на підставі досвіду

Ю.В. Белоусов, д.м.н., профессор, **О.Ю. Белоусова**, д.м.н., профессор, кафедра педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования

Принципы лечения хронического запора у детей

апор представляет собой нарушение функции кишечника, выражающееся в увеличении интервалов между актами дефекации по сравнению с индивидуальной физической нормой или в систематическом недостаточном опорожнении кишечника. Однако, как подчеркивается в материалах Парижского консенсуса по терминологии детских запоров, у детей имеют место индивидуальные особенности выделительной функции толстой кишки, а также возрастные особенности дефекации; кроме того, возможны случайные эпизоды кратковременной задержки стула. В то же время у детей старше 3 лет задержку опорожнения кишечника более 36 ч следует рассматривать как запор, поскольку частота дефекаций у них примерно соответствует таковой у взрослых.

В настоящее время под хроническим запором (X3) у детей подразумевают стойкое/повторяющееся урежение возрастного ритма акта дефекации длительностью более 3 мес (для детей до 3 лет частота стула — менее 6 р/нед, в возрастной группе старше 3 лет — менее 3 р/нед), сопровождающееся затруднением акта дефекации, ощущением неполного опорожнения кишечника, изменением формы и характера стула. У большинства детей встречаются все перечисленные признаки, однако некоторые из них могут отсутствовать.

ХЗ – одно из наиболее часто встречаюшихся заболеваний детского возраста. Распространенность X3, по данным последних исследований, колеблется в пределах от 25 до 50% среди взрослого населения и от 15 до 35% у детей различных возрастных групп. Несмотря на всестороннее изучение этой проблемы, совершенствование методов диагностики и лечения, разработку комплекса профилактических мероприятий, направленных на предупреждение ХЗ у детей, количество больных с данной патологией неуклонно растет. Не может не вызывать беспокойства тот факт, что проводимая при ХЗ терапия у большого количества детей дает кратковременный эффект, что приводит к рецидивированию заболевания, частому развитию осложнений, среди которых ведущее место занимает энкопрез.

Преобладающей формой X3 у детей являются функциональные запоры, обусловленные не структурными поражениями кишечника, а нарушениями механизмов регуляции моторной деятельности желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

В группу функциональных запоров относят прежде всего алиментарные возникающие в результате нарушений режима и характера питания. Роль алиментарного фактора в развитии X3 общеизвестна и чрезвычайно значима. Первопричиной развития данного заболевания в раннем детском возрасте нередко являются характер питания матери (несбалансированный рацион, недостаточное количество жидкости, отсутствие необходимого количества растительной клетчатки), наличие у нее запора. Играет роль и ранний перевод ребенка на смешанное или искусственное вскармливание, что имеет следствием преждевременное созревание секреторного аппарата ЖКТ, а затем истощение его резервных возможностей, увеличивающее риск развития запора. Роль алиментарного фактора чрезвычайно значима в дошкольном возрасте, когда дети фактически получают одинаковую с взрослыми пищу, которая не соответствует возможностям и потребностям детского организма. В школьном возрасте питание детей часто несбалансированно в отношении основных пищевых ингредиентов; так, школьники употребляют в пищу острые приправы, вредные жиры на фоне недостаточного

потребления овощей и фруктов. Существенную роль в этом возрастном периоде приобретают нарушения режима питания, длительные перерывы между приемами пищи, связанные с недочетами в организации школьного питания, обильная еда на ночь, употребление избыточного количества сладостей, газированных подслащенных напитков, жевание резинки, курение, тугое затягивание поясом.

В группу функциональных запоров относят также привычные, или условнорефлекторные, в основе которых лежат полавление актов лефекации, чаще всего связанное с отсутствием условий для последней или стеснительностью (боязнью насмешек, невозможностью выйти в туалет во время занятий), нарушение рефлекторной и сократительной активности мышц сфинктерного аппарата прямой кишки при отсутствии заболеваний аноректальной зоны. Такие запоры чаще отмечаются у стеснительных детей в период приспособления к новым для них условиям, что приводит к затвердению кала, травматизации слизистой оболочки, болезненному акту дефекации, усугубляющим невротические нарушения. Эти запоры носят характер проктогенных, отличаются своеобразной клинической симптоматикой и подходами к проведению терапии от функциональных запоров другого происхождения.

К функциональным запорам следует также отнести невротические, или психогенные, развивающиеся у детей с невропатиями при наличии астенического, депрессивного, истерического или фобического синдромов, что нередко имеет место у избалованных индивидов, детей, нахоляшихся в состоянии острого или хронического стресса (в условиях алкогольной или наркотической зависимости родителей, заболевания или смерти родителей либо ближайших родственников, на фоне конфликтов в школе или семье и т. д.). Обычно в генезе этих запоров большую роль играют нарушения моторики толстой кишки, часто усугубляющиеся имеющими место дефектами питания и режима. В большинстве случаев эти запоры носят смешанный характер, т. е. нарушение пассажа содержимого кишечника сочетается с нарушениями акта дефекации.

