

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
14 февраля 2024 г. № 33

Об утверждении клинического протокола

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8, подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Утвердить клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с моторно-эвакуаторными нарушениями акта дефекации» (прилагается).

2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
14.02.2024 № 33

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с моторно-эвакуаторными нарушениями акта дефекации»

**ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам

(детское население) с моторно-эвакуаторными нарушениями акта дефекации (шифры по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ–10) – F98.1 Энкопрез неорганической природы; K59.0 Запор (в том числе после хирургического вмешательства при лечении следующих заболеваний (шифры по МКБ–10): Q42.0 Врожденные отсутствие, атрезия и стеноз прямой кишки со свищем; Q42.1 Врожденные отсутствие, атрезия и стеноз прямой кишки без свища; Q42.2 Врожденные отсутствие, атрезия и стеноз заднего прохода со свищем; Q42.3 Врожденные отсутствие, атрезия и стеноз заднего прохода без свища; Q43.1 Болезнь Гиршпрунга; Q43.5 Эктопический задний проход; Q43.6 Врожденный свищ прямой кишки и ануса; Q43.7 Сохранившаяся клоака).

Требования настоящего клинического протокола не распространяются на пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и с психическими расстройствами (заболеваниями).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 20 июля 2006 г. № 161-З «Об обращении лекарственных средств», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-ХІІ «О правах ребенка», а также следующие термины и их определения:

аноректальная манометрия высокого разрешения (далее – АРМ_{ВР}) – метод исследования функционального состояния аноректальной зоны и механизмов дефекации, позволяющий определить тонус аноректального мышечного комплекса и оценить скоординированность сокращений мышц прямой кишки и анальных сфинктеров;

моторно-эвакуаторные нарушения – нарушение моторики различных отделов пищеварительной трубки, а также деятельности сфинктерного аппарата аноректальной зоны, влияющее на полостное и мембранное пищеварение, всасывание основных пищевых ингредиентов, витаминов, макро- и микроэлементов;

терапия по принципу «биологической обратной связи» (далее – БОС – терапия) – метод лечения пациентов с нарушениями деятельности сфинктерного аппарата аноректальной зоны, направленный на обучение пациентов правильной координации мышцы брюшного пресса и тазового дна во время дефекации, проводимый во время выполнения АРМ_{ВР}, заключающийся в визуальном восприятии пациентом результатов АРМ_{ВР} и попытке повлиять на них;

функциональный запор – нарушение моторики различных отделов пищеварительной трубки, а также деятельности сфинктерного аппарата, влияющее на полостное и мембранное пищеварение, всасывание основных пищевых ингредиентов, витаминов, макро- и микроэлементов, при котором отсутствуют органические (структурные) изменения;

энкопрез – повторяющееся неконтролируемое выделение фекалий в течение не менее трех месяцев у пациентов старше 4 лет, которое может быть связано в том числе с функциональными запорами, нарушением работы анальных сфинктеров, врожденными и (или) приобретенными аномалиями головного и спинного мозга.

4. Моторно-эвакуаторные нарушения акта дефекации проявляются преимущественно в виде функционального запора и энкопреза.

Причиной моторно-эвакуаторных нарушений аноректальной зоны, как правило, является диссинергия мышц тазового дна (нарушение координации работы мышц брюшного пресса, мышц тазового дна, прямой кишки и ануса во время процесса дефекации, проявляющееся парадоксальным анальным сокращением, неадекватным анальным расслаблением, нарушением ректальной или абдоминальной толкающей силы).

5. Выделяются следующие виды энкопреза:

запорозависимый энкопрез (энкопрез, развившийся в результате функциональных запоров, но с сохраненной анатомией анальных сфинктеров);

сфинктерозависимый энкопрез (энкопрез, развившийся в результате хирургического вмешательства на аноректальной зоне по поводу врожденных или приобретенных заболеваний);

нейрогенный энкопрез (врожденные или приобретенные заболевания головного и спинного мозга).

