

Возможности вспомогательной терапии при функциональных запорах у детей

В 1902 г. врач G.W. Jackson писал: «Стоит только почитать бесконечные рекламы слабительных или прикинуть, сколько таковых продается в любом аптекарском магазине, чтобы получить представление о том, как широко распространена беспомощность в борьбе с одним из страшнейших бичей современности – запором».

Запоры представляют значительную медико-социальную проблему во многих странах мира, особенно в экономически развитых государствах. В Европе и США проблемы с дефекацией встречаются у 5-10% населения [1]. По данным разных авторов, запорами страдают от 10 до 40% детей в популяции. Однако их истинную частоту в детском возрасте установить невозможно, поскольку вследствие низкого уровня медицинской культуры части населения и недостаточности санитарной пропаганды обращаемость к врачам по этому поводу пока невысока [3]. В большинстве случаев первые жалобы на запоры появляются в возрасте 2-4 лет, однако сам патологический комплекс начинает формироваться значительно раньше. Не расценивая запоры у ребенка как болезнь, родители самостоятельно применяют клизмы, слабительные и обращаются к врачу уже при развитии тех или иных осложнений. Так, у 35% девочек и у 55% мальчиков в возрасте от 6 до 12 лет, страдающих этим заболеванием, формируется анальная инконтиненция (энкопрез), что приводит к их социальной дезадаптации. Несмотря на то что в 95% случаев хронический запор изначально носит функциональный характер и может быть купирован немедикаментозными методами, позднее обращение за медицинской помощью, нежелание пациента менять характер питания и двигательной активности, низкая приверженность пациентов к терапии приводят к декомпенсации и формированию органической патологии толстой кишки [4].

Под запором понимают нарушение функции толстой кишки с урежением возрастного ритма дефекации (отсутствие самостоятельного стула в течение 32 ч и более в зависимости от возраста и индивидуальных особенностей ребенка), а также с недостаточным или затрудненным опорожнением кишечника, сопровождающимся беспокойством, сильными продолжительными натуживаниями, болезненностью при дефекации [2].

К развитию запора могут приводить различные факторы: замедленный транзит каловых масс по толстой кишке, повышенное всасывание в ней воды и неспособность пациента произвести акт дефекации. Эти патогенетические механизмы действуют изолированно или сочетанно. Запоры бывают временными (эпизодическими) или систематическими (хроническими), т.е. продолжающимися в течение 3 мес и более [2]. Критериями хронического запора служат: опорожнение кишечника два раза в неделю или реже; плотные, в виде комочков каловые массы; натуживание, длящееся более 25% времени дефекации; ощущение неполного опорожнения кишечника.

Для постановки диагноза хронического запора достаточно в течение 3 мес наблюдать по крайней мере два признака из числа существующих стандартных диагностических критериев хронического запора:

- натуживание не менее 1/4 времени всего акта дефекации;
- плотная (в виде комочков) консистенция кала;
- чувство неполного опорожнения кишечника;
- 2 или менее акта дефекации в неделю (для взрослых) и менее 3 раз в неделю (для детей старше 3 лет).

Хронические запоры у детей делятся на функциональные и органические, что отражается на выборе лечебной тактики. Симптомы запора могут возникать также при воспалительном поражении толстой кишки (колитах), при гипотонусе желчного пузыря и дискинезиях желчевыводящих путей, при заболеваниях, сопровождающихся общей мышечной гипотонией (рахите, гипотрофии, гипотиреозе, болезни Дауна и пр.).

К запорам функционального происхождения относят алиментарные и неврогенные формы (дискинетические с преобладанием атонии или спазма, рефлекторные, условно-рефлекторные, психогенные). В основе функциональных запоров лежит дискоординация деятельности нескольких органов желудочно-кишечного тракта: моторной функции толстой кишки, желчного пузыря, поджелудочной железы. Анатомические (структурные) нарушения при этом, как правило, отсутствуют. Причины развития функциональных запоров многообразны. В детском возрасте они чаще всего обусловлены нарушениями питания (алиментарные запоры), перенесенными ранее перинатальным поражением центральной нервной системы, висцеро-висцеральными патологическими рефлексами, исходящими из органов пищеварения, умышленным подавлением позывов на дефекацию, дефицитом двигательной активности, реже – длительным или неконтролируемым использованием ряда медикаментозных средств (сорбентов, антацидов, ганглиоблокаторов, холинолитиков, диуретиков, транквилизаторов и др.) [2].

