

УДК 616.3

© В. Є. Хоменко, 2012.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

В. Є. Хоменко*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ***FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL FRUSTRATION AT CHILDREN OF YOUNGER AGE****V. E. Chomenko****SUMMARY**

The article deals with contemporary ideas about etiopathogenesis, clinical manifestations, diagnostic and treatment of childhood functional gastrointestinal disorders (according to Rome III criteria).

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА**В.Е. Хоменко****РЕЗЮМЕ**

В статье изложены современные определения, этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия различных нозологических форм гастроинтестинальных расстройств у детей младшего возраста (в соответствии с Римскими критериями III).

Ключові слова: функціональні гастроінтестинальні розлади, діти, Римські критерії III.

Функціональні гастродуоденальні розлади (ФГР) займають найбільший відсоток в структурі патології органів травлення у дітей молодшого віку. Сучасні уявлення з позицій доказової медицини про етіологію, патогенез, клініку та діагностику цих патологічних станів, використання світового досвіду та уніфікованої класифікації (за Римськими критеріями III) може бути корисним у педіатричній практиці.

Функціональні гастродуоденальні розлади - це порушення функції органів травлення, які пов'язані зі зміною їхньої регуляції та супроводжуються різноманітною комбінацією персистуючих або рецидивуючих гастроінтестинальних симптомів без структурних або біохімічних порушень. Функціональні шлунково-кишкові розлади можуть супроводжува-

ти нормальний розвиток дитини і залежати від розладів регуляції органа на тлі вегетативних дисфункцій, психо-емоційних та гуморальних факторів [2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 14].

Вдосконалена класифікація та нові критерії діагностики ФГР у дітей, що відповідають принципам доказової медицини, були прийняті міжнародною групою експертів з діагностики та лікування ФГР у Римі у 2006 році. Відповідно до прийнятої класифікації (табл. 1), ФГР у дітей було розподілено на дві групи: G і H. До групи G було включено ФГР, які спостерігаються у новонароджених і дітей раннього віку (до 4 років), а до групи H - ФГР, які зустрічаються у дітей та підлітків (4-18 років). В основі класифікації - головні скарги, про які сповіщають діти або їх батьки [2, 3, 6, 14].

Таблиця 1

Класифікація функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей

G. Дитячі функціональні гастроінтестинальні розлади:

Новонароджені/Діти раннього віку

G1. Регургітація в немовлят (Infant Regurgitation або дитяча регургітація)

G2. Синдром румінації в немовлят (Infant Rumination Syndrome)

G3. Синдром циклічної блювоти (Cyclic Vomiting Syndrome)

G4. Кольки в немовлят (або малюкові кольки - Infant Colic)

G5. Функціональна діарея (Functional Diarrhea)

G6. Дишезія в немовлят (дитяча дишезія - Infant Dyschezia)

G7. Функціональний закреп (Functional Constipation)

H. Дитячі функціональні гастроінтестинальні розлади:

Діти/Підлітки

H1. Блювота й аерофагія (Vomiting and Aerophagia)

- H1a. Синдром румінації в підлітків (Adolescent Rumination Syndrome)
- H1b. Синдром циклічної блювоти (Cyclic Vomiting Syndrome)
- H1c. Аерофагія (Aerophagia)
- H2. Абдомінальний біль, пов'язаний 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. Закреп і неутримання калу (Constipation and Incontinence)
- H3a. Функціональний закреп (Functional Constipation)
- H3b. Неутримання калу (Non-Retentive Fecal Incontinence)

РЕГУРГІТАЦІЯ У НЕМОВЛЯТ (МАЛЮКОВІ ЗРИГУВАННЯ) – невимушене вертання у ротову порожнину їжі, яку дитина проковтнула; може супроводжуватись витканням її з рота. На відміну від блювоти, цей процес не супроводжується участю м'язів тонкого кишечника, шлунка, стравоходу та діафрагми.

