

Утверждено
на Экспертной комиссии
по вопросам развития здравоохранения
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
протокол №10
от «04» июля 2014 года

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ У ДЕТЕЙ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Функциональная диспепсия у детей.

2. Код протокола

3. Код(ы) по МКБ-10:

К 30 Диспепсия

4. Сокращения, используемые в протоколе

АлТ - аланинаминотрансфераза

АсТ – аспартатаминотрансфераза

ДПК – двенадцатиперстная кишка

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ОАК – общий анализ крови

ОАМ – общий анализ мочи

СОЖ – слизистая оболочка желудка

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФЭГДС – фиброэзофагогастродуоденоскопия

ЦНС – центральная нервная система

ЭБС – эпигастральный болевой синдром

ЭКГ – электрокардиография

H. pylori – хеликобактер пилори

IgG – иммуноглобулин G

5. Дата разработки протокола: 2014 год.

6. Категория пациентов: дети.

7. Пользователи протокола: детские гастроэнтерологи, педиатры, врачи общей практики, врачи скорой медицинской помощи, фельдшеры.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

8. Определение

Функциональная диспепсия – симптомокомплекс у детей старше одного года, включающий в себя боли, дискомфорт или чувство переполнения в подложечной области, связанные или не связанные с приемом пищи или физическими упражнениями, раннее насыщение, вздутие живота, тошноту, срыгивание, непереносимость жирной пищи и др., продолжительностью не менее 3 месяцев за последние 6 месяцев, при котором в процессе обследования не удается выявить какое-либо органическое заболевание.

9. Классификация функциональной диспепсии [4]:

- *постпрандиальный дистресс-синдром* (боли или дискомфорт, возникающие после приема обычного объема пищи, часто сочетающиеся с быстрой насыщаемостью);
- *синдром эпигастральной боли* (периодические боли в эпигастральной области, не связанные с приемом пищи, дефекацией и при отсутствии признаков нарушений желчевыводящих путей).

10. Показания для госпитализации:

Показания к экстренной госпитализации: не проводится.

Показания к плановой госпитализации:

- длительность заболевания (более 3-х месяцев);
- неэффективность амбулаторного лечения;
- выраженный болевой синдром (при исключении острой хирургической патологии);
- выраженный диспептический синдром.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК (6 параметров);
- Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, тимоловая проба, билирубин);
- ОАМ;
- Неинвазивная диагностика *H. pylori*;
- Исследование кала на простейшие и гельминты;
- Исследование кала (копрограмма);
- УЗИ органов брюшной полости.

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- Определение *H.pylori* в сыворотке крови ИФА-методом;
- ФЭГДС;
- ЭКГ;
- Бактериологическое исследование кала на дисбактериоз;
- Исследование перианального соскоба.

11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:

- ОАК (6 параметров);
- Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, тимоловая проба, билирубин);
- ОАМ;
- Исследование кала (копрограмма);
- Исследование перианального соскоба.

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования, не проведенные на амбулаторном уровне):

- ОАК (6 параметров);
- Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, тимоловая проба, билирубин, креатинин, определение общей альфа-амилазы в крови);
- ИФА (определение суммарных антител к *H.pylori* в сыворотке крови);
- ОАМ;
- Определение общей альфа-амилазы в моче;
- Обнаружение скрытой крови в кале;
- Исследование кала на простейшие и гельминты;
- Исследование кала (копрограмма);
- ФЭГДС;
- УЗИ органов брюшной полости.

11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования, не проведенные на амбулаторном уровне):

- Обнаружение *H.pylori* методом ПЦР
- Иммунограмма;
- Суточная рН метрия;
- Исследование дуоденального содержимого;
- Гистологическое исследование биоптата СОЖ и ДПК;
- КТ органов брюшной полости (при симптомах «тревоги»);
- МРТ органов брюшной полости (при симптомах «тревоги»);
- Рентгеноскопия органов брюшной полости;
- Электроэнцефалография;
- Реоэнцефалография.

12. Диагностические критерии:

12.1 Жалобы и анамнез:

Жалобы:

Постпрандиальный дистресс-синдром: [4]:

- беспокоящее чувство полноты после еды, возникающее после приема обычного объема пищи;
- быстрая насыщаемость (сытость);
- вздутие живота;
- тошнота после еды;
- отрыжка.

