



УДК 616.34-008.14/15-053.2

М. Л. Аряєв, А. А. Старикова, Л. Є. Капліна, З. І. Клещенко,  
К. І. Патроманська, Н. С. Прокопишина, Е. Г. Портнова, Е. М. Бідна,  
Н. С. Райлян, Т. Я. Покатилова, В. І. Величко

## КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЗАПОРУ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Одеський державний медичний університет

У структурі захворюваності шлунково-кишкового тракту в дітей неабияку питому вагу мають функціональні запори. У 1997 р. в Римі педіатрична робоча група визначила структуру та діагностичні критерії функціональних захворювань кишечника в дітей, до яких зарахували синдром подразненого кишечника, функціональну діарею, розлади дефекації (дисфагія, функціональний запор, нетримання калу) [1–3]. Функціональні запори є найчастішою патологією у дітей різних вікових груп, які страждають на захворювання шлунково-кишкового тракту. Питома вага запорів у структурі захворювань кишечника становить від 10 до 25 % [6].

Функціональний запор (від лат. — *constipation, obstipatia* — скупчення) характеризується порушенням моторно-евакуаційної функції кишечника протягом більш як 6 міс з відсутністю випорожнення понад 3 доби [4; 5]. Здебільшого причинами функціональних запорів є нервово-психічні фактори, генетична схильність, дефекти харчування, порушення нервової та ендокринної регуляції, раніше перенесені киш-

кові інфекції тощо. Провідна роль у генезі функціональних запорів у дітей належить нервово-психічним порушенням [2; 4].

Лікування функціональних запорів у дітей є комплексним і спрямоване, насамперед, на ліквідацію причини. Провідну роль відіграє дієтотерапія. Корекція дієти при функціональних запорах полягає у збільшенні в харчовому раціоні дітей частки клітковини, що важко перетравлюється. Вживання овочів і фруктів, багатих на харчові волокна і пектин, сприяє збільшенню об'єму кишкового вмісту, стимулює перистальтику, підсилює моторну функцію кишечника [1; 2]. На думку багатьох авторів, клітинна оболонка сирих овочів і фруктів сприяє більш активному перетравленню в кишечнику, причому ці продукти доцільно використовувати без шкірки або у вигляді пюре [2; 3; 9].

**Метою** нашого дослідження було з'ясувати клінічну ефективність і безпеку призначення дітям натуральних дієтичних лікувально-профілактичних продуктів — паст, що містять пектин з буряка, сливи, гарбуза (виробництва

ПП «Олвей», Одеса), дітям з функціональними запорами.

### Матеріали та методи дослідження

До дослідження залучено 64 дитини, що перебували на амбулаторному обліку в дитячих поліклініках №№ 1, 3, 4, 5 м. Одеси з приводу функціональних запорів. Впродовж тижня двічі на добу під час 2-го сніданку та полуденка діти одержували пасти, що містять пектин зі сливи, буряка, гарбуза, у разовій дозі: від 1 до 3 років — 30–50 г; від 3 до 7 років — 75 г; від 7 до 10 років — 100 г; старше 10 років — 150 г.

Пасти, що містять пектин зі сливи, гарбуза, буряка та інших овочів і фруктів є дієтичним лікувально-профілактичним натуральним продуктом. До їх складу входять концентровані харчові волокна: клітковина (близько 3,5 %), целюлоза, геміцелюлоза, лігнін, глюкоза, лимонна кислота. Ці пасти не містять штучних барвників, консервантів і стабілізаторів. Технологія приготування та консервування паст (повільне випаровування у вакуумі при температурі 30–40 °С) забезпечує збереження в рослин-



них продуктах вітамінів А, В, С, РР; мікро- і макроелементів (Na, K, Ca, Mg, Zn, Ca та ін.).

У листі харчування дітей щодня відзначали кількість з'їденого продукту, переносимість, наявність або відсутність побічних реакцій (нудота, блювання, дисфункція кишечника, алергічні висипи), час появи випорожнення, його органолептичні властивості. Відмов від прийому паст, що містять пектин, не було. У спеціальній анкеті відзначали: спадкову схильність (запори у родичів); результати амбулаторного обстеження з метою верифікації діагнозу; раніше проведене лікування та його ефективність. Безпечність вживання та переносимість паст, що містять пектин, оцінювали за наявністю або відсутністю побічних дій; ефективність — за динамікою клінічних даних, а саме — частоти та характеру випорожнення.

### Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз обробки анкетних даних дітей із функціональними запорами виявив особливості клінічного перебігу захворювання. З-поміж 64 дітей (36 дівчаток і 28 хлопчиків) віком від 2 до 3 років було 8 осіб; від 3 до 7 років — 11; від 7 до 10 років — 19; старше 10 років — 26 дітей. Сімейна схильність до запорів відзначалася у 36 (56,2 %) дітей. Серед етіологічних факторів домінували нервово-психічні порушення у 49 (76 %) дітей з 64. За результатами проведеного раніше обстеження та під час спостереження у 5 дітей старшого віку (з 26 досліджуваних) було діагностовано синдром подразненого кишечника, а також абдомінальний синдром, біль, запор (19,2 %). У 18 (28 %) дітей виявлено хронічну патологію шлунка, що супроводжувалася нудотою, відрижкою, метеоризмом, транзиторним запором. За 28 (43,7 %) дітьми,

у яких виявлено патологію біліарної системи (ангіохолестит — у 11 дітей; дискінезія жовчовивідних шляхів — у 17) і які страждали на стійкі запори, спостерігали амбулаторно. Супровідними захворюваннями були лямбліоз у 11 (17,1 %) дітей, ентеробіоз 15 (23,4 %) дітей. Хронічні осередки інфекції (хронічний тонзиліт, аденоїдит) виявлено у 27 (42,1 %) дітей з 64. Клінічну симптоматику захворювань травної системи в обстежених дітей подано в таблиці.

Болісний абдомінальний синдром спостерігався у більшості хворих старше 7 років (36–56,2 %), частіше в нижніх відділах живота і, як правило, перед актом дефекації. Біль цілком зникав після дефекації. У молодших дітей біль у животі був розлитим (9 осіб — 14,0 %) або локалізувався навколо пупка (10 осіб — 15,6 %). Затримка випорожнення відзначалася у всіх досліджуваних: у дітей перших 3 років життя частота випорожнення не перевищувала 3–4 разів на тиждень, становлячи в середньому (2,25±0,12) дня. Консистенція випорожнення частіше була твер-

дою (12 дітей — 18,7 %); рідше — за типом «овечого» калу (7 дітей — 10,9 %). У старших дітей затримка випорожнення дорівнювала в середньому (3,25±0,70) дня. Із 45 дітей у 29 (64,4 %) випорожнення мало тверду консистенцію; у 16 (35,6 %) — за типом «овечого» калу. У 5 дітей із синдромом подразненого кишечника (СПК) об'єм добової маси калу був невеликим, частіше зі слизом. Метеоризм виявлено у більшості дітей з функціональними запорами (у 49 з 64 — 76,5 %); почуття неповного випорожнення кишечника відзначали діти із СПК (7,8 %); тенезми та хибні позиви — 13 (20,3 %) осіб.

Результати обробки анкетних даних свідчили про те, що більшість батьків і старших дітей були ознайомлені з принципами дієтичного харчування при запорах, але забезпечення адекватної захворюванню дієти з різних причин не завжди було можливим. Тільки у 10 (15,6 %) дітей у харчовому раціоні використовувалися висівки (2–4 чайні ложки 2–3 рази на день), що містять харчові волокна, які сприяють скоро-

Таблиця

Динаміка клінічних показників у дітей з функціональними запорами в процесі дієтотерапії, n=64

Симптоми	Частоти виявлених симптомів, абс. (%)	
	До дієтичної корекції	Після дієтичної корекції
Болісний абдомінальний синдром	36 (56,2 %)	5 (7,8 %)
Частота випорожнення		
— один раз за 2–3 дні	19 (35,6 %)	5 (7,8 %)
— двічі протягом тижня	45 (70,3 %)	3 (4,6 %)
Характер випорожнення (консистенція)		
— тверде	41 (64,0 %)	10 (15,6 %)
— за типом «овечого» калу	23 (35,9 %)	8 (12,5 %)
— зі слизом	5 (7,8 %)	5 (7,8 %)
Зміна пасажу калу по кишечнику		
— почуття неповного випорожнення	5 (7,8 %)	5 (7,8 %)
— тенезми	13 (20,3 %)	9 (14,0 %)
— хибні позиви	13 (20,3 %)	8 (12,5 %)
Метеоризм	49 (76,5 %)	9 (14 %)



ченню мускулатури товстої кишки. Частіше призначалася медикаментозна терапія (33 дітям — 51,5 %). Відповідно до анкет, 22 (34,3 %) дитини одержували проносні засоби рослинного походження (сенна, жостір та ін.) або препарати групи бісакодилу; 11 (17,1 %) дітям з 64 призначалися препарати лактулози (дюфалак) — синтетичного дисахариду, що стимулює перистальтику кишечника за рахунок збільшення об'єму калових мас у зв'язку з підвищенням осмотичного тиску і зниження рН у порожнині кишечника.

