

Ю.В. Марушко, д.м.н., професор, завідувач кафедри педіатрії № 3, Н.С. Бойко, О.В. Лисовець, С.М. Колос, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, дитяча клінічна лікарня № 5 м. Києва

Досвід застосування препарату Ріабал у комплексній терапії дисфункцій біліарної системи у дітей

Сьогодні до 5-10% захворювань шлунково-кишкового тракту зумовлені органічними причинами, решта мають функціональне походження і не супроводжуються структурними, морфологічними та біохімічними порушеннями. Захворювання біліарної системи посідають провідне місце в структурі хвороб органів травлення, значна частина серед яких належить функціональним розладам жовчного міхура, жовчовивідних шляхів та сфінктерного апарату [1-5, 9, 12]. Згідно з Римським консенсусом (1999) функціональні захворювання жовчних шляхів визначають як комплекс клінічних симптомів, який виникає внаслідок моторно-тонічної дисфункції жовчних шляхів (ЖШ) і (або) сфінктерів біліарної системи без ознак запального процесу.

Римські критерії III (2006) розподіляють функціональні порушення жовчного міхура (ЖМ) та сфінктера Одді (СО) (категорія E) на підкатегорії: функціональні порушення ЖМ (E1), функціональні порушення СО за біліарним типом (E2) та функціональні порушення СО за панкреатичним типом (E3). На відміну від попереднього Римського консенсусу II лікарям-гастроентерологам запропоновано критерії визначення дисфункції ЖМ та СО. Це пояснюється необхідністю у зменшенні кількості непотрібних інвазивних процедур у пацієнтів з болем у верхній частині живота. Потрібна певна адаптація цих положень до дитячого віку. Також слід зазначити, що найчастіше в клінічній практиці використовують історично сформований термін «дискінезія жовчовивідних шляхів» (ДЖВШ).

Відомо, що функціональні захворювання біліарної системи дебютують у молодшому шкільному віці. За невірної лікувальної тактики вони можуть трансформуватися у хронічні запальні процеси. Тому їх ранню діагностику та лікування необхідно розглядати як профілактику хронічних захворювань органів травлення у дітей та дорослих [2, 4].

Основа формування ДЖВШ становлять порушення взаємодій іннерваційної та паракринної системи, які здійснюють послідовні скорочення та розслаблення жовчного міхура й системи сфінктерів Одді, Люткенса, Міріцці. Це призводить до дискоординації їх діяльності з подальшим порушенням пасажу жовчі у дванадцятипалу кишку. Виникненню, формуванню та перебігу функціональних розладів біліарної системи значною мірою сприяють анатомо-фізіологічні особливості шлунково-кишкового тракту, недосконалість систем регуляції та різні ектогенні фактори (порушення режиму дня, нераціональне харчування, нерве перенавантаження, наявність хронічних вогнищ інфекції, тощо) [2, 3, 9].

За походженням виділяють первинну та вторинну ДЖВШ. Первинні порушення моторно-евакуаторної функції біліарної системи можливі як самостійна нозологічна одиниця і зустрічаються в 10-15% випадків. Їх причинами найчастіше є соматовегетативні розлади, неврози, стресові фактори, які призводять до послаблення регуляції вищих нервових процесів у корі головного мозку, розладу нейрогуморальних регуляторних механізмів, а потім до порушення моторики. У переважній більшості випадків дискінетичні розлади ЖШ є вторинними, вони супроводжують хронічні захворювання органів травлення. Хоча до цього часу немає єдиної думки щодо первинного чи вторинного походження дисфункції [5].

При функціональних розладах спастичні скорочення гладкої мускулатури найчастіше є провідною причиною захворювання, вони ініціюють порушення моторної функції системи травлення і в подальшому викликають біль. М'язовий спазм при органічних захворюваннях певною мірою має вторинний характер.

