

УДК 616.34-008.314.4-036.1-087

Современные подходы к лечению функциональных запоров у детей

В.Ф. Приворотский, Н.Е. Луппова

(ГУЗ «Консультативно-диагностический центр для детей»,
ГОУ ДПО «Медицинская академия последиplomного образования», Санкт-Петербург)

Up-to-date approaches to treatment of the functional constipation at children

V.F. Privorotsky, N.Ye. Luppova

Цель обзора. Представить диагностические критерии запоров функционального происхождения у детей и систематизировать подходы к составлению лечебных программ.

Основные положения. Запоры функционального происхождения составляют 95% всех случаев констипации у детей. Согласно МКБ-10, в соответствующей рубрике традиционно различают *синдром раздраженной кишки* (СРК) и собственно функциональные запоры. Римские критерии III дают установочные критерии диагностики указанных заболеваний. В клинической практике педиатра важно различать гипертонические и гипотонические запоры. В лечебных программах видное место отводится слабительным препаратам, особенно в случаях возникновения суб- или декомпенсированных вариантов запоров. Среди них заслуживает внимания препарат Форлак® на основе макрогола 4000 (полиэтиленгликоля 4000) с возможностью назначения последнего с 6-месячного возраста. В литературе есть данные, указывающие на безопасность и высокую эффективность этого лекарственного средства.

Заключение. Римские критерии СРК применимы лишь по отношению к детям среднего и старшего школьного возраста. При составлении лечебных программ детям, страдающим функциональными запорами, целесообразно учитывать вариант последних (спастические или гипотонические), степень компенсации, возраст ребенка. При назначении препаратов слабительного действия следует отдавать предпочтение средствам с осмотическим механизмом действия.

Ключевые слова: дети, функциональные запоры, лечение, слабительные средства.

The aim of review. To present diagnostic criteria of constipation of functional origin in children and to systematize approaches to medical programs development.

Original positions of the review. Functional constipation contributes 95% of all cases of constipation at children. According to ICD-10, in the respective section, *irritable bowel syndrome* (IBS) and functional constipation itself are traditionally distinguished. Rome-III criteria adjust diagnostic principles of these diseases. In pediatric practice it is important to distinguish hypertonic and hypotonic constipations. In medical programs significant place is given to laxatives, especially in cases of sub- or decompensated variants of constipation. Of them Forlax® preparation on the basis of macrogol 4000 (polyethyleneglycol 4000) with potential of prescription of the latter from 6-month's age deserves attention. In the literature there are data indicating safety and high performance of this pharmaceutical agent.

Conclusion. Rome criteria of IBS are applicable only in relation to children of middle and senior school age. At drawing up medical programs for children with functional constipation, it is advisable to take into account its type (spasmodic or hypotonic), degree of compensation, age of a child. At prescription of laxative agents it is necessary to choose drugs with osmotic mechanism of action.

Key words: children, functional constipations, treatment, laxatives.

Запоры остаются серьезной проблемой современной педиатрии. К сожалению, она нередко недооценивается как родителями маленького пациента, так и педиатрами. В самом деле, прямой угрозы жизни ребенка в большинстве случаев нет, а многие дети достаточно спокойно переносят задержку стула в течение нескольких дней [1, 2, 4]. Это порождает иллюзию относительной безвредности запоров, что является очень серьезной ошибкой.

Нарушение любой функции организма — всегда проблема, а нарушение акта дефекации — проблема с подтекстом. Попробуйте спросить у подростка про стул, особенно в присутствии родителей, и вы увидите широкий спектр эмоциональных реакций — от полного смущения до агрессии.

Американские врачи подходят к разговору с пациентом на столь щекотливую тему весьма деликатно. В частности, вопрос подростку о частоте дефекаций задается строго конфиденциально. К тому же, используется простейшая, но весьма рациональная терминология: «number one» — сходить по-маленькому, «number two» — по-большому. Может быть, и нам перенять подобный опыт?

