**Функциональные запоры у детей.**

*Пискун Т.А., к.м.н., доцент 1-й кафедры детских болезней, Сукало А.В., д.м.н., профессор, академик НАН Беларуси, заведующий 1-й кафедрой детских болезней, Мирутко Д.Д., доцент 1-й кафедры детских болезней*

Согласно МКБ–10 различают: К59 Другие функциональные кишечные нарушения, К59.0 Запор, К59.9 Функциональное нарушение кишечника неуточненное.

Согласно Римским критериям III (2006), в соответствующей рубрике выделяют: G. Функциональные расстройства у новорожденных и детей раннего возраста (0–3 года). G7. Функциональный запор.

Диагностические критерии функционального запора: в течение 1 месяца наблюдаются как минимум 2 из следующих признаков у детей в возрасте до 4 лет:

1. Две или менее дефекации в неделю.

2. По крайней мере, один эпизод запора в неделю после приобретения навыков туалета.

3. В анамнезе чрезмерное удержание стула.

4. В анамнезе болезненный или твердый стул.

5. Наличие большого количества фекальных масс в прямой кишке.

6. В анамнезе большой диаметр калового цилиндра, который может препятствовать дефекации.

Кроме того, Согласно Римским критериям III (2006), в соответствующей рубрике (G) различают: G6. Младенческая дисхезия.

Диагностические критерии младенческой дисхезии должны включать оба признака из нижеследующих у младенцев до 6-месячного возраста:

1. По крайней мере, 10 минут напряжения и плача до успешного отхождения мягкого стула.

2. Нет никаких других проблем со здоровьем.

Родители описывают поведение младенцев с дисхезией как напряжение в течение долгих минут при дефекации, крик, лицо красного или фиолетового цвета от натуживания. Проблема сохраняется в течение 10–20 минут, пока не будет отхождения мягкого или жидкого стула. Дефекация бывает несколько раз в день. Проблемы начинаются в первые месяцы жизни и разрешаются спонтанно через несколько недель. Акт дефекации требует повышения внутрибрюшного давления и одновременно расслабления мышц тазового дна. К младенческой дисхезии приводит отсутствие координации между увеличением внутрибрюшного давления и релаксацией мышц тазового дна при дефекации, а плач обусловлен увеличением внутрибрюшного давления.

**Причины функциональных запоров.** В основе функциональных запоров лежат расстройства моторной, всасывательной, секреторной и экскреторной функций толстой кишки без выраженных структурных изменений стенки кишечника. Среди причин функциональных запоров выделяют:

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).

**Клиническая картина запоров у детей имеет ряд особенностей.** Выделяют 2 группы клинических проявлений запоров: кишечные (местные) и внекишечные (общие):

1. Кишечные проявления: урежение стула; отсутствие самостоятельного стула; чувство неполного опорожнения кишечника; изменение характера стула (твердый, фрагментированный, большой диаметр калового цилиндра); боль в животе; метеоризм; вздутие живота; энкопрез; примесь крови в стуле; болезненная дефекация; тенезмы; пародоксальные поносы.

2. Внекишечные проявления: общая слабость; быстрая утомляемость; снижение эмоционального тонуса; снижение аппетита; головная боль, головокружение; тошнота; отрыжка; обложенность языка; «географический» язык; неприятный вкус во рту; изменение кожи (сухость, шелушение, заеды); сердцебиение; боли в области сердца; субфебрильная температура.

При **сборе анамнеза** необходимо уточнить у родителей, в каком возрасте у ребенка появились запоры, характеристику и частоту стула, наличие крови в стуле, болезненности при дефекации, каломазание. Необходимо собрать семейный гастроэнтерологический анамнез. Нужны анамнестические данные о предшествующих обследованиях, проводимом лечении, эффективности диетических и медикаментозных рекомендаций, о том, какие слабительные получал ребенок и как долго, как реагировал на перемену обстановки, диеты, о наличие стрессов, конфликтных ситуаций в семье. Важно изучить историю развития ребенка и выявить возможные поведенческие нарушения.

Инструментальные методы исследования включают:

1. УЗИ органов брюшной полости.

