

USMF „N. Testemitanu”
Departamentul Pediatrie
Profesor universitar Liudmila Cerempei

Teze la prelegere
Deregări gastrointestinale functionale la copii

Chisinau
2013

Definitie

Deregări gastrointestinale funcționale prezintă o manifestare de combinație a simptomelor gastrointestinale fără modificări structurale și biochimice (5, 9,10)

Deregări gastrointestinale functionale se vizualizeaza ca modificari psihologice sau ca starile de lipsa afectiunelor organice cind nu se depistaeza modificarile morfologice, genetice, metabolice etc. care ar putea lamuri simptome clinice la copil.(Drossman DA., 2006).

Indice important a deregărilor gastrointestinal funcționale

- Semnele se combina cu dezvoltarea normală a copilului și apar ca urmare adaptării insuficiente la stimuli externi și interni.
- Se manifesta la 90% de copii în vîrsta pînă la 6 luni de viață.

ETIOLOGIE

- Imaturitate anatomică și funcțională a organelor digestive
- Discordanța în activitatea diferitor organe
- Modificări reglatorii cauzate de imaturitatea sistemului nervos enteral
- Microbiota intestinală neformată
- Factorii vitali, igiena, mediul ambiant
- Factorii psihologici, stres, starea psihologică, capacitatea de a învinge stresul, susținerea socială

EXEMPLE DIAGNOZELOR FUNCTIONALE SI ORGANICE

DGI org.

Esofagita

Ulcer peptic

Boala Croon etc.

DGI funct.

Dispepsia

funcțională

SII

Durerea funcțională abdominală

CLASIFICAREA DGIF

Etapele elaborării criteriilor DGIF la copii:

DF la copii Prima întrunire a comitetelor internaționale în 1992 s-a soldat cu un șir de publicații în *Gastroenterology International* și a criteriilor „Tulburări funcționale gastrointestinale. **Roma I**” (“*The Functional Gastrointestinal Disorders. Rome I*”). Criteriile **Roma II** au fost publicate în suplimentul *Gut* (1999) și separat în 2000. Recent Comitetul coordonator de la Roma (*Rome Coordinating Committee*) a avut ultima întrunire, care a condus spre publicarea criteriilor **Roma**

III în a 13-ea ediție a *Gastroenterology*, 2006. La 23 mai 2006 la Saptamina gastroenterologica (Digestive Disease Week) de la Los Angeles a fost abordata clasificarea perfectionata si criteriile noi de diagnostic DGIF la copii (Roma III Diagnostic Criteria - Criteriile de diagnostic de la Roma III) in care aspectele pediatrice prezinta 2 compartimente:

1. copii de virsta frageda (0-3 ani) - grupa G
2. DF la copii si adolescenti (4-18 ani) - grupa H

Clasificarea dereglărilor gastrointestinale funcționale la copii (Comitetul de studiu dereglarilor funcționale la copii, Criteriile III Roma), 2006.

3. G. Dereglările funcționale la copii de virstă fragedă

4. G1. Regurgități infantile
5. G2. Sindromul infantil de ruminare
6. G3. Sindromul vomei ciclice
7. G4. Colici infantile
8. G5. Diareea funcțională
9. G6. Dishezia infantilă
10. G7. Constipații funcționale

H. Dereglările funcționale la copii si adolescenti

11. H1. Voma si aerofagia
12. H1a. Sindromul ruminatiei la adolescenti
13. H1b. Sindromul vomei ciclice
14. H1c. Aerofagia
15. H2. Durerea abdominala legata cu DGIF
16. H2a. Dispepsia functionala
17. H2b. Sindromul intestinului iritabil
18. H2c. Migrena abdominala
19. H2d. Durerea abdominala functionala la copii
20. H2d1. Sindromul durerei abdominale functionale la copii.
21. **H . Dereglările funcționale la copii si adolescenti**
22. H3. Constipatie si incontienta scaunului
23. H3a. Constipatie functionala
24. H3b. Incontienta scaunului

Simptomele alarmante la copii și adolescenți cu dereglări funcționale gastrointestinale (ROMA III)	
Persistența durerii în cadranul drept superior sau inferior al abdomenului	Artrita
Disfagie	Boli perirectale
Vome repetate	Pierdere involuntară în greutate
Hemoragii gastrointestinale	Încetinirea creșterii
Diaree nocturnă	Dezvoltarea pubertară întârziată
Prezența în familie a bolilor inflamatorii intestinale, boala celiacă sau ulcer peptic	Febră inexplicabilă
Durerea, ceea ce duce la trezirea copilului	

