

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания . . . . .	5
Список сокращений и условных обозначений . . . . .	6
Предисловие . . . . .	8
<b>Глава 1. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей . . . . .</b>	<b>14</b>
1.1. G. Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей: новорожденные/младенцы . . . . .	15
1.2. H. Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей: дети/подростки . . . . .	20
<b>Глава 2. Болезни верхних отделов органов пищеварения . . . . .</b>	<b>33</b>
2.1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь . . . . .	33
2.2. Эозинофильный эзофагит . . . . .	53
2.3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки . . . . .	62
2.4. Хронический гастрит/гастродуоденит . . . . .	81
<b>Глава 3. Болезни тонкого кишечника . . . . .</b>	<b>86</b>
3.1. Лактазная недостаточность . . . . .	86
3.2. Сахаразо-изомальтазная недостаточность . . . . .	92
3.3. Мальабсорбция глюкозы-галактозы . . . . .	93
3.4. Мальабсорбция фруктозы . . . . .	95
3.5. Энтеропатический акродерматит (болезнь Данбольта—Клосса) . . . . .	98
3.6. Синдром избыточного бактериального роста . . . . .	99
3.7. Целиакия — глютенная энтеропатия . . . . .	110
3.8. Экссудативная энтеропатия . . . . .	117
3.9. Муковисцидоз . . . . .	119
<b>Глава 4. Болезни толстого кишечника . . . . .</b>	<b>127</b>
4.1. Язвенный колит . . . . .	127
4.2. Болезнь Крона . . . . .	138
4.3. Болезнь Гиршпрунга . . . . .	151
<b>Глава 5. Основные принципы диетотерапии при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта у детей . . . . .</b>	<b>153</b>
<b>Глава 6. Характеристика методов обследования при заболеваниях пищеварительной системы . . . . .</b>	<b>161</b>
6.1. Ультразвуковая диагностика заболеваний кишечника у детей . . . . .	161

6.2. Эндоскопическая диагностика заболеваний нижнего отдела кишечника у детей. . . . .	164
6.3. Рентгенодиагностика в детской гастроэнтерологии . . . . .	168
6.4. Лабораторная диагностика в детской гастроэнтерологии . . .	175
<b>Глава 7.</b> Диспансеризация и реабилитация детей и подростков при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта . . . . .	180
<b>Глава 8.</b> Лечебная физическая культура при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта . . . . .	201
<b>Глава 9.</b> Состояние органов пищеварения у детей и подростков с туберкулезной инфекцией . . . . .	209
<b>Глава 10.</b> Нормативные документы организации медицинской гастроэнтерологической помощи детскому населению в Российской Федерации . . . . .	234

## УЧАСТНИКИ ИЗДАНИЯ

### Рецензент

*Бекезин Владимир Владимирович* — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой детских болезней лечебного и стоматологического факультетов, проректор по научной работе ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России

### Авторы

*Авдеева Татьяна Григорьевна* — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой поликлинической педиатрии педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России

*Парменова Людмила Павловна* — д-р мед. наук, проф., профессор кафедры поликлинической педиатрии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России

*Мякишева Татьяна Владимировна* — д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой фтизиопульмонологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Патология органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей — одна из составляющих серьезной проблемы здоровья подрастающего поколения России. Значимость вопроса существенно возросла, начиная с 1980–1990-х гг. XX столетия ввиду отчетливого увеличения распространенности заболеваний органов ЖКТ. В последнее десятилетие частота болезней органов пищеварения у детей и подростков увеличилась в 3 раза. В то же время остается невысокой доля вовремя установленных диагнозов заболеваний ЖКТ у детей, вычисляемая преимущественно по обращаемости в лечебно-профилактические учреждения. Подобная ситуация снижает эффективность лечения, ухудшает прогноз и исход заболевания. Аналитический обзор литературы показывает, что трансформировалась структура болезней органов пищеварения, среди которых отчетливо преобладает хронический гастродуоденит. Это заболевание имеет стабильно высокий уровень и составляет 200–235%, что свидетельствует о явном неблагополучии в сфере его профилактики и лечения.

Изменилась структура этиологических факторов формирования гастроэнтерологической патологии у детей. Если ранее приоритетными считали кишечные инфекции в анамнезе, сопутствующие заболевания, наследственную отягощенность, дефекты питания, то в современных условиях возросла роль наследственной отягощенности, хронических заболеваний у родителей, нарушений режима и качества питания детей, высокого риска стрессовых ситуаций в семье и в школе, курения и раннего употребления алкоголя среди подростков.

Динамика заболеваемости и распространенности болезней органов пищеварения у детей в России в значительной мере отражает благосостояние страны, уровень экономики, размер национального дохода, материальное и жилищно-бытовое положение граждан, образование, культуру, а также доступность квалифицированной медицинской помощи и количество проводимых общегосударственных оздоровительных мероприятий. Сегодня стало очевидным, что условия жизни детей изменились. Ухудшилось прежде всего качество питания, возросла гиподинамия, значительно увеличилось загрязнение окружающей среды, повысились школьные нагрузки, сопровождающиеся стрессовыми состояниями, участились вредные привычки, алкоголизм и наркомания, в плачевном состоянии находится общая и санитарная культура.

Выявление болезней органов пищеварения может быть активным и пассивным.

- **Активное выявление** связано со специальными обследованиями детского населения бригадами квалифицированных врачей-специалистов. Распространенность болезней органов пищеварения в 10 раз и более превышает аналогичные данные, полученные из официальной статистики. Именно поэтому показатели специальных медицинских осмотров являются более достоверными.
- **Пассивное выявление** происходит при обращении к врачу пациентов, явившихся за медицинской помощью по поводу заболевания в амбулаторию, поликлинику, больницу, то есть в учреждения, участвующие в оказании первичной помощи населению. Основным звеном в выявлении таким путем больных с гастроэнтерологической патологией становится участковый педиатр.

Эпидемиологические исследования и клинические наблюдения свидетельствуют о высокой распространенности нарушений работы ЖКТ. Наиболее частыми из них являются дисфункциональные расстройства билиарной системы. Многие вопросы терминологии, диагностики и терапии остаются дискутабельными. Причинами такого положения являются:

- стабильно высокий уровень дисфункций желчного пузыря в структуре болезней органов пищеварения. Установлено, что по частоте они занимают второе место среди гастроэнтерологических заболеваний и уступают лишь хроническим гастродуоденитам;
- несоответствие существующей классификации дисфункциональных расстройств билиарного тракта современным международным принципам; сложность дифференциального диагноза, заключающаяся в многообразии причин, вызывающих нарушения билиарной системы;
- отсутствие стандартов лечения.

Сложность интерпретации патологии билиарной системы увеличивает отсутствие современных эпидемиологических исследований с позиций доказательной медицины. Исследования детских гастроэнтерологов Санкт-Петербурга свидетельствуют о резком увеличении в последнее время частоты ультразвуковой диагностики гипомоторных дискинезий желчного пузыря у детей. Этот показатель составляет 40–99%. Подобная оценка не согласуется с данными прошлых лет, когда вариант дискинезии устанавливался по результатам дуоденального зондирования или пероральной рентгенохолестиографии.

