

## Подходы к обследованию детей с синдромом хронического запора

Хронический запор-стойкое или интермиттирующее продолжающееся более 6 месяцев нарушение функции толстой кишки с урежением частоты стула менее 3 раз в неделю и с вынужденным натуживанием, занимающим более 25 % времени дефекации.

По мнению И.И. Захаровой, Н.Е. Маловой (2004 г.), о запоре у детей младше 3 лет говорят в том случае, если частота стула составляет менее 6 раз в неделю. Кроме того, под определение запора подпадают и те случаи, когда у ребенка отмечается болезненная дефекация плотным по консистенции калом, даже если частота стула соответствует возрастной норме. О хроническом запоре у детей можно говорить в том случае, если имеется стойкое, продолжающееся более 3 месяцев урежение стула (менее чем 6 раз за неделю), сопровождающееся затруднением акта дефекации, чувством неполного опорожнения кишечника, изменением формы и характера каловых масс. Следует отметить, что даже при ежедневном стуле у ребенка натуживание, чувство неполного опорожнения, изменение характера кала («овечий», большой диаметр калового цилиндра) также свидетельствуют о хроническом запоре.

Хронический запор возникает в результате нарушения моторной активности желудочно-кишечного тракта в целом и толстой кишки в частности.

Для полноценного осуществления моторно-эвакуаторной функции кишечника необходимо:

- наличие содержимого, которое по количеству и качеству является физиологическим раздражителем для перистальтики;
- наличие ненарушенного мышечного аппарата, сохранение внешней и собственной иннервации кишок;
- сохранность эндокринной и паракринной регуляции;
- наличие нормального рефлекса со стороны прямой кишки и ненарушенной функции мышц тазового дна;
- отсутствие препятствий для перистальтики.

В поддержании моторной активности толстой кишки немаловажное значение придается компонентам пищи. Жиры и углеводы стимулируют, а белки и аминокислоты подавляют моторику толстой кишки.

Мощными стимуляторами перистальтики являются пищевые волокна, жиры, желчные кислоты, вещества, образующиеся в результате брожения, газы, продукты бактериальной ферментации кишечного содержимого; образующиеся в процессе бактериальной ферментации кишечные газы (диоксид углерода, метан, водород и др.). Стимулирующим эффектом обладают и продукты жизнедеятельности бактерий.

Важное значение для моторики кишки имеет водно-солевой баланс между просветом кишки и ее стенкой, обуславливающий влажность или сухость каловых масс. Только присутствие в кале воды на уровне 50 и более процентов обеспечивает беспрепятственное его продвижение по кишечнику.

Стимулирует и поддерживает активную перистальтику кишечника общая физическая активность человека.

Роль пищевых волокон в стимуляции процессов дефекации складывается из нескольких составляющих. Они значительно увеличивают массу кишечного

содержимого, в том числе за счет увеличивающейся бактериальной массы, обладают выраженным водозадерживающим эффектом, а также обладают прямым раздражающим воздействием на слизистую толстой кишки.

Позывы на дефекацию возникают когда фекалии, попадая в прямую кишку, растягивают ее, раздражают нервные рецепторы (окончания) всей слизистой оболочки и более глубоко расположенные рецепторы мышечной оболочки.

Нарушение ритма опорожнения кишечника, подавление безусловных рефлексов приводит к повышению порога чувствительности рецепторного аппарата стенки прямой кишки, скоплению кала в последней, нарушению ее пропульсивной функции, дилатации органа. Немаловажное значение имеет и координация деятельности мышц тазового дна со сфинктерным аппаратом прямой кишки.

В гуморальной регуляции деятельности органов пищеварения особенно велика роль гастроинтестинальных гормонов. Для эффективной работы кишечной гормональной системы требуется поддерживать функционирование нормальной флоры кишечника и своевременно избавлять желудочно-кишечный тракт от шлаков.

К хроническим запорам может приводить ряд эндокринных заболеваний, таких как гипотиреоз, гиперпаратиреоз, сахарный диабет. Иногда запор является ранним и единственным признаком первичного гипотиреоза. При сахарном диабете нередко регистрируются моторные нарушения толстой кишки, связанные с развитием диабетической нейропатии, псевдообструкции или даже непроходимости кишечника. В целом, чем тяжелее течет сахарный диабет, тем раньше возникают явления хронического запора.

Задержка стула часто наблюдается при беременности в связи с повышенной продукцией прогестерона, а в поздние сроки — в связи с механическим воздействием увеличенной матки на толстую кишку, в основном на ее сигмовидный отдел.

