



что тревожит родителей?

Анализ российских и международных рекомендаций по лечению запора у детей — диалог практиков

Очередная, уже 12-я по счёту онлайн-встреча Клуба экспертов Nutricia состоялась 16 декабря 2020 года. В виртуальной ординаторской встретились **гастроэнтеролог**, канд. мед. наук Михаил Арнольдович **Ткаченко**, и **хирург-проктолог**, канд. мед. наук Дмитрий Владимирович **Филиппов** (Санкт-Петербург). Темой обсуждения стал сравнительный анализ рекомендаций по **лечению запора** у детей, ведь документы, используемые в нашей стране и за рубежом, несколько разнятся. В результате обсуждения с акцентом на практических аспектах слушателям были предложены готовые **алгоритмы диагностики и лечения** этого заболевания.

Распространённость **функционального запора** сильно зависит от возраста: если на первом году жизни показатель не превышает 3%, то в 12–24 мес он доходит **до 27%**. Врачам хорошо известны Римские критерии запора¹, на основании которых можно поставить правильный диагноз. Для детей младше 4 лет об этом состоянии говорят, если сочетаются **две и более** из приведённых ниже ситуаций (последние два пункта относятся к детям, уже пользующимся горшком):

- две дефекации в неделю или меньше;
- **глительные** задержки стула;
- болезненные или затруднённые дефекации;
- большой **диаметр** калового цилиндра;
- наличие большой массы фекалий в прямой кишке;
- один эпизод **недержания** кала в неделю и более;
- эпизод закупорки унитаза плотным калом большого диаметра.

Вопросы специалистов нередко касаются дополнительных нюансов постановки диагноза, — например, насколько необходимо **пальцевое исследование** прямой кишки? В этом отношении подходы сильно **разнятся** — в России метод применяют редко, тогда как в США процедура обязательна при подозрении на запор. Важно заранее получить **информированное согласие**, обеспечить присутствие родителя/опекуна, задокументировать результаты манипуляции.

К горшку готов!

Наиболее частые причины запоров у детей раннего возраста — недостаточный объём питания при гипогалактии, смена рациона, последствия острых кишечных инфекций, анальные трещины и аллергия к белкам коровьего молока. Реже этот симптом сопровождают другие заболевания — более десяти, в числе которых целиакия, передозировка витамина D, гипотиреоз и т.д.² Констипации способствует также избыток в рационе молока (более 720 мл/сут)³ и пищевых волокон у детей со склонностью к задержке стула и с эпизодами копростаз⁴. Если нарушения дефекации возникают с первых дней жизни или не разрешаются при стандартной терапии, необходима дифференциальная диагностика с этими состояниями. В российских клинических рекомендациях⁵ также представлен исчерпывающий перечень «красных флагов» — состояний, при обнаружении которых ребёнка следует направить к профильному специалисту.

Дмитрий Владимирович подробно рассказал об органических нарушениях, сопровождающихся запором, когда участия одного гастроэнтеролога недостаточно. В частности, это относится к болезни Гиршпрунга (БГ) и стриктурирующему фенотипу болезни Крона, любым врождённым порокам развития аноректальной области. Эти состояния требуют обязательной консультации хирурга, а по показаниям — экстренной госпитализации в хирургическое отделение детской больницы. Все формы атрезий (прямой кишки, ануса) должны быть диагностированы до выписки из роддома, в идеале — сразу после рождения.

Запор можно спутать с анальной ахалазией — нарушением работы сфинктера прямой кишки. Для дифференциальной диагностики проводят дополнительные исследования, например аноректальную манометрию или УЗИ органов брюшной полости.

[Если в первые дни или недели жизни, а также при введении прикорма резко нарушается опорожнение кишечника, следует заподозрить болезнь Гиршпрунга.]

БГ — заболевание, вызванное мутациями в одном или нескольких из 12 генов, из-за которых нарушается миграция нейробластов и их дифференцировка в ганглиозные клетки. В результате этого сбоя в кишечнике остаются участки аганглиоза, неспособные расслабляться, что со временем вызывает функциональную обструкцию.