Получить достоверный диагноз можно только при использовании комплекса современных диагностических технологий. В то же время

лечебно-диагностические учреждения на практике имеют разный уровень оснащенности. На этом фоне создается ситуация, когда объективная интерпретация статистических результатов затруднена, а это, в свою очередь, мешает органам здравоохранения совершенствовать основные направления диагностической и лечебной программы и своевременно планировать профилактические и лечебные мероприятия.

К настоящему времени получены новые данные, касающиеся этиологии, патогенеза, диагностики и лечения большинства болезней органов пищеварения. Однако многие современные аспекты детской гастроэнтерологии не всегда воспринимаются практическими врачами. Это обусловлено не только большим объемом специализированной информации, но и отчасти ее разноречивой интерпретацией ведущими гастроэнтерологами. Более того, подходы к функциональной диспепсии, дисфункциональным расстройствам билиарного тракта, синдрому раздраженного кишечника, дисбактериозам существенно различаются в отечественной и зарубежной медицине. Эти неблагоприятные тенденции, характеризующие динамику частоты и распространенности основных заболеваний органов пищеварения в России, требуют серьезного и беспристрастного анализа обеспеченности детского населения квалифицированной медицинской помощью и ее качества. По официальным показателям, обеспеченность взрослого населения России гастроэнтерологами (2680 врачей) почти соответствует рекомендациям Всемирной организации гастроэнтерологов, согласно которым один гастроэнтеролог должен приходиться на 50 тыс. населения. Таких рекомендаций в отношении детского населения нет, как нет и такой специальности — детский гастроэнтеролог.

Ретроспективный анализ состояния здоровья детского населения позволил установить, что педиатрическая служба в Московской области недостаточно ориентирована на особенности формирования здоровья в критические периоды роста и развития ребенка. Показано, что у 71% пациентов анамнез был собран неполно. Позднее обращение к врачу отмечено у 37% больных. Анализ клинической симптоматики был явно недостаточным. Он проводился без знания основ детской гастроэнтерологии, а клинические проявления у 1/3 больных были интерпретированы неправильно.

Важной причиной поздней диагностики хронических гастроэнтерологических заболеваний является низкая материально-техническая оснащенность детских поликлиник и недооценка данных, полученных при обследовании. Осложняющими факторами можно считать отсут-

ствие регулярного контроля течения хронических заболеваний, необеспеченность детского населения высококвалифицированным врачебным и средним медицинским персоналом.

Уровень профилактической помощи должен быть одним из главных факторов при определении объема финансирования учреждений здравоохранения страховыми компаниями. К сожалению, страховые компании заинтересованы в том, чтобы было выявлено как можно больше детей с уже сформировавшейся патологией. При этом первый этап реабилитации заметно теряет свою значимость. Для формирования региональной политики профилактики болезней нужно использовать сформулированную экспертами Всемирной организации здравоохранения теоретическую концепцию Международного руководства по оценке последствий болезни (*A manual of classification relating to the consequences of disease* // WHO. Geneva, 1980).

- Первый уровень этой системы составляют профилактические мероприятия для здорового ребенка.
- Второй уровень — раннее выявление функциональных нарушений здоровья, а при заболеваниях — предупреждение их рецидивов и осложнений.
- Третий уровень — предупреждение инвалидизации.

**В свете изложенных принципов важными профилактическими мерами следует считать:**

- диагностику и экспертизу окружающей среды;
- экспертизу микросреды (жилища, детских дошкольных учреждений, школ);
- изучение заболеваемости по данным официальной статистики;
- проведение медицинских осмотров детского населения с анализом состояния здоровья (физическое развитие, резистентность, болезненность);
- внедрение скрининговых программ в возрастных периодах, которые являются критическими для развития гастроэнтерологических заболеваний (3 года, 6–7 лет и 11–12 лет);
- выделение групп риска развития гастроэнтерологической патологии;
- обследование в соответствии с утвержденными стандартами диагностики;
- внедрение современных лечебных технологий;
- организацию диспансерного наблюдения;
- обеспечение гарантированной медицинской помощи.

Неизбежным следствием углубленного обследования детей с болезнями органов пищеварения является значительное возрастание числа выявленной сопутствующей патологии, подлежащей динамическому наблюдению в течение длительного срока. Как правило, эти дети не могут восстанавливать свое здоровье под наблюдением узких специалистов из-за недостаточной укомплектованности кадрами и оснащенности местных медицинских учреждений. Одним из способов решения этой проблемы является выполнение комплекса клинико-лабораторно-инструментального исследования с последующими подробными рекомендациями от консультантов, которые обеспечат информационную поддержку диспансерной службы территории проживания.

Рациональная процедура обследования должна планироваться, при этом она неминуемо становится многоуровневой. При проведении корректировки диагностического плана врач должен не искать какие-то особенности в состоянии здоровья ребенка, а четко представлять, какой результат подтверждает его диагностическую концепцию. Все это зависит от уровня клинического мышления врача. Высокая стоимость отдельных исследований в гастроэнтерологии определяет необходимость придерживаться следующей тактики при проведении диагностических мероприятий: от дешевых и простых методов — к дорогим и сложным.

Лечение болезней органов пищеварения в детском возрасте, несмотря на большое количество медикаментозных средств, представляет сложную задачу. Современные комплексные лечебные технологии требуют, чтобы принимались во внимание особенности не только основного гастроэнтерологического заболевания, но и сопутствующих соматических расстройств. Лечебный процесс должен осуществляться в течение длительного времени с учетом экономического статуса семьи, особенностей растущего организма и эволюции гастроэнтерологических заболеваний.

Существующая схема диспансеризации не обеспечивает необходимой полноты обследования и лечения детей с хроническими гастроэнтерологическими заболеваниями. Даже на территориях с хорошим ресурсным обеспечением до половины больных, находящихся на диспансерном учете, не обследованы полностью. Дети не получают соответствующего превентивного лечения, им не проводится терапия сопутствующей патологии.

Полнота лекарственного обеспечения требует внедрения терапевтических формуляров и протоколов, которые сейчас разрабатываются



в России. Отмеченное выше состояние диспансеризации детей в значительной мере связано с отставанием в ее методологическом обеспечении. Имеющиеся на сегодняшний день разработки по большей части громоздки и для практической работы пригодны мало, касаются в основном взрослого населения. Требуется пересмотреть алгоритмы по основным нозологическим формам детской гастроэнтерологической патологии, которые позволили бы устранить неопределенность в выборе тактики участковым врачом.

Большое внимание на современном этапе уделяется вопросам стандартизации диагностики и лечения заболеваний у детей. Внедрение в практику детской гастроэнтерологии формулярной системы позволило унифицировать терапевтические схемы хеликобактериоза, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Однако до настоящего времени недостаточно четко отработаны алгоритмы диагностики функциональных нарушений кишечника и принципы рациональной терапии этих состояний.

