

Н.Н.СЕМЕНОВА, к.м.н., Т.Э.БОРОВИК, д.м.н., профессор, ГУ НЦЗД РАМН, Москва

Запоры у детей. Их диетическое лечение

Запор является часто встречающимся клиническим синдромом у детей, который проявляется нарушением процесса опорожнения кишечника (дефекации). По данным разных авторов, им страдают от 10 до 25% детского населения нашей страны.

Под запором понимают нарушение функции толстой кишки с урежением возрастного ритма дефекации (отсутствие самостоятельного стула в течение 32 ч и более, в зависимости от возраста и индивидуальных особенностей ребенка), а также с достаточным или затрудненным опорожнением кишечника, сопровождающимся беспокойством, сильными продолжительными натуживаниями, болезненностью при дефекации.

К развитию запора могут приводить различные факторы: замедленный транзит каловых масс по толстой кишке, повышенное всасывание в ней воды и неспособность пациента произвести акт дефекации. Эти патогенетические механизмы действуют изолированно или сочетанно.

Запоры бывают временными (эпизодическими) или систематическими (хроническими), т.е. продолжающимися в течение 3 мес. и более.

Среди наиболее частых причин временных запоров у детей выделяют перемену места жительства, изменение режима питания, характера пищи и минерального состава питьевой воды, непривычные и некомфортные условия для дефекации, эмоциональные стрессы, лихорадочные состояния, длительный постельный режим, прием антибиотиков, сорбентов, антацидных препаратов и др. Специального лечения временные запоры, как правило, не требуют и проходят самостоятельно при выздоровлении больного или устранении причинно-значимого фактора.

При хронических запорах замедленное продвижение каловых масс по отделам кишечника может быть обусловлено слабостью внутрибрюшного давления, нарушением рецепторной чувствительности кишки, ослаблением или усилением мышечных сокращений, что приводит к формированию фрагментированного стула, гипер- и гипомоторным нарушениям перистальтики.

Для постановки диагноза «хронический запор» достаточно в течение 3 мес. наблюдать не менее 2 признаков из числа существующих стандартных диагностических критериев хронического запора:

- натуживание не менее $\frac{1}{4}$ времени всего акта дефекации;
- плотная (в виде комочков) консистенция кала;
- чувство неполного опорожнения кишечника;
- 2 или менее акта дефекации в неделю (для взрослых) и менее 3 раз в неделю (для детей старше 3 лет).

Хронические запоры у детей делятся на функциональные и органические, что отражается на выборе лечебной тактики. Запоры могут возникать также при воспалительном поражении толстой кишки (колитах) и при заболеваниях, сопровождающихся общей мышечной гипотонией (рахите, гипотрофии, гипотиреозе, болезни Дауна и пр.).

К запорам функционального происхождения относятся алиментарные и неврогенные формы (дискинетические с преобладанием атонии или спазма, рефлексорные, условно-рефлексорные, психогенные). В основе функциональных запоров лежит дискоординация моторной функции толстой кишки. Анатомические (структурные) нарушения при этом, как правило, отсутствуют. Причины развития функциональных запоров многообразны.

В детском возрасте они чаще всего обусловлены нарушениями питания (алиментарные запоры), перенесенными ранее перинатальным поражением центральной нервной системы, висцеро-висцеральными патологическими рефлексомиями, исходящими из органов пищеварения, умышленным подавлением позывов на дефекацию, дефицитом двигательной активности, реже — длительным или бесконтрольным использованием ряда медикаментозных средств (сорбентов, антацидов, ганглиоблокаторов, холинолитиков, диуретиков, транквилизаторов и др.).

Органические запоры у детей обусловлены в основном различными аномалиями развития толстой кишки или аноректальной области (долихосигма, долихоколон, мегаколон (болезнь Гирш-

■ Нарушения процесса опорожнения кишечника встречаются у 10—25% детского населения нашей страны.

прунга), мегаректум и др.), а также наличием пре-
сакральных опухолей и кист.

Клинические проявления хронических запоров разнообразны. Помимо задержки опорожнения кишечника ребенка могут беспокоить различные диспепсические явления, такие как тошнота, снижение аппетита, гнилостный запах изо рта, метеоризм, также нередко наблюдается налет на языке, беспокоят боли в животе, присоединяется дисбиоз кишечника. Стул становится плотным, фрагментированным в виде «овечьего кала» (спастическая, гипермоторная дискинезия) или в виде калового цилиндра большого диаметра (атоническая, гипомоторная дискинезия).

