

НЕИНВАЗИВНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ С АНОМАЛИЯМИ СТРОЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Т.Г. Сухова, канд. мед. наук, Ю.М. Спиваковский, канд. мед. наук, Ю.К. Герасименко, канд. мед. наук
Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского
E-mail: suhova_tanja@mail.ru

Обсуждается проблема запоров у детей. Приводятся статистические данные о частоте встречаемости запоров в детском возрасте, их связи с аномалиями развития толстой кишки. Представлены разные варианты классификаций запоров в детском возрасте.

Ключевые слова: дети, запор, аномалия толстого кишечника, лактулоза.

Лечение запоров у детей – актуальная проблема современной педиатрической практики. Хронические запоры распространены у детей разных возрастных групп. Результаты исследования, проведенного в нескольких федеральных округах РФ, в ходе которого запоры характеризовались не только по кратности акта дефекации, но и с учетом Римских критериев III, показали, что частота хронического запора у детей от 1 мес до 18 лет – 53%. Достаточно часто манифестация запора происходит в раннем детском возрасте, и проблема коррекции стула у детей разных возрастных групп делает особенно важным комплексный подход к лечению.

Кратность дефекации в разные периоды детства значительно варьирует – от 6–7 раз в сутки у детей 1-го полугодия жизни до 6 раз в неделю у детей старше 1 года, что зависит от особенностей питания, скорости соматического роста и многих других факторов. Вместе с тем понятие индивидуальной нормы – достаточно широкое, что следует учитывать при сборе анамнеза и осмотре каждого ребенка.

По данным литературы, запоры в педиатрической практике носят более чем в 95% случаев функциональный характер; при их диагностике следует достаточно четко придерживаться критериев, изложенных в соответствующих рубриках Римского консенсуса.

Согласно Римским критериям III (2006), функциональным хроническим запором у детей от 4 до 18 лет считается наличие 2 или более симптомов из нижеперечисленных, если они существуют в течение не менее чем 12 нед за последние 6 мес:

- сильное натуживание чаще, чем при каждой 4-й дефекации;
- комковатый или твердый стул чаще, чем при каждой 4-й дефекации;
- менее 3 дефекаций в неделю (для детей до 3 лет – менее 6);
- ощущение неполного опорожнения кишечника более чем при 1/4 всех дефекаций;
- ощущение блокады в аноректальной области не менее чем при 1/4 всех дефекаций;
- мануальная помощь дефекации.

Среди практикующих врачей-педиатров понятие «запор» очень часто определяется только кратностью дефекации, что в современных условиях нельзя считать правильным.

Важный аспект проблемы – классификация запоров. К сожалению, единой классификации запоров у детей нет. Достаточно часто цитируется классификация Н.Л. Куц (1976), в которой выделены:

1. Алиментарные запоры:
 - 1.2 – вследствие погрешности в диете;
 - 1.3 – медикаментозные.
2. Запоры функционального происхождения:
 - 2.1 – дискинезии с преобладанием атонии или спазма;
 - 2.2 – психогенные;
 - 2.3 – условно-рефлекторные;
 - 2.4 – при пилороспазме;
 - 2.5 – эндокринные (гипофиз, надпочечники, щитовидная и паращитовидная железы).
3. Запоры органического происхождения:
 - 3.1 – болезнь Гиршпрунга;
 - 3.2 – долихосигма;
 - 3.3 – мегадолихосигма;
 - 3.4 – первичный мегаректум;
 - 3.5 – свищевые формы атрезии прямой кишки;
 - 3.6 – врожденное сужение анального отверстия;
 - 3.7 – трещины заднего прохода;
 - 3.8 – хроническое воспаление в толстой кишке;
 - 3.9 – врожденный пилоростеноз.

