

Л.Н. Цветкова¹, Т.Ф. Мухина², А.Б. Мусеев¹, А.П. Тернавский²,
О.А. Горячева¹, Е.Г. Щерба³

ОСТРЫЙ ЗАПОР – КОРРЕКЦИЯ И ВОЗМОЖНЫЕ ИСХОДЫ

¹Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, ²Измайловская ДГКБ,
³Консультативно-диагностическая поликлиника УДП РФ, Москва

В статье представлены данные об анализе причин развития острого запора (ОЗ) у детей, разнообразии его клинических проявлений, а также тактика оказания терапевтической помощи. Результаты катamnестического наблюдения за 135 детьми в возрасте от 1 года до 15 лет, перенесших ОЗ, показали, что последний является важной причиной для обращения к специалисту с целью своевременного обследования и адекватного лечения, что позволяет у $1/3$ больных избежать формирования хронического запора, о чем свидетельствуют данные катamnестического наблюдения за этой категорией больных.

Ключевые слова: дети, острый запор, причины, коррекция, исходы.

Authors analyze causes of acute constipation development in children, show variability of its clinical presentations and discuss therapeutic tactics. Follow up of 135 children aged 1–15 years with history of acute constipation showed that the last was important reason for gastroenterologist consultation for early examination and adequate treatment, and these measures permit to avoid chronic constipation development in $1/3$ of patients, and this act was proved by data of follow up of these patients.

Key words: children, acute constipation, causes, correction, outcomes.

Хронический запор (ХЗ) – одно из наиболее частых заболеваний современного общества, которому, несмотря на обилие публикаций, продолжает уделяться пристальное внимание, как с научной, так и с практической точки зрения [1–4].

Изучение причин, способствующих развитию хронического копростазы, показало их многообразие, которое наиболее ощутимо выявляется у детей различных возрастных групп. Знание последних помогает не только определиться в ком-

Контактная информация:

Цветкова Любовь Никифоровна – д.м.н., заслуженный врач РФ, проф. каф. пропедевтики детских болезней ГОУ ВПО РГМУ Росздрава

Адрес: 105077 г. Москва, Верхняя Первомайская ул., 48/15

Тел.: (495) 465-46-53, E-mail: kpdb@mail.ru

Статья поступила 6.09.10, принята к печати 30.09.10.

плексе необходимых лечебных мероприятий, но и осуществлять профилактику рецидивирования хронического процесса [5].

Запор (constipation – скопление) – нарушение функции кишечника, проявляющееся увеличением интервалов между актами дефекации (менее 3 дефекаций в неделю). Необходимо отметить, что у ребенка частота дефекаций зависит от возраста.

Согласно Римским критериям III (2006), помимо сказанного выше, важной особенностью в характеристике запора являются такие симптомы, как натуживание во время акта дефекации, фрагментированный или твердый стул, ощущение неполного опорожнения кишки или аноректального препятствия, применение мануальных способов эвакуации кала. Если такие симптомы возникают на фоне нормального стула и повторяются не более 3 месяцев, можно говорить об остром запоре (ОЗ), а более 25% времени в течение по меньшей мере 12 недель за последние 6 месяцев без принятия слабительных средств – о ХЗ [6].

ОЗ – состояние, которое за период жизни хотя бы однажды переживает каждый человек.

По мнению А.И. Ленюшкина [7], ни один эпизод острой задержки стула не должен быть оставлен без внимания, что является важнейшим фактором, способствующим профилактике формирования ХЗ.

В связи с этим целью нашего исследования было изучение причин развития ОЗ у детей различных возрастных групп, особенностей их коррекции и возможные исходы.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе гастроэнтерологического отделения (зав. отд. Л.В. Нечаева) Измайловской ДГКБ (главный врач А.П. Жарков) с последующим катамнестическим наблюдением от 6 месяцев до 3 лет в условиях КДП УДП РФ (главный врач Н.Б. Троицкая).

В объем проводимых диагностических мероприятий вошли общеклинические методы исследования, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, рентгенологическое (ирригография) или УЗ-исследование толстой кишки, анализ кала на дисбактериоз.

Результаты и их обсуждение

Ретроспективный анализ историй болезни 352 детей с синдромом ХЗ показал, что у 34,7% детей заболевание начиналось с острой задержки стула.

Под нашим наблюдением находились 135 детей в возрасте от 1 года до 15 лет с длительностью запора от 1 недели до 4 месяцев от момента острой задержки стула. Распределение наблюдаемых детей по возрасту и полу представлено в таблице.