Cele mai frevente dereglări funcționale la copii I an de viata:

25. **G1. Regurgități infantile**
26. **G4. Colici infantile**
27. **G6. Dishezia infantilă**
28. **G7. Constipații funcționale**
Regurgitari infantile

Definitie. Regurgitari infantile prezinta fenomen fiziologic, ce constă în pasajul conținutului gastric în esofag, devine patologic când mecanismele antireflux sunt depășite

Se determină la 20-50% copii în primii 6 luni de viață (interogare activă - la 85% de copii). Regurgitarea la un copil sanatos prezintă un semn caracteristic pentru copiii primelor luni de viața dar nu este boala. Prevalența RGE depinde de vârstă sugarul este vârstă cea mai delicată în ce privește diagnosticul, cuantificarea, managementul. O mică parte din sugari (1:300) vor dezvolta boala de reflux gastroesofagian (BRGE) în primul an de viață, ulterior prevalența crește cu vârsta

Recomandari:

de lămurit părinților natura eructărilor și regurgitărilor și de a-i convinge în posibilitatea soluției a problemei

- de nu rata alimentația și de a evita supraalimentația
- poziționarea și aplicarea corectă la pept
- respectarea recomandărilor de deluare formulelor alimentare
- de controlat ritmicitatea și viteza alimentației
- poziția verticală sau semiverticală după alimentația pentru evacuarea aerului
- haine confortabile
- în caz de regurgitari frecvente și abundente se administrează în alimentație amestecuri mai dense sau coagulate – ‘NAN antireflux’
- corecția dietetică în alimentația artificială se va efectua cu formule alimentare ce conțin proteine serice NAN, Nestogen etc.

Sindromul infantil de ruminare: Criteriile Roma III

Definitie. Ruminare - regurgitare permanentă cu mâncare anticidentă care copilul o regurgitează și ingite de repetate ori și în același timp lipsesc boli organice.

Diagnosticul se stabilește în prezența 3 sau mai multe semne clinice ce durează timp de 3 luni:

- Debut la vârsta de 3-8 luni.
- Lipsa măsurilor de tratament care se aplică în BRGE sau administrarea preparatelor anticolinergice, sau în modificarea caracterului de alimentație (siuzeta sau gastrostoma.)
- Nu se însoțește de greață sau semne de disconfort.

-Ruminarea nu evaluează în somn sau în timpul contactului cu persoane inconjurătoare.

Simptomul acesta a fost descris cit la copii sănătoși atât și la 6-10% de copii cu retard psihic.

La bolnavii cu sindrom de ruminare s-a determinat sensibilitatea mai înaltă a stomacului și relaxarea sfincterului esofagian inferior după alimentație. În cazuri cu majorarea tensiunii intraabdominale se contractează activ conexiunea esofagogastrală și pediculile diafragmei.

Prin metoda manometriei gastroduodenale s-a stabilit că la 40% de copii și adolescenți cu sindrom de ruminare se determină majorarea sincronă tensiunii pe contul așa numite unde de ruminare - “r”-unde. Faptul acesta este legat de creșterea tensiunii intraabdominale pe contul majorării contractării mușchilor abdominali. Se presupune că undele “r” apar în cazuri de retenție gastrică (mai mult de 4 ore) și se aprecează la 46% de bolnavi.

Regurgitare, ruminare și deglutiția repetată evaluează fără greturi și alte semne de disconfort.

Mai frecvent afecțiunea apare la vârsta de 3-8 luni. Sindrom de ruminare poate provoca retenția creșterii, dezvoltării neuro-psihice și motorie mai ales în a doua jumătate a primului an de viață.

Tratament sindromului infantil de ruminare:

- Asigurarea copilului mediu ambiant pozitiv și un regim de liniște.
- Terapia de comportament
- Modificarea conținutului alimentar, alimentația mai lentă și excluderea lichidului în timpul alimentației.

Aerofagia Criteriile de diagnostic Roma III

Definitie: Aerofagie - senzație de plenitudine în epigastru, care apare ca rezultatul ingestiei cantității mari de aer (nu e obligatoriu cu alimentație) și se micșorează după eructație cu aer.

Diagnosticul se stabilește la prezenta cel puțin 2 semne din cele enumerate:

-Înghitirea aerului

- Meteorism abdominal din cauza excesului aerului în intestin

- Eructatie repetata si/sau eliminare excesiva aerului din intestin

Semne clinice se determina cel puțin 1 în săptămîna în decurs de 2 luni.

Deseori copilul înghite aer cu neobservare de adulți.

