

М. Хусте, руководитель отделения педиатрической гастроэнтерологии Университетского госпиталя S. Joan,
г. Аликанте, Испания



Хронический функциональный запор

Функциональные запоры (ФЗ) очень часто встречаются в детском возрасте. ФЗ нередко беспокоят ребенка и родителей и являются распространенной причиной для медицинских консультаций. Значимость этой проблемы постоянно растет, поскольку доказано, что более чем у трети детей, страдающих запорами, это состояние встречается и во взрослом возрасте.

В последние годы были достигнуты значительные успехи в понимании этиологии этой патологии. ФЗ — это задержка или затруднение при прохождении стула продолжительностью две или более недель, вызывающие значительный дистресс у пациента.

Принято считать, что по истечении неонатального периода запоры являются функциональным состоянием, так как органические причины (системные или желудочно-кишечные нарушения) обнаруживаются только в 2% случаев.

Термин «идиопатический» применять не рекомендуется, поскольку патофизиология этого заболевания хорошо изучена, и использование этого термина может привести к назначению симптоматических слабительных средств, которые окажутся неэффективными.

Первопричиной ФЗ является намеренное воздержание ребенка от дефекации, несмотря на имеющиеся позывы. Болезненную дефекацию могут обуславливать многочисленные факторы: увеличение количества фекалий, изменения в диете, острые заболевания, отсутствие времени или соответствующих условий. Длительное удержание фекалий в терминальных отделах толстого кишечника приводит к реабсорбции жидкости и, следовательно, увеличению количества и плотности каловых масс. В результате пассаж затрудняется все больше, что становится причиной боли вследствие растяжения ануса. Это заставляет ребенка реагировать на сильный позыв, однако он сознательно сдерживает его, сокращая анальный сфинктер, напрягая ягодичные мышцы, принимая необычные позы, например перекрещивая ноги, в том числе закрываясь в туалете.

Если такая ситуация сохраняется, то количество фекальных масс увеличивается, они становятся твердыми. Кроме того, снижается чувствительность сфинктера к возрастающему давлению, вследствие чего возникает его недостаточность, что приводит к каломазанью.

Диагностика

Для правильной клинической оценки ФЗ в первую очередь необходимо изучить историю болезни. Это поможет выявить симптомы, подтверждающие природу запоров — функциональную или органическую. Существует два важных вопроса, на которые необходимо получить ответ: что родители и ребенок подразумевают под термином «запор» и что считают нормальной дефекацией, потому что иногда они не идентифицируют проблему и последняя обнаруживается при обращении к врачу по другим поводам.

Клиническое обследование должно быть полным. Важными аспектами являются наличие или отсутствие вздутия живота и выявление скоплений фекальных масс в нижней части живота. Осмотр должен включать выявление трещин, абсцессов, дерматита или свищей в анальной области;

необходимо определить степень смыкания ануса.

Вопросы, которые необходимо выяснить при сборе анамнеза

Время первого испражнения
Возраст, когда появились запоры
Частота, количество и консистенция стула
Изменение поведения, направленное на сдерживание позыва
Фекальные загрязнения
Боль и кровотечения при дефекации
Сопутствующие симптомы (боль в животе)
Анамнез жизни и болезни
Динамика заболевания
Какое лечение применялось

Пальцевое исследование, которое может провести детский гастроэнтеролог, позволяет оценить тонус заднего прохода и определить наличие короткого сфинктера и дистальную часть толстого кишечника, заполненную каловыми массами. На основании этих данных можно исключить болезнь Гиршпрунга, так как этому заболеванию свойственна пустая прямая кишка.

При отсутствии таких общих симптомов, как потеря веса и вздутие живота, а также специфических симптомов при физикальном обследовании можно диагностировать ФЗ. В лабораторных и визуализирующих исследованиях в данной ситуации необходимости нет, поскольку они не предоставят дополнительной информации. Аноректальная манометрия выполняется только в случае, если анамнез и жалобы, обследование и тяжелое состояние ребенка не позволяют исключить болезнь Гиршпрунга или другие состояния органической природы.