Патогенетичною причиною виникнення клінічних ознак ДЖВШ є порушення синхронності в роботі ЖМ та сфінктерного апарату біліарної системи. Так, больовий приступ при гіпертонічно-гіперкінетичній формі дискінезії більш інтенсивний і є наслідком підвищення тиску в ЖМ, який надмірно скорочується на тлі гіпертонії сфінктерів Люткенса та Одді. Враховуючи механізми розвитку больового синдрому при ДЖВШ, для ліквідації моторно-тонічної дисфункції ЖШ необхідно призначати спазмолітичні засоби. Базові групи лікарських препаратів, які використовуються у медицині з цією метою, – це холінолітики. Відомі центральні (амізил, метамізил), змішані (атропін, платифілін) та периферичні (метацин, прифініум) холінолітики [2, 4, 6, 10, 11].

Під час вибору препарату слід враховувати механізм його дії та селективність до М-холінорецепторів травної системи. Так, центральні М-холінолітики, впливаючи як на центральні, так і на периферичні холінолітичні системи, мають не тільки спазмолітичний ефект на органи травлення, а й транквілізаторний вплив на центральну нервову систему. Тому при захворюваннях гастро-дуоденальної та біліарної систем їх застосування патогенетично не доцільне. Препарат змішаної дії одночасно усуває спазми гладкої мускулатури органів травлення, бронхів і кровоносних судин, що сприяє можливо-му виникненню таких побічних ефектів, як тахікардія, зниження артеріального тиску, судоми. Це певною мірою обмежує призначення платифіліну як спазмолітика у практиці дитячого гастроентеролога.

Більш селективним ефектом на М-холінорецептори органів травлення володіють периферичні холінолітики. Слід зазначити, що метацин поряд зі зниженням тону мускулатури органів травлення та бронхів має деяку антисекреторну та антацидну дію, що необхідно враховувати у разі його використання.

Таким чином, у педіатричній практиці вищезазначені холінолітики застосовують обмежено та з особливою обережністю, тому що при їх використанні можлива тахікардія, утруднення сечовипускання, атонія кишечника, головокружіння, затримка сечі, сонливість, тощо. Тому головною вимогою сучасної фармакології до препаратів цієї групи є висока селективність та мінімум побічних дій та протипоказань. Цей ефект досягається безпосередньою дією препарату вибірково на нервово-м'язовий синапс периферичної нервової системи або у разі необхідності на центральний синапс. Усім цим вимогам відповідає периферичний М-холіноблокатор селективної дії – Ріабал (прифініум бромід), який на українському ринку представляє компанія «Мегаком». На відміну від решти спазмолітиків він більш вибірково блокує М-холінорецептори шлунково-кишкового, жовчовивідного та сечового трактів, що зумовлює його позитивний ефект при спазмах та гіперперистальтиці. Це четвертинна амонієва сіль, яка повільно всмоктується у системі травлення та забезпечує тривалу

спазмолітичну дію. Після введення Ріабал швидко видаляється із сироватки крові. Тривалість періоду напіввиведення становить 2,13 години. Препарат слабо абсорбується зі шлунково-кишкового тракту, виводиться з фекаліями та сечею [1, 9, 11].

Враховуючи механізм дії Ріабалу, його призначають хворим з гастроентерологічною патологією при больовому синдромі, явищах м'язового спазму та гіперсекреції. Показання для призначення Ріабалу такі: біль при функціональній диспепсії, пептичній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки, гострому та хронічному гастриті, дискінезії жовчовивідних проток, особливо зі спазмом СО, хронічному панкреатиті, гострому та хронічному ентериті, гострому та хронічному коліті.

Препарат добре переноситься, його довготривале застосування істотно не впливає на печінку та нирки, а також на кровотворну систему.

У зв'язку з високою селективністю побічні дії Ріабалу менш виражені, ніж у неселективних нейротропних спазмолітиків, але можливі сухість у роті, закреп, порушення акomodації. Ці побічні дії зникають у разі зниження дози або після відміни препарату.