La copii de vîrstă 4-18 ani incidenta eructării cu aer s-a apreciat la 1,3% copii (Caplan et al., 2005), în populația copiilor cu retard mental- la 8,8% (Loening-Baucke, 2000).

Aerofagia se manifesta cu eructatie zgomotoasa cu aer care se majoreaza deobicei dupa agitatie psihoemotionala. Deseori eructatie nu depinde de alimentare. Acuza la senzatie de stomac arhiplin, meteorism postprandial a compartimentului abdominal superior ce se micsoreaza dupa alimentatie. Mai rar apare sughit. Meteorism abdominal se micsoreaza sau se lichideaza în somn.

Tratamentul aerofagiei

Recomandari dietetice: refuz de guma si bauturelor carboghenizate, alimentatia lenta cu înghitituri mici

La ineficacitate lor:

- anxiolitice (trancvilizante)

- antizmetice cu actiune neuroleptica usoara (etaperazin, tietilperazin) benzodiazepine (clonazepam) cu efect sedativ-somnolent si actiune miorelaxanta centrala

Aplicarea clonozepamului a contribuit la remisie la 66,7% de copii.

Colici intestinale infantile

Definitie. Colica - durere abdominală în crampe cauzată de obstrucție și dereglări de pasaj (pe uretere, căile biliare sau pe intestin). De la cuvîntul “colicos” - dureri în colon

Prezinta hiperexcitație și plînsul timp de 3 și mai mult ore în zi și nu mai puțin de 3 zile în săptămîna, pe parcursul a cel puțin 1 lună

Vîrstă - de la 6 săptămîni pînă la 3-4 luni., cresterea ponderală bună, apetita si scaunul nemodificate

Colici intestinale infantile fac apariția spontană a accesului în timpul alimentației sau postprandial:

✓ Tîpăt puternic, pătrunzător

✓ Hiperemia feței, paliditatea triunghiului nazo-labial

✓ Meteorism, picioarele lipite de abdomen, labele picioarelor reci

✓ Mainile lipite de corp

Ameliorarea apare după defecație. Starea generală a copilului nu suferă, între accese copilul este liniștit, adaosul ponderal și apetita nu sunt derulate

Recomandari:

- poziționarea și aplicarea corectă a sugarului la pept

- în alimentația artificială de indicat amestecuri bine adaptate ce contin oligosaharide

(Nestogen)

sau amestecuri ce contin *Lactobacillus Reuteri* (NAN Comfort)

- administrarea probioticului *Protectis* (5 picături/zi) ce contine *Lactobacillus Reuteri* pe durata perioadei colicelor infantile.

Dishezia infantilă

Rezultatul imaturității ganglionilor neurali intestinali . Prezintă consecința coordonării insuficiente din majorarea tensiunii intraabdominale și contractării intestinale și micsorarea tonusului muschilor pelvieni si sfincterului intern.

Semnele se manifestă în prima lună de viață și dispar peste cîteva săptămîni (în primele 6 luni de viață).

Încordări înainte de defecație timp de cîteva minute, tîpăt, plîns, hiperemia feței.

Semnele dureaza 10-15 minute, pînă la aparitia scaunului lichid sau în forma de terci.

Semne de baza: copilul face scaunul sinestetator, lipsa tenezmelor, nu formeaza petre de fecalii în rectum

Dereglările defecației

La copiii sănătoși alimentați natural frecvența scaunului-de la 6 ori pe săptămîna pînă de 10 ori în zi.

La copii alimentați artificial scaunul poate fi format din prima săptămână de viață, fapt ce poate agrava actul defecației(4,8).

Constipații funcționale

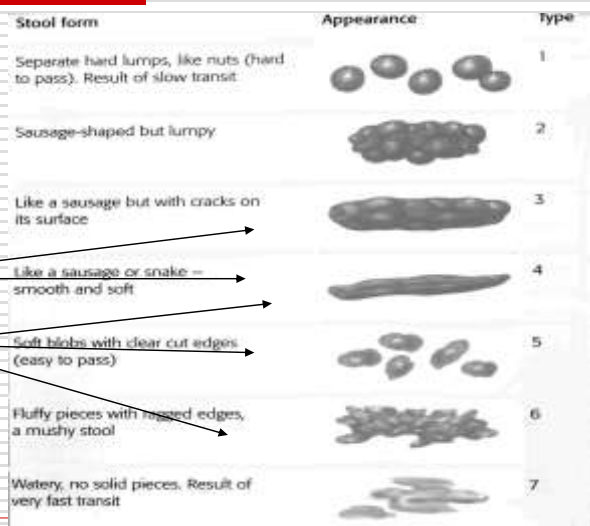
Definiție .Constipația-dereglarea funcției intestinale se manifesta in majorarea intervalilor dintre actele de defecații în comparație cu norma fiziologică sau evacuarea intestinală insuficientă și sistemică Aproximativ la 40% de copii cu constipații funcționale semnele se manifestă în primul an de viață

