Функциональная диспепсия у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K30 · Союз педиатров России, Автономная некоммерческая организация "Общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов"

Функциональная диспепсия у детей — клинико-анамнестический диагноз при беспокоящих симптомах из гастродуоденальной зоны без органической, системной или метаболической причины. Главное в рекомендации — распознать типичный симптомокомплекс, исключить «симптомы тревоги» и органическую патологию, подобрать диету, симптоматическую терапию и показания к тестированию/лечению H. pylori.

Главное

- Диагноз ФД ставят при беспокоящих симптомах: боль в эпигастрии и/или околопупочной области, чувство переполнения после еды, тошнота, раннее насыщение — при отсутствии другой причины этих проявлений.
- Для клинической картины важна частота: жалобы возникают не реже 1 раза в неделю и длятся не менее 2 месяцев подряд, достаточно выражены и мешают ребенку.
- Выделяют постпрандиальный дистресс-синдром, синдром эпигастральной боли и смешанный вариант; при синдроме эпигастральной боли боль не уменьшается после дефекации или отхождения газов и не распространяется в другие отделы.
- При наличии любого «симптома тревоги» нужен углубленный диагностический поиск; к ним также относят отсутствие эффекта стандартной терапии функционального расстройства в течение 2 недель. УУР С, УДД 5.
- ФД у детей не ведут по принципу «выявляй и лечи» H. pylori: тестирование проводят селективно, когда ожидаемая польза превышает риски и затраты последующего лечения. УУР С, УДД 5.
- Большинство детей с ФД наблюдают и лечат амбулаторно; госпитализация нужна при сильной боли 8–10 баллов, симптомах тревоги, необходимости ЭГДС с множественной биопсией под наркозом и других указанных показаниях.