Терминология. Термин «запор» или «констипация» происходит от латинского *constipatio*, (синоним — *obstipatio*), в дословном переводе — скопление.

Термином «*хронический запор*» обозначают стойкое или часто повторяющееся нарушение функции толстой кишки продолжительностью более 3 мес, с частотой стула менее 3 раз в неделю (для детей до трех лет — менее 6 раз в неделю), с вынужденным натуживанием, занимающим более 25% времени акта дефекации, с ощущением «неполного опорожнения кишки» [2, 8]. Казалось бы, все понятно, однако с вычислением процента натуживания часто возникают сложности.

Эпидемиология. Согласно данным американских ученых, запорами страдают от 30 до 50% трудоспособного населения развитых стран и от 5 до 20% детей в общей популяции [11–13]. Запоры как основная жалоба встречаются у 3–5% амбулаторных пациентов на приеме педиатра и у 25% амбулаторных пациентов на приеме педиатра-гастроэнтеролога. При этом у 35% девочек и 55% мальчиков, страдающих запорами, отмечается энкопроз [12]. К сожалению, надежной статистики в отношении частоты этого недуга среди детей нашей страны нет.

Нормальная физиология. В норме у человека прямая кишка пуста. Кал скапливается в сигмовидной кишке. Перемещение его в ампулу прямой кишки вызывает рефлекторный позыв на дефекацию за счет растяжения ампулы, раздражения нервных рецепторов как слизистой оболочки, так и более глубоко расположенных рецепторов мышечной оболочки. У здоровых людей позыв

возникает регулярно утром под ортостатическим влиянием, после вставания с постели или вскоре после завтрака под влиянием гастродуоденального рефлекса. Акт дефекации контролируется *центральной нервной системой* (ЦНС), и здоровый человек может подавить позыв. Дети умеют это делать с 1,5–2 лет.

В акте дефекации принимают участие: гладкая мускулатура толстой кишки, мускулатура брюшного пресса, мускулатура таза при одновременном расслаблении наружного и внутреннего анального сфинктеров. Важную роль в нормальном акте дефекации играют повышение внутрибрюшного давления в результате сокращения мышц брюшной стенки и опущения диафрагмы, расслабление внутреннего и наружного анального сфинктеров [13, 14]. В таблице представлены данные о частоте дефекаций у детей разного возраста [10].

Частота дефекаций у детей разного возраста

Возраст	Число дефекаций в неделю	Число дефекаций в сутки
0–3 месяца:		
грудное вскармливание	5–40	2,9
искусственное вскармливание	5–20	2,0
6–12 месяцев	5–28	1,8
1–3 года	4–21	1,4
4 года и старше	3–14	1,0

Нередко для описания вида стула гастроэнтерологи используют так называемую Бристольскую шкалу, которая включает 7 типов стула: от «овечьего», обусловленного удлинением времени транзита каловых масс по кишечнику, до жидкого водянистого, когда время транзита резко сокращено. Нормальными для ребенка считаются варианты 3-й и 4-й: стул в форме «колбаски» с ребристой поверхностью или в форме «колбаски» («змеи»), гладкий и мягкий [2].

Кал при сбалансированном питании состоит: на 75–80% из воды, на 20–25% из твердых составляющих (10–30% — микрофлора, 10% — нерастворимые минеральные соли кальция и железа, 5% — отслоившиеся клетки кишечника или слизь, остальное — непереваренная клетчатка).

Патогенез. В общем виде патогенез запоров у детей может быть представлен двумя факторами:

- замедление транзита содержимого по кишечнику;
- нарушение акта дефекации (нарушение функции прямой кишки и (или) анального сфинктера, мышц тазового дна) — аноректальная дисфункция.