Требуют уточнения этиологические и патогенетические аспекты заболеваний пищеварительных органов, необходимо совершенствование их диагностики, лечения и профилактики с более широким внедрением неинвазивных методов исследования, скрининговых диагностических тестов. В ближайшем будущем детским гастроэнтерологам предстоит решать вопросы совершенствования диагностики и лечения сочетанных болезней органов пищеварения и других систем — дыхательной, сердечно-сосудистой, кожных покровов. Предстоит решить проблему пересадки различных органов, в частности печени и поджелудочной железы, а также внедрения новых, органосохраняющих методов при лечении «хирургических» заболеваний органов пищеварения — полипоза, болезни Гиршпрунга, Крона, врожденных и посттравматических повреждений органов пищеварения.

Учитывая актуальность проблемы, в педиатрической практике (особенно в амбулаторно-поликлиническом обслуживании) целесообразно совершенствовать систему медицинского обеспечения детей с гастроэнтерологическими заболеваниями, своевременно использовать современные методы терапевтической диагностики, лечения, профилактики заболеваний, улучшать организацию диспансерного наблюдения.

# Глава 1

---

## Функциональные расстройства органов пищеварения у детей

**Функциональные расстройства органов пищеварения** — устойчивые комплексы гастроинтестинальных симптомов, развивающиеся из-за комбинации нарушений моторики, висцеральной чувствительности и мукозального гомеостаза в определенных социально-средовых условиях и/или при наличии психологических личностных особенностей, семейной предрасположенности.

**Разделы G и H классификации функциональных расстройств органов пищеварения (Римский консенсус — IV, 2016)**

**G. Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей: новорожденные/младенцы**

G1. младенческие срыгивания (младенческая регургитация).

G2. Синдром руминации.

G3. Синдром циклической рвоты.

G4. Младенческие колики.

G5. Функциональная диарея.

G6. Функциональная диспезия.

G7. Функциональный запор.

**H. Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей: дети/подростки**

- Н1. Функциональная тошнота и рвота.  
 Н1а. Синдром циклической рвоты.  
 Н1б. Функциональная тошнота и рвота.  
     Н1б1. Функциональная тошнота.  
     Н1б2. Функциональная рвота.  
 Н1с. Синдром руминации.  
 Н1д. Аэрофагия.
- Н2. Функциональные расстройства, сопровождающиеся абдоминальной болью.  
 Н2а. Функциональная диспепсия.  
     Н2а1. Постпрандиальный дистресс-синдром.  
     Н2а2. Синдром эпигастральной боли.  
 Н2б. Синдром раздраженного кишечника.  
 Н2с. Абдоминальная мигрень.  
 Н2д. Функциональная абдоминальная боль — NOS.
- Н3. Функциональные расстройства дефекации.  
 Н3а. Функциональный запор.  
 Н3б. Недержание кала без его накопления.

**Симптомы тревоги, требующие углубленного обследования**

- Семейный анамнез по воспалительным заболеваниям кишечника, целиакии или язвенной болезни (ЯБ).
- Устойчивая боль в правом верхнем или правом нижнем квадранте живота.
- Дисфагия, одинофагия.
- Постоянная рвота.
- Гастроинтестинальное кровотечение.
- Ночная диарея.
- Артрит.
- Параректальная боль.
- Необъяснимая потеря веса.
- Замедление линейного роста.
- Задержка пубертатного периода.
- Необъяснимая лихорадка.

## 1.1. G. Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей: новорожденные/младенцы

**G1. Младенческая регургитация (срыгивания)** [Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), XVIII, Rome IV G1] —

обратный заброс пищевого химуса вскоре после проглатывания съеденной пищи.

**Критерии диагноза:**

- регургитация 2 раза в сутки и более в течение 3 нед и более;
- отсутствие рвоты, тошноты;
- гематомезис;
- аспирации;
- апноэ;
- затруднения при глотании;
- отсутствие гипотрофии;
- отсутствие вынужденного положения тела;
- возраст ребенка 1–12 мес;
- отсутствие признаков метаболических нарушений, заболеваний ЖКТ и центральной нервной системы (ЦНС).

**Лечебные мероприятия.**

1. *Постуральная терапия*: кормление ребенка под углом 45–60°; в ночное время приподнятый головной конец кровати на 10–15 см; после кормления вертикальное положение ребенка в течение 10–15 мин или наклонное положение с приподнятым головным концом.

2. *Диетическая коррекция*: использование антирефлюксной смеси (AR), вязкость которой повышается за счет введения в состав загустителей: неперевариваемых (клейковина бобов рожкового дерева — камедь) или перевариваемых (модифицированные крахмалы). AR-смеси назначаются врачом; требуют подбора объема в суточном рационе (1/2, 1/3, 1/4 или полная замена при искусственном вскармливании); назначаются на ограниченный срок; не рекомендуются здоровым детям без срыгиваний; являются только одним из компонентов лечебных программ.

Варианты назначения: в конце каждого кормления в количестве 1/4–1/2 от объема кормления; при смешанном и/или искусственном вскармливании 1–3 раза в день в объеме кормления, в остальных случаях грудное молоко и/или адаптированная смесь; при искусственном вскармливании в полном суточном объеме в течение 2–4 нед.

3. *Медикаментозная терапия*: при отсутствии эффекта в течение 1–2 нед — домперидон (Мотилиум<sup>®</sup>) — прокинетик, блокатор дофаминовых рецепторов. Препарат влияет на антропилорическую моторику, ускоряет опорожнение желудка. Назначают внутрь по 0,25 мг/кг массы тела 3–4 раза в день за 30–60 мин до еды в виде суспензии или 2,5 мл на 10 кг массы тела в сутки. При положительном эффекте лечение продолжить в полной дозе в течение недели с последующим уменьшением суточной дозы.

При отсутствии эффекта обследование ребенка с применением эзофагогастроуденоскопии и/или рентгеноскопии, ультразвукового исследования (УЗИ), биохимических тестов и др.

**G2. Руминация (Rome IV G2)** — повторяющиеся на протяжении 2 мес и дольше периодические приступы сокращения мышц брюшного пресса, диафрагмы и языка, приводящие к забросу желудочного содержимого в ротовую полость с повторным пережевыванием и заглатыванием.

**Критерии диагноза:**

- начало в возрасте 3–8 мес;
- отсутствие эффекта от изменения характера питания;
- вскармливание через соску или гастростому;
- отсутствие тошноты при забросе;
- отсутствие признаков дискомфорта;
- отсутствие во сне или во время общения с ребенком.

**Лечебные мероприятия.**

1. Улучшение психологических отношений между матерью и ребенком: тактильных, зрительных, слуховых успокаивающих ощущений.
2. Постоянная позиционная терапия: ребенка следует укладывать с приподнятым на 50° головным концом, если он лежит на спине или боку, и на 30°, если лежит на животе.
3. Диетическая коррекция, медикаментозная терапия (в разделе 2.1, ГЭРБ).

