

Шановні читачі!

Захворювання органів травлення є серйозною медико-соціальною проблемою, з якою у своїй клінічній практиці часто мають справу лікарі-педіатри, дитячі гастроентерологи, лікарі загальної практики/сімейної медицини. За даними аналізу державної статистичної звітності щодо стану здоров'я дітей віком 0-17 років, захворювання органів травлення посідають друге місце у структурі поширеності та третє місце у структурі захворюваності дитячого населення України.

З метою удосконалення надання медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення МОЗ України затвердило 20 уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із різними патологіями шлунково-кишкового тракту (Наказ від 29.01.2013 № 59). В цьому та наступному номерах публікуємо в скороченому варіанті деякі протоколи.

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДИСПЕПСІЄЮ

Б.1 Епідеміологія

Функціональна диспепсія (ФД) – це симптомокомплекс, що трапляється у дітей, старших 1 року, і характеризується дискомфортом і/або болем у верхніх відділах живота, відчуттям швидкого насичення, нудотою, блюванням, здуттям живота, якщо при обстеженні не вдається виявити будь-які органічні захворювання.

Відповідно до рекомендацій Римського III Консенсусу визначення ФД таке: симптоми, що належать до гастродуоденальної ділянки, при відсутності будь-яких органічних, системних або метаболічних захворювань, які могли б пояснити ці прояви.

Функціональна диспепсія переважає у дітей в критичні вікові періоди (4-7 і 12-15 років).

У значної кількості дітей ФД є проявом порушень регуляторних механізмів (вегетативних дисфункцій, психоемоційних і стресових факторів) або незрілості морфологічних структур у ранньому віці. Клінічні ознаки пов'язані насамперед із порушеннями моторики гастродуоденальної зони і підвищеною чутливістю рецепторного апарату шлунка до розтягнення. Більше третини випадків ФД трансформуються в хронічну запально-деструктивну патологію гастродуоденальної зони.

ФД виникає у 10-15 % дитячого населення старше 3-х років.

Б.2 Протокол медичної допомоги

Б.2.1 Амбулаторний етап

Діти з підозрою на ФД мають бути обстежені

Світовий досвід лікування дітей свідчить, що рання діагностика та лікування ФД підвищує якість життя пацієнта [Захворювання органів травлення у дітей (стандарти діагностики та лікування), Ю.В. Белоусов, 2007] (Рівень доказовості С)

Обстеження та спостереження лікарем – дитячим гастроентерологом, педіатром чи лікарем загальної практики/сімейної медицини

Лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО

При сприятливому варіанті перебігу ФД основне лікування має проводитися в амбулаторно-поліклінічних умовах

Б.2.2 Стаціонарний етап

Госпіталізація в стаціонар здійснюється для встановлення діагнозу ФД

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО

Тривалість стаціонарного лікування – в середньому 5-7 днів

Б.2.3 Діагностика

Встановлення діагнозу ФД

Світовий досвід лікування дітей свідчить, що рання діагностика та лікування ФД підвищує якість життя пацієнта [Rome III: The functional Gastrointestinal Disorders, 2006] (Рівень доказовості С)

Обсяг діагностики:

Обов'язкові дослідження:

- загальний аналіз крові,
- загальний аналіз сечі;
- езофагогастродуоденоскопія;
- інтрагастральна рН-метрія.

Додаткові дослідження (за показаннями): рентгенологічне дослідження органів ШКТ; електрогастрографія; УЗД органів черевної порожнини для виявлення супутніх захворювань.

Консультації фахівців (невролог та ін.) залежно від клінічної симптоматики основного захворювання і передбачуваних супутніх захворювань

Б.2.4 Лікування

Основні лікувальні заходи мають здійснюватися в умовах амбулаторно-поліклінічної служби

Підтверджується даними світової клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО (Рівень доказовості С)

