

УДК 616.34-009.11:616-053.36

**М. Ю. Денисов**Новосибирский государственный университет  
ул. Пирогова, 2, Новосибирск, 630090, Россия  
E-mail: md@ngs.ru**ПРОБЛЕМА ЗАПОРОВ  
У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА,  
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЕЕ РЕШЕНИЮ**

Запором (обстипацией) называют патологическое состояние, выражающееся в длительной (более 24–36 часов) задержке дефекации или ее отсутствии, вызванное различными этиологическими факторами функционального или органического характера. В раннем возрасте запор характеризуется нефизиологической работой кишечника, затрудненным актом дефекации, малым количеством плотного кала.

Запор вызывается нарушением процессов формирования и продвижения кала по кишечнику. В детском возрасте чаще всего приходится иметь дело функциональными запорами, обусловленными не структурным поражением кишечника, а нарушениями механизмов регулирования двигательной активности желудочно-кишечного тракта. Основные механизмы заключаются в расстройстве кишечной моторики (чаще гипомоторика), несоответствии между емкостью толстой кишки и объемом кишечного содержимого. При запоре усиливаются непропульсивные сегментирующие движения толстой кишки, которые перемешивают содержимое и способствуют формированию кала, но не вызывают его продвижения. Пропульсивные движения снижены, ретроградные – усилены.

Принято считать, что *этиология* функциональных запоров многообразна. Ведущей в грудном и раннем возрасте признается алиментарная причина. Нерациональное вскармливание грудного ребенка и питание малыша старше года – наиболее важные факторы для формирования дисфункции кишечника. Исключая органическую патологию пищеварительного тракта (аномалии толстой кишки, дивертикулез, полипоз

и др.), в течение первого года жизни ребенка наиболее важными моментами для возникновения обстипации являются дефицит грудного молока (гипогалактия) у матери, особенно первородящей, ранний и неправильный по технологии перевод на искусственное вскармливание, использование в качестве заменителей грудного молока несбалансированных или частично сбалансированных детских смесей, раннее и нерациональное введение прикормов, продуктов, которые в грудном возрасте не могут быть переварены в принципе (в нашей практике – консервированные овощи, соленая красная рыба, сало и др.), ранний перевод малыша на твердую пищу.

При вскармливании грудью особую актуальность приобретает питание матери. Обстипация у малыша может быть потенцирована, если рацион ее питания скуден, содержит недостаточное количество грубой растительной клетчатки и жидкости, богат закрепляющими по действию продуктами (кофе, какао, крепкий черный чай, гранаты, груши, айва, макаронно-мучные изделия).

При алиментарных причинах образуется малое количество каловых масс и /или их качество не соответствует функциональному состоянию кишок. При этом нарушается их продвижение, содержимое на длительное время задерживается в пищеварительном тракте.

У детей раннего возраста особую роль в возникновении запоров занимают стрессовые факторы. Когда ребенок начинает посещать детское дошкольное учреждение обстипация часто провоцируется необходимостью усилием воли подавлять позывы на дефекацию из-за боязни сходить в туалет

«по большому» в присутствии других детей или взрослых в силу повышенной стеснительности и чувства ложного стыда. Нервные окончания в прямой кишке теряют чувствительность из-за регулярного переполнения ее каловыми массами, кал скапливается преимущественно в прямой кишке (дисхезия). Обычно это явление характерно для «домашних», избалованных детей, начинающих посещать детский сад.

Неблагополучные семейные отношения также отрицательно влияют на общее физическое состояние больного, и в том числе на перистальтическую активность толстой кишки, вызывая так называемые «неврогенные запоры».

Воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта, дисбиоз кишечника часто сопровождаются дисфункцией толстой кишки. Следует понимать, что пищеварительный тракт человека является эталоном единой гидравлической системы. Резкое замедление продвижения каловых масс по толстой кишке вызывает повышение внутриполостного давления в вышележащих отделах. Показано, что запоры могут вызываться повышенным содержанием пищеварительных ферментов в кале (гиперферментоз), что является следствием дисмикробиоза кишечника.

В раннем возрасте запор у детей может легко провоцироваться нерациональным применением препаратов-обстипантов. Это средства от кашля, содержащие кодеин и его дериваты, часто назначаемые родителями при самолечении, неврологические средства (фенобарбитал, производные фенотиазина, трициклические антидепрессанты), лоперамид, энтеросорбенты, реже антациды и ферментные препараты.

Актуальным является такой фактор, как злоупотребление клизмами, механическими средствами стимуляции акта дефекации и слабительными. При длительном и бесконтрольном применении таких способов активации дефекации угнетается собственный рефлекс опорожнения.

