

Н.Л. ПАХОМОВСКАЯ, А.С. ПОТАПОВ, ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН, Москва

РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ ПРИ НАРУШЕНИИ МОТОРИКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Одной из наиболее распространенных патологий желудочно-кишечного тракта в детском возрасте являются запоры. Адекватная терапия, которую следует назначать как можно раньше, может значительно улучшить прогноз заболевания. К медикаментозным методам коррекции запоров относят назначение слабительных средств, прокинетики, препаратов для коррекции дисбиоза, метаболитную терапию. Профилактические мероприятия должны включать сбалансированное питание и достаточное количество жидкости, а двигательная активность и воспитание у детей позывов на дефекацию позволяют значительно снизить риск развития запоров в детском возрасте.

Ключевые слова: моторика толстой кишки, хронические запоры, терапия, слабительные средства

Запоры являются одной из наиболее распространенных патологий желудочно-кишечного тракта в детском возрасте. Точные статистические данные о частоте запоров у детей отсутствуют. Это связано с недостаточной медицинской культурой населения, отсутствием единых критериев нормальной частоты стула у детей разных возрастных групп. Считается, что запорами страдают 10–25% детского населения, у детей дошкольного возраста запоры диагностируются в 3 раза чаще [3]. Американская академия педиатрии отмечает, что у 95% детей с запорами не выявляется органическая патология толстого кишечника. В то же время среди детей с тяжелой задержкой психомоторного развития и пациентов с детским церебральным параличом запоры отмечаются у 50 и 74% пациентов соответственно [4].

Диагностика и успешная терапия хронических запоров затруднены отсутствием единых представлений о патогенезе, классификации и лечении. Взгляды на запоры менялись по мере совершенствования методов исследования моторики толстой кишки, однако, несмотря на очевидный прогресс, достигнутый в этой области, необходимо признать, что наши знания о ее функциях, регуляции, взаимодействии с другими органами остаются недостаточными [5].

По мнению большинства авторов, запор – нарушение функции кишечника, проявляющееся увеличением интервала между дефекациями (по сравнению с индивидуальной нормой) или систематическим недостаточным опорожнением кишечника. В педиатрии наиболее часто врачу приходится иметь дело с *функциональными запорами*, представляющими собой функциональное расстройство толстого кишечника, проявляющееся периодически трудной, нечастой или неполной дефекацией. Термин «функциональный запор» относится ко всем детям, у которых запор не имеет органической причины.

В отличие от взрослых, у которых в первую очередь учитывают длительность акта дефекации, у детей основное значение придается увеличению интервалов между дефекациями. В разном возрасте частота стула у детей различна.

В физиологических условиях частота стула может варьироваться в зависимости от характера питания, количества употребляемой жидкости, социальных условий, характерологических особенностей ребенка (стеснительности, суетливости, скрытности) и ряда других обстоятельств. Здоровый новорожденный на грудном вскармливании может иметь стул до 6 раз в сутки в соответствии с количеством кормлений. Постепенно кратность стула уменьшается, а консистенция кала уплотняется, и к 4–6 месяцам (периоду введения прикорма) дефекация должна быть не менее 2 раз в день. У детей, находящихся на искусственном вскармливании, нормальным считается стул 1 раз в день, но в определенное время. Для более старшего возраста нормальными колебаниями частоты дефекаций считаются от 3 раз в день до 3 раз в неделю. Исходя из этих представлений, о запоре у детей до 3 лет можно говорить при частоте стула реже 6 раз в неделю, для детей старше 3 лет – реже 3 раз в неделю [6]. Практический врач может использовать следующий критерий запора у детей старше 3 лет – отсутствие самостоятельного стула в течение 36 часов, т. е. нормальная частота стула должна составлять не менее 6 раз за 7 дней [7].

