

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ

Одеській національний медичний університет

Кафедра пропедевтики педіатрії

2024

- Знати:
- Визначення функціональних розладів травної системи у дітей
- Патогенез данної групи розладів у дітей
- Клінічні прояви
- Методи діагностики
- Диференціальна діагностика
- Лікування та профілактичні заходи

Функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту

- Це захворювання шлунково-кишкового тракту, не пов'язані з органічними ураженнями і включають ряд окремих ідіопатичних розладів, що впливають на різні відділи шлунково-кишкового тракту, асоційованих з вісцеральною гіперчутливістю і порушеннями моторної функції
- Відповідно до сучасних уявлень, функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту визначаються як розлади взаємодії шлунково-кишкового тракту та

Органічні захворювання шлунково-кишкового тракту

- Це стани, пов'язані з патофізіологічними, структурними або біохімічними порушеннями
- Органічні розлади частіше зустрічаються у дітей з ознаками небезпеки

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ



Класифікація ФГІР (Rome IV, 2016)

Г. Дитячі шлунково-кишкові розлади: новонароджені/малюки

G1 Відрижка у немовлят

G2 Синдром румінації

G3 Синдром циклічної блювоти (СЦБ)

G4 Коліка у немовлят

G5 Функціональна діарея

G6 Дитяча дисхезія

G7 Функціональний запор

Н. Дитячі шлунково-шлункові розлади: дитина/підліток

N1 Функціональний розлад нудоти і блювоти

- N1a Синдром циклічної блювоти (СЦБ)
- N1b Функціональна нудота і функціональна блювота
 - N1b1 Функціональна нудота
 - N1b2 Функціональна блювота
- N1c Синдром румінації
- N1d Аерофагія

- ✓ N2a1 Постпрандіальний дистрес-синдром
- ✓ N2a2 Епігастральний больовий синдром
- N2b Синдром подразненого кишечника (СПК)
- N2c Абдомінальна мігрень
- N2d Функціональний абдомінальний біль – органонеспецифічний

N2 Функціональні розлади абдомінального болю

- N2a Функціональна диспепсія

N3 Функціональні розлади дефекації

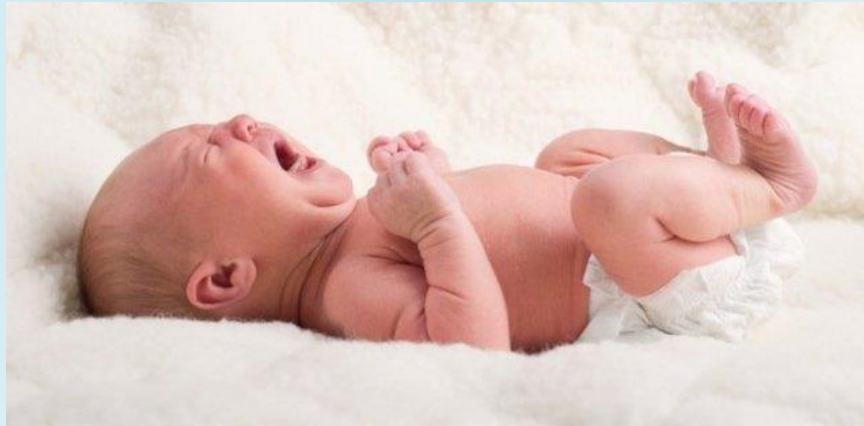
- N3a Функціональний запор
- N3b Фекальне нетримання без закріплення

G4. КОЛІКИ У НЕМОВЛЯТ

Діагностичні критерії (Rome, IV)

1. Повторювані тривалі періоди плачу, неспокою або дратливості із раптовим початком переважно у вечірні години

