

Международный казахско-турецкий университет имени Х.А.Ясави
Шымкентский медицинский институт
Факультет высшего послевузовского медицинского образования

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ

Выполнила: Ирисмат Б
Группа: ВОП-648
Приняла: Таукебаева Г.
3

г.Шымкент-2020г.

РИМСКИЕ КРИТЕРИИ III, 2006

- A. Функциональные эзофагеальные расстройства
- B. Функциональные гастродуоденальные расстройства
- C. Функциональные кишечные расстройства
- D. Синдром функциональной абдоминальной боли
- E. Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди
- F. Функциональные аноректальные расстройства
- G. Функциональные расстройства у новорожденных и младенцев
- H. Функциональные расстройства у детей и подростков

G. Функциональные расстройства у новорожденных и младенцев

G1. Младенческие срыгивания

G2. Младенческий синдром руминации

G3. Синдром циклической рвоты

G4. Младенческие колики

G5. Функциональная диарея

G6. Младенческая диспепсия

G7. Функциональный запор

Н. Функциональные расстройства у детей и подростков

Н1. Рвота и аэрофагия

Н1а. Синдром руминации

Н1б. Синдром циклической рвоты

Н1с. Аэрофагия

Н2. Абдоминальная боль, связанная с функциональными гастроудоденальными расстройствами

Н2а. Функциональная диспепсия

Н2б. Синдром раздраженной кишки

Н2с. Абдоминальная мигрень

Н2d. Детская функциональная абдоминальная боль

Н2d1. Синдром детской функциональной абдоминальной боли

Н3. Запор и недержание кала

Н3а. Функциональный запор

Н3б. Недержание кала

- **Детские и младенческие гастроинтестинальные функциональные расстройства** включают разнообразные сочетания, часто зависящие от возраста, постоянных или рецидивирующих симптомов, которые не удается объяснить наличием структурных или биохимических отклонений.
- Функциональные расстройства детского возраста иногда **встречаются у нормально развивающихся детей** (например, младенческие срыгивания) **или являются результатом неадекватного поведенческого ответа на внешние или внутренние стимулы** (например, функциональный запор или задержка кала – ответ на болезненную дефекацию).

Особенности функциональных расстройств младенческого и детского возраста:

- зависимость от родителей (их порога беспокойства, опыта, восприятия болезни, эмоционального состояния);
- необходимость четкой дифференциации между болезнью и здоровьем.

G1. Младенческие срыгивания (регургитация)

- **Срыгивание** – это непроизвольный возврат проглоченной пищи в рот с или без вытеканием ее изо рта.
Срыгивания – обычное явление у нормальных детей первых месяцев жизни.
- **Рвота** – это обусловленный ЦНС рефлекс, при котором желудочное/кишечное содержимое с силой выталкивается через рот с вовлечением гладких и скелетных мышц за счет скоординированного движения 12-перстной кишки, желудка, пищевода и диафрагмы.

- **Желудочно-пищеводный рефлюкс** – ретроградный заброс желудочного содержимого в пищевод и/или рот, приводящий или способствующий повреждению тканей или воспалению
- При наличии эзофагита, обструктивных апноэ, реактивных изменений дыхательных путей, легочной аспирации, затруднений при кормлении и глотании, нарушений общего состояния и развития диагностируется **гастро-эзофагальная рефлюксная болезнь**

Критерии диагностики:

- Наличие всех ниже перечисленных признаков у здорового ребенка 3 недель - 12 месяцев:
 - 1) срыгивания (вытекание пищи изо рта или из носа) 2 или более раз в день в течение 3 и более недель;
 - 2) отсутствие рвоты, примеси крови в рвотных массах, аспирации, апноэ, нарушений общего состояния, затруднений при кормлении и глотании или неправильного положения во время и/или после кормления

Клинические особенности

- Срыгивания более 1 раза в день встречаются у 67 % здоровых детей в возрасте 4 месяцев
- С возрастом частота срыгиваний уменьшается: 24 % в возрасте 6 месяцев и 5 % в возрасте 10-12 месяцев
- Срыгивания обычно беспокоят родителей

Тактика при срыгиваниях:

