

**С.Я. ВОЛГИНА, А.В. ШАХТАРИН**

Казанская государственная медицинская академия

616.3-008.14-053.2

## Современные взгляды на лечение запоров у детей

**Волгина Светлана Яковлевна**

доктор медицинских наук,

профессор кафедры педиатрии и перинатологии

420012, г. Казань, ул. Муштары, д.11, тел.: (843) 562-52-66

*В клинической лекции для врачей-педиатров представлены современные принципы терапии запоров у детей – коррекция образа жизни, регулирование питания, лекарственные препараты.*

**Ключевые слова:** дети, запор, лечение.

**S.Y. VOLGINA, A.V. SHAKHTARIN**

## Modern views at treatment of constipation at children

*In clinical lecture for doctors-pediatricists modern principles of therapy of constipation at children - correction style of life, regulation of nutrition, medical products are presented.*

**Keywords:** children, constipation, treatment.

В последние годы в педиатрической практике резко увеличилось число детей, страдающих хроническими запорами. Обстипация представляет собой важную медико-социальную проблему во всех странах мира, прежде всего из-за широкой распространенности, снижения социальной активности и качества жизни больного. Несмотря на это врачи-педиатры зачастую не знают современных методов обследования, затрудняются в тактике лечения детей с хроническим колостазом.

Комплексное лечение и реабилитация детей с запорами включает в себя коррекцию режимных мероприятий, питания, применение слабительных средств, витаминотерапии, препаратов метаболитного действия («Лимонтар», «Глицин», «Элькар», липоевая кислота), прокинетики (при гипомоторных запорах), спазмолитиков (при спастических запорах), назначение желчегонных, ферментных препаратов, энкефалинов, фитотерапии, проведение коррекции дисбиоза кишечника, физиолечения, ЛФК, массажа (передней брюшной стенки) (классического, рефлексорного, точечного) или криомассажа живота, иглорефлексотерапии, санаторно-курортное лечение. Терапия должна подбираться индивидуально, исходя из вида дискинезии толстой кишки: гипо- или гипермоторной.

**Большое внимание обращается на выработку у ребенка соответствующих поведенческих навыков и стереотипов:**

- выработка 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.

**Согласно рекомендациям Американской академии педиатрии, лечение должно состоять из следующих этапов:**

- Образование детей и родителей: разъяснение патогенетических причин возникновения запоров и методов лечения, поднятие самооужения ребенка.
- Очистка толстой кишки: устранение каловых завалов путем механического очищения и назначения слабительных.
- Поддерживающая терапия состоит из диеты, выработки рефлекса на дефекацию, приема лекарственных средств, динамического наблюдения.
- Изменение образа жизни необходимо для детей, которые малоподвижны. У них чаще развивается атонический запор, поэтому им надо больше двигаться, заниматься физкультурой и спортом, ограничивать время, проводимое за компьютером и телевизором.



### Коррекция питания

При лечении запоров у детей большое значение придается правильному сбалансированному питанию.

Для детей грудного возраста важно как можно дольше сохранять естественное вскармливание. Необходимо проанализировать характер питьевого режима и питание кормящей матери, особенно если у нее имеет место задержка стула. Следует исключить из ее рациона продукты:

- способствующие повышенному газообразованию (бобовые, белокочанная капуста, помидоры, грибы, черный хлеб, виноград, яблоки, груши);
- снижающие моторную функцию толстой кишки (содержащие танин — черника, крепкий чай, какао; богатые жирными маслами — репа, редька, лук и чеснок; манная и рисовая каша, слизистые супы и кисели).

В рацион питания кормящей матери необходимо вводить продукты, стимулирующие моторику кишечника — кисломолочные продукты, продукты с высоким содержанием пищевых волокон, соблюдая питьевой режим.

Запоры у детей первых месяцев жизни могут быть проявлением гастроинтестинальной формы пищевой аллергии. При этом из рациона питания матери исключаются продукты с высоким аллергическим потенциалом — цельное коровье молоко, рыба, орехи.