**G3. Синдром циклической рвоты (МКБ-10, XVIII, Rome IV G3)** — остро возникшие приступы тошноты и рвоты продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней, перемежающиеся с бессимптомными периодами, длящимися несколько недель или месяцев. Может иметь хроническое течение с продолжительностью симптомов не менее 2 раз на протяжении не менее 3 мес (или с перерывами суммарно 3 мес в течение года). Требуется тщательного неврологического обследования.

**Лечебные мероприятия.**

1. Рациональное питание.
2. Исключение стрессовых ситуаций.
3. Коррекция водно-электролитных нарушений.
4. Седативная и нейротропная терапия по показаниям.

**G4. Младенческие колики (МКБ-10, XVIII, Rome IV G4)** — эпизоды повышенной раздражительности, беспокойства или плача, возникающие и завершающиеся без очевидных причин, которые продолжаются

3 ч в день и более, по меньшей мере 3 дня в неделю, на протяжении не менее 1 нед.

**Критерии диагноза.** Симптоматика начинается и завершается у детей младше 5 мес жизни; повторный пролонгированный период детского плача, беспокойства или раздражительности, которые возникают без очевидной причины и не могут быть предупреждены; нет признаков нарушения развития, лихорадки и иных болезней.

**Лечебные мероприятия.**

1. Первый шаг в лечении колик — психологическая поддержка и разъяснительная работа с родителями.
2. Из питания матери исключить продукты, повышающие газообразование в кишечнике (сахар и кондитерские изделия, сладкий чай с молоком, виноград, сладкие творожные пасты и сырки, безалкогольные сладкие напитки) и богатые экстрактивными веществами (мясные и рыбные бульоны, лук, чеснок, консервы, маринады, соленья, колбасные изделия), а также продукты с высоким аллергизирующим потенциалом. Цельное молоко следует заменить кисломолочными продуктами. Исключить перекорм ребенка, особенно при свободном вскармливании.
3. При искусственном вскармливании необходим подбор адекватной современной смеси, соответствующей особенностям пищеварения: «NAN Антиколики», «NAN тройной комфорт», «Нутрилон Комфорт»; возможно введение кисломолочной адаптированной смеси (NAN КМ-1, -2, -3, «Агуша кисломолочная-1, -2», «Беллакт КМ-1, -2», «Нутрилак кисломолочный»).
4. Медикаментозная терапия: применяют препараты, уменьшающие газообразование в кишечнике, — симетикон (Эспумизан бэби<sup>▲</sup> — 5 капель на прием; Эспумизан 40<sup>▲</sup> — 1 мерная ложка; Эспумизан L<sup>▲</sup> — 1 мл во время приема пищи или сразу после приема пищи).

**G5. Функциональная диарея** — ежедневные безболезненные эпизоды неоформленного стула 3 раза в день и более на протяжении 4 нед и более.

**Критерии диагноза.** Манифестация между 6-м и 36-м месяцами жизни; продолжается последующие месяцы и годы; нет задержки развития при условии адекватного питания; ребенка не беспокоит характер стула, симптомы со временем проходят самостоятельно.

В плане терапии важно контролировать характер питания ребенка, назначать симптоматическую терапию, включая применение адсорбентов — мукоцитопротекторов.

**G6. Функциональная диспезия** (МКБ-10, XVIII, Rome IV G6) — нарушенная дефекация, обусловленная отсутствием координированных сокращений мышц передней брюшной стенки и расслаблением пуборектальной мышцы.

**Критерии диагноза.** Встречается в первые 2–3 мес жизни и проходит к 6 мес; проявляется криком и плачем ребенка несколько раз в сутки в течение 20–30 мин; сопровождается резким покраснением лица; ребенок успокаивается после дефекации; кал мягкой консистенции, без патологических примесей.

**G7. Функциональный запор** (МКБ-10, XVIII, Rome IV G7) — редкое, затрудненное, болезненное или неполное опорожнение кишечника (каловые массы при этом могут быть различной степени плотности и диаметра), наблюдаемое в течение от 2 нед до 2 мес. В основе лежит нарушение регуляции моторной деятельности толстой кишки, которая проявляется урежением акта дефекации, его затруднением, систематически недостаточным опорожнением кишечника и/или изменением формы и характера стула. Замедление транзита каловых масс по всей толстой кишке способствует развитию кологенных запоров, затруднение опорожнения ректосигмоидного отдела толстой кишки ведет к проктогенным запорам.

**Факторы риска:** наследственная предрасположенность; патологическое течение беременности и родов; нерациональное питание кормящей женщины; недостаточное потребление ребенком воды; ранний переход на смешанное или искусственное вскармливание; алиментарнозависимые заболевания (анемия, рахит, гипотрофия и др.); перинатальное поражение ЦНС ребенка; гипофункция щитовидной железы.

#### **Лечебные мероприятия.**

1. *Диетотерапия:* коррекция питания матери (если ребенок на естественном вскармливании) — ограничение продуктов, способствующих газообразованию; при искусственном вскармливании показаны специальные смеси: кисломолочные адаптированные смеси; смеси, содержащие лактулозу или олигосахариды; смеси, содержащие клейковину бобов рожкового дерева.
2. При запорах, связанных с аллергией на белок коровьего молока при искусственном вскармливании, применяют смеси с высоким гидролизом белка или смеси с аминокислотами. Полное исключение коровьего молока и продуктов, его содержащих, показано матери, если ребенок на естественном вскармливании.
3. *Медикаментозная терапия:* применяют препараты **лактолозы** (Дюфалак<sup>®</sup>, ООО «Эбботт Лабораториз», Нидерланды). Подбор

дозы (1–3 мл/кг) индивидуальный, стартовая доза для детей первого года жизни 5 мл, при необходимости дозу постепенно (на 5 мл каждые 3–4 дня) увеличивают до получения эффекта. Кратность приема — 1–2 раза в день. Курс лактулозы — 1–2 мес, при необходимости и на более длительное время.

- **Лактитол** (Экспортал<sup>▲</sup>, «Валента Фарма», Россия): рекомендуемые дозы для детей от 1 года до 6 лет — 2,5–5,0 г/сут.
- **Полиэтиленгликоль** (макрогол): детям с 6 мес до 1 года — 4000 мг/сут. Продолжительность приема препарата — не более 3 мес.
- **Микролак**<sup>▲</sup> (Famar, Orleans, Франция; ООО «Джонсон & Джонсон», Россия): содержимое одной клизмы вводить ректально, вставляя наконечник на половину длины новорожденным и детям до 3 лет.

## 1.2. Н. Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей: дети/подростки

Наличие ФД предполагают в тех случаях, когда у больного отсутствуют заболевания (ЯБ, опухоли, хронический панкреатит и др.), которые можно включить в группу «органическая диспепсия». В Римских критериях IV пересмотра (2016) вместо термина «органическая диспепсия» рекомендовано использовать термин «вторичная диспепсия» (табл. 1.1).

