

УДК: 616.34 – 009.11 – 053.2

ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ

А.И. Зарянкина, доцент, к.м.н.; С.С. Ивкина, доцент, к.м.н.;

Л.В. Кривицкая, доцент, к.м.н.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Запоры представляют важную медико-социальную проблему. Чаще имеют вторичное происхождение и обусловлены неправильным питанием и психо-эмоциональными факторами. Своевременная диагностика и лечение позволяют устранить данную проблему и предотвратить неблагоприятные последствия.

Ключевые слова: дети, запоры.

Constipations present a topical medical and social problem. They are often secondary to other conditions and are due to improper diet and psychoemotional factors. The diagnostics in due time and the proper treatment allow to control this disease and to prevent any serious complications.

Key words: constipations, children.

Запоры представляют собой важную медико-социальную проблему из-за широкой распространенности и снижения качества жизни больного. Встречаются у 70% больных гастроэнтерологического профиля, однако их истинная распространенность у детей до настоящего времени не установлена вследствие низкой обращаемости по этому поводу.

Определение. В настоящее время не существует четкого определения запора, особенно в педиатрии, что связано с индивидуальными особенностями выделительной функции толстой кишки у детей с различными вариантами нормы, связанными с периодами детского возраста.

В идеале у новорожденного, находящегося на естественном вскармливании, частота кормлений и стула совпадают. Консистенция кала в виде «кашицы» до 6-месячного возраста считается нормальной, от 6 месяцев до 1,5-2 лет кал может быть как оформленным, так и кашицеобразным, а появление оформленного кала в виде «колбаски» или «шариков» расценивается как склонность к запорам. У детей, находящихся на искусственном вскармливании, а также дошкольников и школьников запором считается отсутствие стула в течение суток. Запором является и самостоятельное опорожнение кишечника один или несколько раз в день, которое сопровождается сильным натуживанием ребенка, беспокойством, плачем. Кал при этом твердый, в виде «овечьего», отходит маленькими порциями, часто с прожилками крови. Существует определенная группа детей, от 3 до 10%, у которых опорожнение кишечника осуществляется не более одного раза в 2-3 суток при отсутствии неприятных субъективных ощущений. Эти особенности обычно устанавливаются не раньше 7-10 лет и имеют наследственный характер.

Запор - это нарушение функции кишечника, которое выражается в урежении возрастного ритма или затруднении акта дефекации. Запор сопровождается отсутствием или недостаточным опорожением кишечника, вынужденным натуживанием, занимающим более 25% продолжительности акта дефекации. Для запора характерен слиш-

ком твердый, скудный стул. Масса стула при запоре составляет менее 35 г/день.

Накопление каловых масс до определенного объема вызывает повышение внутрикишечного давления и стимуляцию акта дефекации. Функция удерживания и выделения каловых масс осуществляется прямой кишкой и анальным отверстием и контролируется корой головного мозга. Поэтому позыв на акт дефекации может быть произвольно подавлен. Привычка подавлять позыв к дефекации может привести к постоянному перерастяжению прямой кишки, подавлению эфферентных сигналов и развитию так называемых привычных запоров. Нарушение афферентной фазы дефекационного рефлекса приводит к развитию атонии прямой кишки и увеличению ее объема.

А.И.Хавкин и соавт. (1994г.) предложили рабочую классификацию запоров у детей, в которой сделана попытка отразить все многообразие причинных факторов, обуславливающих затрудненную дефекацию.