Основными принципами терапии функционального запора у детей являются комплексность и индивидуальный подход в зависимости от генеза запора, вида нарушения моторики толстой кишки и акта дефекации, наличия осложнений и характера сопутствующей патологии.

Немедикаментозное лечение – основа терапии функционального запора. На начальном этапе при длительном анамнезе запоров и наличии выраженного колоностаза (пальпируемые фекалиты по проекции восходящей кишки) целесообразна предварительная очистка кишечника с помощью очистительной клизмы. При вторичных запорах проводят терапию основной патологии. После первичного удаления «ректальной пробки» из толстой кишки дальнейшую терапию запоров осуществляют по принципу step-up. Стараются устранить возможные причины формирования запора, выявленные при анализе анамнестических данных, что подразумевает:

- модификацию образа жизни пациента (режим дня, завтрак, режим дефекации, исключение условий для психогенной задержки стула, коррекция пищевого поведения, диетических пристрастий, повышение физической активности);
- нормализацию психоэмоционального состояния: устранение психотравмирующих ситуаций, ограничение школьных и внешкольных нагрузок, применение различных вариантов психотерапевтической коррекции, создание комфортных условий для дефекации, в том числе в детском учреждении, подбор физиологической позы при дефекации, исключение спешки, внешних помех при дефекации и т.д.

Ребенку должна быть рекомендована «слабительная» диета, включающая

кисломолочные продукты, продукты функционального питания, обогащенные бифидо- и лактобактериями; продукты, содержащие пищевые волокна: овощи и фрукты в достаточном количестве, ржаной хлеб с отрубями, мюсли, отвары, настои и пюре из сухофруктов, грубо-волоконистые каши, растительное масло, салаты из морской капусты, свежей зелени. Количество пищевых волокон (в граммах), необходимое ребенку, можно приблизительно рассчитать по формуле: возраст ребенка (годы) + 5. Необходимо употребление жидкости в достаточном объеме, в том числе свежевыжатых овощных и фруктовых соков, компотов, кваса, показан настой или сироп шиповника. Из рациона должны быть исключены продукты, обладающие вяжущим действием и тормозящие моторику.

К немедикаментозным методам терапии функционального запора относят также все варианты психотерапии, различные комплексы физиотерапии, фитотерапию, иглорефлексотерапию, бальнеотерапию.

При неэффективности немедикаментозных методов лечения возможно назначение медикаментозных средств, в числе которых препараты пищевых волокон, разные группы слабительных, некоторые пребиотики, регуляторы моторики толстой кишки и некоторые дополнительные средства [4]. Медикаментозное лечение запора представляет собой непростую задачу, которую усложняет привыкание пациентов к систематическому употреблению слабительных средств. Однако следует отметить, что злоупотребление слабительными препаратами может нарушать всасывание других лекарственных средств за счет быстрого транзита и химического связывания, что особенно важно у пациентов с сочетанной симптоматикой. Кроме того, слабительные препараты противопоказаны при воспалительных процессах в брюшной полости, лихорадочных состояниях, беременности [1].

Лечить не болезнь, а больного легче при назначении наряду с фармакологическими препаратами фитосредств с их многогранным спектром терапевтического воздействия.

В качестве слабительных могут применяться препараты растительного происхождения, содержащие антрагликозиды (препараты листьев сенны и сабура, корня ревеня, плодов жостера, коры крушины – экстракт крушины). Такие средства нередко используют без консультации врача. Кроме того, они входят в состав многих слабительных чаев. Однако следует помнить, что длительное и регулярное применение слабительных растительного происхождения может вызвать необратимые изменения в рецепторном аппарате толстой кишки. Под действием антрагликозидов возможно формирование меланоза толстой кишки. Использование слабительных трав в изолированном виде не восстанавливает кишечную микрофлору, нарушением которой закономерно сопровождаются запоры у детей. Их симптоматическое назначение не повышает защитную функцию слизистой оболочки кишечника.