- 1) Незалежно від кислотності й секреції – комплексні вітамінно-мінеральні препарати, стимулятори метаболізму у вікових дозах протягом 2-4 тижнів.
- 2) Антациди використовують переважно на основі гідроксиду, фосфату алюмінію, гідроксиду й оксиду магнію протягом 2-3 тижнів. Препарати дають дітям за 30 хв до або через 90 хв після вживання їжі.
- 3) Лужні мінеральні води (по 50-100 мл 2-3 рази на день, злегка підігріті, за 30-40 хв до їди) курсами по 2 тижні 2-3 рази на рік.
- 4) Репаранти (препарати з кореня солодцю по 0,05-0,1 г 3 рази на день до їди 2 тижні; суплідь вільхи по ½-1 піг. тричі на добу перед вживанням їжі 2-4 тижні та ін.
- 5) При зниженій кислотності: абомін (ацидин-пепсин) по 0,5-1 пігулці 2-3 рази до або під час їди протягом 2-3 тижнів, плантаглюцид – по 0,5-1 чайній ложці на ¼ склянки води 3 рази на день за 30 хвилин до їди протягом 2-3 тижнів.
- 6) Антисекреторні препарати: інгібітори протонної помпи (ІПП) і блокатори H₂-рецепторів гістаміну є препаратами резерву під час лікування синдрому епігастрального болю при ФД у дітей із обтяженою спадковістю щодо виразкової хвороби за неефективності вищевказаної терапії. Омепразол, пантопразол, рабепразол, езомепразол призначають у дозі 0,5-0,8 мг/кг на добу за 1-2 прийоми протягом 2-2,5 тижнів. ІПП не ефективні у дітей із постпрандіальним дистрес-синдромом. Блокатор H₂-рецепторів гістаміну 2-го покоління ранітидин призначають дітям по 2-8 мг/кг 2 рази на добу, препарат 3-го покоління фамотидин призначають у дозі 1-2 мг/кг на добу за 1-2 прийоми протягом 2-3 тижнів. Для запобігання синдрому рикошету необхідно поступово скасовувати ІПП та блокатори H₂-рецепторів гістаміну.
- 7) Прокінетика є першочерговими препаратами для лікування постпрандіального дистрес-синдрому ФД. Препарат вибору – домперидон (суспензія та ін.) – призначають у дозі 0,25 мг/кг/добу за 3 прийоми протягом до 2-3 тижнів.
- 8) Альгінати за необхідністю (до 2-4-х тижнів).
- 9) Спазмолітичні препарати та регулятори моторики (при гіпермоторній дискінезії дванадцятипалої кишки (ДПК), уповільненому спорожнюванні шлунка, пілороспазмі та інших проявах спастичного болю): міотропні спазмолітики – папаверин по 0,005-0,06 г 2 рази на добу, дротаверин – по 0,005-0,02 г 1-2 рази на день або в/м по 0,5-1 мл 2 рази на день протягом 7-10 днів, пінаверію бромід по 50-100 мг 3 рази на добу дітям шкільного віку.
- 10) При гіпотонічній дискінезії шлунка й ДПК – ЛФК, спрямована на зміцнення м'язів черевного преса.

Дітям із ФД вводяться корективи щодо способу життя

Підтверджується даними світової клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО (Рівень доказовості D)

- 1) Регуляція режиму діяльності, відпочинку, харчування.
- 2) Психотерапія згідно з рекомендаціями невролога – седатики, транквілізатори (анксіолітики), адаптогени (залежно від вегетативного статусу)

Дітям із ФД вводяться корективи щодо харчування

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО (Рівень доказовості D)

Головний принцип – урахування індивідуальної непереносимості продуктів. Виключають всі продукти, що викликають біль в епігастрії, печію, відрижку (жирні страви; копчені ковбаси; наваристі м'ясні, рибні, грибні бульйони; газовані напої; каву, цибулю, часник, редиску, гострі приправи тощо). Дозволяється вживання білого хліба (вчорашнього), сухарів із нього, сухого печива, ненаваристих супів, пюре, відвареного м'яса, парових котлет, фрикадельок (яловичина, курка, кріль, індичка), відвареної риби, каш (манна, рисова, гречана, вівсяна) із додаванням молока, макаронних виробів, відварених яєць, парових омлетів, молока, сирів, кефіру, йогуртів, киселю, желе, компотів із солодких сортів ягід і фруктів, відварених і тушкованих овочів, солодких груш, бананів, печених яблук. Вживати їжу рекомендується 4-5 разів на день

Критерії якості лікування

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО

- Відсутність клінічних проявів хвороби,
- ерадикація інфекції *Helicobacter pylori* (при необхідності),
- запобігання прогресуванню та хронізації ФД

Б.2.5 Диспансерний нагляд

Діти з ФД мають перебувати під диспансерним спостереженням протягом 3-х років

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО

Огляд лікарем загальної практики/сімейної медицини або педіатром, дитячим гастроентерологом – 1 раз на рік, ендоскопічне та інші обстеження за показаннями – 1 раз на рік.

Якщо симптоми ФД значно погіршують якість життя, то проводять курси інтермітуючої терапії по 2-3 тижні

Б.2.6 Санаторно-курортне лікування

Санаторно-курортне лікування показане у фазі ремісії ФД

Наказ МОЗ України від 12.01.2009 № 4 «Про направлення дітей на санаторно-курортне лікування в санаторно-курортні заклади (крім туберкульозного профілю)»

Направлення в санаторій та обстеження здійснює лікар – дитячий гастроентеролог, педіатр

Тривалість санаторно-курортного лікування

Наказ МОЗ України від 12.01.2009 № 4 «Про направлення дітей на санаторно-курортне лікування в санаторно-курортні заклади (крім туберкульозного профілю)»

24-30 днів

Основні принципи відновлювального лікування

Наказ МОЗ України від 28.05.2009 № 364 «Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування дітей у санаторно-курортних закладах України» (Рівень доказовості С)

Обсяг діагностики

Обов'язкові лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі.