Классификация запоров (по А.И. Хавкину, 1994)

1. По течению:
 - а) острый;
 - б) хронический (более 3 мес).
2. По механизму развития:
 - а) кологенный (с гипермоторной или гипомоторной дискинезией);
 - б) проктогенный.
3. По стадии течения:
 - а) компенсированный (только диетическая коррекция);
 - б) субкомпенсированный (диетическая и медикаментозная коррекция);
 - в) декомпенсированный (необходимы очистительные клизмы).
4. По этиологическим и патогенетическим признакам:
 - а) алиментарный (длительная щадящая диета);
 - б) нейрогенный;
 - дискинетический (первичная дискинезия кишечника на фоне резидуальноорганического поражения центральной нервной системы);

- привычный (вследствие подавления физических позывов на дефекацию, при психическом перенапряжении, недостатке гигиенических навыков, пролонгированный акт дефекации у невропатозов и др.);

- рефлекторный (вторичная дискинезия при различных заболеваниях, в том числе и органов пищеварения);

- вследствие органических заболеваний ЦНС (невриты, миелиты, миопатии);

в) инфекционный (после перенесенной инфекции - болезнь Шагаса, дизентерия и др.);

г) воспалительный (при хроническом энтерите, колите, болезни Крона и неспецифическом язвенном колите);

д) психогенный;

е) гиподинамический;

ж) механический (препятствия на пути каловых масс: спайки, опухоли, лимфоузлы и др.);

з) вследствие аномалии развития толстой кишки (врожденный мегаколон, подвижная слепая кишка, синдром Пайра, подвижная сигмовидная кишка, долихосигма, спланхоптоз, гипо- и аганглиоз);

и) токсический (воздействие свинца, ртути, таллия, никотина);

к) эндокринный (гиперпаратиреозидизм, гипертиреоз, аддисонова болезнь, гипофизарные расстройства, сахарный диабет, феохромоцитомы, гипострогенемия);

л) медикаментозный (миорелаксанты, ганглиоблокаторы, холинолитики, опиаты, противосудорожные препараты, антациды, мочегонные средства, барбитураты, блокаторы кальциевых каналов);

м) вследствие нарушений водно-электролитного обмена (при потере большого количества жидкости, дефиците витаминов группы В и К, холестаза).

Этиопатогенез. Запоры можно подразделить на первичные, идиопатические и вторичные. Первичные запоры обусловлены у части детей органическими причинами врожденного или приобретенного характера. К первым относятся пороки развития толстой кишки: мегаректум, мегадолихосигма, аноректальные атрезии и стенозы, аномалии развития интрамуральной нервной системы толстой кишки (болезнь Гиршпрунга). Причинами приобретенных запоров могут стать полипы и опухоли толстой кишки, геморрой, спаечная болезнь. К причинам идиопатических запоров относятся «инертная ободочная кишка» (нарушение пропульсации) и «инертная прямая кишка» (нарушение опорожнения).

Однако чаще запоры имеют вторичное происхождение. Одна из важнейших причин таких запоров - неправильное питание (алиментарный запор). Дефицит растительной клетчатки и жидкости, употребление рафинированных продуктов приводят к значительному замедлению кишечного транзита и уменьшению объема фекалий. Такие запоры обычно усиливаются зимой. Употребление таких продуктов, как шоколад, икра, муч-

ное, рис, творог, крепкий кофе, чай, гранаты, груши и айва, могут способствовать возникновению запоров.

Частая причина вторичных запоров у грудных детей - нарушение вскармливания. Недокорм, неправильное введение прикорма, однообразное питание, частая смена смесей, а также нарушение режима питания приводят к дисфункции кишечника.

Нейрогенные запоры связаны с воздействием психоэмоциональных факторов: подавлением физиологических позывов на дефекацию, психическим перенапряжением, недостатком гигиенических навыков, прологированным актом дефекации. Они возникают чаще всего с началом посещения ребенком детских дошкольных учреждений, при развитии анальных трещин и сопровождении акта дефекации болевым синдромом («боязнь горшка»). При этом формируются так называемые привычные запоры. Запоры часто сопровождают органические поражения центральной нервной системы (невриты, миопатии, миелиты, опухоли, ДЦП). Важными факторами для развития запоров являются мышечная гипотония и гиподинамия. Причиной упорных запоров может быть ослабление мускулатуры передней брюшной стенки, диафрагмы и тазового дна при длительном постельном режиме, грыжах, расхождении мышц передней брюшной стенки. В качестве этиологического фактора запоров могут выступать нарушения обмена веществ: потери большого количества жидкости, дефицит витаминов группы В и К. Некоторые лекарственные препараты, в качестве побочного действия, могут вызывать нарушения моторной функции кишечника. Так, анестетики и миорелаксанты снижают тонус кишечной стенки. Противосудорожные препараты (дифенин) и холинолитики (атропин) вызывают блокаду нервных путей, которые регулируют моторику толстой кишки. Диуретики (фуросемид) могут привести к потере калия и ослаблению сократительной функции гладкой мускулатуры. Психотропные средства (транквилизаторы, трициклические антидепрессанты) вызывают торможение коркового и подкоркового центров дефекации. Запоры вызывают антациды, содержащие алюминий.

