



Запоры у детей

Б.О. МАЦУКАТОВА, А.Р. ПОЛИЩУК, д.м.н., проф. С.И. ЭРДЕС

Прогрессивное снижение качества жизни пациентов, наблюдаемое при отсутствии режимных мероприятий, специальной диеты и адекватной терапии, определяет актуальность проблемы запоров. В статье излагается современный взгляд на методы диагностики и лечения запоров.

Согласно данным Международной организации функциональных желудочно-кишечных расстройств (International Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders, IFFGD), 3–5% визитов к педиатру обусловлены жалобами на запор [1, 2]. По информации Университета системы здравоохранения Мичигана (University of Michigan Health System, UMHS), запорами страдают от 16 до 37% детей школьного возраста, а по сведениям Британского национального института здоровья и качества медицинской помощи (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) – от 5 до 30% [3, 4]. Ширина диапазона значений частоты запоров обусловлена, с одной стороны, вариабельностью частоты дефекаций в детском возрасте и с другой – использованием различных критериев при установлении диагноза. Более чем у трети детей симптоматика приобретает характер хронического заболевания [4]. У 4% дошкольников и 1–2% детей школьного возраста с запорами наблюдаются энкопрез и каломазание [3]. Отмечается, что нет статистически значимых гендерных и возрастных различий в частоте регистрации запоров в детской популяции. У 95% детей запоры носят характер функционального расстройства при отсутствии каких-либо сопутствующих хронических заболеваний, органических

причин или пороков развития. По данным согласительных рекомендаций, опубликованных UMHS, срок между появлением симптомов запора и установлением диагноза составляет от 1 года до 5 лет [3]. Длительный период, предшествующий обращению родителей к врачу и, соответственно, установлению диагноза, предопределяет плохой долгосрочный прогноз с развитием энкопреза и каломазания. Но независимо от того, сопровождается запор какими-либо осложнениями или нет, он является серьезной проблемой для ребенка и его семьи. Запор – нарушение функции кишечника, проявляющееся увеличением интервалов между дефекациями по сравнению с индивидуальной нормой или в систематически недостаточном опорожнении кишечника [5, 6]. У детей, в отличие от взрослых, большое значение придается увеличению интервалов между дефекациями. При этом во многих публикациях отмечается, что частота стула зависит от возраста ребенка и, соответственно, числа кормлений и может быть весьма вариабельной. Стандартными диагностическими критериями запоров являются натуживание, которое занимает более 25% времени дефекации; стул фрагментированный, в небольшом объеме, занимающий более 25% акта дефекации; ощущение неполного опорожнения более

чем в 25% актов дефекации; чувство аноректального препятствия (блока) более чем в 25% актов дефекации; мануальные способы облегчения эвакуации содержимого более чем в 25% актов дефекации; менее трех дефекаций в неделю [7]. В отечественной педиатрии наиболее широко известны классификации А.И. Лёнюшкина, где выделяются различные типы запоров, и А.И. Хавкина, в которой учитываются длительность существования запоров, механизмы их развития, стадии течения, а также этиологические и патогенетические признаки [5, 8]. В числе международных согласительных рекомендаций по запорам у детей, опубликованных в последнее время, следует упомянуть рекомендации UMHS (2003), NASPGHAN (2006) и NICE (2010) [3, 4, 9]. В этих документах внимание практикующих врачей обращается на важность учета данных анамнеза и клинического обследования с целью своевременной диагностики врожденных, генетически детерминированных заболеваний, а также пороков развития, одним из проявлений которых могут быть запоры. Первичная оценка состояния больного с хроническим запором предусматривает сбор анамнеза, физикальное обследование, включая тщательный осмотр промежности и перианальной области. Рекомендуются как минимум однократное пальцевое ректальное обследование [9]. При аноректальном обследовании оценивают перианальную чувствительность, тонус анального сфинктера, размеры прямой кишки, количество и консистенцию каловых масс, а также их локализацию в прямой кишке. В согласительных рекомендациях



обращается внимание на важность проведения пальцевого ректального обследования детям младше 1 года с идиопатическим запором в случае отсутствия ответа на адекватную медикаментозную терапию в течение 4 недель с целью выявления возможных анатомических нарушений или болезни Гиршпрунга [4]. Всем детям с запорами, равно как всем детям с болями в животе, отставанием в развитии, интермиттирующей диареей, указаниями в семейном анамнезе на рак или полипы кишечника, рекомендован тест на скрытую кровь в кале. Как правило, данные анамнеза и полноценного физикального обследования позволяют решить, нуждается ли ребенок в дальнейших диагностических мероприятиях или запор носит функциональный характер. В случае отсутствия «красных флагов тревоги» (табл. 1) назначается стартовая терапия [3]. При этом обращается внимание на то, что даже стартовая терапия не должна ограничиваться рекомендациями