6. Для лечения моторно-эвакуаторных нарушений акта дефекации рекомендованы базовые схемы поведенческой терапии, фармакотерапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных препаратов (далее – ЛП), БОС-терапия, хирургическое лечение.

ЛП представлены по международным непатентованным наименованиям, а при их отсутствии – по химическим наименованиям по систематической или заместительной номенклатуре, с указанием пути введения; лекарственных форм и дозировок, режима дозирования с указанием разовой (при необходимости суточной, максимальной разовой) дозы.

7. Медицинские изделия и ЛП назначаются и применяются в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики.

Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листочком-вкладышем). Допускается (по решению врачебного консилиума) включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям или в режиме дозирования, не указанным инструкцией по медицинскому применению (листочком-вкладышем) и общей характеристикой ЛП (off-label), при этом дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

В каждой конкретной ситуации в интересах пациента при наличии медицинских показаний (с учетом индивидуальной непереносимости и (или) чувствительности) решением врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других утвержденных методов, не включенных в настоящий клинический протокол.

ГЛАВА 2

ДИАГНОСТИКА МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ АКТА ДЕФЕКАЦИИ

8. Клиническими проявлениями моторно-эвакуаторных нарушений акта дефекации являются:

8.1. наличие функционального запора с оценкой по диагностическим критериям функционального запора согласно Римским критериями IV пересмотра, указанным в приложении 1;

8.2. наличие следующих проявлений энкопреза у пациентов старше 4 лет, которые должны присутствовать как минимум на протяжении трех месяцев:

дефекация в местах, не соответствующих социальному контексту, как минимум 1 раз в месяц;

отсутствие воспалительных, анатомических, метаболических или неопластических процессов, которыми можно объяснить наблюдающиеся у пациента симптомы;

отсутствие признаков задержки стула;

8.3. боль в животе – частый сопутствующий симптом.

9. Обязательными диагностическими исследованиями при подозрении на моторно-эвакуаторные нарушения акта дефекации в амбулаторных условиях являются:

сбор анамнеза и жалоб пациента;

глубокая скользящая пальпация толстой кишки для исключения или подтверждения каловых камней;

пальцевое ректальное исследование прямой кишки для оценки анатомии и работы наружного анального сфинктера и оценки наличия или отсутствия каловых масс;

консультация врача-гастроэнтеролога организации здравоохранения районного (врача-педиатра при отсутствии врача-гастроэнтеролога), областного (в г. Минске – городского) уровней при неэффективности терапии;

консультация врача-детского хирурга организации здравоохранения районного (врача-хирурга после повышения квалификации), областного (в г. Минске – городского) уровней при проведении хирургического вмешательства на толстой кишке в анамнезе;

консультация врача-детского невролога, врача-психиатра детского организации здравоохранения районного (врача-невролога после повышения квалификации, врача-психотерапевта после повышения квалификации), областного (в г. Минске – городского) уровней в случае, если хирургическое вмешательство на толстой кишке не проводилось.

10. Обязательными диагностическими исследованиями при моторно-эвакуаторных нарушениях акта дефекации в стационарных условиях в организациях здравоохранения областного (в г. Минске – городского) уровня являются:

ирригоскопия с целью исключения врожденных или приобретенных анатомических особенностей (оценка анатомических структур толстой кишки, исключение или подтверждение наличия мегаколона, оценка пуборектальной петли и ректоанального угла);

биопсия прямой кишки (первичная и (или) повторная) для исключения врожденных заболеваний толстой кишки;

колоноскопия с оценкой состояния слизистой толстой кишки и дистальных отделов тонкой кишки, биопсией по медицинским показаниям.

11. Обязательным диагностическим исследованием при моторно-эвакуаторных нарушениях акта дефекации для оценки функциональной работы толстой кишки в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр детской хирургии» (далее – РНПЦ детской хирургии) является проведение АРМ_{ВР} в соответствии с порядком проведения АРМ_{ВР}, указанным в приложении 2.

