

Е.В. Комарова

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Проблема запоров у детей, посещающих организованные детские коллективы

Контактная информация:

Комарова Елена Владимировна, доктор медицинских наук, старший научный сотрудник отдела клинично-экспертной и научно-методической работы НИИ профилактической медицины и восстановительного лечения Научного центра здоровья детей РАМН

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д.2/62, тел.:

Статья поступила: 19.10.2011 г., принята к печати: 15.11.2011 г.

Статья посвящена функциональным нарушениям моторики толстой кишки у детей. Рассматриваются причины возникновения данной патологии и возможности применения лактулозы в качестве слабительного препарата у детей с условно-рефлекторным запором для преодоления негативизма, связанного с болезненной дефекацией.

Ключевые слова: запор, дети, лечение, пребиотики.

108

В последние годы отмечается неуклонный рост числа детей с болезнями органов желудочно-кишечного тракта. Особое место среди них занимает нарушение моторно-эвакуаторной функции толстой кишки. В настоящее время запор — одна из актуальных проблем педиатрии, что связано с увеличивающейся частотой встречаемости данной патологии среди детского населения и серьезностью последствий, которые влекут за собой запоры [1, 2].

Длительная задержка содержимого в кишечнике не только способствует развитию целого ряда болезней и патологических состояний, которые отрицательно сказываются на росте и развитии ребенка, но и нарушает процесс адаптации к окружающему миру, ухудшая качество жизни ребенка. Критерием диагностики запора является нарушение функции кишечника, выражающееся в нарушении ритма, числа дефекаций по сравнению с возрастной нормой, ощущение неполного опорожнения, плотный или фрагментированный («овечий») стул. Если эти симптомы возникают на фоне нормального стула и длятся один и более дней, можно говорить об остром запоре, если же они наблюдаются

не менее 25% времени в течение 12 мес, без применения слабительных средств, можно говорить о хроническом запоре.

Причины возникновения запоров у детей разнообразны: раннее прекращение грудного вскармливания, переход на искусственные смеси, неправильное введение прикорма, несвоевременный перевод на общий стол [3], перенесенная острая кишечная инфекция [4], нерациональное применение антибиотикотерапии, длительное ношение памперсов, несвоевременное приучение ребенка к горшку и др. Часто причины возникновения запора в детском возрасте связаны с началом посещения детского сада: большинство детей стесняются проситься в туалет, пользоваться им в незнакомых условиях или в присутствии других детей и взрослых. В результате ребенок преднамеренно задерживает дефекацию. Привычка задерживать стул может развиваться и в ответ на замечания или упреки со стороны новых взрослых, связанные с нестойким навыком пользования туалетом. Особенно неблагоприятно это сказывается на застенчивых детях. Задержка акта дефекации приводит к скоплению в прямой кишке большого по объему

E.V. Komarova

Scientific Research Center of Children's Health RAMS, Moscow

The problem of constipation in children attending preschool institutions

The article is dedicated to functional disorders of colon motility in children. Various reasons of constipation are discussed in this article as well as the possibility of a Dufalac use as a laxative in children with conditioned reflex constipation, in order to overcome painful defecation induced negativism.

Key words: constipation, children, treatment, prebiotics.



Дюфалак® – мягкое слабительное для детей и взрослых

кала, растягивает ее стенки. В результате последующая дефекация вызывает болезненные ощущения, связанные с прохождением через ампулу прямой кишки уплотненного кала, что приводит к перерастяжению ануса и образованию микротравм. Развивается «психогенный запор», когда ребенок умышленно оттягивает дефекацию с помощью сокращения поперечно-полосатых мышц тазовой диафрагмы и наружного анального сфинктера чтобы избежать боли [5]. Этот вредный рефлекс достаточно легко закрепляется. Такие дети при возникновении позыва на дефекацию поднимаются на носки и раскачиваются назад и вперед, напрягая при этом ягодицы и ноги, изгибаются, суетятся или принимают необычные позы, часто стараясь спрятаться. Это подобно танцу поведению часто неверно истолковывается взрослыми, которые полагают, что ребенок напрягается в попытке дефекации. В результате развивается порочный круг: скопление в прямой кишке каловых масс способствует хроническому растяжению прямой кишки и привыканию ее проприорецепторов, вследствие чего нарушается проводимость импульсов по афферентным нервным волокнам [6], ослабляется иницирование акта дефекации и, наконец, пациент полностью становится неспособен к активной дефекации. Нарушается чувствительность стенки кишки к давлению фекальной массы и формирование позыва на дефекацию.