Функциональные запоры у детей, получающих естественное вскармливание, не являются показанием для перевода ребенка на смешанное или искусственное вскармливание, поскольку это может лишь усугубить проблему.

При недостатке или отсутствии молока у матери лучше использовать адаптированные молочные смеси. Необходимо провести коррекцию режима питания ребенка, уточнить объем получаемой смеси для исключения перекорма.

При склонности к запору можно использовать специальные смеси, содержащие лактулозу, продукты питания на основе клейковины бобов рожкового дерева, пре- или пробиотики, обогащенные олигосахаридами.

Оптимальный суточный объем как при смешанном, так и при искусственном вскармливании подбирается индивидуально, начиная с замены половины одного кормления в первый день и полного кормления во 2-й, с последующим ежедневным равномерным увеличением до момента достижения регулярности стула. Если запор сохраняется, то ребенок полностью переводится на лечебную смесь. При нормализации стула обходятся поддерживающей дозой (обычно 2-3 кормления в сутки).

Первыми продуктами прикорма должны быть продукты с высоким содержанием пищевых волокон — фруктовые соки с мякотью, фруктовое пюре, затем овощное пюре, которое следует назначать не ранее 4-5-месячного возраста, причем предпочтительнее использовать монокомпонентное блюдо. В качестве зернового прикорма использовать гречневую, кукурузную каши. При отсутствии эффекта от проводимой диетической терапии ее необходимо сочетать с медикаментозной терапией препаратами лактулозы. Очень важно употребление достаточного количества жидкости.

Как основа диетической коррекции предлагается стол № 3. Рекомендуются: продукты, содержащие клетчатку и пищевые волокна в достаточном количестве: свежие фрукты и овощи, салаты, винегреты, рассыпчатые каши (особенно кукурузную, овсяную), овощные супы, мясо, растительное масло, кисломолочные продукты (кефир), варенье, мед и др. Хороший лечебный эффект достигается при использовании молочных продуктов с биокультурами, благоприятно влияющих на микрофлору кишечника. Полезно давать слабо концентрированные отвары из чернослива, кураги, сухофруктов, ягодные морсы.

Не рекомендуются: крепкие бульоны, грибы, жирные и острые блюда, бобовые, репа, редис, редька свежая, выпечка, лук, чеснок, молоко, лимонад, шоколад и др. Ограничивается легкоусвояемая, рафинированная пища.

Крайне важно употребление пищевых волокон в дозе, равной возрасту в годах + 5 (в граммах). Всемирная организация здравоохранения определила рекомендуемую дозу потребления пищевых волокон — не менее 30 г в сутки, Департамент по питанию и пище при академии наук США — 25-38 г.

Пищевые волокна подразделяются на две большие группы: растворимые и нерастворимые. Среди нерастворимых пищевых волокон при производстве продуктов питания наиболее широко применяется целлюлоза — в качестве эмульгатора и как добавка, препятствующая слеживанию и комкованию. Целлюлозу применяют в производстве хлебобулочных изделий, замороженных полуфабрикатов, экструдированных продуктов и макаронных изделий и т.д. К растворимым пищевым волокнам относятся полисахариды растений (пектины, инулин, камеди и слизи и др.), морских водорослей (альгинаты, каррагинаны и агароиды) или микробного происхождения (камеди).

При гипермоторных запорах назначают слабоминерализованные щелочные минеральные воды («Ессентуки-4», «Славяновская», «Смирновская» и др.) в негазированном теплом виде.

При гипомоторных запорах применяют воды высокой минерализации («Ессентуки-17») в холодном виде. Минеральную воду назначают 2-3 раза в день за 40 минут до еды из расчета 3-5 мл на кг массы тела на прием.