Слід зазначити, що закид шлункового вмісту у стравохід та ротову порожнину, зазвичай, є нормою у немовлят. Зригування більше одного разу на день зустрічаються у 67% здорових 4-місячних дітей. З віком частота зригувань у денні часи зменшується, і у малюків 10-12 місяців відмічається тільки у 5% випадків. Поодинокі епізоди ретроградного руху вмісту шлунку через нижній езофагальний сфінктер можуть бути варіантом норми у дітей перших років життя. Часті зригування можуть бути пов'язані з алергією на білок коров'ячого молока. Зригування, які супроводжуються швидким насиченням, відмовою від їжі, плачем, можуть бути наслідком больового синдрому. Якщо зригування зберігаються після 1 року, треба виключити вади розвитку травного тракту. Затримка фізичного розвитку, утруднення при годуванні та ковтанні, домішки крові у блювотних масах та випорожненнях, обструктивні апное, реактивні захворювання дихальних шляхів, легенева аспірація є приводом для обстеження з метою виявлення гастроєзофагальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ).

Таким чином, діагноз регургітації у немовлят віком від 3 тижнів до 12 місяців є правомірним, якщо малюк не має відхилень у стані здоров'я, зригує 2 та більше разів на день протягом 3 та більше тижнів за відсутності блювоти, домішок крові у блювотних масах, аспірації, апное, порушень загального стану, утруднень при годуванні та ковтанні, а також відсутності неправильного положення під час та/або після годування.

Природний перебіг малюкових зригувань передбачає спонтанне покращення. Лікування складається з ефективного консультування батьків стосовно

прогнозу та оптимізації догляду за дитиною. Рекомендується густа їжа, укладання дитини з піднятим головним кінцем на 50 градусів (у положенні на спині або на боці) або на 30 градусів (у положенні на животі). Не доведений позитивний ефект медикаментозного лікування регургітації [1, 2, 4, 5, 6, 14].

СИНДРОМ РУМІНАЦІЇ нечасто діагностують у малюків. Румінація - це відригування нещодавно з'їденої їжі, яку дитина знову пережовує й повторно ковтає, але при цьому відсутні ознаки якого-небудь явного органічного ураження. Хоча румінація немовлят – функціональне захворювання, цей синдром може бути загрозливим для життя психічним розладом. Малюкова румінація є наслідком порушень взаємовідносин між дитиною та особами, які за нею доглядають, зустрічається при втраті емоційного зв'язку між матір'ю та дитиною. У дітей з розумовою відсталістю румінація є проявом самозбудження. Слід пам'ятати, що тривалий синдром румінації може призвести до виснаження дитини (особливо немовлят) та ускладнень (дистальний езофагіт, персистуючий кашель, аспіраційна пневмонія).

Синдром румінації у малюків діагностують, якщо протягом 3 місяців і більше, відмічаються повторні скорочення м'язів червонного пресу, діафрагми та язика; зригування шлункового вмісту у ротову порожнину, де він знову пережовується й проковтується або відкашлюється; та наявні три або більше ознак з нижче перерахованих: 1) початок у віці 3-8 місяців; 2) відсутність ефекту від заходів, що застосовуються при гастроєзофагальній рефлюксній хворобі або від антихолінергічних препаратів, від зміни характеру харчування, при годуванні через зонд або гастростому; 3) не супроводжується нудотою або неспокоем; 4) румінація відсутня протягом сну і під час спілкування дитини з оточуючими.

Для ефективної терапії малюкового синдрому румінації необхідно забезпечити адекватне оточуюче середовище, зменшити медичні втручання для запобігання стресу та допомогти матері розуміти

фізичні та емоційні потреби дитини. Рекомендується укладати немовля з піднятим головним кінцем на 50 градусів (у положенні на спині або на боці) або на 30 градусів (у положенні на животі). Дитині пропонується густа їжа, повільне її вживання. Фармакотерапія (прокінетики, блокатори H₂-гістамінових рецепторів, інгібітори протонної помпи, трициклічні антидепресанти) малоефективна. Після одужання дитини, румінація, зазвичай, не рецидивує [1, 2, 3, 4, 6, 7, 14].