У здоровых новорождённых в первые 48 ч жизни должен отойти меконий (время желательно фиксировать в справках при выписке). Если этого не происходит, имеют место рвота с жёлчью и вздутие живота, в первую очередь следует думать именно о БГ. Выявить нарушение нужно быстро, так как оно у 24–35% пациентов может осложняться жизнеугрожающим колитом, сопровождающимся тяжёлой диареей, лихорадкой, тахикардией, угнетением сознания. Состояние похоже на острую кишечную инфекцию и, будучи упущенным из виду, может закончиться трагически. БГ ассоциирована со многими наследственными синдромами, поэтому поиск должен быть направлен в том числе на выявление возможных сочетаний. Алгоритм диагностики БГ хорошо регламентирован, задача неонатолога родильного дома — вовремя заподозрить состояние и организовать безотлагательный осмотр пациента хирургом.

Следует принять во внимание, что хирургическое вмешательство при БГ спасает жизнь ребёнка, но, как правило, не излечивает его полностью. У 57% прооперированных детей наблюдают недержание кала (у 9% — мочи), 48 и 44% соответственно переносят эпизоды энтероколита и повторные операции, а 13% нуждаются в выведении стомы, нередко — постоянной. Наконец, половина пациентов в дальнейшем нуждаются в той или иной помощи для опорожнения кишечника⁶. Со всеми этими проблемами они возвращаются на амбулаторный участок, где к организации их диспансерного наблюдения необходим мультидисциплинарный подход — следует добиваться максимально возможного качества жизни.

В США нормой приучения к горшку считают возраст 2–4 года, в Швеции к 6 годам туалетные навыки сформированы примерно у 91% детей. Интересно, что в некоторых племенах Африки, где мать постоянно носит ребёнка с собой, буквально с первых дней практикуя высаживание младенца в позу, облегчающей отхождение стула и газов, к 4–5

мес у детей формируется привычка опорожнять кишечник согласно установленному матерью ритуалу. Однако между условным рефлексом у младенца и **осознанным навыком** дошкольника разница чрезвычайно велика — в исследованиях было установлено, что ранние попытки приучения к горшку **не ускоряют** формирования этого умения. Более того, если начать приучение раньше, чем ребёнок готов к подобным тренировкам (до 2–2,5 года), риск возникновения запоров повышается в 3,3 раза⁷. Эти данные учтены в американских клинических рекомендациях (тренировать, согласно этому документу, следует с 2 лет), однако в российских реалиях и руководствах приучать предложено раньше — с 1,5 года.

Важно: если ребёнка высаживают не на горшок, а **на унитаз**, нужно организовать устойчивую подставку под ноги такой высоты, чтобы обеспечить положение с упором локтями о колени.

От нуля и старше

В целом подходы к лечению запоров у детей разных возрастов схожи, однако есть некоторые особенности в ведении пациентов **младше года**. Вскармливаемых смешанно или искусственно следует перевести на смесь, способную **улучшить консистенцию** кала. Такие составы (например, «Нутрилон Комфорт») дополнительно содержат пребиотики, β-пальмитат и частично гидролизованный белок — в одном из исследований замена смеси улучшила опорожнение толстой кишки на 63%. Помимо размягчающего стула действия β-пальмитата, подобные формулы уменьшают проаллергенное воздействие белков коровьего молока, часто провоцирующих проблемы с дефекацией. Если на фоне применения смеси «Нутрилон Комфорт» запор не удаётся разрешить (что бывает при отягощённом **аллергоанамнезе**), следует перевести ребёнка на 2–4 нед на составы с глубоко гидролизованным протеином («Нутрилон Пепти Аллергия»).

У детей, вскармливаемых материнским молоком, эффективным может оказаться диетотерапевтическое **использование соков** в качестве слабительного (яблоко, груша, слива) по 15 мл до 3 мес и по 30 мл детям старше этого возраста. Быстрый эффект можно получить с помощью **свечей с глицерином**, однако их стоит использовать лишь эпизодически (регулярное использование препятствует самостоятельному формированию рефлекса на опорожнение кишки, т.е. формирует зависимость, а также чревато раздражением слизистой оболочки)^{8,9}.