В тяжелых случаях развивается хроническая интоксикация, проявляющаяся бледностью кожных покровов, периорбитальными тенями, вялостью и повышенной утомляемостью, головными болями и нарушением сна.

Хронический запор может стать причиной серьезных осложнений, таких как анальные трещины и свищи, геморрой, энкопроз, парапроктит.

В комплексе терапевтических мероприятий при хронических запорах ведущую роль играет лечебное питание. Наиболее эффективной диетотерапия бывает при функциональных запорах алиментарного и неврогенного генеза, которые чаще всего встречаются в детском возрасте.

Среди основных алиментарных причин, приводящих к формированию запоров у детей старше 1 года, выделяют нарушения режима питания:

- редкие и обильные приемы пищи, ночные кормления, частые «перекусывания», переедание, быстрая еда;

- неправильный подбор продуктов питания: отсутствие или ограничение в рационе свежих

овощей и фруктов, преимущественное использование измельченных, протертых и пюреобразных блюд (каши быстрого приготовления, протертые супы, мясные, овощные и фруктовые пюре и пр.), рафинированной пищи (кондитерские и макаронные изделия, сладости, сухие завтраки и чипсы, осветленные соки и кисели) и продукции

предприятий быстрого питания (fast-food).

Диетическая коррекция в этом случае заключается в строгом соблюдении ребенком режима питания. В рационе должны присутствовать свежие овощи и фрукты (в т.ч. в виде салатов с добавлением растительного масла), сухофрукты, хлебобулочные и макаронные изделия из муки грубого помола, показано регулярное употребление кисломолочных напитков и слабогазированных соляно-щелочных

и гидрокарбонатно-сульфатных минеральных вод со степенью минерализации более 8 г/л, оказывающих стимулирующее действие на моторную деятельность кишечника (Ессентуки №17, Арзни, Донат магний). Следует приучать ребенка к приему плотной пищи, учить медленно и хорошо разжевывать ее. Из рациона следует исключить жирные и острые блюда (тугоплавкие животные жиры, маргарины, крепкие бульоны, копчености, пряности, маринады), продукты, усиливающие процессы брожения и гниения в кишечнике и способствующие развитию метеоризма (бобовые, сырую белокочанную капусту, орехи, жилистое мясо, хрящи, кожу птиц и рыб), «грубоволокнистые» овощи (редьку, репу, редис), вязкие блюда, замедляющие прохождение пищевого комка по кишечнику (кисели, протертые каши, слизистые супы), свежую выпечку, крепкий чай, кофе, какао, сильно газированные напитки, вызывающие рефлекторный спазм кишечника.

Необходимо ограничить или исключить бедные пищевыми волокнами рафинированные и легкоусвояемые продукты: манную и рисовую крупы, макаронные и кондитерские изделия, сладости, чипсы, кукурузные хлопья, осветленные фруктовые и овощные соки, измельченные блюда. В ряде случаев ограничивают употребление яиц и пресного молока, т.к. они усиливают процессы брожения и гниения в кишечнике.

Для дополнительного обогащения пищи растительными волокнами детям старше 1 года можно назначать пшеничные отруби, суточное количество которых (М) рассчитывают в граммах в зависимости от возраста ребенка: $M(r) = n(\text{число лет}) + 5$ и дают с едой в 3–4 приема. Отруби можно использовать в неизмененном виде, измельчать или предварительно запаривать кипятком в течение 1–2 ч.

В целом больным, страдающим хроническим алиментарным запором, показана диета №3, которая полностью соответствует возрастным потребностям детей в пищевых веществах и энергии, необходимых для нормального развития ребенка (табл.).

При этом необходимо не только обращать внимание на состав диеты, но и не забывать о строгом соблюдении режима питания. Беспорядочные приемы пищи приводят к нарушению ритмичности работы кишечника вследствие ослабления гастроколитического рефлекса. Ребенку с запором с лечебной целью дополнительно натошак назначают плодовоовощные соки, кисломолочные напитки или минеральную воду, в качестве второго завтрака — свежие фрукты, перед сном — кефир, иммунеле, актимель и др.