Медикаментозная терапия включает в себя применение слабительных средств, спазмолитиков, регуляторов моторики ЖКТ, пре- и пробиотиков, желчегонных, ферментных препаратов.

### Слабительные средства

Слабительные средства классифицируются по механизму действия:

1. Увеличивающие объем кишечного содержимого, или гидрофильные вещества (клетчатка пшеницы, отруби, семена подорожника, семя льна, метилцеллюлоза, целлюлоза, морская капуста, агар-агар), и размягчающие каловые массы (минеральное масло).

2. Осмотические слабительные

- слабоабсорбируемые ионы (магния сульфат, магния карбонат, гидроксид магния, фосфат натрия, сульфат натрия);
- многоатомные спирты (сорбитол, маннитол, глицерол);
- полиэтиленгликоли (форлак, фортранс, транзипег).

3. Слабоабсорбируемые ди- и полисахариды (имеют свойства пребиотиков):

- лактулоза (также имеет свойство осмотического слабительного);
- олигосахариды (эффективны в больших дозах).

4. Средства, усиливающие секрецию или непосредственно влияющие на эпителиальные, нервные или гладкомышечные клетки (раздражающие или контактные слабительные):

- поверхностно активные вещества;
- желчные кислоты;
- дериваты дифенилметана (фенолфталеин, бисакодил, алоэ, пикосульфат натрия);
- рицинолевая кислота (касторовое масло);
- антрахиноны (лист сенны, кора крушины, корень ревеня).

Наиболее часто используемые слабительные средства в педиатрии представлены в таблице 1.

**Слабительные средства также различают по точкам приложения:**

— действующие на уровне тонкой кишки, поэтому слабительный эффект наступает через 4-5 часов (масла, солевые слабительные);

— действующие на уровне толстой кишки. Эффект проявляется через 8-12 часов (производные антрахинона, дифенилметана);

— контактные средства: клизмы, свечи. Действуют в прямой кишке. Эффект наступает через 10-20 минут. В этой группе следует отметить раствор для ректального введения (микрোকлизма) — микролакс.

#### **Напомним правила назначения слабительных детям:**

● Избегать длительного приема слабительных препаратов (возможны побочные эффекты — неконтролируемая диарея, обезвоживание, формирование органической патологии толстой кишки).

● Необходим подбор индивидуальных доз слабительных препаратов.

● Избегать одновременного назначения слабительных средств, действующих на разных уровнях кишечника.

● При необходимости длительного применения предпочтительнее препараты, не вызывающие привыкания и болей в животе (лактолоза, отруби, морская капуста, кафиол и т.д.).

#### **Абсолютными противопоказаниями к назначению слабительных считаются:**

- абдоминальный болевой синдром неясной этиологии;
- состояние «острого живота»;
- угроза желудочно-кишечного кровотечения, подозрение на occultную (скрытую) кровопотерю;
- явления перитонита;
- острый токсический и нетоксический мегаколон;
- паралитическая кишечная непроходимость.

Важно помнить, что частое и бесконтрольное применение слабительных средств может привести к значительной потере минеральных солей, поэтому у детей с запорами применяют витаминно-минеральные комплексы.

При гипомоторной дискинезии кишечника в комплекс терапии добавляют прокинетики — метоклопрамид («Церукал»), домперидон («Мотилиум»).

При спастических запорах целесообразно назначение миотропных (мебеверин = дюспаталин, папаверин, дротаверин, но-шпа) и селективных холинолитических (гиосцина бутилбромид =бускопан) спазмолитиков. Для бускопана характерно быстрое спазмолитическое действие (через 20-30 минут после приема внутрь) и длительное сохранение эффекта (2-6 часов). Его назначают детям старше 6 лет по 1-2 таблетке (10-20 мг) 3 раза в день или по 1-2 ректальному суппозиторию (10-20 мг) 3 раза в сутки сроком на 2-3 недели.

Назначение желчегонных препаратов оправдано при запоре практически любого происхождения. Курс лечения — 3 недели.