Завдяки високому профілю безпеки Ріабал має широкий віковий спектр застосування, його можна призначати дітям будь-якого віку, починаючи з моменту народження. Існують різні форми цього лікарського засобу, які зручно використовувати у педіатричній практиці, – розчин для ін'єкцій, таблетки та сироп. Таким чином, Ріабал застосовують перорально, підшкірно, внутрішньом'язово, внутрішньовенно.

Метою нашого дослідження було вивчення клінічної ефективності та безпечності застосування препарату Ріабал як спазмолітика в комплексній терапії дітей з функціональними розладами біліарної системи.

Матеріали та методи дослідження

Ми обстежили 44 дитини віком від 6 до 15 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в соматичному відділенні ДКЛ № 5 з приводу ДЖВШ. Основною скаргою був помірний больовий синдром, локалізований, як правило, у правому підребір'ї, а його характер залежав певним чином від типу дискінетичних змін ЖШ.

Верифікація діагнозу базувалася на даних анамнезу, характерних клінічних синдромах, результатах клінічних лабораторних та інструментальних методів дослідження.

Враховуючи відсутність чіткої симптоматики, поліморфізм клінічних даних, непостійність суб'єктивних та об'єктивних ознак, для диференціювання типів дискінетичних розладів біліарної системи, а також для оцінки моторної функції ЖМ, ми проводили динамічну ехохолестистографію (ДЕХГ) з жовчогінним подразником (сорбітом). Цей метод дозволяє встановити форму та розмір ЖМ, виявити його деформації, вроджені аномалії розвитку, запальні зміни, конкременти. Крім того, ми враховували загальноновизнані переваги ультразвукового дослідження, якими є неінвазивність, безпечність, високоспецифічність, швидке отримання результатів дослідження, відсутність особливої підготовки обстежуваного.

У нашому дослідженні ультразвукове сканування гепатобіліарної системи проводилося на апараті ULTIMA PA, використовувалися датчики з частотним спектром 3,5-5 МГц і 4-9 МГц за методикою О.П. Клименко (1995) [6]. Функціональний стан ЖМ (моторику) оцінювали за його об'ємом до жовчогінної проби та на 10, 15, 30, 45, 60-й хвилини після неї. Використання цієї методики дозволило нам вивчити скорочувальну здатність ЖМ, оцінивши не тільки його кінетику, а й стан сфінктерного апарату.

Ми враховували чотири фази скорочення ЖМ (О.П. Клименко, 1995) [6].

Для виключення математичних та геометричних аберацій ми обстежували дітей, у яких ЖМ візуалізувався як абсолютно ехонегативна структура округлої, овальної чи грушоподібної форми без будь-яких деформацій з товщиною стінки не більше 1 мм. Довжина ЖМ залежно від віку дитини становила 4-7 см, ширина – 2-3 см. Виходячи з цих даних, ми обчислювали об'єм ЖМ, який для подальших розрахунків вважався умовно за 100%.

За умови зменшення за час IV фази об'єму ЖМ менш ніж на 34% відносно початкового його скорочувальна здатність розцінювалася як гіпокінетична, якщо ж об'єм зменшувався більш ніж на 64% – як гіперкінетична. Для визначення гіпертонуСО проводилося щохвилинне вимірювання об'єму ЖМ починаючи

Таблиця 1. Структура функціональних розладів ЖШ в обстежених дітей

Нозологічна форма	Кількість (n)	Кількість (%)
ДЖВШ за гіпертонічно-гіперкінетичним типом	7	15,9
ДЖВШ за гіпертонічно-гіпокінетичним типом	25	56,8
ДЖВП за гіпертонічно-нормокінетичним типом	12	27,3

Таблиця 2. Інтенсивність больового синдрому в дітей із ДЖВШ

Нозологічна форма	Характер болю	Інтенсивність болю в балах							
		0 балів		1 бал		2 бали		3 бали	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ДЖВШ за гіпертонічно-гіперкінетичним типом (n=7)	Спонтанний	0	0	4	57,1	3	42,9	0	0
	Пальпаторний	0	0	3	42,9	3	42,9	1	14,2
ДЖВШ за гіпертонічно-гіпокінетичним типом (n=25)	Спонтанний	0	0	15	60	10	40	0	0
	Пальпаторний	0	0	11	44	14	56	0	0
ДЖВШ за гіпертонічно-нормокінетичним типом (n=12)	Спонтанний	0	0	7	58,3	5	41,7	0	0
	Пальпаторний	0	0	6	50	6	50	0	0

з 5-ї хвилини, поки він не починав зменшуватися.