12. С помощью АРМ_{ВР} определяются следующие параметры прямой кишки:

12.1. анальные функции:

базальное давление (мм рт. ст.) – давление анального сфинктера в состоянии покоя, определяется как среднее максимальное давление (мм рт. ст.) по функциональной длине анального канала в течение 1-минутного периода покоя;

максимальное давление сжатия (мм рт. ст.) – измеряется путем оценки разницы между приращениями давления во время максимального произвольного сокращения и базальным тонусом покоя на том же уровне анального канала;

максимальное время сжатия наружного анального сфинктера (с) – интервал времени, в течение которого пациент способен поддерживать давление сжатия выше давления покоя, в частности, больше или равное 50 % от максимального зарегистрированного давления сжатия;

12.2. ректальные функции:

содружественная работа мышц тазового дна и брюшного пресса;

порог ректальной чувствительности: первичная чувствительность; первичный позыв; интенсивность позыва; максимально допустимый объем (дискомфорт);

12.3. рефлексы:

кашлевой рефлекс – достигается путем выполнения пациентом просьбы покашлять. Кашель увеличивает давление в брюшной полости, а ректальное давление вызывает рефлекторное сокращение наружного анального сфинктера;

ректоанальный ингибиторный рефлекс (далее – РАИР) – измеряется путем регистрации анального давления в состоянии покоя во время быстрого и прерывистого надувания дистального ректального баллона, расположенного на вершине манометрического катетера, что приводит к снижению анального давления из-за расслабления внутреннего анального сфинктера;

тест натуживания – имитация процесса дефекации, при котором на графике регистрируется пропульсивное давление за счет мышц брюшного пресса и давление в аноректальной зоне;

тест выдавливания баллона – временной тест, используемый для выявления проблем с дефекацией. Тест включает в себя выведение манометрического катетера путем натуживания. Баллон используется для имитации процесса дефекации;

12.4. дополнительные параметры:

функциональная длина анального канала (см) – область (или длина), на которой давление покоя на ≥ 30 % выше, чем ректальное давление.

13. Объем и последовательность проведения дополнительных диагностических исследований для каждого пациента определяется индивидуально лечащим врачом-специалистом с учетом тяжести состояния пациента, медицинских показаний и противопоказаний, диагностической значимости исследований и их доступности.

ГЛАВА 3

ЛЕЧЕНИЕ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ АКТА ДЕФЕКАЦИИ

14. Целями лечения моторно-эвакуаторных нарушений акта дефекации являются: индукция клинической ремиссии (обеспечение регулярной безболезненной дефекации стулом мягкой консистенции, а также предотвращение скопления каловых масс);

поддержание клинической ремиссии;

медицинская профилактика осложнений;

коррекция сопутствующих нарушений и осложнений;

социальная адаптация несовершеннолетнего пациента и его родителей (усыновителей (удочерителей), опекунов, попечителей).

15. Выделяются следующие немедикаментозные методы лечения пациентов с моторно-эвакуаторными нарушениями акта дефекации:

разъяснительная работа с несовершеннолетним пациентом и его родителями (усыновителями (удочерителями), опекунами, попечителями) о возможных причинах и механизмах возникновения моторно-эвакуаторных нарушений акта дефекации;

поведенческая терапия, которая основывается на выработке режима посещения туалета с целью добиться регулярной дефекации;

коррекция питания с учетом особенностей влияния пищевых веществ на опорожнение кишечника согласно приложению 3 с повышением суточного потребления жидкости и суточного объема пищевых волокон, стимулирующих перистальтику кишечника, смягчающих стул и уменьшающих возникновение моторно-эвакуаторных нарушений акта дефекации. Потребление клетчатки у пациентов с нарушением функции сфинктерного аппарата аноректальной зоны (гипо-, гипертонус анальных сфинктеров) уменьшается;

контроль гигиены анальной области;

контроль ежедневного стула (в случаях, при которых отсутствует самостоятельный стул, необходимо выполнение очистительной клизмы);

брюшной массаж, который в раннем возрасте способствует укреплению мышц брюшного пресса и улучшению перистальтики кишечника, что в свою очередь улучшает опорожнение кишечника;

физическая активность (спорт) – рекомендуется пациентам с моторно-эвакуаторными нарушениями акта дефекации для укрепления мышц спины, брюшного пресса, мышц нижних конечностей, для улучшения иннервации и кровообращения и эмоционального состояния.