Кроме того, запором считают те случаи, когда у ребенка отмечается болезненная дефекация плотным по консистенции калом при частоте стула, соответствующей возрастной норме [8]. Недостаточное опорожнение кишечника, отмечающееся в течение длительного времени, также считается одним из важных симптомов хронического запора у детей. Плотные каловые массы, большой объем, фрагментированный, или овечий, кал затрудняют и удлинляют акт дефекации.

Факторы риска развития запоров у детей очень разнообразны. В первую очередь необходимо отметить отягощенный по гастроэнтерологической патологии семейный анамнез. При наличии у родителей хронических запоров частота

их развития у детей составляет 52% [9]. Патологическое течение беременности и родов может приводить к гипотоническим состояниям кишечника у детей и, как следствие, к запорам.

Переход на смешанное или искусственное вскармливание, смена смеси способствуют развитию запоров. Недостаточное потребление воды детьми, находящимися на грудном вскармливании, часто приводит к изменению консистенции стула и уменьшению частоты дефекации. Кроме того, у грудных детей характер стула часто определяется наличием интеркуррентных заболеваний, осложненным перинатальным анамнезом. В связи с этим посещение врача по поводу запоров, как правило, запаздывает на 3–4 месяца от появления первых тревожных симптомов. Взаимосвязь между запорами и алиментарными факторами, ведущими к их возникновению, не всегда очевидна. Нередко причиной запоров у детей первого года жизни бывает высокое содержание железа в заменителях грудного молока, избыточное накопление некоторых микроэлементов или их недостаточность, например калия, магния, кальция, цинка. Такие запоры долгое время могут протекать субклинически.

В возрасте 2–4 лет у детей нередко возникает дискоординация моторики прямой кишки и сфинктерного аппарата, в результате происходит уплотнение каловых масс, травматизация слизистой прямой кишки, возникают боли при дефекации и страх перед ней, усугубляются невротические нарушения. В развитии запоров у детей немаловажную роль играет отсутствие или задержка формирования рефлекса на дефекацию (условно-рефлекторные или психогенные запоры). Подобные нарушения наиболее часто отмечаются у стеснительных детей в период адаптации к новым условиям (детский сад, школа). В более старшем возрасте среди причин, приводящих к запорам, наиболее часто отмечаются нарушение режима и характера питания, гиподинамия, кишечные инфекции, сопутствующие заболевания. Причиной обращения к врачам детей школьного возраста часто служат осложнения запоров – энкопрез, каломазание и проблемы психологической и социальной дезадаптации, связанные с ними. Развитие хронических запоров возможно при назначении нестероидных противовоспалительных и антацидных средств, препаратов висмута, мочегонных средств, сорбентов [10]. К развитию запора у детей приводит не один, а целый ряд факторов, т. е. запоры являются полиэтиологическим заболеванием.

При обследовании детей с жалобами на отсутствие стула в первую очередь необходимо исключить органические поражения толстой кишки: мегаректум, мегадолихосигму, аноректальные атрезии и стенозы, аномалии развития интрамуральной нервной системы толстой кишки (болезнь Гиршпрунга). Эта категория больных требует, как правило, хирургического вмешательства. Однако запоры, вызванные долихосигмой, которая может быть чрезвычайно подвижной и встречается у 15% здоровых детей, корректируются в основном терапевтическим путем [11]. Значительно чаще у пациентов всех возрастных групп запоры носят функциональный характер.

До настоящего времени нет общепринятой классификации запоров у детей. Наиболее распространенной является классификация А.И. Лёнюшкина, которая более полно учитывает причины запоров и специфику детского возраста.

По *этиопатогенетическому признаку* выделяются следующие типы хронических запоров:

- алиментарные, возникающие при нарушении пищевого режима, неполноценном питании, недостаточном потреблении жидкости и витаминов группы В;
- дискинетические — гипотонические и гипертонические (спастические), в основе которых лежит нарушение моторики толстой кишки;
- органические, возникающие при наличии пороков развития спинного мозга, болезни Гиршпрунга, долихосигме, пресакральных опухолях, рубцах в области заднего прохода и аноректальной зоны;
- условно-рефлекторные, развивающиеся при систематическом подавлении позыва на дефекацию, нервно-психогенных причинах, стрессах. Развитие рефлекторного типа запоров возможно при парапроктитах, трещинах заднего прохода;
- интоксикационные, встречающиеся при острых или хронических интоксикациях ядовитыми веществами, а также медикаментами [12].