Диагностика

1. ФД — клинико-анамнестический диагноз: клинические признаки должны быть достаточно интенсивными, чтобы влиять на повседневную деятельность пациента, то есть причинять беспокойство; после полного обследования должно быть уточнено, что симптомы не объясняются другими патологическими состояниями.
2. Соберите анамнез на «симптомы тревоги»: семейный анамнез ВЗК, целиакии или язвенной болезни; дисфагия/одинофагия; рецидивирующая рвота; кровотечение; артрит; потеря веса; задержка роста или пубертата; лихорадка; лейкоцитоз или повышенная СОЭ; неэффективность терапии 2 недели. УУР С, УДД 5.
3. Проведите осмотр: физическое развитие, поверхностная и глубокая пальпация живота, симптомы раздражения брюшины, перкуссия печени, аускультация перистальтики, осмотр кожи на признаки аллергии; патогномоничных физикальных признаков ФД нет. УУР С, УДД 5.
4. На первичном этапе выполните развернутый общий анализ крови для поиска анемии и воспаления, а также общий анализ мочи для дифференциальной диагностики с болезнями мочевой системы. УУР С, УДД 5.
5. При анемии или дефиците железа селективно исследуйте кал на скрытую кровь, предпочтительно иммунохимическим методом; положительный результат влияет на выбор эндоскопического обследования. УУР С, УДД 5.
6. Пациентам с признаками ФД показано УЗИ органов брюшной полости; девочкам-подросткам при сохранении симптомов на терапии как обследование второй линии — УЗИ органов малого таза. УУР С, УДД 5.
7. ЭГДС выполняйте при симптомах тревоги; дополнительные основания — семейный анамнез язвенной болезни, ночные или голодные боли, редкая сильная боль, изжога и кислая отрыжка, железодефицитное состояние. При ЭГДС у пациентов с подозрением на заболевание желудка и ДПК берут биопсии желудка и ДПК, в том числе для H. pylori и дифференциальной диагностики. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Начните с нормализации режима дня и питания: полноценный рацион, исключение кофеинсодержащих, острых и жирных продуктов, отказ от обильных приемов пищи, ужин минимум за 3 часа до сна; лучше чаще и меньшими порциями. УУР С, УДД 3.
- При тяжести в эпигастрии и раннем насыщении возможны стимуляторы моторики: домперидон детям старше 12 лет по 10 мг 3 раза в сутки, при необходимости включая прием перед сном; тримебутин старше 12 лет по 100–200 мг 3 раза в сутки, 5–12 лет по 50 мг 3 раза в сутки, 3–5 лет по 25 мг 3 раза в сутки. УУР С, УДД 5.
- При спастической боли используют дротаверин: 6–12 лет по 40 мг 1–2 раза в день, максимум 80 мг/сут; старше 12 лет по 40 мг 1–4 раза в день или по 80 мг 1–2 раза в день, максимум 160 мг/сут. УУР С, УДД 5.
- При синдроме эпигастральной боли назначают антациды коротким курсом; пример — алгелдрат + магния гидроксид: 10–15 лет по 5 мл 3–4 раза в день или 10 мл 1–2 раза, либо 1 пакетик 1–2 раза в день; с 15 лет по 15 мл через 1–2 часа после еды и перед сном или по необходимости, не более 6 столовых ложек в сутки. УУР С, УДД 5.
- При синдроме эпигастральной боли в сочетании с ГЭРБ селективно назначают ингибиторы протонного насоса по клиническим рекомендациям по ГЭРБ. УУР В, УДД 2.
- При торпидности к терапии показана консультация детского психиатра/психиатра для решения вопроса о снотворных, седативных средствах или антидепрессантах; растительные седативные средства на основе валерианы или пустырника применяют по инструкции с 12 лет. УУР С, УДД 5.
- При синдроме эпигастральной боли, торпидности к основной терапии и положительном тесте на H. pylori возможна эрадикация по рекомендациям по язвенной болезни желудка и/или ДПК. УУР С, УДД 5.
- Рутинно не назначайте пробиотики или синбиотики при ФД с абдоминальной болью: доказательная база недостаточна. УУР В, УДД 1.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализируйте при выраженном абдоминальном болевом синдроме 8–10 баллов по десятибалльной шкале.
- Направляйте в стационар при наличии симптомов тревоги, если нужен дифференциальный диагностический поиск.
- Стационар показан, если требуется ЭГДС с множественной биопсией под наркозом.
- Эрадикацию H. pylori проводят под врачебным контролем в стационаре при высоком риске аллергических реакций или антибиотико-ассоциированной диареи.
- Диспансерное наблюдение ведут педиатр/врач общей практики и/или гастроэнтеролог в поликлинике; при стойкой длительной клинико-лабораторной ремиссии через 3 года можно обсуждать снятие с учета. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Какая минимальная длительность симптомов нужна для диагноза функциональной диспепсии у ребенка?

Симптомы должны возникать не реже 1 раза в неделю и сохраняться не менее 2 месяцев подряд, быть достаточно интенсивными и беспокоить ребенка.

Нужно ли делать ЭГДС каждому ребенку с подозрением на ФД?

Нет. ЭГДС показана при симптомах тревоги; также учитывают семейный анамнез язвенной болезни, ночные или голодные боли, редкую сильную боль, изжогу и кислую отрыжку, железодефицитное состояние.

Когда обследовать ребенка с ФД на H. pylori?

Тестирование проводят селективно: при подозрении на инфекцию, отягощенности по язвенной болезни или раку желудка, рефрактерной железодефицитной анемии, идиопатической тромбоцитопенической пурпуре, а также при сохранении жалоб на терапии при синдроме эпигастральной боли.

Какая диета нужна при функциональной диспепсии?

Питание должно быть полноценным, но без избытка кофеина, острых и жирных продуктов; следует избегать больших порций и ужинать минимум за 3 часа до сна. Частые приемы небольшого объема могут уменьшить проявления.

Является ли функциональная диспепсия противопоказанием к вакцинации?

Нет. ФД не является противопоказанием к вакцинации вакцинами любого типа.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/952-funkcionalnaya-dispepsiya-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/952_1