

УДК: 616.34-008.141.15-053.2-036-085

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗАКРЕПІВ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ.

ДВНЗ "Ужгородський національний університет", Л. В. Ігнатко, В. М. Брана,

Х. А. Гечко, М. І. Товт

*Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони
материнства та дитинства, Ужгородська міська дитяча клінічна лікарня, Закарпатська
область*

Вступ

Хронічні закрепи являють собою значну медико-соціальну проблему через широку їх поширеність і зниження якості життя хворих. У розвинених країнах на закрепи страждають до 50% дорослого працездатного населення. Серед хворих гастроентерологічного профілю це захворювання відзначається у 70% хворих [4,5].

Закрепи є однією з найбільш поширених патологій шлунково-кишкового тракту у дитячому віці. Згідно з даними Наукового центру здоров'я дітей (Москва), вважається, що на закрепи страждають 10-25% дитячого населення, а у дітей дошкільного віку вони діагностуються в 3 рази частіше. Американська академія педіатрії зазначає, що у 95% дітей з цим діагнозом не виявляється органічна патологія товстого кишечника [6]. За даними соціологічного опитування, проведеного Weaver L.T., Steiner H., 16-32% батьків відзначають у своїх дітей схильність до цього захворювання [7].

Переважаючою формою хронічних закрепі у дітей є функціональні закрепи, зумовлені не структурними ураженнями кишечника, а порушеннями механізмів регуляції моторної діяльності шлунково-кишкового тракту.

Закреп являє собою порушення функції кишечника, яке проявляється збільшенням інтервалів між дефекаціями, утрудненням акту дефекації, відчуттям неповного спорожнення кишечника, а також зміною консистенції випорожнень [6].

У дітей перших місяців життя на грудному вигодовуванні частота стільця може бути від одного до 6-7 разів на день. При переході на штучне вигодовування стілець стає більш щільним, збільшується інтервал між актами дефекації. Для дітей старшого віку фізіологічними коливаннями частоти дефекацій вважають від 3 на добу до 3 разів на тиждень.

У дітей раннього віку консистенція калу має велику варіабельність. Кал у вигляді «кашки» до 6 місяців вважається нормальним, а від 6 місяців до 1,5-2 років він може бути як сформованим, так і кашкоподібним. Появу сформованого калу у вигляді «ковбаски» або «кульок» провідні гастроентерологи пропонують розцінювати як схильність до закрепів [3].

Закрепом у дітей до 3 років слід вважати частоту стільця менше ніж 6 разів на тиждень, для дітей старше 3 років – менше ніж 3 рази на тиждень.

В групу функціональних закрепів відносять перш за все аліментарні – виникаючі в результаті порушення режиму і характеру харчування. Роль аліментарного фактора в розвитку хронічного закрепу загальновідома і надзвичайно важлива. Першопричиною його розвитку в ранньому дитячому віці нерідко є характер харчування матері – незбалансоване харчування, недостатня кількість рідини, відсутність необхідної кількості рослинної клітковини в раціоні, наявність закрепу у самої матері. Грає роль і ранній перевід дитини на змішане або штучне харчування, що призводить до передчасного дозрівання секреторного апарату ШКТ, а потім до виснаження його резервних можливостей, що збільшує ризик виникнення закрепу.

Окремо виділяють звичні, або умовно-рефлекторні закрепи, в основі яких лежить пригнічення акту дефекації, частіше всього пов'язане з відсутністю умов для дефекації або сором'язливістю.

Невротичні, або психогенні закрепи розвиваються у дітей при наявності астеничного, депресивного, істеричного чи фобічного синдромів, що нерідко спостерігається у розпечених дітей, а також у дітей, що знаходяться в стані гострого чи хронічного стресу.

В групу функціональних закрепів входять також вторинні закрепи, які не супро-



воджуються анатомічними змінами кишківника. При цьому на перший план все ж виходить клінічна картина основного захворювання (хронічні захворювання травної системи, ендокринна патологія, органічні захворювання нервової системи). До закріпів функціонального генезу можуть призвести інтоксикації або безконтрольне використання деяких лікарських препаратів.

Причини виникнення закріпів у дітей раннього віку різноманітні й можуть зустрічатися в однієї дитини у різних поєднаннях. Найбільш поширеною причиною є функціональні порушення моторно-евакуаторної функції товстої та прямої кишок, в основі яких лежить дискоординація тонічних і пропульсивних м'язових скорочень стінки кишечника.

Особливу увагу заслуговують психоемоційні та неврогенні порушення, пов'язані з патологією центральної і вегетативної нервової систем, які сприяють розвитку дисфункції з боку гуморальних систем (кінінової, простагландинової, ентеринової та ін.).