Основными причинами хронического запора, связанными с замедленным продвижением содержимого по кишечнику (не ассоциированными с заболеваниями кишечника) по И.В. Маеву, А.А. Самсонову являются следующие:

алиментарные причины (простой запор);

общая гиподинамия (малоподвижный образ жизни, постельный режим);

сердечная недостаточность (застойные явления), в том числе портальная гипертензия;

метаболические/эндокринные причины;

прием лекарственных средств;

токсические воздействия: при хронических профессиональных отравлениях свинцом, ртутью, таллием;

ряд заболеваний внутренних органов: склеродермия, висцеро-висцеральные рефлекторные, атонические запоры при остром холецистите, панкреатите, аппендиците и пр.;

болезни центральной нервной системы: ДЦП, нарушения мозгового кровообращения и др.;

болезни периферической нервной системы: поражения конского хвоста и пр.;

психогенный запор (депрессивные состояния, шизофрения, нервная анорексия, ипохондрические состояния).

Таким образом, перед врачом, к которому обратился пациент с жалобами на явления хронического запора стоит ряд задач:

исключить органическую/анатомическую патологию;

уточнить функциональное состояние органа (состояние моторики и тонуса);  
установить причину функциональных нарушений.

На наш взгляд эти задачи можно решить пройдя 4 этапа обследования:

1-ый этап – уточнение жалоб и анамнеза. При обращении пациента к врачу важен анализ жалоб и полный сбор анамнеза. При анализе жалоб пациента необходимо, прежде всего, уточнить наличие запора, его взаимосвязь с болевым синдромом и/или энкопрозом (при их наличии), длительность периода, в течение которого отмечаются жалобы. Важно оценить рацион питания ребенка, питьевой режим, его физическую активность, наличие сопутствующей патологии, психоэмоциональный статус ребенка, перинатальный период развития. Только оценив все собранные данные, участковый педиатр может сориентироваться в дальнейшей тактике ведения пациента.

2-ой этап – осмотр ребенка с проведением пальпации живота (поверхностной и глубокой пальпации живота с пальпацией печени, кишечника, определение ряда симптомов, в т.ч. пузырных) и осмотра крестцово-копчиковой зоны и области промежности, что позволит выявить или исключить заболевания аноректальной области. При осмотре промежности можно заметить наружные геморроидальные узлы, выпавшую прямую кишку, выпадающий внутренний геморроидальный узел, наличие анальной трещины.

3-ий этап – лабораторные и инструментальные методы исследования, включающие копрограмму, исследование кала на дисбактериоз, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, в т.ч. кишечника и желчного пузыря с определением его функции, рентгенологическое (ирригоскопия) и эндоскопическое (колоноскопия) исследования (при наличии показаний).

4-ый этап – консультация хирурга или другого специалиста (по показаниям).

Для выполнения вышепоставленных задач мы предлагаем использовать алгоритмы обследования (рис.1-3), которые, на наш взгляд, помогут участковому педиатру в выборе тактики обследования и лечения пациентов.