Как видно из таблицы, среди детей, наблюдавшихся с ОЗ, преобладали дети в возрасте от 1 до 3 лет, в дошкольном и младшем школьном возрасте их количество было несколько меньше, причем во всех перечисленных возрастных группах преобладали мальчики. Дети в возрасте от 12 до 15 лет с ОЗ обращались к врачу значительно реже (14% от наблюдаемых детей), что связано с их характерологическими особенностями в этот возрастной период. Среди больных этого возраста девочек было больше, чем мальчиков.

Необходимо отметить, что из 135 наблюдаемых детей 21 ребенок (15,6%) поступил в гастроэнтерологическое отделение ИДГКБ после перевода из хирургического отделения, 32 ребенка (23,7%) обследованы там же по направлению поликлиник и КДЦ, а 82 ребенка (60,7%) наблюдались и лечились только в условиях КДЦ (из них 19 детей в период острой задержки стула в течение 3–5 дней находились в хирургических отделениях стационаров, но после исключения хирургической патологии и ликвидации копростазы были выписаны под наблюдение гастроэнтеролога).

Интерес представляет анализ сроков обращения больных к специалисту от момента возникновения острой задержки стула. По нашим данным, 62 ребенка (45,9%) обратились к врачу в первые 7 дней, 33 ребенка (24,4%) – на 1-м месяце, 24 ребенка (17,8%) – на 2-м месяце и 16 детей (11,8%) – на 3-м месяце от начала заболевания.

На момент первичного обследования все дети жаловались на изменения характера стула и акта дефекации (рис. 1).

Как видно на рис. 1, 64 ребенка (47,4%) предъявляли жалобы на задержку стула от 3 до 8 дней, несколько реже на болезненную дефекацию (34 ребенка – 25,2%), наличие в каловых массах слизи (32 ребенка – 23,7%) и крови (31 ребенок – 23%). У 28 детей (20,7%) стул был ежедневный, но у 18 из них (13,3%) он сопровождался интенсивным натуживанием с уплотненным началом цилиндра, а у 10 детей (7,4%) он был «овечий». Стул после задержки учащенными скудными порциями отмечался у 14 детей (10,4%), а 9 детей (6,7%) страдали недержанием кала (энкопрозом).

Таблица

Распределение наблюдаемых детей по возрасту и полу

Пол	Возраст, годы								Всего	
	1–3		4–6		7–11		12–15			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мальчики	26	19,3	20	14,8	17	12,6	8	5,9	71	52,6
Девочки	22	16,3	16	11,8	15	11,1	11	8,1	64	47,4
Итого	48	35,6	36	26,7	32	23,7	19	14	135	100

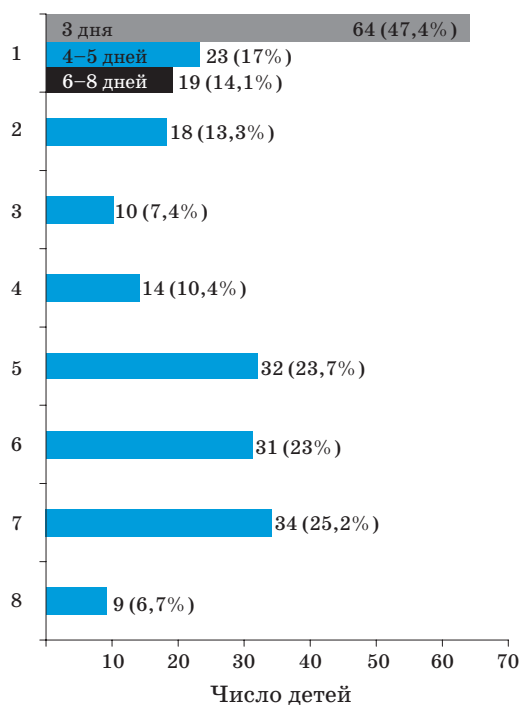


Рис. 1. Характер стула и акта дефекации у наблюдаемых детей.

1 – стул с задержкой, 2 – стул ежедневный после интенсивного натуживания с уплотненным началом цилиндра, 3 – стул ежедневный «овечий», 4 – стул после задержки учащенными скудными порциями, 5 – слизь в каловых массах, 6 – кровь в каловых массах, 7 – болезненная дефекация, 8 – энкопрез.

