

Міністерство охорони здоров'я України

Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги дітям із функціональними гастроінтестинальними розладами

Наказ МОЗ України №59 від 29.01.2013

Київ – 2013

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

Від 29.01.2013 р. №59

Перелік скорочень, що використовуються в протоколі:

ГРВІ – гостра респіраторна вірусна інфекція
МКХ-10 – міжнародна статистична класифікація хвороб проблем охорони здоров'я 10-го перегляду
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України
ОРС – оральна регідраційна суміш
СЦВ – синдром циклічної блювоти
ФГР – функціональні гастроінтестинальні розлади
ФЗ – функціональний закріп
ШКТ – шлунково-кишковий

А. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

А. 1 **Діагноз:** Функціональні гастроінтестинальні розлади

А. 2 **Шифр згідно МКХ-10:**

- R92.1; F98.2 – Синдром румінації
- R14; F45.3 – Аерофагія
- R11 – Синдром циклічної блювоти
- K59.0 – Кишкові кольки
- K59.0 – Функціональний закріп
- K59.1 – Функціональна діарея

А. 3 Потенційні користувачі: дитячі гастроентерологи, лікарі-педіатри, лікарі загальної практики-сімейної медицини, організатори охорони здоров'я

А. 4 Мета протоколу: стандартизувати медичну допомогу дітям із функціональними гастроінтестинальними розладами.

А. 5 Дата складання – 2012 р.

А. 6 Дата планового перегляду протоколу – 2017 р

Б. 1 ЕПІДЕМІОЛОГІЯ:

Функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГР) – різноманітна комбінація гастроінтестинальних симптомів без структурних або біохімічних порушень (D.A. Drossman, 1994).

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 було включено ФГР, що спостерігаються у новонароджених і дітей раннього віку, а до групи H – ФГР, що зустрічаються в дітей і підлітків.

Б. 2 ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Таблиця 1

Класифікація функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей

Г. 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 малокові кольки – Infant Colic)

G5. Функціональна діарея (Functional Diarrhea)

G6. Диспезія в немовлят (дитяча диспезія – Infant Dyschezia)

G7. Функціональний закріп (Functional Constipation)

Н. 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 з 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. Закріп і нетримання калу (Constipation and Incontinence)

H3a. Функціональний закріп (Functional Constipation)

H3b. Нетримання калу (Non-Retentive Fecal Incontinence)

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

Синдром румінації у немовлят характеризується періодичними приступами 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.

Синдром румінації у дітей і підлітків зустрічається частіше у 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., зазвичай, доти, поки вміст шлунка не стає кислим у результаті впливу соляної кислоти.

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

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

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.

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.

КИШКОВІ КОЛКИ — це раптові та виражені напади плачу і неспокою немовлят протягом 3 і більше годин протягом доби не менше 3 днів на тиждень тривалістю хоча б один тиждень.

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

За наявними даними в 60–80% випадків в основі персистуючої діареї у 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).

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

Функціональний закріп (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.