Запоры могут быть одним из симптомов эндокринных заболеваний (гипотиреоз, гиперпаратиреоз, сахарный диабет, надпочечниковая недостаточность, феохромоцитомы), сопровождающихся нарушением моторики кишечника как вследствие прямого влияния гормонов, так и сопутствующих метаболических сдвигов.

Перенесенные острые кишечные инфекции (дизентерия, болезнь Шагаса и др.) могут стать причиной гипоганглиоза - недоразвития или гибели симпатических ганглиев толстой кишки в подслизистом слое. Данное состояние проявляется снижением чувствительности рецепторного аппарата кишки, нарушением позыва на дефекацию, задержкой каловых масс, прогрессирующим упорным запором.

Различают острые и хронические запоры. При первых внезапно развивается задержка стула в течение нескольких суток. Если при такой клинической симптоматике не отходят газы, то с большей вероятностью можно думать о развитии непроходимости кишечника. У большинства больных запоры формируются постепенно. О хронических запорах можно говорить, если симптомы нарушения акта дефекации отмечаются постоянно на протяжении 3 месяцев и более.

В патогенезе запоров важную роль играет микрофлора толстой кишки. Нормальная кишечная флора, в частности бифидофлора, участвует в обмене желчных кислот, синтезирует дезоксихолевую кислоту, которая является мощным стимулятором моторики толстой кишки. Лактобактерии, обладая слабовыраженными антигенными свойствами, вступают в контакт со слизистой оболочкой кишечника и предохраняют ее от внедрения патогенных микробов. Дисбактериоз при запорах часто характеризуется элиминацией бифидо- и лактобактерий и развитием условно-патогенных видов. Большинство авторов считают дисбактериоз вторичным, но он приводит к функциональным нарушениям в кишечнике.

Клинически выделяют три стадии запора. В основе такого деления лежит вид и объем используемой терапии, а также ее эффективность. При компенсированной стадии достаточно использования только диетической коррекции; при субкомпенсированной - требуется уже медикаментозная коррекция; при декомпенсированном запоре возникает необходимость применения очистительных клизм.

Диагностика. На первом этапе оцениваются анамнез, данные осмотра (в том числе области ануса) и пальцевого исследования прямой кишки.

Пальцевое исследование в определенной степени позволяет судить о тоне анального сфинктера, выявлять анальные полипы, геморроидальные узлы, анальную трещину, опухоли, расположенные сразу же за сфинктером и недоступные для обследования эндоскопом.

Рентгенологическое исследование позволяет оценить анатомическое строение толстой кишки, дает возможность исключить наличие опухоли, аномалии строения, выявить изменения, характерные для обструкции, гипоганглиоза, идиопатического расширения.

У больных с гипокINETическими запорами необходимо исключить гастрит, дуоденит, язвенную болезнь, для чего необходимо проведение эзофагогастродуоденоскопии.

При необходимости проводят ректороманоскопию и колоноскопию. Объективным методом диагностики состояния слизистой оболочки является гистологическое исследование, которое позволяет выявить наличие острых и хронических воспалительных заболеваний толстой кишки, стадию болезни, эффективность лечения. Гистохимическое исследование активности холинэстеразы позволяет отдифференцировать болезнь Гиршпрунга от

функционального мегаколон, при котором эта реакция отрицательная.