- Исключить ГЭРБ
- Исключить пороки развития ЖКТ, ротоглотки, грудной клетки, сердца, органическую патологию ЦНС
- При аллергии на белок коровьего молока частые срыгивания могут сочетаться с атопическим дерматитом и эпизодами свистящего дыхания
- Частые срыгивания, сочетающиеся с ранним насыщением, отказом от груди, частым плачем, могут быть следствием боли и/или эмоционального перевозбуждения
- Успокоить родителей
- Срыгивания, сохраняющиеся у детей старше 1 года, требуют назначения дополнительных обследований

G2. Синдром младенческой руминации

- Это редкое расстройство, характеризующееся добровольным привычным отрыгиванием недавно проглоченной пищи в рот с целью самовозбуждения.
- Отрыгнутую пищу ребенок пережевывает и затем вновь глотает или выплевывает
- Младенческая руминация – опасное для жизни психическое расстройство, вызванное психо-социальной депривацией

Критерии диагностики

Наличие всех следующих признаков на протяжении не менее чем 3 последних месяцев:

1. Повторные сокращения брюшных мышц, диафрагмы и языка
2. Отрыгивание желудочного содержимого в рот, которое либо откашливается, либо пережевывается и повторно глотается
3. Наличие 3 и более из следующих признаков:
 - a. Начало между 3 и 8 месяцами
 - b. Отсутствие эффекта от мер, применяемых при ГЭРБ, антихолинергических препаратов, ручных ограничений, замены смеси, кормления через зонд или гастростому
 - c. Не сопровождается тошнотой или беспокойством
 - d. Не встречается во время сна и во время контактов с окружающими

Диагностика и тактика

- Наблюдение руминации необходимо для диагноза
- Выявление нарушений во взаимоотношениях между ребенком и ухаживающими лицами
- Руминация может усиливаться напряжением, сопровождающим диагностический процесс
- Лечение: улучшение ухода (способности ухаживающих лиц распознавать и отвечать на физические и эмоциональные потребности ребенка)

G3. Синдром циклической рвоты

- Синдром циклической рвоты (CVS) характеризуется повторяющимися стереотипными эпизодами интенсивной тошноты и рвоты, длящимися от нескольких часов до нескольких дней, чередующимися с периодами полного благополучия продолжительностью от нескольких недель до нескольких месяцев.

Синдром циклической рвоты

- Частота эпизодов рвоты – от 1 до 70 за год, в среднем около 12 в год;
- Интервалы между приступами могут быть равномерными или нет
- Как правило, приступы начинаются в одно и то же время суток (чаще ночью или утром)
- Продолжительность эпизодов имеет тенденцию быть постоянной у одного больного
- Рвота наиболее интенсивна в первые часы приступа, затем частота рвоты уменьшается, но тошнота сохраняется до конца эпизода
- Эпизоды обычно заканчиваются так же быстро, как и начинаются
- По окончании приступа нормальное самочувствие восстанавливается быстро, если пациент не потерял значительного количества жидкости и электролитов

Клиническая характеристика приступа

- Тошнота, рвота
- Бледность
- Слабость
- Усиленное слюноотечение
- Боли в животе
- Повышенная чувствительность к шуму, свету, запахам
- Головная боль
- Послабление стула
- Лихорадка
- Тахикардия, артериальная гипертензия
- Мраморесценция кожи
- Лейкоцитоз
- 80% идентифицируют провоцирующие факторы приступа

Критерии диагностики CVS

1. 2 или более эпизода интенсивной тошноты и упорной рвоты, длившихся от нескольких часов до нескольких дней
2. Возвращение к обычному состоянию здоровья с длительностью периодов благополучия от нескольких недель до нескольких месяцев

Клиническая характеристика БОЛЬНЫХ

- В межприступном периоде у 2/3 больных можно выявить признаки синдрома раздраженного кишечника, а у 11% - мигрени
- 40 % детей склонны к укачиванию
- Более чем у половины больных наследственный анамнез отягощен по СРК, еще у половины – по мигрени
- CVS может встречаться в любом возрасте

Дифференциальный диагноз при CVS проводят с:

- Заболеваниями, сопровождающимися повышением внутричерепного давления
- Глиомами ствола мозга
- Вестибулитом
- Обструктивными уropатиями
- Гастритом, дуоденитом, панкреатитом
- Частичной кишечной непроходимостью
- Феохромоцитомой, гипокортицизмом, сахарным диабетом
- Дефицитом орнитин-транскарбамилазы и другими дефектами обмена мочевины
- Дефицитом средней цепи ацетил-коэнзим А-дегидрогеназы
- Пропионовой ацидемией, изовалериановой ацидемией, порфирией