**Таблица 1.1.** Характеристика симптомов функциональной диспепсии

Симптомы	Определение
Боли в эпигастральной области	Под эпигастрием понимают область, расположенную между мечевидным отростком грудины и пупочной областью и ограниченную справа и слева соответствующими среднеключичными линиями. Некоторые больные могут интерпретировать свои жалобы не как боли, а как неприятные ощущения
Чувство жжения в эпигастральной области	Неприятное ощущение жжения в эпигастральной области
Чувство переполнения в эпигастральной области после еды	Неприятное ощущение длительной задержки пищи в желудке
Раннее насыщение	Чувство переполнения желудка, возникающее вскоре после начала приема пищи независимо от ее объема, вследствие чего прием пищи не может быть завершен



## **Н1. Функциональная тошнота и рвота**

**Н1а. Синдром циклической рвоты** (МКБ-10, XVIII) — приступ интенсивной непрерывной тошноты или пароксизмальных рвот, длящихся от нескольких часов до нескольких дней, которые наблюдаются 2 раза или более на протяжении последних 6 мес. После обследования симптомы не могут быть объяснены другими причинами. Чаще встречается у детей старше 3 лет и требует тщательного неврологического обследования.

**Н1б1. Функциональная тошнота** — все признаки, наблюдающиеся на протяжении последних 2 мес.

1. Отмечают навязчивую тошноту в качестве преобладающего симптома, по крайней мере, 2 раза в неделю, не связанную с приемом пищи.
2. Тошнота не связана с рвотой.
3. После обследования симптомы не могут быть объяснены другими причинами.

**Н1б2. Функциональная рвота** — критерии должны включать все признаки.

1. Отмечают в среднем 1 эпизод в неделю или более.
2. Отсутствуют самостоятельно вызываемая рвота или признаки нарушений, связанных с приемом пищи, или руминации.
3. После соответствующего обследования рвота не может быть связана с другими причинами.

## **Н1с. Синдром руминации** (МКБ-10, R XVIII).

1. Отмечают повторяющиеся безболезненные срыгивания и повторное заглатывание пищи сразу после проглатывания пищи; не наблюдаются во время сна.
2. Отсутствуют позывы на рвоту.
3. После соответствующего обследования симптомы не могут быть объяснены другими медицинскими состояниями.

Перечисленные симптомы наблюдаются не реже 1 раза в неделю в течение последних 2 мес.

Руминация требует психотерапевтического лечения, эффективного в 85% случаев при условии достаточной мотивации со стороны больного.

**Н1d. Аэрофагия** — заглатывание воздуха, приводящее к повторной отрыжке и вздутию живота, наблюдается по крайней мере на протяжении последних 2 мес. У детей 4–18 лет аэрофагия наблюдается примерно в 1,4% случаев.

Упорная аэрофагия у детей старше 1 года требует исключения неврологической патологии.

**Лечение:** организация рационального питания, без спешки, исключение жевательной резинки и газированных напитков, участие психолога, реже психиатра.

**Лечебные мероприятия при состояниях, сопровождающихся тошнотой и рвотой.**

1. Необходимо обеспечить сон с приподнятым головным концом кровати на 15 см, избегать тесной одежды и тугих поясов, физических упражнений, связанных с перенапряжением мышц брюшного пресса, глубоких наклонов, поднятия тяжестей более 8–10 кг на обе руки.
2. В питании ограничить или снизить содержание животных жиров, повысить содержание белка, избегать раздражающих продуктов, газированных напитков, уменьшить разовый объем.
3. Медикаментозная терапия: применяются препараты, нормализующие моторику (тримебутин), прокинетики [домперидон, антисекреторные препараты (блокаторы протонного насоса)], антирефлюксные препараты (натрия альгинат).

**Н2. Функциональные расстройства, сопровождающиеся абдоминальной болью**

**Н2а. Функциональная диспепсия (МКБ-10, XI, К30)** — комплекс симптомов, относящихся к гастродуоденальной области (боль в подложечной области, раннее насыщение, чувство переполнения желудка после еды), при отсутствии каких-либо органических, системных или метаболических заболеваний, которые могли бы объяснить эти проявления.

**Диагностические критерии** для функциональной диспепсии включают один из следующих симптомов или более, беспокоящих как минимум 4 раза в месяц:

- а) чувство переполнения в животе после приема пищи;
- б) раннее насыщение;
- в) боль в эпигастральной области, не связанная с дефекацией;
- г) невозможность объяснить симптомы другими патологическими состояниями после полного обследования.

Симптомы беспокоят как минимум в течение 2 мес до постановки диагноза.

1. **Синдром постпрандиального дискомфорта** включает в себя чувство переполнения после еды или раннее насыщение, которое опе-

режает обычное время окончания приема пищи. В качестве дополнительных признаков рассматриваются такие симптомы, как вздутие в верхних отделах живота, послеобеденная тошнота или чрезмерная отрыжка.

2. **Синдром эпигастральной боли** включает боль, препятствующую повседневной активности, локализованную в эпигастральной области. Боль не разлитая, не локализована в других отделах живота, не прекращается после дефекации.

#### **Лечебные мероприятия.**

1. *Общие мероприятия:* снятие напряжения, тревоги, коррекция психоневрологического статуса, режима и питания. Частое, до 6 раз в день, дробное питание небольшими порциями с ограничением жирной и острой пищи, кофе.
2. *Медикаментозная терапия:* при постпрандиальном варианте ФД — домперидон в дозе 2,5 мг/10 кг 3 раза в день 2–4 нед; тримебутин — в дозе 25 мг 3 раза в день детям с 3 до 5 лет, 50 мг — с 6 до 10 лет, старше 10 лет — 100–200 мг 3 раза в день. Антациды через 1,0–1,5 ч после приема пищи. Антисекреторные препараты: блокаторы  $H_2$ -гистаминовых рецепторов (ранитидин, фамотидин), ингибиторы протонной помпы (ИПП) (омепразол, эзомепразол, рабепразол).

**Н2б. Синдром раздраженного кишечника** (МКБ-10, XI, K58) — функциональное кишечное расстройство, проявляющееся абдоминальным болевым синдромом, и/или нарушениями дефекации, и/или метеоризмом. Синдром раздраженного кишечника считается расстройством регуляции оси «головной мозг — кишечник». Дети с синдромом раздраженного кишечника имеют ректальную гиперчувствительность.

Висцеральная гиперчувствительность может возникнуть на фоне детских психологических расстройств (усталость, депрессия, импульсивность, гнев).

Выявлено повышенное содержание провоспалительных цитокинов в слизистой оболочке, которое может быть следствием острого инфекционного гастроэнтерита. Установлено изменение микрофлоры кишечника.

1. Синдром раздраженного кишечника с запором (IBS-C, СРК-3).
2. Синдром раздраженного кишечника с диареей (IBS-D, СРК-Д).
3. Синдром раздраженного кишечника смешанный (IBS-M, СРК-См).
4. Синдром раздраженного кишечника недифференцированный (IBS-U, СРК-Н).

