ефективним лікарським засобом [С] та гідрогель метилкремніевої кислоти.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ЗАКРЕП

Шифр МКХ-10 K59.0

Визначення. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ЗАКРЕП – порушення функції кишечника, що проявляється збільшенням інтервалів між дефекаціями (порівняно з індивідуальною нормою) або систематичним недостатнім спорожнюванням кишечника.

Функціональний закреп (ФЗ) є однією найбільш частих патологій шлунково-кишкового тракту у дітей. Звертання до педіатра з приводу ФЗ становлять 3% від всіх візитів та близько 30% – до дитячого гастроентеролога.

Діагностична програма. Діагностичні дослідження. Симптоми ФЗ у дітей досить різноманітні та значною мірою залежать від характеру патологічних станів, що стали їхньою причиною. В одних випадках хворих турбує тільки закреп, в інших – вони пред'являють велику кількість різноманітних скарг. Частота дефекацій також може бути різною: від одного разу на два-три дні до одного разу на тиждень і рідше. У деяких хворих самостійні випорожнення відсутні. У частини дітей випорожнення щоденні, але акт дефекації утруднений, або є кілька дефекацій на день малими порціями калу, без відчуття задоволення після випорожнення кишечника. Кал при цьому підвищеної твердості та сухості, фрагментований, у вигляді сухих темних кульок або грудок, нагадує овечий; іноді він може бути бобовидним.

Тривала затримка випорожнень при ФЗ приводить до хронічної калової інтоксикації, що негативно впливає на гомеостаз дитячого організму. У формуванні різних ускладнень мають значення нервово-рефлекторні взаємозв'язки. Відзначаються посилення вегетативних дисфункцій, розвиток іпохондричних, депресивних станів, дисбіоз кишечника, гіповітаміноз, зниження імунітету, алергійні та інші захворювання.

При тривалій затримці випорожнень може спостерігатися травматизація слизової оболонки прямої кишки при дефекації (тріщини анального каналу), а також розвиток реактивного запалення (проктит, проктосигмоидит).

Діагноз ФЗ встановлюють на підставі критеріїв Римського консенсусу III (2006), які наведені в табл.9.

Основні принципи лікування. Лікування ФЗ залежить від причини, видів порушення моторики товстої кишки та акту дефекації, наявності ускладнень і супутніх захворювань.

У профілактиці та лікуванні ФЗ у дітей важливо дотримуватися режиму дня та відпочинку, а також достатньої рухової активності дитини. Рекомендуються плавання, лижні прогулянки, їзда на велосипеді. Призначаються лікувальна фізкультура, масаж, які крім загально зміцнювальної та оздоровлюючої дії на весь організм дитини, сприяють поліпшенню кровопостачання в органах черевної порожнини та у кишечнику; стимулюють рухову активність кишечника, зміцнюють м'язи черевної стінки, сприятливо діють на нервово-психічну сферу.

Дієтотерапія. Важливе значення в лікуванні ФЗ надається дієтичним заходам. Так, дітям першого року життя в раціон варто включити харчові волокна у вигляді висівків, фруктів (фруктове пюре: яблучне, абрикосове, персикове, пюре із чорносливу) і овочів, до складу яких входить целюлоза.

При цьому вважають, що адекватна доза харчових волокон визначається як вік (у роках) + 5 (у грамах).

Таблиця 9. Критерії діагностики функціонального закрепку в дітей

1. Діагноз встановлюють при наявності в дітей до 4-літнього віку протягом 1 місяця не менш 2 з таких ознак:
 - Два або менше спорожнювання кишечника на тиждень;
 - Принаймні 1 епізод на тиждень нетримання після придбання гігієнічних навичок;
 - Наявність епізодів затримки дефекації;
 - Наявність хворобливого спорожнювання кишечника або твердих випорожнень;
 - Присутність великої кількості фекальних мас у прямій кишці;
 - Утворення «калових каменів», які можуть утруднювати дефекацію.
2. Наявність перерахованих вище ознак супроводжується:
 - Дратівливістю;
 - Зниженням апетиту;
 - Почуттям раннього насичення.
3. Зазначені ознаки зникають негайно після дефекації.

Також дуже важливим є забезпечення достатнього прийому рідини. Для успішної дії харчових волокон необхідний добовий обсяг рідини не менше 1,5 л, у протилежному випадку вони виконують функцію сорбентів, тобто поглинають рідину з кишечника, і посилюють запор.

Однак систематичний огляд, (2009), не показав істотного впливу на частоту дефекацій порівняно з плацебо призначення клітковини.

При закрепах призначається дієтичний стіл №3, фізіологічно повноцінна дієта з підвищеним вмістом продуктів, що посилюють моторну функцію кишечника, хімічно, механічно та термічно подразлива їжа з достатньою кількістю рідини та клітковини. Рекомендується дробне харчування, 5-6 разів на день.

До продуктів, що підсилюють моторну функцію товстої кишки та сприяють її спорожнюванню, відносяться: чорний хліб, сирі овочі та фрукти, особливо банани, диня, морква; овочі в кулінарній обробці (гарбуз, кабачки, буряк, морква); сухофрукти, особливо чернослив, курага, інжир; вівсяна крупа; м'ясо з більшою кількістю сполучної тканини (сухожилля, фасції), соління, маринади, соки, газовані мінеральні води, квас, компоти, кисломолочні продукти, варення, мед; рослинні масла.

Не рекомендується включати в дієту продукти, що затримують спорожнювання кишечника: бульйони, протерті супи, каші (рисова, манна), киселі, компоти із груш, айви, чорниці, міцний чай, кава, фрукти – груша, айва, гранат.

Хворим із закрепами показані мінеральні води. При гіпермоторних закрепах рекомендується прийом слабкомінералізованих, слабколужних мінеральних вод (Єсентуки 4, Славяновська, Смирновська та ін.) у теплого вигляді. При гіпомоторних закрепах рекомендують сильномінералізовану воду (Єсентуки 17) у холодного вигляді. Воду приймають із розрахунку 3-5 мл на кг маси тіла на прийом, 2-3 рази на день, за 40 хвилин до їжі.

Фармакотерапія. При ФЗ використовують тримебутин, який за допомогою енкефалінергічних механізмів нормалізує моторику шлунково-кишкового тракту. Препарат призначають із розрахунку – дітям від 6 міс. 5 мг/кг на добу за 2-3 прийоми за 30 хв до їжі.

Лише при неефективності зазначених заходів у терапію ФЗ можуть бути включені окремі проносні препарати. Слід зазначити, що в лікування ФЗ у дітей не рекомендується тривале використання проносних препаратів, які підсилюють моторику кишки та гальмують абсорбцію води та солей із кишечника (антраглікозиди, похідні фенолфталеїну, касторове масло, сольові проносні). Тривале застосування цих препаратів призводить до розвитку звикання, необхідності постійного підвищення дози.

У комплексі лікування використовують також клізми, вид яких (очисна, гіпертонічна, сифонна), склад і тривалість застосування залежать від тривалості затримки випорожнень і виразності симптомів калової інтоксикації.

Дитина з ФЗ потребує медичного спостереження лікарем загальної практики – сімейної медицини або педіатром та підтримуючої терапії протягом 6-24 місяців. Про видужання свідчить кількість дефекацій більше 6 разів на тиждень, інакше необхідно продовжувати терапію.

Директор Департменту материнства,
дитинства та санаторного забезпечення

С.І. Осташко