Не усложняя восприятие этого раздела, приведем основные патогенетические цепочки, возникающие при формировании запоров у детей:

замедление транзита каловых масс по толстой кишке (снижение пропульсивной активности — **кологенные запоры**) и нарушение пассажа каловых масс по ректосигмоидному отделу (**проктогенные запоры**) → задержка и уплотнение стула → болезненность дефекаций → рефлекторная задержка стула → снижение рецепторной чувствительности, расширение дистальных отделов толстой кишки (или тотальное расширение кишки), дисбиоз толстой кишки → каломазание. В свою очередь, снижение рецепторной чувствительности может приводить к нарушению пассажа каловых масс по толстой кишке, что замыкает «порочный круг» [4, 5].

Классификация. Общепринятой классификации запоров у детей в нашей стране нет. Во многих литературных источниках цитируется классификация запоров И.Л. Куц [3]. Несмотря на почтенный «возраст», она логична и достаточно проста для понимания.

Классификация запоров (Куц Н.Л., 1976)

1. Алиментарные запоры:

- вследствие погрешности в диете,
- медикаментозные;

2. Запоры функционального происхождения:

• дискинезии с преобладанием атонии или спазма,

- психогенные,
- условнорефлекторные,
- при пилороспазме,
- эндокринные (гипофиз, надпочечники, щитовидная и паращитовидные железы);

3. Запоры органического происхождения:

- болезнь Гиршпрунга,
- долихосигма,
- мегадолихосигма,
- первичные мегаректум,
- свищевые формы атрезии прямой кишки,
- врожденное сужение анального отверстия,
- трещины заднего прохода,
- хроническое воспаление в толстой кишке,
- врожденный пилоростеноз.

В 2000 г. предложен рабочий вариант классификации запоров у детей под редакцией профессора А.И. Хавкина [6].

Классификация запоров у детей (Хавкин А.И., 2000)

По течению: острые и хронические.

По механизму развития: кологенные и проктогенные.

По стадии течения: де-, суб- и компенсированные.

По этиологическим и патогенетическим признакам: алиментарные, неврогенные, инфекционные, воспалительные, психогенные, гиподинамические, механические, токсические, эндокринные, медикаментозные, вследствие аномалии развития толстой кишки, вследствие нарушений водно-электролитного обмена.

Принято выделять 3 стадии запоров **по степени компенсации**.

1. Компенсированная стадия:

- запоры по 2–3 дня,
- сохранены позывы на дефекацию,
- отсутствуют боли в животе и вздутие живота,
- запоры корректируются диетой;

2. Субкомпенсированная стадия:

- запоры по 3–7 дней,
- дефекация после слабительных,
- могут быть боли в животе и вздутие живота;

3. Декомпенсированная стадия:

- запоры свыше 7 дней,
- отсутствуют позывы на дефекацию,
- боли в животе и вздутие живота,
- каловая интоксикация,
- запоры устраняются только после сифонной клизмы.

Пример диагноза в соответствии с приведенными выше классификациями: функциональное нарушение толстой кишки (запоры), компенсированная стадия (код К 59.0).

Функциональные запоры составляют 95% в структуре констипационного синдрома у детей. В их основе лежат расстройства моторной, всасывательной, секреторной и экскреторной функций толстой кишки *без выраженных структурных изменений стенки кишечника*.

Среди *причин* функциональных запоров выделяют следующие.

1. Алиментарные:

- количественный недокорм (отсутствует рефлекторный позыв на дефекацию),
- недостаток в рационе пищевых волокон,
- избыточное употребление жиров,
- избыточное употребление белка (мяса, яиц),
- употребление большого количества протертых блюд,
- недостаточное употребление жидкости или ее избыточные потери,
- торопливая еда, нарушения режима питания;

2. Психофизиологические:

- подавление позыва на дефекацию,
- «боязнь горшка»,
- невроз (социальная дезадаптация, личностные особенности);

3. Рефлекторные (при заболеваниях других органов).

Помимо этого, важная роль в генезе запоров принадлежит ряду других факторов.