Після етапу діагностики структурна характеристика хворих із ДЖВШ виглядала таким чином (табл. 1).

Слід зазначити, що крім характерного для ДЖВШ больового синдрому в обстежуваних дітей ми відзначали диспепсичні скарги (у 86,8%), астено-невротичні явища (у 73,7%) та симптоми хронічної неспецифічної інтоксикації (у 39,5%). Основними диспепсичними скаргами була нудота, гіркий присмак у роті, зниження апетиту, закрепи. Під час обстеження хворих дітей ми відмічали емоційну лабільність, роздратованість порушення сну, у третини пацієнтів больовий приступ виникав після фізичного чи психоемоційного перенавантаження. У третини пацієнтів мала місце хронічна вогнищева інфекція (хронічний тонзиліт, карієс, синусит).

Враховуючи вищенаведені результати клінічних спостережень, ми призначили лікувальний комплекс, що передбачав дотримання режиму дня та дієтичного харчування, корекцію психоемоційного стану, застосування жовчогінних препаратів, фізіотерапевтичних процедур. Для усунення гіперкінетичного стану ЖМ та гіпертонусу сфінктерів ми використовували селективний спазмолітик – Ріабал.

Ріабал призначали курсом 7 днів внутрішньо тричі на день у разовій дозі 30 мг. Враховуючи, що препарат випускається у формі таблеток та сиропу, ми мали можливість диференційовано підходити до вибору лікарської форми для різних вікових груп хворих. Так, діти віком до 8 років отримували Ріабал у формі сиропу в разовій дозі 20 мл (30 мг), а хворі від 8 до 14 років – по 1 таблетці (30 мг) з тією ж частотою.

Критерієм ефективності препарату Ріабал ми обрали інтенсивність больового синдрому, яка визначалася під час лікування та оцінювалася згідно з бальною системою від 0 до 3. Так, 0 балів – відсутність больового синдрому, 1 бал – біль визначався як незначний та нетривалий, 2 бали – больовий синдром середньої інтенсивності та тривалості, 3 бали – біль інтенсивний та тривалий. Слід зазначити, що під час спостереження за хворими ми брали до уваги характер болю, який виник спонтанно, і болю, який ми визначали пальпаторно.

Розподіл хворих залежно від інтенсивності больового синдрому наведений у таблиці 2.

З наведених даних виходить, що при функціональних розладах біліарного тракту більш інтенсивним був больовий синдром у дітей з ДЖВШ за гіпертонічно-гіперкінетичним типом, який визначався пальпаторно. Діти інших двох груп з гіпертонусом сфінктерів та гіпо- й нормокінетичним станом ЖМ однаково часто скаржилися на біль у правому підребер'ї легкої та середньої інтенсивності. Додатковими характеристиками синдрому у них був тупий та більш тривалий біль. Під час пальпаторного обстеження живота з такою ж частотою відмічались як незначні, так і середньої інтенсивності больові відчуття.

Під час оцінки ефективності терапії з використанням препарату Ріабал ми враховували не тільки термін усунення та динаміку інтенсивності больового синдрому, а й параметри ультразвукового дослідження ЖМ з жовчогінною пробою.

У 7 хворих (І група) відмічалася більш тривале (до 15 хвилин) максимальне збільшення ЖМ на 19,2±1,29% порівняно з початковими даними, в IV фазі обстеження його об'єм від початкового зменшувався на 72±0,5%. Це вказувало на гіпертонічно-гіперкінетичний тип ДЖВШ.