У формуванні закріпів у дітей раннього віку велике значення має постгіпоксичне ураження центральної нервової системи. Важливим також є морфофункціональна незрілість, яка обумовлює пізній старт функціонування кишкових ензимів і недосконалість рецепторного апарату. Причиною розвитку може бути м'язова гіпотонія, яка розвивається на тлі активного перебігу рахіту, дефіциту заліза та ін.

Нерідко закріпи спостерігаються після перенесених кишкових інфекцій за рахунок пошкодження інтрамуральних гангліїв і на тлі кишкового дизбіозу, в умовах якого відзначається зниження продукції метаболітів нормальної мікрофлори, зокрема, молочної кислоти, що призводить до порушень енергетичної та моторної активності кишечника.

Дослідження останніх років показали, що дефіцит карнітину може призводити до розвитку закріпів у дітей, що перебувають на штучному вигодовуванні. Недостатнє надходження з їжею коротколанцюгових жирних кислот може також викликати зниження енергетичного забезпечення клітин слизової оболонки товстої кишки [1].

Згідно з Римськими критеріями III (2006), у дітей раннього віку діагноз «функціональний закріп» встановлюється за наявності, як мінімум, двох ознак протягом 1 місяця:

- два або менше спорожнювання кишечника на тиждень;
- принаймні 1 епізод у тиждень нетримання після придбання гігієнічних навичок;
- наявність епізодів затримки дефекації;
- наявність хворобливого спорожнювання кишечника або твердих випорожнень;
- присутність великої кількості фекальних мас у прямій кишці;
- утворення «калових каменів», які можуть утруднювати дефекацію.
- Наявність перерахованих вище ознак супроводжується:
- дратівливістю;
- зниженням апетиту;
- почуттям раннього насичення.

Зазначені ознаки зникають негайно після дефекації [2].

Корекція функціонального закріпу повинна бути чітко індивідуальною з врахуванням етіології, характеру моторних порушень, розладів акту дефекації, наявності ускладнень і супутніх захворювань.

У дітей, які знаходяться на природному вигодовуванні, істотне значення має раціон годувальниці, який впливає на склад грудного молока. Максимально виключаються продукти з високим вмістом тваринних жирів, обмежуються продукти, які сприяють газоутворенню (капуста, цибуля, помідори, яблука, груші, виноград, бобові, гриби, рис, чорний хліб, а також гострі, копчені, пряні продукти, соління). До раціону матері-годувальниці пропонується включати продукти, які стимулюють моторику кишківника (кисломолочні продукти, продукти, з високим вмістом харчових волокон: овочі, фрукти, сухофрукти, крупи, хліб грубого помолу та ін.), дотримуватись оптимального питного режиму [1].

Грудним дітям необхідно ввести в раціон фруктове пюре: яблучне, абрикосове, персикове, пюре з чорносливу, а також достатній приємний рідини.

Дітям першого року життя при штучному вигодовуванні рекомендуються спеціалізовані молочні суміші, які містять харчові волокна:

- молочні суміші, що містять олігосахариди (галакто- і фруктоолігосахариди): Nestogen® 1, 2; Нутрілон 1, 2 та 3; Нутрілон Добраніч 2; Нутрілон комфорт 1 та 2; Фрісолак 1 та 2; Хумана ПРЕ; Хумана 1; Хумана 2 та Хумана 3 з пребіотиками; Нутрілак 0-6; Нутрілак 6-12; Нутрілак 0-12;

- суміші, збагачені лактулозою: Дето-лакт-1 плюс; Детолакт-біфідус; Лазана Біфідус; Семпер біфідус;

- молочні суміші, які включають камідь клейковини ріжкового дерева: Детолакт АР; Нутрілон АР; Хумана АР; Фрісовом 1 та 2; Нутрілак АР.

Для лікування та запобігання рецидивів виникнення закрепів у дітей старше 6 місяців рекомендується застосування в харчуванні спеціалізованих інстантних каш промислового виробництва, які вміщують біфідобактерії, олігофруктозу, інулін, мальтодекстрин і харчові волокна у вигляді клітковини чорносливу (каші Nestle® «Помогайка»)

При гіпермоторних закрепках застосовуються слабомінералізовані, лужні мінеральні води (Баталінська, Єсентуки № 4, Смирновська тощо) у негазованій теплому вигляді. При гіпомоторних закрепках газовані води високої мінералізації (Єсентуки № 17) в холодному вигляді [1].