16. Рекомендуемое суточное потребление жидкости для пациентов с учетом массы тела:

5–10 кг – 500–1000 мл;

10–20 кг – 1000–1500 мл;

20–30 кг – 1500–1750 мл;

30–40 кг – 1750–2000 мл;

40–50 кг – 2000–2250 мл;

>50 кг – 2250–2500 мл.

17. Суточный объем пищевых волокон, стимулирующих перистальтику кишечника, смягчающих стул и уменьшающих возникновение моторно-эвакуаторных нарушений акта дефекации, рассчитывается индивидуально и зависит от возраста:

- 8 г в день для пациентов в возрасте до 3 лет;
- 15 г в день для пациентов в возрасте от 3 до 10 лет;
- 25 г в день для пациентов в возрасте старше 10 лет.

18. Пациентам с моторно-эвакуаторными нарушениями акта дефекации показано диетическое питание, которое осуществляется в соответствии с Инструкцией о порядке организации диетического питания, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 ноября 2019 г. № 106, при наличии белково-энергетической недостаточности – в соответствии с клиническим протоколом «Организация лечебного питания при белково-энергетической недостаточности» (детское население), утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2017 г. № 109.

19. Основной целью фармакотерапии моторно-эвакуаторных нарушений акта дефекации является устранение скопления каловых масс и поддержание мягкости стула за счет использования слабительных ЛП.

20. Пациентам назначаются следующие стимулирующие слабительные ЛП:

20.1. бисакодил (принимается при острой задержке стула, однократно):

таблетки кишечнорастворимые, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг:

пациенты 6–12 лет – 1 таблетка (5 мг) в день внутрь; проглатывать, не разжевывая;

пациенты старше 12 лет – 1 или 2 таблетки (5–10 мг) в день внутрь; проглатывать, не разжевывая;

суппозитории ректальные 10 мг:

пациенты старше 10 лет – по 1 суппозиторию в день ректально;

20.2. глицерол, суппозитории ректальные 1,24 г, 2,11 г (продолжительность применения не должна превышать 7 дней):

пациенты с 3 до 7 лет – по 1 суппозиторию (1,24 г) 1 раз в сутки ректально;

пациенты старше 7 лет – по 2 суппозитория по 1,24 г, или по 1 суппозиторию по 2,11 г;

пациенты старше 12 лет – по 1–2 суппозиторию 2,11 г;

20.3. натрия пикосульфат, капли для приема внутрь (для внутреннего применения) 7,5 мг/мл (1 мл = 14 капель):

пациенты старше 4 лет – разовая доза 5–9 капель (что эквивалентно 2,5–5 мг пикосульфата натрия), максимальная суточная доза – 9 капель;

20.4. натрия цитрат + натрия лаурилсульфоацетат + сорбитол, раствор для ректального введения в микроклизме 5 мл:

пациентам до 3 лет вводится содержимое одной микроклизмы (5 мл) ректально, наконечник вводится на половину длины; у новорожденных и пациентов в возрасте до 1 года для достижения эффекта может быть достаточно половины содержимого микроклизмы (2,5 мл);

пациентам старше 3 лет вводится содержимое одной микроклизмы (5 мл) ректально, наконечник вводится на всю длину.