В группу функциональных запоров относятся и так называемые вторичные запоры, которые не сопровождаются структурными изменениями кишечника, но сопутствуют ряду заболеваний, являясь одним из его симптомов. При этом на первый план выходит клиническая картина основного заболевания (хронические заболевания пищеварительной системы, эндокринная патология, органические заболевания нервной системы). К запорам функционального генеза могут привести интоксикации или бесконтрольное использование некоторых лекарственных препаратов. Несмотря на различие этиологических факторов, в основе развития вторичных ХЗ лежат нарушение моторной деятельности кишечника в виде гипокинетической дискинезии на фоне снижения тонуса вследствие рефлекторного влияния со стороны патологически измененных органов, нарушения центральной и вегетативной регуляции пищеварения, гормональные сдвиги, хроническая гипоксия, мышечная гипотония, местные воздействия на течение пищеварительного процесса, гиподинамия. В той или иной степени вторичные запоры протекают на фоне или сопровождаются нарушениями режима, характера питания и дефектами акта дефекации.

ХЗ чаще отмечаются при гастродуоденальной патологии, особенно при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Проведенные нами исследования показали, что ХЗ имеют место у 37% детей с гастродуоденальной патологией, причем отмечается корреляционная зависимость между тяжестью заболевания (гастродуоденальной деструкцией) и степенью выраженности ХЗ. У 47,4% детей запор предшествовал гастродуоденальной деструкции, у 35,8% совпадал по времени с ее развитием, и у 16,8% больных время возникновения запора установить не удалось. На фоне клинической симптоматики, свойственной гастродуоденальной патологии, ХЗ проявлялся нарушением стула, изменением характера каловых масс, болью по ходу толстой кишки, иногда во время акта дефекации, болезненностью при пальпации толстой кишки. У 83% детей установлена ваготоническая настроенность вегетативных реакций.

ХЗ является частым, практически постоянным спутником хронического неязвенного колита, синдрома раздраженного кишечника, эндокринной патологии (гипотиреоза, микседемы, сахарного диабета, гиперпаратиреоза, надпочечниковой недостаточности, феохромоцитомы); заболеваний, протекающих с мышечной гипотонией (рахита, миастении, синдрома Марфана, детского церебрального паралича, склеродермии), сопровождающихся мышечной гипоксией (хронических неспецифических заболеваний легких, пороков сердца); повреждении центральной нервной системы, поясничного и крестцового отделов спинного мозга, тазовых парасимпатических нервов.

Определенную роль играет длительное и не всегда обоснованное назначение некоторых лекарственных препаратов. Так, анестетики и миорелаксанты снижают тонус кишечной стенки; противосудорожные препараты (дифенин) и холинолитики (атропин) вызывают блокаду нервных путей, регулирующих моторику; диуретики (фуросемид) могут привести к потере калия и ослаблению контрактильных свойств гладкой мускулатуры; психотропные средства (транквилизаторы, антидепрессанты) вызывают торможение коркового и подкоркового центров дефекации; антибиотики и сульфаниламидные препараты нарушают биоценоз кишечника. Запор могут

обусловить также алюминийсодержащие антациды, вяжущие, обволакиваю-

О.Ю. Белоусов

Ю.В. Белоусов

щие средства, препараты кальция. В качестве факторов, запускающих механизм функционального запора, особую роль играют психоэмоциональные и неврогенные нарушения, протекающие с участием различных отделов нервной системы и вызывающие цепь патологических реакций в гуморальных, регулирующих моторику системах (энтериновой, простагландиновой, кининовой и др.). Имеет значение и снижение порога чувствительности соответствующей системы. Неслучайно ХЗ формируется почти у всех детей с остаточными явлениями перинатальной гипоксии, особенно в периол гипертензионно-гилропефальной декомпенсации, адаптации к новым условиям (детский сад, школа). Запор чаще развивается у детей со слабым типом высшей нервной деятельности, слабыми тормозными процессами, неудовлетворительной социальной адаптацией. Существенную роль в формировании хронического функционального запора у детей имеют депрессивные состояния, невротические расстройства, приводящие к угнетению дефекационного рефлекса.

Определенную роль в формировании X3 играет дисбиоз кишечника, который обнаруживается у большинства детей с этим заболеванием. Дисбиоз кишечника может предшествовать X3, сопровождает его и сам по себе требует соответствующей коррекции.

Лечение X3 должно быть строго индивидуальным с учетом этиологии, характера моторных нарушений, расстройств акта дефекации, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний. Обязательна терапия основного заболевания, которое в ряде случаев является причиной развития X3.

Важнейшим условием эффективности проводимой терапии является тщательно сбалансированное питание, являющееся единственным средством обеспечения потребностей больного ребенка в пищевых веществах с учетом особенностей обменных процессов растущего организма и состояния его функциональных систем. Следует подчеркнуть, что на ранних стадиях X3 правильно подобранные диета и режим питания способны привести к нормализации деятельности кишечника без использования каких-либо медикаментозных препаратов.

При назначении диеты обязательно следует учитывать этиологию заболевания и характер кишечной моторики.