1. Нарушения нервной регуляции на разных уровнях:

- функциональная незрелость (до 1,5 лет) и малое количество ганглиев интрамуральных нервных сплетений или их повреждение,
- функциональные расстройства центральных механизмов регуляции дефекации у детей раннего возраста при перинатальных поражениях ЦНС,

- дисфункция гипоталамической области и вегетативных спинальных ганглиев в структуре психовегетативного синдрома (перинатального, посттравматического, постинфекционного или наследственного генеза),

- нарушения спинальной иннервации (например, спондиломиелодисплазия);

2. Перенесенные кишечные инфекции (например, стафилококковый энтероколит до 1 года, дизентерия, сальмонеллез и др.), аскаридоз, приводящий к нарушению формирования и дистрофическим изменениям интрамуральных ганглиев;

3. Пищевая аллергия.

В основе *патогенеза* функциональных запоров лежат расстройства моторной функции толстой кишки, возникающие вследствие дискоординации ее тонических и пропульсивных сокращений, нарушения тонуса мускулатуры кишки, а также изменения возбудимости вегетативной нервной системы.

Забегая немного вперед, скажем, что наиболее сложно лечить запоры, вызванные психофизиологическими причинами. Всем известен феномен, когда после болезненной дефекации маленький ребенок начинает бояться горшка, подавляя позыв. Это часто бывает на фоне, например, сформировавшейся трещины в области анального сфинктера. Родители не сразу реагируют на новую ситуацию, что уменьшает шансы на эффект обычной медикаментозной терапии. Нередко в подобных случаях приходится прибегать к помощи невролога или психотерапевта.

Согласно МКБ-10, различают следующие варианты функционального запора.

Синдром раздраженного кишечника (К 58):

- синдром раздраженного кишечника с преобладанием запоров (К 58.9);

Другие функциональные кишечные нарушения (К 59):

- запор (К 59.0),
- функциональное нарушение кишечника неуточненное (К 59.9).

Согласно Римским критериям III (2006), в соответствующей рубрике (литеры G и H) различают:

G. Функциональные расстройства у новорожденных и детей раннего возраста (0–3 года):

- G4. Младенческая колика,
- G5. Функциональная диарея,
- G6. Младенческая дисхезия,
- G7. Функциональный запор;

H. Функциональные расстройства у детей и подростков (4–18 лет):

- H2b. Синдром раздраженной кишки,
- H3a. Функциональный запор.

Критерии функционального запора включают два или более из перечисленных ниже симптомов, проявляющихся в течение 12 нед (непрерывно или периодически) за 6 мес [9, 15]:

- затруднения при $> \frac{1}{4}$ дефекаций;
- вздутие живота или твердый кал при $> \frac{1}{4}$ дефекаций;
- чувство незавершенной эвакуации при $> \frac{1}{4}$ дефекаций;
- чувство аноректальной обструкции при $> \frac{1}{4}$ дефекаций;
- мануальная помощь при осуществлении $> \frac{1}{4}$ дефекаций;
- менее 3 дефекаций в неделю.

Достаточно беглого взгляда на эти «критерии», чтобы понять, что применение их в педиатрии, мягко говоря, затруднено. Попробуйте выявить хотя бы часть этих признаков у ребенка, скажем, 6–8 лет, и вы столкнетесь с серьезными проблемами. К сожалению, Римские критерии, задуманные как некая система для понимания сути самых разных функциональных нарушений пищеварительной системы, далеко не всегда «работают» в педиатрии.

Клинически обосновано различать **гипертонические (спастические)** и **гипотонические** функциональные запоры.

Гипертонические запоры развиваются в результате: инфекционных заболеваний или психогенных перегрузок, при неврозах, рефлекторных влияниях со стороны других органов, при патологических состояниях, препятствующих расслаблению сфинктеров заднего прохода, употреблении пищи, богатой целлюлозой.

Гипотонические запоры развиваются на фоне следующих заболеваний: рахит, гипотрофия, эндокринная патология (гипотиреоз), миотонический синдром, а также на фоне малоподвижного образа жизни.