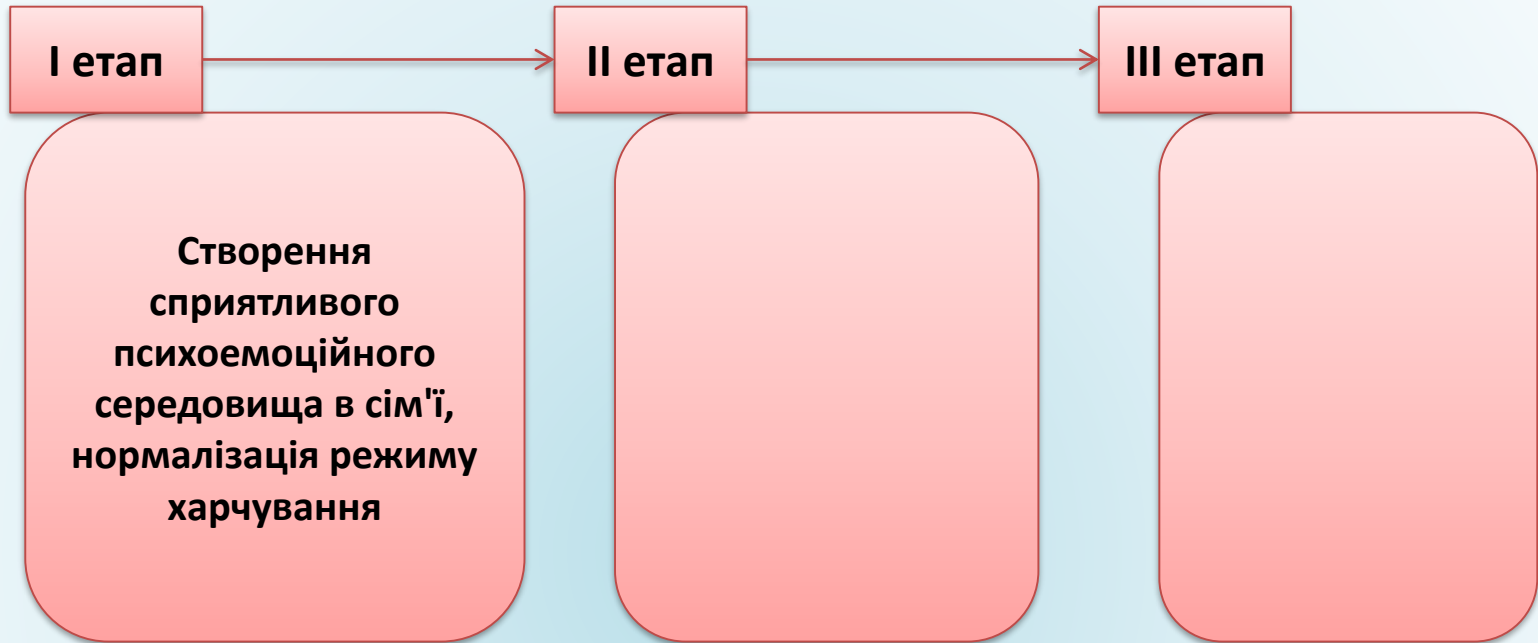
3. Дитині менше 5 місяців



2. Щонайменше три години на день протягом трьох та більше днів на тиждень

4. Дитина набирає вагу, немає гарячки чи іншої хвороби

Алгоритм лікування



Немає ефекту —> можливі причини:

- ✓ **Транзиторна лактазна недостатність** - призначення **ферментного препарату на основі лактози (Мамалак)** або використання низьколактозних молочних сумішей
- ✓ **Алергія до білку коров'ячого молока** – виключення молочних продуктів з раціону матері, лікувальні молочні суміші на основі часткового або повного гідролізату

G1. РЕГУРГІТАЦІЯ У НЕМОВЛЯТ

- ✓ повернення попередньо проковтнутої їжі зі шлунка до стравоходу, ротової та/або носової порожнини
- ✓ найпоширеніший ФР у дітей **першого року** життя зумовлений незрілістю моторики верхнього відділу ШКТ

КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ

Наявність всіх наведених нижче ознак у здорової дитини **3 тижнів - 12 місяців:**

зригування **2 або більше разів на день** протягом **3 тижнів** і більше;

Відсутні:

- ✓ Позиви на блювання
- ✓ Домішки крові
- ✓ Аспірація
- ✓ Апноє
- ✓ Проблеми з ковтанням, вигодовуванням, набором ваги
- ✓ Нефізіологічні положення немовляти під час або після годування

ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ

- ✓ роз'яснювальна робота та психологічна підтримка батьків;
- ✓ позиційна (постуральна) терапія (переважно на лівому боці);
- ✓ дієтотерапія - використання сумішей із загусником;
- ✓ медикаментозна терапія – прокінетики, регулятори моторики (домперідон, тримебутін), антациди та ін.;
- ✓ неврологічна корекція.