21. Пациентам назначаются следующие осмотические слабительные ЛП:

21.1. лактулоза, сироп 667 мг/мл (принимается при отсутствии непереносимости сахаров; длительность применения до 6 месяцев):

пациенты до 1 года: внутрь начальная доза до 5 мл (до 3 г лактулозы), поддерживающая доза – до 5 мл (до 3 г лактулозы);

пациенты 1–6 лет: внутрь начальная доза – 5–10 мл (3–7 г лактулозы), поддерживающая доза – 5–10 мл (3–7 г лактулозы);

пациенты 7–14 лет: внутрь начальная доза 15 мл (10 г лактулозы), поддерживающая доза – 10–15 мл (7–10 г лактулозы);

пациенты старше 14 лет: внутрь начальная доза 15–45 мл (10–30 г лактулозы), поддерживающая доза – 15–30 мл (10–20 г лактулозы);

21.2. макрогол, порошок для приготовления раствора для приема внутрь (для внутреннего применения) в саше или в пакетах (продолжительность приема – не более 3 месяцев):

пациенты от 6 месяцев до 1 года – 4 г в день;

пациенты 1–4 лет – 4–8 г в день;

пациенты 4–8 лет – 8–16 г в день;

пациенты старше 8 лет – 10–20 г в день.

22. Для восстановления микрофлоры и нормализации перистальтики кишечника назначаются следующие пробиотики:

22.1. бифидобактерии (*Bifidobacterium bifidum* № 1) (бифидумбактерин – лиофилизированный порошок для приготовления суспензии для приема внутрь и местного применения 5 доз во флаконах; бифидумбактерин сухой – порошок для приема внутрь и местного применения 500 млн (5×10^8) КОЕ (5 доз) в пакетах):

пациенты до 6 месяцев – по 1 флакону (пакету) 2–3 раза в день;

пациенты от 6 месяцев до 3 лет – по 1 флакону (пакету) 3–4 раза в день;

пациенты с 3 до 7 лет – по 1 флакону (пакету) 3–5 раз в день;

пациенты старше 7 лет – по 2 флакона (пакета) 3–4 раза в день;

22.2. живые кишечные палочки – штамм *E.coli* M-17 (Биофлор), раствор для внутреннего применения в бутылках или во флаконах 100 мл, 250 мл:

пациенты от 6 месяцев до 1 года – 1 доза в день (10 мл) в 2–3 приема;

пациенты от 1 года до 3 лет – 2 дозы в день (20 мл) в 2–3 приема;

пациенты от 3 до 6 лет – 4 дозы в день (40 мл) в 2–3 приема;

22.3. лиофилизированные молочнокислые бактерии (Линекс), капсулы:

новорожденные и пациенты до 2 лет: внутрь по 1 капсуле три раза в день;

пациенты в возрасте от 2 до 12 лет: внутрь по 1–2 капсулы три раза в день;

пациенты старше 12 лет: внутрь по 2 капсулы три раза в день.

Пациентам, которые не могут проглотить целую капсулу, ее необходимо вскрыть, содержимое высыпать в ложку и смешать с небольшим количеством жидкости или пищи.

23. Медицинскими показаниями для госпитализации являются:

23.1. в организации здравоохранения районного, областного (в г. Минске – городского) уровней:

моторно-эвакуаторные нарушения акта дефекации, не поддающиеся консервативным методам лечения в течение 6–12 месяцев;

осложнения, связанные с моторно-эвакуаторными нарушениями акта дефекации: каловые камни; заворот сигмовидной кишки; мегаколон;

23.2. в РНПЦ детской хирургии:

необходимость диагностики моторно-эвакуаторных нарушений акта дефекации с помощью АРМ_{ВР};

решение о необходимости проведения БОС-терапии;

необходимость хирургического вмешательства;

осложнения (контроль) после хирургического вмешательства по лечению врожденных пороков развития толстой кишки.

24. Решение о проведении хирургического вмешательства по лечению моторно-эвакуаторных нарушений акта дефекации принимается в РНПЦ детской хирургии.

Выбор метода хирургического вмешательства осуществляется индивидуально, после проведения дополнительных инструментальных и морфологических диагностических исследований, в том числе АРМ_{ВР} и оценки их результатов.

