

В.Ф. Приворотский, Н.Е. Луппова

Медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург

Функциональные запоры в детском возрасте: вопросы и ответы

В СТАТЬЕ РАССМАТРИВАЮТСЯ КЛЮЧЕВЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ. ПОДЧЕРКИВАЕТСЯ, ЧТО ЭТОЙ ПРОБЛЕМЕ ВРАЧАМ-ПЕДИАТРАМ НЕОБХОДИМО УДЕЛЯТЬ ПРИСТАЛЬНОЕ ВНИМАНИЕ, ТАК КАК ЗАПОРЫ СУЩЕСТВЕННО СНИЖАЮТ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ. ПРЕДСТАВЛЕН ЯРКИЙ И ВМЕСТЕ С ТЕМ ТИПИЧНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ. ОПИСАН АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ТАКИХ БОЛЬНЫХ, ХОТЯ И ПОДЧЕРКИВАЕТСЯ, ЧТО СХЕМАТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, КАК И МОНОТЕРАПИЯ, ЧАСТО НЕ ДАЮТ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ДЕТИ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ЗАПОР, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

Контактная информация:

Приворотский Валерий Феликсович, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий гастроэнтерологическим отделением Консультативно-диагностического центра для детей, доцент кафедры гастроэнтерологии СБГПМА и кафедры педиатрии № 3 с курсом неонатологии СПбМАПО
Адрес: 192289, Санкт-Петербург, ул. Олеко Дундича, д. 36, корп. 2, тел. (812) 778-39-97
Статья поступила 12.09.2008 г., принята к печати 01.12.2008 г.

Одна из серьезных проблем детской гастроэнтерологии — запор. К сожалению, далеко не всегда ей уделяется должное внимание как родителями маленького пациента, так и педиатрами. Это отчасти объясняется тем, что прямой угрозы жизни ребенка в большинстве случаев нет, а многие дети довольно спокойно переносят задержку стула на несколько дней [1–3]. И это порождает серьезную ошибку — мнение об относительной безопасности запора.

Рассмотрим некоторые наиболее важные аспекты этой проблемы в практической плоскости.

Каково определение хронического запора? Термин «запор», или «констипация», происходит от латинского *constipatio* (синоним — *obstipatio*), дословно — скопление.

Термином «хронический запор» обозначают стойкое или часто повторяющееся нарушение функции толстой кишки: продолжительностью более 3 мес, с частотой стула менее 3 раз в неделю (для детей до 3 лет — менее 6 раз в неделю), с вынужденным натуживанием, занимающим более 25% времени акта дефекации, с ощущением «неполного опорожнения кишки» [2, 4]. Отметим, что определить время натуживания у ребенка, особенно раннего возраста, часто не представляется возможным.

Какова частота хронического запора в популяции? Согласно данным американских исследователей, запором страдают от 30 до 50% трудоспособного населения развитых стран и от 5 до 20% детей [5–7]. Запор как основная жалоба встречается у 3–5% амбулаторных пациентов на приеме педиатра и у каждого 4-го больного на приеме педиатра-гастроэнтеролога. При этом у 35% девочек и 55% мальчиков, страдающих запором, отмечается энкопрез (недержание кала) [6]. К сожалению, надежной статистики о частоте этого недуга у детей в нашей стране нет.

Какова нормальная частота стула у детей? Частота дефекаций у детей разного возраста — показатель изменчивый, приблизительная оценка которого представлена в таблице.

V.F. Privorotskiy, N.Ye. Luppova

Medical Academy of Postgraduate education,
St.-Petersburg

Functional constipation in children: questions and answers

KEY QUESTIONS OF PATHOGENESIS, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF FUNCTIONAL CONSTIPATION IN CHILDREN ARE DESCRIBED IN THIS ARTICLE. PEDIATRISTS HAVE TO PAY A GREAT ATTENTION TO THIS PROBLEM, BECAUSE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN IS DECREASES VERY MUCH DUE TO CONSTIPATION. A DRAMATIC AND TYPICAL CLINICAL CASE OF CHRONIC CONSTIPATION IN PATIENT, WHO WAS 6 YEARS OLD, WAS REPORTED. AN ALGORITHM OF MANAGEMENT OF SUCH PATIENTS IS PRESENTED, BUT AUTHORS GIVE ATTENTION TO THE FACT, THAT OVERSIMPLIFIED METHODS OF TREATMENT AND MONOTHERAPY FREQUENTLY CAN'T PROVIDE POSITIVE RESULTS.