Клиническое ведение

Полное излечение от ФЗ подразумевает достижение дефекации с нормальными интервалами и полной эвакуацией при отсутствии болезненных симптомов. В первую очередь необходимо выяснить, при каких условиях произошло формирование проблемы. Причины возникновения ФЗ необходимо объяснять как родителям, так и ребенку, если он достаточно взрослый для этого. Это позволяет демистифицировать проблему, убрать негативные переживания (особенно при каломазанье) и сформировать позитивное отношение к лечению.

Перед проведением каких-либо лечебных мероприятий необходимо восстановить проходимость кишечника. Это можно сделать с помощью пероральных препаратов или ректальным способом, который является более инвазивным, но в то же время более эффективным. В некоторых случаях применяют комбинацию обоих методов. Для очистки терминальных отделов кишечника можно применять клизмы с физиологическим раствором или глицерином. Клизмы с фосфатами для длительного применения не рекомендуются из-за потенциальной токсичности. Если скопление каловых масс в кишечнике отсутствовало или его удалось устранить, назначается диета, проводится модификация образа

жизни, при необходимости используется медикаментозная терапия.

Диетологические вмешательства

Неоспоримым является тот факт, что дети с ФЗ в отличие от детей без ФЗ получают с питанием значительно меньше пищевых волокон. При этом существует недостаточно данных, свидетельствующих в пользу того, что добавление продуктов с повышенным содержанием пищевых волокон в рацион ребенка может решить проблему ФЗ. Наиболее целесообразно назначение сбалансированной диеты, содержащей фрукты, овощи, бобовые и продукты из цельного зерна. В последнее время среди причин возникновения ФЗ отмечают употребление ребенком коровьего молока; в некоторых случаях исключение этого продукта из рациона может принести положительный результат.

Модификация поведения

Необходимо приучать ребенка к регулярному туалету, чтобы сформировать привычку. Для осуществления туалета благоприятным временем является период после приема пищи, при этом следует избегать спешки. На результат лечения благоприятно влияет родительская поддержка, например, если отмечать успешные дни в календаре и таким образом демонстрировать ребенку положительную динамику.

Для достижения и поддержания нормальной и регулярной эвакуации может потребоваться фармакотерапия. Препараты, применяемые в лечении ФЗ, в целом безопасны, но поскольку они используются на протяжении длительного периода, необходимо избегать назначения стимулирующих слабительных. Лекарственные средства, такие как лактулоза, сорбитол, гидроксид магния, минеральные масла, полиэтиленгликоль (PEG) 3350 с электролитами, показали высокую эффективность и хорошую переносимость даже у детей младшей возрастной группы. Дозировку необходимо адаптировать для каждого ребенка (табл.).

Таблица. Лекарственные препараты, применяемые при ФЗ	
Препарат	Суточная доза на кг массы тела
Лактулоза	1-3 мл
Гидроксид магния	1-3 мл
Минеральное масло	1-3 мл
PEG 3350 с электролитами	1,2 г

Таким образом, ФЗ является распространенным заболеванием и нередко игнорируется или недооценивается родителями ребенка, пока не переходит в острое состояние. Для правильного лечения ФЗ необходимо понимание со стороны членов семьи, так как лечение, как правило, проводится длительно. Рецидивов при ФЗ, которые встречаются достаточно часто, необходимо избегать путем профилактики, так как их появление негативно влияет на качество жизни ребенка и его родителей.

Перевод **Владимира Савченко**

Дайджест

Пребиотики и пробиотики в педиатрии

Комитет Американской академии педиатрии по питанию (секция по гастроэнтерологии, гепатологии и питанию) представил клинический отчет по применению пре- и пробиотиков в педиатрической практике. В отчете представлены следующие выводы.

Материнское молоко является натуральным пребиотиком. Ему необходимо отдавать предпочтение при кормлении новорожденных до 6 месяцев. В материнском молоке содержится большое количество олигосахаридов, которые являются частью пребиотической составляющей грудного молока. У младенцев, вскормленных материнским молоком, обычно отмечается преобладание естественных пробиотических бактерий в желудочно-кишечном тракте. В грудном молоке может содержаться несколько типов пробиотических бактерий.

