

*Н.В. Чернега,
М.Ф. Денисова, Н.Н. Музыка*

*ГУ «Институт педиатрии,
акушерства и гинекологии
НАМН Украины»*

ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Резюме

У статті наведено результати дослідження 41 дитини віком від 3 до 16 років. Установлено, що включення препарату Нормолакт у лікувальний комплекс при закрепах як функціональної, так і органічної етіології сприяє значному поліпшенню загального стану дитини, зникненню больового та диспептичного синдромів, нормалізації частоти і консистенції випорожнення. Висока терапевтична ефективність і добра переносність дають підставу рекомендувати препарат Нормолакт для широкого застосування в педіатрії.

Ключові слова

Діти, закреп, синдром подразненого кишечника, вади розвитку товстого кишечника, Нормолакт.

По данным статистики, в развитых странах около 50% взрослого населения страдает хроническими запорами. Распространенность этого недуга обусловлена характером питания, малоподвижным образом жизни, наследственной предрасположенностью, психологическими нарушениями, изменениями гипоталамо-гипофизарной системы на уровне автономной кишечной иннервации, влиянием дисбиоза кишечного тракта на моторно-секреторную функцию толстой кишки и др.

По данным G. Shettler (1987 г.), запор долгое время имел определение как длительная задержка кишечного содержимого или замедление эвакуаций плотных каловых масс. Частота дефекации, однако, является субъективной и имеет индивидуальные вариации в детском возрасте. По мнению авторов [1, 2] у большинства детей старше 3 лет задержку опорожнения кишечника более 36 часов следует рассматривать как запор. Поскольку частота дефекации у детей старше 3 лет и подростков примерно такая же, как и у взрослых, в более раннем возрасте диагноз запора может быть поставлен по частоте испражнений менее 6 раз в неделю [3, 4]. Однако, для постановки диагноза необходимо учитывать анатомо-физиологические особенности моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, связанные с периодом детского возраста. По мнению А.И. Хавкина (2000 г.) хронический запор – это прежде всего стойкое или часто повторяющееся, сроком более 3 месяцев, нарушение функции толстой кишки с урежением частоты стула менее 3 раз в неделю (для детей до 3 лет – менее 6 раз в неделю), вынужденным на-

туживанием, занимающим более 25% времени акта дефекации, ощущением «неполного опорожнения кишки». Некоторые педиатры считают, что запор – это нарушение возрастного режима акта дефекации на протяжении 3 месяцев, который приводит к ухудшению состояния здоровья ребенка. Последнее обусловлено тем, что 3-месячный срок достаточен для коррекции диеты, режима питания, лечебной физкультуры, чтобы нормализовать функцию кишечника.

По мнению многих авторов и по нашим наблюдениям, запор является не только самостоятельной болезнью, но и как симптом многих заболеваний, хотя согласно современной классификации функциональных заболеваний кишечника (Римский консенсус, 1999 г.) функциональный запор (МКБ-10, K59) выделен в отдельную категорию и рассматривается как нарушение функции кишечника в виде хронической задержки опорожнения кишечника более 36 часов, увеличением интервалов между актами дефекации по сравнению с индивидуальной физиологической «нормой», затруднением акта дефекации, чувством неполного опорожнения кишечника, отхождения малого количества кала повышенной плотности.

Этиология запоров разнообразна и их лечение достаточно сложное, поскольку в каждом конкретном случае следует учитывать возраст ребенка, причину возникновения запоров, психоэмоциональный статус, переносимость медикаментов, умение точно подобрать и дозировать медикаменты и т.д.

В лечение детей, страдающих запорами, можно выделить несколько направлений.

Первое из них включает:

- подготовку родителей, которые знают, что пи-

тание ребенка должно быть сбалансированным, обогащенным растительными волокнами с достаточным количеством жидкости;

- соблюдение режима дня и приема пищи;
- физически активный образ жизни;
- ведение пищевого дневника.

Второе – консультации и помощь психолога, невролога, при необходимости хирурга, эндокринолога.

Третье – назначение лекарственных препаратов с наименьшим количеством побочных эффектов. При этом важная роль принадлежит педиатру хорошо ориентирующемуся в большом количестве слабительных средств на фармацевтическом рынке.