Относительно недавно в практику педиатров вошел новый термин: **синдром раздраженного кишечника (irritable bowel syndrome)** – СРК. Получив своеобразный карт-бланш от МКБ-10, часть наших коллег стала ставить этот диагноз излишне широко, часто независимо от возраста больного. Чтобы развеять иллюзии на этот счет, приводим классическое определение СРК: **«Многофакторное заболевание, в основе которого лежит нарушение взаимодействия в системе «головной мозг – кишка», приводящее к нарушению нервной и гуморальной регуляции двигательной функции кишечника и развитию висцеральной гиперчувствительности рецепторов толстой кишки к растяжению. В развитии СРК большое значение имеют характер высшей нервной деятельности и тип личности больного».**

Само определение дает понять, что этот диагноз не для детей раннего возраста и даже не для младших школьников. Он может применяться в основном у детей старшего возраста и подростков при соответствующей клинической картине. К тому же, СРК, как и прочие функциональные запоры, является диагнозом исключения и ставит-

ся тогда, когда надежно исключены органические заболевания.

Классификация СРК весьма лаконична (F. Weber, R. McCallum, 1992):

- СРК, протекающий с преобладанием диареи;
- СРК, протекающий с преобладанием запоров;
- СРК, протекающий преимущественно с болями в животе и метеоризмом.

Согласно Римским критериям III (2006), диагностическими критериями СРК с запорами являются: абдоминальные боли или дискомфорт продолжительностью не менее 12 нед (непрерывно или периодически) в течение 6 мес в сочетании с двумя или более перечисленными ниже симптомами [9, 15]:

- облегчение после дефекации;
- приступы, сочетающиеся с изменениями частоты стула;
- приступы, сочетающиеся с изменениями формы кала.

Педиатру следует хорошо знать «**симптомы тревоги**», появление которых в сочетании с запорами указывает на возможное формирование органической патологии толстой кишки: немотивированная потеря массы тела, подъемы температуры до субфебрильных или фебрильных цифр, гепатомегалия, спленомегалия, появление крови в кале, изменения в клиническом анализе крови (анемия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ), изменения в биохимическом анализе крови.

План обследования ребенка с запорами включает следующие методы:

- серия копрограмм, анализ кала на яйца глистов и цисты лямблий;
- анализ кала на микробный пейзаж (в основном у пациентов раннего возраста);
- ректальное исследование с определением анального рефлекса (широкая ампула прямой кишки, наличие геморроидальных узлов, повышенный тонус сфинктера, вялый анальный сфинктер, зияющий анус);
- рентгенологическое исследование — ирригоскопия, колопроктодефекография;
- ректороманоскопия, колоноскопия (воспалительные и ишемические изменения, эрозии и язвы, полипы, дивертикулы, трещины, геморроидальные узлы и т. д.);
- гистологическое исследование биоптатов (аганглиоз, гипоганглиоз, дистрофические изменения) с определением тканевой ацетилхолинэстеразы;
- неврологическое исследование (нарушение сегментарной иннервации, нарушение вегетативной регуляции).

В некоторых случаях для исключения органической патологии применяются: ультразвуковое исследование с предварительным заполнением толстой кишки раствором крахмала или эндоректальная сонография; колодинамическое исследо-

вание (ректоанальный рефлекс, тонус и чувствительность кишечной стенки); тонометрические методы (сфинктерометрия, манометрия, электромиография, баллонометрия); радионуклидные методы исследования — электроколоноскопия (исследование транзита по подвздошной и сигмовидной ободочной кишке) и скинтидефекография (исследование эвакуаторной функции прямой кишки).

Лечение. Основными средствами лечения запоров у детей являются [7, 8, 10]:

- изменение образа жизни;
- коррекция питания;
- медикаментозная терапия;
- фитотерапия;
- бальнеотерапия;
- методики биологической обратной связи;
- лечебная физкультура, *физиотерапевтическое лечение* (ФТЛ).