Scorul Bristol a scaunului

☐ **Scaunul normal**

☐ **Pentru copiii mari**

☐ **Pentru copii de vârstă fragedă**



Frecvența normală a tranzitului intestinal la copii de diferite vârste

Vârsta	Nr. de defecații / săpt.	Frecvența medie de defecații/24 h
0-3 luni		
Alimentație naturală	5-40	2,9
Alimentație artificială	5-28	2,0
6-12 luni	5-28	1,8
1-3 ani	4-21	1,4
>1 an	3-14	1,0

Conform Criteriilor Roma III diagnosticul se stabileste prin prezenta cel puțin 2 semne clinice pe parcursul de 1 luna la copiii in vîrsta pina la 4 ani:

- 2 sau mai putini defecatii in saptamina
- prezenta evacuarii intestinale dureroase sau maselor fecalii dure
- Prezenta maselor fecalii in cantitate mare in rectum
- formarea “petrelor de fecalii” care pot agrava actul defecatii
- Semnele susnumite se insotesc cu irascibilitate, micșorarea apetitei si/sau senzatie de suprasaturarea precoce.

Trebuie de inclus 2 si mai multe criterii la copii de vîrsta fragedă și mai mare de 4 ani, care nu corespund criteriilor pentru diagnosticarea SII urmatoarele :

1. Doua sau mai putine defecatii sinestătoare /sapt.
2. Cel puțin un episod de encopreză /sapt.

3. Indicarea pozitiei impuse sau incordarea maximala de retinerea a scaunului
4. Semne defecației dureroase sau motricității intestinale îngreunate
5. Prezenta maselor fecale in volum mare in rect
6. Prezenta scaunului cu diametru mare(megacolon)
7. Cruterile sus numite trebuie sa fie cel putin odata in sapt. In decurs de 1 lună până la stabilirea diagnosticului

Cauzele constipațiilor funcționale (CF) la copiii 1 an de viață

- Incalcarea regimului zilei si alimentatiei la mama
- Intoleranta la lapte
- Incalcarea regimului de baut la mama si/sau la copil
- Prezenta constipatiei la mama
- Incalcarea regimului alimentar la copil
- Intirzierea introducerii complementului
- Alimentatie artificiala nerationala
- “Frica de oala”
- Imaturitatea funcționala a organelor digestive (probleme de absorbție componentelor proteice si lipidice a laptelui de vaci)
- Discordanța motricității intestinale cauzate de imaturitatea gangliilor intramurari și mecanismelor reglării neuromorale
- Stabilirea microbiocenozei intestinale
- Tranzitie timpurie si/sau rapida la introducerea alimentatiei artificiale
- Regimul zilei si alimentatia incorecte a mamei
- Incalcarea regimului de lichide mamei si copilului
- Incalcarea alimentatiei(subalimentare,introducerea necorespunzatoare a complementului,dieta monotona si incalcarea regimului,schimbari frecvente de amestecuri,hranirea cu amestecuri lactate cu un continut ridicat de fier etc.)
- Deficit de fier

Patogenie CF

Incetinirea tranzitului intestinal-dismotilitate

- Scaderea presiunii intraabdominale
- Absorbția crescuta de apa in intestinul gros
- Dereglarea actului de defecatie(dishezie)

De ce CF se determină mai frecvent la copiii alimentați artificial?

Proteina laptelui matern (serică) ușor se absoarbe, mai rapid se evacuează din stomac, formează scaunul mai moale

Lipidele mai ușor se absorb, nu formează supunuri, fapt ce ameliorează evacuarea intestinala

Glucidele (lactoza, oligosaharide) contribuie la stabilirea florei normale intestinale la copil.

Recomandările dietetice Academiei pediatrice americane		
Vârsta	Consumul total de apă, inclusiv lichidele ce se conțin în alimente, ml	Cantitatea de apă în zi, ml
0-6 luni	700	
7-12 luni	800	600
1-3 ani	1300	900
4-8 ani	1700	1200
Băiețel 9-13 ani	2400	1800
Fetiță 9-13 ani	2100	1600
Băiețel 14-18 ani	3300	2600
Fetiță 14-18 ani	2300	1800

REGIM IGIENO - DIETETIC IN CONSTIPATIE

La copii de virsta frageda – alimentatia naturala pina la 6 luni cu introducerea complimentul in perioada 4-6 luni de viata. In alimentatia artificiala – amestecuri bine adaptate (Nestogen, NAN Comfort, NAN кисломолочный).