25. Оценка эффективности методов лечения моторно-эвакуаторных нарушений акта дефекации контролируется по клиническому ответу (уменьшение и (или) исчезновение клинических симптомов).

26. Осложнениями моторно-эвакуаторных нарушений акта дефекации являются:

клинические проявления хронической каловой интоксикации: снижение аппетита; отрыжка воздухом; неприятный вкус во рту; налет на языке; тошнота; слабость;

недомогание; снижение массы тела; субфебрильная температура; полигиповитаминоз; анемия; задержка темпов психофизического развития;
развитие ипохондрических, депрессивных состояний;
нарушение акта мочеиспускания, энурез;
вторичное образование анальных трещин;
холелитиаз.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА, МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С МОТОРНО- ЭВАКУАТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ АКТА ДЕФЕКАЦИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

27. Медицинская профилактика при энкопрезе направлена на:
поведенческую терапию (ежедневное опорожнение кишечника в одно и то же время);
очистительные клизмы в случае отсутствия самостоятельного стула в течение двух дней;
контроль избыточного веса;
ограничение и (или) исключение употребления продуктов, повышающих внутрибрюшное давление (газированные напитки, пиво, бобовые), усиливающих перистальтику (кофе, шоколад, жирная и острая пища, другие);
контроль объема принимаемой пищи;
физическую активность.

Пациентам с моторно-эвакуаторными нарушениями акта дефекации в стадии неполной клинической ремиссии рекомендуются занятия физической культурой в подготовительной группе; в стадии полной клинической ремиссии – в основной группе. При стойкой клинической ремиссии пациенты могут заниматься в спортивных секциях.

28. В период ремиссии пациентам с моторно-эвакуаторными нарушениями акта дефекации рекомендуются:

физическая активность, лечебная физическая культура, плавание;
поведенческая терапия, поощрительная система, иное.

29. Медицинское наблюдение пациентов с моторно-эвакуаторными нарушениями акта дефекации в амбулаторных условиях осуществляется в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь по месту жительства (месту пребывания).

30. Медицинское наблюдение пациентов с моторно-эвакуаторными нарушениями акта дефекации в амбулаторных условиях после консервативного лечения осуществляют:

врач-педиатр (врач общей практики) ежегодно на протяжении 3 лет;
врач-детский хирург по медицинским показаниям;
врач-гастроэнтеролог по медицинским показаниям.

31. Медицинское наблюдение пациентов с моторно-эвакуаторными нарушениями акта дефекации в амбулаторных условиях после хирургического вмешательства осуществляет врач-детский хирург:

через 1 месяц после хирургического вмешательства;
в течение первого года медицинского наблюдения ежеквартально;
в течение второго года медицинского наблюдения – 1 раз в 6 месяцев;
в течение третьего года медицинского наблюдения – 1 раз в год, далее – по медицинским показаниям.

Приложение 1
к клиническому протоколу «Диагностика
и лечение пациентов (детское население)
с моторно-эвакуаторными нарушениями
акта дефекации»

Диагностические критерии функционального запора согласно Римским критериям IV пересмотра*

Должны включать 2 или более из следующих симптомов, возникающих по крайней мере 1 раз в неделю в течение как минимум 1 месяца, при недостаточных критериях для диагноза синдром раздраженного кишечника:

- 2 или менее дефекации у пациента в возрасте старше 4 лет;
- по крайней мере 1 эпизод недержания кала в неделю;
- эпизоды намеренного удержания кала в кишечнике;
- эпизоды болезненной или затрудненной дефекации;
- присутствие больших масс кала в прямой кишке;
- эпизоды каловых масс большого диаметра, которые могут заполнять унитаз.

После соответствующей оценки симптомы не могут быть полностью объяснены другим заболеванием.

* Выявляются в течение минимум 3 месяцев.

Приложение 2
к клиническому протоколу «Диагностика
и лечение пациентов (детское население)
с моторно-эвакуаторными нарушениями
акта дефекации»

Порядок проведения АРМ_{ВР}

1. Пациент во время выполнения процедуры располагается лежа на левом боку с приведенными к животу ногами.