KEY WORDS: CHILDREN, FUNCTIONAL CONSTIPATION, DIAGNOSTICS, TREATMENT.

Таблица. Частота дефекаций у детей разного возраста (Recommendation of North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, 2006) [8]

| Возраст | | Число дефекаций в неделю (пределы колебаний) | Среднее число дефекаций в сутки |
|-----------------|-----------------------------|---|------------------------------------|
| 0–3 мес | грудное вскармливание | 5–40 | 2,9 |
| | искусственное вскармливание | 5–20 | 2,0 |
| 6–12 мес | | 5–28 | 1,8 |
| 1–3 года | | 4–21 | 1,4 |
| 4 года и старше | | 3–14 | 1,0 |

Нередко для описания вида стула гастроэнтерологи используют так называемую Бристольскую шкалу, которая включает 7 типов стула: от «овечьего», обусловленного увеличением времени транзита каловых масс по кишечнику, до жидкого водянистого, когда время транзита резко сокращено. Нормальными для ребенка считаются варианты 3-й (стул в форме «колбаски» с ребристой поверхностью) и 4-й (стул в форме «колбаски» или «змеи» — гладкий и мягкий) [2].

Каковы основные патогенетические звенья запора у детей? В общем виде патогенез запора у детей включает 2 фактора:

- замедление транзита содержимого по кишечнику;
- нарушение акта дефекации (нарушение функции прямой кишки и/или анального сфинктера, мышц тазового дна) — аноректальная дисфункция.

Возникающие при формировании запора у детей основные патогенетические цепочки таковы: замедление транзита каловых масс по толстой кишке (снижение пропульсивной активности — **кологенный запор**) и нарушение пассажа каловых масс по ректосигмоидному отделу (**проктогенный запор**) → задержка и уплотнение стула → болезненность дефекаций → рефлекторная задержка стула → снижение рецепторной чувствительности, расширение дистальных отделов толстой кишки (или тотальное расширение кишки), дисбиоз толстой кишки → каломазание. В свою очередь снижение рецепторной чувствительности может приводить к нарушению пассажа каловых масс по толстой кишке, что замыкает «порочный круг» [3, 9].

Какой классификацией хронического запора у детей лучше пользоваться? Общепринятой классификации запора у детей в нашей стране нет. Во многих литературных источниках приводится классификация И.Л. Куш.

Классификация запора (Куш И.Л., 1976) [10].

1. Алиментарный запор:
 - вследствие погрешности в диете;
 - медикаментозный.
2. Запор функционального происхождения:
 - дискинезии с преобладанием атонии или спазма;
 - психогенные;
 - условно-рефлекторные;
 - при пилороспазме;
 - эндокринные (гипофиз, надпочечники, щитовидная и паращитовидные железы).
3. Запор органического происхождения:
 - болезнь Гиршпрунга;
 - долихосигма;
 - мегадолихосигма;
 - первичные мегаректум;
 - свищевые формы атрезии прямой кишки;
 - врожденное сужение анального отверстия;

- трещины заднего прохода;
- хроническое воспаление в толстой кишке;
- врожденный пилоростеноз.

В 2000 г. рабочий вариант классификации запора у детей предложил А.И. Хавкин.

Рабочая классификация запора у детей (Хавкин А.И., 2000) [11].

- **По течению:** острый и хронический.
- **По механизму развития:** кологенный и проктогенный.
- **По стадии течения:** де-, суб- и компенсированный.
- **По этиологическим и патогенетическим признакам:** алиментарный, неврогенный, инфекционный, воспалительный, психогенный, гиподинамический, механический, токсический, эндокринный, медикаментозный, вследствие аномалии развития толстой кишки, вследствие нарушений водно-электролитного обмена.

Степень компенсации запора определяется согласно следующим критериям:

1. Компенсированная стадия:
 - запор по 2–3 дня;
 - сохранены позывы на дефекацию;
 - отсутствуют боли в животе и вздутие живота;
 - запор корректируется диетой.
2. Субкомпенсированная стадия:
 - запор по 3–7 дней;
 - дефекация после применения слабительных;
 - могут быть боли в животе и его вздутие.
3. Декомпенсированная стадия:
 - запор более 7 дней;
 - отсутствуют позывы на дефекацию;
 - боли в животе и его вздутие;
 - каловая интоксикация;
 - запор устраняется только после сифонной клизмы.