Неврогенные запоры встречаются у детей с дискинезией желчных путей, холестаазом, нарушения-

■ В детском возрасте функциональные запоры чаще всего обусловлены нарушениями питания (алиментарные запоры).

ми внешнесекреторной функции поджелудочной железы, при болезнях желудка и мочеполовой системы, дисбактериозе кишечника, лактазной недостаточности («запорная» форма), гастроинтестинальных проявлениях пищевой аллергии. Нередко запоры возникают у детей-невропатов, при неврозах, в результате информационных и психогенных перегрузок.

Терапию неврогенных запоров следует начинать с лечения основного заболевания, приводя-

щего к нарушению опорожнения кишечника. Одновременно, в случае гипомоторной дискинезии, назначается диета №3, рекомендуемая при алиментарных запорах.

При гипермоторных (спастических) запорах, которым свойственны приступообразные боли в животе, сухой, сегментированный «овечий» кал со слизью и прожилками крови, для снятия кишечного спазма и профилактики болевого синдрома, в первые 5—7 дней диетотерапии назначается щадя-

Таблица. Примерное меню диеты №3

Наименование блюд	Возрастные группы		
	4—6 лет	7—10 лет	11—15 лет
НАТОЩАК			
Сок яблочный	100	100	100
ЗАВТРАК			
Каша гречневая молочная жидкая	200	220	250
Запеканка творожная	60	70	80
Кофе злаковый сладкий	200	200	200
Масло сливочное	5	10	10
2-Й ЗАВТРАК			
Фрукты свежие	150	200	250
ОБЕД			
Салат из свежих овощей с растительным маслом	60	70	80
Суп овощной на слабом мясном бульоне	200	250	350
Бефстроганов из отварного мяса	90	100	110
Гарнир сложный овощной	150	150	200
Компот из сухофруктов	150	200	200
ПОЛДНИК			
Биокефир	200	200	200
Хлебцы «Докторские»	20	25	30
Фрукты свежие	100	100	100
УЖИН			
Свекла отварная с растительным маслом	80	90	100
Рыба запеченная с картофелем	200	250	300
Чай сладкий	200	200	200
Масло сливочное	5	10	10
ПЕРЕД СНОМ			
Биокефир	200	200	200
В ТЕЧЕНИЕ ДНЯ			
Хлеб ржаной (или зерновой)	100	150	200
Хлеб пшеничный	50	70	100

щее питание с ограниченным содержанием пищевых волокон: овощи и фрукты дают только после тепловой обработки, хлебобулочные и макаронные изделия допускаются только из пшеничной муки высшего сорта. С целью послабления рекомендуются растительные масла, минеральные воды без газа, кисломолочные напитки с пробиотическими свойствами, гомогенизированные фруктово-ягодные пюре и соки с мякотью. По мере уменьшения кишечного спазма в рационе постепенно увеличивают долю продуктов, богатых растительными волокнами, и в конечном итоге ребенка переводят на диету №3.

При органических запорах, обусловленных аномалиями развития толстой кишки или новообразованиями в пресакральной области, ведущим методом лечения является оперативное вмешательство, а диетическая коррекция носит симптоматический характер. Лечебное питание в этом случае направлено на поддержание двигательной функции толстой кишки, а также призвано предупреждать возникновение кишечной непроходимости. Для избежания копростазы сырые фрукты и овощи с нежной клетчаткой (спелые фрукты и ягоды, морковь, свекла, кабачки) назначают с осторожностью, мелко, в небольших количествах, а репу, редис, виноград, хлеб грубого помола, пшеничную и перловую крупы полностью исключают. Продуктами выбора при органических заболеваниях кишечника являются кисломолочные напитки, содержащие полезную бактериальную флору и органические кислоты (нарин, иммул, активиа, активель, биокефир и др.), а также плодовоовощные соки (осветленные и с мякотью), гомогенизированные фруктово-ягодные пюре, компоты из сухофруктов, слабогазированные минеральные воды средней и высокой степени минерализации, растительные масла, оказывающие умеренное стимулирующее влияние на двигательную активность кишечной мускулатуры.

Помимо диетотерапии важно соблюдать водный режим: ребенок в зависимости от возраста, а также с учетом влажности и температуры окружающей среды должен потреблять в среднем 1,5–2,5 л жидкости в сутки (с учетом жидких блюд).