Reguli generale:

- Se va respecta orarul meselor
- Se va educa reflexul de defecatie prin folosirea supozitoarelor cu glicerina la ora fixa (dimineata dupa micul dejun sau seara dupa cina)
- Se va face effort fizic pentru scaderea ponderala daca e cazul si stimularea musculaturii abdominal
- Se va asigura rejimul hidric (apa plata, ceai, suc fructe sau legume)

Tratamentul CF - Ghid ESPGHAN, NASPGHAN

- Terapia la copii trebuie de inceput cu includerea alimentelor ce contin fibre si deasemenea cantitati mari de lichid,insa de evitat cantitatea mare de lapte
- Daca dieta nu aduce efectele dorite,se poate de intrebuintat laxative,de preferat administrarea per os
- Este important de inceput precoce tratamentul,deoarece trecerea in forma cronica poate duce la formarea de megarectum, supraumplirea intestinului si encopreza
- Tratamentul regulat este important, intrucit folosirea episodica a laxativelor poate duce la recidive In caz de ineficienta masurilor sus indicate se recomanda preparate laxative: macrogol, lactuloza, gutalax (dupa 4 ani) cu durata terapiei -1 luna.

Sindromul vomei ciclice

Definitie Diagnosticul se stabileste la prezenta semnelor:

doua sau mai multe perioade de greata intensiva si voma pronuntata sau de lunga durata si revenirea la starea de sanatate precedenta in timp de citeva zile sau saptaminii.

Etiologia

In 68% cazuri se determina factorii declansatori, cele mai frecvente sunt:

- Infectiile (41%), mai ales sinusita cronica
 - Stresuri psihologice (34%)
 - Produse alimentare, inclusivocolata, cascaval etc.
 - Istovire fizica sau insuficienta somnului(18%)
 - Reactiile atopice (13%)
 - Menstruatiile (13%) etc
- ☐ Pentru actul vomei raspund raspund doua structuri functional diferite
 - ☐ - centrul vomei care este situat in formatiunea reticulara laterala si zona hemoreceptorie triger in fosa rombovida a ventriculului IV
 - ☐ - Rolul principal il joaca centrul vomei care prezinta un colector de aferentere
 - ☐ - Zona hemoreceptorie triger initieaza actul vomei transmitind impulsurile catre centrul vomei
 - ☐ Sunt cunoscute doua mecanisme a vomei si a eructatiei: \
 - ☐ **Primul mecanism:**
 - ☐ Este legat de activarea initiala a centrului de voma. Pe fibrile aferente vagale si simpatice intra in centrul vomei impulsuri de la organele digestive si caile biliare, laringe, peritoneum, arterii coronariene, aparatul vestibular, talamus, hipotalamus si centrele cortexului. Impulsuri motorie de la centrul vomei se transmit la diafragm pe nervii diafragmali, la muschii intercostali si abdominali pe nervii spinali,dar la faringe, laringe, esofag si stomac- pe nervii vagali

☐ **A doilea mecanism:**

- ☐ Este legat de stimularea zonei hemoreceptorie trigger din care impulsuri se îndreaptă la centrul vomei și îl activează.
- ☐ Stimulanții zonei hemoreceptorie sunt: serotonina, angiotenzina, neurotensina, VIP, gastrina, substanța P, dopamina etc, preparate medicamentoase, uremia, hipoxia, cetoacidoza diabetică, endotoxine bacteriilor gram pozitive, radioterapie etc.
- ☐ În baza SVC sunt dereglările sistemului hipotalam-hipofizar-suprarenal (se mărește secreția corticotropin-rlizing factorului) și reglării vegetative (simpaticotonia)
- ☐ S-a stabilit că activarea stresorilor a sistemului hipotalam-hipofizar-suprarenal provoacă axcese de vomă
- ☐ Nucleul de bază a sistemului nervos central ce participă în reglarea axei hipofizar-suprarenale este nucleul paraventricular (PVN) a hipotalamusului. PVN - sursa de bază a corticotropin-rlizing factorului care este reglatorul principal fiziologic a hormonului adrenocorticotrop a hipofizului. (Tache, Bonaz, 2007)