Помимо задержки стула, изменений его характера и особенностей акта дефекации, у наблюдаемых детей отмечался ряд жалоб (рис. 2), среди которых преобладали самостоятельные боли в околопупочной и подвздошных областях (57,8%), несколько реже – чувство неполного опорожнения

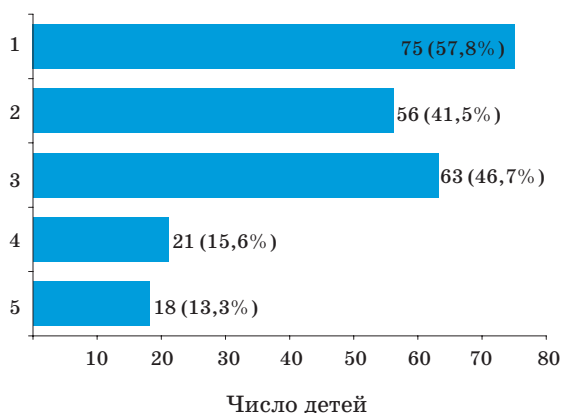


Рис. 2. Жалобы, отмеченные у наблюдаемых детей.

1 – самостоятельные боли в околопупочной и подвздошных областях; 2 – метеоризм; 3 – чувство неполного опорожнения с частыми позывами на дефекацию; 4 – учащенные мочеиспускания; 5 – аллергические высыпания на коже.

с частыми позывами на дефекацию и метеоризм (41,5 и 46,7% соответственно). Обращает на себя внимание, что у 21 ребенка (15,6%) задержка стула сопровождалась учащенными мочеиспусканиями, а у 18 детей (13,3%) – аллергическими высыпаниями на коже.

Интерес представляет анализ предполагаемых причин, способствовавших возникновению ОЗ у наблюдаемых детей (рис. 3).

Как видно на рис. 3, триггерными моментами в развитии ОЗ чаще других являлись медикаментозная терапия (антибиотики, антациды, препараты железа, ганглиоблокаторы и др.) – 51,8% и кишечные инфекции – 34,8%; несколько реже – ОРВИ и длительная гипертермия – 23,7%. Существенную роль в развитии острой задержки стула играли резкая смена привычного образа жизни, питания и качества питьевой воды (17,8%), а также стрессовые ситуации (начало посещения детского сада, школы, разлука с близкими, конфликты, экзамены и др.) – 15,6%. Нельзя не отметить, что у 8,1% детей родители связывают острую задержку стула с прививкой.

Всем наблюдаемым детям был проведен комплекс диагностических мероприятий (пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, рентгенологическое или УЗ-исследование

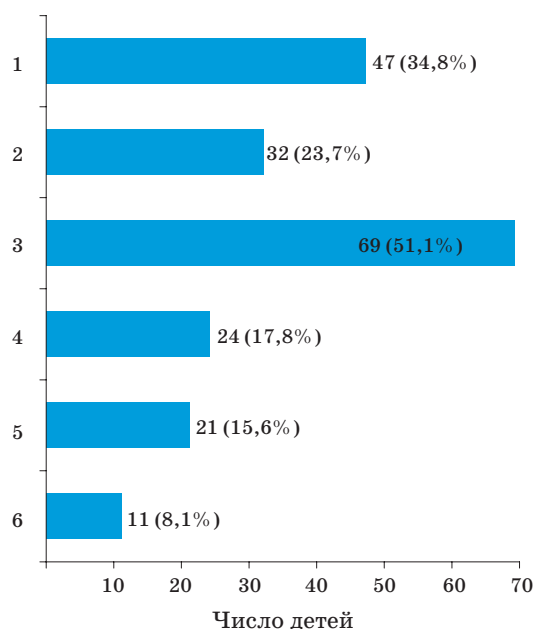


Рис. 3. Предполагаемые причины, способствовавшие возникновению ОЗ у наблюдаемых детей.

1 – кишечные инфекции (вирусные, бактериальные); 2 – ОРВИ, длительная гипертермия; 3 – медикаментозная терапия (антибиотики, антациды, препараты железа, ганглиоблокаторы и др.); 4 – резкая смена привычного образа жизни, характера питания, качества питьевой воды; 5 – стрессовые ситуации (начало посещения детского сада, школы, разлука с близкими, конфликты, экзамены и др.); 6 – прививки.

толстой кишки, анализ кала на дисбактериоз). В результате у 116 детей (89,1%) не было выявлено органических поражений со стороны толстой кишки. У 9 детей (10,9%) диагностирована долихо сигма и мегадолихоколон. У 30 детей ректороманоскопия выявила трещины прямой кишки, а у 2 детей – геморроидальные узлы.

Необходимо отметить, что исследование микрофлоры кишечника у всех детей показало ее нарушения. При оценке степени дисбиотических нарушений использовали классификацию И.Б. Куваевой и К.С. Ладодо (1991) [8]. Лямблиоз был диагностирован у 16 детей (11,8%), а аскаридоз – у 7 детей (5,1%).

