

Синдром запора у дітей

Н.В. Чернега, к.мед.н.,

М.Ф. Денисова, д.мед.н., професор, керівник відділення,
відділення захворювань печини і органів травлення у дітей,

Державне заклад охорони здоров'я «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

По даним літератури в розвинених країнах 50% дорослого населення страждає хронічними запорами. Розповсюдженість цього недуга обумовлена характером харчування, малоподвижним способом життя, спадковою схильністю, психологічними порушеннями, змінами гіпоталамо-гіпофізарної системи на рівні автономної кишкової іннервації, впливом дисбіоза кишкового тракту на моторно-секреторну функцію товстої кишки і др.

По даним G. Shettler (1987), довгий час поняття «запор» визначали як тривалу затримку кишкового вмісту або уповільнення евакуації щільних калових мас. Однак частота дефекації є суб'єктивною і має індивідуальні варіації в дитячому віці. За даними авторів [1, 2], у більшості дітей старші 3 років затримку опорожнення кишечника більше 36 годин слід розглядати як запор. Частота дефекації у дітей старші 3 років і підлітків приблизно така ж, як і у дорослих, а в більш ранньому віці діагноз запора може бути поставлений за частотою випорожнень менше 6 разів на тиждень [3, 4]. Тим не менше, для постановки діагнозу необхідно враховувати анатомо-фізіологічні особливості моторно-евакуаторної функції товстої кишки, пов'язані з періодом дитячого віку. За даними А.І. Хавкіна (2000), **хронічний запор – це, перш за все, стійке або часто повторюючись, тривале більше 3 місяців, порушення функції товстої кишки з частотою стільця менше 3 разів на тиждень (для дітей до 3 років – менше 6 разів на тиждень), вимушеним натуживанням, займаючим більше 25% часу акту дефекації, відчуттям «неповного опорожнення кишки»**. Деякі педіатри вважають, що запор – це порушення вікового режиму акту дефекації на протязі 3 місяців, який призводить до погіршення стану здоров'я дитини. Така тривалість обумовлена тим, що 3-місячний термін вважається достатнім для корекції дієти, режиму харчування, лікувальної фізкультури з метою нормалізації функції кишечника.

За даними багатьох авторів і за нашими спостереженнями, запор є не тільки самостійною патологією, а й симптомом багатьох захворювань, хоча згідно сучасної класифікації функціональних захворювань кишечника (Римський консенсус, 1999) функціональний запор (МКБ-10, K59) виділено в окрему категорію. В цій клас-

ифікації запор розглядається як порушення функції кишечника у вигляді хронічної затримки опорожнення кишечника більше 36 годин, з збільшенням інтервалів між актами дефекації порівняно з індивідуальною фізіологічною нормою, ускладненням акту дефекації, відчуттям неповного опорожнення кишечника, відходу невеликої кількості калу підвищеної щільності.

Етіологія запорів різноманітна, а їх лікування достатньо складне, оскільки в кожному конкретному випадку слід враховувати вік дитини, причину виникнення запорів, психоемоційний стан, переносимість ліків, вміння правильно вибрати і дозувати ліки і т.д.

В лікуванні дітей, страждаючих запорами, можна виділити кілька напрямків.

1) Консультація дитини і його батьків щодо **здорового способу життя**:

– збалансоване харчування, багате рослинними волокнами, з достатньою кількістю рідини;

– дотримання режиму дня і прийому їжі;

– фізично активний спосіб життя;

– ведення харчового щоденника.

2) **Консультації і допомога психолога, невролога, за потреби – хірурга, ендокринолога.**

3) **Назначення лікарських препаратів** з найменшою кількістю побічних ефектів. При цьому для педіатра важливо добре орієнтуватися в великій кількості слабительних засобів на фармацевтичному ринку.

В лікуванні запорів у дітей широко використовується препарат Нормолакт у вигляді сиропу (виробництва ПАО НПП «Борщівський хіміко-фармацевтичний завод»), активним речовиною якого є лактулоза [2, 8]. Клінічний досвід застосування лактулози для лікування запорів у дорослих становить 45 років. На сьогодні немає жодних підстав вважати, що лактулоза викликає на організм людини мутагенне, генотоксичне або тератогенне дію [2]. Принциповий механізм дії препарату Нормолакт ґрунтується на тому, що молекула лактулози не розщеплюється ферментами тонкої кишки і залишається цілою до потрапляння в товсту кишку. Під дією ферментів бактерій вона розпадається на низькомолекулярні органічні кислоти – молочну, уксусну, масляну і пропіонову, що викликає підвищення осмотичного тиску

и подкисление содержимого толстой кишки. Это способствует увеличению притока жидкости и соответственно размягчению консистенции каловых масс. Лактулоза содержит бифидогенный фактор, который усиливает рост анаэробной флоры — бифидо- и лактобактерий; при этом препарат является мягким регулятором функции кишечника и слабительным средством.