Б. 2 ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
СИНДРОМ РУМІНАЦІЇ		
Немовлята з підозрою на синдром румінації повинні бути обстежені	Підтверджується даними клінічної практики [Rome III: The functional Gastrointestinal Disorders, 2006] (Рівень доказовості D)	Діагностичні дослідження: діагноз встановлюють на підставі Римських критеріїв III. Синдром румінації у немовлят діагностують за наявності повторюваних протягом не менше 3 місяців періодичних приступів 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.
Діти з встановленим синдромом румінації потребують лікування	Діти з встановленим синдромом румінації потребують лікування	<p>Основні принципи лікування. Необхідно допомогти матері змінити свої почуття до себе і своєї дитини. Це може бути досягнуто шляхом підвищення відповідальності за фізичні та емоційні потреби дитини. Рекомендується постійне позиційне лікування: дитину варто укладати з піднятим головним кінцем на 50° (у положенні на спині або на боці) або на 30° (у положенні на животі) [D].</p> <p>Дієтотерапія. Рекомендується змінити склад та характер харчування дитини, більш повільно її вживати, а також обмежити вживання рідини під час їжі [D].</p> <p>Психотерапія. Широко використовується для лікування румінації. Зокрема, рекомендується використовувати сімейну та поведінкову психотерапію. Так, за відсутності зниження маси тіла у 85% хворих вдається досягти покращення 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 прийомом переконання, перевиховання та відволікання. Також сприятливу дію має лікування по типу зворотного зв'язку, яке направлено на зниження підвищеного внутрішньочеревного тиску, що завжди передують 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].</p> <p>Фармакотерапія. Обґрунтоване, доказове та ефективне лікування за допомогою лікарських засобів відсутнє. Можна використовувати прокінетики [D] та антисекреторні препарати (блокатори H2 гістамінових рецепторів, інгібітори протонної помпи) [D]. Трициклічні антидепресанти використовують обережно, оскільки їх терапевтична ефективність обмежена [D].</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
АЕРОФАГІЯ		
Діти з підозрою на аерофагію повинні бути обстежені	Світовий досвід лікування дітей свідчить, що рання діагностика зменшує ризик розвитку ускладнень [Rome III: The functional Gastrointestinal Disorders, 2006] (Рівень доказовості D)	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 фіброезофагогастроудоденоскопія. 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 додатку 3. 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.
Діти з встановленим синдромом аерофагії потребують лікування	Підтверджується даними клінічної практики [Rome III: The functional Gastrointestinal Disorders, 2006] (Рівень доказовості D)	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 і зворотного зв'язку. Дієтоterapia. Необхідно внести корективи у техніку годування (допомога дитині в правильному захоплюванні соска, контроль діаметра отвору у пляшечці та ін.). Важливе позиційне лікування — годування дитини у вертикальному або напіввертикальному положенні, протягом 10–15 хв. після годування забезпечити відрижку повітря, що накопичилося в шлунку. Досить корисними можуть виявитися дієтичні рекомендації (відмова від льодяників, жувальної гумки і газованих напоїв, повільний прийом їжі маленькими ковтками). Фармакотерапія. При неефективності психо- та дієтоterapiaї використовуються (за призначенням психоневролога): — анксиолітики (транквілізатори); — антиеметіки з легким нейролептичним ефектом (етаперазін, тіетилперазін); — протисудомні препарати, зокрема, клоназепам [B].
СИНДРОМ ЦИКЛІЧНОЇ БЛЮВОТИ		
Діти з підозрою на синдромом циклічної блювоти повинні бути обстежені	Світовий досвід лікування дітей свідчить, що рання діагностика зменшує ризик розвитку ускладнень (Рівень доказовості D)	Діагностичні дослідження: Діагноз встановлюють за наявності всіх ознак, зазначених нижче: 1. Два або більше періодів інтенсивної нудоти й стійкої блювоти або тривалої блювоти протягом декількох годин чи днів. 2. Повернення до звичайного стану здоров'я протягом декількох тижнів або місяців.