■ В педиатрии наиболее часто врачу приходится иметь дело с функциональными запорами, представляющими собой функциональное расстройство толстого кишечника, проявляющееся периодически трудной, нечастой или неполной дефекацией.

Течение запоров можно разделить на 3 стадии: *компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную*, требующие соответствующей тактики лечения. При *компенсированной стадии* запора частота стула составляет 1 раз в 2–3 дня, стул, как правило, самостоятельный, но с чувством неполного опорожнения кишечника и метеоризмом, позывы на дефекацию сохранены, запор корректируется диетой. *Субкомпенсированная стадия* характеризуется частотой стула 1 раз в 3–7 дней, дефекация провоцируется приемом слабительных или постановкой очистительной клизмы; возможно вздутие и боли в животе. *Декомпенсированная стадия* – запор более 7–10 дней; отсутствуют позывы на дефекацию; характерно вздутие и боли в животе, каловая интоксикация; запор устраняется только после сифонной клизмы. Существует прямая зависимость тяжести течения заболевания и развития структурно-функциональных изменений в толстой кишке от длительности существования дисфункции, которая в конечном итоге может привести к тяжелым последствиям, переходящим порой в грубую органическую патологию в виде структурных изменений стенки дистальных

отделов толстой кишки. При этом ряд авторов считают, что у детей даже склеротические изменения могут оказаться обратимыми [12].

В норме позыв к дефекации возникает регулярно утром вследствие ортостатического влияния, после вставания с постели или вскоре после завтрака под влиянием гастроцекального рефлекса. Начало приема пищи является наиболее сильным фактором, стимулирующим моторную деятельность толстого кишечника. Интенсивность раздражения зависит от количества химуса, фекалий, находящихся в просвете толстой кишки, что определяется характером съеденной пищи [13].

Механизм условно-рефлекторных, или сдерживающих, запоров у детей дошкольного или школьного возраста связан напрямую с нарушениями акта дефекации. При смене места жительства, детского сада или школы, неудобном туалете ребенок сдерживает позыв на дефекацию, что приводит к переполнению прямой кишки, увеличению объема и уплотнению каловых масс, следствием чего является перерастяжение ануса во время акта дефекации, появление линейных трещин, сопровождающихся сильным болевым синдромом. В сознании ребенка закрепляется ощущение боли при акте дефекации, и он сознательно перестает ходить в туалет. Постепенно развивается длительная задержка стула, увеличение просвета кишечника, снижение рецепторной чувствительности. Постоянное напряжение мышц тазового дна приводит к их гипотонии и последующему развитию недержания кала.

■ Основными жалобами при хронических запорах являются редкий стул или его отсутствие, чувство неполного опорожнения кишечника, изменение консистенции стула, боль в животе, метеоризм, вздутие живота, энкопрез, болезненная дефекация, примесь крови в стуле.

Основными жалобами при хронических запорах являются редкий стул или его отсутствие, чувство неполного опорожнения кишечника, изменение консистенции стула, боль в животе, метеоризм, вздутие живота, энкопрез, болезненная дефекация, примесь крови в стуле. Первые три признака присутствуют практически у всех детей с запорами. Боль в животе не является специфическим симптомом хронического запора и отмечается приблизительно в половине случаев. Болезненная дефекация обычно является следствием прохождения твердых каловых масс большого диаметра, что приводит к образованию трещин слизистой анального канала. Кровь в стуле, которая отмечается в этих случаях, обычно бывает в небольшом количестве, алого цвета и располагается на поверхности каловых масс в виде прожилок. Энкопрез, или каломазание, – один из важных симптомов хронического запора, свидетельствующий о развитии