Вот пример диагноза в соответствии с приведенными выше классификациями: «Функциональное нарушение толстой кишки (запор), компенсированная стадия» (код К 59.0).

Каковы основные причины функционального запора у детей? Функциональный запор составляет 95% в структуре констипационного синдрома у детей. В его основе лежат расстройства моторной, всасывательной, секреторной и экскреторной функций толстой кишки без выраженных структурных изменений стенки кишечника.

Среди причин функционального запора выделяют:

1. Алиментарные:
 - количественный недокорм (отсутствует рефлекторный позыв на дефекацию);
 - недостаток в рационе пищевых волокон;
 - избыточное употребление жиров;
 - избыточное употребление белка (мяса, яиц);
 - употребление большого количества протертых блюд;

- недостаточное употребление жидкости или ее избыточные потери;
 - торопливая еда, нарушения режима питания.
2. Психофизиологические:
- подавление позыва на дефекацию;
 - «боязнь горшка»;
 - невроз (социальная дезадаптация, личностные особенности).
3. Рефлекторные (при заболеваниях других органов). Помимо этого, важная роль в генезе запора принадлежит ряду других факторов, среди которых:

1. Нарушения нервной регуляции на разных уровнях:
 - функциональная незрелость (до 1,5 лет) и малое количество ганглиев интрамуральных нервных сплетений или их повреждение;
 - функциональные нарушения центральных механизмов регуляции дефекации у детей раннего возраста при перинатальных поражениях ЦНС;
 - дисфункция гипоталамической области и вегетативных спинальных ганглиев в структуре психовегетативного синдрома (перинатального, посттравматического, постинфекционного или наследственного генеза);
 - нарушения спинальной иннервации (напр. спондилломиелодисплазия).
2. Перенесенные кишечные инфекции (например, стафилококковый энтероколит до 1 года, дизентерия, сальмонеллез и др.) и паразитарная инвазия (например, аскаридоз), приводящие к нарушению формирования и дистрофическим изменениям интрамуральных ганглиев.
3. Пищевая аллергия.

Забегая вперед, скажем, что наиболее сложно лечить запор, вызванный психофизиологическими причинами. Всем известен феномен, когда после болезненной дефекации маленький ребенок начинает бояться горшка, подавляя позыв. Это часто бывает на фоне, например, сформировавшейся трещины в области анального сфинктера. Родители не сразу реагируют на новую ситуацию, что уменьшает шансы на эффект обычной медикаментозной терапии. Нередко в подобных случаях приходится прибегать к помощи врача-невролога или психотерапевта.

Какие возможности для постановки диагноза дает МКБ-10? Согласно МКБ-10, различают следующие варианты функционального запора:

1. Синдром раздраженной кишки (К 58):
 - синдром раздраженной кишки с преобладанием запора (К 58.9).
2. Другие функциональные кишечные нарушения (К 59):
 - запор (К 59.0);
 - функциональное нарушение кишечника неуточненное (К 59.9).

Какую практическую помощь в диагностике запора у детей могут оказать Римские критерии? Согласно Римским критериям III (2006), в соответствующей рубрике (литеры G и H) различают:

- G. Функциональные расстройства у новорожденных и детей раннего возраста (0–3 года)
 - G4. Младенческая колика
 - G5. Функциональная диарея
 - G6. Младенческая дисхезия
 - G7. Функциональный запор
- H. Функциональные расстройства у детей и подростков (4–18 лет):
 - H2b. Синдром раздраженной кишки
 - H3a. Функциональный запор

Критерии функционального запора включают 2 или более из перечисленных ниже симптомов, проявляющихся в течение 12 нед (непрерывно или периодически) за 6 мес [12, 13]:

- затруднения при > 1/4 дефекаций;
- вздутие живота или твердый кал при > 1/4 дефекаций;
- ощущение незавершенной эвакуации при > 1/4 дефекаций;
- ощущение аноректальной обструкции при > 1/4 дефекаций;
- мануальная помощь при осуществлении > 1/4 дефекаций;
- менее 3 дефекаций в неделю.

