

Функциональная диспепсия у детей – современный взгляд на проблему

Авторы:

Налетов А.В. – д.м.н., проф., зав. кафедрой
педиатрии №2,

Исмаилова А.Д. – ординатор кафедры
педиатрии №2

Бораева Т.Т. – д.м.н., проф., зав. кафедрой детских
болезней №1 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава РФ



Определение

- **Функциональная диспепсия** (МКБ-Х К30) – симптомокомплекс, боль в эпигастральной и/или околопупочной области в сочетании с 1 симптомом и более:
 - ✓ чувство переполнения в животе после приема пищи;
 - ✓ раннее насыщение;
 - ✓ тошнота;
 - ✓ отсутствие органических, системных или метаболических заболеваний, которыми можно было бы объяснить эти проявления.



Эпидемиология

- Распространенность ФД у детей и взрослых в разных странах сильно варьирует, что связано с использованием различных диагностических критериев, разной интерпретацией выраженности симптомов.
- Среди европейцев функциональная диспепсия встречается у 20% лиц, в США – у 29%, а в Корее – у 11%.
- По данным эпидемиологических исследований в Российской Федерации различные формы функциональных расстройств органов пищеварения диагностируют у 30–40% детей, у 11,8–46% из них отмечается ФД.

*Рекомендации Общества детских гастроэнтерологов,
гепатологов и нутрициологов, 2022г.*



Классификация

```
graph TD; A[Классификация] --> B[Постпрандиальный дистресс-синдром]; A --> C[Синдром эпигастральной боли]; B --> D[чувство переполнения после еды или раннее насыщение, которое опережает обычное время окончания приема пищи]; C --> E[сильная боль, которая препятствует занятию повседневными делами. боль локализуется в эпигастрии или околопупочной области, не распространяясь в другие отделы (за грудину, в боковые или нижние отделы живота), не уменьшается после дефекации или отхождения газов.];
```

Постпрандиальный дистресс-синдром

- чувство переполнения после еды или раннее насыщение, которое опережает обычное время окончания приема пищи

Синдром эпигастральной боли

- сильная боль, которая препятствует занятию повседневными делами.
- боль локализуется в эпигастрии или околопупочной области, не распространяясь в другие отделы (за грудину, в боковые или нижние отделы живота), не уменьшается после дефекации или отхождения газов.

Этиологические факторы

- социальная дезадаптация;
- психологическое напряжение;
- стресс;
- утомление;
- нарушение режима сна, учебы и отдыха.



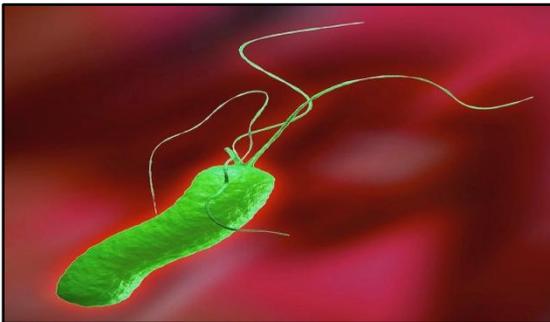
Факторы нарушающие мукозальный гомеостаз



➤ прием лекарственных препаратов (противовоспалительные, антибиотики);



➤ пищевая аллергия;



➤ инфекция *Helicobacter pylori*.

Этиологические факторы



Около 20% случаев ФД развиваются после перенесенных острых кишечных инфекций и пищевых токсикоинфекций.

Патогенез



Патогенез

- В генезе симптомов ФД принимают участие нарушения моторики гастродуоденальной зоны: гастроэзофагеальный и дуоденогастральный рефлюксы, нарушение желудочной аккомодации, замедление эвакуации из желудка и двенадцатиперстной кишки.
- Вследствие комплекса механизмов формируется висцеральная гиперчувствительность стенок желудка и ДПК, которая приводит к возникновению и персистированию симптомов под влиянием любых стимулов.



Воспаление слизистой оболочки желудка и/или ДПК минимальной степени активности возможно при функциональной диспепсии и не противоречит этому диагнозу!

Патогенез

ФД может выступать как гастроэнтерологическая «маска» вегетативной дисфункции отдельно или в сочетании с проявлениями дисфункции других отделов пищеварительной системы или других систем организма.



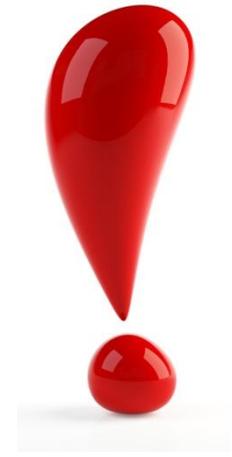
Патогенез

- Один из возможных механизмов развития ФД – **нарушение секреции гуморального регулятора органов пищеварения грелина** – пептида, синтезируемого энтероэндокринными клетками, который активирует моторную активность желудка и ДПК, желудочную секрецию, а также вызывает чувство голода, стимулируя аппетит через прямое воздействие на центральную нервную систему.
- В развитии моторных нарушений при ФД может иметь значение изменение уровня гастрина и холецистокинина.



Роль инфекции *H. pylori*

- Инфекция *H. pylori* может играть определенную роль в развитии симптомов диспепсии, способствуя **изменению желудочной секреции и усилению висцеральной гиперчувствительности.**
- Нет доказательств, что ассоциированный с *H. pylori* гастрит вызывает симптомы диспепсии.



Диагностика

Обязательные методы обследования детей с ФД:

- общий анализ крови,
- общий анализ мочи;
- ультразвуковое исследование брюшной полости (позволяет уточнить состояние печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, исключить хирургическую патологию).