Для фармакотерапії функціональних закрепів у дітей рекомендуються наступні групи препаратів:

- препарати, що збільшують об'єм калових мас і полегшують дефекацію (послаблюючі препарати);
- пре- і пробіотики;
- прокінетики;
- ферментні препарати, які вміщують жовч і геміцелюлозу;
- психотерапевтичні засоби.

У педіатричній практиці в якості ефективного і безпечного лікувального засобу широко використовують препарати лактулози.

Лактулоза як джерело вуглеводів використовується переважно лактат-продукуючими бактеріями, зокрема різними видами *Bifidobacterium* і *Lactobacterium*, що сприяє збільшенню їх маси, таким чином, здійснюючи пребіотичну дію, сприяє нормалізації мікробіоти кишечника. Крім того, лактулоза в процесі бактеріальної ферментації розпадається на коротколанцюгові жирні кислоти, які використовуються ентероцитами для забезпечення енергетичних потреб. Пробіотична мікрофлора метаболізує лактулозу в низькомолекулярні органічні кислоти, такі як молочна та оцтова. Внаслідок вищезазначених процесів знижується рН і відбуваються осмотичні зміни, які стимулюють перистальтику товстої кишки та нормалізують консистенцію калових мас.

Перевагою лактулози є те, що вона не підлягає розщепленню в тонкій кишці, її прийом не впливає на електролітний склад крові та не призводить до втрати електролітів через шлунково-кишковий тракт. Ці два фактори мають велике значення у немовлят і грудних дітей, схильних до розвитку ексікозу. Дітям раннього віку препарати лактулози призначаються один раз на день, вранці, під час сніданку. Добова доза для дітей першого року життя складає 2,5-5 мл, для дітей після року – 5-10 мл. Ефект може спостерігатися уже через 1-2 дні, що зумовлено механізмом дії лактулози. Як правило, через кілька днів лікування дозу можна знизити та відкоригувати залежно від потреб. Якщо через два дні ефект відсутній, дозу або частоту прийомів підвищують. Тривалість терапії становить, у середньому, 1 місяць [1].

Мета дослідження

Вивчити взаємозв'язок між частотою виникнення функціональних закрепів у дітей раннього віку з перинатальними ураженнями ЦНС.

Матеріали і методи

Предмет дослідження – функціональні закрепи у дітей раннього віку. Об'єкт дослідження – 52 дітей з функціональними закрепками. Обстежуваний контингент дітей був поділений на 2 групи: перша – 40 дітей з функціональними закрепками без неврологічної патології; друга група – 12 дітей з перинатальними ураженнями ЦНС з закрепками функціонального характеру (органічних уражень з боку шлунково-кишкового тракту нами не виявлено). Всім дітям було проведено: клініко-анамнестичний скринінг, НСГ, консультацію невролога, методи статистичного аналізу.

Результати досліджень

Дослідження проводилося на базі поліклініки Ужгородської міської дитячої клінічної лікарні протягом 2011 – 2012 рр. Була опрацьована 261 амбулаторна карта. У дослідженні взяли участь 52 дітей із функціональними закрепками.



Таблиця 1

Поширеність функціональних закрепів серед досліджуваних груп

Досліджувані групи	Загальна кількість	З функціональними закрепами	%
Діти без неврологічної патології	240	40	17
Діти з перинатальними ураженнями ЦНС	21	12	57

Частота виникнення функціональних закрепів у дітей з перинатальними ураженнями ЦНС достовірно більша в порівнянні з групою дітей без неврологічної патології і складає 57% ($p < 0,01$).

При аналізі захворювання, у групі дітей з функціональними закрепами без неврологічної патології, функціональний закреп виявлено у 22 (55%) дівчаток і 18 (45%) хлопчиків, що збігається з даними літератури. З них 24 (60%) дитини знаходилися на грудному, 10 (25%) на штучному і 6 (15%) на змішаному вигодовуванні. У групі дітей з перинатальними ураженнями ЦНС із закрепами функціонального характеру розподіл дітей залежно від типу вигодовування був однаковий.

Було встановлено, що 43% матерів, діти яких знаходяться на грудному вигодовуванні, також відмічають в себе закрепи (10 із 24, котрі годують грудьми у I групі досліджуваних).

У 32,5 % матерів дітей I групи вагітність та пологи перебігали з ускладненнями: загроза переривання вагітності була у 5 (31%) матерів, обвиття пуповиною навколо шиї у пологах – у 4 (25%) породіль, анемія вагітних

– у 3 (19%), пієлонефрит вагітних – у 3 (19%), токсикоз вагітних – у 1 (6%).