Достаточно беглого взгляда, чтобы понять, что применение этих критериев в педиатрии, мягко говоря, затруднено (попробуйте выявить хотя бы часть этих признаков у ребенка даже 6–8 лет, вы столкнетесь с серьезными проблемами). К сожалению, Римские критерии, задуманные как некая система для понимания сути самых разных функциональных нарушений пищеварительной системы, далеко не всегда «работают» в педиатрии.

Какие варианты функционального запора принято различать в педиатрии? Клинически обоснованно различать гипертонический (спастический) и гипотонический функциональный запор.

Гипертонический запор развивается в результате инфекционных заболеваний или психогенных перегрузок, при неврозах, рефлекторных влияниях со стороны других органов, при патологических состояниях, препятствующих расслаблению сфинктеров заднего прохода, при употреблении пищи, богатой целлюлозой.

Гипотонический запор развивается на фоне таких заболеваний, как рахит, гипотрофия, эндокринная патология (гипотиреоз), миотонический синдром, а также вследствие малоподвижного образа жизни.

Что такое синдром раздраженной кишки (СРК) и насколько правомочно применение этого диагноза в педиатрической практике? Данный термин вошел в лексикон педиатров относительно недавно. Получив своеобразный карт-бланш от МКБ-10, некоторые наши коллеги стали ставить этот диагноз излишне широко, часто независимо от возраста больного. Нередко при консультации годовалого ребенка с запором по 2–3 дня выясняли, что ему уже поставлен диагноз СРК.

Чтобы прояснить ситуацию, приведем классическое определение СРК: «Многофакторное заболевание, в основе которого лежит нарушение взаимодействия в системе головной мозг — кишка, приводящее к нарушению нервной и гуморальной регуляции двигательной функции кишечника и развитию висцеральной гиперчувствительности рецепторов толстой кишки к растяжению. В развитии СРК большое значение имеют характер высшей нервной деятельности и тип личности больного».

Из самого определения можно понять, что этот диагноз не для детей раннего возраста и даже не для младших школьников. Он может применяться в основном у детей старшего возраста и подростков с соответствующей клинической картиной. К тому же СРК, как и прочие виды функционального запора, является диагнозом исключения и ставится, когда надежно исключены органические заболевания.

Классификация СРК весьма лаконична (F.Weber, R. McCallum, 1992):

- СРК, протекающий с преобладанием диареи;
- СРК, протекающий с преобладанием запора;
- СРК, протекающий преимущественно с болями в животе и метеоризмом.

Согласно Римским критериям III (2006), диагностически признаками СРК с запором являются: абдоминальные боли или дискомфорт продолжительностью не менее 12 нед (непрерывно или периодически) в течение 6 мес в сочетании с 2 или более перечисленными ниже симптомами [12, 13]:

- облегчение после дефекации;
- приступы, сочетающиеся с изменениями частоты стула;
- приступы, сочетающиеся с изменениями формы кала.

В каких случаях можно заподозрить формирование органической патологии толстой кишки? Педиатру следует хорошо знать «симптомы тревоги», появление которых в сочетании с запором указывает на возможное формирование органической патологии толстой кишки: немотивированная потеря массы тела, повышение температуры до субфебрильной или фебрильной, гепатомегалия, спленомегалия, появление крови в стуле, изменения в клиническом (анемия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ), а также в биохимическом анализе крови.

Каков план обследования ребенка с хроническим запором? План обследования ребенка с запором включает следующие методы:

- серия копрограмм, анализ кала на яйца глистов и цисты лямблий;
- анализ кала на микробный пейзаж (в основном у пациентов раннего возраста);
- ректальное исследование с определением анального рефлекса (широкая ампула прямой кишки, наличие геморроидальных узлов, повышенный тонус сфинктера, вялый анальный сфинктер, зияющий анус);
- рентгенологическое исследование — ирригоскопия, колопроктодефекография;
- ректороманоскопия, колоноскопия (воспалительные и ишемические изменения, эрозии и язвы, полипы, дивертикулы, трещины, геморроидальные узлы и т.д.);
- гистологическое исследование биоптатов (аганглиоз, гипоганглиоз, дистрофические изменения) с определением тканевой ацетилхолинэстеразы;
- неврологическое исследование (нарушения сегментарной иннервации, вегетативной регуляции).