В большинстве случаев больным назначается стол № 3, представляющий собой физиологически полноценную диету с повышенным содержанием продуктов, усиливающих моторную функцию кишечника, достаточным количеством жидкости и клетчатки, дробным приемом пищи 5-6 раз в день. Эта диета назначается при запорах в период нерезкого

50 № 11-12 (288-289) • Червень 2012 р.

на підставі досвіду

обострения или ремиссии, а также при сочетании ХЗ с изменениями со стороны других пищеварительных органов. Указанная диета способствует восстановлению нарушенных функций кишечника и других органов пищеварения, уменьшает дистрофические процессы в тканях. Исключаются продукты и блюда, усиливающие процессы брожения и гниения в кишечнике. Пища предпочтительна отварная или приготовленная на пару; овощи и фрукты – как в вареном, так и в сыром виде.

При лечении запора, протекающего на фоне воспалительного процесса (в случае хронического колита, трещины заднего прохода), назначается диета № 46 с умеренным ограничением механических, химических и термических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата пищеварительного тракта. Диета физиологически полноценная; продукты готовят на пару или отваривают, употребляют в пищу в виде пюре.

В периоде ремиссии воспалительного процесса назначается диета № 4в, предусматривающая небольшое ограничение механических и химических раздражителей; пищу при этом не протирают, что и отличает указанный режим от стола № 4б.

Любая диета предусматривает потребление достаточного количества жидкости, обычно не менее 1,5-2 л/сут старшими детьми, в виде минеральной воды, фруктовых соков, которое равномерно распределяют в течение дня, употребляя натощак, во время еды и в интервалах между приемами пищи.

Как уже указывалось выше, при назначении продуктов необходимо учитывать характер моторной функции толстой кишки, по воздействию на которую пищевые вещества разделяются на три группы: усиливающие моторную функцию толстой кишки и способствующие ее опорожнению; замедляющие кишечную перистальтику и индифферентные.

К физиологическим стимуляторам перистальтики относятся желчные пигменты, сахаристые вещества, клетчатка. Рекомендуются черный хлеб, хлеб с отрубями; сырые овощи и фрукты, особенно бананы, дыни, морковь; овощи в кулинарной обработке (тыква, кабачки, свекла, морковь); сухофрукты, особенно чернослив, курага, инжир; овсяная крупа; мясо с большим количеством соединительной ткани (сухожилия, фасции), соления, маринады, соки, газированные минеральные воды, квас, компоты, кисломолочные продукты, варенье, мед, растительные масла; способствует перистальтике прием охлажденной пищи.

К пищевым веществам, замедляющим перистальтику и опорожнение, относятся продукты, содержащие танин (черника, крепкий чай, какао); богатые эфирными маслами (репа, лук, чеснок, редька); вяжущие (груша, айва, гранат), а также бульоны, протертые супы, манная и рисовая каши, слизистые супы, кисели.

Индифферентными продуктами являются мясо и рыба в рубленом виде, паровые блюда из них, пшеничный хлеб, пресный творог.

Помимо этого, продукты, усиливающие моторику кишок и улучшающие опорожнение, можно разделить по механизму действия на следующие группы.

1. Продукты, содержащие пищевые волокна. Пищевые волокна не перевариваются, они способны впитывать воду и набухать, как губка, увеличивая тем самым содержимое кишки. К таким продуктам относятся хлеб из муки грубого помола с добавлением отрубей, пшеничные отруби, желательно прошедшие специальную обработку (ферментацию и дефитинизацию, что необходимо для нейтрализации действия фитиновой кислоты, которая

соединяется в кишечнике с различными микроэлементами и выводит их из организма), морковь, огурцы, свекла, кабачки, соя, сухофрукты, овес, орехи. Возможно использование гороха, чечевицы, капусты, фасоли, редиса (при отсутствии побочного эффекта в виде вздутия живота).

- 2. Продукты, содержащие левулозу, декстрозу, фруктозу. Продукты этой группы усиливают секрецию пищеварительных желез, образуют кислоты, стимулирующие перистальтику толстой кишки. К ним относятся мед, изюм, виноград, чернослив, курага, инжир, груши, сладкие яблоки, сливы, свежая черника, финики, абрикосы, крыжовник.
- 3. Продукты, содержащие органические кислоты: кислое молоко, простокваша, мацони, однодневный кефир, йогурт, пахта, кислая сыворотка, квас, квашеная капуста, квашеные овощи.

4. Продукты, содержащие ненасыщенные жирные кислоты, жирные и эфирные масла. Эти вещества улучшают секрецию желчи, что способствует усилению кишечной перистальтики. К ним относятся сырые растительные масла, рыбий жир, печень трески, минтая и других рыб; пряности, орехи.

5. Продукты, содержащие желатин и агар-агар, - различные желе, муссы, пастила, зефир – способствуют увеличению объема кишечного содержимого.