В 1994 г. А.И. Хавкиным была предложена рабочая классификация запоров у детей, в которой были выделены следующие разделы:

1. По течению:
 - острые;
 - хронические.
2. По механизму развития:
 - кологенные (с гипермоторной или гипомоторной дискинезией);
 - проктогенные;
 - смешанные.
3. По стадии течения:
 - компенсированные (только диетическая коррекция);
 - субкомпенсированные (диетическая и медикаментозная коррекция);
 - декомпенсированные (необходимы клизмы).
4. По этиологическим и патогенетическим признакам:
 - алиментарные;
 - неврогенные: дискинетический, рефлексоторный, при органическом заболевании центральной нервной системы;
 - психогенные;
 - гиподинамические;
 - инфекционные;
 - воспалительные;
 - механические;
 - вследствие аномалии развития толстой кишки (врожденный мегаколон, подвижная слепая или сигмовидная кишка, синдром Пайра, долихосигма, спланхноптоз, гипои аганглиоз);
 - токсические (отравления свинцом, ртутью, таллием, никотином, чаем, какао);
 - эндокринные;
 - медикаментозные;
 - при нарушении водно-электролитного баланса.

Манифестировавший в раннем возрасте запор достаточно часто развивается на фоне аномалий строения толстой кишки (долихосигма, долихоколон). Однако не следует считать, что запор, развившийся на фоне аномалий строения толстой кишки, подлежит лишь хирургической коррекции и не поддается терапевтическому воздействию.

По данным литературы, при аналогичном исследовании у детей с хроническими запорами долихосигма выявлялась у 75% пациентов. Следует согласиться с выводами Е.А. Звездкиной, указывающей на то, что анатомо-функциональные особенности фиксации толстой кишки до ректосигмоидного отдела не влияют на пассаж содержимого, не играют роли в генезе хронических запоров и не подлежат хирургическому лечению. Ключевым в механизме развития запора у этих детей является мышечная дисфункция тазовой диафрагмы, которая может иметь 3 варианта:

- недостаточная релаксация мышц постанальной части; при этом вследствие ряда мышечно-тонических нарушений не происходит выпрямления ректокопчикового и ректоанального угла;
- недостаточное расслабление пуборектальной мышцы и как следствие – отсутствие изменения тонуса и направления движения каловых масс в дистальном отделе прямой кишки;
- стойкий спазм анального сфинктера.

Таким образом, следует считать запоры, развившиеся на фоне аномалий строения толстой кишки, функциональными и, следовательно, не нуждающимися в хирургической коррекции. Подбор метода терапевтической коррекции запоров у детей – нелегкая задача. При всем разнообразии слабительных средств их выбор в педиатрии достаточно ограничен.

Средства слабительного действия классифицируют по механизму их действия:

- увеличивающие объем кишечного содержимого (отруби, семена, синтетические вещества);
- вещества, размягчающие каловые массы (вазелиновое масло, жидкий парафин);
- осмотические слабительные;
- слабоабсорбируемые ионы (магния сульфат, магния карбонат, гидроксид магния, фосфат натрия, сульфат натрия);
- многоатомные спирты (сорбитол, маннитол, глицерол);
- полиэтиленгликоль, макроголь;
- слабоабсорбируемые ди- и полисахариды, имеющие свойства пребиотиков: лактулоза; олигосахариды;
- средства, усиливающие секрецию или непосредственно влияющие на эпителиальные, нервные или гладкомышечные клетки (раздражающие или контактные слабительные):
 - поверхностно-активные вещества;
 - желчные кислоты;
 - дифенолы;
 - рицинолевая кислота;
 - антрахиноны.

При столь широком спектре лекарственных средств выбор педиатра ограничен возможными осложнениями и развитием побочных эффектов при применении ряда вышеперечисленных препаратов. Поэтому в педиатрической практике чаще всего используют препараты группы слабоабсорбируемых ди- и полисахаридов, имеющих свойства пребиотиков, а также вещества, увеличивающие объем кишечного содержимого, и макроголь.

Основной препарат, давно и заслуженно занимающий лидирующие позиции при лечении запоров у детей, – лактулоза. Лактулоза вызывает рост внутрипросветного давления, вызванного задержкой воды и увеличением объема каловых масс, активизацию перистальтики и моторной активности кишки, ускорение кишечного транзита. Кроме того, лактулоза дает пребиотический эффект, способствует росту нормальной микрофлоры толстого кишечника.