Діти з встановленим синдромом циклічної блювоти потребують лікування	Підтверджується даними клінічної практики [Rome III: The functional Gastrointestinal Disorders, 2006] (Рівень доказовості D)	Основні принципи лікування. Насамперед, пам'ятати, що хворі потребують турботливого і дбайливого відношення, тому що вони постійно побоюються виявитися безпомічними і нещасливими унаслідок виснажливих приступів. Негативні емоційні реакції, перегляд певних телевізійних передач, харчові продукти і 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 індивідуалізовано і відповідним чином адаптовано залежно від особливостей перебігу захворювання в даного пацієнта. Стратегія медикаментозного лікування ґрунтується на тому, що лікування, яке застосовується, залежить від періоду захворювання. Для кожного періоду є своя мета і варіанти лікування, що дозволяють досягти мети лікування.
СЦБ необхідно відрізнити від вторинного синдрому ацетонемічної блювоти у дітей	Підтверджується даними клінічної практики (Рівень доказовості D)	Вторинний синдром ацетонемічної блювоти у дітей виникає при: інфекційному токсикозі; ГРВІ з гіпертермічним синдромом, патології шлунково-кишкового каналу, що супроводжується ознаками інтоксикації, холестази; токсичному ураженні печінки; при порушенні кишкової мікрофлори. Причиною вторинного синдрому ацетонемічної блювоти дітей може бути також голодування, декомпенсований цукровий діабет, тиреотоксикоз та інші стани. Клінічна картина залежить, в першу чергу, від основного захворювання, на яке нашаровується блювота з кетонемією.
Діти з вторинним синдромом ацетонемічної блювоти потребують лікування	Підтверджується даними клінічної практики (Рівень доказовості C)	Основні принципи лікування. При вторинному синдромі ацетонемічної блювоти дітей харчування дітей повинно бути дуже обережним. Треба їсти малими порціями, переважно: чай з сухариками, картопляне пюре, холодний нежирний кефір. Популярна дієта «BRAT» (<i>Bananas</i> — банани, <i>Rice</i> — рис, <i>Applesauce</i> — пюре з печеного яблука, <i>Toast</i> — підсушений хліб) або <i>BRATT</i> (плюс Tea — чай), або <i>BRATTY</i> (плюс Yogurt — йогурт), яку треба призначати залежно від стану дитини та віку [C]. Дуже важливим є своєчасна оральна регідратаційна терапія, яку треба починати відразу на амбулаторному етапі лікування, ще до розвитку блювоти (при наявності у хворої дитини в'ялості, нудоти, зниження апетиту) [C]. Регідратаційна терапія починається обережно. Кожні 10–15 хвилин малими порціями (10–15 мл) поїти дитину ОРС [A]. Доцільно комбінувати регідратаційну терапію ОРС із негазованою лужною мінеральною водою, холодним чаєм з лимоном, узваром. При неважкому зневодненні приблизний об'єм розчинів для оральної регідратації (мл), який необхідно дати дитині в перші чотири години, можна розрахувати за формулою: маса тіла дитини помножена на 40. Добовий об'єм розчинів для оральної регідратації (мл) повинен складати залежно від віку дитини — 100–130 мл /кг маси тіла. Доля ОРС у добовому об'ємі повинна складати від 50% до 70% [C]. При помірному зневодненні приблизний об'єм розчинів для оральної регідратації (мл), який необхідно дати дитині в перші чотири години, можна розрахувати за формулою: маса тіла дитини помножена на 75. Добовий об'єм розчинів для регідратаційної терапії повинен складати (залежно від віку дитини) — 150–200 мл /кг маси тіла. При необхідності, в таких випадках можлива комбінація як оральної, так і інфузійної терапії. При тяжкому перебігу вторинного синдрому ацетонемічної блювоти тактика лікування наближується до надання допомоги при синдромі циклічної блювоти (CVS) із широким використанням інфузійної терапії. Дітям до 12 місяців — внутрішньовенне введення до 20–30 мл/кг ваги розчину Рінгера — лактату протягом першого часу невідкладної допомоги, далі — ще до 70 мл/кг протягом 5 годин. Дітям від 12 місяців до 5 років внутрішньовенне введення до 20–30 мл/кг ваги розчину Рінгера — лактату протягом перших 30 хвилин невідкладної допомоги, далі — ще до 70 мл/кг протягом 2,5 годин [C]. Окрім оральної регідратаційної терапії, всім хворим важливо призначати ентеросорбенти 4-го покоління (діоксин кремнію), який покращує детоксикаційний ефект, поліпшує евакуаційну функцію шлунку [C]. При необхідності — очисна клізма (1% гідрокарбонат натрію у дозі 100–150 мл на рік життя). Призначається протиблювотна терапія (ондансетрон) [C].