Постуральна терапія



G7. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ЗАКРЕП

- ✓ Зміна випорожнень кишечника до 2 разів на тиждень або менше та відходження твердих калових мас, що супроводжується утрудненням акту дефекації, а також відчуттям неповного випорожнення.

Поліетіологічний характер захворювання, що обумовлене:

- морфофункціональною незрілістю, пізнім стартом функціонування кишкових ензимів і недосконалістю рецепторного апарату;
- у ранньому віці переведенням на штучне вигодовування або введення у раціон твердої їжі;
- **Ключовий фактор** - уникнення дефекації через біль або соціальні причини (наприклад, школа, подорожі) → слизова оболонка товстої кишки поглинає воду з фекалій і утримувані випорожнення стають все *більш важкими для виходу* → пряма кишка все більш розтягнута, що спричиняє її переповнення та нетримання калу, втрату нормального позиву до дефекації → зменшення рухливості у вищерозташованих відділах кишечника → здуття живота біль.

КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ФЗ

Для встановлення діагнозу має спостерігатись не менше 2 із наступних ознак протягом 1 місяця у дитини до 4 років:

- ✓ Два або менше актів дефекації на тиждень
- ✓ Дані з анамнезу про болісне або утруднене спорожнення кишечника
- ✓ Дані з анамнезу про утримування калових мас
- ✓ Принаймні 1 епізод у тиждень нетримання калу після придбання гігієнічних навичок (енкопрез)
- ✓ Наявність у прямій кишці значної кількості калових мас
- ✓ Дані з анамнезу про відходження калових мас великого діаметру

Частота випорожнень:

Грудне вигодовування - може збігатися з числом годувань (але не більше 6 разів на добу); ВООЗ - може бути 1 раз в 5-7 днів

Штучне вигодовування: 1 раз на добу

Функціональний закріп – діагноз виключення органічних причин закрепу

- В першу чергу виключають аномалії кишок, що потребує проведення іригографії.
- Для виключення запальних та виразкових уражень товстого кишечника необхідне ендоскопічне дослідження (ректороманоскопія, колоноскопія).
- Тест на кальпротектин у випорожненнях дає змогу з високою вірогідністю диференціювати запальний і функціональний процес

ДІАГНОСТИКА ФЗ

- Ректальне (пальцеве) обстеження, якщо наявний тільки 1 з Римських критеріїв IV і діагностика функціональних закрепів є сумнівною.
- Для виключення супутньої органічної патології: рентгенологічні дослідження, УЗД органів черевної порожнини.

ЛІКУВАННЯ



- Лікування немовлят - осмотично активні вуглеводи, осмотичні проносні засоби та/або іноді гліцеринові супозиторії, якщо необхідно. Однак гліцеринові супозиторії слід застосовувати з обережністю, оскільки вони можуть посилити анальне подразнення і стати причиною хронічних симптомів. З міркувань безпеки не можна використовувати мінеральне масло, клізми та стимулюючі проносні засоби у дітей грудного віку.
- **Лікування закрепів у дітей** - 4 загальні кроки для перенавчання кишечника:
 1. **Послаблення** (для дітей з великою масою калу або нетриманням калу)
 2. **Тривале проносне лікування та поведінкова терапія для досягнення** регулярної евакуації та уникнення повторних запорів
 3. **Зміна дієти** (насамперед збільшення вмісту клітковини) для підтримки м'якого стільця
 4. **Поступове скорочення та відміна** проносних засобів у міру переносимості
- Якщо дитина набуде регулярних звичок випорожнення, частоту сидіння в туалеті та використання проносних можна зменшити.
- Досягнення оптимальних звичок кишечника відбувається приблизно протягом щонайменше 6 місяців, після чого використання проносних засобів зменшується. Деякі діти потребують постійного лікування проносними протягом одного або кількох років.

Лікування

- Послаблення можна досягти за допомогою пероральних, ректальних препаратів або їх комбінації
- Рекомендується використовувати пероральні, а не ректальні препарати для більшості дітей, особливо для тих, хто має в анамнезі хворобливу дефекацію або травму промежини (Ступінь 2С). Дітям з сильним запором або коли бажано швидке знеболювання може знадобитися клізма або коротка госпіталізація.
- Після ослаблення ми рекомендуємо лікувати дітей із хронічним запором (з нетриманням калу або без нього) комбінацією щоденних проносних засобів та модифікації поведінки, а не будь-якої окремої терапії (клас 2В).
- Препарати поліетиленгліколь (ПЕГ - Miralax, Glycolax, or Restoralax) як початковий вибір для підтримуючої терапії, а не інші проносні (клас 2С).
- Мета терапії – досягти приблизно одного м'якого калу нормального калібру на день. Вибір проносного менш важливий, ніж використання адекватної дози та забезпечення дотримання.