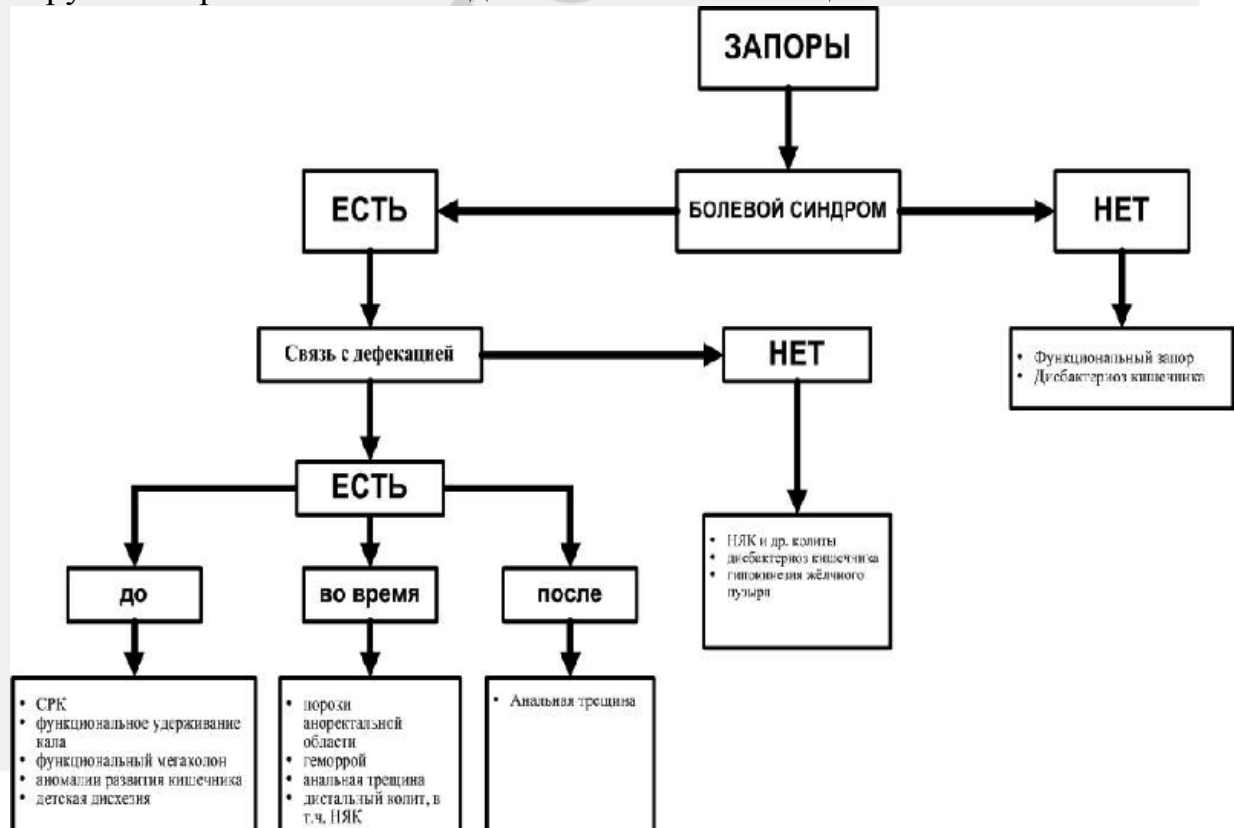


Рис. 1

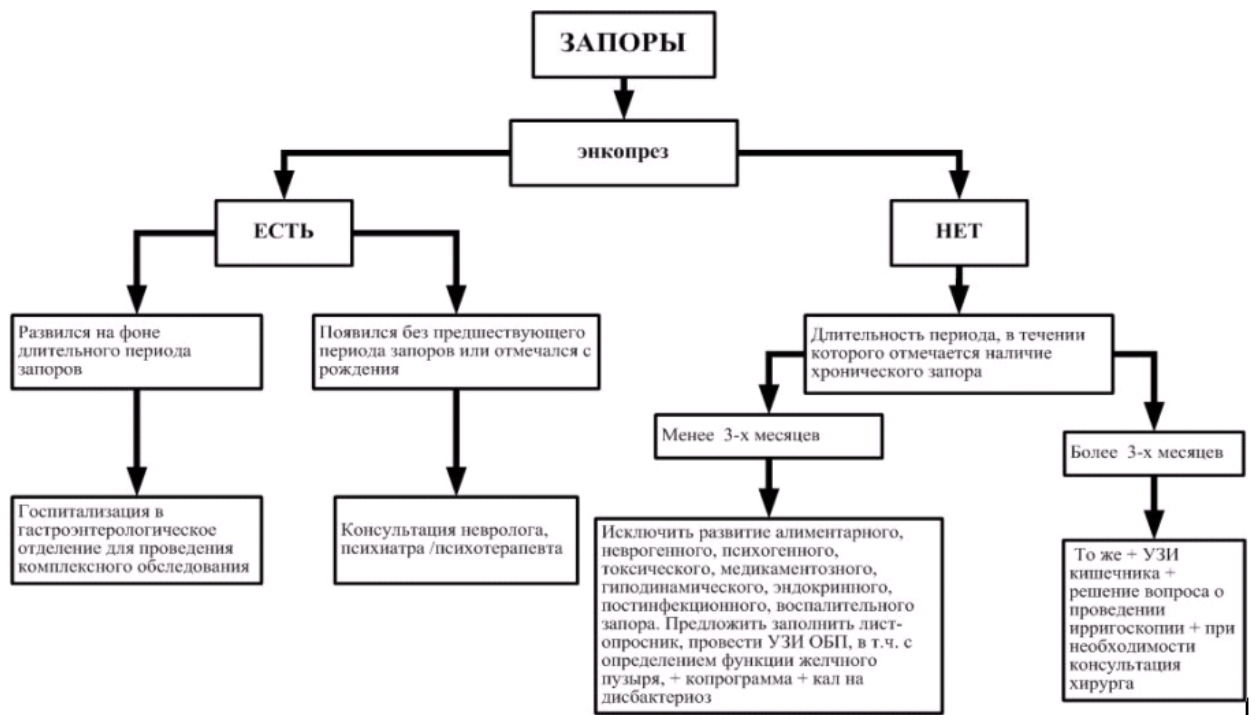


Рис.2

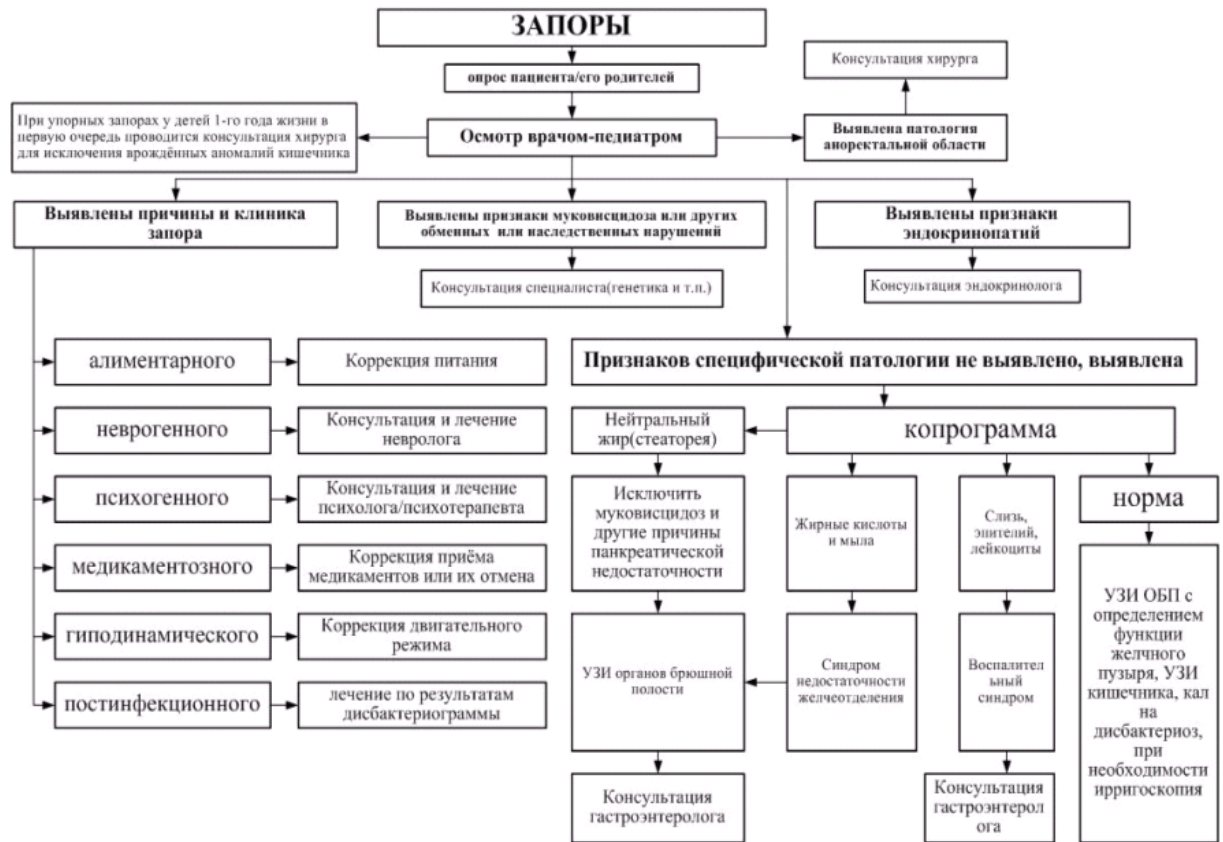


Рис.3

### Литература

1. Захарова И.И., Малова Н.Е. Запоры у детей раннего возраста.-Лечащий врач.-2004.-.№1.-С.20-23.
2. Маев И, В., Самсонов А., А. Синдром хронического запора. Учебное пособие.- М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ и СР РФ.-2005.-96 с.

3. Хавкин А.И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста (пособие для врачей).-М., 2000.-71 с