Весьма значительную роль в диете пациентов с ХЗ играет пищевая клетчатка (пищевые волокна, грубоволокнистая клетчатка), содержащаяся в растениях (в основном в злаковых) и обеспечивающая наряду с жирами, белками, углеводами, витаминами необходимый питательный баланс. Растительные волокна не перевариваются в пищеварительном тракте,

а утилизируются микрофлорой кишечника. Основная функция клетчатки состоит в адсорбции воды, но одновременно клетчатка играет важную роль в других процессах, в частности сохраняет коллоидную стабильность желчи за счет усиления выделения холестерина с калом.

Адсорбция воды в кишечнике увеличивает объем каловых масс и снижает риск возникновения запора. По своему химическому составу пищевая клетчатка - неусвояемая целлюлоза. По содержанию ее в продуктах на первом месте находятся пищевые отруби (53-55% волокон), затем овощи (20-24%) и ржаной хлеб. Рафинированные продукты (мука, сахар) пищевой клетчатки не содержат. Содержание клетчатки в некоторых продуктах (в граммах на 100 г продукта) приведено в таблице 1.

Продолжение на стр. 52.



<i>оефекации</i>		
Возраст	Начальная доза, мл	Поддерживающая доза, мл
Взрослые	15-45	15-30
Дети в возрасте 7–14 лет	15	10-15
Дети в возрасте от 1–6 лет	5-10	5-10
Пати групного возраста		

Р.С. № UA/3255/01/01 от 15.01.2008 до 15.01.2013





- мягко устраняет запор
- регулирует работу кишечника
- способствует восстановлению баланса кишечной флоры

Представительство «Абботт Продактс ГмбХ» в Украине. 01032, г. Киев, ул. Жилянская, 110, 3 этаж. Тел.: (+38 044) 498-60-80, тел./факс: (+38 044) 498-60-81



на підставі досвіду

Ю.В. Белоусов, д.м.н., профессор, О.Ю. Белоусова, д.м.н., профессор, кафедра педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования

Принципы лечения хронического запора у детей

Продолжение. Начало на стр. 50.

Таблица 1. Содержание клетчатки в некоторых продуктах питания			
Продукт	Количество клетчатки, г (на 100 г продукта)		
Хлеб пшеничный, зефир	0,2		
Кабачки	0,2		
Пастила	0,4		
Алыча, арбуз, салат зеленый, слива	0,5		
Виноград, груша, дыня, мандарины, халва, яблоки	0,6		
Грейпфрут, капуста белокочанная, огурцы	0,7		
Абрикосы свежие, бананы, редис, томаты	0,8		
Капуста цветная, персики, свекла	0,9		
Картофель, фасоль	1,0		
Хлеб ржаной	1,1		
Морковь, тыква	1,2		
Баклажаны, лимоны	1,3		
Апельсины, перец красный сладкий	1,4		
Петрушка (зелень), редька, репа	1,5		
Брусника	1,6		
Клюква, крыжовник	2,0		
Хлеб белковый с отрубями	2,1		
Хлеб с отрубями	2,2		
Рябина черноплодная	2,7		
Хрен	2,8		
Черная смородина	3,0		
Курага	3,2		
Укроп	3,5		
Финики	3,6		
Облепиха	4,7		
Горошек зеленый	6,0		
Грибы сушеные	20,0		

Увеличивая массу кала, пищевые волокна снижают риск развития запоров; по статистике, в регионах, где потребление клетчатки уменьшено, частота запоров выше. При этом, однако, обязательным условием хорошей адсорбции является употребление достаточного количества жидкости (старшим детям — 1,5-2,0 л в день), поскольку в условиях отсутствия воды пищевая целлюлоза перестает выполнять адсорбирующую функцию.

Механизм действия балластных веществ на транспорт кишечного содержимого состоит в ускорении пассажа по кишечнику благодаря увеличению массы кала, причем это характерно как для здоровых детей, так и для пациентов с ХЗ. Увеличение массы кала достигается за счет двух основных механизмов Олин из них состоит в связывании воды, что обусловлено физико-химическими свойствами пищевых волокон, при этом различная способность связывать воду зависит от вида балластных вешеств (гемицеллюлоза, целлюлоза и лигнин). Они адсорбируют воду в результате заполнения пустот волокнистой структуры веществ, тогда как у неструктурированных балластных веществ (пектина, семян подорожника) связывание воды происходит с помощью гидроколлоидов. Кроме того, балластные вещества увеличивают бактериальную массу кала и тем самым повышают собственную ферментативную активность бактерий. Продукты бактериального расщепления, особенно короткоцепочечные жирные кислоты (масляная. пропионовая), способствуют нормальной жизнедеятельности клеток слизистой оболочки толстой кишки и регулируют моторику кишечника. Освобождающиеся газы усиливают растяжение толстой кишки, что стимулирует пропульсивную моторику кишечника, но может обусловить появление