Лечение CVS

- Устранение провоцирующих факторов
- В начале приступа – ондасетрон или бензодиазепины длительного действия
- Антисекреторные препараты для защиты слизистой оболочки пищевода и зубной эмали
- Пациенты должны быть седированы до конца приступа
- По показаниям: внутривенно жидкость, электролиты, антагонисты H₂-рецепторов гистамина
- Профилактика приступов при частых длительных эпизодах: amitriptyline, ciproheptadine, phenobarbital, propranolol

Осложнения приступов CVS

- Дефицит жидкости и электролитов
- Hematemesis при пролабировании стенки желудка
- Пептический эзофагит с или без синдрома Мэллори-Вэйса
- Дефицит внутриклеточного калия и магния
- Гипертензия
- Неадекватная секреция антидиуретического гормона

G4. Младенческие колики

- Термин «колика» обозначает боль в животе, вызванную наличием обструкции в мочевых, желчевыводящих путях или кишечнике
- **Младенческая колика** – это поведенческий синдром раннего детского возраста, включающий длительный необъяснимый безутешный крик.

- **Младенческая колика** – это приступы раздражительного крика продолжительностью более 3 часов в день, наблюдающиеся не реже 3 раз в неделю
- Нет никаких доказательств того, что младенческие колики вызваны болью в животе или какой-то другой части тела
- Хотя крик может быть обусловлен воспалением у детей с непереносимостью белков коровьего молока, по определению, младенческая колика не связана с каким-то органическим поражением

Младенческие колики

- Приступы плача начинаются внезапно, без видимой причины, чаще во второй половине дня
- Приступы крика имеют тенденцию разрешаться спонтанно после 3-4 месяцев жизни
- В среднем, пик плача приходится на возраст 6 недель, постепенно уменьшаясь к 12 неделям
- Колики, вероятно, представляют собой верхний конец «нормальной кривой» плача здоровых младенцев
- Колика, скорее, является чем-то, что младенцы делают, а не состоянием, которое они имеют

Критерии диагностики

1. Приступы раздражительности, беспокойства или крика, начинающиеся и оканчивающиеся без видимой причины
2. Эпизоды длятся 3 и более часов в день, повторяются 3 и более раз в неделю на протяжении не менее 1 недели
3. Отсутствие отклонений в состоянии

Клинические особенности

- В 10 % случаев за колики принимают проявления органической болезни
- Длительный безутешный крик, крик после кормления, гримаса на лице, напряжение живота, вздутие живота, покраснение лица, подтягивание ног к животу не указывают на боль или заболевание, но это всегда беспокоит родителей

Помощь при коликах

- Ношение на руках и ритмичное раскачивание
- Поездка на автомобиле
- Поддержка родителей
- Любые меры, которые родители находят эффективными, приветствуются, если они безопасны
- Аналгетики и смена питания НЕ показаны
- При подозрении на непереносимость коровьего молока – при ГВ исключение молочных продуктов из рациона матери, при ИВ перевод ребенка на смеси на основе гидролизатов белка (оценка эффективности через 48 часов)
- При подозрении на эзофагит – кислотоподавляющие средства (оценка эффективности через 48 часов)

Расстройства дефекации

- Частота стула у здоровых младенцев и детей уменьшается с возрастом
- У детей, вскармливаемых грудью, частота дефекаций может составлять от 12 раз в сутки до 1 раза в 3-4 дня (недели)
- Выделение твердого кала может встречаться с первых дней жизни у детей на искусственном вскармливании. Эти дети могут испытывать болезненную дефекацию и предрасположены к функциональному запору

- В среднем наблюдается снижение частоты стула с 4 раз в день в первую неделю жизни до 1-2 раз в день к возрасту 4 лет
- 97 % детей в возрасте 1-4 лет имеют частоту стула от 3 раз в день до 1 раза в 2 дня
- Приобретение навыка контроля над дефекацией и мочеиспусканием не может быть ускорено путем ранних высаживаний
- Инициатива ребенка – надежный индикатор готовности оставаться сухим и чистым
- Большинство детей достигают частичного добровольного контроля над дефекацией к 18 месяцам, возраст полного контроля различный.
- 98 % детей 4 лет приучены к туалету
- Проблемы с дефекацией составляют до 25 % обращений к детским гастроэнтерологам