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
КИШКОВІ КОЛЬКИ		
Діти з підозрою на кишкові коліки не потребують специфічного обстеження	Підтверджується даними клінічної практики (Рівень доказовості D)	Діагностичні дослідження: діагноз кишкової коліки встановлюють на підставі критеріїв Римського консенсусу III.
Діти з встановленим синдромом кишкових колік потребують лікування	Підтверджується даними клінічної практики [Rome III: The functional Gastrointestinal Disorders, 2006] (Рівень доказовості B)	<p>Основні принципи лікування.</p> <p>При лікуванні хворих із кишковими кольками необхідно, перш за все, створити заспокійливу обстановку в сім'ї. Важливо підтримати психоемоційний стан матері, заспокоїти батьків, пояснивши їм, що кишкові коліки зустрічаються у більшості немовлят, не представляють загрози для життя і найближчим часом повинні пройти при правильному догляді і лікуванні [D].</p> <p>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 поступальна терапія. Після годування необхідно потримати дитину в нахиленому положенні (під кутом 45° животиком униз) протягом 10–15 хвилин, для відходження повітря, заковтнутого під час годування. Між годуваннями і під час нападу кольок малюка викладають на живіт [D].</p> <p>Фармакотерапія. Для корекції функціонального стану кишечника доцільно використовувати фітопрепарати з вітрогінною і м'язкою спазмолітичною дією [C]. При розвитку кишкових кольок на фоні дисбіотичних порушень рекомендовано виявлення причини, а в подальшому — застосування пробіотичних препаратів [C]</p> <p>Для лікування кишкових кольок 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 кольок [A]. На жаль, при застосуванні дицикломіна нерідко спостерігаються досить серйозні побічні ефекти. Так, на фоні застосування діцикломіну можуть спостерігатися дихальні розлади, судоми, непритомний стан, асфіксія, м'язова гіпотонія та кома.</p> <p>При лікуванні кишкових кольок 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 зцідженого 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.</p> <p>З метою лікування дитячих кольок рекомендують використовувати симетикон, який входить до складу різних лікарських препаратів. Препарати симетикону, що володіють вітрогінною дією, знижують поверхневий натяг бульбашок газу в хімусі та в слизі в просвіті кишечника, призводять до їх розриву або злиття, зменшуючи газоутворення і метеоризм. Гази, що вивільняються при цьому, можуть поглинатися стінками кишечника або виводитися з організму завдяки перистальтиці. Враховуючи механізм дії, ці препарати навряд чи можуть служити засобом профілактики кольок. Необхідно мати на увазі — якщо в генезі коліки провідну роль відіграє метеоризм, то ефект буде суттєвим. Якщо в генезі переважає порушення перистальтики за рахунок незрілості іннервації кишечника, то ефект буде значно меншим [C]. При відсутності позитивного ефекту при кишкових кольках призначаються прокінетики та спазмолітичні препарати, а для зняття гостроти болю в момент коліки застосовують газовідвідну трубку або клізму [D].</p>
ФУНКЦІОНАЛЬНА ДІАРЕЯ		
Діти з підозрою на функціональну діарею повинні бути обстежені	Підтверджується даними клінічної практики [Rome III: The functional Gastrointestinal Disorders, 2006] (Рівень доказовості C)	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-им й 36-им 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, затверджені в рамках Римського консенсусу III.
Діти з встановленим діагнозом функціональну діареї потребують лікування	Підтверджується даними клінічної практики (Рівень доказовості B)	<p>Основні принципи лікування.</p> <p>Основними напрямками терапії функціональних порушень органів травлення є лікування причини, що призвело до розвитку функціональних порушень, ліквідація провокуючих факторів, а також лікування супутніх захворювань, що збільшують прояви функціональних порушень.</p> <p>Дуже важливо заспокоїти батьків і не допускати обмеження харчування, тому що може виникнути енергетична недостатність.</p> <p>Фармакотерапія. Досить ефективним при функціональній діарей є застосування пробіотиків [B]. Для лікування функціональної діареї рекомендується також застосувати смектит, який завдяки своїм адсорбуючим і мукоцилопротекторним властивостям є досить ефективним лікарським засобом [C] та гідро гель метилкремніевої кислоти.</p>