**Диагностические критерии.**

1. Абдоминальная боль по меньшей мере 4 раза в месяц, связана с одним из следующих моментов:
  - а) с актом дефекации;
  - б) изменением частоты дефекации;
  - в) изменением формы и консистенции стула.
2. У детей с запорами боль не проходит после излечения запоров (дети, у которых боль проходит, имеют функциональные запоры, но не синдром раздраженного кишечника).
3. После полного обследования уточнено, что симптомы не могут быть объяснены другими патологическими состояниями.

**Лечебные мероприятия.**

1. *Общие мероприятия:* снятие напряжения, тревоги, коррекция психоневрологического статуса, режима и питания. Исключение продуктов, содержащих кофеин, лактозу, фруктозу, сорбитол, уксус, перец, копчености, алкоголь, продуктов, вызывающих чрезмерное газообразование. При преобладании запоров — растительная диета, хлеб из муки грубого помола, пшеничные отруби.

**2. Медикаментозная терапия.**

А. Селективные спазмолитики — тримебутин (Тримедат<sup>▲</sup>) с 3 лет, мебеверин (Спарекс<sup>▲</sup>) с 12 лет, курс 4–8–12 нед.

Б. Коррекция нарушений микробно-тканевого комплекса: назначение пробиотиков и мукоцитопротекторов, по показаниям кишечных антисептиков: смектит диоктаэдрический (Смекта<sup>▲</sup>, Неосмектин<sup>▲</sup>) по 3,0–9,0 г в сутки, предварительно разводится в воде или полужидких продуктах (каши, компот, пюре, детское питание) и распределяется на несколько приемов в течение дня, длительность лечения 1–5 дней. *Аттапульгит*<sup>®</sup> сорбирует токсины и аллергены, улучшает консистенцию стула, обладает вяжущим эффектом. У детей 6–12 лет применяется в начальной дозе 2 таблетки, затем после каждой дефекации по 1 таблетке, максимальная суточная доза 7 таблеток; длительность лечения 1–2 дня; используются также кремния диоксид коллоидный (ПолисORB МП<sup>▲</sup>), лигнин гидролизный (Полифепан<sup>▲</sup>, Фильтрум-СТИ<sup>▲</sup>), полиметилсилоксана полигидрат (Энтеросгель<sup>▲</sup>), лактулоза + лигнин гидролизный (Лактофильтрум<sup>▲</sup>) и другие сорбенты.

*Антидиарейные препараты.* Применяются до исчезновения диареи, но не более 1–3 дней. Могут использоваться следующие препараты. *Лоперамид* (*Имодиум*<sup>▲</sup>) взаимодействует с опиатными рецепторами мышц кишечника, в результате чего снижается активность мускулатуры кишеч-

ника, скорость продвижения каловых масс, восприимчивость стенки прямой кишки к растяжению, повышается тонус анальных сфинктеров. Начальная доза препарата у детей старше 5 лет составляет 2 мг (1 капсула или лингвальная таблетка), поддерживающую дозу подбирают так, чтобы частота стула составляла 1–2 раза в сутки (2–12 мг), максимальную суточную дозу определяют из расчета 6 мг препарата на 20 кг массы тела. Лоперамид применяют с осторожностью, так как он может вызвать непроходимость кишечника, нельзя использовать его длительно. При отсутствии стула и нормальном стуле в течение 12 ч лечение следует прекратить.

*Энтерол*<sup>\*</sup> — препарат биологического происхождения, содержит лечебные дрожжи, оказывающие антагонистическое действие на многие микроорганизмы, антиоксическое действие, повышающие местную иммунную защиту. Применяется по 250–500 мг (разводят водой) или в капсулах 1–2 раза в сутки в течение 7–10 дней.

### **ИЗ. Функциональные расстройства дефекации**

**ИЗа. Функциональный запор** (МКБ-10, XI, K59) — редкое, затрудненное, неполное опорожнение кишечника (каловые массы при этом могут быть различной степени плотности и диаметра) продолжительностью не менее 2 нед. Основа — нарушение регуляции моторной деятельности толстой кишки, которая проявляется урежением акта дефекации, его затруднением, систематически недостаточным опорожнением кишечника и/или изменением формы и характера стула. Замедление транзита каловых масс по всей толстой кишке способствует развитию кологенных запоров, затруднение опорожнения ректосигмоидного отдела толстой кишки ведет к проктогенным запорам. У детей чаще наблюдаются смешанные расстройства. Нередко функциональный запор является следствием произвольной задержки каловых масс ребенком, старающимся избежать болезненной дефекации.

#### **Факторы риска возникновения запоров у детей старшего возраста:**

- алиментарные причины (нарушение режима и характера питания с недостаточным содержанием в рационе продуктов, богатых пищевыми волокнами, растительными маслами, злоупотребление напитками, содержащими большое количество вяжущих веществ, — чаем, кофе, какао);
- гиподинамия;
- заболевания ЦНС, ЖКТ, эндокринные, инфекционные болезни; психическая травма или стресс (психогенные запоры);
- систематическое подавление физиологического позыва на дефекацию (посещение детского сада, школы и др.);

- употребление лекарственных препаратов (миорелаксанты, ганглио-блокаторы, холинолитики, опиаты, противосудорожные, антациды, антибиотики, препараты висмута, лоперамид, бифидосодержащие пробиотики, ферментные препараты, мочегонные, барбитураты, транквилизаторы, нестероидные противовоспалительные средства, препараты железа и кальция, блокаторы кальциевых каналов и др.);
- раннее принудительное приучение к горшку.

**Критические периоды развития функционального запора** — период обучения ребенка гигиеническим навыкам (приучение к горшку): оптимальный возраст 18–28 мес; начало посещения дошкольных учреждений или школы.

Рабочая **классификация запоров** (Хавкин А.И., 2000).

1. По течению: острые, хронические.
2. По механизму развития: кологенные, проктогенные, смешанные.
3. По стадии течения: декомпенсированные, субкомпенсированные, компенсированные.
4. По этиологии: алиментарные, неврогенные, психогенные, гиподинамические и др.

*Компенсированная стадия:*

- отсутствие самостоятельного стула 2–3 дня;
- сохранение позывов на дефекацию;
- отсутствие боли в животе и вздутия живота;
- корригирование запоров диетой.

*Субкомпенсированная стадия:*

- отсутствие самостоятельного стула 3–7 дней;
- дефекация после слабительных;
- боли в животе и вздутие живота (не всегда).

*Декомпенсированная стадия:*

- отсутствие самостоятельного стула свыше 7 дней;
- отсутствие позывов на дефекацию;
- боль в животе и вздутие живота;
- каловая интоксикация;
- устранение запоров только после сифонной клизмы.

**Дифференциальная диагностика функционального запора.**

- Исключение симптомов тревоги (признаки воспаления, гипертермия, гепатоспленомегалия, дефицит веса).
- Исключение болезни Гиршпрунга с ультракоротким сегментом (зона аганглиоза над анальным сфинктером).
- Исключение долихосигмы, долихоколона.