Существует ряд доказательств в пользу раннего назначения пробиотиков у доношенных новорожденных и детей младшей возрастной группы для лечения диареи при вирусном гастроэнтерите и в пользу того, что использование пробиотиков снижает продолжительность диареи при этом заболевании на один день.

Между тем имеющиеся данные не поддерживают рутинное использование пробиотиков для профилактики инфекционной диареи, если нет дополнительных обстоятельств. Существуют доказательства о пользе применения пробиотиков для профилактики антибиотико-ассоциированной диареи, при этом данных о пользе пробиотиков для лечения этой патологии не существует.

Несмотря на результаты нескольких исследований, свидетельствующих о пользе профилактического применения пробиотиков во время беременности и лактации и у новорожденных на протяжении первых 6 месяцев жизни с риском развития атопических нарушений, для внесения в руководства данной рекомендации с целью рутинного применения пробиотиков необходимо провести дополнительные исследования.

Существует ряд доказательств в пользу применения пробиотиков для профилактики некротизирующего энтероколита у недоношенных детей с весом при рождении 1000 г и больше.

Несмотря на это, пока проблематично использовать определенное количество или состав пробиотиков с этой целью, так как после обзора доступных данных литературы осталось много вопросов, ответы на которые пока не получены.

Кроме того, многие пробиотики, используемые для лечения недоношенных новорожденных и описанные в литературе, не являются общедоступными для назначения в повседневной практике.

В настоящее время для подтверждения пользы от использования пробиотиков при поддерживающем или длительном лечении болезни Крона, синдрома раздраженного кишечника, запора и внекишечных инфекций необходимо проводить дополнительные рандомизированные клинические исследования, поэтому пробиотики не могут быть рекомендованы детям при данных заболеваниях. Пробиотики могут быть полезны при лечении заболеваний, обусловленных *H. pylori*, хронического язвенного колита, кишечных коликов у новорожденных, но для подтверждения этих данных нужны дальнейшие исследования.

Долгосрочную пользу для здоровья от применения пробиотиков для профилактики рака, аллергии и других заболеваний или достижения устойчивых положительных результатов под влиянием пробиотиков на развивающуюся иммунную систему еще предстоит доказать.

Включение пробиотиков в состав сухих детских смесей не продемонстрировало пагубного влияния на доношенных новорожденных. Вместе с тем данных, подтверждающих клиническую эффективность такого использования пробиотиков, недостаточно, чтобы рекомендовать рутинное применение таких составов.

Нет данных исследований, напрямую сравнивающих пользу для здоровья от вскармливания материнским молоком и сухими детскими смесями, содержащими пробиотики.

Пробиотики не должны применяться у детей, которые страдают тяжелыми или хроническими заболеваниями, для которых нет соответствующих рекомендаций.

Пробиотики могут оказаться полезными для снижения заболеваемости инфекционными заболеваниями и атопией у практически здоровых детей. Тем не менее для подтверждения этой рекомендации требуется проведение исследований, особенно у детей, у которых применяется состав, не содержащий частично гидролизованные белки.

Добавление олигосахаридов в качестве пребиотиков для детского питания не является необоснованным, однако достаточного количества доказательных данных в пользу этого утверждения не существует. Также необходимо изучить вопрос стоимости/пользы, чтобы оценить целесообразность включения олигосахаридов в состав детских смесей для питания.

Остается ряд важных вопросов по клиническому использованию пробиотиков, таких как оптимальная продолжительность применения пробиотиков, а также какую дозу и какие виды микроорганизмов использовать. Долгосрочное влияние пробиотиков на микробиоту кишечника у детей пока не известно. Кроме того, еще предстоит установить, существуют ли значительные биологические преимущества при назначении пробиотиков во время беременности и лактации при прямом сравнении с потенциальной биологической выгодой от смесей пробиотиков для новорожденных.

Сокращенный перевод **Владимира Савченко**
Pediatrics 2010; 126 (6): 1217-1232