

Анфиногорова О.Б., Протопопова Т.П., Рудаева Е.Г., Шмакова О.В., Иванов В.В.
 Кемеровская государственная медицинская академия,
 Детская клиническая больница № 2,
 г. Кемерово

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ

В статье представлен клинический случай хронического декомпенсированного запора органического происхождения. Рассматривается проблема запоров у детей и алгоритм диагностического поиска при данной патологии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дети; запоры хронические, функциональные, органические.

Anfinogenova O.B., Protopopova T.P., Rudaeva E.G., Shmakova O.V., Ivanov V.V.
 Kemerovo State Medical Academy,
 Children's Clinical Hospital N 2, Kemerovo

CURRENT VIEWS ON CHILDHOOD CONSTIPATION

The case report describes severe chronic constipation occurring due to organic causes. The article deals with the problem of constipation in children and teenagers and considers the diagnostic algorithm for this pathology.

KEY WORDS: children; constipation chronics, function, organic.

Проблемой сегодняшнего дня все настойчивее становятся запоры детей не только раннего, но и последующих периодов детства. Функциональные расстройства кишечника (запоры) уже в раннем возрасте приобретают хроническое течение [1]. По мнению М.Ю. Денисова, каждый пятый ребенок первого года жизни, находящийся на грудном вскармливании, страдает задержками акта дефекации [2]. Официальная статистика утверждает, что 1/3 обращений детей за медицинской помощью связана с запорами [3, 4], причинами которых могут быть: отягощенная наследственность, неблагоприятные семейно-бытовые условия жизни, фоновая патология (ранний возраст), алиментарные погрешности, неврологические и эндокринные нарушения и ряд других обстоятельств [5-7].

По мнению отечественных педиатров, диагностировать запор у детей следует при задержке опорожнения кишечника в течение 36 часов. При этом нужно учитывать консистенцию стула (Бристольская шкала), затруднения акта дефекации, ощущение неполного опорожнения кишечника, отхождение малого количества кала повышенной плотности [5, 8]. Однотипность клинических проявлений при органических и функциональных нарушениях акта дефекации, несомненно, способствует неоправданному выжиданию, проведению неполноценного обследования и позднему обращению к хирургу.

Многолетние наблюдения за гастроэнтерологическими больными в детском специализированном отделении МУЗ ДКБ № 2 г. Кемерово, являющемся базой кафедры детских болезней медицинской академии, позволяют нам рекомендовать участковым пе-

диатрам последовательность мероприятий для диагностики запоров.

Приводим одно из клинических наблюдений. Выписка из истории болезни **Оли К.**, 5 лет.

Жалобы при поступлении. Боли в животе, отсутствие стула в течение 8 суток, плохой аппетит.

Анамнез заболевания. Самостоятельного стула с рождения не было ни разу. Медикаментозное лечение было неэффективно. Отхождение каловых масс возможно только после клизмы. Неоднократно обследовалась амбулаторно с подозрением на дисбактериоз, лечение которого было безуспешным. При очередном обращении к педиатру по поводу задержки стула девочка была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение МУЗ ДКБ № 2.

Анамнез жизни. Ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне хронической гипоксии плода. Роды срочные. Масса тела при рождении — 3050 г, длина тела — 50 см, оценка по шкале Апгар — 7/8 баллов. Искусственное вскармливание с рождения. Прикорм введен в 4,5 месяца. Профилактика рахита проводилась витамином Д₃. Часто болела «простудными» заболеваниями. Диагностирован лямблиоз (в 4 года).

Генеалогический анамнез. У бабушки девочки по линии матери — язвенная болезнь желудка. У матери девочки — запоры.

Результаты осмотра. Состояние средней степени тяжести за счет интоксикации, болевого синдрома. Кожные покровы сухие, бледные, тени под глазами. Видимые слизистые чистые, бледно-розового цвета. Пониженного питания. Тургор тканей снижен.