декомпенсации. Появлению энкопреза обычно предшествует длительная задержка каловых масс, что дало основание А.И. Лёнюшкину ввести термин «парадоксальное недержание кала» [12]. При достаточном опорожнении кишечника недержание кала прекращается на 2–3 дня, а затем появляется вновь. Помимо этих симптомов, у детей с хроническими, длительно протекающими запорами отмечаются внекишечные проявления: общая слабость, вялость, головная боль, быстрая утомляемость. Все эти жалобы можно считать проявлениями каловой интоксикации, которая отмечается в 70–80% случаев.

Клиническое обследование детей с запорами должно быть комплексным. В первую очередь необходим детальный сбор анамнеза с уточнением времени начала и динамики заболевания, характеристики частоты и консистенции стула. Необходимо выяснить, бывает ли у ребенка кровь в стуле, болезненная дефекация, энкопрез. При осмотре обращают внимание на вздутие живота, в сигмовидной кишке иногда можно пальпировать каловые камни. Обязателен осмотр крестцовой области: недостаточное расстояние между крыльями подвздошной кости, недоразвитие ягодичных мышц могут указывать на порок развития спинного мозга и поясничного столба. Осмотр промежности позволяет исключить атрезию ануса, пороки развития мочеполовой системы.

Всем детям с хроническими запорами необходимо проводить пальцевое исследование. При этом определяют состояние ампулы прямой кишки, силу сфинктерного аппарата, наличие зияния после извлечения пальца. Уже на этой стадии обследования проводится дифференциальный диагноз с болезнью Гиршпрунга, поражениями спинного мозга, стенозами ануса и другими органическими пороками развития.

Одним из самых информативных методов остается ирригография, при помощи которой определяется диаметр толстой кишки, наличие цекоилеального рефлюкса, состояние контуров и гаустр. Наличие суженной зоны в дистальном, ректосигмоидном отделах толстой кишки, воронкообразно переходящей в супрастенотическое расширение, позволяет диагностировать болезнь Гиршпрунга. Расширение диаметра кишки, сглаживание гаустр свидетельствуют в пользу запоров атонического типа. Усиление гаустрации и повышение тонуса прямой и сигмовидной кишок выявляются при спастических запорах.

С целью выявления источника кровотечения при наличии крови в стуле и оценки состояния слизистой кишечника проводится эндоскопическое исследование. При проведении колоноскопии и ректоскопии с целью исключения болезни Гиршпрунга показана биопсия для определения тканевой ацетилхолинэстеразы. Выявить нарушения функции аноректальной зоны позволяет манометрия.

Лечение детей с запорами требует от врача индивидуального подхода в каждом конкретном случае. При недавно возникших запорах для достижения положительного эффекта достаточно изменить характер питания. Увеличение объема потребляемой жидкости, изменение образа жизни с увеличением физической нагрузки в большинстве случаев приводят

к нормализации стула и улучшению качества жизни. Главным условием успешного лечения запора у детей является регуляция консистенции кишечного содержимого и скорости транзита его по толстой кишке, поэтому в питание необходимо включить пищевые волокна, фрукты и овощи. Правильное питание и питьевой режим необходимы и матери, если ребенок находится на грудном вскармливании. Грудным детям необходимо ввести в рацион фруктовое пюре: яблочное, абрикосовое, персиковое, пюре из чернослива, а также обеспечить достаточный прием жидкости. При непереносимости молока необходим перевод ребенка на искусственное вскармливание.

У детей старше 1 года возможно добавление в пищу пшеничных отрубей, необходимо также изменить рацион питания в сторону увеличения количества потребляемой гидрофильной клетчатки и жидкости [14, 15]. В рацион следует добавить кабачки, тыкву, патиссоны в термически обработанном виде, а также растительное масло с целью достижения холекинетики эффекта, т. к. известно, что желчь является лучшим естественным прокинетики, а пектин, содержащийся в яблоках, бананах, персиках, ягодах, кроме увеличения объема каловых масс, обеспечивает нормализацию микробного пейзажа.