G5. Функциональная диарея

- Под **функциональной диареей** понимают стул 3 и более раз за сутки, безболезненный, неоформленным калом, на протяжении 4 и более недель с началом в раннем или дошкольном возрасте
- Функциональная диарея не является проявлением нарушений в состоянии здоровья при условии адекватной по калоражу диеты
- Ребенка ни как не беспокоит частый стул
- Признак спонтанно разрешается к школьному возрасту

Критерии диагностики

1. Ежедневный безболезненный стул 3 и более раз, кал неоформленный
2. Длительность симптомов не менее 4 недель
3. Появление симптомов в возрасте от 6 до 36 месяцев
4. Дефекация отмечается вскоре после пробуждения
5. Нет никаких отклонений в состоянии, если потребление энергии адекватное

Клиническая оценка

- Следует подозревать недавно перенесенные кишечные инфекции, прием слабительных, антибиотиков или изменения в диете при частом наличии слизи и/или видимых непереваренных остатков пищи
- Тщательный расспрос может выявить такие нарушения в рационе как перекармливание, чрезмерное употребление в пищу фруктовых соков или сорбитола, избыточное потребление углеводов при недостатке жиров, а также пищевую аллергию
- При отсутствии нарушений в развитии синдром мальабсорбции маловероятен

Лечение

- Оптимизация диеты , недопустимость ограничительных диет
- Разъяснение ситуации родителям
- Ведение дневника дефекаций для выявления продуктов, способствующих (или нет) учащению стула

G6. Младенческая дишезия

- **Дишезия** – это напряжение, плач с покраснением лица и видимым усилием, продолжающиеся в течение некоторого времени (10-20 минут) перед отхождением мягкого или жидкого кала.
- Стул ежедневный по несколько раз в день
- Признаки могут появляться с первых недель жизни и проходят через несколько недель спонтанно

Критерии диагностики

- Наличие обоих признаков у младенцев младше 6 месяцев:
 1. По крайней мере 10 минут напряжения и крика перед успешным отхождением мягкого кала
 2. Никаких других проблем со здоровьем

Тактика

- Изучение анамнеза, в т.ч. питания ребенка и матери
- Физикальное обследование с обязательным пальцевым ректальным исследованием для исключения аноректальных аномалий
- Объяснение родителям сути проблемы:
Дишезия – результат неудачных попыток младенца скоординировать повышение внутрибрюшного давления с расслаблением тазовых мышц. Крик способствует еще большему повышению внутрибрюшного давления.

Тактика

- Координация повышения внутрибрюшного давления с расслаблением мышц тазового дна, необходимая для успешной дефекации, может произойти случайно, и ребенок научится управлять этим процессом
- Важно объяснить родителям, что ребенок должен сам научиться расслаблять мышцы таза и они должны поощрять процесс познания собственной физиологии ребенком
- Рекомендуется избегать ректального возбуждения
- Слабительные не показаны

G7. Функциональный запор

- Запоры являются причиной 3% обращений за амбулаторной помощью
- У 40 % детей с функциональными запорами симптомы появляются на 1-м году жизни
- Среди детей в возрасте 22 месяцев запоры выявлены в 16 % случаев

Критерии диагностики

- Наличие по крайней мере 2 признаков на протяжении 1 месяца и более у детей до 4 лет:
 1. Стул 2 или менее раз в неделю
 2. По крайней мере 1 эпизод недержания кала в неделю у ребенка, приобретшего навыки туалета
 3. Жалобы на длительную задержку стула
 4. Жалобы на болезненные и затрудненные дефекации
 5. Наличие большого количества фекальных масс в прямой кишке
 6. Жалобы на выделение каловых масс большого диаметра, затрудняющих дефекацию

Критерии диагностики

- Сопровождающие признаки:
 - ✓ Раздражительность
 - ✓ Снижение аппетита и/или раннее насыщение
- Сопровождающие признаки проходят после отхождения обильного стула

Клинические особенности

- Недержание кала может происходить у детей, накапливающих фекальные массы.
Недержание – объективный маркер для контроля лечения
- Болезненная дефекация – основная причина, побуждающая ребенка задерживать стул
- Особенность функционального запора – скопление фекальных масс в прямой кишке, которое может быть выявлено при физикальном исследовании или после дефекации