Proper positioning on the toilet for a child



This illustration shows proper positioning on the toilet with a stool under the child's feet to ensure that the knees are above the level of the hips. This position helps to relax the pelvic floor and reduce anal pressure, which helps to expel stool.

Н2а. Функціональна диспепсія

- **Функціональна диспепсія (ФД)** – дискомфорт у верхньому відділі ШКТ, який може включати мінливу комбінацію відчуттів та симптомів: епігастральний біль, переповнення після їди, раннє насичення, здуття, нудоту, відригування, які не обумовлені будь-яким органічним захворюванням.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Не рідше 4 разів на міс. не менше 1 з перерахованих повторюваних ознак

1. Відчуття переповнення після їжі.
2. Раннє насичення.
3. Епігастральний біль або печіння, не пов'язані з дефекацією (*синдром епігастрального болю*).
4. Після відповідної оцінки симптоми не можуть бути пояснені іншим медичним станом.

(Протягом 2 місяців до постановки діагнозу)

Діагностика та принципи лікування

- ✓ Загальноклінічні дослідження
- ✓ УЗД органів черевної порожнини (виключення супутньої патології)
- ✓ Фіброезофагогастроскопія (нічний біль, прихована кров у калі, біль у правому верхньому квадранті живота, повторюване блювання, дисфагія, втрата маси тіла, ВХ або інфекція *H. Pylori* в сімейному анамнезі)
- ✓ Консультація у психолога та/або психіатра
- ✓ дієта з виключенням / обмеженням *провокуючих продуктів* (таких як кофеїн, спеції, жирна, смажена їжа)
- ✓ відмова від прийому *нестероїдних протизапальних засобів*
- ✓ при переважно больовому синдромі приймаються *антисекреторні препарати* (інгібітори протонної помпи для дітей старшого віку, підлітків; блокатори H2 гистамінових рецепторів – для дітей молодшого віку)
- ✓ при постпрандіальному дистрес-синдромі - прокінетики
- ✓ при підтвердженні *H. pylori* - етіології функціональних розладів показана *ерадикаційна терапія*

Н2в. Синдром подразненого кишечника

- **Синдром подразненого кишечника (СПК)** – функціональний розлад кишечника, при якому абдомінальний біль або неприємні відчуття в животі пов'язані з дефекацією, змінами частоти і характеру випорожнень або іншими ознаками порушення кишкових функцій.

РИМСЬКІ КРИТЕРІЇ IV

Абдомінальний біль принаймні **4 дні за місяць**, який асоціюється з однією або більше з наступних ознак (2 або більше):

- ✓ Пов'язаний з дефекаціями
- ✓ Зі зміною частоти стулу
- ✓ Зі зміною форми стулу

Критерії повинні спостерігатися протягом **2 місяців** перед встановленням діагнозу

КЛАСИФІКАЦІЯ СПК

- **СПК з переважанням закрєпів (СПК-З)** – частота твердого / шорсткого стільця > 25% кишкового транзиту і м'якого / рідкого - <25%
- **СПК з переважанням діареї (СПК-Д)** – частота м'якого / рідкого стільця > 25% кишкового транзиту і твердого / шорсткого <25%
- **СПК зі змішаними ритмами дефекації (СПК-М)** – частота твердого / шорсткого і м'якого / рідкого стільця > 25% кишкового транзиту
- **СПК без класифікації** – наявні розлади консистенції стільця недостатні для застосування критеріїв перших трьох варіантів СПК

ДІАГНОСТИКА СПК

- *Загальноклінічні лабораторні дослідження:*
загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, копрограма.
- *Додаткові лабораторні дослідження:*
Додаткові інструментальні дослідження:
УЗД органів черевної порожнини,
ректороманоскопія, ірігографія.