У другій групі було 25 дітей з гіпертонічно-гіпокінетичними розладами біліарного тракту. Об'єм жовчного міхура у них збільшувався до 10-ї хвилини обстеження на 27±1,0% від початкового стану,

у IV фазу він скоротився лише на 15,1±0,54%.

ДЖВШ за гіпертонічно-нормокінетичним типом діагностовано у 12 хворих (III група), у яких максимальне збільшення ЖМ на 24±1,15% зафіксовано на 9-10-й хвилині обстеження, а через годину від початку моніторингу ЖМ скоротився на 49±0,50%.

Клінічне та ультразвукове спостереження за хворими, які знаходилися на лікуванні, ми проводили протягом 7 діб. У результаті ми отримали позитивні динамічні зміни характеру больового синдрому на тлі використання в комплексному лікуванні препарату Ріабал (табл. 3).

Лікування Ріабалом ефективно вплинуло на інтенсивність больового синдрому при функціональних розладах біліарного тракту, він сприяв швидкому припиненню болю. Так, уже на 4-ту добу від

Таблиця 3. Частота больового синдрому у дітей у динаміці терапії (%)

Нозологічна форма	Характер болю	До лікування	2-й день лікування	4-й день лікування	7-й день лікування
ДЖВШ за гіпертонічно-гіперкінетичним типом	Спонтанний	100	85,7	57,2	14,3
	Пальпаторний	100	100	71,4	28,6
ДЖВШ за гіпертонічно-гіпокінетичним типом	Спонтанний	100	72	32	0
	Пальпаторний	100	76	56	20
ДЖВШ за гіпертонічно-нормокінетичним типом	Спонтанний	100	66,7	33,3	0
	Пальпаторний	100	75	50	16,7

початку лікування у значній кількості хворих з гіпертонусом сфінктера Одді в комбінації з гіпо- або нормокінетичним станом ЖМ зменшилась інтенсивність спонтанного болю у правому підребер'ї, а у більшій частині цих хворих больовий синдром повністю зник наприкінці першого тижня лікування. Дещо повільною

була динаміка спонтанного больового синдрому при ДЖВШ за гіпертонічно-гіперкінетичним типом. У більшості пацієнтів цієї групи ефект спазмолітичної терапії наступав ближче до 7-го дня лікування. Наприкінці курсу лікування

Продовження на стр. 56.

РІАБАЛ

(сироп)

Інформація для спеціалістів.
Більш детальна інформація про препарат міститься в інструкції для медичного застосування. Рп. № 2969. № UK/2969/02/01

... відчуття внутрішнього комфорту

- 💧
 РІАБАЛ - єдиний в Україні спазмолітик у формі сиропу, спеціально розроблений для дітей найбільш раннього віку.
- 💧
 Як спазмолітик РІАБАЛ усуває головну причину кишкової коліки - спазм і порушення моторики кишківника.
- 💧
 РІАБАЛ позбавить малюка від кишкової коліки і знизить рівень тривоги батьків.

МЕГАКОМ
Фармацевтична компанія

Мегаком дає можливість українському лікарю реалізувати свою найважливішу функцію - зцілювати, а українському пацієнту з будь-яким достатком - право на одужання.

Досвід застосування препарату Ріабал у комплексній терапії дисфункцій біліарної системи у дітей

Продовження. Початок на стор. 54.

незначні больові відчуття залишалися лише у поодиноких пацієнтів. На нашу думку, це пов'язано з діагностованими у них соматовегетативними розладами, які потребували відповідної корекції нейротропними препаратами. Що стосується болю у правому підбер'ї, який виникав під час пальпації, то він достовірно зникав до 7-го дня комплексного лікування із застосуванням Ріабалу за всіх вищезазначених типів дисфункцій біліарного тракту.

Паралельно ми спостерігали за інтенсивністю спонтанного та пальпаторного болю у дітей із ДЖВШ (рис. 1, 2).