- **Функциональный запор – диагноз, который устанавливается на основании расспроса и физикального обследования**
- **Никакие дополнительные исследования не являются ни желательными, ни необходимыми**
- **К функциональному запору, как правило, приводит одна из 3 ситуаций:**
 - **появление твердого кала у ребенка при переводе на искусственное вскармливание или введении в рацион твердой пищи**
 - **в процессе приучения к горшку дети находят дефекацию болезненной**
 - **школьники стараются избегать дефекаций в течение учебного дня**

- Дети с функциональным запором часто стоят на пальцах ног, «подпирают» мебель, стоят на выпрямленных напряженных ногах, прячутся в углу.
- Недержание кала может быть принято некоторыми родителями за диарею
- Физикальное обследование включает выявление значительных размеров ректальных фекальных масс (выше края малого таза) путем бимануальной пальпации.
- Проведение ректального исследования желательно после установления хороших взаимоотношений с ребенком и семьей
- Частые сопутствующие нарушения со стороны мочевого тракта
- Более низкое качество жизни и заниженная самооценка

Тактика

- Первый шаг – беседа с семьей, разъяснение сути проблемы и путей ее решения
- Следует объяснить, что запор – это одна из наиболее распространенных проблем, она не опасна и может разрешиться самостоятельно
- Избегать принудительного туалета
- С целью размягчения фекальных масс – ежедневные нестимулирующие слабительные: лактулоза, минеральные масла, полиэтиленгликоль, магнезия

Н1. Рвота и аэрофагия

Н1а. Синдром руминации у подростков

- В раннем возрасте наиболее часто встречается у мальчиков, в подростковом – среди девочек

Критерии диагностики

- Включает все следующее:
 1. Повторная безболезненная регургитация пищи с последующим пережевыванием или выплевыванием, характеризующаяся:
 - a. Началом вскоре после приема пищи
 - b. Отсутствием эпизодов во время сна
 - c. Отсутствием эффекта от мероприятий, применяющихся при ГЭРБ
 2. Отсутствие позывов на рвоту
 3. Отсутствие каких бы то ни было воспалительных, анатомических, метаболических или неопластических процессов, которые могли бы объяснить наличие симптомов
- Признаки должны наблюдаться по крайней мере 1 раз в неделю на протяжении по крайней мере 2 месяцев

Клиническая оценка

- Необходимо исключить ГЭРБ, ахалазию кардии, гастропарез, нервную булимию, анатомические нарушения
- Регургитация обусловлена произвольным сокращением мышц брюшного пресса
- Наиболее часто руминация встречается у умственно отсталых и педагогически запущенных детей
- У трети детей находят психологические расстройства: депрессию, тревожно-обсессивные расстройства и навязчивые состояния
- Примерно у половины детей – снижение массы тела

Лечение

- При отсутствии нарушений питания – психотерапия и педагогическая коррекция
- Применение трициклических антидепрессантов сопровождалось некоторым эффектом
- При существенных нарушениях питания – постпилорические способы введения пищи (через назоэюнальный или гастроеюнальный катетер)

Н1в. Синдром циклической рвоты

- Критерии диагностики и тактика лечения не имеет существенных отличий от такового у детей раннего возраста

Н1с. Аэрофагия

- **Аэрофагия** – ощущение распирания в эпигастрии, возникающее в результате заглатывания воздуха и уменьшающееся после отрыжки
- Диагностирована у 1,3% детей, находившихся в гастроэнтерологических клиниках
- Встречается у 8,8 % умственно отсталых детей

Критерии диагностики

- Наличие по крайней мере 2 признаков из перечисленных:
 1. Заглатывание воздуха
 2. Вздутие живота из-за скопления воздуха в кишечнике
 3. Повторяющаяся отрыжка или повышенное отхождение газов из кишечника
- Симптомы наблюдаются по крайней мере 1 раз в неделю на протяжении 2 месяцев

Клинические особенности

- Заглатывание воздуха может не замечаться родителями, и потому должно быть подтверждено врачом
- Аэрофагия может сопровождать приступ астмы
- В связи с наличием вздутия живота, аэрофагию могут путать с кишечной псевдообструкцией и синдромом мальабсорбции
- Во сне вздутие живота уменьшается или проходит
- Дыхательные тесты позволяют дифференцировать нарушения переваривания сахаров и синдром избыточного бактериального роста в тонком кишечнике

Лечение

- Разъяснение родителям и ребенку сути проблемы
- Рекомендации:
 - Есть медленно
 - Отказ от жевательных резинок и газированных напитков
- Психотерапия