Хороший эффект в комплексной терапии функциональных расстройств пищеварения достигается при применении желчегонных препаратов. Курс терапии составляет 2-4 недели.

Основанием для назначения ферментных препаратов являются изменения в копрограмме, отражающие нарушения полостного пищеварения. Курс лечения — 2 недели.

При условно-рефлекторных, психогенных запорах и синдроме раздраженной толстой кишки с преобладанием запоров рекомендуется использовать «Дебридат» — представитель энкефалинов. Регулировка моторной активности пищеварительного тракта зависит главным образом от нервной системы кишечника, представляющей собой межпарияльные сплетения, распространяющиеся вдоль всего пищеварительного

тракта. Энкефалины действуют на специфические рецепторы, стимулируя или ингибируя перистальтическую активность, поэтому их можно использовать как при гипер-, так и при гипокинетических нарушениях всех отделов пищеварительного тракта, причем в большей степени в кишечнике. Выпускается в виде таблеток по 100 мг и суспензии по 250 мл. Детям в возрасте от года до 15 лет назначается по 1 ч.л. на 5 кг веса в сутки на 2-3 приема.

Пре- и пробиотики способствуют нормализации микрофлоры кишечника. В настоящее время опубликовано немало критических статей, касающихся эффективности пробиотиков и целесообразности их назначения. Советуем в данном вопросе полагаться на собственный опыт.

На сегодняшний день в назначении комплексной терапии не потеряли своего значения и очистительные клизмы (1% раствор NaCl 37-39°C), которые используются для механического очищения дистального отдела, декомпрессии толстой кишки. Объем используемой жидкости подбирают индивидуально. Он должен соответствовать величине необходимой для возбуждения позыва на дефекацию. При плотных каловых массах очистительные клизмы малоэффективны, лучше использовать сложные клизмы. При воспалительных изменениях в слизистой оболочке можно применять очистительные клизмы с растительным маслом (1 ст.л. на 200 мл). При их неэффективности используются гипертонические клизмы (10% раствор NaCl 37-39°C).

При каловых завалах следует назначить сифонные клизмы (1% раствор NaCl, объем 3-10 л). Эта процедура является очень ответственной, может привести к тяжелой водной интоксикации и поэтому должна выполняться только врачом, ведущим точный учет количества вводимой и выделенной жидкости.

Одним из эффективных методов лечения является метод биологической обратной связи (биофидбэк-терапия). С помощью этого метода лечения восстанавливаются условно-рефлекторные связи, которые были нарушены длительным течением тяжелых форм запоров, иногда сочетающихся с энкопрезом.

Для восстановления нарушенных взаимосвязей прямой кишки и ее запирательного аппарата, при недержании кала используется электростимуляция анального сфинктера и мышц тазового дна. Иглорефлексотерапия используется для коррекции вегетативных дисфункций и двигательных нарушений толстой кишки. Применяются методы классической корпоральной акупунктуры (детям старшего возраста), цуботерапии и поверхностная иглотерапия (пациентам дошкольного возраста), аурикулотерапия. Процедуры проводятся ежедневно (10 процедур) одним или двумя курсами.

Существует множество рецептов фитотерапии при запоре у детей.

#### **Программная установка по лечению детей с гипотоническими запорами:**

- диета с высоким содержанием пищевых волокон;
- пребиотики с послабляющим эффектом (лактолоза);
- препараты, обладающие осмотическими свойствами («Форлак» и другие);
- препараты, увеличивающие объем каловых масс (гидрофильные): препараты с пищевыми волокнами;
- антихолинэстеразные препараты: дистигмина бромид — перорально коротким курсом;
- коррекция вторичных дисбиотических нарушений;
- «тренирующие» термодинамические клизмы;
- стимуляция перистальтики кишечника: электрофорез с кальцием, антихолинэстеразными препаратами (неостигмина метилсульфат, дистигмина бромид), диадинамические токи,