Одним из широко используемых в лечении запоров у детей является препарат Нормолакт сироп, производства ПАО НПЦ «Борщаговский химико-фармацевтический завод», активным веществом которого является лактулоза [2, 8]. Лактулоза применяется для лечения запоров у взрослых на протяжении 45 лет. На сегодня нет никаких предполагаемых или очевидных доказательств, что лактулоза оказывает на организм человека мутагенное, генотоксическое или тератогенное действие [2]. Принципиальное действие препарата Нормолакт основано на том, что молекула лактулозы не расщепляется ферментами тонкой кишки и остается интактной вплоть до попадания в толстую кишку. Под действием ферментов бактерий она распадается на низкомолекулярные органические кислоты – молочную, уксусную, масляную и пропионовую, что вызывает повышение осмотического давления и подкисляет содержимое толстой кишки. Это способствует увеличению притока жидкости, размягчая консистенцию каловых масс. Лактулоза содержит бифидогенный фактор, который усиливает рост анаэробной флоры – бифидо- и лактобактерий; при этом препарат является мягким регулятором функции кишечника и слабительным средством.

Цель работы – оценка эффективности препарата Нормолакт в комплексном лечении запоров у детей.

Материалы и методы

Обследован 41 ребенок в возрасте от 3 до 16 лет, которые наблюдались и лечились в отделении заболеваний печени и органов пищеварения у детей ГУ «ИПАГ НАМН Украины» (руководитель отдела – проф. М.Ф. Денисова).

Среди них мальчиков 18, девочек 23. Основные жалобы при поступлении: задержка стула в течение 3 дней и более, вздутие, боль, зачастую проходящая после акта дефекации, раздражительность, головные боли. При анализе клинических проявлений обращали внимание на наличие синдромов: болевого, диспептического, хронической интоксикации, ощущение неполного опорожнения кишечника, чувство страха и боли при

акте дефекации, каломазание. Обследование детей проводили по унифицированной методике, включавшей наряду с общеклиническими исследованиями периферической крови, мочи, копрограммы, анализа кала на дисбактериоз также эндоскопическое обследование пищевого канала, ирригографию, морфологическое исследование тканей толстой кишки, УЗИ органов брюшной полости, анорманометрию (по показаниям). Все дети консультированы неврологом, психологом, хирургом, эндокринологом. В работе использована рабочая классификация запоров у детей А.И. Хавкина, 2000 г.

На основании результатов проведенных исследований диагностировано у 25 детей – синдром раздраженного кишечника (СРК), протекающий с запорами, у 16 – врожденный порок развития толстого кишечника (долихоколон).

Диагнозы верифицированы согласно МКБ-10. Синдром раздраженного кишечника, протекающий с запорами, соответствовал рубрике литеры Н Римских критериев 3 (2006 г.). Длительность заболевания до госпитализации составляла от 3 до 5 лет.

Важно отметить, что дети с СРК были старше 10 лет, преобладали девочки. В клинической картине обращало внимание раздражительность пациента, головная боль, боли разлитого характера или приступообразные (не длительные), исчезающие после акта дефекации, вздутие кишечника, урчание, иногда метеоризм. Акт дефекации затруднен, отмечали выделение твердого фрагментированного или твердого комковатого кала. Задержка стула составляла более трех дней.

Пациенты с врожденным пороком развития толстой кишки (долихоколон) были в возрасте от 3 до 6 лет. Дети отставали в физическом развитии, плаксивы, жаловались на боли (схваткообразные) не связанные с приемом пищи на протяжении дня, вздутие и урчание кишечника, нерегулярный метеоризм, болезненный акт дефекации. Задержка стула более 7 дней, а у 3 (21,4%) детей самостоятельного стула без клизм не было. Стул твердой консистенции, «овечий», у 5 (35,7%) каломазание. При ректороманоскопии у 23 (77,1%) больных обнаружены признаки катарального проктосигмидита, у 2 (14,2%) – трещина ануса. Длительность заболевания составляла от 1 года до 5 лет.

Базисная терапия включала диетотерапию (стол №3), представляющий собой физиологически полноценную диету с повышенным содержанием продуктов, усиливающих моторную функцию кишечника с достаточным количеством жидкости и клетчатки. Питание дробное, 5-6 раз в сутки.

Медикаментозные препараты прокинетики, ферменты, пробиотики, витамины, физиотерапевтические методы, лечебная физкультура, общий массаж, ароматерапию.

Детям с пороком развития толстого кишечника

назначали иглорефлексотерапию по показаниям, а большим с СРК - седативные препараты, психотерапию.