У 20% дітей I групи мала місце супутня патологія: дисбіоз кишківника – 6 дітей, тяжка жовтяниця – 1 дитина, вроджений гіпотиреоз – 1 дитина.

У I групі досліджуваних закрепи знаходились у компенсованій стадії у 80% випадків, у субкомпесованій – 20%, у II групі: у компенсованій – 67%, у субкомпесованій – 33%. Жодного випадку некомпесованого закрепу не спостерігалось.

Всі хворі отримували медикаментозну терапію згідно з протоколами лікування гастроентерологічних захворювань у дітей (Наказ МОЗ України № 438 від 26.05.2010 «Про затвердження протоколів діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей»).

Доза препаратів лактулози підбиралася індивідуально, залежно від віку дитини та характеру супутньої патології. Тривалість терапії становила у середньому 2 тижні.

Таблиця 2

Ефективність корекції закрепів препаратами лактулози

Досліджувані групи	3-й день	4-й день	7-й день	9-й день
Діти без неврологічної патології	45%	80%	97,5%	97,5%
Діти з перинатальними ураженнями ЦНС	0%	25%	50%	58%

$p < 0,05$, вірогідність складає $> 95\%$.

Провівши аналіз отриманих результатів, було встановлено, що в I групі при лікуванні препаратами на основі лактулози майже у кожній другій дитині (45% (18 дітей)), нормалізація стільця спостерігалась вже на третій день лікування, а на четвертий день – у чотирьох дітей із п'яти (80% (32 дітей)). Загалом позитивний результат лікування був відзначений у 97,5% (39 пацієнтів).

У групі дітей із перинатальними ураженнями ЦНС із закрепами функціонального характеру позитивна динаміка всіх клінічних симптомів спостерігалась повільніше: нормалізація стільця відбулася у кожній четвертій дитині (25% (3 дітей)) тільки на четвертий день корекції, а у 58% випадків (7 дітей) тільки на дев'ятий день. Загальна ефективність корекції була лише у 75% (9 дітей).

Висновки

1. Виникнення функціональних закрепів у дітей вірогідно взаємопов'язане з перинатальними ураженнями ЦНС. Частота закрепів серед дітей із даною патологією сягає 57%.
2. Співвідношення хворих дівчаток і хлопчиків у групі дітей без неврологічної симптоматики становить 11:9.
3. Майже половина матерів (43%), діти яких знаходяться на грудному вигодовуванні, теж відзначають у себе закрепи.
4. Ефективність лікування препаратами лактулози вірогідно краща у групі дітей без неврологічної патології.

Резюме. Вивчено та проаналізовано особливості перебігу та лікування функціональних закрепів у дітей раннього віку. Виявлено взаємозв'язок між частотою їх виникнення та перинатальними ураженнями ЦНС. Досліджено ефективність корекції функціональних закрепів препаратами на основі лактулози.

Ключові слова: діти, функціональний закреп, препарати лактулози.

The peculiarities of the course and treatment of the functional constipations of early aged children at the modern stage

L. V. Ignatko, V. M. Brana, C. A. Hechko M. I. Tovt

Summary. In this article studied and analyzed the peculiarities of the course and treatment of the functional constipations of early aged children. Demonstrated correlation between frequency of arising of the functional constipations of early aged children and perinatal injuries of the central nerve system. Also researched effectiveness of correction of functional constipations by preparations on the base of lactulose.

Key words: children, functional constipation, preparations of lactulose.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шадрін О.Г. Гастроентерологія дітей раннього віку. Довідник лікаря «Дитячий гастроентеролог» / О.Г. Шадрін, О.М. Муквіч. – К.: Доктор-Медіа, 2012. – 216 с.
2. Наказ МОЗ України № 438 від 26.05.2010 «Про затвердження протоколів діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей».
3. Сичинава И.В. Запоры у детей / И.В. Сичинава, А.В. Горелов // Детский доктор. – 2001. – № 5. – С.8–25.
4. Felt B. Functional constipation and soiling in children / B. Felt, P. Brown, A. Coran et al. // Clin Farm Pract – 2004. – Vol. 6. – P.709–30.
5. Kamm M.A. Constipation / M.A. Kamm, J.E. Lennard-Jones. – Petersfield (UK), Bristol (USA), 1994.
6. Arbor A. Idiopathic constipation and soiling in children. University of Michigan Medical Center.. (MI): University of Michigan Health System. / A/ Arbor. – 1997. – P.5 (4 references).
7. Weaver L.T. The bowel habit of young children / L.T. Weaver, H. Steiner // Arch Dis Child. – 1984. – Vol. 59. – P.649–52.