Н2. Абдоминальная боль, связанная с функциональными гастро-интестинальными расстройствами

- **Симптомы «тревоги»:**
- Постоянная боль в правом верхнем или правом нижнем квадранте живота
- Боль, которая заставляет ребенка просыпаться ночью
- Дисфагия
- Артрит
- Персистирующая рвота
- Периректальные заболевания
- Кровь в испражнениях или рвотных массах
- Необъяснимая потеря веса
- Ночная диарея
- Замедление линейного роста
- Наличие в семейном анамнезе воспалительных заболеваний кишечника, целиакии, язвенной болезни
- Задержка полового развития
- Необъяснимая лихорадка

Н2а. Функциональная диспепсия

■ Симптомы диспепсии:

- Боль в эпигастрии, эпигастральное жжение
- Дискомфорт в эпигастрии
- Быстрое насыщение
- Переполнение желудка
- Вздутие в эпигастральной области
- Тошнота

Патогенетические механизмы при функциональной диспепсии

- Замедленная эвакуация желудочного содержимого
- Гиперчувствительность желудка к растяжению
- Нарушения аккомодации
- Нр-инфекция
- Гиперчувствительность 12-перстной кишки по отношению к липидам
- Гиперчувствительность 12-перстной кишки по отношению к кислоте

Диагностические критерии

- Наличие **всего** из приведенного ниже:
 1. Постоянная или рецидивирующая боль или дискомфорт в эпигастрии
 2. Боль не уменьшается после дефекации и не сопровождается изменением частоты и характера стула
 3. Отсутствуют свидетельства воспалительных, анатомических, метаболических, неопластических изменений, которые могли бы объяснить наличие симптомов диспепсии
- Симптомы наблюдаются по крайней мере **1 раз в неделю** на протяжении по крайней мере **2 месяцев**

Изменения в сравнении с Римскими критериями II

- Длительность симптомов 2 месяца вместо 3-х
- Признано нецелесообразным обязательно проводить ФЭГДС для подтверждения диагноза
- Исключено подразделение функциональной диспепсии на язвенноподобный, дискинетический и неспецифический варианты

Клинические особенности

- Симптомам диспепсии могут предшествовать вирусные инфекции
- Проведение ФЭГДС оправдано при наличии дисфагии, у пациентов с сохраняющимися симптомами на фоне терапии антисекреторными препаратами, а также при рецидивировании болевого синдрома после обнаружения и лечения Hр-инфекции
- Высокая частота психологических и вегетативных расстройств

Лечение

- Исключение приема нестероидных противовоспалительных препаратов и продуктов, обладающих раздражающим действием (кофеин, пряная и жирная пища)
- Антисекреторные препараты при преобладании болевого синдрома и прокинетика при преобладании дискомфорта в эпигастрии
- Коррекция сопутствующих психологических расстройств

Н2в. Синдром раздраженного кишечника

- В западных странах был диагностирован среди 6 % детей средней школы и среди 14% учащихся высших школ
- Среди пациентов гастроэнтерологических клиник встречается у 22-45% детей в возрасте 4-18 лет

Критерии диагностики

1. Боль или дискомфорт в животе, связанные с **2 или более** признаками в течение по крайней мере **25%** времени:
 - a. Уменьшаются или проходят после дефекации
 - b. Начало симптомов ассоциируется с изменением частоты стула
 - c. Начало симптомов ассоциируется с изменением характера стула
2. 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 месяцев**

Признаки, совокупность которых подтверждает диагноз

- 1) Ненормальная частота стула (4 или более раз в день и 2 или менее раз в неделю)
- 2) Изменения характера испражнений (плотные или водянистые)
- 3) Нарушения характера дефекации (напряжение, императивные позывы, чувство неполного опорожнения)
- 4) Выделение слизи
- 5) Вздутие живота

Физиологические и психологические особенности

- Висцеральная гиперчувствительность, обусловленная инфекциями, воспалением, кишечной травмой, аллергией, некоординированной кишечной моторикой
- Генетическая предрасположенность, стрессы, ятрогения – провоцирующие факторы
- Часто выявляются депрессия, беспокойство
- Как правило присутствует много других жалоб

Методы исследования

- Развернутый анализ крови
- Общий анализ мочи и посев на стерильность
- Выявление паразитов и/или их яиц в кале, посевы кала
- Анализ кала на скрытую кровь
- Тесты на переносимость лактозы
- УЗИ и рентгенография органов брюшной полости
- Эндоскопические методы