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ЗАКРЕП		
Діти з підозрою на функціональну закріп повинні бути обстежені	Підтверджується даними клінічної практики (Рівень доказовості B)	Діагностичні дослідження: діагноз ФЗ встановлюють на підставі критеріїв Римського консенсусу III (2006).
Діти з встановленим діагнозом функціонального закріпу потребують лікування	Підтверджується даними клінічної практики [Rome III: The functional Gastrointestinal Disorders, 2006] (Рівень доказовості D)	<p>Основні принципи лікування. Лікування ФЗ залежить від причини, видів порушення моторики товстої кишки та акту дефекації, наявності ускладнень і супутніх захворювань.</p> <p>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 загальнозміцнювальної 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.</p> <p>Дієтотерапія. Важливе значення у 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) та овочів, до складу яких входить целюлоза. При цьому вважають, що адекватна доза харчових волокон визначається як вік (у роках) + 5 (у грамах). При цьому дуже важливо забезпечення достатнього прийому рідини. Для успішної дії харчових волокон необхідний добовий обсяг рідини не менше 1,5 л, у противному випадку — вони виконують функцію сорбентів, тобто поглинають рідину з кишечника і підсилюють запор.</p> <p>Однак, систематичний огляд (2009) не показав істотного впливу на частоту дефекацій у порівнянні із плацебо призначення клітковини.</p> <p>При закріпах призначається стіл №3, фізіологічно повноцінна дієта з підвищеним змістом продуктів, що підсилюють моторну функцію кишечника, хімічно, механічно та термічно подразлива їжа з достатньою кількістю рідини і клітковини.</p> <p>Рекомендується дробне харчування 5–6 разів на день.</p> <p>До продуктів, що підсилюють моторну функцію товстої кишки та сприяють її спорожнюванню, відносяться: чорний хліб, сирі овочі і фрукти, особливо банани, диня, морква; овочі в кулінарній обробці (гарбуз, кабачки, буряк, морква); сухофрукти, особливо чорнослив, 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.</p> <p>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, що в'яжуть фрукти (груша, айва, гранат).</p> <p>Хворим із закріпами показані мінеральні води. При гіпермоторних закріпах рекомендується прийом слабо мінералізованих, слабо лужних мінеральних вод у теплом вигляді. При гіпомоторних закріпах рекомендують сильно мінералізовану воду у холодному вигляді. Воду приймають із розрахунку 3–5 мг на кг маси тіла на прийом 2–3 рази на день за 40 хвилин до їжі.</p> <p>Фармакотерапія. При ФЗ використовують тримебутін, який за допомогою енкефалінергічних механізмів нормалізує моторику шлунково-кишкового тракту. Препарат призначають із розрахунку: дітям від 6 міс. 5 мг/кг на добу в 2–3 прийоми за 30 хв. до їжі.</p> <p>Лише при неефективності зазначених заходів у терапію ФЗ можуть бути включені окремі проносні препарати. Слід зазначити, що у лікуванні ФЗ у дітей не рекомендується тривале використання проносних препаратів, що підсилюють моторику кишки та гальмують абсорбцію води і солей із кишечника (антраглікозиди, похідні фенолфталеїна, касторове масло, сольові проносні). Тривале застосування цих препаратів приводить до розвитку звикання, необхідності постійного підвищення дози.</p> <p>У комплексі лікування використовують також клізми: очисна, гіпертонічна, сифонна. Склад і тривалість застосування залежать від тривалості затримки випорожнень та виразності симптомів калової інтоксикації.</p>

В. КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ФГР

В. 1 РУМІНАЦІЯ

В. 1. 1 Римські критерії III діагностики синдрому румінації у немовлят

1. Діагноз встановлюють за наявності ознак протягом, принаймні, 3 місяців: Повторні скорочення м'язів черевного пресу, діафрагми та язика.
2. Регургітація (закид) шлункового вмісту в ротову порожнину, що або відкашлюється, або пережовується й повторно ковтається.
3. Наявність трьох або більше ознак із нижчеперерахованих:
 - Початок у віці 3–8 місяців;
 - Відсутність ефекту від заходів, застосовуваних при гастроєзофагеальній рефлюксії хворобі або антихолінергічних препаратів, зміни характеру харчування, годування через соску або гастростому;
 - Не супроводжується нудотою чи ознаками дискомфорту;
 - Румінація не відбувається протягом сну та коли дитина спілкується з оточуючими.

В. 1. 2 Римські критерії III діагностики синдрому румінації у підлітків

Діагноз встановлюють за наявності всіх ознак, зазначених нижче:

1. Повторювана безболісна регургітація їжі в ротову порожнину, пережовування або її вигнання, що:
 - a) починається незабаром після прийому їжі;
 - b) не відбувається під час сну;
 - c) не реагує на стандартне лікування, застосоване при гастроєзофагеальному рефлюксії.
2. Відсутність позивів 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, скажімо, 2 місяців до встановлення діагнозу.

В. 2 АЕРОФАГИЯ

В. 2. 1 Римські критерії III діагностики аерофагії у 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.

В. 3 СИНДРОМ ЦИКЛІЧНОЇ БЛЮВОТИ

В. 3. 1 Клінічна картина синдрому циклічної блювоти

У клінічній картині синдрому циклічної блювоти розрізняють чотири періоди: міжприступний, продромальний, період приступу і період видужання.

У міжприступному періоді діти почувають себе добре і часто, навіть, не хочуть говорити і, навіть, думати про страждання, які вони виносили у той час, як були хворими.

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

Приступний період характеризується неприборканими нудотою і блювотою, що спостерігаються в усіх дітей. Блювота може виникати до 6 разів протягом години і може бути як з домішкою жовчі, так і крові. Це унеможливило будь-яке пиття та прийом їжі та медикаментів. Практично у всіх хворих під час приступу 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, що підтримують відношення між мігренню і СЦБ. У 82% пацієнтів в анамнезі мають місце сімейні випадки мігрені. Досить часто під час приступу відмічається головний біль, фотофобія, фонофобія і запаморочення. Дуже часто перебіг приступу супроводжується гастроінтестинальними симптомами, такими, як біль у животі, блювота, анорексія, нудота і діарея.

Звичайно, середня тривалість приступного періоду складає 24–48 год. (мінімально 2 год.), але може тривати протягом 10 днів і більше. Тривалість приступного періоду, як правило, 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.

В. 3. 2 Діагностичні критерії синдрому циклічної блювоти в дітей

Діагноз встановлюють за наявності всіх ознак, зазначених нижче:

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

Якщо у дитини є всі основні симптоми СЦБ, діагноз можна вважати встановленим, але, проте, навіть у цьому разі необхідні додаткові параклінічні дослідження і ретельний диференціальний діагноз. Необхідно підкреслити, що діагноз СЦБ може бути встановлений тільки за умови безумовного виключення іншої патології, що супроводжується блювотою. Для виключення метаболічних і 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.

В. 3. 3 Терапевтична тактика при синдромі циклічної блювоти в дітей

Період	I	II	III	IV
Симптоми	Відсутні	Продрома	Приступ	Видужання
Мета терапії	Запобігання приступу	Абортівання приступу	Термінація приступу і (якщо невдало) седация до закінчення приступу	Відновлення харчування без рецидиву
Терапія	Усунення тригерів. Профілактика мігрені (ципрогептадин, амітриптілін, пропранолол)	Лоразепам та/або ондансетрон (регіс чи сублінгвально) .Сон. Анальгезія (при абдомінальному у болю). Триптан (при головному болю)	Внутрішньовенне поповнення рідини в поєднанні з H ₂ -блокаторами. Для термінації приступу внутрішньовенно лоразепам або ондансетрон. Для седации хлорпромазин (по 0,5–1,0 мг/кг) і дифенгідрамін (по 0,5–1,0 мг/кг) разом. Повторювати кожні 3–4 год. при нудоті в стані неспання.	Розширення дієти, якщо вона переноситься

В. 4 СИНДРОМ АЦЕТОНЕМІЧНОЇ БЛЮВОТИ

В. 4. 1 Патогенетичні ланки та діагностичні критерії синдрому ацетонемічної блювоти

Синдром ацетонемічної блювоти у дітей — це сукупність симптомів, які зумовлені підвищення в крові кетонових (ацетонів) тіл. Кетонові тіла (ацетон, ацетооцтова кислота, бета — оксимасляна кислота) — це проміжні продукти вуглеводного та жирового обміну, що виникають переважно в печінці при неповному окисленні жирних кислот. Метаболічною основою розвитку кетоацидозу є посилений ліполіз, що призводить до надходженню в печінку великої кількості жирних