2. УЗИ толстого кишечника.

3. Ректо- и сигмоскопию.

4. Колоноскопию. Показана для исключения хронических воспали- тельных заболеваний толстой кишки, онкопатологии, болезни Гиршпрунга.

5. Ирригоскопию, при необходимости исключения аномалий развития толстой кишки.

6. Гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки толстой кишки.

7. Гистохимическую реакцию на ацетилхолинэстеразу в биоптатах.

8. ЭГДС.

9. Рентгенодиагностику (ирригографию, проктографию); проктодефекографию, видеодинамическую колонопроктодефекографию.

 10. Сцинтидефекографию — исследование эвакуаторной функции прямой кишки.

11. Манометрию, электромиографию.

12. ЭЭГ; ЭхоКГ, РЭГ, КИГ.

При функциональном запоре инструментальное обследование не обязательно и не желательно, так как это диагноз, основанный на анамнезе и физикальном обследовании.

Консультация невролога обязательна в тех случаях, когда кроме за пора отмечаются следующие клинические симптомы: головная боль, рвота, обмороки; диффузная мышечная гипотония; плохая переносимость физических нагрузок; задержка моторного или психоречевого развития ребенка; двигательные нарушения и/или резкое снижение двигательной активности; наличие метаболических кризов в анамнезе.

Консультация эндокринолога необходима для проверки функции щитовидной железы и исключения гипотиреоза.

Медицинский осмотр включает в себя определение размеров ректальных фекальных масс, которые оцениваются по их высоте над уровнем таза с помощью бимануальной пальпации по обе стороны от проекции прямой кишки, а также ректальное исследование.

**Лечение запоров.** Зависит от этиологии, характера нарушения моторики толстой кишки, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний. Основной целью лечения запоров у детей является нормализация консистенции кишечного содержимого и скорости транзита его по толстой кишке. Существуют разные подходы к лечению запоров у детей, находящихся на естественном и искусственном вскармливании. Ребенку, находящемуся на грудном вскармливании, страдающему запорами функционального происхождения, необходимо подобрать лечение, не прибегая к искусственным смесям. *Никакая современная смесь не может заменить материнское молоко!* Нормализация моторики кишечника мамы будет способствовать регулированию стула у ребенка, поэтому из диеты матери необходимо исключить продукты, увеличивающие газообразование.

В рацион питания младенца с 4 месяцев вводятся каши или овощные пюре. При этом должен соблюдаться достаточный питьевой режим: кипяченая вода до 100 мл/сут (после введения «густого» прикорма). Дополнительные мероприятия при необходимости: коррекция дисбиоза с использованием про- и пребиотиков, очистительные клизмы — как средство скорой помощи, симптоматическая терапия — симетикон, укропная вода, чай с фенхелем, ромашкой. При отсутствии эффекта показано назначение лактулозы в возрастных дозах, прокинетиков.

Программа лечения функциональных запоров у детей, находящихся на искусственном вскармливании, предусматривает:

 1. Выполнение основных мероприятий для детей на грудном вскармливании.

 2. Использование специальных лечебных смесей («Фрисовом», «Беллакт АР»). Смеси для профилактики запоров у детей: «Беллакт-1» и «Беллакт-2» кисломо- лочный; «НАН кисломолочный», «Мамекс плюс 1,2»; «Нутрилон Омнео»; «Нутрилон 1,2».

Выработка условного рефлекса на дефекацию является чрезвычайно важным аспектом лечения запоров у детей. Иногда длительное нахождение ребенка раннего возраста в подгузниках приводит к тому, что он привыкает очищать кишечник стоя или лежа, в подгузники.

Достаточный питьевой режим также обеспечивает «мягкий» стул и безболезненную дефекацию. В зависимости от массы тела рекомендуются следующие объемы жидкости:

до 10 кг — 100 мл/сут.;

от 10 до 20 кг — 100 мл + 50 мл/кг массы (свыше 10 кг);

более 20 кг — 600 мл + 20 мл/кг массы (свыше 20 кг).

