

Современный взгляд на проблему функциональных запоров у детей раннего возраста

23 марта 2017 года в г. Львов состоялась научно-практическая конференция «Актуальные вопросы современной педиатрии». В рамках этого мероприятия значительное внимание было уделено ключевым проблемам современной детской гастроэнтерологии и нутрициологии, в частности, особенностям вскармливания детей грудного возраста, а также профилактике и коррекции функциональных гастроинтестинальных расстройств. Большой интерес практикующих педиатров вызвал доклад по проблеме функциональных запоров у детей раннего возраста, который представила заведующая кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Ольга Юрьевна Белоусова.



О.Ю. Белоусова

В экономически развитых странах мира функциональный запор (ФЗ) является вторым по распространенности расстройством пищеварительной системы (во всех возрастных группах). ФЗ обусловлен не структурными поражениями, а нарушениями механизмов регуляции моторики желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Согласно эпидемиологическим данным, в Европейском Союзе частота запора в детской популяции составляет 0,3-8%. Среди пациентов, обратившихся к педиатру/врачу общей практики, этот показатель достигает 3-5%, а среди детей, направленных на консультацию к детскому гастроэнтерологу, — до 25%. За последнее десятилетие только в США частота запоров среди населения страны повысилась в 4 раза, при этом наибольшее количество обращений к врачу с жалобами на запор зафиксировано в возрастной группе детей до 15 лет. Было выписано 5,4 млн рецептов с указанием диагноза «запор», что свидетельствует о нарастающей значимости проблемы функциональной кишечной патологии у детей (J.E. Everhart, 2015). Вместе с тем, точной статистики о распространенности запоров у детей не существует, и это обусловлено целым рядом причин. Во-первых, диагноз «запор» не входит в статистические отчеты, поскольку не является отдельной нозологической формой. Во-вторых, подавляющее большинство родителей обращаются за «лечением» в аптеки, так как практически все слабительные средства отпускаются без рецепта. В-третьих, врачи, не являющиеся гастроэнтерологами по специальности, при сборе анамнеза зачастую не спрашивают пациентов об особенностях дефекации и характеристиках каловых масс, а сами дети далеко не всегда рассказывают врачу об этой деликатной проблеме.

Несмотря на широкую распространенность хронического запора в детской популяции, среди педиатров разных стран мира до сих пор не существует консенсуса в отношении определения данного состояния, а также вопроса о том, какую кратность дефекаций следует считать нормальной, а какую — патологической. Это связано с тем, что в разные периоды жизни кратность дефекаций — разная, а также с тем, что характер и частота испражнений находятся в прямой зависимости от типа вскармливания ребенка. Частота дефекаций у детей 1-го года жизни, находящихся на естественном вскармливании, может совпадать с числом кормлений (но не более 6 раз в сутки). При этом, по мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), она может составлять и 1 раз в 5-7 дней. У детей, находящихся на искусственном вскармливании, нормальная частота дефекации составляет 1 раз в сутки. Однако, с практической точки зрения, важно понимать, что некорректно устанавливать диагноз «запор», основываясь только лишь на показателе частоты дефекаций, — она не может быть единственным и достаточным диагностическим критерием. К аналогичному выводу пришли и международные эксперты, которые участвовали в формулировании положений Римского консенсуса III (2006) и подчеркнули, что «о запоре говорят даже в случаях ежедневной дефекации, если она сопровождается болезненными ощущениями, натуживанием и изменением характера каловых масс (большой диаметр фекаломы, превышающий диаметр анального отверстия, а также фрагментированный, «овечий» кал)». Транзит кишечного содержимого у детей с хроническими запорами имеет свои особенности: примерно в 20% случаев отмечается замедление транзита каловых масс по всей толстой кишке (кологенные запоры), в 70-80% — затруднение опорожнения только ректосигмоидного отдела толстой кишки (проктогенные запоры).

ФЗ встречается у большинства детей раннего возраста и не характеризуется нарушениями кишечного транзита. По данным Американской академии педиатрии, у 92% детей с запорами органическая патология отсутствует. Аналогичные данные приводят и европейские исследователи: у детей запоры носят функциональный характер в 95% случаев (S.S. Baker, 1999). Что же касается диагностики ФЗ, то первоочередной задачей для педиатра является определение природы запора. Исключение или подтверждение «механических» и органических причин хронического запора должно быть первым этапом диагностики, который направлен на выявление возможных причин этой патологии. Следует

отметить, что у детей раннего возраста существуют и определенные возрастные анатомические особенности кишечника, предрасполагающие к развитию ФЗ. К ним, в частности, относится наличие длинной брыжейки у детей до 5 лет, слабое развитие мышечного слоя кишки и слабая фиксация слизистой оболочки, а также более вертикальное, чем у взрослых, расположение прямой кишки.

Согласно Римским критериям III диагноз ФЗ устанавливается при наличии в течение 1 мес ≤ 2 из следующих признаков у детей до 4-летнего возраста:

- ≥ 2 дефекаций в неделю;
- по крайней мере 1 эпизод недержания кала в неделю (после формирования у ребенка гигиенических навыков);
- наличие эпизода задержки дефекации;
- наличие большого количества каловых масс в прямой кишке;
- образование каловых камней, затрудняющих дефекацию;
- болезненное опорожнение кишечника и твердые испражнения (тип I или II по Бристольской шкале).