Немаловажную роль в лечении хронических запоров у детей играет формирование устойчивого рефлекса на дефекацию. Акт дефекации должен проводиться в комфортных условиях в физиологичном положении с обязательной оп-

рой для ног. Следует рекомендовать родителям вести дневник дефекации, в течение хотя бы 2 недель по дням отмечая время дефекации, характер и объем каловых масс.

■ Главным условием успешного лечения запора у детей является регуляция консистенции кишечного содержимого и скорости транзита его по толстой кишке, поэтому в питание необходимо включить пищевые волокна, фрукты и овощи. Правильное питание и питьевой режим необходимы и матери, если ребенок находится на грудном вскармливании.

Дети, которые долго страдают запорами и/или имеют энкопрез, нуждаются в длительном систематическом лечении. Кроме диетотерапии, в этих случаях показано назначение медикаментозных средств, очистительных гипертонических клизм, физиотерапии. Медикаментозная терапия включает назначение слабительных средств, прокинетики, препаратов для коррекции дисбиоза, метаболитную терапию.

Самолечение слабительными средствами, клизмы, свечи, стимуляция аноректальной области чаще не оказывают желаемого эффекта при отсутствии установленного диагноза, определения причины и механизмов запора. Как и

Дюфалак®
Лактулоза

- ▶ Мягко устраняет запор и восстанавливает нормальную работу кишечника
- ▶ Способствует росту собственной микрофлоры кишечника
- ▶ Может применяться у детей с первых дней жизни, а также у беременных и кормящих женщин

Дюфалак® — мягкое слабительное для взрослых и детей

Дюфалак® (Duphalac®)
МНН: лактулоза.
Регистрационный номер: П N011717/02
Лекарственная форма: сироп. **Фармакологические свойства:** оказывает гиперосмотическое слабительное действие, стимулирует перистальтику кишечника, улучшает всасывание фосфатов и солей Са 2+, способствует выведению ионов аммония. **Показания к применению:** запор; регуляция физиологического ритма опорожнения толстой кишки; размягчение стула в медицинских целях (геморрой, состояние после операции на толстой кишке и в области анального отверстия); печеночная энцефалопатия; лечение и профилактика печеночной комы или прекомы. **Противопоказания:** галактоземия; кишечная непроходимость; повышенная чувствительность к любому компоненту препарата. **С осторожностью:** непереносимость лактозы; пациенты с печеночной (пре)комой, страдающие сахарным диабетом; ректальные кровотечения недиагностированные; колостомы, илеостомы. **Применение при беременности и в период грудного вскармливания:** Дюфалак® можно назначать во время беременности и в период грудного вскармливания. **Способ применения и дозы:** препарат предназначен для приема внутрь. Необходимо сразу проглотить принятую однократную дозу, не задерживая во рту. Все дозировки должны подбираться индивидуально. В случае назначения однократной суточной дозы, ее необходимо принимать в одно и то же время, например, во время завтрака. Дозировка при лечении запора или для размягчения стула в медицинских целях: суточную дозу лактулозы можно принимать однократно, либо разделив ее на две, используя мерный стаканчик. Начальная доза может быть скорректирована до поддерживающей дозы в зависимости от реакции на прием препарата. **Взрослые и подростки:** начальная доза — 15-45 мл, поддерживающая — 15-30 мл; дети 7-14 лет: начальная доза — 15 мл, поддерживающая — 10-15 мл; дети 1-6 лет: начальная и поддерживающая доза — 5-10 мл; дети до 1 года: начальная и поддерживающая доза — до 5 мл. Дозировка при лечении печеночной комы и прекомы: начальная доза 3-4 раза в день по 30-45 мл. Затем переходят на индивидуально подобранную поддерживающую дозу так, чтобы мягкий стул был максимально 2-3 раза в день. **Побочное действие:** в первые дни приема лактулозы возможно появление метеоризма. Как правило, он исчезает через несколько дней. Полная информация о побочных эффектах представлена в инструкции по применению. **Передозировка:** симптомы: при приеме очень высокой дозы возможны боль в животе и диарея. Лечение: прекращение приема препарата или уменьшение дозы и коррекция электролитного дисбаланса в случае большой потери жидкости вследствие диареи или рвоты. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами: исследование по взаимодействию с другими лекарственными препаратами не проводилось. **Особые указания:** лактулоза должна назначаться с осторожностью пациентам с непереносимостью лактозы. При лечении печеночной (пре)комы обычно назначают более высокие дозы препарата, и содержание в нем сахара должно учитываться в отношении пациентов с сахарным диабетом. Пациенты с редкими врожденными нарушениями, такими как непереносимость галактозы или фруктозы, дефицит лактазы лопарей (саамов) или мальабсорбция глюкозы-галактозы, не должны использовать данный лекарственный препарат. **Влияние на способность к управлению автомобилем и другими механизмами:** применение препарата Дюфалак® не влияет или оказывает незначительное влияние на способность к управлению автомобилем и механизмами. Полная информация по препарату представлена в инструкции по применению.
ИМП от 30.05.2012