Объем лечебных мероприятий, направленных на коррекцию ОЗ, зависит от ряда показателей, среди которых важнейшими являются следующие:

- причины, послужившие триггером задержки стула или их последствия;
- возраст ребенка;
- клиническая симптоматика;
- сроки обращения к специалисту и начала необходимой терапии;
- объем проведенного обследования и качество диспансерного наблюдения за этой категорией больных.

При этом необходимо отметить, что лечение ОЗ должно быть не только комплексным, но и инди-

видуальным, как по объему проводимой терапии, так и по ее длительности.

При остро возникших запорах для достижения положительного эффекта необходимо, по возможности, устранить причину, его вызвавшую, или воздействовать на последствия влияния этой причины.

Прежде всего необходимо обратить внимание на характер и качество пищи, объем потребляемой жидкости и физической нагрузки, которые должны соответствовать возрасту.

Основной задачей врача является ликвидация копростазы, борьба с которым должна иметь индивидуальный подход и зависеть от длительности задержки стула и сопутствующей клинической симптоматики.

Для решения этой проблемы в первую очередь используются слабительные средства, которым в педиатрической практике предъявляются особые требования по эффективности и безопасности. К таким средствам прежде всего относится лактулоза, которая является активным веществом ряда препаратов, относящихся к разряду осмотических слабительных, и сегодня широко применяется при лечении запоров любого генеза как у детей, так и у взрослых. Попадая в толстую кишку в неизменном виде, она обеспечивает энергией бактерии, расщепляющие углекислоту, способ-

твует увеличению числа бифидо- и лактобактерий, снижает рН кишечного содержимого, повышает осмотическое давление в просвете кишки, задерживает воду, усиливает перистальтику, увеличивает объем химуса, снижает время его прохождения. Пребиотический эффект лактулозы особенно актуален при лечении ОЗ, который, как уже было сказано выше, у всех наблюдаемых детей сопровождался нарушениями микрофлоры кишечника I–III степени (IV степень дисбиоза отсутствовала).

В нашем исследовании мы использовали Нормазе®, которая хорошо показала себя при лечении ХЗ. Нормазе® не только стимулирует моторику толстой кишки и способствует нормализации состава кишечной микрофлоры, но и выводит токсические вещества, не раздражает слизистую оболочку кишки, не вызывая при этом привыкания и аллергических реакций.

Руководствуясь вышеизложенным, а также данными предыдущих собственных исследований, мы назначали Нормазе® детям в возрасте от 1 до 6 лет в дозе от 5 до 10 мл 2–3 раза в день, а старше 6 лет – 10–15 мл 2–3 раза в день. Длительность применения зависела от сроков достижения стабильно регулярного стула.

Однако детям школьного возраста (10–17 лет) с задержкой стула более 3–4 дней, которая, как правило, сопровождалась болевым абдоминальным синдромом и являлась причиной госпитализации в стационар (16 детей), вставала необходимость более радикальной стимуляции акта дефекации, для чего им проводились очистительные (0,9% раствор натрия хлорида) или гипертонические (10% раствор натрия хлорида) клизмы в течение 5–10 дней с последующим переходом на Нормазе®. Детям с трещинами ануса после клизмы назначали свечи с календулой или облепиховым маслом.

Болевой синдром на фоне гипомоторной дискинезии толстой кишки (38 детей) определял назначение прокинетики – антагонистов дофамина (Мотилиум®) – в дозе 2,5 мг на каждые 10 кг массы тела 3 раза в день в течение 2–4 недель детям всех возрастных групп, а при гипермоторной дискинезии (44 ребенка) – селективных холинолитиков (Бускопан®) – детям старше 6 лет по 1–2 таблетки (10–20 мг) 3 раза в день или миотропных спазмолитиков с прямым действием на гладкую мускулатуру (Дюспаталин®) – детям старше 12 лет по 100 мг 3 раза в день курсом от 10 до 14 дней.

Не последнюю роль в стимуляции моторно-эвакуаторной функции толстой кишки отводилось и желчегонным препаратам, которые назначались сроком на 2–4 недели.

В результате проведенного курса лечения у 121 ребенка (89,6%) был получен положительный эффект в течение 7–12 дней от начала терапии.