В практике педиатра весьма часто на фоне запоров встречаются дисфункциональные расстройства билиарного тракта (гипокINETическая форма дискинезии желчевыводящих путей, хронический

холецистохолангит). Лечение запоров в этом случае имеет свои особенности, связанные с сопутствующими нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы.

В народной медицине издавна используется сироп шиповника в качестве поливитаминного и стимулирующего обмен веществ средства, а также регулирующего деятельность желудочно-кишечного тракта, кроме того, он обладает желчегонным и противовоспалительным свойствами, оказывает легкий послабляющий эффект [5]. В отличие от других растительных препаратов слабительное действие шиповника связано в первую очередь с его влиянием на нормализацию оттока желчи. Кроме того, сироп шиповника (Холосас) оказывает гепатопротекторное действие [6].

В Украине сироп из сгущенного водного экстракта плодов шиповника представлен в виде готовой лекарственной формы – Холосас. Плоды шиповника содержат пектины, дубильные вещества, органические кислоты (яблочная, лимонная, олеиновая, линолевая, линоленовая), флавоноиды (кверцетин, изокверцетин, кемпферол, рубиксантин, ликопин), аскорбиновую кислоту, витамины В₁, В₂, Р и РР, К, каротин, токоферолы, соли железа, марганца, фосфора, магния, кальция. Желчегонный эффект (усиление образования желчи и желчных кислот) обусловлен содержанием в шиповнике органических кислот и флавоноидов. Благодаря прежде всего витаминному комплексу и флавоноидам, Холосас повышает окислительно-восстановительные процессы в организме, благотворно влияет на обменные процессы – участие в окислительном дезаминировании ароматических аминокислот, активирование ряда ферментных систем, стабилизирует содержание адреналина и других катехоламинов, снижает концентрацию холестерина в крови, благотворно влияет на проницаемость сосудистой стенки, усиливает регенерацию тканей и повышает сопротивляемость организма вредным воздействиям внешней среды, инфекциям. Обладает противовоспалительными и диуретическими свойствами. Также благодаря желчегонным свойствам Холосас назначают при С7- и Р7-гиповитаминозах, медикаментозных и алкогольных интоксикациях. Этот растительный препарат имеет хорошую клиническую эффективность и высокий профиль безопасности. В детской практике Холосас назначают детям старше 3 лет от 1/4 до 1 чайной ложки 3 раза в сутки (в зависимости от возраста) за 30 мин до еды. Высокое содержание аскорбиновой кислоты в плодах шиповника требует осторожного назначения пациентам со склонностью к обменным нарушениям (оксалурия) [7].

Таким образом, перечисленные свойства Холосаса позволяют применять его при различных заболеваниях, сопровождающихся запорами, в качестве желчегонного, слабительного и общеукрепляющего средства.

Литература

1. Махов В.М., Береснева Л.А. Системные факторы при хроническом запоре // Лечащий врач. – 2005. – № 2. – С. 40-44.
2. Семенова Н.Н., Боровик Т.Э., Запоры у детей. Их диетическое лечение // Медицинский совет. – 2008. – № 3-4. – С. 27-33.
3. Комарова Е.В. Хронический запор у детей: медицинские и социальные аспекты // Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2007.
4. Думова Н.Б., Кручина М.К. Функциональный запор у детей разных возрастных групп // РМЖ. – 2012. – № 15. – С. 792-799.
5. Турова А.Л., Сапожникова Э.Н. Лекарственные растения СССР и их применение. – М., 1984. – С. 261-273.
6. Бородина Т.В. Место растительных желчегонных препаратов фламина и холосаса в ряду гепатопротекторов // Провизор. – 1998. – № 22.
7. Гляделова Н.П., В.В. Корнева. Желчегонные препараты в практике детского врача // Семейная медицина. – 2012. – № 6. – С. 31-36.

Подготовил Владимир Савченко