Мы изучали эффективность лактулозы в лечении хронического запора у детей с рентгенологически выявленными аномалиями строения толстой кишки. Оценена польза лактулозы в лечении запора, развившегося на фоне аномалий строения толстой кишки (долихосигма, долихоколон). У всех пациентов наступал положительный клинический эффект: появлялись позывы на дефекацию и самостоятельная дефекация. При наличии тяжелого запора была целесообразна комплексная терапия: комбинация лактулозы с пищевыми волокнами (пшеничные отруби).

Полученный клинический эффект доказывает функциональный характер запора, развившегося на фоне кишечных аномалий, и отсутствие необходимости в хирургической коррекции данной патологии. Ее комплексная длительная терапия позволяет сформировать у детей стойкий позыв на дефекацию, стабильную нормализацию стула и значительно улучшает прогноз при таких кишечных аномалиях, как долихосигма и долихоколон.

Рекомендуемая литература

Бабаян М.Л., Хавкин А.И. Коррекция функциональных запоров в педиатрии: современный взгляд и проверенные веками истины // Росс. мед. журн. (медицинское обозрение). – 2011; 19 (5): 359–363.

Бабаян М.Л. Применение лактулозы в педиатрической практике // Росс. мед. журн. – 2011; 12: 1380–1382.

Дубровская М.И., Паршина П.В. Актуальные вопросы развития запоров у детей, подходы к терапии // Вопр. совр. педиатрии. – 2012; 11 (1): 76–82.

Комарова Е.В., Петрова А.В., Потапов А.С. и др. Нарушение моторики толстой кишки при хронических запорах у детей // Росс. педиатр. журн. – 2007; 4: 28–30.

Потапов А.С., Полякова С.И. Возможности применения лактулозы в терапии хронического запора у детей // Вопр. совр. педиатрии. – 2003; 2 (2): 65–70.

Спиваковский Ю.М., Сухова Т.Г., Черненко Ю.В. и др. Клиническая эффективность препаратов лактулозы в комплексной терапии запоров у детей с аномалиями толстой кишки // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2014; 93 (2): 85–90.

Хавкин А.И. Коррекция функциональных запоров // Росс. вест. перинатол. и педиатр., 2012; 8: 24–29.

Эрдес С.И., Мацукатова Б.О., Ревякина С.А. Запоры у детей // Росс. мед. журн. – 2011; 19 (3): 159–164.

NONINVASIVE APPROACH TO TREATING CONSTIPATION IN CHILDREN WITH LARGE BOWEL STRUCTURAL ANOMALIES

T.G. Sukhova, Cand. Med. Sci.; Yu.M. Spivakovskiy, Cand. Med. Sci.; Yu.K. Gerasimenko, Cand. Med. Sci.

V.I. Razumovsky Saratov State Medical University

The paper discusses problems of constipation in children. It gives statistical data on the incidence of childhood constipation, its association with colonic malformations, and different types of classifications of constipation in childhood.

Key words: children, constipation, colonic anomaly, lactulose.

Дорогие коллеги!

Предлагаем вашему вниманию научно-практический журнал **«Спортивная медицина: наука и практика»** – первое и единственное в России специализированное издание, освещающее проблемы спортивной медицины. Журнал включен ВАК в перечень российских рецензируемых научных журналов.

Цель журнала – информирование спортивных врачей сборных команд и клубов, врачебно-спортивных диспансеров, фармакологов, кардиологов, травматологов, психологов, физиотерапевтов, специалистов в области функциональной диагностики и т.д. об отечественном и зарубежном опыте, научных достижениях в сфере спортивной медицины, антидопинговом обеспечении спорта и реабилитационных программах для спортсменов.

Главный редактор журнала – Е.Е. Ачкасов, доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, заведующий кафедрой лечебной физкультуры и спортивной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Оформить **подписку на журнал** «Спортивная медицина: наука и практика» можно:

- по каталогу «Пресса России» (индекс – 90998)
- в редакции (e-mail: podpiska@rusvrach.ru)

Дополнительная информация – на сайтах: www.rusvrach.ru;
<http://спорт-мед.рф/>