кислот. Обмежені можливості утилізації продуктів ліполізу призводять до надмірного утворення кетонових тіл — ацетону, ацетооцтовою і ?-оксимасляної кислот, які подразнюють слизову оболонку харчового каналу, що обумовлює біль в животі і блювоту. Кетонові тіла також сприяють розвитку метаболічного ацидозу, що призводить до порушення гемодинаміки (периферичний вазоспазм), виникненню відносної гіповолемії, яка надалі посилюється блювотою, наркоподібному впливу на центральну нервову систему. Кетонові тіла провокують компенсаторну гіпервентиляцію (гіперкапнію), з'являється запах ацетону при диханні, виявляються кетонові тіла в сечі.

Головною особливістю синдрому ацетонемічної блювоти дітей є висока лабільність метаболічних і водно-електролітних змін, які взаємопов'язані з кетоацидозом. Синдром ацетонемічної блювоти має тісний взаємозв'язок із фоновими станами і вегетативними синдромами.

Для клінічних проявів, крім проявів основного захворювання, типова нудота і блювоти (різної інтенсивності), поява «фруктового» запаху з рота, суха шкіра, наявність червоного рум'янцю на щоках, прояви ексікозу. У важких та дуже важких випадках — приєднання загальмованості, порушення кровообігу, олігурія, кома.

Критерії діагностики. Діагноз встановлюють за наявності ознак, зазначених нижче:

1. Діагностика основного захворювання, яке викликало виникнення вторинного синдрому ацетонемічної блювоти (відповідно протокольним вимогам).

2. Два або більше періодів нудоти (від помірної до інтенсивної) та блювоти (від помірної до стійкої) або тривалій блювоти протягом декількох годин чи днів.

3. Ліквідація вторинного синдрому ацетонемічної блювоти на фоні лікування основного захворювання.

Для діагностики вторинного синдрому ацетонемічної блювоти необхідно досліджувати у крові: рівень електролітів, гематокриту, рН, глюкози, показники транспорту солей. При необхідності досліджують: глікемічний профіль, еластазу калу, рівень аміаку, амінокислот, АКТГ, адуретичного гормону, а також кетонові тіла тощо. Крім того, потрібно вивчати інші показники, які є типовими для основного захворювання. Необхідно проводити експрес-діагностику на наявність ацетону сечі, в тому числі і в амбулаторних умовах за допомогою спеціальних тестових смужок.

В. 4. 2 Профілактика рецидивів синдрому ацетонемічної блювоти дітей

Режимні моменти: прогулянки на свіжому повітрі, рухливі ігри, заняття фізкультурою, водні процедури, сон протягом 8–10 годин, а дітям дошкільного віку — і денний сон, профілактика інфекційних захворювань [С].

Дієтичні рекомендації: виключити з харчування м'ясо молодих тварин, жирні сорти м'яса, субпродукти, шоколад, шавель, ревінь, цвітну капусту, помідори, апельсини, напої, до яких входить кофеїн, та газовану воду.

Дієтичні переваги: рослинно — молочна дієта, каші, свіжі овочі та фрукти (крім не рекомендованих), нежирна риба, сир [С].

При необхідності призначати препарати, що зменшують ризик проявів мігрені у дітей — ципрогептадин ацефіллінат [А]. Рекомендовані фітоседативні препарати.

За строгими показниками призначати препарати, що нормалізують рівень сечової кислоти, анксиолітики, ферментативні препарати.

Санаторно-курортне лікування рекомендується проводити через 3–6 місяців після виникнення синдрому ацетонемічної блювоти. Рекомендовано бальнеогрязьові курорти (Трускавець, Моршин, Закарпатська група курортів та інші).