Представлені на рисунках дані свідчать про дещо нижчий ступінь інтенсивності болю, який виникає спонтанно і під час пальпації, при функціональних розладах біліарної системи. Спонтанний біль достовірно зникав у дітей усіх трьох груп, починаючи з другого дня, і практично зникав через тиждень лікування Ріабалом. Позитивною була динаміка болю, яка визначалася під час пальпації живота. Варто відмітити, що у незначної кількості пацієнтів і на 7-й день отримання Ріабалу зберігалися незначні больові відчуття, що, можливо, потребує продовження спазмолітичної терапії до 10 днів. Особливо це стосується групи дітей з гіпертонічним станом СО та гіперкінезом ЖМ.

Під час проведення в динаміці УЗД ЖМ за вищевказаною методикою у 10 дітей з гіпертонічно-гіпокінетичним типом ДЖВШ ми виявили зменшення об'єму ЖМ у першу фазу в усіх дітей на 5-12% від їх значень до початку лікування. Крім того, спостерігали тенденцію до збільшення об'єму ЖМ у IV фазу.

Таким чином, при біліарних дисфункціях, коли переважає гіпертонус сфінктерів в комбінації з різними варіантами кінетики ЖМ, больовий синдром патогенетично зумовлений та потребує відповідної лікувальної тактики, а саме ліквідації м'язового спазму. Серед спазмолітиків в останні роки широко використовують селективні холіноблокатори, які вважають найбільш ефективними. Так, за даними літератури та нашими спостереженнями, прифініум бромід (Ріабал) дозволяє швидко, за декілька днів усунути больовий синдром у дітей із ДЖВШ. Тривалість прийому препарату залежить від інтенсивності болю і при дискінетичних розладах ЖШ у середньому становить 7-10 днів. Наявність трьох лікарських форм препарату (розчин для ін'єкцій, таблетки, сироп) є перевагою порівняно з іншими спазмолітиками, що дозволяє широко рекомендувати Ріабал для застосування у лікуванні дітей різних вікових груп.

Упродовж спостереження Ріабал добре переносили хворі та він не викликав алергічних реакцій.

Висновки

1. Застосування селективного препарату Ріабал у комплексній терапії ДЖВШ ефективно усуває больовий синдром

у більшості дітей, починаючи вже з другого дня лікування. Остаточна ліквідація больового синдрому відбувається через тиждень. Побічних дій та алергічних реакцій не виявлено, що вказує на його безпечність.

2. Враховуючи спазмолітичну ефективність Ріабалу та відсутність побічних дій доцільно рекомендувати препарат до впровадження у практику лікарів-педіатрів та гастроентерологів.

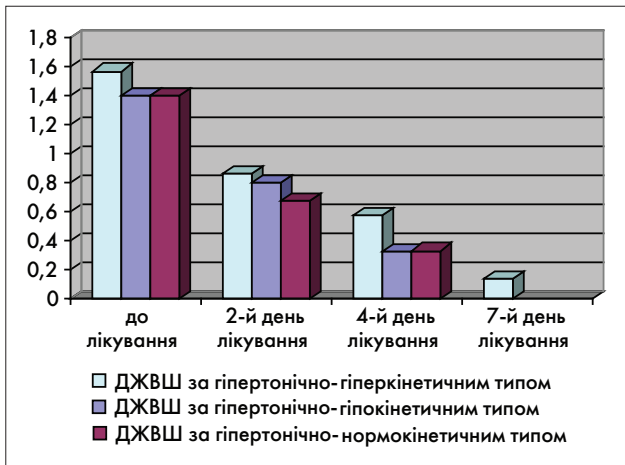


Рис. 1. Динаміка інтенсивності спонтанного болю у дітей із ДЖВШ на тлі прийому Ріабалу (у балах)