В некоторых случаях для исключения органической патологии применяются: ультразвуковое исследование (УЗИ) с предварительным заполнением толстой кишки раствором крахмала или эндоректальная сонография; колодинамическое исследование (ректоанальный рефлекс, тонус и чувствительность кишечной стенки); тонометрические методы (сфинктерометрия; манометрия, электромиография, баллонометрия); радионуклидные методы исследования — электроколоносцинтиграфия (исследование транзита по подвздошной и ободочной кишкам) и скинтидефекография (исследование эвакуаторной функции прямой кишки).

Каковы основные способы лечения хронического запора у детей? К основным средствам лечения запора у детей относятся [4, 8, 14]:

- изменение образа жизни;
- коррекция питания;
- медикаментозная терапия;
- фитотерапия;
- бальнеотерапия;
- методики биологической обратной связи;
- лечебная физкультура, физиотерапевтическое лечение.

На некоторых из перечисленных пунктов остановимся подробнее.

Изменение образа жизни — в основном это касается детей, ведущих малоподвижный образ жизни. У них чаще встречается атонический запор, поэтому им нужно больше двигаться, заниматься физкультурой и спортом, ограничивать время, проводимое за компьютером или за телевизором.

Коррекция питания — необходимо увеличить объем потребляемой ребенком жидкости до 1,5–2 л в день, причем не только в летнее время, когда расход жидкости повышен, но и в другие сезоны года.

Как основа диетической коррекции предлагается стол 3. **Рекомендуются:** кисломолочные продукты, хлеб с отрубями, овощные салаты с растительным маслом, фрукты и ягоды (кроме кислых сортов), «темные» каши, компоты из сухофруктов, мякотные соки, сахаристые вещества (мед, варенье). **Не рекомендуются:** крепкие бульоны, грибы, жирные и острые блюда, бобовые, репа, редис, редька, свежая выпечка, лук, чеснок, молоко, лимонады, шоколад и др. Ограничивается легкоусвояемая, рафинированная пища.

В рацион ребенка важно включать кисломолочные продукты. Их список обширен: перечислим лишь некоторые — кефир «Агуша», «Ацидолакт», «Биолакт», «Биокефир», «Бифидок», «Актимель», «Витафлор» и др.

Ниже приводятся некоторые дополнительные рекомендации, помогающие восстановить ритм дефекации [1]:

- натощак утром выпить 1/4–1,5 стакана минеральной воды с небольшим количеством газа («Эссендуки 4», «Эссендуки 17», «Славяновская», «Донат Mg»), кипяченой прохладной воды (с лимоном, вареньем, медом), кисломолочных напитков, настоев чернослива или кураги, сок;
- натощак утром выпить от 1/2 чайной до 1 ст. ложки растительного масла;
- пропустить через мясорубку в равных количествах чернослив, курагу, инжир, столетник и мед; съесть утром натощак, намазав на кусочек зернового хлеба;
- 2 ст. ложки геркулеса залить 1/2 стакана кефира, добавить 2–3 шт. мелко нарезанной кураги или чернослива, настаивать 12 ч; съесть утром натощак.

Медикаментозная терапия. В качестве средств лекарственной коррекции запора у детей традиционно применяют:

- препараты, нормализующие микробный пейзаж (пребиотики, пробиотики). Список **пробиотиков** весьма обширен. Это монопробиотики, полипробиотики (симбиотики), а также спороносодержащие пробиотики. Курс лечения — 2–3 нед [1, 4, 9]. В настоящее время опубликовано немало критических статей, касающихся эффективности пробиотиков и целесообразности их назначения. Советуем в данном вопросе полагаться на собственный клинический опыт;
- назначение **желчегонных препаратов** патогенетически оправдано при запоре практически любого происхождения. Желчные кислоты нормализуют моторику кишечника, оптимизируют действие липазы поджелудочной железы и обеспечивают поддержание нормального микробиоценоза тонкой кишки, что является одним из условий формирования нормального стула. Курс лечения — 3 нед;
- основанием для назначения **ферментных препаратов**, как правило, являются изменения в копрограмме, отражающие нарушение полостного пищеварения. Начинать следует с ферментных препаратов, например, панкреатин, который может быть препаратом выбора. У детей школьного возраста могут применяться комбинированные ферментативные препараты. Курс лечения — 2–3 нед;
- среди **спазмолитических препаратов** наиболее часто применяются гиосцин-N-бутилбромид (у детей старше 6 лет), пинаверин бромид (у детей старше 12 лет). Важно учесть, что эти средства используются только при спастическом запоре;
- говоря о **слабительных средствах**, приведем их классификацию по механизму действия:
 - 1) средства, вызывающие химическое раздражение рецепторного аппарата кишки — производные антрахинонов (препараты сенны, крушины, ревеня) и дифенилметана (например, Бисакодил), а также жирные кислоты (касторовое масло);