принимать достаточное количество жидкости и волокон [3, 4]. В зарубежных публикациях отмечается, что функциональные запоры у детей носят циклический характер [10, 11, 12]. Если у ребенка предшествующая дефекация была болезненной вследствие, например, плотного характера каловых масс, он, испытывая страх, станет произвольно или непроизвольно подавлять позывы на дефекацию. Это будет приводить к повышению реабсорбции воды в кишечнике, что вызовет еще большее уплотнение каловых масс, в результате образуется патологический замкнутый круг. Непрерывно нарастающее уплотнение каловых масс и постоянное подавление позывов на дефекацию будут обуславливать фекальную задержку и развитие таких осложнений, как дилатация кишечника, каломазание и др. [10]. В случае подозрения на вторичную природу запора и при неэффективности стартовой медикаментозной терапии проводятся дополнитель-

ные диагностические мероприятия: определение уровней тиреоидных гормонов и кальция, тесты на целиакию. Во всех зарубежных руководствах по ведению детей с запорами приоритет отдается неинвазивным методам диагностики: исследованию времени кишечного транзита, аноректальной манометрии и др. [3, 4, 9]. Существуют различные варианты функциональных методов обследования (сфинктерометрия, баллонография, манометрия, миография). Сфинктерометрия позволяет определить силу запирающего аппарата. С помощью баллонографического метода исследуется двигательная активность дистальных отделов толстой кишки. Электроманометрия проводится с целью оценки работы сфинктерного аппарата прямой кишки, его деятельности в покое, при произвольных сокращениях и рефлекторных реакциях. Принцип методики заключается в изучении зависимости нарастания внутрикишечного

Таблица 1. Дифференциально-диагностические признаки («красные флаги тревоги») запоров органической природы

| Типы (причины) запоров | Признаки |
|---|---|
| <i>Неврогенные</i> | |
| 1. Болезнь Гиршпрунга 2. Псевдообструкция 3. Патология спинного мозга (миеломенингоцеле, опухоль спинного мозга и др.) | 1. Отхождение мекония > 48 часов после рождения, малый диаметр каловых масс, задержка роста, лихорадка, кровь в стуле, рвота желчью, тугой анальный сфинктер, пустая прямая кишка при пальпируемых фекальных массах в животе (в других отделах кишечника) 2. Вздутие живота, рвота желчью, илеус 3. Нарушения глубоких сухожильных рефлексов нижних конечностей, отсутствие сокращений ануса |
| <i>Метаболические и гастроинтестинальные</i> | |
| 1. Гипотиреозидизм 2. Несахарный диабет 3. Муковисцидоз 4. Глютенная энтеропатия | 1. Слабость, непереносимость холода, брадикардия, нарушения роста 2. Полиурия, полидипсия 3. Диарея, нарушения роста, лихорадка, хроническое заболевание легких 4. Диарея |
| <i>Анатомические</i> | |
| 1. Врожд. пороки развития аноректальной зоны 2. Дистопия ануса | |
| <i>Психические/поведенческие/социально обусловленные</i> | |
| 1. Умственная отсталость 2. Аутизм 3. Девиантные поведенческие расстройства 4. Депрессия 5. Жестокое обращение с детьми 6. Синдром дефицита внимания | 1. Общее отставание в развитии 2. Отставание или нарушение формирования навыков поведения, общения, социализации, реагирования на изменяющиеся условия окружающей обстановки 3. Негативизм, конфликтность, враждебность 4. Аффективные нарушения, нарушения аппетита 5. Выявляется при медицинском обследовании 6. Нарушение концентрации внимания, избыточная активность, импульсивность Прием опиатов, кодеин-содержащих, фенотиазиновых, антихолинергических препаратов, антидепрессантов, алюминий-содержащих антацидов, химиотерапия |