Исходя из вышеперечисленного, целью нашей работы была оценка эффективности препарата Нормолакт в комплексном лечении запоров у детей.

Материалы и методы исследований

Обследован 41 ребенок (18 мальчиков и 23 девочки) в возрасте от 3 до 16 лет, которые проходили лечение в отделении заболеваний печени и органов пищеварения у детей ГУ «ИПАГ НАМН Украины».

Основные жалобы при поступлении: задержка стула в течение 3 дней и более, вздутие живота, боль, зачастую проходящая после акта дефекации, раздражительность, головные боли. При анализе клинической картины обращали внимание на наличие таких проявлений: болевого, диспептического синдрома, синдрома хронической интоксикации, ощущения неполного опорожнения кишечника, чувства страха и боли при акте дефекации, каломазания. Обследование детей проводили по унифицированной методике, включавшей наряду с общеклиническими исследованиями периферической крови, мочи, копрограммой, анализом кала на дисбактериоз также и эндоскопическое обследование пищевого канала, ирригографию, морфологическое исследование тканей толстой кишки, УЗИ органов брюшной полости, аноанометрию (по показаниям). Все дети получили консультацию невролога, психолога, хирурга, эндокринолога. В работе использована рабочая классификация запоров у детей А.И. Хавкина (2000).

На основании результатов проведенных исследований у 25 детей диагностировано синдром раздраженного кишечника (СРК), протекающий с запорами, у 16 — врожденный порок развития толстого кишечника (долихоколон).

Диагнозы верифицированы согласно МКБ-10. Синдром раздраженного кишечника, протекающий с запорами, соответствовал рубрике «Н» Римских критериев III (2006). Длительность заболевания до госпитализации составляла от 3 до 5 лет.

Важно отметить, что дети с СРК были старше 10 лет, среди них преобладали девочки. Для клинической картины были характерны раздражительность пациента, головная боль, боли разлитого характера или приступообразные (не длительные), исчезающие после акта дефекации, вздутие кишечника, урчание, иногда метеоризм. Отмечали также затруднение акта дефекации, выделение твердого фрагментированного или твердого комковатого кала. Задержка стула составляла более трех дней.

Возраст пациентов с врожденным пороком развития толстой кишки (долихоколон) колебался от 3 до 6 лет. Дети отставали в физическом разви-

тии, были плаксивы, жаловались на боли (схваткообразные), не связанные с приемом пищи на протяжении дня, вздутие и урчание кишечника, нерегулярный метеоризм, болезненный акт дефекации. Задержка стула составляла более 7 дней, а у 3 (21,4%) детей самостоятельного стула без клизм не было. Стул был твердой консистенции, «овечий». У 5 (35,7%) наблюдалось каломазание. При ректороманоскопии у 23 (77,1%) больных обнаружены признаки катарального проктосигмоидита, у 2 (14,2%) — трещина ануса. Длительность заболевания составляла от 1 года до 5 лет.

Базисная терапия включала диетотерапию — стол № 3, представляющий собой физиологически полноценную диету с повышенным содержанием продуктов, усиливающих моторную функцию кишечника, с достаточным количеством жидкости и клетчатки. Назначалось дробное питание — 5-6 раз в сутки.

В качестве медикаментозной терапии использовали прокинетики, ферменты, пробиотики, витамины. Детям также назначали физиотерапевтические методы, лечебную физкультуру, общий массаж, ароматерапию.

Детям с пороком развития толстого кишечника назначали иглорефлексотерапию по показаниям, а больным с СРК — седативные препараты, психотерапию.

Стартовая доза Нормолакта составила 10 мл лактулозы, при отсутствии эффекта дозу повышали в 2 раза. В течение всего курса лечения (21 день) проводили ежедневный опрос ребенка, его осмотр, а также оценку характера и частоты стула. Другие слабительные средства не назначали.

Эффективность лечения оценивали по динамике регрессии клинических симптомов и восстановлению ежедневного стула.

Результаты и их обсуждение

Клиническая картина у детей с синдромом раздраженного кишечника до и после комплексной терапии с включением препарата Нормолакт представлена в **таблицах 1 и 2**.

Согласно полученным данным, синдром хронической интоксикации, диспептический синдром наблюдались до лечения у всех больных с СРК. Болевой синдром различной интенсивности и продолжительности у 23 (84%), ощущение неполного опорожнения — у каждого третьего ребенка. Боли при акте дефекации у 8 (32%) пациентов, задержка стула более чем на 36 часов — у всех (100%) больных.

Исходный характер стула по Бристольской шкале соответствовал 2 типу, то есть был твердым и свидетельствовал о замедлении кишечного транзита.