Возможность получения достаточного количества балластных веществ с пищей обусловливается возрастом больного ребенка и индивидуальной переносимостью. Из-за повышенного газообразования многие дети плохо переносят капусту и бобовые. Продукты из муки грубого помола и овса, некоторые сорта овощей также могут вызвать неприятные ощущения в виде тошноты, болей в животе, метеоризма. Поэтому назначаемая диета должна быть строго индивидуальной и учитывать особенности детского организма. При запорах, сопровождающихся выраженной перистальтикой кишечника, особенно при наличии спастических болей в животе, диета, богатая пищевыми волокнами, может вызвать усиление болей. В таких случаях вначале применяют диету с низким содержанием пищевых волокон. Для уменьшения и последуюшей ликвидации спазмов кишечника назначают антиспастические средства, затем постепенно добавляют в пищу продукты, содержащие клетчатку нежной, а впоследствии и более грубой консистенции. В таких случаях целесообразно рекомендовать употребление в пищу чернослива в любом виде, в том числе в виде настоя или пюре, т. к. сливы содержат сравнительно небольшое количество волокон (0,5 г на 100 г) и органические кислоты способствующие опорожнению кишечника. В то же время целесообразность использования при лечении запоров балластных веществ не вызывает сомнения. Обычно применяются пшеничные или ржаные отруби, которые перед употреблением для уменьшения газообразования необходимо обдать кипятком, настоять в течение 20 мин, чтобы они набухли и стали мягче; надосадочную жидкость следует слить. Детям до 10 лет назначают по 0,5 чайной ложки 3 р/день, старшим по 1 чайной ложке 3 р/день, постепенно повышая при необходимости дозу в зависимости от ее переносимости и эффективности. Продолжительность лечения составляет 4-6 нед. При нормализации стула дозу отрубей снижают до первоначальной и продолжают их прием в течение всего зимне-весеннего периода.

В последнее время для удобства применения отруби выпускают в брикетах (таблетках). Доза детям до 10 лет — от 7 до 14 таблеток, или от 0,5 до 1 брикета (дозу увеличивают постепенно) в сутки; у детей старше 10 лет доза возрастает до 28 таблеток, или 2 брикетов. Таблетки можно запивать не только водой, но и кефиром, йогуртом, соком. Детям раннего возраста вместо отрубей назначают пшеничные зародышевые хлопья.

Кроме пшеничных отрубей для ускорения пассажа кишечной массы по кишечнику в диеты включают также слизистые вещества, состоящие из одинаковых количеств клетчатки и полисахаридов, неспособных всасываться в кишечнике. Это вещества растительного происхождения, имеющие смолистую основу; они разбухают в воде и превращаются в слизистую массу, которая не дает сгущаться калу, одновременно увеличивая его объем. К слизистым веществам относятся морские водоросли. В Украине наиболее широко применяется морская капуста (ламинария) бурая водоросль, богатая йодистыми, бромистыми и кальшиевыми солями. полисахаридами, витамином С. Ламинария противопоказана больным с непереносимостью йода, при длительном употреблении может вызвать явления йодинизма. Выпускается в виде натурального порошка и таблеток.

Следует подчеркнуть, что диетотерапия с назначением растительной клетчатки эффективна при функциональных, особенно алиментарных запорах; при аномалиях развития кишечника (долихосигма) ее следует назначать с осторожностью. Помимо растительной клетчатки, в рацион детей с ХЗ, прежде всего раннего возраста, целесообразно включать кисломолочные продукты с высокой кислотностью и закваски, обладающие послабляющим действием: продукты, содержащие лактулозу, пробиотики, включающие бифидо-, лакто- и пропионовокислые бактерии, йогурт, ацидофильное молоко и т. д. Молоко в чистом виде и в большом количестве в блюдах обычно переносится плохо, нередко вызывая метеоризм и расстройства стула, поэтому при запорах его потребление следует ограничить или полностью исключить, отдавая предпочтение кисломолочным продуктам. Рекомендуется введение в рацион ребенка фруктовых пюре: яблочного, абрикосового, персикового, а также натуральных соков. При запорах особенно показаны капустный, свекольный соки, пюре из чернослива (от 2 до 4 чайных ложек в день в зависимости от возраста).

Получение ребенком достаточного количества жидкости достигается дополнительным назначением минеральных вол из расчета 3-5 мл/кг на прием 2-3 р/день за 40 мин до еды, которые обладают способностью оказывать влияние на кишечную моторику. При снижении двигательной активности кишечника (гипокинетической дискинезии с гипомоторной дистонией) рекомендуется употреблять такие минеральные воды, как Ессентуки 17, Моршинская, Трускавецкая, в холодном виде. При гиперкинетических запорах с гипермоторной дискинезией назначаются слабоминерализованные щелочные минеральные воды (Ессентуки 4, Славяновская, Березовская) в теплом виде.

Наряду с диетическим питанием большое значение в коррекции запоров играет ритм опорожнения кишечника. Следует помнить, что он индивидуален, и задача заключается не только в учащении дефекации, но и в уменьшении излишнего натуживания, т. е. в разжижении стула. Доказано, что наиболее адекватным ритмом эвакуаторной функции кишечника является утренний.