СИНДРОМ ЦИКЛІЧНОЇ БЛЮВОТИ (СЦБ) характеризується стереотипними повторними епізодами інтенсивної нудоти та блювоти, що тривають від декількох годин до декількох днів, змінюються тривалими (тижні, місяці) періодами повного благополуччя. Провокують напади: емоційне напруження, інфекційні чинники, фізичні перенавантаження. В родинному анамнезі відмічаються: мігрень, синдром подразненого кишечника, закахування. Напади можуть виникати регулярно або спорадично (від 1 до 70 на рік), зазвичай, вночі або вранці. Спостерігається стереотипність нападів. У чверті дітей відмічається продромальний період, в якому діти відчувають наближення блювоти. Під час нападу інтенсивність блювоти найбільша у перші години. Практично у всіх хворих виявляються ознаки вегетативних порушень: летаргія (патологічний стан, що характеризується ослабленням усіх проявів життя), загальмованість, сонливість, блідість шкірних покривів, слинотеча, тахікардія, головний біль, гіпертензія, фотофобія, фонофобія, непереносимість запахів, запаморочення, лихоманка, абдомінальний біль, діарея. Середня тривалість нападу складає 24-48 годин (мінімально 2 години), але може тривати протягом 10 днів і більше. Напади можуть закінчуватись спонтанно, без лікування. Симптоми дегідратації потребують призначення інфузійної терапії. У періоді видужання відмічається підвищення активності дитини, відновлення апетиту, нормалізація кольору шкірних покривів, повертаються позитивні емоції, поступово відновлюється водно-сольовий баланс.

Використовують наступні діагностичні критерії СЦБ: 1) два або більше епізодів інтенсивної нудоти й стійкої блювоти або тривалої блювоти протягом декількох годин чи днів; 2) повернення до звичайного стану здоров'я, який триває декілька тижнів або місяців.

Важливо пам'ятати, що діагноз синдрому циклічної блювоти може бути встановлений тільки за умови виключення іншої патології, що супроводжується блювотою. Неврологічного обстеження потребує виключення гліоми стовбуру мозку. Для виключення вестібুলіту на фоні неманіфестної інфекції верхніх дихальних шляхів, необхідно, крім загально-клінічних аналізів та визначення гострофазових показників, призначити консультацію отоларинголога. Симптоми, подібні до СЦБ, можуть спостерігатись при обструктивних урпатіях; це потребує лабораторного

обстеження сечі, біохімічного визначення функціональної спроможності нирок, інструментальних методів обстеження сечової системи. Для виключення метаболічних та ендокринних порушень, що супроводжуються блювотою (феохромочитома, надниркова недостатність, цукровий діабет, дефіцит орнітин-транскарбамілази або середньоланцюгової ацил-КоА-дегідрогенази, пропіонова ацидемія, порфірія), необхідно досліджувати рівень електролітів, рН, глюкози, молочної кислоти, аміаку, амінокислот, гормонів (адренкортикотропного та антидіуретичного), а також кетонів тіла, органічні кислоти тощо. Для виключення гастроінтестинальних причин блювоти (вади розвитку травного тракту, виразкові ураження, пілорична обструкція, панкреатопатія, інтермітуюча непрохідність тонкого кишечника, хронічна кишкова псевдообструкція) необхідно провести повне обстеження: загально-клінічні аналізи; біохімічні аналізи крові з визначенням білків та їх фракцій, гострофазових показників, печінкових проб, рівня електролітів; копрограма; еластаза калу; ендоскопічні обстеження стравоходу, шлунка, кишечника з дослідженням біоптату слизової оболонки та аспірату шлункового або кишкового вмісту; ультразвукове обстеження; рентгенологічне дослідження; сцинтиграфія; рН-метрія; електрогастрографія; дихальні тести на визначення хелікобактеріозу, надмірного бактеріального росту в тонкому кишечнику, зовнішньо-секреторної функції підшлункової залози, синдрому мальабсорбції тощо; імунологічні обстеження.