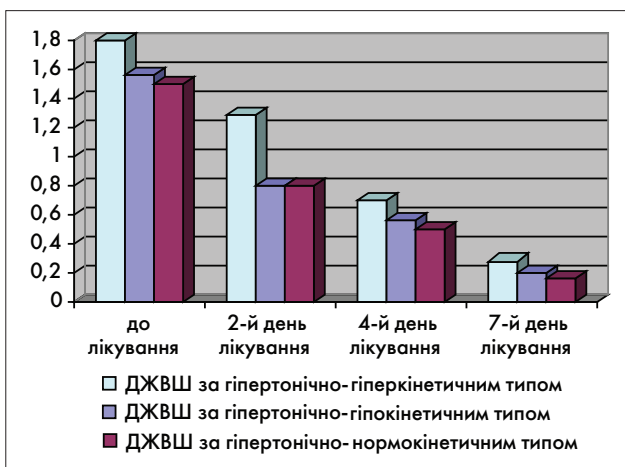


Рис. 1. Динаміка інтенсивності спонтанного болю у дітей із ДЖВШ на тлі прийому Ріабалу (у балах)

Література

- Бабак О.Я., Чернова В.М. Застосування препарату Ріабал при функціональних захворюваннях жовчовивідних шляхів. // Сучасна гастроентерологія. – 2007. – № 4 (36). – С. 56-58.
- Білоусов Ю.В. Гастроентерологія дитячого віку. Підручник. – К.: СПД Коляда О.П., 2007. – С. 52-178.
- Звягинцева Т.Д., Гриндєва С.В. Билиарна дисфункція: діагностика і лічення // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 5 (43). – С. 93-99.
- Казак С.С. Моторно-евакуаторні порушення жовчовиділення та їх корекція у дітей. – Здоров'я ребенка. – 2006. – № 2. – С. 35-39.
- Квашніна Л.В., Родіонов В.П., Клименко О.П. Функціональні порушення біліарного тракту у дітей // Здоров'я України. 2008, червень. – С. 17-19.
- Клименко Е.Ф. Некоторые вопросы эхографической оценки кинетической способности стенок желчного пузыря и его сфинктерного аппарата. – Врачебное дело. – 1995. – № 5-6. – С. 154-156.
- Клименко С.Б., Квашніна Л.В., Клименко О.П. Стан моторики жовчяних шляхів у здорових дітей молодшого шкільного віку // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – № 1. – С. 40-45.
- Машковский М.Д. Лекарственные препараты. В двух томах. Т.1. – Изд. 13-е, новое. – Харьков: Торсинг, 1997. – С. 207-221.
- Метод реабілітації дітей молодшого шкільного віку з функціональною патологією шлунково-кишкового тракту // Н.В. Нагорная, С.С. Острополь, О.В. Бордогова та інші // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2004. – № 6. – С. 53-56.
- Радбиль О.С. Фармакотерапія в гастроентерології: Справочник. – М: Медицина, 1991. – С. 37-53.
- Рациональная диагностика та фармакотерапія захворювань органів травлення. / Під ред. проф. О.Я. Бабака, Н.В. Харченко // «Справочник врача Гастроэнтеролог». – 2-е изд. перераб. и допол. – К.: Тов «Доктор – Медиа». 2007. – С. 236 – 237.
- Шептулин Д.Д. Современные представления о патогенезе, диагностике и лечении синдрома функциональной диспепсии // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2003. – № 1. – С. 19-25.

О.Ю. Белоусова, д.м.н., профессор кафедры педиатрической гастроэнтерологии

Хронический запор профилактика

Запор – одна из наиболее частых жалоб у детей разных возрастных групп. Исследования детских гастроэнтерологов показали, что 70% детского населения страдают хроническими запорами [1, 4], причем по данным Американской ассоциации педиатров у 95% детей с запорами органическая патология отсутствует. Крайне обеспокоены этим недугом родители грудных детей, которые далеко не всегда своевременно обращаются за врачебной помощью. Это во многом связано с тем, что само понятие «запор» многие родители и даже врачи понимают по-разному. Одни считают запором затруднение акта дефекации или слишком плотную консистенцию кала даже при ежедневном стуле, другие – нерегулярный стул вне зависимости от его консистенции или небольшое количество фекалий при регулярной дефекации.