Симптомы ЭБС [4]:

- боль или изжога, локализованная в эпигастрии, без ретростернального компонента;
- боль периодическая, жгучая, несвязанная с приемом пищи;
- отсутствие облегчения после дефекации или отхождения газов.

Постпрандиальный дистресс-синдром и ЭБС могут сочетаться.

Анамнез:

- генетическая предрасположенность;
- психосоциальные факторы (стрессы, физические нагрузки).

12.2 Физикальное обследование [4,6,7]:

- обложенность языка;
- болезненность при пальпации в эпигастрии, в области пупка и пилородуоденальной зоне, правом подреберье, левом подреберье;
- диспептические проявления;
- отсутствие симптомов «тревоги» (необъяснимая потеря массы тела, повторяющаяся рвота, прогрессирующая дисфагия, кровотечения из ЖКТ);
- синдром вегетативной дистонии (гипергидроз ладони и стоп, стойкий красный дермографизм, артериальная гипотензия).

12.3 Лабораторные исследования:

ИФА: отсутствие/обнаружение антител к Н.р. (IgG, IgA).

12.4 Инструментальные исследования [2,3,5]:

ФЭГДС: отсутствие патологических изменений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки.

12.5 Показания для консультации специалистов

- консультация оториноларинголога – с целью выявления хронических очагов инфекции и их санации;
- консультация стоматолога – с целью выявления хронических очагов инфекции и их санации;

- консультация невролога – с целью исключения неврологических заболеваний;
- консультация эндокринолога – с целью исключения эндокринологических заболеваний;
- консультация психолога – с целью исключения психосоматической симптоматики.

12.6 Дифференциальный диагноз [3, 5, 7]:

Таблица 1. Критерии дифференциальной диагностики функциональной диспепсии

Заболевание	Клинические критерии	Лабораторно-инструментальные показатели
Катаральный эзофагит	Боль за грудиной или высоко в эпигастрии у мечевидного отростка грудины сжимающего характера или жгучая во время еды или после приема пищи, при быстрой ходьбе, беге, глубоком дыхании. Изжога, усиливающаяся при наклоне туловища, лежа, при подъеме тяжестей	При эндоскопии - гиперемия слизистой оболочки пищевода, утолщение складок
Хронический гастродуоденит	Локализация боли в эпигастрии боли в области пупка и пилородуоденальной зоне; выраженные диспептические проявления (тошнота, отрыжка, изжога, реже - рвота); сочетание ранних и поздних болей;	Эндоскопические изменения на слизистой оболочке желудка и ДК (отек, гиперемия, кровоизлияния, эрозии, атрофия, гипертрофия складок и т.д.)
Хронический холецистит	Боли в правом подреберье, болезненность при пальпации в области проекции желчного пузыря, субфебрилитет или периодические подъемы температуры до фебрильных цифр, интоксикация	В крови - лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренное СОЭ. При УЗИ - утолщение стенки желчного пузыря, хлопья слизи в нем, застой желчи, периваскулярная реакция.
Хронический панкреатит	Локализация боли слева выше пупка с иррадиацией влево, может быть опоясывающая боль, интоксикация	Повышение амилазы в моче и крови, активность трипсина в кале, стеаторея, креаторея. При УЗИ - увеличение размеров железы и изменение ее эхологической плотности

Хронический энтероколит	Локализация боли вокруг пупка или по всему животу, уменьшение их после дефекации, вздутие живота, плохая переносимость молока и молочных продуктов, овощей фруктов, неустойчивый стул отхождение газов	В копрограмме - амилорея, стеаторея, креаторея, слизь, возможны лейкоциты, эритроциты, признаки нарушенного микробиоценоза кишечника
Язвенная болезнь	Боли натошак, «преимущественно» поздние, через 2-3 часа после еды. Возникают остро, внезапно, болезненность при пальпации резко выражена, определяется напряжение брюшных мышц, зоны кожной гиперестезии, положительный симптом Менделя.	При эндоскопии - глубокий дефект слизистой оболочки окруженный гиперемированным валом, могут быть множественные язвы.

13. Цели лечения:

- Купирование болевого синдрома;
- Нормализация моторных нарушений.

Выбор лечебных мероприятий зависит от клинического варианта функциональной диспепсии.

14. Тактика лечения

14.1 Немедикаментозное лечение

Режим:

Режим 1 – постельный;
 Режим 2 – полупостельный;
 Режим 3 – общий.