В лікуванні важливим є індивідуальний підхід до хворого з виключенням стресових факторів (емоційних, фізичних, харчових). Пацієнтам з частими та тривалими нападами пропонується щоденне приймання амітриптиліну, пизотифену, фенобарбіталу або пропранололу. В періоді продрому, до початку нудоти, ефективним може бути сон або пероральне застосування ондасетрона або бензодіазепінів; для пригнічення блювотного рефлексу та седації використовують лоразепам. Під час нападу симптоми можуть бути перервані внутрішньовенним введенням лоразепаму або іншого бензодіазепінового препарату тривалої дії у дозі, яка викликає заспокійливий сон. За показаннями вводяться глюкозо-сольові розчини та антагоністи H₂-гістамінорецепторів. Якщо лоразепам неефективний, призначають тривалі інфузії пропофолу або періодичні внутрішньовенні введення хлорпромазину (по 0,5-1,0 мг/кг) і дифенілгідраміну (по 0,5-1,0 мг/кг).

Ускладненням нападів може бути дефіцит рідини та електролітів, пролабуєча гастропатія, пептичний езофагіт, гіпертензія тощо [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14].

Доволі часто у малюків зустрічаються **КОЛЬКИ** - раптові і виражені напади плачу і неспокою тривалістю 3 години та більше за добу протягом 3 днів і більше на тиждень.

Крик дитини може бути викликаний абдоміналь-

ним болем або болем будь-якого іншого генезу; 10 % випадків крику – наслідок органічних хвороб. Причиною крику може бути біль, викликаний запальними явищами кишечника у зв'язку з незасвоєнням білків коров'ячого молока. Зазвичай, кольки вперше з'являються на 3-4-му тижні життя дитини, максимально проявляються у віці 6-8 тижнів, поступово зникають до 4-5 (7-8- у недоношених немовлят) місяців. Напади малюкових кольок починаються та закінчуються раптово, частіше у вечірні години. Дитина голосно і пронизливо кричить; може відмічатися почервоніння обличчя або блідість носо-губного трикутника; живіт напружений; ноги підтягнуті до живота і можуть миттєво випрямлятися, стопи часто холодні на дотик; руки притиснуті до тулуба. Іноді напад закінчується тільки після виснаження дитини або після дефекації. В період між нападами дитина спокійна, нормально прибавляє в масі тіла, має добрий апетит.

Малюкові кольки діагностують у немовлят до чотирьохмісячного віку при нападах дратівливості, неспокою або крику, які починаються і припиняються раптово, без очевидної причини; тривають 3 години та більше за добу; з'являються не менше 3 днів на тиждень протягом хоча б 1 тижня; не супроводжуються порушеннями розвитку. Діагноз малюкових кольок можна встановлювати при відсутності ознак ураження центральної нервової системи, порушень фізичного та психомоторного розвитку, а також відхилень, діагностованих при об'єктивному обстеженні. Якщо є підозра на непереносимість білку коров'ячого молока, треба тимчасово перевести дитину на суміш гідролізату білку; при підозрі на езофагіт – призначити інгібітори шлункової секреції. Ефект від цих заходів повинен спостерігатися протягом 48 годин.

Немовля з кольками треба заспокоювати будь-яким безпечним способом: ритмічне заколихування; поїздка в автомобілі (має також діагностичне значення). Тривалий крик дитини, плач після годування, почервоніння обличчя, підтягування ніг до черева викликають стурбованість оточуючих. Важливо заспокоїти батьків, пояснивши їм, що кольки зустрічаються у більшості немовлят, не представляють загрози для життя і найближчим часом повинні пройти. Після годування необхідно потримати дитину в нахиленому положенні (під кутом 45 градусів, животиком вниз) протягом 10-15 хвилин, для відходження повітря, заковтнутого під час годування. Між годуваннями і під час нападу кольок малюка викладають на живіт. Якщо в генезі кольки провідну роль відіграє метеоризм або порушення перистальтики за рахунок незрілості іннервації кишечника, то доцільно використовувати фітопрепарати з вітрогінною і м'якою спазмолітичною дією. При відсутності позитивного ефекту при кольках іноді призначаються прокінетики і спазмолітичні препарати, а для зняття гостроти болю в момент кольки можна застосовувати газо-

відвідну трубку або клізму [1, 2, 4, 6, 9, 12, 14].