К немедикаментозным методам лечения запоров можно отнести также ежедневную двигательную активность, занятия лечебной физкультурой, массаж передней брюшной стенки, физиотерапию (электрофорез с кальцием, электростимуляцию кишечника и др.), которые способствуют повыше-

нию перистальтики толстой кишки. Не следует игнорировать возникающие позывы на дефекацию, т.к. в противном случае может наблюдаться снижение порога возбудимости рецепторов прямой кишки.

При отсутствии или недостаточной эффективности этиотропной терапии и немедикаментозных методов восстановления регулярного стула прибегают к симптоматической терапии. С этой целью используют слабительные средства, которые по механизму действия можно разделить на 4 группы.

1. Контактные слабительные: увеличивают объем кишечного содержимого. К этой группе относятся растворимые волокна с высокой водосвязывающей способностью (пектин), нерастворимые растительные волокна (пшеничные отруби, морская капуста, метилцеллюлоза, семена льна и подорожника (мукофальк)).

2. Осмотические слабительные повышают содержание воды в каловых массах и ускоряют их транзит по толстой кишке. В эту группу входят сульфат магния и натрия, Карловарская соль, многоатомные спирты (сорбитол, маннитол, глицерол), гидрофильные коллоиды (полиэтиленгликоль (транзипег), форлакс, фортранс), природные и синтетические дисахариды (сахароза, лактоза, лактулоза (дюфалак, нормазе)).

3. Стимулирующие слабительные оказывают действие на рецепторы слизистой толстой кишки: антрахиноны (препараты сены, крушины, ревеня), соединения дифенилметана (натрия пикосульфат (гутталакс), фенолфталеин, бисакодил (дьюлколак), рецинолиевая кислота (касторовое масло)).

4. Мягчительные средства (вазелиновое и миндальное масла) размягчают каловые массы и облегчают процесс дефекации.

Для коррекции эпизодических и хронических запоров у детей раннего возраста препаратом выбора является лактулоза, которая хорошо переносится маленькими пациентами, не вызывает побочных эффектов и, помимо слабительного, оказывает выраженное пребиотическое действие. У детей старше 7 лет при временных ситуационных запорах, болезненной дефекации, а также при подготовке к исследованию желудочно-кишечного тракта эффективен препарат гутталакс, который обычно назначается коротким курсом (1–3 дня). При спастических запорах одновременно с гутталаксом целесообразно назначение спазмолитиков: бускопан (гисцина бутилбромид) папаверин, дротаверин (но-

■ **В комплексе терапевтических мероприятий при хронических запорах ведущую роль играет лечебное питание.**



Бускопан®

гиосцина бутилбромид

**Останавливает спазмы,
останавливает боль!**



БУСКОПАН® — специально разработанное спазмолитическое средство на натуральной основе для снятия спазмов и боли в области живота.

БУСКОПАН® оказывает спазмолитическое действие на гладкую мускулатуру внутренних органов, снижает секрецию пищеварительных желез.

БУСКОПАН® — М-холиноблокатор, обладает направленным действием, что исключает его системное воздействие на организм.

БУСКОПАН®, будучи четвертичным аммониевым производным, не проникает через ГЭБ, поэтому антихолинергическое влияние на ЦНС отсутствует.

Препарат **БУСКОПАН®** применяется при:

- почечной колике
- желчной колике
- спастической дискинезии желчевыводящих путей и желчного пузыря
- холецистите
- кишечной колики
- пилороспазме
- язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения (в составе комплексной терапии)
- альгодисменорей

БУСКОПАН® — оригинальный препарат от немецкой компании «Берингер Ингельхайм»

БУСКОПАН® продается в аптеках без рецепта врача.

Форма выпуска	Начало действия	Продолжительность
Таблетки, покрытые сахарной оболочкой	20-30 минут	2-6 часов
Суппозитории ректальные	8-10 минут	2-6 часов

шпа), мебеверин (дюспаталин). Так, бускопан применяется у взрослых и детей старше 6 лет: по 1—2 таблетки 3 раза в день или ректально по 1—2 суппозитория 3 раза в сутки.

Особое место в лечении запоров у детей отводится клизмам. Основной механизм их действия заключается в растяжении прямой кишки и раздражении ее слизистой оболочки, кроме того, в ампуле прямой кишки размягчаются имеющиеся каловые «пробки». У детей используют различные виды клизм: водные, солевые, масляные и травяные (с ромашкой, толченым льняным семенем и пр.) или смешанные.