- Для початкової диференційної діагностики між СПК та запальним захворюванням кишечника (ЗЗК) корисним буде визначення фекального кальпротектину
- Якщо переважає **діарея** – виключити целіакію (перш за все, антитіла до трансглутамінази), коліт, а також лактазну недостатність

МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ СПК

СПК-Д

- ✓ **Ентеросорбенти** (гідрогель метилкремнієвої кислоти та ін. смектит, Біо-норм (ентеросорбент+пребіотик лактулоза)).
- ✓ **Пробіотичні** **препарати:** *Saccharomyces boulardii*.

СПК-З

- ✓ **Регулятори** **моторики** (тримебутин).
- ✓ **Проносні засоби** (лактулоза, макрогол).
- ✓ **Пробіотичні** **препарати:** *Lactobacillus rhamnosus* (LGG).

Хронічний біль в животі

- **Хронічний біль у животі** – періодичний або постійний біль у животі (функціональної або органічної етіології), який присутній протягом щонайменше 2 місяці
- **Рецидивуючий біль у животі** – ознака органічної та функціональної етіології :
 - ≥ 3 епізоди болю в животі
 - Біль досить сильний, щоб вплинути на діяльність
 - Епізоди відбуваються протягом ≥ 3 місяців
 - Немає відомої органічної
- Скарги на хронічний / рецидивуючий біль у животі зустрічаються у 10-19% дітей
- Поширеність болю збільшується у дітей віком від 4 – 6 років до підліткового віку

- **Поширеність розладів, що супроводжуються абдомінальним болем -8,2%**
- **Поширеність специфічних функціональних розладів з абдомінальним білім у дітей:**
 - Функціональна диспепсія – 3 %
 - Функціональний неспецифічний біль у животі – 2,4%
 - Синдром подразненого кишечника (СПК) – 2,3%
 - Абдомінальна мігрень – 0,5%
- **Поширеність функціональних закрепів – 10,7%**
- **Клінічні ознаки функціональних розладів з білем – у більшості випадків функціональний біль у животі невиражений та погано локалізований або навколопупковий**
- **Епізоди болю зазвичай тривають менше однієї години, зникають спонтанно і можуть супроводжуватися вегетативними ознаками (наприклад, блідістю, нудотою, запамороченням, головним болем або втомою)**
- **Можуть викликатися або посилюватися під час стресу (наприклад, перехід до школи, розлучення батьків, емоційна травма)**
- **Дитина почувається добре і функціонує нормально між епізодами, але може мати симптоми тривоги або депресії (тривога розлуки, соціальні фобії, специфічні фобії, генералізована тривога)**

Прояви функціональних розладів ШКТ

Абдомінальна мігрень

- Абдомінальна мігрень характеризується повторюваними епізодами болю в животі протягом щонайменше 6 місяців, як правило, погано локалізованої тупої болі середньої або сильної інтенсивності.
- Біль у животі пов'язаний щонайменше з 2 додатковими ознаками: анорексія, нудота, блювота, головний біль, світлобоязнь та блідість
- В сімейному анамнезі зустрічається головний біль, зумовлений мігренню

Первинне обстеження дітей з хронічним болем в животі

- 1. Анамнез** з акцентом на виявлення ознак небезпеки , обтяженість сімейного анамнезу
 - 2. Фізикальне обстеження** з акцентом на оцінку зростання і розвитку, а також області живота, прямої кишки, таза та сечостатевої області
- Наявність ознак небезпеки в анамнезі або їх виявлення при фізикальному дослідженні вимагає додаткових досліджень

Ознаки небезпеки (анамнестичні данні)

- **Мимовільна втрата ваги:** мальабсорбція (запальні захворювання товстого кишечника, целиакія, панкреатит), злякисні новоутворення
- **Утруднене ковтання (дисфагія) або хворобливе ковтання (одинофагія):** езофагіти, ахалазія
- **Значна блювота (жовчю, тривала, після кожного прийому їжі):** виразкова хвороба, синдром циклічної блювоти, гастроентерит, непрохідність кишечника, метаболічні розлади (кетоз, криз надниркових залоз), холецистит, ураження мозку
- **Хронічна важка діарея (≥ 3 рідких або водянистих випорожнень на добу протягом більше 2-х тижнів) або нічна діарея:** кишкові інфекції (паразитарні, бактеріальні, вірусні), запальні захворювання товстого кишечника, імунна недостатність, целиакія, ентеропатія
- **Незрозуміла температура:** інфекції або запальний процес; інфекції сечових шляхів
- **Поєднання з дизурічними симптомами:** інфекції сечових шляхів, нефролітиаз
- **Біль у спині:** хронічний панкреатит, пієлонефрит
- **Обтяжений сімейний анамнез:** запальні захворювання товстого кишечника, целиакія, виразкова хвороба
- **Кривава діарея:** виразковий коліт
- **Мелена (чорний, смолистий стілець):** виразкова хвороба, дивертикул Меккеля
- **Зміни шкіри (висипання, екзема, кропив'янка):** запальні захворювання товстого кишечника, целиакія, харчова алергія