Включение Нормолакта в комплексную терапию оказалось эффективным у большинства больных уже в конце первой недели лечения. Появление стула наблюдалось на 2 день лечения. Первоначальная доза Нормолакта оказалась эффективной у 17 (68%) больных, 8 (32%) детям с СРК через неделю увеличили дозу препарата до 20 мл в сутки, что позволило достичь нормализации стула у всех

Таблиця 1. Клинические симптомы у детей с синдромом раздраженного кишечника до и после лечения

Клинические симптомы	До лечения (n = 25)	После лечения (n = 25)
Головные боли	14 (56%)	1 (4%)
Плохой аппетит	18 (72%)	0
Раздражительность	21 (84%)	4 (16%)
Тошнота	8 (32%)	0
Боли в животе	23 (92%)	0
Частота стула (количество раз в неделю)	2-3	7
Характер стула:		
• твердый	21 (84%)	3 (12%)
• нормальный	4 (16%)	22 (88%)
Ощущение неполного опорожнения	9 (36%)	0
Боли при акте дефекации	8 (32%)	0
Использование клизм	–	–

наблюдаемых детей. Консистенция стула соответствовала 4 типу по Бристольской шкале форм кала.

К концу лечения исчезли болевой, диспептический синдромы, ощущение неполного опорожнения кишечника у всех детей (100%). Только у 4 (16%) пациентов сохранялась раздражительность.

Клинические симптомы у пациентов с *пороком развития толстого кишечника* представлены в **таблице 2**.

Основными жалобами до лечения у всех (100%) пациентов были: плохой аппетит, плаксивость, схваткообразные боли, которые уменьшались или исчезали после акта дефекации, метеоризм, задержка стула до 4–6 дней. У 10 (62,5%) больных при виде пищи возникала тошнота. Важно отметить, что у 5 (31,2%) детей от 3 до 4 лет развилось чувство страха при высаживании на горшок. Это, возможно, обусловлено наличием трещины ануса и сопутствующими болезненными ощущениями. Исходный характер стула при оценке по Бристольской шкале соответствовал 1–2 типу и свидетельствовал о замедлении кишечного транзита. Дети с пороком развития толстой кишки имели средние параметры физического развития, дефицит массы тела 1 степени отмечен у 6 (37,5%) больных.

Назначение препарата Нормолакт оказалось эффективным у большинства больных. Анализируя полученные данные, необходимо отметить положительную динамику болевого, диспептического синдромов уже со 2-го дня лечения. После окончания курса лечения только у 3 (18,8%) детей сохранились кратковременные, менее выраженные боли, незначительный метеоризм, боязнь горшка.

Появление стула после включения Нормолакта в базисную терапию наблюдалось уже на 3 день от начала лечения. Частота стула составила в среднем 6 (4–7) раз в неделю на фоне приема препарата.

Таблиця 2. Клинические симптомы у детей с пороком развития толстого кишечника до и после лечения

Клинические симптомы	До лечения (n = 16)	После лечения (n = 16)
Головные боли	5 (31,2%)	0
Плохой аппетит	16 (100%)	5 (31,2%)
Раздражительность	15 (93,7%)	5 (31,2%)
Тошнота	10 (62,5%)	0
Боли в животе	16 (100%)	3 (18,8%)
Частота стула (количество раз в неделю)	1-2	6
Характер стула:		
• твердый	10 (62,5%)	2 (12,5%)
• нормальный	6 (37,5%)	14 (87,5)
Метеоризм	16 (100%)	3 (18,8%)
Боли при акте дефекации	16 (100%)	3 (18,8%)
Боязнь горшка	5 (31,2%)	3 (18,8%)
Использование клизм	5 (31,2%)	2 (12,5%)

Характер стула при оценке по Бристольской шкале соответствовал 3–4 типу.

Первоначальная доза оказалась достаточной у 11 (68,7%) детей. У 5 (31,2%), в связи с недостаточной эффективностью, доза Нормолакта через 1 неделю была увеличена до 12,5 мл в сутки. Это позволило достичь нормализации стула у 14 (87,5%) больных. Только 2 пациентам были дополнительно назначены клизмы.

Переносимость препарата Нормолакт была хорошей. Ни у одного пациента не наблюдалась потеря массы тела. Все дети отмечали хорошие органолептические качества лактулозы, отказов от приема препарата не было.

Таким образом, для лечения запора у детей имеется широкий спектр медикаментозных средств, из которых необходимо выбрать наиболее безопасные и приемлемые для ребенка. Препаратами выбора у детей являются осмотические слабительные (лактолоза).

Включение препарата Нормолакт в комплексную терапию лечения запоров способствует повышению эффективности терапии, и, согласно нашим данным, является неотъемлемой частью лечения выраженных запоров.

Выводы

1) Применение препарата Нормолакт в комплексной терапии эффективно устраняет запоры у детей с заболеванием кишечника.

2) Под влиянием препарата Нормолакт улучшается общее состояние детей, исчезают болевой и диспептический синдромы.

3) Препарат Нормолакт не вызывает побочных эффектов и хорошо переносится больными, что позволяет рекомендовать его к применению в педиатрической практике.

Ⓟ