Частота випорожнень у здорових малюків зменшується з віком: від 4 разів на день (в середньому) на першому тижні до 1-2 разів – у 4 роки. Діти, що годуються грудним молоком, можуть мати до 12 випорожнень за добу. До функціональних розладів дефекації у дітей відноситься ФУНКЦІОНАЛЬНА ДІАРЕЯ - безболісна дефекація 3 і більше разів на добу більшою кількістю неоформлених випорожнень протягом 4 і більше тижнів, з дебютом у періоді новонародженості або в дошкільні роки. При цьому, у дитини відсутні скарги, не спостерігається відхилень у здоров'ї, спостерігається нормальний розвиток при адекватному калоражі. Симптоми, зазвичай, зникають у шкільному віці.

При симптомах функціональної діареї необхідно з'ясувати, чи переносив малюк нещодавно кишкові інфекції, чи отримувалася послаблюючі засоби або антибактеріальні препарати, чи змінювалася дієта. Вивчення дієти має значення для виявлення перекарму; харчової алергії; надмірного вживання соків, продуктів з сорбітолом, перенавантаження вуглеводистою їжею при зменшенні кількості жиру.

Діагностичними критеріями функціональної діареї можна вважати: 1) безболісну дефекацію, що з'являється не менше 3 разів на добу, більшою кількістю неоформлених випорожнень; 2) ознаки тривають більше 4-х тижнів; 3) початок симптомів відзначається у віці 6-36-и місяців життя; 4) збільшення частоти випорожнень спостерігається під час сну; 5) відсутні відхилення у здоров'ї та розвитку при адекватному калоражі.

Для нормалізації розладів дуже важливо заспокоїти батьків і не допускати обмеження харчування, тому що може виникнути енергетична недостатність. Ведення харчового щоденника допомагає виявити продукти, які провокують прояви функціональної діареї. Корекція раціону матері, що годує груддю, усунення усіх провокуючих факторів, нормалізація психоемоційного стану в родині сприяє спонтанному зникненню функціональної діареї. Невисокий рівень доказовості мають рекомендації, стосовно використання пробіотиків та сорбентів [1, 2, 4, 5, 6, 14].

У дітей перших місяців життя може траплятися МАЛЮКОВА ДИСХЕЗІЯ – напруження, пронизливий крик, почервоніння шкіри обличчя за 10-20 хвилин до відходження м'яких або рідких випорожнень. Ці симптоми, зазвичай, зникають спонтанно після декількох тижнів. До малюкової дисхезії призводить неспроможність дитини скоординувати підвищення внутрішньочеревного тиску з послабленням м'язів тазового дна.

Якщо у дитини першого півріччя життя спостерігається напруження та крик протягом, принаймні, 10 хвилин перед звичайними випорожненнями, і відсутні інші проблеми зі здоров'ям, доречно діагностувати малюкову дисхезію. Діагностиці допома-

гає вивчення анамнезу, з'ясування дієти, фізикальне обстеження з пальцевим ректальним дослідженням (для виключення аноректальних аномалій), оцінка фізичного розвитку.

Важливо запевнити батьків, що протягом декількох тижнів дитина навчиться координувати розслаблення м'язів тазового дна та підвищення внутрішньочеревного тиску. При цьому, треба виключити ректальну стимуляцію та послаблюючі засоби [1, 2, 6, 14].