- 2) средства, обладающие осмотическими свойствами: макроголь (Форлак); лактулоза;
- 3) средства, увеличивающие объем содержимого кишечника: отруби, морская капуста, семена *Plantago ovata* и пр.;
- 4) средства, способствующие размягчению каловых масс и их скольжению (вазелиновое и миндальное масло).

В последние годы хорошо зарекомендовал себя в клинической практике препарат Форлак. В его составе полиэтиленгликоль 4000 и вспомогательные вещества. Препарат фиксирует воду на протяжении всего кишечника, увеличивает объем кишечного содержимого, восстанавливает рефлекс к дефекации. Благодаря этому обеспечивается мощный осмотический эффект. Отмечена хорошая клиническая переносимость препарата, он не приводит к привыканию, не нарушает процессы переваривания и всасывания в кишечнике, не вызывает вздутия живота. Препарат разрешен к использованию в детском возрасте, начиная с 6 мес. Стандартная дозировка у детей среднего и старшего возраста составляет 1–2 пакетика (по 4 г), растворенные в 50–100 мл воды. Препарат выпивают утром натощак; курс лечения — 10 дней. У детей младшего возраста дозу препарата подбирают индивидуально.

Слабительные средства также различают по точкам приложения [1, 14]:

- 1) действующие на уровне тонкой кишки, поэтому слабительный эффект наступает через 4–5 ч (масла, солевые слабительные);
- 2) действующие на уровне толстой кишки, эффект проявляется через 8–12 ч (производные антрахинона, дифенилметана);
- 3) контактные средства: клизмы, свечи. Действуют в прямой кишке, поэтому их эффект наступает через 10–20 мин: в этой группе следует отметить раствор для ректального введения (микроклизма) — микролак.

Напомним и правила назначения слабительных средств детям:

- 1) избегать длительного приема слабительных препаратов (возможны побочные эффекты — неконтролируемая диарея, обезвоживание, формирование органической патологии толстой кишки);
- 2) необходим подбор индивидуальных доз слабительных препаратов;
- 3) избегать одновременного назначения слабительных средств, действующих на разных уровнях кишечника;
- 4) при необходимости длительного применения предпочтительнее препараты, не вызывающие привыкания и болей в животе (лактолоза, отруби, морская капуста, кафиол и т.д.).

По мнению большинства авторов, назначать производные антрахинонов и дифенилметан в детском возрасте нецелесообразно. Важно также помнить, что частое и бесконтрольное применение слабительных средств может привести к значительной потере минеральных солей.

При лечении запора у детей применяют витаминно-минеральные комплексы.

Существуют ли программные установки по лечению детей в зависимости от вида запора? В качестве обобщения приведем программы лечения детей с гипо- и гипертоническим вариантами запора.

Лечение гипотонического запора

При этом виде запора в пище должно быть высоким содержание пищевых волокон. Вводить прикорм детям первого года жизни начинают с овощного пюре. Рекомендовано фруктовое пюре с черносливом, детям старшего возраста —

фруктовые и овощные соки, мед, варенье, хлеб из муки грубого помола, чернослив, курага, свекла и др.

Показаны:

- пребиотики с послабляющим эффектом (лактолоза);
- препараты, обладающие осмотическими свойствами (Форлак и др.);
- препараты, увеличивающие объем каловых масс (гидрофильные): порошок оболочек семян подорожника овального (*Plantago ovata Forssk.*), биологически активные добавки, содержащие пищевые волокна;
- антихолинэстеразные препараты: дистигмина бромид — перорально коротким курсом;
- коррекция вторичных дисбиотических нарушений (пре- и пробиотики);
- «тренирующие» термоконтрастные клизмы;
- стимуляция перистальтики кишечника: электрофорез с кальцием, антихолинэстеразными препаратами (неостигмина метилсульфат, дистигмина бромид), диадинамические токи, амплипульс-терапия; массаж, электростимуляция толстой кишки, рефлексотерапия.