При утреннем ритме дефекации (с 6:00 до 12:00) риск запора в 3-4 раза меньше, чем при дневном или вечернем. Дефекация в период с 12:00 до 24:00 ассоциируется с риском запора почти у каждого 2-го пациента. Однако это не означает, что у всех детей с запорами следует вырабатывать искусственную норму и настаивать, чтобы стул непременно был утренним. Тем более ни в коем случае не следует подавлять позывы на дефекацию, это может только усугубить проблему. В то же время приучение ребенка с раннего возраста к горшку является одной из важнейших мер профилактики запора.

Большую роль в коррекции X3 играет соблюдение активного двигательного режима. Нежелательны длительное пребывание в постели по утрам после пробуждения, несоблюдение последовательности гигиенических мероприятий. Полезны пешеходные, велосипедные или лыжные прогулки, катание на коньках, плавание, гребля. Физические упражнения стимулируют двигательную активность кишечника, укрепляют мышцы брюшной стенки и тазового дна, повышают тонус организма и в конечном итоге благоприятно

влияют на нервно-психическую сферу. Все это положительно сказывается на процессе опорожнения кишечника.

При недостаточной физической активности, гиподинамии двигательная активность кишечника может и должна стимулироваться назначением лечебной физкультуры и массажа, которые, кроме общеукрепляющего и оздоравливающего действия на организм ребенка в целом, способствуют улучшению кровоснабжения органов брюшной полости, укрепляют мышцы брюшного пресса.

При выборе лечебного комплекса физических упражнений необходимо учитывать состояние тонуса и кинетики кишок. Преобладание гиперкинетических и гипертонических изменений, что клинически проявляется спастическим запором, требует уделить особое внимание выбору исходных положений, способствующих расслаблению передней брюшной стенки. При пониженном тонусе кишечника (гипокинетической дискинезии и гипотонической дистонии) используют упражнения, направленные на ритмичное сдавливание брюшного пресса (наклоны туловища, подъем прямых ног в положении лежа на спине и т. д.). Параллельно с лечебной физкультурой при гипотонических запорах полезно назначать массаж живота, первые сеансы которого лучше поручить массажисту, а последующие может проводить обученная им мать. Массаж следует проводить не реже 2 р/день круговыми движениями по часовой стрелке, продолжительность сеанса — 10-15 мин. Хорошие результаты достигаются также при использовании иглорефлексотерапии. Применяются методы классической корпоральной акупунктуры, поверхностная иглотерапия.

Существенное место в коррекции X3 по праву занимают различные методы физиотерапевтического лечения: фарадизация, гальванические токи, различные тепловые процедуры, диатермия, парафиновые аппликации, грязелечение и т л

При гиперкинезии кишок (спастическом запоре) рекомендуются электрофорез спазмолитиков (по 10-12 сеансов на курс); индуктотермия области живота (5-8 сеансов), аппликации озокерита на переднюю брюшную стенку (6-8 процедур). При гипокинетической дискинезии (гипотоническом запоре) предпочтительны диадинамические токи на область живота, гальванизация и электрофорез Са на живот и сегментарные зоны (верхняя часть поясничного отдела позвоночника) по 10-12 сеансов на курс лечения.

Одно из ведущих мест в лечении запоров, особенно осложненных недержанием кала, занимает электростимуляция — метод лечения с использованием различных импульсных токов с целью стимуляции мышц и нервов. Электростимуляция поддерживает сократительную способность мышц, усиливает кровообращение и обменные процессы в тканях. Электростимуляция сфинктерного аппарата и прямой кишки проводится эндоректально с помощью аппарата ФЭС-02 или СЭМ-02, курс лечения состоит из 8-12 сеансов, которые могут быть проведены 2-3 раза в год.

В последнее время с успехом применяется криомассаж живота. Механизм действия массажа передней брюшной стенки охлаждающим агентом основан на локальном отведении тепла из организма с последующим рефлекторным ответом в виде расширения сосудов внутренних органов и мышц, что улучшает микроциркуляцию в зоне воздействия

52 № 11-12 (288-289) • Червень 2012 р.

на підставі досвіду

с последующим длительным повышением температуры тканей и изменением характера общей и местной реактивности. Криомассаж оказывает болеутоляющее, противовоспалительное, антиспастическое действие, улучшает кровои лимфообращение.

Существенную роль в лечении ХЗ играют слабительные средства, причем в противоположность прежнему разделению слабительных препаратов по их преимущественному действию на тонкую или толстую кишку в настоящее время принято считать, что все слабительные средства, хотя и в разной степени, действуют на оба отдела кишечника. Слабительные препараты не являются единой группой лекарственных средств. В соответствии с механизмом действия их можно разделить следующим образом: увеличивающие объем кишечного содержимого, изменяющие консистенцию кала, повышающие осмотическое давление кишечного содержимого.

В детской практике как наиболее эффективные и безопасные зарекомендовали себя препараты, повышающие осмотическое давление, - лактулоза и ее производные.