- Исключение *диссинергии* мышц тазового дна (как и функциональный запор, относится к запорам функционального происхождения): привычная задержка дефекации (детские дошкольные учреждения, спешка, боли при дефекации); акт дефекации длительный, осуществляется с трудом, требует натуживания при мягком стуле, приема определенных поз, мануальной помощи; скудная дефекация при ощущении неполного опорожнения.

### Лечебные мероприятия

1. *Основные принципы диетотерапии*: исключение избыточного потребления белков, жиров, которые могут тормозить моторику кишечника; обогащение рациона пищевыми волокнами, содержащимися в молочных смесях и продуктах прикорма; нормализация кишечной микрофлоры; соблюдение питьевого режима.

Не отказываться от завтрака (желудочно-толстокишечный рефлекс). Не есть поздно (снижение моторики ночью).

Потребность в воде для детей с массой от 10 до 20 кг: 100 мл + 50 мл на каждый килограмм тела свыше 10 кг. Для детей с массой свыше 20 кг: 600 мл + 20 мл на каждый килограмм при массе свыше 20 кг. Для детей старше 3–5 лет количество воды — 30 мл/кг веса.

*Пищевые волокна*. Российское общество детских гастроэнтерологов рекомендует нормы потребления пищевых волокон в граммах:  $5-10 + n$ , где  $n$  — возраст в годах, то есть 6–11 г/сут для годовалого ребенка. При заваривании кипятком и увеличении суточного количества жидкости до 1,5–2,0 л увеличивают массу фекалий, содержание в них жидкости, уменьшают время кишечного транзита; сухие — уменьшают массу фекалий, содержание в них жидкости, увеличивают время кишечного транзита. Академией наук США предложена норма потребления пищевых волокон из расчета 14 г на 1000 ккал (15 г для годовалого ребенка), Комитетом по питанию Американской академии педиатров — 0,5 г/кг (до 35 г в сутки).

2. *Медикаментозная терапия* (табл. 1.2).

Доказана эффективность пребиотиков. «*Закофальк*» — комбинация инулина и масляной кислоты. Назначают детям старше 12 лет до еды по 3–4 таблетки в день. Длительность приема не менее 30 дней.

Средства на основе псилиума: *подорожника овального семян оболочка* (*Мукофальк*®), детям старше 12 лет по 1 пакетику или 1 ч.л. 2–6 раз в сутки.

Желчегонные средства: *бессмертника песчаного цветков сумма флавоноидов* (*Фламин*®) по 1 саше или таблетке за 30 мин до еды 3 раза в день.

Таблица 1.2. Лекарственная терапия для лечения запоров у детей

Лекарственное средство	Режим дозирования	Побочные эффекты	Примечание
<b>Осмотические средства</b>			
Лактулоза*	Раствор 1–3 мг/кг веса в день. До 1 года: суточная доза 5 мл. 1–6 лет: суточная доза 5–10 мл. 7–14 лет: начальная доза 15 мл, поддерживающая — 10–15 мл. Подросстки: суточная доза 15–45 мл, поддерживающая — 15–30 мл	Метеоризм, боль в животе	Применение с рождения. Суточную дозу можно дать однократно или разделить на 2 приема. Доза подбирается индивидуально*. Продолжительность приема не ограничена
Полиэтиленгликоль 4000 <sup>®</sup>	6 мес — 1 год: 4000 мг/сут. 1–4 года: 4000–8000 мг/сут. 4–8 лет: 8000–16000 мг/сут. Старше 8 лет: 10000–20000 мг/сут	Метеоризм, боль в животе	Разрешен у детей с 6 мес. Продолжительность не более 3 мес
Лактитол**	1–6 лет: 2,5–5,0 г/сут (1/2–1 ч.л./сут). 6–12 лет: 5–10 г/сут (1–2 ч.л.). 12–16 лет: 10–20 г/сут (1–2 пак./сут). Старше 16 лет: 20 г/сут	Метеоризм, дискомфорт	Разрешен с 1 года. Суточная доза — однократно. Развести в любой жидкой пище. Продолжительность приема не ограничена
<b>Смазывающие средства</b>			
Минеральное масло	Старше 1 года: 1–3 мл/кг в сутки. 15–30 мл в год, не более 240 мл		Не рекомендуется детям до 1 года
<b>Стимулирующие средства</b>			
Сенна	2–6 лет: 4,0–7,5 мг/сут. 6–12 лет: 6,5–13,5 мг/сут. Старше 12 лет: 13,5–27,0 мг/сут	Идиосинкразический гепатит, меланоз толстой кишки, гипертрофическая остеоартропатия, анагетическая нефропатия	С осторожностью. Курс не более 2 нед



Окончание табл. 1.2

Лекарственное средство	Режим дозирования	Побочные эффекты	Примечание
Бисакодил	4–10 лет: 5 мг/сут. 10 лет и старше: 5–10 мг/сут	Боль в животе, тошнота, диарея, гипокалиемия, колит, проктит	Курс не более 10 дней
Натрия пикосульфат	До 4 лет: по 250 мкг/кг (1 капля на 2 кг). 4–10 лет: 2,5–5,0 мг (5–10 капель)	Боль в животе, тошнота, диарея	Противопоказан при непереносимости фруктозы. Курс не более 10 дней
Суппозитории с глицеролом	До 3 лет: по 1/2 (от 1,24). 3–7 лет: по 1 суппозиторию. Старше 7 лет: по 1 суппозиторию (2,11)	Жжение в ректальной области	Суппозитории 1,24 разрешены с рождения
Микроклизмы, со-держашие натрия лаурилсульфоаце-тат****	Однократно детям до 3 лет в индивидуальной дозе (1–4 мл), старше 3 лет — по 5 мл	Жжение в ректальной области	Разрешены с рождения
<b>Прокинетики</b>			
Тримебутин	3–5 лет: по 25 мг 3 раза в сутки. 5–12 лет: 50 мг 3 раза в сутки. Старше 12 лет: по 100–200 мг 3 раза в сутки. Длительность не менее 4 нед	Редко кожные реакции	Может применяться в качестве базисной терапии в сочетании со слабительными и/или пре- и пробиотиками

\* Доза *лактuloзы*: стартовая доза 5 мл, при отсутствии эффекта постепенно (5 мл каждые 3–4 дня) увеличивают до получения желаемого эффекта. Условно-максимальная доза у детей до 5 лет — 30 мл/сут, 6–12 лет — 40–50 мл/сут, старше 12 лет — 60 мл/сут. Курс лактулозы — 1–2 мес, при необходимости — не ограничено по длительности.

\*\* *Лактитол* — синтетический углеводородный спирт, молекула которого состоит из остатков галактозы и фруктозы. Обладает пребиотическим и осмотическим действием, является энергетическим субстратом для сахаролитических бактерий толстой кишки.