Наконец, основа фармакотерапии — осмотические слабительные: **лактолоза и полиэтиленгликоль (ПЭГ)**. Первую применяют в возрасте до 6 мес по 1 мл/кг 1–2 раза в сутки, подбирая адекватную дозу (чрезмерное количество препарата может усилить газообразование и вызывать дискомфорт). ПЭГ — **препарат выбора** после 6 мес жизни в дозе 0,4–0,8 г/кг в сутки за 1–2 приёма с титрованием до получения эффекта. У младенцев **не применяют** минеральное масло и клизмы с фосфатами.

[Длительный приём слабительных — гораздо более благоприятный сценарий, чем привыкание к постоянным запорам!]

Для детей старше года большее значение приобретают слабительные со **стимулирующим эффектом** (трава сенны, пикосульфат натрия, бисакодил и др.) — в мире эти средства используют широко, а в отечественной педиатрической практике к ним относятся несколько настороженно. Препараты **пищевых волокон** в метаанализах не показали эффекта в качестве лекарственного средства¹⁰, однако не стоит пренебрегать продуктами с их высоким содержанием, обеспечивая суточную дотацию — до 2 лет ребёнку нужно 5 г, а затем по формуле «возраст в годах плюс 5–10 г» ежедневно. Чашка овощей или фруктов содержит 1 г, а чернослива, гороха и цельных злаков — 2 г естественной клетчатки: **размер порций** можно демонстрировать родителям на картинках в натуральную величину. Исследования демонстрируют, что дополнительное **потребление жидкости** не влияет на частоту стула, поэтому в западных рекомендациях в противовес российским нет пожеланий корригировать водный режим¹¹.

Курс приёма слабительных должен составлять **не менее 2 мес** с контролем состояния ребёнка педиатром, титрованием дозы и постепенным её снижением¹². Важно понимать, что есть пациенты, которым препараты приходится назначать годами, однако, если это решает проблемы пациента, длительного использования слабительных не стоит бояться. Чтобы обеспечить должную объективность оценки эффективности терапии и поддерживать комплаентность родителей, нужно предложить им вести **дневник дефекаций**. В нём отмечают попытки и успешные дефекации, дозы слабительных, вносят собственные комментарии — документ следует обязательно брать с собой **на приём** к врачу. Михаил Арнольдович представил примерную тактику назначения и отмены слабительных для 3-летнего ребёнка с запором без копростазы и недержания.

- **Стартовая доза** 8–20 г ПЭГ. Растворить порошок в 120–240 мл воды или другого негазированного напитка.
- Регулировать дозу **каждые 2–3 дня** (+/– 4–8 г) до достижения желаемого результата. Максимальная доза — по 16 г 2 раза в день.
- Через 1 мес **повторный визит** или телемедицинская консультация. Убедиться в эффективности терапии.
- Диета с повышенным содержанием **растительной клетчатки**.
- Спустя 8 нед после нормализации стула начать **снижение дозы** ПЭГ на 2–4 г каждые 2 нед. Отменить препарат при наличии **ежедневного** мягкого стула в отсутствие слабительного.
- Если при снижении дозы или после отмены слабительного стул опять стал твёрдым, следует возобновить приём **минимальной** эффективной дозы препарата и повторить попытку отмены через 2 мес.
- Продолжительность лечения может достигать **6 мес** или более.

[Чтобы родители на приёме могли лучше описать характер стула, демонстрируйте им цветные фотографии разных вариантов (есть в свободном доступе¹³) — это более наглядный подход, чем традиционная Бристольская шкала визуальной оценки кала.]

В российских клинических рекомендациях есть упоминание о назначении **нормокинетиков** (тримебутин), пре- и пробиотиков, спазмолитиков и желчегонных средств. В литературе также можно встретить сведения об успешном применении других препаратов, влияющих на перистальтику ЖКТ с различными механизмами действия (lubiprostone, linaclotide, prucalopride), однако для рутинного назначения перечисленных средств на текущий момент **отсутствует** доказательная база.