Диагностика

Методы обследования второй линии:

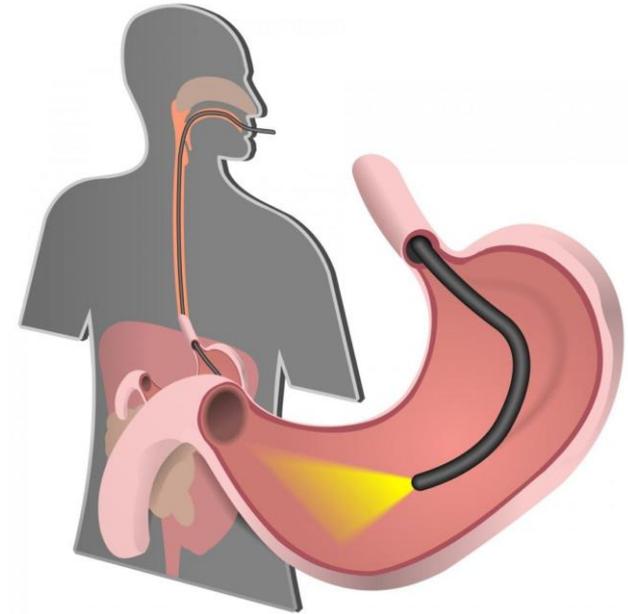
- биохимический анализ крови (С-реактивный белок, сывороточное железо);
- анализ кала на скрытую кровь (fecal immunochemical test);
- анализ кала на цисты лямблий/ПЦР кала на антигены лямблий;
- ультразвуковое исследование органов малого таза (девочки-подростки);
- лактулозный дыхательный тест.



Эзофагогастродуоденоскопия

Показания для проведения:

- эпидемиологические (мужской пол, подростковый возраст, семейный анамнез, отягощенный по язвенной болезни);
- клинические (ночные боли, голодные боли, редкая сильная боль);
- неэффективность стандартной терапии в течение 2 недель;
- наличии у ребенка **СИМПТОМОВ** «тревоги».



Симптомы тревоги

- семейный анамнез, отягощенный по ВЗК, целиакии или ЯБ;
- дисфагия, одинофагия;
- рецидивирующая рвота;
- признаки желудочно-кишечного кровотечения;
- артрит;
- необъяснимая потеря массы тела;
- замедление линейного роста;
- задержка пубертатного периода
- необъяснимая лихорадка;
- наличие в крови признаков воспаления (лейкоцитоз, увеличение СОЭ);
- неэффективность стандартной терапии «функционального расстройства» в течение 2 нед.



Диагностика

- Обследование в целях выявления *H. pylori* детей с диспепсией показано в случае, если при выявлении возбудителя обоснована эрадикационная терапия.
 - отягощенная по ЯБ наследственность;
 - рак желудка,
 - рефрактерная железододефицитная анемия,
 - идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура,
 - желание пациента и его родителей после обсуждения с врачом потенциального риска побочных эффектов и пользы от предполагаемого лечения.





Лечение. Диетотерапия

- Питание должно быть полноценным;
- Исключаются продукты, содержащие кофеин, острые, жирные продукты;
- Рекомендуется избегать обильных приемов пищи;
- Ужин – не менее чем за 3 часа до сна.



Лечение. Медикаментозное лечение

- **Прокинетики.** Домперидон вызывает блокаду периферических дофаминовых рецепторов, что предотвращает расслабление гладкой мускулатуры желудка и верхних отделов кишечника, в норме вызываемое дофамином. Тем самым повышается тонус сфинктеров пищевода, желудка и верхних отделов кишечника, ускоряется их опорожнение за счет усиления холинергических влияний.
- **Координатор кишечной моторики (Тримебутин)** – действует на всем протяжении желудочно-кишечного тракта и оказывает умеренный анальгетический эффект при абдоминальном болевом синдроме за счет нормализации висцеральной чувствительности. У пациентов с ФД применение тримебутина обосновано его способностью увеличивать давление в нижнем пищеводном сфинктере, нормализовать скорость опорожнения желудка.
- **Спазмолитики** – при выраженном абдоминальном болевой синдроме.

Лечение. Медикаментозное лечение

- **Ингибиторы протонного насоса** – высокий уровень эффективности при синдроме эпигастральной боли.
- **Антациды** – снижают периферическую гиперчувствительность за счет кислотонейтрализующих и мукоцитопротективных свойств.
- **Седативные средства растительного происхождения** (на основе валерианы, пустырника).
- Низкие дозы **трициклических антидепрессантов (амитриптилин и имипрамин)** – в случае торпидности к терапии перечисленными средствами после консультации психотерапевта.

Лечение. Физические методы

В дополнение к медикаментозной терапии активно используются физические методы лечения:

- питье гидрокарбонатно-хлоридных натрий-кальциевых вод малой и средней минерализации;
- интерференц-терапия;
- электросон;
- гальванизация воротниковой области по Щербаку;
- амплипульс-терапия.



Лечение

- Продолжительность основного курса лечения должна составлять в среднем около 4 недель.
- В последующем в зависимости от самочувствия пациентов, наличия или отсутствия рецидивов выбирается индивидуальная схема поддерживающей терапии (в режиме «по требованию», поддерживающая терапия в половинных дозах).
- При сохранении диспепсических симптомов на фоне лечения необходимы повторная тщательная оценка имеющихся данных и более углубленное обследование.
- При подтверждении первоначального диагноза ФД может ставиться вопрос о дополнительной консультации психотерапевта/психиатра и назначении соответствующей терапии.



Спасибо за внимание!