В более редких случаях функциональные расстройства кишечника могут являться одним из симптомов эндокринных заболеваний (сахарный диабет, гипер- и гипотиреоз, гиперпаратиреоз), миотония и др., но на первый план все же выходит клиническая картина основного заболевания.

*Клинические проявления* запоров разнообразны: в одних случаях – это единственная жалоба у родителей в отношении ребенка, в других наблюдается большое количество жалоб различного вида. Многообразные симптомы проявляются обычно при длительном течении запора. Хронические запоры у детей являются причиной хронической интоксикации организма, ухудшается самочувствие больного, появляется слабость, раздражительность, агрессивность, плаксивость и т. д.

Характерны изменения кожи, которая становится бледной, порой с землистым оттенком, дряблой, теряет эластичность. Симптоматика проявляется сухостью кожи, ее шелушением, заедами, обложенностью языка, наличием неприятного запаха изо рта. Очень часто наблюдается снижение аппетита или даже анорексия.

Обычно при дефекации возникает боль в анусе, что связано с образованием надрывов, трещин в канале, и, как следствие, спазм анальных мышц. Дети раннего возраста не решаются в последующем на болезненный акт дефекации, самопроизвольно пытаются задержать опорожнение кишечника, приводя тем самым к потере контролируемого рефлекса на дефекацию.

Нередко длительно существующие запоры сопровождаются эффектом каломазания: несмотря на отсутствие акта дефекации нижнее белье ребенка загрязняется выделениями из ануса. В ряде случаев это может быть единственным симптомом обстипации. Явление связано с гидравлическим давлением жидких каловых масс на стенки прямой кишки и анальный жом. При этом такие массы из вышележащих отделов как бы обтекают плотные каловые массы, расположенные в прямой и сигмовидной кишке, вызывают растяжение сфинктера ануса и непроизвольно выделяются наружу.

*Диагностический процесс* следует проводить в два этапа. На первом этапе необходимо оценить анамнез (уточнить факторы, способствующие формированию запора) и данные осмотра (в том числе области ануса).

Второй этап обследования – инструментальный, проводится с целью исключения органической патологии толстой кишки. При подозрении на воспалительный про-

цесс или наличие аномалии кишечника проводится ректороманоскопия и / или колоноскопия. При функциональном характере запора визуально изменений слизистой оболочки не выявляется. Рентгенологическое исследование (ирригография) позволяет оценить анатомическое строение толстой кишки, дает возможность исключить наличие полипов, опухолей, аномалий строения кишки.

*Консервативное лечение* функциональных запоров – достаточно сложная, длительная и порой неблагоприятная задача. Терапия должна быть направлена на нормализацию кишечного транзита, устранение болевого синдрома при акте дефекации, восстановление рефлекса на дефекацию, коррекцию дисбиоза кишечника.

Важным является устранение стрессовых ситуаций, нормализация психологической обстановки, в большинстве случаев помощь семье со стороны психотерапевта оказывает благоприятное влияние на течение заболевания у ребенка.

*Диетотерапия* – это наиважнейшая и основная задача лечения алиментарных запоров. Практически всегда изначальная нормализация рациона питания приводит к улучшению состояния пациента без всякого медикаментозного лечения.

В грудном возрасте следует сохранять кормление материнским молоком, при искусственном типе вскармливания следует корректировать запоры путем введения в рацион кисломолочных детских смесей (НАН кисломолочный, Агуша 2, Нутрилон Омнео, Ацидофильная смесь Малютка), баночные для детского питания овощные и фруктовые пюре, ближе к году – простоквашу.

В рационе питания ребенка старше 2 лет следует увеличить на 20–70 % суточную норму продуктов, содержащих значительное количество пищевых волокон (грубо-волоконистой растительной клетчатки) – целлюлозы, которая в кишечнике не переваривается, а только набухает и увеличивает общую массу кишечного химуса. К подобным продуктам относятся хорошо пропеченный серый, отрубной хлеб, печенье из грубой муки, приготовленное с солодом. Овощи и фрукты должны составлять не менее 50–60 % ежедневного рациона и упот-

ребляться преимущественно в термически обработанном виде. Показаны свекла, морковь, тыква, кабачки, ревень, ягоды рябины и др. Овощи рекомендуется использовать в виде салатов, винегретов, пюре, заправляя их для повышения вкусовых качеств блюда легким майонезом, кефиром или 5–10 % сметаной.