К сожалению, существующее мнение о том, что дети «перерастают» проблему запоров, не подтверждается результатами длительных клинических наблюдений. У 30-52% детей симптомы сохраняются в течение последующих 5 лет, а у примерно 25% — и во взрослом возрасте (M.E.J. Bongers, M.A. Bennings, 2011).

Согласно рекомендациям Североамериканского общества педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и нутрициологии (NASPGHAN), алгоритм лечения запоров у детей включает следующие 4 этапа:

- обучение (воспитание культуры гигиенических навыков);
- освобождение прямой кишки от каловых масс (собственно коррекция запора);
- профилактика повторного скопления каловых масс в прямой кишке (диетотерапия);
- поведенческая терапия (психотерапия).

Поскольку одной из главных причин развития запора является гиподинамия и связанная с ней мышечная гипотония, одна из приоритетных немедикаментозных мер — нормализация двигательного режима. Рекомендуются общий массаж, способствующий укреплению мышц, а также массаж живота по часовой стрелке незадолго до кормления ребенка (с целью стимуляции рефлекса на дефекацию). Проводится гимнастика (подтягивание ножек к животу) и выкладывание ребенка на живот. Вопрос о целесообразности использования клизм остается спорным. При ФЗ однозначно противопоказано использование газоотводных трубок, введение в анус ребенка ватных палочек, мыла и тому подобного, поскольку эти меры могут способствовать развитию несостоятельности анального сфинктера и энкопреза в последующем.

Медикаментозное лечение должно рассматриваться как вспомогательный, но не как основной компонент терапевтических мероприятий при ФЗ. Исследования последних лет свидетельствуют о развитии серьезных побочных эффектов при продолжительном приеме стимулянтных слабительных средств и токсичности некоторых из этих препаратов.

Длительное бесконтрольное применение слабительных средств вызывает более стойкую форму запора, значительное снижение двигательной активности кишечника и провоцирует развитие у детей синдрома мальабсорбции.

В педиатрической практике в лечении запоров широко применяются пробиотики, хотя в соответствии с принципами доказательной медицины запор не является показанием к их назначению. Гораздо более обоснованно применение в комплексной коррекции запоров таких популярных компонентов функционального питания, как пребиотики, которые оказывают положительное влияние на характеристики кала, доказанное в ходе многочисленных клинических исследований. Так, эксперты Европейского общества педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и нутрициологии (ESPGHAN, 2011) в одном из последних систематических обзоров, посвященном изучению эффективности и безопасности пребиотиков, рекомендуют дополнительно включать их в состав молочных смесей, используемых с рождения. В рекомендациях ESPGHAN указывается, что молочные смеси, обогащенные пребиотиками, снижают pH каловых масс, повышают частоту опорожнения кишечника, смягчают каловые массы, а также увеличивают количество бифидобактерий и лактобацилл в составе кишечной микрофлоры.

Устранению запора и нормализации микрофлоры кишечника содействует употребление синбиотика Према® в форме порошка для приготовления раствора. В состав этого специального синбиотического комплекса входит один из наиболее изученных на сегодня пробиотических штаммов — *Lactobacillus rhamnosus* (LGG®), 1 млрд жизнеспособных бактерий в одном саше), а также фруктоолигосахариды (2,5 г в одном саше), представляющие собой натуральные пребиотические пищевые волокна. Попадая в ЖКТ, фруктоолигосахариды в неизменном виде достигают толстой кишки, где расщепляются до короткоцепочечных жирных кислот и создают питательную среду для собственной кишечной микрофлоры, способствуя ее нормализации. Для педиатрической практики особенно важно, что синбиотик Према® не содержит никаких вкусовых наполнителей и может использоваться уже с рождения (по 1 саше 1 раз в сутки, растворяя его содержимое в грудном молоке, молочной смеси или кипяченой воде). За счет способности фруктоолигосахаридов к закислению кишечной среды употребление синбиотика Према® сопровождается очень мягким слабительным действием. При этом он не оказывает раздражающего воздействия на эпителий слизистой оболочки кишечника (в отличие от растительных слабительных препаратов). Соответственно, применение синбиотика Према® в саше не формирует синдрома «ленивой кишки» и не вызывает привыкания. Так же как и осмотические слабительные средства, Према® в саше меняет осмотическое давление в кишечнике за счет способности удерживать воду в просвете кишки. Доказано, что указанные эффекты фруктоолигосахаридов в составе синбиотика Према® в саше развиваются сразу после перорального приема, а уже через 10 дней его употребления частота дефекаций возрастает до 4 раз в неделю и нормализуется к 20-му дню.

В профилактике повторного скопления каловых масс в прямой кишке у детей раннего возраста особое значение отводится диетотерапии, в частности, рациональному вскармливанию, подразумевающему длительное грудное вскармливание. Также необходимо соблюдать рациональный питьевой режим и своевременно вводить прикорм. Искусственное вскармливание может быть рекомендовано только в тех случаях, когда нет возможности наладить лактацию; при этом предпочтение отдается продуктам функционального питания, в первую очередь — пребиотикам.

Таким образом, программа коррекции и профилактики ФЗ у детей раннего возраста должна быть комплексной, ее следует составлять строго индивидуально в зависимости от возраста ребенка и конкретной клинической ситуации, при этом особое внимание необходимо уделять детям, находящимся на искусственном или смешанном вскармливании.

Подготовила Елена Терещенко