☐ **În patogeneza SVC rolul deosebit aparține:**

- ☐ - Disfuncție simpatică a SNV
- ☐ - Producerea excesivă IL-6 care este un activator pronunțat axei hipotalamus-hipofizar-suprarenale
- ☐ SVC se socotește ca "boala mitocondrială" care este legată cu mutația ADN mitocondriilor ce îndeplinesc rolul "stăntiilor energetice" a celulei.
- ☐ Defectele oricărui ferment mitocondrial (80 de fermente activează la nivelul mitocondriilor) dereglează activitatea "stăntiei energetice". Fapt ce afectează în primul rând țesuturi și organele energodependente - SNC, mușchii cardiaci și scheletari, rinichii, ficatul, glandele endocrine

Sindromul vomei ciclice/Perioadele bolii:

1. Perioada între axcese când copilul se simte bine
2. Prodromala - copilul simte apropierea epizodului SVC dar care poate fi prevenit cu medicamente. Durata perioadei de la câteva minute până la câteva ore și zile. La 25% de copii perioada aceasta lipsește.
3. Perioada de axces se caracterizează cu grețuri și vomă care se manifestă la toți copii și nu poate fi stopată. Vomă poate fi până la 6 ori pe oră și poate fi atît cu conținutul de bilă (76%) cît și a singelui (32%). Este imposibilă alimentația, primirea medicamentelor și lichidului pe calea bucală. Practic toți copii prezintă dereglări vegetative.
 - ✓ Semne de deshidratare
 - ✓ Hipovolemia și hipercapnia
 - ✓ Alcaloză metabolică
 - ✓ Cefalee predomină la majoritatea bolnavilor. La 82% din pacienți este prezentă în anamneza genealogică migrena
 - ✓ Fotofobie (16,6-38%), fonofobie (30%), vertijuri (26%)
 - ✓ Dureri abdominale (58,3-80%), vomă (78%), anorexie (74-100%), greață (72%), diareea (36%).
 - ✓ Letargia se manifestă la 93% de bolnavi, la unii copii poate evalua coma.
 - ✓ Paliditatea vătăată a pielii (91-100%) și hipersalivație (27%).

Durata medie al axcesului 24-48 ore (minimum 2 ore), dar poate să se prelungească până la 10 zile și pe perioadă mai îndelungată

Sindromul vomei ciclice/tratament

Perioada de între axcese: Lichidarea triggerilor, tratament medicamentos (amitriptilina)

Perioada prodromală – tratament medicamentos pentru evitarea puseului de vomă cîclică, evitarea acțiunii trigger factorilor.

Perioada de acces – tratament în secție somatică sau terapie intensivă: rehidratarea și reechilibrarea electrolitică, preparate antivomitice (ondansetron, metoclopramid), H₂ blocanți (ranitidine sau famotidina i/v)

Dispepsia funcțională

Definiție. DF - prezintă durerea permanentă sau recidivantă sau discomfort în compartimentul superior al abdomenului.

Discomfort - senzație neplăcută subiectivă (sau durere) care pot include diferite simptome.

DF se determină ca manifestare semnelor dispepsiei care revin din zona gastroduodenală și la copil lipsesc afecțiuni sistemice, organice sau metabolice care ar putea confirma semnele acestea.

Diagnosticul se stabilește la copii în vîrstă peste 4 ani în baza următoarelor semne:

- Durerea permanentă sau recidivantă în regiunea supraumbilicală.
- Durerea nu trece după actul defecției și nu este provocată de modificările scaunului.
- Lipsesc confirmările afecțiunilor sistemice, organice sau metabolice care ar putea lamuri semnele acestea.

Semnele indicate se manifestă cel puțin 1 în săptămîna pe parcursul de 2 luni pînă la determinarea diagnosticului.

Clasificarea DF

- **Dispepsie funcțională de tip ulcerativ** (“ulcer-like” dyspepsia): durere epigastrică, discomfort, foame dureroasă (endoscopie digestivă superioară normală)
- **Dispepsie funcțională de tip dismotilitate** (dysmotility dyspepsia): plenitudine, “greutate” epigastrică, balonări, eructații
- **Dispepsie funcțională esențială** (essential dyspepsia): un simbioz al simptomelor descrise mai sus

Simptome clinice a DF

- Durerea localizată pe linia media regiunii epigastrale superioare și se simte ca o senzație neplăcută, unei pacienți o caracterizează ca “alterarea tesuturilor”. Alte semne îl pot deranja mai mult dar nu se determină de pacient ca durerea. La evaluarea anamnezei este necesar de a deviza durerea și senzație de discomfort.
- Discomfort localizat pe linia media regiunii epigastrale superioare se caracterizează ca o senzație neplăcută dar care nu se interpretează de pacient ca durerea și poate include semnele jos numite.
- Suprasaturare precoce - senzație de supraîmplinirea precoce a stomacului de la începutul alimentației și ca rezultat copilul se alimentează insuficient.
- Umplire - senzație neplăcută de reținere hranei în stomac și poate fi legată sau nu cu alimentația
- Meteorismul regiunii epigastrale - un meteorism vîdit intern care necesită să fie deosebit de balonare vizibilă.
- Greață - senzație neplăcută de apariția vomei posibile