Основная тактика при копростазе — назначение ПЭГ до 6 дней. Если после этого срока не происходит разрешения, пациента **направляют к хирургу**. Хотя иригография не относится к рутинным процедурам, при подозрении на копролиты этот диагностический метод используют часто. При острых анальных трещинах главная задача — нормализовать пассаж в ЖКТ, тогда даже без применения местных средств дефект **рубцуются за 1–2 дня**. Иногда может потребоваться назначение **свечей** (с облепиховым маслом, натрия альгинатом, метилурацилом, фенилэфрином, с пробиотическими бактериями в сжиженном феноле), сидячие расслабляющие ванны, редко — «химическая сфинктеротомия». В настоящее время для этого нарушения хирургическое лечение **не рекомендовано**. Вероятно, единственное показание для госпитализации при запоре — невозможность амбулаторно определить точную причину (конкретное органическое нарушение).

В конце выступления спикеры в качестве резюме дали несколько коротких рекомендаций:

- чем меньше ребёнок, тем выше вероятность запора вследствие **врождённых аномалий** развития, которые следует выявлять в первые дни жизни;
- не нужно бояться **осмотических** слабительных;
- у грудных детей на искусственном вскармливании лечение начинают с **замены смеси** на формулы типа «Нутрилон Комфорт»;
- лечить запор медикаментозно следует столько, сколько потребуются **до нормализации** функции, важно сразу предупреждать об этом родителей;

• когда есть (предполагаются) осложнения или **органические причины** запора, следует направлять пациента к детскому хирургу соответствующей специализации.



Важно не просто добиться опорожнения кишечника у ребёнка, долго не имевшего стула. Нужно обязательно **разобраться** в причинах задержки и исключить заболевания, опасные для жизни. Именно поэтому функциональные запоры — проблема, часто требующая **мультидисциплинарного** подхода, тщательного обследования, длительного лечения и последующего контроля состояния пациента. **SP**

Литература

1. Benninga M.A., Faure C., Hyman P.E. et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler // *Gastroenterology*. 2016. Vol. 130. №5. P. 1519–1526.
2. Tabbers M.M. et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2014. Vol. 58. №2. P. 258–274.
3. Turner T.L., Matlock K.B. Toilet training // *UpToDate*. 2020.
4. Sood M.R. Chronic functional constipation and fecal incontinence in infants, children, and adolescents: treatment // *UpToDate*. 2020.
5. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей, клинические рекомендации, 2020. — URL: http://odgru.ru/images/Сводные_РКР_ФРОП_2020_01_21.docx.
6. Allin B.S.R., Orondo C., Bradnock T.J. et al. Outcomes at five to eight years of age for children with Hirschsprung's disease // *Arch Dis Child*. 2020.
7. Powers M.K., Brown E.T., Hogan R.M. et al. Trends in Toilet Training and Voiding Habits among Children with Down Syndrome // *J. Urol*. 2015. Vol. 194. №3. P. 783–787.
8. Levi E.I., Lemmens R., Vandeplass Y. et al. Functional Constipation in children: challenges and solutions // *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*. 2017. №8. P. 19–27.
9. Philichi L. Management of Childhood Functional Constipation // *J. Pediatric Health Care*. 2018. Vol. 32. №1. P. 103–111.
10. Pijpers M.A., Tabbers M.M., Benninga M.A., Berger M.Y. Currently recommended treatments of childhood constipation are not evidence based: a systematic literature review on the effect of laxative treatment and dietary measures // *Arch. Dis. Child*. 2009. №94. P. 1171–1131.
11. Patricia Piccoli de Mello, Diego Andre Eiferb, Elza Daniel de Mello. Use of fibers in childhood constipation treatment: systematic review with meta-analysis // *J. Pediatr (Rio J)*. 2018. Vol. 94. №5. P. 460–470.
12. Sood M.R. Chronic functional constipation and fecal incontinence in infants, children, and adolescents: treatment // *UpToDate*. 2020.
13. Huysentruyt K., Koppen I., Benninga M. et al. The Brussels Infant and Toddler Stool Scale: A Study on Interobserver Reliability // *J. Pediatric Gastroenter. Nutr.* 2019. Feb. Vol. 68. №2. P. 207–213.