ООО «Зембелт Лабораториз»
125171, Москва, Ленинградское шоссе, 16а, стр. 1, 6 этаж
Тел. +7 (495) 258 42 80; факс: +7 (495) 258 42 81

www.duphalac.ru
www.gastrosite.ru, www.abbot-russia.ru

Abbott
A Promise for Life

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. О ВОЗМОЖНЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

анальгетики, слабительные препараты наиболее часто приобретаются пациентами без предварительной консультации врача. Злоупотребление слабительными и незнание элементарных правил их назначения может приносить вред и чревато возникновением побочных реакций и осложнений.

Механизм послабляющего действия определяет показания к назначению того или иного лекарства. У детей существуют определенные ограничения и даже противопоказания к назначению слабительных средств. Например, введение в рацион большого количества балластных веществ (клетчатки) не всегда возможно в связи с тем, что они утоляют голод, уменьшая потребление основных нутриентов, вызывают повышение давления в кишках и метеоризм. Слабительные на основе сенны и крушины, бисакодил и фенолфталейн не должны длительно использоваться у детей, поскольку достоверно определены их мутагенные свойства и способность вызывать дегенеративные изменения в нервной системе толстой кишки. Метаболиты антрахинонов, попадая в энтерогепатическую циркуляцию, накапливаются в почках и очень медленно выводятся, вызывая повышенный риск развития карциномы мочевого тракта. В ряде стран (Канада, США, Италия) фенолфталейн, бисакодил, пикосульфат натрия сняты с производства с 1999 г.

■ **Лактулоза способствует восстановлению нормального состава микрофлоры кишечника не менее чем у 79% пациентов, а также создает неблагоприятные условия в кишечнике для ряда патогенных микроорганизмов, в т. ч. у больных с хроническим сальмонеллезом и избыточным ростом микробов рода *Clostridium*.**

Отличительной чертой терапии хронического запора в детской практике является длительность лечения, которая может исчисляться неделями с целью выработки правильного ритма дефекации. Поэтому столь важными представляются показатели токсичности используемых слабительных препаратов и оценка побочных реакций при их применении.

В настоящее время не зарегистрировано никаких данных о злоупотреблении лактулозой, хотя как слабительное у детей она стала применяться более 40 лет назад. Лактулоза (препарат Дюфалак) широко используется в педиатрической практике. Лактулоза не расщепляется в тонкой кишке, всасывается в малых количествах (0,2–2,8%) и в неизменном виде определяется в моче. Доля всасывания может быть несколько выше у больных с болезнью Крона или в том случае, если поражены или атрофированы ворсинки тонкой кишки. У детей, страдающих глютенной энтеропатией, усиления всасывания не наблюдается. В толстую кишку препарат поступает в практически неизменном виде, где в результате бактериального разложения распадается на короткоцепочечные

жирные кислоты, что приводит к нормализации микрофлоры, повышению осмотического давления в просвете кишки, увеличению общего объема биомассы, снижению pH в просвете толстой кишки. Стимуляция кишечной моторики обеспечивается за счет увеличения объема каловых масс и прямого действия на кишечную стенку [16].