Додаткові лабораторні дослідження: аналіз крові біохімічний (загальний білок та білкові фракції крові), копрограма (за необхідністю).

Обов'язкові інструментальні дослідження: інтрагастральна рН-метрія (за необхідністю), УЗД органів черевної порожнини.

• *Дієтичні столи:* № 2, № 5.

Мінеральні води: показані питні мінеральні води хлоридно-сульфатні, хлоридно-натрієві, гідрокарбонатно-натрієві, хлоридні магнієво-калієво-натрієві, сульфатно-хлоридні малої та середньої мінералізації (методика залежно від секретії шлунка, разова доза 5 мл/кг маси тіла дитини). При підвищеній секреторній функції шлунка мінеральну воду призначають у теплом вигляді (38 °С) за 1-1,5 години перед вживанням їжі тричі на день.

При зниженій кислотоутворювальній функції мінеральну воду з температурою 20-30 °С призначають за 20-30 хв до їди тричі на день. Хворим із нормальною секреторною функцією шлунка мінеральну воду з температурою 30-38 °С призначають за 40 хв перед уживанням їжі. Курс питного бальнеолікування до 3-4 тижнів.

• *Апаратна фізіотерапія:*

- синусоїдальні модульовані струми (СМС);
- хвилі дециметрового діапазону (ДМХ);
- електрофорез 5% броміду натрію (-) на комірцеву зону;
- електросонотерапія.

• *Пелоїдотерапія.*

• *Парафіно-озокеритові аплікації.*

• *Бальнеотерапія.*

• *Кліматотерапія* передбачає аеротерапію, повітряні, сонячні ванни, морські купання за загальноприйнятою методикою.

• *Руховий режим:* ранкова гігієнічна гімнастика, групова лікувальна фізкультура, дозована ходьба

- Положення протоколу
- Обґрунтування
- Необхідні дії

В. Клінічні прояви ФД

Діагностичні критерії постпрандіального дистрес-синдрому (ПДС) мають включати один або обидва з нижченаведених:

1) відчуття наповнення, що виникає після прийому звичайного об'єму їжі, принаймні, кілька разів на тиждень;

2) швидка насичуваність (ситість), у зв'язку із чим неможливо з'їсти звичайну порцію їжі до кінця – щонайменше кілька разів на тиждень.

Підтверджуючі критерії:

1) можуть бути здуття у верхній частині живота або нудота після вживання їжі чи надмірна відрижка; 2) може супроводжуватися ЕБС.

Діагностичні критерії синдрому епігастрального болю (ЕБС) мають включати все з нижченаведених:

1) біль або печія, локалізовані в епігастрії, як мінімум помірної інтенсивності із частотою не менше одного разу на тиждень;

- 2) біль періодичний;
- 3) немає генералізованого болю або болю, що локалізується в інших відділах живота чи грудної клітки;
- 4) немає поліпшення після дефекації або відходження газів;
- 5) немає відповідності критеріям розладів жовчного міхура й сфінктера Одді.

Підтверджуючі критерії: 1) біль може бути пекучим, але без ретростернального компонента; 2) біль зазвичай з'являється або, навпаки, зменшується після приймання їжі, може виникати й натще; 3) може супроводжуватися ПДС.

Об'єктивне дослідження: болючість при пальпації верхніх відділів живота без чіткої локалізації.

«Симптоми тривоги» (за наявності будь-якого з симптомів діагноз ФД стає неможливим):

- лихоманка;
- схуднення через незрозумілі причини;
- дисфагія;
- блювання з кров'ю;
- кров у випорожненнях;
- анемія;
- лейкоцитоз;
- збільшення ШОЕ.

Г. Діагностична програма

При ФД характерні ознаки тривають не менше 12 тижнів за останні 12 місяців; при ендоскопічному дослідженні – немає ознак запально-деструктивних змін слизової оболонки шлунка, можливі моторні порушення; при гістологічному дослідженні біоптатів слизової оболонки шлунка – відсутність ознак запалення, атрофії, активності процесу.

При інтрагастральній рН-метрії – зниження або підвищення кислотоутворювальної функції шлунка, секреції.

При рентгенологічному дослідженні верхніх відділів ШКТ – моторні порушення.

При УЗД виявляють супутню патологію жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, печінки.