Tratament DF

- **Dispepsia de tip ulcerativ**
 - Blocanți ai receptorilor H₂ histaminici (Ranitidină, Famotidină) în perioadele simptomatice sau
 - Neutralizante ale acidității (Maalox, Almagel, Phosphalugel) sau
 - Blocanți ai pompei de protoni (Omeprazol) – rar indicați, numai cînd blocanții H₂ histaminici nu rezolvă simptomele
 - Eradicarea H.pylori (Conform Maastricht III și IV).
- **Dispepsia de tip dismotilitate**
 - Prokinetice – Metoclopramid (la copii de vîrstă școlară), Motilium cu 30 de minute înainte de mesele principale

- Fermenți digestivi în timpul meselor principale (Pangrol 10000 și 25000, Mezymb 10000 câte 500-1000 UL/kg la mesele de bază)
- Absorbantii ai gazelor intestinale (Sab-simplex)
- **Dispepsia funcțională esențială**
 - În funcție de simptomul dominant, unul sau mai multe din medicamentele enumerate mai sus
- **Psihoterapia** – în toate formele
- **Sedative ușoare** – în formele în care simptomatologia e legată de stres

Sindromul intestinului iritabil (SII)

Definiție. SII - dereglări funcționale ale intestinului ce se caracterizează cu dureri abdominale și disconfort asociate cu modificările defecatiei și tranzitului intestinal (7,11).

Sindromul intestinului iritabil/Criteriile Roma III:

Diagnosticul se stabilește în prezența semnelor:

- Disconfortul abdominal sau durerea care
- îl deranjează pe pacient cel puțin 25% din timpul zilei și se caracterizează cu 2 sau mai multe particularități:
- se micșorează după defecatie
- se asociază cu modificările frecvenței actului de defecatie
- se asociază cu modificările consistenței fecaliilor

Lipsește confirmarea afecțiunilor sistemice, organice sau metabolice care ar putea lămuri semnele acestea

Conform Criteriilor Roma III semnele ce confirm SII sunt:

- Modificările frecvenței defecatiei (4 sau mai multe ori pe zi sau de 2 sau mai puțin ori pe săptămână).
- Modificările consistenței scaunului (dur, tip “de oală” sau lichid, apos).
- Dereglările actului de defecatie (încordare în timpul actului de defecatie, tenesme sau senzație de evacuare intestinală incompletă).
- Eliminarea mucusului cu fecaliile.
- Balonare sau senzație de distenție abdominală.

Semnele sunt prezente la pacient în timp de 2 luni dar nu 3 luni.

Incidența SII constituie în diferite țări 9-25% a populației adulte, raportul femeii/barbati - 1,1/2,6. La copii incidența SII este necunoscută din cauza lipsei terminologiei exacte și criteriilor diagnostice informative. Conform Criteriilor Roma III SII s-a diagnosticat la 22-45% de copii în vîrstă 4-18 ani, care au fost examinați în clinicele specializate (Rasquin et al., 2006)

Etiologie:

1. Hipersensibilitatea intestinului gros la distenție.
2. Majorarea activității motorii a intestinului.
3. Acțiunea factorilor favorizanti (genetici, mediului ambiant)
4. Stresul cronic și învingerea lui.
5. Procesele de disreglare a SNC și SNP
6. Capacitățile personale a pacientului

Clasificarea SII Roma III, 2006

SII cu constipații: frecvența scaunului dur > 25% a tranzitului intestinal, și volumul scaunului de tip terci sau apos < 25%.

SII cu diaree: frecvența scaunului dur < 25% a tranzitului intestinal, și volumul scaunului de tip terci sau apos > 25%.

SII mixt: frecvența scaunului dur > 25% a tranzitului intestinal, și volumul scaunului de tip terci sau apos > 25%.

SII forma nedeterminată: Degerările de consistență a scaunului sunt insuficiente pentru criteriile sus numite.

Clasificarea SII după CIM 10

Sindrom intestinului iritabil cu diaree (Cifrul K58.0).

Sindrom intestinului iritabil fără diaree (Cifrul K 58,9)

Sindrom intestinului iritabil cu constipații Cifrul K 59.0).