давления от степени увеличения объема раздражающего баллона, введенного в просвет кишки. В последние годы в практику внедряется современная система изучения двигательных функций толстой кишки на основе компьютеризированной многоканальной манометрии. Электромиография выполняется для изучения биоэлектрических свойств мышечных волокон сфинктерного аппарата. В диагностике запоров используются и радионуклидные исследования, которые продолжают совершенствоваться и находят все более широкое применение в клинической практике [13, 14, 15, 16]. К таковым относятся электроколоманометрия (исследование транзита содержимого по подвздошной и ободочной кишкам, или радиологический пассаж), скинтидефекография (исследование эвакуаторной функции прямой кишки) и дефекография [14]. Для определения времени толстокишечного транзита применяются рентген-контрастные маркеры. В последние годы стало использоваться ультразвуковое исследование (УЗИ) толстой кишки. Эндоскопическое исследование (ректороманоскопия) у детей с хроническими запорами проводится с целью определения состояния слизистой оболочки толстой кишки. По показаниям выполняется гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки толстой кишки (тест на холинэстеразу при подозрении на болезнь Гиршпрунга). Дети, страдающие запорами, должны получать полноценное питание, соответствующее возрасту, с большим количеством сырых и вареных овощей (морковь, свекла, тыква, кабачки) и фруктов. Помимо диеты, большое значение имеет образ жизни. Родители должны способствовать формированию режима дефекации у ребенка: желательно, чтобы он ходил в туалет в одно и то же время суток (лучше утром); в доме должен быть удобный туалет; нельзя допускать, чтобы ребенок испытывал болезненные ощущения и отрицательные

эмоции в момент опорожнения кишечника. Выработка соответствующих поведенческих навыков и стереотипов включает в себя:

- тренировку привычки регулярно посещать туалет;
- документирование каждой дефекации (время, количество, место);
- правильное «приучение к горшку»;
- поощрение продуктивного сидения в туалете;
- родителям не рекомендуют наказывать и стыдить ребенка.

В настоящее время в лечении запоров, в том числе и у детей, используют метод биологической обратной связи (biofeedback), при котором функция органа или системы может быть скорректирована путем постановки определенной задачи и положительного подкрепления при успешном выполнении этой задачи. Медицинские приборы позволяют в доступной для пациента форме вывести информацию о функциях органа или системы, которые невозможно контролировать без специального оборудования. При запорах, вызванных неадекватным сокращением мышц тазового дна во время дефекации, так называемой диссинергией тазового дна, метод биологической обратной связи сравним по эффективности со слабительными препаратами. Проводится мониторинг активности поперечных мышц (с помощью ректального электромиографического датчика) или давления в анальном канале, и информация о правильности выполнения упражнения выводится на компьютер в виде графика (для взрослых) либо в игровом виде (для детей). Возврат пациенту информации о правильности выполнения задачи позволяет ему сознательно корректировать силу и длительность сокращения мышц.

Медикаментозная терапия включает применение слабительных лекарственных средств, регуляторов моторики, а также пре- и пробиотиков, желчегонных препаратов, спазмолитиков. Слабительные средства нередко используются

родителями еще до обращения к врачу, в то время как их применение требует дифференцированного и индивидуализированного подхода. В большинстве публикаций отечественных авторов приводится классификация слабительных средств Ю.Б. Белоусова [17]. Одними из весьма популярных в педиатрии являются препараты лактулозы. Лактулоза – синтетический дисахарид, не встречающийся в природе. Она не расщепляется и не всасывается в тонкой кишке, поэтому, достигая толстой кишки, подвергается бактериальному разложению и распадается на короткоцепочечные жирные кислоты (молочную, уксусную, пропионовую и масляную), снижая рН содержимого толстой кишки и стимулируя перистальтику. Разложение лактулозы до короткоцепочечных жирных кислот повышает осмотическое давление в просвете кишки, задерживает воду, увеличивая объем химуса и снижая время его транзита. Лактулоза – питательная среда для сахаролитических бактерий, что оказывает благотворное воздействие на микрофлору кишечника. Нормазе® – слабительный препарат с пребиотическим эффектом, основной составляющей которого является лактулоза, достаточно широко используется в педиатрической практике. Данные исследований эффективности Нормазе® при лечении запоров у детей свидетельствуют о ее положительном влиянии на моторно-эвакуаторную функцию и микробиоценоз толстой кишки [18–21]. Для получения пребиотического эффекта показано назначение Нормазе® в дозах 2,5–5 мл 2 раза в сутки (для детей от 1 до 6 лет) и 5–10 мл 2 раза в сутки (детям старше 6 лет) сроком не менее 1 месяца [22]. Препараты лактулозы могут использоваться у детей, начиная с грудного возраста. Доза подбирается индивидуально, начиная с 5 мл сиропа. Таким образом, своевременное начало терапии, а также ее регулярное проведение позволяют улучшить прогноз и предупредить развитие осложнений. *

Литература
→ С. 94–95