Ультразвуковой метод помогает проследить за течением патологического процесса, развитием осложнения в толстой кишке. Этот метод может способствовать более ранней диагностике заболевания кишечника и сократить до разумных пределов применение инвазивных методов исследования.

Лечение. Должно быть комплексным, при этом большее значение имеет диетотерапия. На ранних стадиях заболевания правильная диета, регулирующая деятельность кишечника, во многих случаях приводит к нормализации стула без дополнительного применения медикаментозных средств.

Наиболее выраженным послабляющим действием обладают: черный хлеб; сырые овощи и фрукты; сухофрукты; белый хлеб с повышенным количеством отрубей; бобовые; крупы: овсяная, гречневая, ячневая; мясо с большим количеством соединительной ткани; соленья; безалкогольные напитки, насыщенные углекислотой (минеральные воды, лимонад, фруктовые напитки); очень сладкие блюда (например, кисели и компоты из клюквы, крыжовника).

Послабляющее действие кисломолочных напитков меняется в зависимости от способа их приготовления и условий хранения. Кисломолочные напитки с кислотностью выше 90-100° по Тернеру обладают послабляющим действием и должны быть свежеприготовленными, так как послабляющий эффект сохраняется только в течение первых суток.

Механическими и химическими раздражителями служат волокна растений и органические кислоты. Рекомендуются сухофрукты, овощные и ягодные соки. Некоторые сухофрукты, особенно инжир и чернослив, способствуют набуханию и увеличению объема кишечного содержимого.

Клетчатка и клеточные оболочки являются основными стимуляторами кишечной секреции.

В питании больных с запорами должно присутствовать достаточное количество жидкости - воды, фруктовых соков, которые употребляются натощак, во время еды или в интервалах между приемами пищи.

У детей грудного возраста диетотерапия имеет ряд особенностей. Как уже отмечалось, нельзя долго вскармливать ребенка одним молоком, кефиром и детскими молочными смесями. Со второго полугодия молочные продукты не должны превышать 700-750 мл в сутки, после года 500 мл, в два-три года 300 мл. Рекомендуется с пятимесячного возраста вводить в рацион ребенка фруктовые пюре: яблочное, абрикосовое, персиковое, а также соки.

Детям, страдающим запорами, рекомендуется специальная адаптированная смесь «Фрисовом». В ее состав входит клейковина рожкового дерева, обладающая мягким послабляющим эффектом. Волокна связывают воду и увеличивают вязкость содержимого кишечника, что в свою очередь улучшает перистальтику.

Сухая пресная адаптированная смесь «Семпербифидус» также пригодна для питания детей с запорами. Послабляющий эффект смеси обеспечивается входящей в ее состав лактулозой.

Применение слизистых веществ, так называемых муцилагиназ, при запорах практикуется давно. Эти средства состоят из одинакового объема клетчатки и полисахаридов, не способных всасываться в кишечнике. В нашей стране наиболее широко применяется морская капуста (ламинария), представляющая собой бурую водоросль, богатую йодистыми, бромистыми и кальциевыми солями, полисахаридами, витамином С.

Диетотерапия эффективна при алиментарных запорах, в остальных случаях требуется медикаментозная терапия.

Размягчающие слабительные стимулируют прохождение испражнений и дефекацию. К средствам, размягчающим фекалии, относится вазелиновое масло. Механизм действия жидкого парафина заключается в смазывании стенки толстой кишки. Есть доказательства, что парафин уменьшает всасывание жидкости и ускоряет продвижение содержимого по тонкой кишке.

Раздражающие слабительные увеличивают кишечную секрецию и изменяют адсорбцию воды и электролитов, повышают внутриректальное давление или химически раздражают слизистую оболочку (свечи бисакодил, глицериновые, газообразующие).

Самую большую группу слабительных составляют средства, стимулирующие функции кишечника. Это лекарства, содержащие антрахиноны. Производные 9,10-антрахинона (антраноиды) являются составной частью многих фитопрепаратов, применяющихся для лечения запоров. Они содержатся в крушине, в ревене.