Физическое развитие (длина тела — 100 см, масса тела — 14,3 кг) ниже среднего, дисгармоничное за счет дефицита массы тела. Со стороны органов дыхания и кровообращения отклонений не выявлено. Живот увеличен в объеме. При пальпации — болезненность по ходу толстой кишки, определяется уплотнение в нисходящем отделе и в области сигмовидной кишки. Пальцевое исследование прямой

Корреспонденцию адресовать:

АНФИНОГЕНОВА Ольга Борисовна,
 650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
 ГБОУ ВПО КеМГМА Минздравсоцразвития России.
 Тел.: 8 (3842) 64-29-99; +7-905-915-04-87.
 E-mail: olg.anf@mail.ru

кишки — в ампуле плотные каловые массы, каловые камни. Диаметр прямой кишки увеличен, тонус наружного сфинктера повышен. Отхождение каловых масс произошло после сифонной клизмы.

Предварительный диагноз: Хронический декомпенсированный запор, связанный с аномалией развития толстой кишки (долихосигма)?

Лабораторно-инструментальное обследование:

- общий анализ крови — анемия гипохромная, легкая;
- биохимический анализ крови — гипопропротеинемия;
- общий анализ мочи — без отклонений;
- УЗИ органов брюшной полости — реактивные изменения печени;
- ирригография — ампула прямой кишки расширена до 6 см (норма — 3,9 см) в поперечнике на протяжении 12 см. Сигмовидный отдел расширен в поперечнике до 4 см (норма 2,6 см), гаустрация сглажена. Заключение: гигантизм ампулярного отдела толстой кишки. Мегасигма.

Девочка переведена в хирургическое отделение Детской клинической больницы № 5 г. Кемерово для дальнейшего обследования. В настоящее время она находится на диспансерном учете у хирурга и гастроэнтеролога, получает консервативное лечение (прокинетики, слабительные средства, препараты, нормализующие состав кишечной микрофлоры, ферменты и др.), осуществляется строгий контроль за регулярностью опорожнения. Проводится наблюдение за питанием, лечебная физкультура, массаж, курсы физиотерапии.

Возникновение подобной аномалии толстой кишки (мегаколон) может быть связано с врожденным или приобретенным сужением анального отверстия, с действием психогенных факторов или иметь идиопатическое происхождение. Все эти обстоятельства требуют тщательного рассмотрения и определяют тактику ведения больного.

Приведенный пример свидетельствует о поздней диагностике основного заболевания. Подобное возможно из-за недостаточной осведомленности педи-

атров об аномалиях развития кишечника, которые могут явиться причиной хронического запора. Опыт собственных наблюдений позволяет нам предложить последовательность действий врачей-педиатров лечебно-профилактических учреждений для решения вопроса о диагностике запоров у детей.

Наиболее важным разделом дифференциальной диагностики следует считать анамнез (основной и дополнительный). Абсолютное большинство ошибок совершается врачом, не сомневающимся в принятых решениях, при торопливости беседы, невнимательности к мнению родителей и самого больного ребенка.

Эффективность ответов на задаваемые вопросы зависит от возраста, социального, поведенческого статуса родителей, отношения ребенка к ним, взаимопонимания. Важно исключить неврологические расстройства пациента, фоновую патологию (особенно у детей раннего возраста), алиментарные погрешности, гипотиреоз, приводящие к задержке акта дефекации. Необходимо учитывать генеалогическую предрасположенность. Обязательна информация о характере запоров: время их появления, продолжительность, кратность стула, результаты лекарственной коррекции, дизурические расстройства и другие сопутствующие факторы. При осмотре такого пациента врач должен обратить особое внимание на форму живота, данные пальпации, на результаты пальцевого исследования прямой кишки, которое должно быть обязательным не только для врача-гастроэнтеролога, но и для педиатра. Важен также осмотр стула.

Дополнительные методы исследования могут быть проведены амбулаторно или в специализированном гастроэнтерологическом стационаре. К их числу относят клинический и биохимический анализы крови, копрологическое исследование фекалий, кал на дисбактериоз (особенно у детей раннего возраста), анализ кала для выявления глистной инвазии, обзорную рентгенографию органов брюшной полости, ректороманоскопию и колоноскопию с биопсией слизистой оболочки кишки (подтверждает врожденный аганглиоз в сплетениях кишечной стенки), виртуаль-

Сведения об авторах:

АНФИНОГЕНОВА Ольга Борисовна, доктор мед. наук, доцент, зав. кафедрой детских болезней, ГБОУ ВПО КемГМА Минздравсоцразвития России, г. Кемерово, Россия. E-mail: olg.anf@mail.ru

ПРОТОПОВА Татьяна Павловна, зав. гастроэнтерологическим отделением, МУЗ «ДКБ № 2», г. Кемерово, Россия.