Лактулоза способствует восстановлению нормального состава микрофлоры кишечника не менее чем у 79% пациентов, а также создает неблагоприятные условия в кишечнике для ряда патогенных микроорганизмов, в т. ч. у больных с хроническим сальмонеллезом и избыточным ростом микробов рода *Clostridium* [17]. Также имеет значение стимулирование лактулозой роста ацидофильной флоры, в результате чего угнетается размножение протеолитических бактерий и уменьшаются проявления каловой интоксикации у детей с хроническими запорами. Нормализация микрофлоры кишечника на фоне приема лактулозы открывает широкие возможности использования этого препарата в качестве пребиотика у детей с нарушениями баланса биоценоза желудочно-кишечного тракта. По данным литературы, благодаря пробиотическим и антагонистическим свойствам лактулозы по отношению к патогенной и условно-патогенной флоре у 75% детей раннего возраста отмечалось улучшение характера и консистенции стула, исчезновение патологических примесей (зелени, слизи), непереваренных комочков, не требовалось дополнительное назначение эубиотиков [16].

Увеличивая осмотическое давление в кишечнике примерно в 4 раза, лактулоза обладает менее выраженным осмотическим эффектом, чем неабсорбируемые соли, увеличивающие осмотическое давление в десятки раз. Это снижает потерю воды организмом, но позволяет уменьшить всасывание воды в толстой кишке. Так как лактулоза не расщепляется в тонкой кишке, ее применение не влияет на электролитный состав крови и не приводит к потере электролитов через желудочно-кишечный тракт. Эти два фактора имеют большое значение для новорожденных и грудных детей, которые склонны к развитию эксикоза. Также имеет значение стимулирование лактулозой роста ацидофильной флоры, в результате чего угнетается размножение протеолитических бактерий и уменьшаются проявления каловой интоксикации у детей с хроническими запорами [18].

Доза Дюфалака подбирается индивидуально и зависит от многих факторов, в т. ч. от возраста ребенка. У детей старше 1 года препарат обычно назначается 1 раз в сутки в первой половине дня. Рекомендуемая стартовая доза – 5 мл сиропа Дюфалак с последующим (при необходимости) увеличением дозы препарата до эффективно действующей, которая может колебаться от 5 (для детей до года) до 45 мл (для подростков старше 14 лет и взрослых). Длительность приема не ограничена, т. к. привыкания к нему не наблюдается. Противопоказаниями к назначению лактулозы являются галактоземия, непроходимость кишечника, индивидуальная непереносимость; относительными противопоказаниями служат лактазная недостаточность, острые воспалительные заболевания кишечника. Наиболее частым побоч-

ным эффектом слабительных препаратов являются боли в животе, возникающие в 20–45% случаев. При приеме лактулозы боли в животе возникают не более чем у 10% детей, носят временный характер, обусловлены рефлексными реакциями. Самостоятельно купируются и не требуют отмены препарата.

При использовании Дюфалака в лечении 58 детей на базе гастроэнтерологического отделения НЦЗД РАМН положительная динамика отмечалась на 2–5-е сутки при отсутствии побочных эффектов [19]. Из всех слабительных Дюфалак является препаратом выбора у детей, особенно в возрасте до 1 года, когда возможности диетической коррекции ограничены.

Как правило, в терапии хронического толстокишечного стаза неизбежна комбинация слабительных препаратов с желчегонными, спазмолитиками, седативными и местными (свечами, мазями) средствами.