Диета №1 (в период обострения);

Диета №5 (в период ремиссии) в зависимости от индивидуальной переносимости продуктов.

Необходимо исключить:

- животные жиры, копченые блюда,
- крепкие мясные, рыбные и грибные бульоны, щи, борщи,
- ржаной хлеб, свежая выпечка, блины,
- газированные напитки, кофе,
- редис, острые приправы.

Допускается употребление в пищу следующих продуктов:

- белый хлеб, лучше вчерашний, сухари из белого хлеба, сухое несдобное печенье;
- вегетарианские супы, супы на некрепких бульонах, супы-пюре,
- отварное мясо, паровые котлеты, фрикадельки (говядина, курица, кролик, индейка), отварная рыба;
- каши (манная, рисовая, гречневая, овсяная) с добавлением молока,
- макаронные изделия, яйца всмятку, паровые омлеты,
- молоко цельное и сгущенное, творог, кефир, йогурт, неострый сыр,
- кисель, желе, компот из сладких сортов ягод и фруктов,
- отварные овощи (свеклы, картофеля, кабачков, тыквы, цветной капусты),
- сырая тертая морковь, сладкие груши без кожуры, бананы, печеные яблоки.

14.2 Медикаментозное лечение [2, 3, 4, 5, 7]

- Антисекреторная терапия;
- Коррекция моторных нарушений;
- Эрадикационная терапия при наличии Н.р.;
- Нормализация деятельности ЦНС.

Таблица 2. Медикаментозное лечение функциональной диспепсии

Лечебные мероприятия:	Группы препаратов	Наименование препарата, дозировка, продолжительность
Антисекреторная группа	Ингибиторы протонной помпы	Омепразол, 0,5-1 мг/кг/сутки, 10 дней
		Рабепразол, 0,5-1 мг/кг/сутки, 10 дней
	Антацидные средства	Алгелдрат+магния гидроксид, 1-3 пакетика, 3-5 дней
Коррекция моторно-эвакуаторных нарушений	Прокинетики	Домперидон — в дозе 0,5-1 мг/кг массы тела/сутки 7-10 дней
		Метоклопрамид в дозе 0,5-1 мг/кг массы тела/сутки 1-3 дня
		Тримебутин детям с 12 лет по 50 мг 3 раза в сутки 7-10 дней
	Спазмолитические препараты	Мебеверин с 6 лет в дозе 2,5 мг/кг в 2 приема за 20 мин до еды 5-7 дней
Папаверин назначают детям старше 10 лет по 0,005–0,06 г 2 раза в сутки 3-5 дней		
		Дротаверин назначают

		детям до 6 лет внутрь по 0,01–0,02 г 1–2 раза в сутки, детям 6–12 лет по 0,02 1–2 раза в сутки 3-5 дней.
		Пинаверия бромид по 50–100 мг 3 раза в день детям школьного возраста 7-10 дней.
Эрадикационная терапия	Антибактериальная терапия	Кларитромицин 7,5 мг/кг/сутки, 10 дней
		Метронидазол 20-40 мг/кг/сутки, 10 дней
		Амоксициллин 25 мг/кг/сутки, 10 дней
Нормализация деятельности ЦНС	Седативная терапия	Павлова микстура, 0,5-1 чайная ложка 2-3 раза в день, 10-12 дней Экстракт валерианы, 100-200 мг/сутки, 10-12 дней
Улучшение пищеварения	Ферментотерапия	Панкреатин по 500-700 ЕД липазы на / кг веса в сутки, 7-10 дней

14.2.1 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения)

- Омепразол, капсулы, таблетки 20 мг;
- Рабепразол капсулы, таблетки 20 мг;
- Домперидон таблетки 10 мг;

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения).

- Кларитромицин таблетки 250 мг, 500 мг;
- Метронидазол 250 мг;
- Амоксициллин 250 мг, 500 мг, 1000 мг;
- Алгелдрат + магния гидроксид суспензия, пакетик;
- Павлова микстура флакон, 200 мл;
- Экстракт валерианы таблетки 0,02.

14.2.2 Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения)

- Омепразол, капсулы, таблетки 20 мг;
- Рабепразол капсулы, таблетки 20 мг;
- Алгелдрат+ магния гидроксид, пакетик;
- Кларитромицин таблетки 250 мг, 500 мг;
- Метронидазол таблетки 250 мг;
- Амоксициллин таблетки 250 мг, 500 мг, 1000 мг;
- Домперидон таблетки 10 мг;
- Метоклопрамид 0,5% ампулы по 2 мл.