Вид клизмы и объем вводимой жидкости в каждом случае подбирают индивидуально. При длительных хронических запорах, осложненных интоксикацией, наличии каловых камней и «завалов» обычно назначают ежедневные солевые клизмы (1—1,5 и 5%) в течение 3—4 нед. В случаях эпизодических, «условно-рефлекторных» и других функциональных запоров ограничиваются назначением курса из 5—10 клизм (солевых, травяных). При воспалительных изменениях в прямой кишке показаны масляные клизмы (с маслом шиповника, облепихи). При подборе объема клизм руководствуются минимальным объемом жидкости, после введения которой наступает дефекация. Максимальный объем вводимой жидкости при очистительных (водных и 1% солевых) клизмах составляет не более 500 мл, при гипертонических (5% солевых) — 200 мл. Объем лечебных масляных и травяных клизм, в зависимости от возраста ребенка и их назначения, составляет 50—200 мл.

Следует заметить, что при длительном (на протяжении 3 и более месяцев) приеме слабительных средств и применении клизм может развиваться привыкание и психологическая за-

висимость от них. Очистительные клизмы и многие слабительные препараты могут вызывать побочные эффекты: спастические боли в животе, тенезмы, раздражение слизистой оболочки толстой кишки, диарею, обезвоживание и электролитные нарушения, аллергические реакции. Препараты, содержащие растительные волокна, набухают и вызывают интенсивное газообразование в толстой кишке, и поэтому противопоказаны больным с органическими

запорами. Кроме того, при гипермоторной дискинезии переполнение толстой кишки жидкостью может вызвать или усилить спазмы и тем самым усугубить запор. Все вышеперечисленное ограничивает применение слабительных средств и слабительных клизм в педиатрической практике.

В случае необходимости при функциональных запорах у детей клизмы и слабительные средства назначают на максимально возможный короткий срок — до достижения регулярного стула, после чего следует стремиться к формированию у ребенка самостоятельного рефлекса на дефекацию.

В педиатрической практике трудно подобрать нужную дозу, в таких случаях на помощь приходят лекарственные средства в форме капель. Например, гутталакс, начальная доза которого для детей старше 4 лет составляет 5—10 капель.

Следует подчеркнуть, что очень важно не оставлять без внимания ни один эпизод задержки стула у ребенка и стараться своевременно принимать соответствующие лечебные меры, т.к. на ранних стадиях нарушения моторной функции толстой кишки провести ее коррекцию значительно легче, чем в более поздние сроки, когда запоры приобретают систематический характер.



■ Очень важно не оставлять без внимания ни один эпизод задержки стула у ребенка и стараться своевременно принимать соответствующие лечебные меры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Екисенина Н.И. Лечебное питание при заболеваниях кишечника. Справочник по диетологии / под ред. В.А.Тутельяна, М.А.Самсонова. — М., 2002. — С. 182—188.
2. Питание здорового и больного ребенка: пособие для врачей / под ред. В.А.Тутельяна, И.Я.Коня. — М., 2007. — 324 с.
3. Потапов А.С., Цымбалова Е.Г., Полякова С.И. Хронические запоры у детей // Актуальные вопросы педиатрии. 2005. — №1. — С. 25—31.
4. Леньошкин А.И. О хронических запорах у детей / Детский доктор. 2000. — №1. — С. 28—31.
5. Хавкин А.И. Хронические запоры у детей: принципы терапии // Детский доктор. 2000. — №4. — С. 34—36.
6. Сичинава И.В., Горелов А.В. Запоры у детей // Детский доктор. 2001. — №4. — С. 40—44.
7. Румянцев В.Г., Косачева Т.А., Коровкина Е.А. Дифференцированное лечение запоров // Фарматека. — 2004. — №13. — С. 1—6.
8. Блохина Л.В., Кочетков А.М. Современные подходы к комплексному лечению синдрома функционального запора // Вопросы питания. 2002. — Т. 71. — №6. — С. 19—23.
9. Шульпекова Ю.Щ., Ивашкин В.Т. Патогенез и лечение запоров // РМЖ. Болезни органов пищеварения. 2004. — Т.6. — №1. С. 3—7.
10. Александрова В.А. Диагностика и лечение запоров у детей: пособие для врачей. — СПб, 2004.