На некоторых из указанных пунктов остановимся подробнее.

Изменение образа жизни. В основном это касается детей, ведущих малоподвижный образ жизни. У них чаще встречаются атонические запоры, поэтому им нужно больше двигаться, заниматься физкультурой и спортом, ограничивать компьютерное и телевизионное время.

Коррекция питания. Необходимо увеличить объем потребляемой ребенком жидкости до 1,5–2 л в день. Это касается не только летнего времени, когда расход жидкости повышен, но и других сезонов.

Как основа диетической коррекции предлагается **стол № 3**.

Рекомендуются: кисломолочные продукты, хлеб с отрубями, овощные салаты с растительным маслом, фрукты и ягоды (кроме кислых сортов), «темные» каши, компоты из сухофруктов, мякотные соки, сахаристые вещества (мед, варенье).

Не рекомендуются: крепкие бульоны, грибы, жирные и острые блюда, бобовые, репа, редис, редька, свежая выпечка, лук, чеснок, молоко, лимонады, шоколад и др. Ограничивается легкоусвояемая, рафинированная пища.

Важной задачей диетической лечебной программы является включение в рацион ребенка кисломолочных продуктов. Их список обширен, поэтому назовем лишь некоторые из них: кефир Агуша, Ацидолакт, Биолакт, Биокефир, Бифидок, Актимель, Витафлор и др.

Ниже приводятся дополнительные рекомендации, которые нередко помогают восстановить ритм дефекации [1]:

— натощак утром выпить $\frac{1}{4}$ –1,5 стакана минеральной воды с небольшим количеством газа («Ессентуки 4», «Ессентуки 17», «Славяновская», «Донат Mg»), кипяченой прохладной воды (с лимоном, вареньем, медом), кисломолочных напитков, настой чернослива или кураги, сока;

– натошак утром выпить от ½ чайной до 1 столовой ложки растительного масла;

– чернослив, курагу, инжир, столетник и мед в равных количествах пропустить через мясорубку, съесть утром натошак, намазав на кусочек зернового хлеба;

– 2 столовые ложки геркулеса залить ½ стакана кефира, добавить 2–3 шт. мелко нарезанной кураги или чернослива, настаивать 12 ч, съесть утром натошак.

Медикаментозная терапия. В качестве лекарственной коррекции запоров у детей традиционно применяют следующие средства.

• Препараты, нормализующие микробный пейзаж (пребиотики, пробиотики). Среди пребиотиков наиболее часто используется лактулоза, обладающая еще и послабляющим действием [1, 5, 8]. Список пробиотиков весьма обширен, но в настоящее время опубликовано немало критических статей в отношении их эффективности и целесообразности назначения. Советуем в данном вопросе полагаться на собственный клинический опыт.

• Желчегонные препараты. Назначение их патогенетически оправдано при запорах практически любого происхождения. Желчные кислоты нормализуют моторику кишечника, оптимизируют действие липазы поджелудочной железы и обеспечивают поддержание нормального микробиотоза тонкой кишки, что является одним из условий формирования нормального стула. Курс лечения 3 нед.

• Ферментные препараты. Основанием для их назначения, как правило, являются изменения в копрограммах, отражающие нарушение полостного пищеварения. Начинать следует с препаратов, содержащих только ферменты. У детей школьного возраста могут применяться комбинированные ферментные средства. Курс лечения 2–3 нед.

• Спазмолитические препараты. Из медикаментов этой группы наиболее часто используются: тримебутин (у детей старше 12 лет), мебеверин гидрохлорид (у детей старше 12 лет), гиосцин-N-бутилбромид (у детей старше 6 лет), альверин цитрат (у детей старше 6 лет). Понятно, что эти препараты используются только при спастических запорах.