Ознаки небезпеки (фізикальні данні)

- **Уповільнення зростання** (<5 см/рік у дитини в препубертатному віці) **та/або затримка статевого дозрівання**: запальні захворювання товстого кишечника, целіакія
- **Афтозні виразки ротової порожнини** : запальні захворювання товстого кишечника (хвороба Крона)
- **Локалізована болючість правого верхнього квадранту**: гепатобіліарні захворювання (наприклад, жовчні камені, холецистит, кіста холедоха)
- **Локалізований біль у правому нижньому квадранті**: кісти або утворення яєчника, хронічний апендицит
- **Біль у лівому нижньому квадранті** : закріп, кіста або утворення яєчника, виразковий коліт
- **Надлобкова хворобливість**: інфекція сечовивідних шляхів
- **Гепатомегалія** : хронічний гепатит, гепатобіліарні захворювання, хвороби накопичення (наприклад, хвороба Гоше)
- **Спленомегалія**: гемолітична інемія, інфаркт селезінки, абсцес селезінки, хвороба накопичення
- **Болючість реберно-хребцевого кута**: пієлонефрит
- **Періанальні аномалії** (наприклад, шкірні плями, тріщини, нориці): запальні захворювання товстого кишечника
- **Позитивний результат тесту на приховану кров**: інфекція, виразковий коліт, ювенільні поліпи, виразкова хвороба, чужорідне тіло, васкуліт; захворювання проксимального відділу тонкої кишки (хвороба Крона)

Діагностика

Первинні лабораторні дослідження

1. Повний аналіз кров

2. ШОЕ та/або СРБ

3. Метаболічна панель (електроліти, глюкоза, азот сечовини крові, креатинін, кальцій, загальний білок, альбумін, лужна фосфатаза, АЛАТ, АсАТ).

4. Аналіз сечі з посівом сечі за показаннями

5. Серологічні тести на целіакію (наприклад, на антитіла IgA до тканинної трансглютамінази)

За показаннями

- **Стілець на приховану кров** (якщо не проводиться в рамках первинної оцінки)
- **ТТГ і вільний тироксин (Т4)** для виключення гіпотиреозу при хронічному закрєпі
- **Тести на харчову алергію (IgE)** при болю в животі, нудоти або блювоти протягом кількох хвилин або двох годин після вживання шкідливої їжі та поява діареї протягом двох-шести годин після прийому шкідливої їжі, або блювота та діарея, погане збільшення ваги та кров або слиз у калі для неопосередкованих IgE реакцій
- **Фекальний кальпротектин** – білок, що утворюється в нейтрофілах, моноцитах та плоскому епітелії. Рівень кальпротектину підвищується при **пошкодженні слизової оболонки кишечника**, тому він є ефективним показником запалення в шлунково-кишковому тракті
- **Амілаза та ліпаза сироватки** для виключення панкреатиту - біль в епігастрії, що віддає в спину
- **Кишково-паразитарна або протозойна інфекція** (у пацієнтів з діареєю, еозінофілією) – стілець на яйцеклітини/паразитів та антиген лямблій; лямбліоз може викликати біль у животі без діареї.
- **Кишково-бактеріальні інфекції** – дослідження калу на *Clostridioides difficile* і культури калу (наприклад, на сальмонели, шигели, ієрсинії, кампілобактер і кишкову паличку) [
- **H. pylori** (наприклад, у дітей з болем або дискомфортом у верхній частині живота або епігастральній ділянці, рефрактерною залізодефіцитною анемією) – **антиген H. pylori в калі або дихальний тест на сечовину**