Со временем такое поведение становится автоматической реакцией, ректо-анальный рефлекс пропадает, и запор из «психогенного» становится «привычным». Поскольку ректальная стенка растягивается, может произойти фекальное каломазание, которое вызывает у ребенка чувство стыда и страха, т.к. взрослые, не обратившись в происходящем, наказывают ребенка за неоправданность [7], что еще больше усугубляет проблему. Очевиден и тот факт, что, испытывая страх и боль при посещении туалета, ребенок будет намеренно подавлять позывы к дефекации и возникнет «боязнь горшка». В результате застоя в кишке у ребенка повышается внутрибрюшное давление, что приводит к снижению аппетита, а нередко — к тошноте и рвоте. Ребенок становится плаксивым, раздражительным, быстро устает, плохо спит. Таким образом, хронические функциональные запоры у детей, посещающих детские дошкольные учреждения, приобретают социальную значимость и не всегда поддаются медикаментозной терапии. Лечение «психогенных» или условно-рефлекторных запоров у детей — весьма трудная задача, требующая не только медикаментозной терапии.

У детей, страдающих хроническим запором, часто резко снижена самооценка, они малообщительны, замкнуты, имеют и другие поведенческие нарушения, с которыми трудно справиться самостоятельно. В таких ситуациях необходима консультация профессионального психотерапевта. При лечении запора важно правильно проводить коррекцию поведения ребенка и следить за регулярным опорожнением кишечника [8]. Кроме того, важно формировать гастроколитический рефлекс, с позывом на дефекацию через 40 мин после окончания приема пищи. Для этого не важно время суток, главное чтобы во время дефекации его ничто не отвлекало и не раздражало. Ребенок должен чувствовать себя комфортно. В первое время следует использовать слабительные свечи для стимуляции акта дефекации или клизмы, объемом не более 150 мл. «Тренировку» следует продолжать не менее 14 дней, в одно и то же время. У детей, страдающих «психогенным запором», «тренировка туалета» невозможна без приема слабительных препаратов.

● Мягко устраняет запор и восстанавливает нормальную работу кишечника

● Способствует росту собственной микрофлоры кишечника

● Может применяться у детей с первых дней жизни, а также у беременных и кормящих женщин



Дюфалак® (Duphalac)

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР: П N011717/02. МЕЖДУНАРОДНОЕ НЕПАТЕНТОВАННОЕ НАЗВАНИЕ: лактулоза

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА: сироп. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА: слабительное средство. Оказывает гиперосмотическое слабительное действие, стимулирует перистальтику кишечника, улучшает всасывание фосфатов и солей Ca 2+, способствует выведению ионов аммония. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: запор; регуляция физиологического ритма опорожнения толстой кишки; размягчение стула в медицинских целях (геморрой, состояния после операции на толстой кишке и в области анального отверстия); печеночная энцефалопатия; лечение и профилактика печеночной комы или прекомы. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: галактоземия; кишечная непроходимость; повышенная чувствительность к любому компоненту препарата. С ОСТОРОЖНОСТЬЮ: непереносимость лактозы; пациенты с печеночной (пре)комой, страдающие сахарным диабетом, ректальные кровотечения, недиагностированные колостомы, илеостомы. ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ: в случае необходимости лактулозу можно назначать. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: дозу подбирают индивидуально. При лечении запоров и для размягчения стула: начальная доза для взрослых: 15–45 мл, поддерживающая: 15–30 мл. Дети 7–14 лет: начальная доза 15 мл, поддерживающая 10–15 мл, дети 1–6 лет: начальная и поддерживающая доза 5–10 мл, дети до 1 года: начальная и поддерживающая доза 5 мл. При лечении печеночной комы и прекомы: начальная доза 3–4 раза в день по 30–45 мл, затем переходят на индивидуально подобранную дозу. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: в первые дни приема лактулозы возможно появление метеоризма. Как правило, он исчезает через несколько дней. При передозировке могут наблюдаться боли в области живота и диарея, что требует коррекции дозы. В случае применения повышенных доз в течение длительного времени при лечении печеночной энцефалопатии у пациента вследствие диареи может развиваться нарушение электролитного баланса. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ: исследования по взаимодействию с другими лекарственными препаратами не проводилось. См. полную информацию о препарате в инструкции по применению.

www.gastrosite.ru
www.abbot-products.ru

119334, Москва, ул. Вавилова, 24, этаж 5
тел.: (495) 411 6911, факс: (495) 411 6910

 **Abbott**
A Promise for Life

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО
ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Очень важно в первое время вести дневник дефекаций, указывая количество и время продукции кала. Это может быть скомбинировано с системой поощрения, когда каждая продуктивная дефекация сопровождается похвалой или другим вознаграждением. Система поощрений особенно эффективна у детей до 5 лет.