• Слабительные средства. По механизму действия они классифицируются следующим образом:

1) вызывающие химическое раздражение рецепторного аппарата кишки – производные антрахинона (препараты сенны, крушины, ревеня) и дифенилметана (бисакодил), а также жирные кислоты (касторовое масло);

2) обладающие осмотическими свойствами – макрогол 4000 (Форлак[®]), лактулоза;

3) увеличивающие объем содержимого кишечника – отруби, морская капуста, семена *Plantago ovata* и т. д.;

4) способствующие размягчению каловых масс и их скольжению – вазелиновое и миндальное масло.

В последние годы хорошо зарекомендовал себя в клинической практике **Форлак[®]**. В его составе полиэтиленгликоль 4000 и вспомогательные вещества. Препарат фиксирует воду на протяжении всего кишечника, увеличивает объем кишечного содержимого, восстанавливает рефлекс к дефекации. Благодаря этому обеспечивается мощный осмотический эффект. Отмечается хорошая клиническая переносимость форлакса, он не приводит к привыканию, не нарушает процессы переваривания и всасывания в кишечнике, не вызывает вздутия живота. Препарат разрешен к использованию в детском возрасте начиная с 6 месяцев. Стандартная доза для детей среднего и старшего возраста 1–2 пакетика (по 4 г), растворенных в 50 мл воды, для детей младшего возраста подбирается индивидуально. Препарат выпивается утром натошак. Курс лечения от 10 дней.

Слабительные средства различают также по точкам приложения [1, 7]:

1) действующие на уровне тонкой кишки – желаемый эффект наступает через 4–5 ч (масла, солевые слабительные);

2) действующие на уровне толстой кишки – эффект проявляется через 8–12 ч (производные антрахинона, дифенилметана);

3) контактные средства (клизмы, свечи) – действуют в прямой кишке, поэтому их эффект наступает через 10–20 мин.

Не следует пренебрегать и правилами назначения слабительных средств у детей:

– избегать длительного приема (возможны побочные эффекты – неконтролируемая диарея, обезвоживание, формирование органической патологии толстой кишки);

– рекомендуется индивидуальный подбор доз;

– не применять одновременно средства, действующие на различных уровнях кишечника;

– при необходимости длительного назначения отдавать предпочтение препаратам, не вызывающим привыкания и болей в животе (лактолоза, отруби, морская капуста, кафиол и т. д.).

По мнению большинства авторов, назначение производных антрахинона и дифенилметана в детском возрасте нецелесообразно. Важно помнить, что частое и бесконтрольное применение слабительных средств может привести к значительной потере минеральных солей.

• Витаминно-минеральные комплексы.

В качестве обобщения приведем программы лечения детей с гипо- и гипертоническим вариантами запоров.

Лечение гипотонических запоров

При этом виде запоров показана пища с высоким содержанием пищевых волокон. Введение

прикормов детям первого года жизни начинают с овощного пюре. Полезно фруктовое пюре с черносливом. Детям более старшего возраста рекомендуются фруктовые и овощные соки, мед, варенье, хлеб из муки грубого помола, чернослив, курага, свекла и т. д. Назначаются:

- пребиотики с послабляющим эффектом (лактолоза);
- препараты, обладающие осмотическими свойствами, — Форлак[®] и др.;
- препараты, увеличивающие объем каловых масс (гидрофильные) — семена *Plantago ovata*, биологически активные добавки, содержащие пищевые волокна;
- антихолинэстеразные препараты (перорально коротким курсом);
- коррекция вторичных дисбиотических нарушений (пре- и пробиотики);
- «тренирующие» термоконтрастные клизмы;
- стимуляция перистальтики кишечника: ФТЛ — электрофорез с кальцием, антихолинэстеразными препаратами (прозерин, убретид), амплипульс-терапия; массаж, электростимуляция толстой кишки, рефлексотерапия.