Однією з найпоширеніших патологій шлунково-кишкового тракту у дітей молодшого віку є ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ЗАКРЕП (ФЗ). Причиною 3-5% амбулаторних звернень до педіатра та 25% консультацій дитячого гастроентеролога є закреп. Функціональний характер мають 95% закрепів. У 40% випадків симптоми функціонального закрепу з'являються на першому році життя. Нерідко цей розлад спостерігається в період навчання малюка гігієнічним навичкам (у 2-4 роки). ФЗ – патологія, пов'язана з порушенням функцій кишечника, що проявляється збільшенням інтервалів між дефекаціями (порівняно з індивідуальною нормою) або систематичним недостатнім спорожнюванням кишечника, і в основі якої немає органічних ушкоджень. Болюча дефекація, що спонукає дитину уникати цього акту, вважається основною причиною, що призводить до ФЗ. Початок симптомів, зазвичай, припадає на один з трьох періодів: 1) перехід з грудного вигодовування на штучне або введення твердого прикорму; 2) під час придбання гігієнічних навичок, коли малюки намагаються керувати дефекацією і відчують біль; 3) коли діти починають відвідувати садочок і уникають дефекації під час перебування в дитячому колективі. Іншими причинами ФЗ можуть бути: кількісний недокорм; нестача у раціоні харчових волокон; надлишкове вживання жирів, білків або протертих страв; недостатнє вживання рідини; порушення режиму харчування; соціальна дезадаптація; рефлекторний вплив при ураженнях інших органів; перинатальні ураження ЦНС; функціональна незрілість нервової системи; перенесені кишкові інфекції, що призводять до порушень в інтрамуральних гангліях; глистові інвазії; харчова алергія. В основі патогенезу ФЗ лежать розлади моторної функції товстої кишки, що виникають внаслідок дискоординації її тонічних та пропульсивних скорочень, порушення м'язового тону кишки, а також зміни збудливості вегетативної нервової системи.

Симптоми ФЗ у дітей досить різноманітні і, у значній мірі, залежать від характеру патологічних станів, що стали причиною закрепу. Частота дефекацій також може бути різною: від одного разу у дві-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 відчуття випорожнення кишечника. Супутніми симптомами, які зникають після дефекації,

можуть бути: дратівливість, зниження апетиту або швидке насичення. Прогресивне накопичення фекальних мас у прямій кишці може приводити до дистонії м'язів тазового дна та анального сфінктера, що проявляється неутриманням кала (мимовільне виділення фекальних мас під час розслаблення м'язів тазового дна або анального сфінктера). Цей симптом мають 84% дітей з ФЗ. При тривалому ФЗ може відмічатися посилення вегетативних дисфункцій, емоційна нестабільність, дисбіоз кишечника, гіповітаміноз, зниження імунітету, алергічні прояви, травмизація слизової оболонки прямої кишки при дефекації (тріщини анального каналу), а також розвиток реактивного запалення (проктит, проктосигмоїдит).

ФЗ діагностують при наявності у дітей до 4-літнього віку не менш 2 з наступних ознак протягом 1 місяця: 1) не більше 2 дефекацій за тиждень; 2) неутримання калу після придбання дитиною гігієнічних навичок (1 раз на тиждень і більше); 3) ознаки затримки дефекації в анамнезі; 4) ознаки болючих дефекацій або наявність твердих випорожнень; 5) наявність великої кількості фекальних мас у прямій кишці; 6) вказівки на випорожнення каловими масами великого діаметру в анамнезі. ФЗ можна діагностувати на підставі анамнезу (термін першого відходження меконію, час початку скарг, особливості випорожнень, наявність супутніх ознак, вказівки на стримування дитиною дефекацій, наявність неврологічних порушень та проблем з боку сечової системи), а також об'єктивного обстеження (виявлення накопичення фекальних мас при пальпації черева, зовнішнє обстеження періанальної ділянки для виключення спинального дизрафізма, пальцеве ректальне обстеження для виявлення накопичення фекальних мас та визначення анального рефлексу).

Для виключення органічної патології при втраті маси тіла, гіпертермії, гепато-спленомегалії, появи крові у випорожненнях, змінах у клінічному та біохімічному аналізах необхідно провести повне обстеження. Окрім загально-клінічних аналізів, проводять біохімічне обстеження крові (білки, їх фракції, гостро-фазові показники, електроліти, печінкові проби); копрологічне дослідження; діагностику глистової інвазії; аналіз калу на дисбактеріоз; дихальні тести на визначення надмірного бактеріального росту в кишечнику та на мальабсорбцію; діагностику гіпотиреозу (ТТГ, Т3, Т4). Після ректального пальцевого обстеження проводять ректороманоскопію, колоноскопію з гістологічною оцінкою біоптату; рентгенологічне обстеження (для виключення структурних аномалій); радіологічні методи дослідження транзитної та евакуаторної функції кишки. У деяких випадках для виключення органічної патології застосовують ультразвукове дослідження з попереднім заповненням товстої кишки розчином крохмалю або ендоректальну сонографію. Для виключення проблем зі спинним мозком, крім неврологічного об-