**Таблица 1.**  
**Слабительные средства**

Слабительное	Дозы препарата
Макрогол 4000 (Фолакс)	4 мг 1-2 раза в день Устранение каловой пробки 1-3 г/кг/день Поддерживающая терапия с 6 месяцев до 15 лет 0,5 г/кг/день
Магнезия	1-3 мл/кг/день per os
Лактулоза (дюфалак)	1-3 мл/кг/день per os (5-30 мл 1-2 раза в сутки натощак) Начальная доза детей до года составляет 10 мл, поддерживающая – 5 мл 1-6 лет – 15 и 10 мл 7-14 лет – 25-30 и 20 мл
Сорбитол	1-3 мл/кг/день per os
Минеральное масло	Для детей старше года 1-3 мл/кг/день
Препараты сены (Senokot, Aloe Vera)	2-5 лет 2,5-5 мл на прием Старше 5 лет 5-10 мл на прием
Бисакодил (Dulcolax)	6-12 лет по 1 табл. (5мг) на прием на ночь или за 30 минут до еды Старше 12 лет – по 1-2 табл. на прием 6-10 лет по ½ суппозитория Старше 10 лет – по 1 суппозиторию
Натрия пикосульфат (Гутталакс)	4-10 лет – 5-10 капль вечером Старше 10 лет 10-20 капль вечером (действие препарата наступает через 10-12 часов)

амплипульс-терапия, массаж, электростимуляция толстой кишки, рефлексотерапия.

**Программная установка по лечению детей с гипертоническими запорами:**

- ограничение продуктов с большим содержанием клетчатки (в рацион вводят яйца, соки, мясо);
- успокаивающие процедуры (теплые ванны, теплый душ);
- при наличии симптомов каловой интоксикации — очистительные клизмы;
- назначают препараты со спазмолитическим эффектом: селективные блокаторы натриевых каналов гладкой мускулатуры кишечника — «кишечные модуляторы»: мебеверин — 1 капсула 2 раза в день до еды в течение 2 недель; миотропные: дротаверин, папаверин; холиолитики (гиосцин – N-бутилбромид);
- проводится коррекция дисбиоза кишечника.

**Программа лечения функциональных запоров у детей раннего возраста, находящихся на искусственном вскармливании:**

- диета матери с исключением газообразующих продуктов;
- нормализация моторики кишечника у матери;
- водный режим (до 100 мл/сут.) после введения прикорма;
- коррекция дисбиоза кишечника (про- и пребиотики);
- признаки ГЭИ у ребенка: консультация невролога, ноотропы, сосудистые препараты, ЛФК, массаж;
- стеаторея I типа: высокоактивные ферменты в дозе 1000 Ед липазы/кг/сут.;

- рахит: витамин D в лечебной дозе;
- очистительная клизма («скорая» помощь);
- механическая стимуляция дефекации (газоотводная трубка, глицериновые свечи);
- симптоматическая терапия – Симетикон, укропная вода, чай с ромашкой, фенхелем;
- лактулоза;
- прокинетики.

Программа лечения функциональных запоров у детей, находящихся на искусственном вскармливании, предусматривает целесообразное использование специальных лечебных смесей, содержащих пищевые волокна или пребиотик лактулозу, современные адаптированные кисломолочные смеси.

Важная роль в лечении хронических запоров у детей отводится санаторно-курортному лечению.

**Показания для госпитализации**

Больные хроническим запором в основном лечатся амбулаторно. Показаниями к стационарному лечению являются необходимость обследования для уточнения диагноза, проведение хирургического лечения по поводу основной патологии, при вторичном характере запора (болезнь Гиршпрунга, большое ректоцеле и пр.).

Больным с неудовлетворительными результатами консервативной терапии показано выполнение биопсии стенки толстой кишки. Диагностика необратимых изменений нервных сплетений стенки толстой кишки является показанием к хирургическому лечению.