Наиболее эффективным способом дотации пищевых волокон является использование пшеничных отрубей. Они могут применяться в натуральном виде и широко производятся местной пищевой промышленностью, включают в качестве добавок листья ламинарии (морской капусты), ягоды рябины и другие компоненты. Натуральные отруби целесообразнее использовать в виде добавки к первым блюдам, овощным гарнирам, кашам и соку в распаренном виде в первоначальной дозе 2–5 стол. л. на день. Постепенно долю пшеничных отрубей доводят до 3–10 стол. л. в сутки в зависимости от степени задержки стула.

Больным также можно употреблять мед, варенье, джемы (если нет аллергии), сметану, овощные супы, «серые» виды каш, мясо, сваренное куском, кисломолочные продукты питания (суточный кефир, ацидофилин, бифилин и др.).

Пример диеты при запорах для детей дошкольного возраста:

08.30 – первый завтрак – некрепкий зеленый чай с молоком, кусочек отрубного хлеба, мед, джем или варенье

11.00 – второй завтрак – натуральный фруктовый сок с мякотью или кисломолочный продукт (суточная простокваша, йогурт, ацидофилин) с добавлением отрубей

14.00 – обед – винегрет из свеклы с изюмом, молотым грецким орехом и легким майонезом, зеленые щи или мясной борщ с добавлением отрубей, мясо или рыба тушеные, картофельное пюре, свежие фрукты (яблоки) или компот из кураги, изюма и чернослива

17.00 – полдник – овощной сок с мякотью или суточная простокваша, сухарики, печенье, варенье

19.30 – ужин – бородинский хлеб, салат из томатов с растительным маслом, котлеты с отрубями, настой плодов шиповника с сахаром или лактозой

22.00 – на ночь – кисломолочный продукт (бифилин, суточный кефир или простокваша) с добавлением отрубей

С целью нормализации работы кишечника необходима дополнительная дотация ионов калия за счет печеного картофеля, сухофруктов, кураги, чернослива, инжира, бананов, компота из них.

При использовании в рационе питания пшеничных отрубей важное значение приобретает употребление достаточного количества жидкости. Ребенок раннего возраста должен выпивать не менее 2–4 стаканов жидкости в день в виде кипяченой воды, компотов, морсов.

Особая роль отводится *лечебной физкультуре и массажу*, направленным на повышение тонуса мышц передней брюшной стенки, поскольку последняя оказывает непосредственное влияние на перистальтическую деятельность кишечника. Это специально разработанные упражнения, которые развивают силу мышц передней брюшной стенки и промежности: наклоны из положения стоя, подтягивание ног на шведской стенке, поднятие нижних конечностей под углом 45° при горизонтальном положении тела, отжимание и др. Необходим ежедневный массаж живота по направлению естественного хода толстой кишки.

Несмотря на значительную роль диеты, она может не дать эффекта, если у ребенка не выработана привычка опорожнять кишечник в определенное время, лучше утром (6–9 часов). Нами рекомендуется следующий алгоритм: утром натощак следует дать выпить ребенку ?–1 стакан прохладной (!) воды с газом. Если позыв на стул есть, то больной максимально опорожняет кишечник. Если позыва на дефекацию нет, следует вначале прибегнуть к массажу живота, лечебной физкультуре, завтраку и через некоторое время направить малыша в туалет. Поза принимается на корточках с поджатыми к животу ногами (сидячее положение на унитазе не приемлемо). Акту дефекации помогает массаж живота руками родителя, натуживание («надувание воздушного пузыря»), надавливание между копчиком и анусом. Если этого оказалось недостаточно, то вводят свечку с глицерином.

Ребенку должны быть созданы соответствующие условия: если ребенок первых

лет жизни, то его надо высаживать не на унитаз, а на горшок, предварительно нагретый несколько выше температуры тела.

*Медикаментозная коррекция.* В педиатрической практике целесообразно использовать слабительные средства, действие которых основано исключительно на размягчении и разжижении каловых масс. К эффективным осмотическим слабительным относятся препараты лактулозы (дюфалак, нормазе, порталак), которые назначаются грудным детям по 0,5–1 мл/кг массы тела в сутки, детям более старшего возраста по 5–15 мл в сутки в 1–3 приема. Следует знать, что лактулоза обладает дозозависимым эффектом. Курс может быть достаточно длительным. В дальнейшем рекомендуется назначать лактулозу в так называемой пробиотической дозе, по 2–3 мл в сутки.

К слабительным средствам осмотического действия также относят сравнительно безвредные препараты из естественных или полусинтетических полисахаридов и дериватов целлюлозы. Транзипег («Байер Хелскэр АГ») представляет собой высокомолекулярные линейные полимеры (макроголь), способные с помощью водородных связей удерживать молекулы воды. При приеме через рот они увеличивают объем содержащейся в кишечнике жидкости, оказывая слабительный эффект. Это порошок для приготовления раствора для приема внутрь белого цвета, с запахом лимона или яблока; после растворения образует прозрачный или со слабой опалесценцией бесцветный раствор.