Лечение гипертонического (спастического) запора

При данном виде запора ограничиваются продукты с большим содержанием клетчатки, активно вводят в рацион яйца, соки (морковный, абрикосовый, апельсиновый), мясо. Показаны успокаивающие процедуры (теплые ванны, теплый душ, грелка). При недостаточной эффективности этих мер и при наличии симптомов каловой интоксикации применяют очистительные клизмы.

Назначают препараты со спазмолитическим эффектом: селективные блокаторы натриевых каналов гладкой мускулатуры кишечника — «кишечные модуляторы»: мебеверин — 1 капсула 2 раза в день до еды в течение 2 нед; миотропные: дротаверин, папаверин; холинолитики (гиосцин-N-бутилбромид).

Проводится также коррекция вторичных дисбиотических нарушений — пре- и пробиотики.

Какие рецепты фитотерапии запора являются наилучшими для детей? Существует множество рецептов фитотерапии при запоре у детей. Приведем лишь некоторые [1]:

- настой корней одуванчика: 2 чайные ложки залить стаканом кипяченой холодной воды, настоять в течение 8 ч. Пить по 50 мл 4 раза в день перед едой;
- в равных частях березу, бузину и жостер; 1 ст. ложку смеси залить стаканом кипятка, приготовить отвар. Пить по 50–100 мл на ночь;
- крапива двудомная (листья) — 35 г; крушина ломкая — 50 г; тысячелистник (трава) — 15 г. Приготовить настой, принимать по 50–100 мл на ночь.

Приведем клиническое наблюдение.

Аня П., 6 лет, на приеме у гастроэнтеролога жалуется на эпизодические боли в околопупочной области ноющего характера длительностью 20–30 мин, не зависящие от приема и характера съеденной пищи, купирующиеся самостоятельно. Среди диспепсических жалоб периодически отмечаются отрыжка воздухом, ощущение тяжести в животе, чувство быстрого насыщения. Стул 1 раз в 3–4 дня, чаще «овечий»; в течение последних 2 мес — после очистительной клизмы. Умеренно выражен астенический синдром, аппетит понижен.

Жалобы отмечаются в течение 1,5 лет. Дважды обращалась к участковому педиатру, поставлен диагноз: дискинезия желчевыводящих путей. Проведенный курс желчегонной терапии не дал существенного улучшения. В течение последних 2 мес дважды принимала лактулозу, однако прекращала прием через 2–3 дня вследствие выраженного вздутия живота.

Наследственность по патологии желудочно-кишечного тракта отягощена: мать (35 лет) — хронический холецистит, у бабушки по линии матери — желчнокаменная болезнь (оперирована в возрасте 44 лет). Ранний анамнез без особенностей. Аллергологический анамнез не отягощен.

При объективном обследовании состояние ребенка удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые. Язык обложен белым налетом. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС — 70 уд/мин; артериальное давление 100/65 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, доступен поверхностной пальпации во всех отделах. При глубокой пальпации определяется болезненность в правом подреберье. Пузырные симптомы (Ортнера, Кера, Мерфи) — положительные. Печень выступает на 1 см из подреберной дуги, селезенка не увеличена, сигма умеренно спазмирована. Стул 1 раз в 3–4 дня, чаще «овечий», с длительным натуживанием. Периодически возникает болезненность при дефекации. За последние 2 нед трижды отмечалась примесь алой крови в стуле. При осмотре анальной области определяется эпителизирующаяся трещина наружного анального сфинктера. Пальцевое исследование безболезненно, патологических признаков не выявлено.

Предположены: функциональное нарушение кишечника (хронический запор); хроническая трещина заднего прохода; функциональное нарушение билиарного тракта.

План обследования: клинический и биохимический анализы крови, копрограмма, УЗИ брюшной полости, ректороманоскопия.

Проведенное обследование не выявило изменений в гемограмме, общем анализе мочи.

Биохимический анализ крови: холестерин — 4,6 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 390 ед/л (норма — до 360 ед/л), билирубин (общий) — 20 мкмоль/л, АЛТ — 19,8 ед., АСТ — 14,6 ед. (норма — до 40 ед.).