стеження, призначають МРТ – дослідження; для діагностики псевдообструкції кишечника (яка проявляється закрепом, вздуттям черева, блювотою), пов'язаної з патологією нервової системи або міопатією, додатково використовують фонометричні методи (електроміографія, балонетрія, сфинктерометрія).

Безперечно, чим раніше діагностують функціональний закреп, тим ефективніше лікування. Першим кроком у терапії повинно бути роз'яснення проблеми в родині: батьки повинні знати, що ФЗ – не загрозливий стан і, з часом, зникає; що навчання гігієнічним навичкам не повинно мати примушувальний характер; що позитивний результат треба заохочувати. Для того, щоб дитина змогла контролювати випорожнення, дефекація повинна бути безболісною. Цьому сприяє: розм'якшення калових мас за допомогою вживання послаблюючих засобів (лактозула, поліетиленгліколь, мінеральні масла, молочко магnezії); рухливий режим з фізичними вправами; корекція харчування (рекомендується збільшення кількості рідини, кисломолочні продукти, чорний хліб з висівками, овочі, некіслі сорти ягід та фруктів, рослинна олія, вівсяна каша, сухофрукти; доречно виключення з раціону бульйонів, протертої їжі, рисової та манної каші, киселів, компотів із груш та чорниці, міцного чаю, кави, айви, гранату). Лише при неефективності зазначених заходів у терапію ФЗ можуть бути включені нетривалим курсом окремі проносні засоби, що викликають хімічне подразнення рецепторів слизової оболонки кишечника (корінь ревеню, кора жостеру, лист сени, кафіол, регулак) або очисні клізми [1, 2, 4, 5, 6, 10, 14].

ВИСНОВКИ

Розуміння суті проблеми функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей молодшого віку дозволяє виключити зайві лабораторно-інструментальні та медикаментозні втручання; допомагає диференціювати функціональні захворювання з органічними; сприяє адекватній терапії та запобіганню прогресування патології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, 10-й перегляд. - Всесвітня організація охорони здоров'я, 1998. - 685 с.
2. III Римський Консенсус (Римські критерії) - 2005, щодо функціональних захворювань органів травлення
3. Майданник В.Г. Римські критерії III (2006) діагностики функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей. Педіатрія, акушерство та гінекологія. 2007; (3): 5-13.
4. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Хавкин А.И., Эйберман А.С. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. М; 2005:36
5. Бердникова Е.К., Кешишян Е.С. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. Consilium Medicum. Педиатрия. 2007; 9(1):13-17.
6. Бордий Т. Римские критерии III, 2006. З турботою про дитину. 2010; (7-9):28-31, 30-33, 26-29
7. Гастроэнтерология детского возраста/Под ред. С.В.Бельмера, А.И.Хавкина. - М.: ИД Медпрактика-М, 2003. - 360 с.
8. Детская гастроэнтерология /Под ред. С.В. Бельмера, А.И.Хавкина. - М., 2001. - 692 МБ.
9. Захарова И.Н., Сугян Н.Г. Кишечные младенческие колики и их коррекция. Consilium Medicum Ukraina. 2008; (7):38-41.
10. Левко М. Функциональные заболевания пищеварительного тракта у детей. З турботою про дитину. 2009; (4):26-29.
11. Biggs W.S., Dery W.H. Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and Children. Am Fam Physician 2006;73:469-482.
12. Cohen-Silver J., Ratnapalan S. Management of infantile colic: a review. Clin Pediatr (Phila). 2009;48(1):14-17.
13. Chelimsky T.C., Chelimsky G.G. Autonomic abnormalities in cyclic vomiting syndrome. J.Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2007; 44(3):326-330
14. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. Gastroenterology. 2006; 130(5):1377-1390.