Осмотические слабительные мало абсорбируются в кишечнике, увеличивают объем его содержимого, снижают вязкость последнего и разжижают каловые массы. К ним относятся неорганические соли: сульфат магния и сульфат натрия (глауберова соль). Они действуют на всем протяжении кишечника. К этой группе слабительных относится лактулоза (нормаза, дюфалак) - синтетический дисахарид, который после приема внутрь не разрушается дисахаридазой тонкой кишки, не всасывается и таким образом действует как осмотическое слабительное.

Лактулоза создает благоприятные условия для усиленного роста бифидо- и лактобактерий. Дюфалак, будучи мягким регулятором функции кишечника и слабительным средством, эффективно используется при лечении запоров у детей, в том числе грудного возраста. При колитах эффективно применение лактулозы с хилак-форте.

Форлак - активное вещество - макроголь 4 000, которое реализует свое действие посредством гидратации стула в просвете кишечника. Форлак

улучшает консистенцию, объем фекалий, приводит к оптимизации кишечной перистальтики естественным путем и облегчает акт дефекации у пациентов с запорами, восстанавливает рефлекс эвакуации и дефекации. Форлак - препарат выбора для лечения запоров в детской гастроэнтерологической практике.

Фитотерапия оказывает значительную помощь в комплексном лечении больных с запорами. К растениям, обладающим слабительным действием, относятся: анис обыкновенный (плоды), жостер слабительный (плоды), золототысячник обыкновенный (трава), крушина ольховидная (кора), меллисса лекарственная (листья), одуванчик лекарственный, рябина обыкновенная (плоды), солодка голая (корни), стальник полевой (корни), щавель конский (плоды).

Травы назначаются в виде настоев, отваров, различных слабительных чаев. Удобны для применения фруктовые кубики типа «Регулак», представляющие собой смесь из листьев и плодов сенны, мякоти плодов инжира.

Показаны физиотерапевтические процедуры: фарадизация живота, лечение гальваническими токами, ультрафиолетовое облучение. При гипертонии толстой кишки применяют электрофорез с кальцием. При усилении болевого синдрома назначают тепловые процедуры, диатермию, парафиновые аппликации на область живота. Эффективны иглорефлексотерапия и лазерная акупунктура.

Существенную роль в лечении играет физкультура и психотерапия.

Таким образом, лечение запоров должно проводиться с учетом причинных факторов и обязательно комплексно.

Прогноз при запоре нельзя считать абсолютно благоприятным. Длительно существующий запор, в том числе и функциональный, может вызвать различные осложнения - колит, проктосигмоидит, каловые камни. У детей, страдающих многолетними запорами, появляются условия для возникновения мегаколона и предраковых изменений слизистой оболочки толстой кишки.

Литература

1. Баранов А.А., Климанская Е.В. Заболевания органов пищеварения у детей (тонкая и толстая кишки). - М., 1999.
2. Григорьева Г.А. Запор и современные слабительные средства//Клиническая медицина. - 1997. - № 1. - С.52-56.
3. Григорьев П.А., Яковенко Э.Л. Диагностика и лечение болезней органов пищеварения. - М., 1997.
4. Ларионова Л.Г., Рожанец А.Н. Применение форлакса у детей, страдающих запорами// Медицинские новости. - 1999. - № 5. - С.42-43.
5. Сичинава И.В., Горелов А.В. Запоры у детей//Детский доктор. - 2001. - № 4. - С.40-43.
6. Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. - Л., 1991.
7. Филин В.А., Алиева Э.И., Верещагина Т.Г. Современные аспекты лечения запоров у детей //Лечащий врач. - 2000. - № 10. - С. 10-14.
8. Филин В.А., Алиева Э.И., Лукин В.В. Хронические запоры у детей //Российский педиатрический журнал. - 2001. - № 4. - С.39-43.
9. Эйберман А.С. Функциональные расстройства толстой кишки у детей//Медицинская помощь. - 2001. - №3. - С. 3-6.