2. Выполняется пальцевое ректальное исследование для исключения кала в просвете и оценки анатомии прямой кишки с целью правильного позиционирования манометрического катетера (при наличии кала в прямой кишке исследование не проводится).

3. После включения аппарата и подготовки программы исследования проводится калибровка манометрического катетера для выполнения АРМ_{ВР}.

4. Манометрический катетер после калибровки вводится в анальный канал пациента так, чтобы баллон располагался в прямой кишке по возможности со всеми сенсорами манометрического катетера. Выдерживается 2–5-минутная пауза (в зависимости от возраста обследуемого пациента и его контактности) для того, чтобы пациент привык к манометрическому катетеру. Диагностические тесты начинаются после адаптации пациента, чтобы не исказить исходные данные базального давления.

5. Для определения точного базального давления пациент расслабляется и находится в таком состоянии в течение 30–60 секунд (не разговаривает и не двигается). Далее на графике фиксируется уровень давления мышечного сокращения внутреннего анального сфинктера.

6. Для регистрации максимального давления сжатия пациент сжимает мышцы тазового дна изо всех сил и удерживает в течение 5–20 секунд. Данные проводимого теста графически и в цветовом эквиваленте фиксируются на экране монитора.

7. Для измерения и определения выносливости сжатия пациент максимально сжимает мышцы тазового дна и удерживает так долго, как сможет.

8. Для того, чтобы оценить работу наружного анального сфинктера во время кашлевого рефлекса, данные, полученные в момент кашля, фиксируются на экране монитора.

9. Для определения РАИР и оценки порога чувствительности в баллон нагнетается воздух с шагом в объеме 10 мл. Объем подаваемого воздуха может быть увеличен, для этого в баллон постепенно нагнетается воздух до 20, 30, 40 и более мл. Порог вводимого в баллон воздуха определяется врачом-специалистом лично при проведении исследования с учетом ощущений и жалоб пациента. Для оценки порога чувствительности баллон постепенно наполняется воздухом до тех пор, пока пациент не сообщит о первом ощущении. При дальнейшем нагнетании фиксируется первичный позыв, постоянный позыв, сильный позыв и максимально допустимый объем. В случае возникновения боли тест останавливается и воздух извлекается из баллона. Цель – зафиксировать расслабление анальных сфинктеров, о чем свидетельствует падение давления в области внутреннего анального сфинктера.

10. Для исключения диссинергической дефекации проводится тест натуживания, пациенту предлагается симитировать процесс дефекации, при котором на графике регистрируются пропульсивное давление за счет мышц брюшного пресса и давление в анальной области.

11. Для оценки длины анального канала в момент выведения манометрического катетера по одному из каналов фиксируется каждый сантиметр прохождения через анальный канал.

12. После извлечения манометрического катетера исследование сохраняется в программном обеспечении для последующей обработки.

Приложение 3

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с моторно-эвакуаторными нарушениями акта дефекации»

Особенности влияния пищевых веществ на опорожнение кишечника

Способствуют опорожнению кишечника	Задерживают опорожнение кишечника	Индифферентные продукты
продукты, содержащие органические кислоты: кислое молоко, фруктовые соки, черный хлеб, кислые фрукты; сахаристые вещества: различные сахара, мед, варенье, джем, сиропы, сладкие блюда; блюда, богатые поваренной солью; продукты, содержащие углекислоту: минеральные воды; жиры, преимущественно растительные; продукты, богатые оболочками растительных клеток: овощи, блюда из овсяной, гречневой, ячменной, перловой круп; продукты в холодном виде; жилистое мясо, хрящи; отруби	продукты, содержащие танин: чай черный, кофе, какао; гранат, черника, хурма, груша; редька, лук, чеснок; пища в протертом виде; каши: манная, рисовая; слизистые супы; кисель; теплые и горячие блюда	мясо, рыба, паровые блюда, пшеничный хлеб, пресный творог