Стартовая доза Нормолакта составила 10 мл лактулозы, при отсутствии эффекта дозу повышали в 2 раза. Курс лечения 21 день, в течение которых проводился ежедневный опрос ребенка, его осмотр, а также оценка характера и частоты стула. Другие слабительные средства не назначали.

Эффективность лечения оценивали динамической регрессии клинических симптомов и восстановлением ежедневного стула.

Результаты и их обсуждение

Динамика клинических симптомов в результате лечения комплексной терапией с включением препарата Нормолакт представлена в табл. 1, 2.

Согласно полученным данным синдром хронической интоксикации и диспептический наблюдался до лечения у всех больных с СРК, болевой синдром различной интенсивности и продолжительности у 23 (84%), ощущение неполного опорожнения у каждого третьего ребенка. Боли при акте дефекации у 9 (36%) пациентов, задержка стула более чем на 36 часов у всех (100%) больных.

Исходный характер стула по оценке Бристольской шкалы соответствовал 2 типу, то есть был твердым и свидетельствовал о замедлении кишечного транзита.

Включение Нормолакта в комплексную терапию оказалось эффективным у большинства больных уже в конце первой недели лечения. Появление стула наблюдалось на 2 день лечения. Первоначальная доза Нормолакта оказалась эффективной у 17 (68%) больных, 8 (32%) детям с СРК через неделю увеличили дозу препарата до 20 мл в сутки, что позволило достичь нормализации стула у всех наблюдаемых детей. Консистенция стула соответствовала 4 типу Бристольской шкалы форм кала.

К концу лечения исчезли болевой, диспептический синдромы, ощущение неполного опорожнения кишечника у всех детей (100%). Только у 4 (16%) пациентов сохранялась раздражительность. Исходные клинические симптомы представлены в табл. 2.

Основными жалобами до лечения у всех (100%) пациентов были: плохой аппетит, плаксивость, схваткообразные боли, которые уменьшались или исчезали после акта дефекации, метеоризм, задержка стула до 4-6 дней. У 10 (62,5%) больных при виде пищи возникала тошнота. Важно отметить, что у 5 (31,2%) детей от 3 до 4 лет развилось чувство страха при высаживании на горшок. Это возможно, обусловлено наличием трещины ануса. Исходный характер стула при оценке по Бристольской шкале соответствовал 1-2 типу и свидетельствовал о замедлении кишечного транзита. Дети с пороком развития толстой

кишки (долихоколон) имели средние параметры физического развития, дефицит массы тела 1 степени отмечен у 6 (37,5%) больных.

Назначение препарата Нормолакт оказалось эффективным у большинства больных. Анализируя полученные данные необходимо отметить положительную динамику болевого, диспептического синдромов начиная с 2-го дня лечения. После окончания курса лечения только у 3 (18,8%) детей сохранились кратковременные, менее выраженные боли, незначительный метеоризм, боязнь горшка.

Появление стула после включения Нормолакта в базисную терапию наблюдалось уже на 3 день от начала лечения. Частота стула составила в среднем 6 (4-7) раз в неделю на фоне приема лактулозы. Характер стула при оценке по Бристольской шкале соответствовал 3-4 типу.

Первоначальная доза оказалась достаточной у 11 (68,7%) детей, а 5 (31,2%) – в связи с недостаточной эффективностью дозы Нормолакта через

Таблица 1. Динамика клинических симптомов у детей СРК во время лечения

Клинические симптомы	До лечения (n=25)	После лечения (n=25)
Головные боли	14 (56%)	1 (4%)
Плохой аппетит	18 (72%)	0
Раздражительность	21 (84%)	4 (16%)
Тошнота	8 (32%)	0
Боли в животе	23 (92%)	0
Частота стула (кол. раз в неделю)	2-3	7
Характер стула:		
• твердый;	21 (84%)	3 (12%)
• нормальный	4 (16%)	22 (88%)
Ощущение неполного опорожнения	9 (36%)	0
Боли при акте дефекации	8 (32%)	0
Увеличение дозы	-	8 (32%)
Использование клизм	-	-

Таблица 2. Динамика клинических симптомов у детей с пороком развития толстого кишечника до и после лечения