Лактулоза – синтетический дисахарид, в котором каждая молекула галактозы связана с молекулой фруктозы. Лактулоза попадает в толстую кишку в неизмененном виде. В процессе бактериального расщепления лактулозы на короткоцепочечные жирные кислоты (молочную, уксусную, масляную) снижается рН содержимого толстой кишки. За счет этого повышается осмотическое давление, что ведет к задержке жидкости в просвете кишки и усилению ее перистальтики. Следует отметить, что лактулоза запрещена в ЕС в качестве пищевой добавки и используется только в составе препаратов и некоторых смесей – заменителей грудного молока, предназначенных для вскармливания детей, в том числе и 1-го года жизни. В Японии, напротив, в 1992 г. лактулоза получила официальный статус специальной пищевой добавки, способствующей сохранению здоровья, и была включена в «золотой список», состоящий из 12 ингредиентов пищевых продуктов, укрепляющих здоровье нации.

Действие препарата Дуфалак (содержание лактулозы -67%) основано на том, что Лактулоза не расщепляется ферментами тонкой кишки и остается интактной вплоть до попадания в толстую кишку. В последней под воздействием ферментов бактерий молекула лактулозы распадается на низкомолекулярные органические кислоты (молочную, уксусную, масляную). В результате повышается осмотическое давление и подкисляется содержимое толстой кишки. За счет притока жидкости увеличивается объем кала, изменяется его консистенция на более рыхлую. Лактулоза создает благоприятные условия для усиленного роста анаэробной флоры (бифидо- и лактобактерий), чем способствует ликвидации дисбиоза кишечника. Являясь мягким регулятором функции кишечника и слабительным средством, Дуфалак широко применяется во всем мире в течение длительного периода времени. Дозу препарата подбирают индивидуально (табл. 2).

Таблица 2. Дозировка препарата Дуфалак			
Возраст	Начальная доза, мл	Поддерживаю- щая доза, мл	
Взрослые	15-45	10-25	
Дети 7-14 лет	15	10	
Дети 3-6 лет	5-10	5-10	
Дети до 3 лет	5	5	

Как правило, доза может быть снижена после 2 дней приема в зависимости от потребности больного. Препарат лучше принимать 1 р/день утром во время еды. Клинический эффект наступает через 1-2 дня. Дозу или частоту приема увеличивают в том случае, если в течение 2 дней приема препарата не наблюдается улучшения состояния больного.

Сегодня не вызывает сомнений тот факт, что лечебная тактика при ХЗ у детей должна учитывать ряд важных факторов (причины, вызывающие запор, патогенетические механизмы его формирования, функциональное состояние толстой кишки, включая сфинктерный аппарат, нервно-психические и социальные условия жизни ребенка), что позволяет дифференцированно подходить к выбору комплекса лечебно-восстановительных мероприятий, включающего диету, режим питания и поведения, прием слабительных, прокинетиков, воздействие на моторику толстой кишки физио- и рефлексотерапией.

Повседневная педиатрическая практика свидетельствует о том, что коррекция нарушений дефекации у детей разных возрастных групп до сих пор является труднорешаемой задачей. Родители не всегда готовы длительно следовать рекомендованной диете с высоким содержанием растительной клетчатки, дети довольно часто отказываются от подобного питания, лечебная физкультура не во всех случаях сопровождается положительным эффектом. Все это связано со спецификой мышления матерей, не ориентированных на адекватное излечение. Многие родители требуют, чтобы их ребенку назначили лекарственные препараты послабляющего действия.

Необходимо отметить, что роль клетчатки в лечении X3 у детей оспаривается. Источником клетчатки в рационе являются как сырые продукты (фрукты и овощи), так и добавки с гуаровой камедью и пектином. Для достижения желаемого эффекта они должны поступать в большом количестве, что, как правило, неприемлемо для детей, поскольку при этом часто возникают боль и вздутие живота, чрезмерное газообразование и даже диарея.

В этих случаях показано назначение лактулозы (Дуфалака) – эффективного и безопасного осмотического слабительного (ОС), позволяющего достигать эффекта за рамками строгого соблюдения диеты. Простота использования Дуфалака и его эффективность с точки зрения родителей и врача в сравнении со сложностями соблюдения диеты обусловливают широту применения указанного препарата. К тому же соблюдение диетических рекомендаций имеет нередко негативную эмоциональную составляющую и требует ломки стереотипов, а также модификации пищевого поведения семьи. Следует помнить, что длительный прием ОС не исключает необходимости соблюдения диетических рекомендаций: базисная терапия при этом в 2 раза эффективнее, однако регулярность диеты ограничена низкой приверженностью пациентов (детей и родителей) к ее соблюдению. В литературе имеются указания, что возможно даже длительное применение Дуфалака (от 3 мес до 4 лет, в среднем 2,5 года), но доза должна контролироваться копроскопическими и гематологическими исследованиями. Безусловно, необходимость столь длительного применения ОС имеет место далеко не всегда, особенно если сочетать их использование с массажем живота и/или рефлексо-, физиотерапией, что позволит обойтись без строгих ограничений в случаях полного родительского или детского неприятия диеты.

Список литературы находится в редакции.