С целью нормализации двигательной активности пищеварительного тракта детям с запорами следует назначать домперидон (мотилиум), который является антагонистом периферических допаминовых рецепторов. Следует знать, что мотилиум как средство монотерапии не дает ожидаемого результата при лечении запоров у детей, но может применяться в комплексной терапии, особенно при сочетании запоров с поражениями верхнего отдела пищеварительного тракта. Курс лечения 3–4 недели.

Физиолечение оказывает весьма положительный эффект на двигательную активность кишечника. При боли в животе и запорах рекомендуем использовать теплотечение (аппликации озокерита, парафина на

живот), курс 10–12 процедур; электрофорез с 0,25–0,5 % раствором новокаина, сульфатом магния, папаверином; волновые способы терапии в «успокоительном» режиме. При гипотонии – электрофорез с хлоридом кальция, прозергином; гальванизация с анодом на область живота; волновые методики в стимулирующем режиме.

*Лекарственные растения* оказывают значительную помощь в комплексном лечении запоров. К растениям, обладающим послабляющим действием, относятся анис обыкновенный (плоды), жостер слабительный (плоды), золототысячник обыкновенный (трава), одуванчик лекарственный (цветы), солодка голая (корни), щавель конский (плоды), золототысячник обыкновенный (трава), подорожник большой (семена).

Растительные препараты назначаются в виде настоев, отваров, различных слабительных чаев. Во избежание привыкания к сборам и снижения эффективности лечебного воздействия рекомендуем после каждого курса лечения давать перерыв на 1–2 недели и после 2–3 курсов лечения одним из сборов перейти на лечение другим, обладающим аналогичным действием.

Ребенку следует провести обследование на паразитоз и при необходимости осуществить соответствующее противопаразитарное лечение.

*Профилактика* заболевания неразрывно связана с теми условиями, которые способствуют его развитию. Запоры в этом отношении не исключение, поэтому их профилактика должна начинаться уже в грудном возрасте.

Наш опыт показывает, что около  $\frac{1}{3}$  грудных детей страдают периодическими запорами, что в подавляющем большинстве случаев связано только с нерациональной организацией вскармливания. Поэтому для профилактики дисфункций толстой кишки у грудного ребенка необходимо придерживаться основных правил вскармливания:

1) необходимо установить определенный биоритм кормлений по потребности: в первые дни после рождения по 10–15, через две недели обычно около 6–8 раз в сутки;

2) следует как можно дольше сохранять грудное вскармливание;

3) ребенку не надо никакой другой пищи до 5–6 месяцев, не следует вводить прикорм-

мы ранее этого срока детям, которых кормит мать своим молоком;

4) первым прикормом должно быть овощное пюре, а не каша.

После годовалого возраста, по мере перевода ребенка на твердую пищу, для профилактики запора ребенок должен получать продукты (по возрасту), содержащие достаточное количество пищевых волокон. Нередко молодые неопытные родители в поисках наиболее «здоровой», с их точки зрения, пищи кормят своих детей преимущественно белковыми и низкошлаковыми продуктами.

Для профилактики запоров большое значение имеют правильно организованный режим дня и адекватная психологическая обстановка. Рациональное чередование времени для игр и отдыха, исключение психических травм ребенка, достаточная двигательная активность, доверительный контакт с ребенком – вот основные условия здорового образа жизни.

Важное место в профилактических мероприятиях занимает выработка с раннего детства привычки к опорожнению кишечника в определенное время дня. Часто подавление дефекации неизбежно приводит к запорам, поэтому в борьбе против запоров огромное значение приобретает воспитание. Рекомендуется высаживать детей раннего возраста на теплый горшок в определенное время по утрам, сохранять в режиме дня определенное, достаточное для дефекации время для детей старшего возраста. Воспитательные меры должны вестись не в направлении немедленной дефекации при появлении позыва, а путем выработки условных рефлексов на дефекацию в определенное время дня, например после завтрака. Считаем, что одним из важных методов предупреждения запоров является дефекация у детей старше 1,5 лет в положении сидя на корточках. Подобное положение тела способствует активному сокращению брюшных мышц и диафрагмы, мускулатуры анальной области.

Итак, с помощью своевременных профилактических мероприятий можно успешно бороться с возникновением запоров. Это соблюдение рационального питания, общий гигиенический режим, занятия физкультурой и плаванием начиная с грудного возраста.

*Материал поступил в редколлегию 12.03.2007*