Клинические симптомы	До лечения (n=16)	После лечения (n=16)
Головные боли	5 (31,2%)	0
Плохой аппетит	16 (100%)	5 (31,2%)
Раздражительность	15 (93,7%)	5 (31,2%)
Тошнота	10 (62,5%)	0
Боли в животе	16 (100%)	3 (18,8%)
Частота стула (кол. раз в неделю)	1-2	6
Характер стула:		
• твердый	10 (62,5%)	3 (18,8%)
• нормальный	6 (37,5%)	
Метеоризм	16 (100%)	3 (18,8%)
Боли при акте дефекации	16 (100%)	3 (18,8%)
Боязнь горшка	5 (31,2%)	3 (18,8%)
Увеличение дозы		5 (31,2%)
Использование клизм	5 (31,2%)	2 (12,5%)

1 неделю она была увеличена до 12,5 мл в сутки. Это позволило достичь нормализации стула у 14 (87,5%) больных. Только 2 пациентам были дополнительно назначены клизмы.

Переносимость препарата Нормолакт была хорошей. Никто из пациентов не потерял массы тела. Все дети отмечали хорошие органолептические качества лактулозы, отказов от приема препарата не было.

Таким образом, для лечения запора имеется широкий спектр медикаментозных возможностей, из которых необходимо выбрать наиболее безопасные лекарственные средства. Препаратами выбора у детей являются осмотические слабительные (лактоза).

Включение препарата Нормолакт в комплексную терапию лечения запоров способствует по-

вышению активности эффективной терапии, и согласно нашим данным, является неотъемлемой частью лечения выраженных запоров.

Выводы

Применение препарата Нормолакт в комплексной терапии эффективно устраняет запоры у детей с заболеванием кишечника.

Под влиянием препарата Нормолакт улучшается общее состояние детей, исчезает болевой и диспептический синдромы.

Препарат Нормолакт не вызывает побочных эффектов и хорошо переносится больными, что позволяет рекомендовать его к применению в педиатрической практике.

Список использованной литературы

1. Белоусов Ю.В., Белоусова О.Ю. Хронические нарушения стула у детей. - К., 2006. - 240 с.
2. Фюсген И., Шуманн К. Клинические аспекты и лечение запора // Пер. русск. - Гановвер, 2001. - 54 с.
3. Хавкин А.И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей. - М.: Правда, 2000. - 72 с.
4. Няньковский С.В., Герасимов С.К., Трошков О.В. Фармакотерпія запору функціонального й органічного генезу у дітей різних вікових груп // Ліки України. - 2005. - № 3. - С. 46-50.
5. Дегтярева И.И., Скопиченко С.В. Дуфалак. Классическое применение и перспективы. - К.: ЗАО «Атлант ЮЭМСИ», 2003. - 233 с.
6. Маев И.В., Самсонов А.А. Лактулоза (Дуфалак) - «золотой стандарт» терапии хронического запора, как одного из основных гастроэнтерологических синдромов. Информация Solvay Pharmaceuticals GmbH, 2004. - 6 с.
7. Ballongue et al. Effects of Lactulose and Laction on Colonic Microflora and Enzymatic Activity // Scand. J. Gastroenterol. - 1997. - Vol 32, suppl. 222. - P. 41-44.
8. Bush R.T. Lactulose: An ideal laxative for children // N. Z. Med. J. - 1970. - Vol. 71. - P. 364-365.
9. Clausen M.R., Mortensen P.B. Lactulose, disaccharides and colonic flora // Drugs. - 1999. - Vol. 53. - P. 930-942.
10. Gibson G.R., Roberfroid V.B. Dietary modulation of the human colonic microbiota: introduction the concept of prebiotics // J. Nutr. - 1995. - Vol. 125. - P. 1401-1412.
11. Gibson G.R., Berry-Ottaway P., Rastall R.A. Prebiotics: new developments in functional food. - Oxford, UK: Chandos Publishing Limited, 2000.

Надійшла до редакції 15.03.2014

CONSTIPATION IN CHILDREN AND ITS TREATMENT

N.V. Chernega, M.F. Denisova, N.M. Muzyka

Summary

The article presents the results of the study of 41 children aged 3 to 16 years. It has been established that the inclusion of the Normolact preparation in the medical complex at constipation of both functional and organic etiologies in pediatric patients resulted in the significant improvement of the general state of health of a child, relief of the pain and dyspeptic syndromes, normalization of the stool frequency and consistency. The high therapeutic efficacy and good tolerability of this agent make the ground to recommend Normolact for its extensive administration in pediatrics.

Keywords: children, constipation, irritable bowel syndrome, malformations of the large intestine, Normolact.