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения)

- Тримебутин – таблетки 200 мг с 12 лет;
- Гиосцинбутилбромид (драже 10 мг, раствор для инъекций: 1 мл в ампулах, свечи 10 мг);
- Мебеверин капсулы 200 мг;
- Папаверин таблетки 0,01 г; 0,04 г.
- Дротаверин таблетки 40 мг.
- Пинаверия бромид таблетки 50мг
- Панкреатин таблетки, капсулы по 4500 Ед, 10 000 Ед.

14.2.3 Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи: не проводится.

14.3. Другие виды лечения: не проводится.

14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:

14.3.2 Другие виды, оказываемые на стационарном уровне:

14.3.3 Другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой неотложной помощи:

14.4. Хирургическое вмешательство: не проводится.

14.4.1 хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях:

14.4.2 Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:

14.5. Профилактические мероприятия

Первичная профилактика:

- Правильное питание в соответствии с возрастом ребенка (режим, ритм, сбалансированность);
- отказ от вредных привычек;
- обследование на гельминтозы;
- санация полости рта;
- минимизация воздействия вредностей;
- соблюдение гигиенических правил.

Вторичная профилактика:

- диетическое питание в соответствии с особенностями функционального состояния желудка;

- регулярная физическая активность;
- закаливание.

14.6 Дальнейшее ведение

После выписки из стационара ребенка осматривают гастроэнтеролог, врач общей практики, педиатр:

1 раз в 6 месяцев в первый год;

1 раз в год – в последующие годы с проведением ФЭГДС;

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе

- купирование болевого и диспепсического синдромов;
- выздоровление.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

16. Разработчики

1) Мырзабекова Г.Т. – д.м.н., РГП на ПХВ «Алматинский государственный институт усовершенствования врачей», доцент, заведующая кафедрой педиатрии;

2) Мамбетова И.З. – к.м.н., РГП на ПХВ «Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», доцент кафедры амбулаторно-поликлинической педиатрии;

3) Оспанова З.М. – к.м.н., доцент, Национальный координатор по стратегии ИВБДВ АО «Национальный научный центр материнства и детства», главный внештатный специалист МЗ РК.

4) Худайбергенова М.С. – АО «Национальный научный медицинский центр», клинический фармаколог.

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: отсутствует.

18. Рецензент

Уразова С.Н., д.м.н., АО «Медицинский университет Астана», заведующая кафедрой общей врачебной практики № 2.

19. Условия пересмотра протокола:

Пересмотр протокола через 3 года и/или при появлении новых методов диагностики и/или лечения с более высоким уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

1) Moayyedi P, Delaney BC, Vakil N et al. The efficacy of proton pump inhibitors in nonulcer dyspepsia: a systematic review and economic analysis. *Gastroenterology* 2004; 127: 1329–37.

2) Moayyedi P, Soo S, Deeks J et al. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane upper gastrointestinal and pancreatic diseases group. Cochrane Database Syst Rev* 2003; 3: CD001960

- 3) Бельмер С. В., Хавкин А. И. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. В кн.: Практическое руководство по детским болезням. Под общей редакцией проф. В. Ф. Коколиной и проф. А. Г. Румянцева. Том II. Гастроэнтерология детского возраста. Под ред. С. В. Бельмера, А. И. Хавкина, П. Л. Щербакова. Изд. 2-е, перераб. и доп. М., Медпрактика-М. 2010. С. 30–51.
- 4) Rome III: The Functional Gastrointestinal Disorders. Douglas A. Drossman (Editor). Degnon Associates, Inc.; 3 rd edition. 2006. 1048 p.
- 5) Баранов А.А., Володина Н.Н. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний. Книга 2. Руководство для практикующих врачей. Москва, Изд-во Литерра, 2007. С.187-196.
- 6) Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology* 2006; 130 (5): 1377–90.
- 7) Tack J, Talley NJ, Camilleri M et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130 (5): 1466–79.
- 8) Seno H, Nakase H, Chiba T. Usefulness of famotidine in functional dyspepsia patient treatment: comparison among prokinetic, acid suppression and antianxiety therapies. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21 (Suppl. 2): 32–6.