В рацион следует включать пищевые волокна в виде отрубей, фруктов и овощей, в состав которых входит целлюлоза. Адекватная доза пищевых волокон рассчитывается следующим образом: возраст в годах + 5 (в граммах). Если ребенок находится на грудном вскармливании, правильный режим питания и питьевой режим необходимо отрегулировать и кормящей матери. Грудным детям следует ввести в рацион фруктовое пюре: яблочное, абрикосовое, персиковое, из чернослива.

Выделяют растворимые пищевые волокна — клейковина, пектин (не ферментируется), и нерастворимые — пшеничные отруби, гемицеллюлоза, целлюлоза, лигнин.

**Медикаментозное лечение.** В качестве лекарственной коррекции запоров у детей традиционно применяют следующие средства:

1. Препараты, нормализующие микробную флору (пребиотики, пробиотики).

 2. Желчегонные препараты. Желчные кислоты нормализуют моторику кишечника, оптимизируют действие липазы поджелудочной железы и обеспечивают поддержание нормального микробиоценоза тонкой кишки.

 3. Ферментные препараты. Основанием для их назначения, как правило, являются изменения в копрограмме, отражающие нарушение полостного пищеварения. Начинать следует с препаратов, содержащих только ферменты.

 4. Спазмолитические препараты и прокинетики. У детей раннего возраста спазмолитики используются только при спастических запорах не более 3–5 дней (Риабал, Но-шпа, Папаверин). При гипомоторной дискинезии назначаются прокинетики.

 5. Витаминно-минеральные комплексы. При гипомоторной дискинезии толстого кишечника назначаются витамины группы В (В1, В6), ноотропы. При наличии симптомов рахита назначается витамин D3 в лечебной дозе.

6. Слабительные средства.

Слабительные средства классифицируются по механизму действия:

1. Увеличивающие объем кишечного содержимого или гидрофильные вещества (отруби, семена подорожника (Мукофальк), семя льна), размягчающие каловые массы (минеральное масло).

 2. Осмотические слабительные: а) слабоабсорбируемые ионы (магния сульфат, магния карбонат, натрия сульфат); б) многоатомные спирты (сорбитол, маннитол, глицерол); в) полиэтиленгликоль, макро- голь (Форлакс).

3. Неабсорбируемые ди- и полисахариды (имеют свойства пребиотиков): а) лактулоза (также имеет свойство осмотического слабительного); б) олигосахариды (эффективны в больших дозах).

4. Средства, усиливающие секрецию или непосредственно влияющие на эпителиальные, нервные и гладкомышечные клетки (контактные слабительные): а) поверхностно-активные вещества; б) желчные кислоты; в) дериваты дифенилметана (фенолфталеин, бисакодил); г) рицинолевая кислота (касторовое масло); д) антрахиноны (сенна, крушина).

Большинство экспертов одобряет использование нестимулирующих слабительных, таких как минеральные масла, лактулоза или магнезия, которые медленно смягчают фекальные массы. Практически все солевые слабительные, а также препараты растительного происхождения (сенна, крушина и др.) не используются для планового лечения в детском возрасте. Солевые слабительные могут способствовать нарушениям электролитного обмена, обезвоживанию, развитию вторичного синдрома мальабсорбции. Безопасным слабительным из группы осмотических препаратов для детей, особенного раннего возраста, является лактулоза, которая обладает пребиотическими свойствами и безопасна даже для новорожденных детей.

Очистительные клизмы используют только как средство скорой помощи. В качестве симптоматической терапии при повышенном газообразовании назначают симетикон, укропную воду, чай с фенхелем, ромашкой. При наличии «запорного поноса» проводят механическую стимуляцию ануса газоотводной трубкой, используют глицериновые свечи. Кроме этого, необходимо нормализовать двигательный режим ребенка. Показаны упражнения для укрепления мышц брюшного пресса, нормализации внутрибрюшного давления, общеукрепляющие и тонизирующие. Полезно поощрение за успехи в обучении правильной дефекации. Ребенок с запорами требует наблюдения и проведения поддерживающей терапии на протяжении 6–24 месяцев.

2013 г.