Применение слабительных средств при лечении запоров у детей не всегда позволяет добиться поставленной цели, поскольку они весьма эффективны на первых порах, однако при длительном употреблении возможно привыкание, сопровождающееся полной потерей спонтанных позывов на дефекацию. Применение слабительного у ребенка с «психогенным» запором необходимо для того, чтобы преодолеть негативизм, связанный с болезненной дефекацией. Следует отметить, что большинство эффективных слабительных средств по различным причинам не могут применяться у детей раннего возраста. Исключение составляют препараты лактулозы (Дюфалак), впервые описанные в 1929 г. Montgomery и Hudson под названием «лактокетоза» [9]. Препарат выпускается в виде сиропа [10] и разрешен для применения в любом возрасте. Еще в 1959 г. Mayerhofer и Petuely показали его пригодность для лечения запора у детей. Лактулоза, благодаря своим уникальным свойствам, по праву считается «золотым стандартом» слабительных средств. Она, как и другие осмотические препараты, способна задерживать воду в просвете кишки, не метаболизируется и не абсорбируется в тонкой кишке, т. к. ферменты не могут гидролизовать связь между молекулами галактозы и фруктозы; достигает толстой кишки практически в неизменном виде. Здесь под влиянием бактериальных ферментов происходит распад лактулозы с образованием короткоцепочечных жирных кислот (молочная, уксусная, пропионовая и масляная). Эти органические кислоты могут абсорбироваться или оставаться в просвете кишки. В последнем случае происходит снижение pH (повышение кислотности кала), что выражается в стимуляции перистальтики кишки. Обладая выраженной осмотической активностью, органические кислоты стимулируют облигатную экскрецию воды

на всем протяжении толстой кишки, что не позволяет слизистой оболочке абсорбировать продукты ферментативного разложения лактулозы. В результате повышения давления в полости кишки, вызванного задержкой воды и увеличением объема химуса, инициируется перистальтический рефлекс и стимулируется координированная моторная деятельность, что приводит к ускорению кишечного транзита. Дополнительный механизм стимуляции перистальтики — увеличение объема внутрикишечного содержимого за счет возрастания биомассы бифидо- и лактобактерий, рост которых стимулируется продуктами ферментативного гидролиза лактулозы. Этот феномен развивается значительно позднее основных эффектов, но вносит существенный вклад в развитие общего слабительного эффекта. Основные преимущества Дюфалака:

- оказание слабительного эффекта без влияния непосредственно на слизистую оболочку и гладкую мускулатуру толстой кишки;
- отсутствие привыкания к препарату;
- сохранение абсорбции витаминов.

Доза Дюфалака и кратность приема подбираются индивидуально и зависят от многих факторов, в т. ч. от возраста ребенка. В целях предотвращения развития метеоризма, возникающего в результате ферментативного расщепления лактулозы, начинать прием препарата лучше с минимальной дозы сиропа с постепенным ее увеличением до эффективно действующей, которая может колебаться в пределах от 5 до 45 мл. Таким образом, метеоризм — практически единственный побочный эффект при приеме препаратов лактулозы. У части больных он может развиваться на 3–4-й день от начала приема данных препаратов и, как правило, проходит самостоятельно. В случаях выраженного метеоризма дозу лактулозы следует снизить. Длительность приема препарата не ограничена, т. к. привыкания к нему не наблюдается.

Учитывая отсутствие побочных эффектов, этот препарат может быть использован у детей с первых месяцев жизни, однако необходим индивидуальный подход при назначении дозы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов А. А., Щербakov П. Л. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии // Вопросы современной педиатрии. — 2002; 1: 12–16.
2. Youssef N. N., Langseder A. L., Verga B. J. et al. Chronic childhood constipation is associated with impaired quality of life: a case-controlled study // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. Children's Hospital. — 2005; 41 (1): 56–60.
3. Kumar D., Repucci A., Wyatt-Ashmead J. et al. Allergic colitis presenting in the first day of life: report of three cases // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. — 2000; 31 (2): 195–197.
4. Мазанкова Л. Н., Новокшенов А. А. Острые кишечные инфекции у детей: современные подходы к диагностике и лечению // Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии. — 2005; 2 (2): 37–43.
5. Croffie Joseph M. B. Idiopathic Constipation // Pediatric Gastrointestinal Disease. — 1996; 2 (39): 984–997.
6. Loening-Baucke V. A., Younoszai M. K. Abnormal anal sphincter response in chronically constipated children // Journal of Pediatrics. — 1982; 100: 213–218.
7. Chang E. B. Assessing levator ani function improves diagnosis and management of anal incontinence // Gastroenterology. — 2003; 121 (5): 158–161.
8. Fernandez-Fraga X., Azpiroz F., Juan-R. Malagelada. Significance of pelvic floor muscles in anal incontinence // Gastroenterology. — 2002; 123 (50): 24–26.
9. Montgomery E., Hudson C. S. Transformation of lactose to a new disaccharide, lactoketose // Science. — 1929; 69: 556–557.
10. Mayerhofer F., Petuely F. Untersuchungen zur Regulation der Darmtrdgheit des Erwachsenen mit Hilfe der Lactulose (Bifidus-Faktor) // Wien Klin. Wochenschr. — 1959; 71: 865–869.