СОВЕТЫ АДВОКАТА

Жизнь или вера пациента: трудный выбор врача

Представьте себе ситуацию, когда в приемное отделение больницы поступает пациент в тяжелом состоянии, требующем неотложного оперативного вмешательства. Врачи готовы оказать помощь, но пациент или сопровождающее его лица твердо заявляют: «Если в ходе операции потребуется переливание крови, мы отказываемся от лечения, невзирая на возможные необратимые последствия». Как поступать медицинскому работнику в подобной ситуации?

Никакой крови!

Чаще всего от переливания крови или получения любого из ее основных компонентов (тромбоцитов, лейкоцитов, эритроцитов, плазмы) отказываются члены религиозной организации «Свидетели Иеговы». Эти люди, по-своему трактуя некоторые положения Библии, считают, что в крови находится душа человека, поэтому поступление чужой крови в организм для них абсолютно неприемлемо. Каждый член этой организации, как правило, имеет при себе письменный отказ от переливания крови, оформленный на специальном бланке. Даже если подобного документа у пациента – сторонника указанной религиозной доктрины при себе нет. в медицинское учреждение очень быстро прибывают либо его родственники, либо единоверцы, угрожая подать в суд на врача в случае переливания крови этому больному. Выходом в данной ситуации может быть применение искусственных кровезаме-

нителей, однако далеко не каждая больница располагает достаточным запасом таковых, к тому же они не всегда бывают достаточно эффективны. Свидетели Иеговы готовы доставлять кровезаменители даже из других городов, но ведь случается, что промедление в оказании помощи будет стоить жизни пациенту. В этом случае медику приходится принимать решение в соответствии с врачебной этикой и моральными принципами. И закон может облегчить эту непростую задачу.

Чем поможет закон?

Известен случай, когда в Нововолынскои городскои оольнице спасали жизнь придерживающейся учения иеговистов роженице, у которой открылось массивное кровотечение, и ей пришлось делать переливание крови. Мать и ребенка с трудом удалось спасти, хотя единоверцы, включая мужа, настаивали на отказе от реанимационных мероприятий, да и сама пациентка с тех пор считает себя оскверненной, хотя до суда дело в этом случае не дошло.

Многие врачи считают, что пациент имеет право самостоятельно решать свою судьбу и подписывать отказ от лечения. Однако видеть на операционном столе умирающего человека, зная, что его можно спасти, и не делать этого только потому, что больной ссылается на религиозный запрет, – вряд ли хоть один врач хотел бы оказаться в подобной ситуации.

Согласно ст. 43 Основ законодательства Украины о здравоохранении от 19.11.1992 г., «в неотложных случаях, когда имеется реальная угроза жизни больного, согласие больного или его законных представителей на медицинское вмешательство не требуется. Если отсутствие согласия может привести к тяжелым для пациента последствиям, врач обязан ему это объяснить. Если и после этого пациент отказывается от лечения, врач вправе взять с него письменное подтверждение, а при невозможности его получения засвидетельствовать отказ соответствующим актом в присутствии свидетелей. Если отказ дает законный представитель пациента и этот отказ может иметь для пациента тяже лые последствия, врач должен сообщить об этом в органы опеки и попечительства».

Однако порой на подобные разговоры, запросы и получение необходимых подписей нет времени, отсчет идет на секунды. В такой ситуации решение врача об оказании медицинской помощи подкрепляется ч. 5 ст. 284 Гражданского кодекса Украины: «В неотложных случаях при наличии реальной угрозы жизни физического лица медицинская помощь предоставляется без согласия физического лица или его родителей (усыновителей), опекуна, попечителя».

Если ребенок — иеговист

Тяжелее всего приходится врачам, когда в неотложном переливании крови нуждается ребенок, а его родители-иеговисты категорически отказываются от

С кровью пока ничто не сравнится. Слишком уж много у нее «обязанностей», заменить которые невозможно.

Виктор Морозов, член-корреспондент РАМН

оказания помощи. Пожалуй, это один из немногих случаев, когда общество поддерживает стремление государства вмешаться в личную жизнь своих граждан. Широкую известность приобрела история с президентом Грузии, лично потребовавшим переливания крови для спасения 4-летней девочки с сильными ожогами, которую родители-иеговисты отказывались лечить, притом что кровезаменители оказались малоэффективными. Австралийские законы прямо запрещают свидетелям Иеговы отказываться от переливания крови их детям. В России несколько лет назад решением суда была запрещена деятельность одной из московских общин «Свидетели Иеговы» с формулировкой: «...разжигает религиозную вражду и склоняет тяжелобольных людей к отказу от медицинской помощи».

В Украине работники прокуратуры всегда готовы поддержать медиков в вопросе спасения жизней пациентов. врачам нужно только обратиться в прокуратуру с официальным заявлением о том, что родители или близкие пациента препятствуют спасению его жизни. Согласно ст. 16 Закона Украины «О свободе совести и религиозных организациях» от 23.04.1991 г. деятельность религиозной организации может быть прекращена в судебном порядке, если она связана с посягательством на жизнь, здоровье, свободу и достоинство личности».

Подготовил Василий Сай

Адвокатское объединение K.S.B. Lex Group

Здоров'я України

www.health-ua.com