\*\*\* *Макрогол* — механизм действия заключается в расщеплении каловых масс натрия цитратом, который вытесняет связанную с каловыми массами воду, что способствует их выведению из кишечника. Эффект через 5–15 мин. Не вызывает привыкания и подходит для длительного применения.

**Абсолютные противопоказания к применению слабительных:**

- абдоминальный болевой синдром неясной этиологии;
- состояние острого живота;
- угроза желудочно-кишечного кровотечения, подозрение на оккультную кровопотерю;
- явления перитонита;
- острый токсический и нетоксический мегаколон;
- паралитическая кишечная непроходимость.

При **боязни горшка** лечение следует начинать с опорожнения кишечника с помощью микроклизм «Макрогол» или свечей с глицеролом (Глицерином<sup>®</sup>) (из холодильника), реже — с очистительных клизм для стимуляции дефекации. Эти процедуры проводят ежедневно для преодоления психологического барьера перед опорожнением кишечника. Далее, после преодоления боязни горшка, применяют слабительные препараты.

При **анальных трещинах** рекомендуется соблюдение щадящей диеты; очистительные клизмы «Макрогол» 10–14 дней; теплые сидячие ванночки со слабым антисептическим раствором (ромашка, шалфей) после дефекации; масляные микроклизмы перед дефекацией; для улучшения репарации слизистой оболочки анального сфинктера ректальные свечи с гемостатическим, противовоспалительным и репаративным действием; после репарации анальных трещин — слабительные средства.

При **«каловом завале»** для эвакуации плотных каловых масс используют очистительные клизмы, минеральные масла или «Макрогол». Применение слабительных средств до ликвидации «калового завала» может усугубить недержание кала.

**Динамическое наблюдение**

Ребенок нуждается в постоянном динамическом медико-психологическом сопровождении. Поддерживающая терапия должна проводиться в течение не менее 2 мес, все симптомы запора должны быть устранены по крайней мере за 1 мес до прекращения лечения.

Лечение запоров функционального происхождения должно продолжаться как минимум в течение 6 мес. Основным критерий перехода на профилактическую терапию — наличие у ребенка регулярной дефекации и мягкая консистенция стула.

Алгоритм ведения больных с синдромом диспепсии предполагает прежде всего детальную оценку жалоб пациента и анамнеза заболевания. При выявлении симптомов тревоги больного сразу включают

в группу вторичной (органической) диспепсии и подвергают тщательному обследованию для установления характера заболевания. Проводят комплексное лабораторное и инструментальное обследование с обязательным выполнением эзофагогастродуоденоскопии, теста на инфекцию *Helicobacter pylori*. В случае отсутствия изменений и отрицательного результата тестирования пациента расценивают как больного с ФД.

При положительном результате тестирования больного проводят эрадикационную терапию. В случае исчезновения симптомов диспепсии после эрадикации и их отсутствия в течение 6–12 мес его рассматривают как пациента с диспепсией, ассоциированной с инфекцией *Helicobacter pylori*. При сохранении (или возобновлении) симптомов диспепсии после эрадикации больного также включают в группу пациентов с ФД.

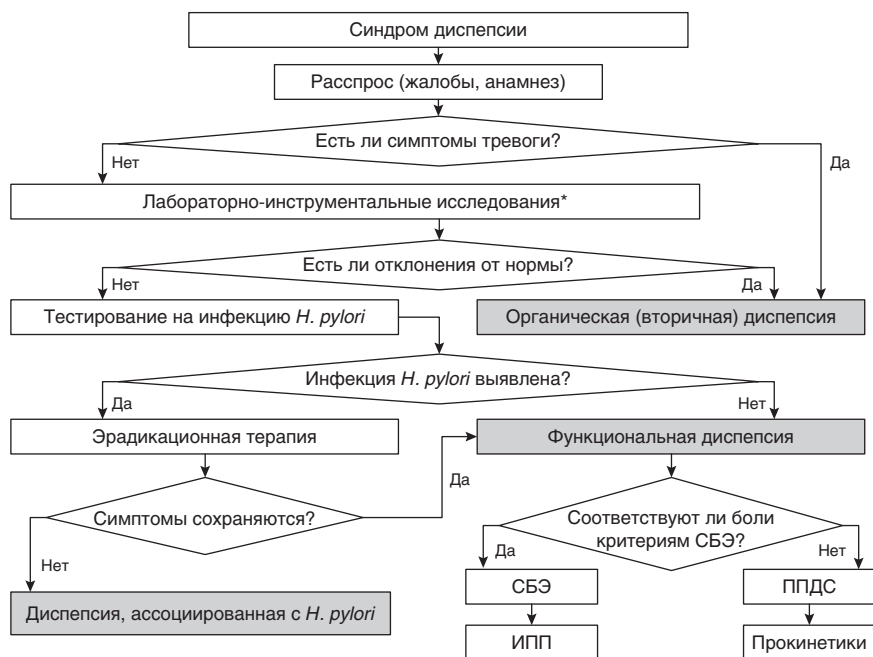
Выбор лекарственных препаратов определяется клиническим вариантом ФД. При СБЭ целесообразно назначить антисекреторные препараты, прежде всего ИПП, в стандартных дозах.

Больным с постпрандиальным дистресс-синдромом показан прием прокинетики, в частности итоприда (Ганатона<sup>®</sup>) в дозе 50 мг 3 раза в сутки или Иберогаста<sup>®</sup> по 20 капель 3 раза в сутки. Продолжительность основного курса лечения должна составлять в среднем около 4 нед. В последующем, в зависимости от самочувствия пациента, наличия или отсутствия рецидивов симптомов диспепсии, выбирают индивидуальную схему поддерживающей терапии (в режиме «по требованию», постоянная поддерживающая терапия в половинных дозах и т.д.).

При сохранении симптомов диспепсии на фоне приема антисекреторных препаратов и прокинетики необходимы повторная тщательная оценка имеющихся данных и решение вопроса о целесообразности более углубленного обследования. При подтверждении первоначального диагноза ФД может быть поставлен вопрос о дополнительной консультации психоневролога и назначении психотерапевтического или психотерапевтического лечения (рис. 1.1).

### **Прогноз**

Течение ФД и отдаленный прогноз у таких больных недостаточно изучены. У большинства пациентов заболевание протекает длительно, с чередованием периодов обострения и ремиссии. Примерно у 1/3 больных симптомы диспепсии исчезают самостоятельно в течение года. Риск развития ЯБ и рака желудка у больных с ФД не отличается от такового у лиц, у которых отсутствуют симптомы диспепсии. Лишь у небольшой части больных, у которых сохраняются симптомы



\* Клинический и биохимический анализы крови, клинический анализ мочи и кала, УЗИ, ЭГДС

**Рис. 1.1.** Алгоритм ведения больных с синдромом диспепсии

диспепсии, из-за которой они часто обращаются за медицинской помощью, прогноз течения заболевания менее благоприятный, поскольку большинство лекарственных препаратов при лечении пациентов этой категории недостаточно эффективны.