Відомо, що медикаментозна лікування функціональних запорів у дітей доцільно призначати після неефективності дієтотерапії. Препарати проносної дії як рослинного, так і хімічного походження, підсилюючи моторну функцію кишечника, можуть спричинювати серйозні побічні реакції — переймоподібний біль у животі, швидке звикання, порушення водно-електролітного обміну, токсичне ураження печінки і нирок [5; 7; 8].

З урахуванням цих обставин дітям із функціональними запорами більш доцільно проводити дієтичну корекцію. Використання нами з цією метою в харчовому раціоні дітей з функціональними запорами паст, що містять пектин з буряка, сливи, гарбуза, було зумовлене дією харчових волокон (целюлози, геміцелюлози) та пектину, що входять до складу цих продуктів. Харчові волокна і пектин сприяють затримці води, збільшенню калової маси, стимуляції кишкової секреції. При руйнуванні харчових волокон і пектину утворюються коротколанцюгові жирні кислоти, що беруть активну участь в абсорбції та енергетичному обміні [6; 7].

Побічна дія від прийому паст, що містять пектин, була виявлена у 3 дітей: алергічна шкірна реакція в 1 (1,5 %) дитини і роз-

ріджене випорожнення у 2 (3 %) дітей. Побічні реакції мали транзиторний характер і не потребували проведення терапії.

Включення паст, що містять пектин, у харчовий раціон дітей, які страждають на функціональні запори, за результатами обробки анкетних даних, сприяло відновленню моторної функції кишечника у 56 (87,5 %) дітей. Відзначалися поліпшення самопочуття, поява апетиту. Болісний абдомінальний синдром зник у 27 (75,5 %) з 36 дітей до 7-го дня терапії. Частота випорожнення на фоні прийому паст, що містять пектин, у дітей віком до 3 років становила ( $1,6 \pm 0,1$ ) дня; у старших дітей — ( $2,1 \pm 0,24$ ). Консистенція випорожнення стала більш м'якою у 31 (48,4 %) з 41 дитини; «овечий» кал зберігався у 8 (12,5 %) дітей з 23. Метеоризм зник у 40 (89,7 %) з 49 дітей.

З огляду на провідну роль нервово-психічних порушень у генезі функціональних запорів у дітей, до комплексної терапії за показаннями доцільно включати препарати, що нормалізують стан центральної нервової системи. Важливе значення мають організація режиму дня, фізичні вправи, симптоматичні препарати (еспумізан та ін.). Таким чином, використання паст, що містять пектин, для корекції дієти дітям, які страждають на функціональні запори, є доцільним і безпечним.

### Висновки

1. Використання паст, що містять пектин із буряка, гарбуза, сливи, в харчовому раціоні дітей із функціональними запорами сприяє нормалізації випорожнення та купіруванню болісного синдрому.

2. Вживання паст, що містять пектин із буряка, гарбуза, сливи, не викликає побічних явищ, у тому числі алергічних реакцій і дисфункції шлунково-кишкового тракту.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Алиева Э. И., Филин В. А., Халиф И. Л. Синдром раздраженного кишечника у детей // Педиатрия. — 2001. — № 5. — С. 69-75.

2. Филин В. А., Алиева Э. И., Верещагина Т. Г. Современные аспекты лечения запоров у детей // Лечащий врач. — 2000. — № 9. — С. 10-13.

3. Хавкин А. И., Жихарева Н. С. Подходы к лечению синдрома раздраженного кишечника у детей // Вопр. совр. педиатрии. — 2004. — Т. 3, № 2. — С. 30-34.

4. Маев И. В. Хронический запор // Леч. врач. — 2001. — № 7. — С. 53-59.

5. Минушкин О. Н. Запоры и принципы их лечения // Терапевт. архив. — 2001. — № 1. — С. 15-19.

6. Морозов В. И., Ахунзянов А. А. Значение неврологических факторов в развитии запоров у детей // Педиатрия. — 2003. — № 5. — С. 43-45.

7. Сичинава И. В., Горелов А. В. Запоры у детей // Дет. доктор. — 2001. — № 4. — С. 40-44.

8. Lowe J. R., Parks V. R. Современные аспекты диагностики и лечения синдрома раздраженного кишечника // Медицина світу. — 2000. — Спец. выпуск: Гастроэнтерология. — С. 71-73.

9. Аряев Н. Л., Циунчик Ю. Г. Принципы диагностики и лечения ЗВУР и гипотрофии. — Одесса; Ярославль, 2005. — 254 с.