- **УЗД черевної порожнини** може бути показане для визначення каменів у жовчному міхурі, кіста холедоха, псевдокісти підшлункової залози, гідронефрозу (наприклад, через обструкцію сечоводово-мискового з'єднання) або заочеревинних утворень.
- **УЗД органів малого таза** може бути показаним для оцінки утворення яєчників або вагітності.
- **Езофагогастродуоденоскопія** – для оцінки верхніх відділів ШКТ
- **Магнітно-резонансна ентерографія** може бути виправданою, якщо є підозра на запальні захворювання кишечника (ЗЗК - виразковий коліт; особливо хвороба Крона) у дітей
- **Комп'ютерна томографія (КТ)** черевної порожнини з контрастуванням може бути виправданою для оцінки заочеревинного або внутрішньочеревного абсцесу . КТ зазвичай зарезервовано для невідкладної оцінки (наприклад, абсцес, утворення)

Показання для направлення до вузького спеціаліста

ДО ГАСТРОЕНТЕРОЛОГА

- **Підозра на серйозне органічне захворювання**, таке як виразковий коліт, хвороба Крона (мимовільна втрата ваги, уповільнення росту, затримка статевого дозрівання, виразки ротової порожнини, перианальні аномалії, анемія, підвищення ШОЕ або СРБ) або целиакія (позитивні антитіла до трансглутамінази в тканинах IgA)
- **Постійні тривожні симптоми** без чіткого діагнозу після первинної оціни і дієти
- **Підозра на виразкову хворобу** з постійним болем, незважаючи на випробування (принаймні чотири тижні) лікування H2-блокаторами або інгібіторами протонної помпи
- **Для підтвердження непереносимість лактози** (наприклад, перед тривалим продовженням безлактозної дієти)
- Необхідність верхньої або нижньої ендоскопії (наприклад, постійна блювота, шлунково-кишкова кровотеча, хронічна діарея)
- **Закріп який не реагує на первинні втручання**

ДО ДИТЯЧОГО ХІРУРГА

- Захворювання, що потребують хірургічного втручання (наприклад, камені в жовчному міхурі) або діагностичної лапароскопії (наприклад, постійний біль у правому нижньому квадранті та болючість неясної етіології, що впливає на якість життя)

ДО ФАХІВЦЯ З ПІДЛІТКОВОЇ МЕДИЦИНИ ЧИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

- для проведення детальної біопсихосоціальної оцінки щодо потенційних тригерів або симптомів тривоги чи депресії, або для оцінки підозри на розлад харчової поведінки.

ДО ДИТЯЧОГО ГІНЕКОЛОГА

- Для підлітків з гінекологічними причинами (наприклад, ендометріоз, дисменорея)



Симптоми тривоги при ФГІР (червоні прапорці)

Симптоми тривоги у немовлят та дітей раннього віку

Нез'ясована лихоманка
Немотивована втрата маси тіла
Відмова від їжі
Дисфагія
Блювання з домішками крові
Наявність крові у випорожненнях
Синдром Сандифера
Анемія
Лейкоцитоз
Збільшення ШОЕ Прогресуюче погіршення стану дитини
Обтяжений сімейний анамнез за алергічними захворюваннями

Симптоми тривоги у дітей старшого віку та підлітків

Нез'ясована лихоманка
Дисфагія
Кровотеча з ШКТ
Втрата маси тіла
Відставання у фізичному розвитку
Затримка статевого розвитку
Болі в животі, які будять під час сну
Артрити
Періанальне запалення
Діарея під час сну
Обтяжений анамнез за запальними захворюваннями кишечника, целіакії, виразкової хвороби шлунку та/або дванадцятипалої кишки

Перелік літератури

- Педіатрія у двох томах / Аряєв М.Л., Котова Н.В.; за редакцією Аряєва М.Л., Котової Н.В. – Одеса.: ОНМедУ. – 2014. .
- 4. Загальний догляд за здоровими і хворими дітьми. – навч. посібник - І.Л. Бабій, Н.О. Нікітіна, К.А. Калашнікова. – Одеса: ОНМедУ, 2016.
- Шадрін О.Г. Гастроентерологія дітей раннього віку: Навч.-метод. посібник / О.Г. Шадрін, О.М. Муквіч. – К., 2020.
- Наказ МОЗ України № 59 від 29.01. 2023 « Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення»
- 10. Самур П.К., Кінг К. Харчування в педіатрії. – Львів: Медицина світу, 2012.

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