Лечение гипертонических (спастических) запоров

При этом виде запоров ограничивают употребление продуктов с большим содержанием клетчатки, в рацион активно вводят яйца, соки (морковный, абрикосовый, апельсиновый), мясо. Показаны успокаивающие процедуры (теплые ванны, теплый душ, грелка). При недостаточной эффективности этих мер и наличии симптомов каловой интоксикации применяют очистительные клизмы.

Назначаются препараты со спазмолитическим эффектом: селективные *блокаторы натрие-*

вых каналов гладкой мускулатуры кишечника — «кишечные модуляторы» (тримебутин, мебеверин) по 1 капсуле 2 раза в день до еды в течение 2 нед; *миотропные* (дротаверин, папаверин); *холинолитики* (гиосцин-N-бутилбромид, альверина цитрат).

Проводится также коррекция вторичных дисбиотических нарушений — лактулоза, пробиотики.

Существует множество рецептов **фитотерапии** при запорах у детей. Приведем лишь некоторые [1]:

- настой корней одуванчика: 2 чайные ложки залить стаканом кипяченой холодной воды, настоять в течение 8 ч. Пить по 50 мл 4 раза в день перед едой;
- корень ревеня: нарезать, высушить, приготовить настой и пить по 0,2–2,0 л в день;
- бузина (цветки) — 1 часть, жостер (плоды) — 1 часть. Одну столовую ложку залить стаканом кипятка, приготовить отвар. Пить по 50–100 мл на ночь;
- крапива двудомная (листья) — 35 г, крушина ломкая — 50 г, тысячелистник (трава) — 15 г. Приготовить настой, принимать по 50–100 мл на ночь.

Заключение

Лечение запоров — весьма непростая проблема в детском возрасте. Схематические подходы, так же как и монотерапия, часто не дают реальных положительных результатов. Исключение составляют, пожалуй, запоры алиментарного происхождения, когда коррекция диеты нередко приводит к успеху. Для достижения лечебной цели необходимо умело использовать весь арсенал средств, приведенных выше.

Список литературы

1. Александрова В.А. Диагностика и лечение запоров у детей. — СПб: МАПО, 2004. — 24 с.
2. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Хавкин А.И., Эйберман А.С. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. — М., 2006. — 44 с.
3. Куц Н.Л. Запоры у детей. — Киев, 1976. — 176 с.
4. Практическое руководство по детским болезням / Под ред. В.Ф. Коноплиной, А.Г. Румянцевой. — Т. 2 (Гастроэнтерология детского возраста) / Под ред. С.В. Бельмера, А.И. Хавкина. — М.: Медпрактика-М, 2003. — С. 249–266.
5. Хавкин А.И. Микрофлора пищеварительного тракта. — М., 2006. — С. 171–374.
6. Хавкин А.И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. — М., 2000. — 72 с.
7. Хавкин А.И., Бабаян М.Л. Лечение хронических запоров (клиника, диагностика, лечение). — М.: Изд. НИИ педиатрии и детской хирургии, 2005. — 30 с.
8. Эрдес С.И. Запоры у детей // Фарматека. — 2007. — № 13. — С. 47–52.
9. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process // Gastroenterology. — 2006. — Vol. 130. — P. 1377–1390.
10. Evaluation and treatment of constipation in infants and children. Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. — 2006. — Vol. 43. — N 3. — e1–e13.
11. Nelson textbook of pediatrics. — 17th ed. — Philadelphia, 2004. — P. 1101–1187.
12. Pediatric gastrointestinal disease (pathophysiology, diagnosis, management) / Eds. R. Wyllie, J.S. Hyams. — Philadelphia, 1999. — P. 271–550.
13. Pediatric gastrointestinal motility disorders / Eds. P.E. Hyman. — N.-Y., 1994. — P. 129–145.
14. Pediatrics at a Glance / Eds. S.M. Altschuler, S. Ludwig. — Philadelphia, 1999. — P. 74–75.
15. Thompson W.G. The road to Rome // Gastroenterology. — 2006. — Vol. 130. — P. 1552–1556.