В первые месяцы жизни ребенка при естественном вскармливании частота стула может совпадать с числом кормлений (но не более 6 раз в сутки), постепенно с возрастом кратность стула уменьшается, и ко времени введения прикорма (6 мес) дефекация осуществляется 1-2 раза в день. При искусственном вскармливании частота стула составляет обычно 1 раз в сутки. Нормальный стул ребенка, находящегося на естественном вскармливании, имеет кашицеобразную консистенцию, и наличие плотного или фрагментированного кала свидетельствует о склонности к запору.

В широком смысле слова запор (лат. constipatio – скопление) представляет собой нарушение функции кишечника, выражающееся в увеличении интервалов между актами дефекации по сравнению с индивидуальной физической нормой или систематическом недостаточном опорожнении кишечника. В норме частота стула колеблется в значительных пределах и зависит от многих факторов: у детей раннего возраста это прежде всего характер питания и питьевой режим. Поэтому, если у детей старше 3 лет задержку опорожнения кишечника более 36 ч следует рассматривать как склонность к запору, а частота дефекаций в норме должна быть не менее 2 раз в неделю, то у детей первых 3 лет жизни (особенно первого года жизни) частота стула должна быть не менее 6 раз в неделю. Однако следует помнить, что у детей имеются индивидуальные особенности выделительной функции толстой кишки, а также возрастные особенности дефекации; кроме того, возможны случайные эпизоды кратковременной задержки стула. При этом, кроме возрастного ритма акта дефекации, при запоре у детей раннего возраста отмечаются изменения характера стула (большой диаметр фекаломы, фрагментированный кал), а также болезненные ощущения, натуживание, плач и беспокойство при акте дефекации.

Эти симптомы сами по себе неприятны, беспокоят ребенка и его родителей, влияют на сон, поведение и аппетит и, безусловно, требуют устранения. Это следует иметь в виду, так как в последние годы в литературе появились сообщения (правда, относящиеся к запорам у взрослых), в которых опровергается возможность кишечной интоксикации при хроническом запоре [2, 7]. С этой точки зрения, делается вывод, что добиваться регулярного стула часто не является необходимым. С нашей точки зрения, в педиатрии такое суждение представляется неверным. Во-первых, при хронических запорах, тем более длящихся несколько



Ю.О. Белоусова

суток, всегда наблюдаются явления хронической неспецифической интоксикации: вялость или беспокойство, отсутствие аппетита, головная боль, которые невозможно связать с другими причинами; во-вторых, даже если выраженные явления интоксикации отсутствуют, при хроническом запоре отмечаются симптомы, связанные с нарушением моторно-эвакуаторной функции кишечника, прежде всего – абдоминальная боль. Поэтому устранение болезненных проявлений при хроническом запоре необходимо в любом возрастном периоде, особенно у детей раннего возраста, вне зависимости имеются или отсутствуют явления кишечной интоксикации, которых, по мнению некоторых авторов, не должно быть при запорах.

В подавляющем большинстве случаев хронические запоры у детей раннего возраста носят алиментарный характер и связаны с нарушениями моторно-эвакуаторной функции толстой кишки в результате дискоординации тонических и пропульсивных сокращений стенки кишечника [3]. Римские критерии III (2006) определяют функциональный запор как состояние, проявляющееся урежением опорожнения кишечника до 2 раз в неделю или менее и отхождением твердых каловых масс, сопровождающееся затруднением акта дефекации, а также чувством неполного опорожнения кишечника. В то же время о запоре говорят и в случаях ежедневной дефекации, если она сопровождается болезненными ощущениями, натуживанием, изменением характера стула (большой диаметр фекаломы, фрагментированный кал).

Проведенная А. Коч и соавт. [6] работа по оценке чувствительности симптомов для различных вариантов хронического запора подтвердила важность чрезмерного натуживания как наиболее чувствительного признака запора (чувствительность 94%). Наиболее существенными