Diagnosticul SII : de excludere/în trepte

1. Evaluarea clinică (criterii)
2. Explorarea de laborator curentă + Ex. Coproparazitologic
3. Rectosigmoidoscopie
4. Adicional : test respirator la H₂-lactoză (diaree)
5. Reevaluare după 3-6 săptămâni de tratament simptomatic

Tratament psihotrop/psihologic

TRATAMENT SII

REGIM IGIENO-DIETETIC IN SINDROMUL DE INTESTIN IRITABIL

1. Dacă predomină durerea sau balonarea:

alimente permise: -carne pui sau vita, pește fiartă sau grătar

-brânză slabă

-ou fiert

-legume verzi preparate termic, fără coajă sau semințe, evitându-se fasolea, varza, mazărea

-fructe verzi bine coapte sau preparate termic, decojite, fără semințe

-dulciuri neconcentrate: plăcinte, budinci, biscuit, piscoțuri, prăjituri de casă

-băuturi neacidulate

alimente interzise: -carne grasă de găină, vita, porc, vânat, pește, mezeluri, cârnați

-brânzeturi grase, cascaval, brânză mușegai

-ou prăjit

-legume verzi crude

-fructe verzi, crude, cu coajă sau semințe

-dulciuri concentrate: ciocolată, înghețată, prăjituri comert

-băuturi acidulate

2. Dacă predomină constipația:

alimente bogate în fibre vegetale: -pâine integrală, pâine cu tarate, cereale, mușli

-lactate

-legume verzi crude sau preparate termic

-fructe crude sau preparate termic

-20-30 g tarate grâu/zi

hidratare 1500-2000 ml fluide/zi (suc fructe, apă, ceai)

3. Dacă predomină diareea:

alimente permise: -orez, porumb, gris

-carne slabă de pui, vita, pește

-ou fiert

-brânzeturi uscate

-ulei crud, unt

-pâine prăjită

alimente interzise: -cereale, pâine proaspătă

-lactate

-carne grasă, afumături, rânțosuri, mezeluri

-legume verzi crude sau gătit

-fructe crude sau preparate termic

-ALCOOL, CAFEA

-INTERZIS FUMATUL

Reguli generale:

-simptomatologia poate fi zgomotoasa dar nu e grava (nu apar complicatii si

B. Măsurile generale :

- stilul de viață
- încrederea pacientului

Tratament medicamentos : Principalele medicamente utilizate în SII sunt pentru (4,11):

1. *durerea abdominală* – anticolinergice:

- miorelaxante musculotrope;
- antagoniști de calciu;

2. *constipație* –

Spasmolitice (Duspatalin, Buscopan)

Prokinetice (Motilium)

- laxative

Pro- sau prebiotice (Linex, Lactuloza)

3. *diareee* – agoniști opiacei:

spasmolitice selective

- diosmectita;
- probiotice (Linex, Bifiform)

4. *balonare* –

- dimeticon;
- simeticon.

BIBLIOGRAFIE

1. Baranov A – „Gastroenterologie pediatrică”, Moscova 2002.
2. Ciofu E, C. Ciofu – „Esențialul în pediatrie”, București 2004.
3. Cazac S., „Gastroenterologia a copilului si al adolescentului”, Kiev, 2006
4. Corovina N.– „Constipația la copii în primii ani de viață”, Moscova 2004.
5. Drossman DA., moderator, AGA, Clinical Simposium Roma III: News Criteria for the Functional GI Disorders. Program and abstracts of Digestive Disease Week, 20-25 May 2006, Los Angeles, California (Sp 461-469).
6. Drossman DA, Swankowski M. History of the Functional Disorders. The UNC Center for Functional GI and Motility Disorders, 2006, <http://www.med.unc.edu/ibs>
7. Drossman D, Morris CB, Hu Y, Toner BB, Diamant N, Whitehead WE, Dalton CB, Leserman J, Patrick DL, Bangdiwala SI. Characterization of health related quality of life (HRQOL) for patients with functional bowel disorder (FBD) and its response to treatment. American Journal of Gastroenterology 2007;102:1442-1453.
8. Drossman DA. Commentary on chronic constipation. Primary Care Quarterly 2007;11:44-45.
9. Drossman DA. Introduction. The Rome Foundation and Rome III. Neurogastroenterology & Motility 2007;19:783-786.
10. Drossman DA. On mentoring. Am J Gastroenterol 2007;102:1848-1852.
11. Dorn SD, Morris CB, Hu YJB, Toner BB, Diamant NE, Whitehead WE, Bangdiwala SI, Drossman DA. Irritable bowel subtypes defined by Rome II and Rome III criteria are similar. Journal of Clinical Gastroenterology in press, 2008.