Лечение

- Разъяснение сути расстройства
- Симптоматическая терапия запоров, диареи, болевого синдрома
- Психотерапевтическая коррекция

Н2с. Абдоминальная Мигрень

- Абдоминальная мигрень, синдром циклической рвоты и головная боль по типу мигрени представляют собой одно и то же расстройство, проявляющее себя в различных вариантах
- Абдоминальная мигрень встречается у 1-4% детей, чаще девочек (3:2)
- Среди пациентов гастроэнтерологических клиник встречается в 2,2-5 % случаев

Критерии диагностики

- Наличие **всего** из перечисленного:
 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
 4. Боль ассоциируется с 2 или более признаками:
 - Анорексия
 - Тошнота
 - Рвота
 - Головная боль
 - Фотофобия
 - Бледность
 5. Отсутствуют свидетельства воспалительных, анатомических, метаболических или неопластических изменений, объясняющих наличие симптомов
- Симптомы наблюдались **2 и более раз** в течение предшествующих **12 месяцев**

Дополнительные критерии

- Семейные случаи мигрени
- Морская болезнь в анамнезе

Клинические особенности

- 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
- Наличие эффекта от применения антимигренозных препаратов подтверждает диагноз

Лечение

- Устранение провоцирующих факторов:
 - Кофеин-, нитрит- и аминокислотосодержащие продукты
 - Эмоциональное возбуждение
 - Путешествия
 - Длительное голодание
 - Изменение режима сна
 - Мерцание, яркие огни
- При частых эпизодах – профилактическая терапия (пропранолол, ципрогептадин, суматриптан)

H2d. Детская функциональная абдоминальная боль

1. Эпизодическая или постоянная боль в животе
 2. Недостаточно критериев для диагностики другого ФГИР
 3. Отсутствуют свидетельства воспалительных, анатомических, метаболических или неопластических изменений, объясняющих наличие симптомов
- Симптомы наблюдаются по крайней мере **1 раз в неделю** на протяжении по крайней мере **2 месяцев**

Н2d1. Синдром детской функциональной абдоминальной боли

- Включает наличие **детской функциональной абдоминальной боли** в течение 25 % времени в сочетании с **1 или более** следующих признаков:
 1. Некоторое нарушение ежедневной жизнедеятельности
 2. Дополнительные соматические симптомы (головная боль, боли в конечностях, нарушения сна)
- Симптомы наблюдаются по крайней мере **1 раз в неделю** в течение по крайней мере **2 месяцев**

Клинические особенности

- Необходим развернутый анализ крови, мочи, уровень С-реактивного белка
- Почечный и печеночный комплекс, посевы кала, исследование на яйца гельминтов и другие методы выявления паразитов, тесты на переносимость сахаров – на усмотрение клинициста в зависимости от преобладающих симптомов и степени беспокойности родителей

Лечение

- Разъяснение сути расстройства, выявление роли психосоциальных (в т.ч. триггерных) факторов
- Оказание в случае необходимости психологической помощи
- Использование трициклических антидепрессантов

НЗ. Запор и недержание кала

НЗа. Функциональный запор

- 3 %-5 % в структуре обращений за амбулаторной помощью, до 25 % - в педиатрической гастроэнтерологии
- Положительный семейный анамнез в 28 %-50 % случаев
- Более частая встречаемость у однояйцевых близнецов, чем у dizиготных
- Пик проявлений – в период приобретения навыков туалета (между 2 и 4 годами)
- Чаще встречается у мальчиков

НЗв. Преходящее недержание кала

- Наличие *всего из* перечисленного у ребенка **старше 4 лет:**
 1. Дефекация в места, несоответствующие социальному контексту по крайней мере 1 раз в месяц
 2. Отсутствие свидетельств воспалительных, анатомических, метаболических или неопластических изменений, которые объясняли бы наличие симптомов
 3. Отсутствие доказательств задержки стула
 - Симптомы наблюдаются в течение по крайней мере **2 месяцев**

Клиническая оценка

- Исключение функционального запора
- Эпизоды недержания отмечаются только днем
- Фекальные массы в прямой кишке не обнаруживаются
- Высокая частота расстройств поведения

Лечение

- Обучение, необличительный подход, поощрения за достижения
- Психологическая поддержка

Литература

- Протокола
- Интернет ресурсы