РУДАЕВА Елена Германовна, канд. мед. наук, доцент, кафедра детских болезней, ГБОУ ВПО КемГМА Минздравсоцразвития России, г. Кемерово, Россия. E-mail: rudaevae@mail.ru

ШМАКОВА Ольга Валерьевна, канд. мед. наук, доцент, кафедра детских болезней, ГБОУ ВПО КемГМА Минздравсоцразвития России, г. Кемерово, Россия. E-mail: shmakova.olg@yandex.ru

ИВАНОВ Виталий Владимирович, врач-гастроэнтеролог, МУЗ «ДКБ № 2», г. Кемерово, Россия.

Information about authors:

ANFINOGENOVA Olga Borisovna, doctor of medical sciences, docent, the head of department of children's diseases, Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo, Russia. E-mail: olg.anf@mail.ru

PROTOPOVA Tatiana Pavlovna, the head gastroenterology department, Children's Clinical Hospital N 2, Kemerovo, Russia.

RUDAIEVA Elena Germanovna, candidate of medical sciences, docent, the department of children's diseases, Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo, Russia. E-mail: rudaevae@mail.ru

SHMAKOVA Olga Valerevna, candidate of medical sciences, docent, the department of children's diseases, Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo, Russia. E-mail: shmakova.olg@yandex.ru

IVANOV Vitaliy Vladimirovich, gastroenterologist, Children's Clinical Hospital N 2, Kemerovo, Russia.

ную колоноскопию. Окончательное решение о генезе запора должно быть найдено при ирригографии, контрастном трансабдоминальном рентгенологическом исследовании или УЗИ толстой кишки.

Необходимы также консультации хирурга, невролога, эндокринолога. По показаниям назначаются неврологическое обследование и исследование щитовидной железы.

Предлагаемый алгоритм клинического и лабораторного обследования детей с нарушениями функции толстой кишки, основным признаком которых является запор, результативны и эффективны. Однако, реализация их в амбулаторной практике и стационарах гастроэнтерологического профиля не повсеместна. Надеемся, что данная публикация оптимизирует диагностику запоров у детей разных возрастных групп.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Запруднов, А.М. Функциональные расстройства кишечника и хронические запоры у детей /А.М. Запруднов, О.Н. Царькова, Л.А. Харитоновна //Вопр. дет. диетол. – 2010. – Т. 8, № 1. – С. 66-80.
2. Денисов, М.Ю. Профилактика и лечение функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей грудного и раннего дошкольного возраста /Денисов М.Ю. //Педиатрич. фармакол. – 2010. – Т. 7, № 2. – С. 91-95.
3. Abhyankar, A. Constipation in children /A. Abhyankar, I. Carcani, G. Clayden //BMJ Clin. Evid. – 2006. – № 10. – С. 303.
4. Leung, A. Constipation in children /A. Leung, P. Chan, H. Cho //Am. Fam. Phys. – 1996. – № 54. – С. 611-618.
5. Гасилина, Т.В. Функциональный запор у детей: проблемы определения, диагностики и лечения /Т.В. Гасилина, С.В. Бельмер //Врач. – 2009. – № 8. – С. 10-14.
6. Комарова, Е.В. Хронический запор у детей (медицинские и социальные аспекты) /Е.В. Комарова: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2007. – 24 с.
7. Pediatric Gastrointestinal Disease (pathophysiology, diagnosis, management) /Ed. R. Wyllie, J. Hyams. – Philadelphia, 1999. – P. 271-550.
8. Урсова, Н.И. Актуальные и нерешенные проблемы функциональных запоров у детей раннего возраста /Урсова Н.И. //Вопр. соврем. педиатрии. – 2010. – Т. 9, № 3. – С. 6-12.