Стойкая нормализация акта дефекации у этих детей сопровождалась исчезновением болевого абдоминального синдрома и других жалоб, предъ-

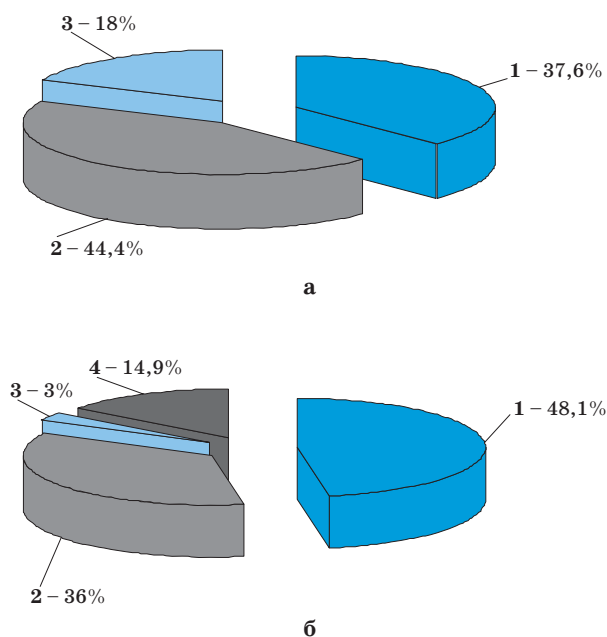


Рис. 4. Степень дисбиотических нарушений у наблюдаемых детей до (а) и после (б) курса лечения.

1 – дисбактериоз I степени, 2 – дисбактериоз II степени, 3 – дисбактериоз III степени, 4 – дисбактериоза нет.

являемых при первичном обращении к врачу. О положительных результатах проводимого лечения свидетельствуют также данные по состоянию микрофлоры кишечника у наблюдаемых детей до и после курса терапии (рис. 4).

Как видно на рис. 4, после месячного курса лечения у 14,9% детей удалось полностью нормализовать микрофлору кишечника и значительно снизить количество больных с дисбиотическими нарушениями II и III степени.

Однако у 14 из наблюдаемых детей (10,4%) в возрасте 11–16 лет, среди которых у 9 имела место врожденная аномалия толстой кишки, а у 5 – повторные кишечные или другие инфекции, либо антибиотикотерапия, задержка стула сохранялась, причем у 3 из них (2,2%) продолжал отмечаться энкопрез, что послужило основанием для дальнейшего лечения и дополнительного обследования.

По данным катamnестического наблюдения сроком от 6 до 12 месяцев у 97 детей (71,8%) имела место стойкая нормализация акта дефекации. За этот период рецидивирование запоров было отмечено у 38 детей (28,2%), что свидетельствовало о хронизации процесса.

Заключение

Таким образом, острая задержка стула у детей любого возраста является поводом для обращения к специалисту с целью выяснения ее причин и проведения адекватных диагностических и лечебных мероприятий. Последние позволяют в опти-

мальные сроки нормализовать моторно-эвакуаторную функцию толстой кишки и не допустить хронизации процесса.

Среди причин, способствовавших формированию ХЗ у наблюдаемых детей можно выделить следующие: несвоевременное обращение к специ-

алисту (гастроэнтерологу); отказ родителей или ребенка от обследования и проведения адекватной терапии; низкое качество диспансерного наблюдения за этой категорией больных; врожденная аномалия толстой кишки; повторные инфекционные заболевания и антибиотикотерапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гастроэнтерология детского возраста. Под ред. С.В. Бельмера и А.И. Хавкина. Практическое руководство по детским болезням. Под общ. ред. В.Ф. Коколиной и А.Г. Румянцева. М.: Медпрактика, 2002: 121.
2. *Хавкин А.И., Жихарева Н.С., Ракова Н.С.* Хронический запор у детей. Леч. врач. 2003; 5: 42–44.
3. *Цимбалова Е.Г., Потапов А.С., Баранов К.Н.* Хронические запоры у детей. Вопр. совр. педиатрии. 2002; 1 (6): 2–7.
4. *Rubin G, Dal A.* Chronic constipation in children. BMJ, 2006; 33: 1051–1055.
5. *Королев Р.А., Ленюшкин А.И.* О патогенезе хронического калостазы у детей. Вопр. совр. педиатрии. 2003; 2: 72–76.
6. *Drost J, Haris L.* Diagnosis and management of chronic constipation. JAAPA, 2006; 19 (11): 311–314.
7. *Ленюшкин А.И.* О хронических запорах у детей. Детский доктор. 2000; 1: 26–35.
8. *Куваева И.Б., Ладодо К.С.* Микроэкологические и иммунные нарушения у детей. Диетическая коррекция. М.: Медицина, 1991: 190.