В. 5 КИШКОВІ КОЛЬКИ

В. 5. 1 Критерії діагностики дитячих кольок

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

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

В. 5. 2 Клінічна картина кишкових кольок

Клінічна картина дитячих кольок достатньо характерна. Зазвичай, кольки вперше проявляються на 3–4-му тижні життя дитини. Найбільш характерний час доби для кольок — вечірні години. У дітей в місячному віці кишкові кольки повторюються 1–2 рази на тиждень і тривають до 30 хвилин, потім збільшується їх інтенсивність і тривалість.

Напад кольок, як правило, починається раптово, дитина голосно і 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 і 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.

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

У прояві кольок спостерігається закономірність, яка називається «правилом трьох»: кольки починаються в перші 3 тижні життя, продовжуються біля 3-х годин в день і зустрічаються переважно у дітей перших 3 місяців життя.

В. 6 ФУНКЦІОНАЛЬНА ДІАРЕЯ

В. 6. 1 Критерії діагностики функціональної діареї у дітей (Римський консенсус III, 2006)

Діагноз встановлюють при наявності всіх нижчеперерахованих ознак:

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

В. 7 ФУНКЦИОНАЛЬНИЙ ЗАКРЕП

В. 7. 1 Критерії діагностики функціонального закрепу в дітей (Римський консенсус III, 2006)

- 1) Діагноз встановлюють при наявності у дітей до 4-літнього віку протягом 1 місяця не менше 2 із наступних ознак:
 - Два або менше спорожнювання кишечника на тиждень;
 - Принаймні 1 епізод у 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 вищеперерахованих ознак супроводжується:
 - Дратівливістю;
 - Зниженням апетиту;
 - Почуттям раннього насичення.
- 3) Зазначені ознаки зникають відразу після дефекації.

В. 7. 2 Діагностична програма і спостереження

Діагностичні дослідження: симптоми ФЗ у дітей досить різноманітні та у значній мірі 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 у два-три дні до одного разу в тиждень і рідше. У деяких хворих самостійні випорожнення відсутні. У частини дітей випорожнення щоденні, але акт дефекації утруднений, або є кілька дефекацій у день малими порціями калу, без почуття задоволення після випорожнення кишечника. Кал при цьому твердий та сухий, фрагментований, у вигляді сухих темних кульок або грудок, нагадує овечий; іноді він може бути бобовоподібним.

Тривала затримка випорожнень при ФЗ приводить до хронічної калової інтоксикації, що негативно впливає на гомеостаз дитячого організму. У формуванні різних ускладнень мають значення нерво-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, проктосигмоїдит).

Спостереження. Дитина з ФЗ потребує медичного спостереження лікарем загальної практики — сімейної медицини або педіатром та підтримуючу терапію протягом 6–24 місяців. Про вудужання свідчить кількість дефекацій (більше 6 разів на тиждень), інакше необхідно продовжувати терапію.

Г. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

№ п/п	Індикатори	Порогове значення					Методика вимірювання (обчислення)	Заходи впливу
		2013	2014	2015	2016	2017		
1	Забезпечення навчання медичного персоналу медико-організаційним технологіям клінічного протоколу	75%	80%	85%	90%	95%	Кількість одиниць медичних працівників, які задіяні у виконанні медико-організаційних технологій даного клінічного протоколу і пройшли навчання x100/ загальна кількість медичних працівників, які задіяні у виконанні клінічного протоколу (фізичних осіб)	Наявність наказу по закладу про впровадження клінічного протоколу, забезпечення мотивації медичного персоналу до впровадження клінічного протоколу
2	Відсоток пацієнтів, у яких відсутні клінічні прояви хвороби при виписці	75%	80%	85%	90%	95%	Кількість дітей, у яких відсутні клінічні прояви хвороби x100/ кількість дітей, які звернулися у медичний заклад з приводу захворювання	Проведення лікувальних заходів у повному обсязі відповідно до клінічного протоколу
3	Відсутність клінічних проявів протягом року спостереження	75%	80%	85%	90%	95%	Кількість дітей, у яких не реєструється клінічні прояви хвороби протягом року x100/ кількість дітей, які звернулися в лікувальний заклад з приводу захворювання	Проведення лікувальних заходів у повному обсязі відповідно до клінічного протоколу

Директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України

М. К. Хобзей