Копрограмма: мышечные волокна без исчерченности (++) , жирные кислоты (++) , крахмал внеклеточный (++) ; соскоб на энтеробиоз — результат отрицательный.

УЗИ: деформация желчного пузыря (перегиб в области тела, частично устраняющийся в положении стоя), гиперэхогенные включения по стенкам желчного пузыря, скоп-

ление мутной желчи в области дна, увеличение косоугольного размера печени. Ректороманоскопия: при наружном осмотре обнаружена эпителизирующаяся трещина в области наружного анального сфинктера (на 3 ч по циферблату); при пальцевом исследовании изменений нет. Тубус введен на 18 см. Просвет кишки не изменен. Слизистая оболочка прямой и дистального отдела сигмовидной кишки не изменена.

Основной диагноз: «Желчнокаменная болезнь (I стадия — формирование билиарного сладжа) (К 80); *сопутствующие:* «Функциональное нарушение кишечника (хронический гипертонический запор, субкомпенсированная стадия) (K59.0); хроническая трещина заднего прохода (К 60.1); функциональное нарушение билиарного тракта (дисфункция желчного пузыря) (К 82.8)».

Рекомендована диета (стол 5).

Медикаментозное лечение (1-й этап): урсодеоксихолевая кислота (Урсофальк) 0,25 — по 1 капсуле на ночь в течение 3 мес; Форлак (4 г) — по 1 пакетик 2 раза в день — через день; экстракт листьев артишока полевого — по 1 драже 3 раза в день до еды в течение 3 нед.

Медикаментозное лечение (2-й этап): панкреатин — по 1 капсуле 3 раза в день в конце еды в течение 2 нед; Хилак-форте, по 40 капель 3 раза в день до еды в течение 3 нед.

Под влиянием проведенного лечения самочувствие девочки улучшилось, болевой синдром купировался, исчезла пальпаторная болезненность; в течение 10 дней восстановился ритм дефекации. Через 2 мес было проведено контрольное УЗИ, по результатам которого констатировано исчезновение признаков билиарного сладжа. Рекомендованы дальнейший прием урсодезоксихолевой кислоты до 3 мес и наблюдение у районного гастроэнтеролога и участкового педиатра.

В заключение необходимо сказать, что лечение запора — весьма непростая проблема в детском возрасте. Схематические подходы, как и монотерапия, часто не дают реальных положительных результатов. Исключение составляет, пожалуй, алиментарный запор, когда коррекция диеты зачастую приводит к успеху. Необходимо уметь использовать весь арсенал средств, приведенных выше, и тогда проблем не возникнет (как шутливо заметил А.С. Пушкин: «Блажен, кто рано поутру имеет стул без затруднения...»).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александрова В.А. Диагностика и лечение запоров у детей. — СПб МАПО.: 2004. — С. 24.
2. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Хавкин А.И. и др. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. — М., 2006. — С. 44.
3. Практическое руководство по детским болезням. Т. 2. Гастроэнтерология детского возраста / Под ред. С.В. Бельмера, А.И. Хавкина. — М.: Медпрактика-М, 2003. — С. 249–266.
4. Эрдес С.И. Запоры у детей // Фарматека. — 2007. — № 13. — С. 47–52.
5. Nelson Textbook of Pediatrics (17-th Ed.). — Philadelphia, 2004. — P. 1101–1187.
6. Pediatrics at a Glance (Ed. S.M. Altschuler, S. Ludwig). — Philadelphia, 1999. — P. 74–75.
7. Pediatric Gastrointestinal Disease (pathophysiology, Diagnosis, Management), Ed. R. Wyllie, J. Hyams. — Philadelphia, 1999. — P. 271–550.
8. Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and Children. Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition // JPGN. — 2006.
9. Хавкин А.И. Микрофлора пищеварительного тракта. — М., 2006. — С. 171–374.
10. Куц Н.Л. Запоры у детей. — Киев, 1976. — С. 176.
11. Хавкин А.И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. — М., 2000. — С. 72.
12. Drossman D. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process // Gastroenterol. — 2006. — V. 130. — P. 1377–1390.
13. Thompson W. The road to Rome // Gastroenterol. — 2006. — V. 130. — P. 1552–1556.
14. Хавкин А.И., Бабаян М.Л. Лечение хронических запоров (клиника, диагностика, лечение). — М.: НИИ педиатрии и детской хирургии, 2005. — С. 30.