Особое место в лечении запоров занимают клизмы. Вид клизмы и объем вводимой жидкости подбирают в каждом

случае индивидуально. При длительных запорах и каловой интоксикации применение клизм предпочтительно в течение 3–4 недель. Педиатры чаще сталкиваются с условно-рефлексными запорами, при которых можно ограничиться непродолжительным курсом (5–10 дней) и небольшими объемами жидкости. Основной подход при подборе количества воды для клизмы – определение ее минимального объема, при котором происходит дефекация. Также хороший эффект в лечении запоров дает применение физиотерапевтических методов лечения, криомассаж, ЛФК.

Таким образом, лечение запоров требует от педиатра знания патофизиологии кишечника и особенностей детского возраста. Адекватная терапия, которую следует назначать как можно раньше, может значительно улучшить прогноз заболелания. Профилактические мероприятия должны включать сбалансированное питание и достаточное количество жидкости, а двигательная активность и воспитание у детей позывов на дефекацию позволяют значительно снизить риск развития запоров в детском возрасте.



ЛИТЕРАТУРА

1. Felt B., Brown P., Coran A. et al. Functional constipation and soiling in children // Clin. Farm. Pract. — 2004; 6: 709–730.
2. Kamm M.A., Lennard-Jones J.E. Constipation. — Petersfield (UK), Bristol (USA), 1994. — 402 p.
3. Rubin G., Dale A. Chronic constipation children // BMJ. — 2006; 333: 1051–1055.
4. University of Michigan Medical Center. Idiopathic constipation and soiling in children. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 1997, p. 5 (4 references).
5. Мазурин А.В., Цветкова Л.Н., Филин В.А. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии // Педиатрия. — 2000. — №5. — С. 19–22.
6. Talley N.Y., Jones M., Nuyts G. et al. Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample. Am J Gastroenterol 2003; 98: 1107–11.
7. Захарова И.Н., Малова Н.Е., Колобашкина И.М. Запоры у детей // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т.13. — №1. — С. 56–64.
8. Детская гастроэнтерология. Избранные главы / под ред. Баранова А.А., Климанской Е.В., Римарчук Г.В. — М., 2002. — С. 499–530.
9. Алиева Э.И. Современные вопросы клиники, диагностики и лечения запоров у детей. Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — М., 1998. — С. 5–6.
10. American Medical Association: Drug evaluation annual, 1992.
11. Цветкова Л.Н. Профилактика и лечение запоров у детей // Вопр. соврем. педиатрии. — 2004. — №5. — С. 74–81.
12. Лёнюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста. — М.: Медицина, 1999. — 366 с.
13. Королев Р.А., Лёнюшкин А.И. О патогенезе хронического колостазы // Вопр. соврем. педиатрии. — 2003. — №2 (2). — С. 72–76.
14. Филин В.А., Алиева Э.И., Лукин В.В., Халиф И.Л. Хронические запоры у детей: пособие для врачей. — М., 2000. — С. 8–10.
15. Felt-Bersma R.J., Poen A.C., Cuesta M.A., Meuwissen S.G. Referral for anorectal function evaluation: therapeutic implications and reassurance // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 1999; 11 (3): 289–294.
16. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Зайденварг Г.Е., Малова Н.Е. Запоры у детей первых лет жизни // Вопр. совр. педиатрии. — 2004. — №3 (1). — С. 66–72.
17. Ewe K., Ueberschaer B., Press A.G. et al. Effect of lactose, lactulose and bisacodyl on gastrointestinal transit studied by metal detector // Aliment Pharmacol. Ther. 1995; 9 (1): 69–73.
18. Таболин В.А., Володин Н.Н., Гераскина В.П., Тихонов В.В. Применение Нормазе у недоношенных детей первого месяца жизни // Тезисы конференции «Применение препарата Нормазе в педиатрии». — М., 1992. — С. 34–36.
19. Цимбалова Е.Г., Потапов А.С., Баранов К.Н. Хронические запоры у детей // Вопр. совр. педиатрии. — 2002. — Т.1. — №6. — С. 56–61.