# Функциональные нарушения пищеварения у детей

Среди многочисленных нарушений пищеварительных органов у детей, с которыми врачу-педиатру и семейному врачу приходится сталкиваться в различные периоды жизни ребенка, особое место занимают функциональные заболевания.

Причины функциональных заболеваний связаны с расстройством регуляции органа, функция которого нарушена. Это изменения нервной регуляции, обусловленные психоэмоциональными и стрессовыми факторами и ассоциированные с вегетативными дисфункциями или органическим поражением центральной нервной системы с последующим развитием вегетативной дистонии.

Функциональные заболевания пищеварительной системы могут встречаться в любые возрастные периоды, при этом они имеют различную структуру. Если в старшем возрасте наиболее часто наблюдаются гастроэзофагеальный и дуоденогастральный рефлюксы, функциональная диспепсия, синдром раздраженного кишечника, то у детей младшего возраста преобладают регургитация (срыгивание), руминация (пережевывание отрыгнутых пищевых масс), аэрофагия (вздутие живота и метеоризм), детская дисхезия (болезненная дефекация), энкопрез (каломазание), функциональная абдоминальная боль (кишечная колика), функциональный запор и функциональная диарея.

## Регургитация

Регургитация буквально обозначает обратное забрасывание пищи вскоре после ее проглатывания. Срыгнутые пищевые массы при этом (в отличие от пищеводной рвоты) могут иметь кислый запах из-за примеси желудочного сока.

У детей раннего возраста срыгивание является физиологичным, обычным симптомом и часто не имеет какой-либо диагностической значимости. Это объясняется особенностями строения пищевода и желудка (шарообразная форма и незначительный объем желудка), замедление эвакуации его содержимого в первые 2-3 мес жизни.

Срыгивания, а иногда и рвота, возникают обычно после еды, а также при быстрой перемене положения тела. Общее состояние ребенка при этом не нарушается, прибавка массы тела соответствует возрасту. Какого-либо лечения в таких случаях не требуется, достаточно соблюдать правила рационального вскармливания.

Физиологическую регургитацию следует дифференцировать от халазии кардии, в основе которой лежит недостаточность кардиального сфинктера пищевода вследствие врожденного недоразвития нервно-мышечного аппарата желудочно-пищеводного сфинктера или последующего его повреждения. Уже вскоре после рождения ребенка или на 2-3-й неделе жизни появляются основные симптомы халазии – регургитация и рвота. Они чаще выражены в положении лежа на спине, левом боку, при крике, пальпации живота и уменьшаются в вертикальном положении. Ребенок плохо набирает вес, развивается анемия, возможны аспирационные пневмонии. Клинические проявления халазии кардии сходны с начальными проявлениями гастроэзофагеального рефлюкса и требуют проведения соответствующих диагностических и лечебных мероприятий.

**Ю.В. Белоусов**
Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования

## Руминация

Под руминацией понимают пережевывание и обратное заглатывание извергнутой в полость рта пищи. Чаще это отмечается у детей первых лет жизни на фоне регургитации и отличается от последней лишь тем, что срыгнутые в полость рта пищевые массы пережевываются и вновь проглатываются ребенком.

Руминация является своего рода вредной привычкой, иногда отмечается одновременно у нескольких детей в коллективе, часто развивается на фоне вегетоневроза и представляет одно из его проявлений. При лечении руминации следует строго следить за питанием ребенка как по составу (соответствие продуктов возрасту), так и относительно режима питания. При упорном течении неплохие результаты получают с помощью иглорефлексотерапии.

## Аэрофагия

Под аэрофагией понимают чувство распирания в эпигастрии, которое возникает в результате чрезмерного заглатывания воздуха (реже – других газов) и уменьшается после отрыжки воздухом. Аэрофагия – акт, происходящий неосознанно; она не обязательно связана с едой и трактуется некоторыми авторами как вредная привычка.

Эта патология может наблюдаться уже у детей грудного возраста: при сосании груди (особенно если грудь тугая) или при кормлении через соску ребенок заглатывает воздух, что может быть причиной беспокойства и возникновения срыгиваний и даже рвоты. Для устранения такой физиологической аэрофагии ребенка следует кормить в полувертикальном положении, а после еды подержать несколько минут в вертикальном положении, что способствует удалению воздуха из желудка.

Заболевание обычно развивается постепенно, иногда его симптомы (чувство давления или распирания в верхней части живота, приводящее к дискомфорту; громкая отрыжка воздухом, вызывающая облегчение) появляются и нарастают после еды или к концу дня. Следует отметить, что отрыжка при аэрофагии носит компенсаторный характер – в результате этого давление в желудке снижается и сравнивается с давлением в пищеводе.

Чувство тяжести и распирания в верхней части живота усиливается по мере увеличения количества проглоченного воздуха и сопровождается появлением болевых ощущений, что связано с раздражением волокон диафрагмального нерва в результате высокого стояния купола диафрагмы. Задержке воздуха в желудке способствует спазм кардиального отдела, препятствующий эвакуации воздуха в пищевод. В таком случае развивается синдром газового пузыря желудка.

При выраженной аэрофагии часть воздуха переходит в кишечник и при гипотонии кишок начинает скапливаться в селезеночном или печеночном изгибе толстой кишки (реже). Это приводит к развитию других вариантов заболевания – синдрома селезеночного (чаще) или печеночного угла желудка.

Диагноз аэрофагии, как и другой функциональной патологии, устанавливается методом исключения. При этом, кроме тщательного сбора анамнеза, позволяющего выявить возможные причины аэрофагии, и клинического осмотра с учетом особенностей личности больного (повышенная тревожность, мнительность и т. д.), обязательно проведение инструментальных исследований. Помимо эндоскопического исследования, позволяющего исключить органическую патологию, необходимо рентгенконтрастное исследование желудка для выявления наличия чрезмерного количества воздуха в желудке и кишечнике. При необходимости проводятся исследования желудочной секреции, состояния биоценоза кишечника, расширенное копрологическое исследование. В ряде случаев необходимой является консультация психоневролога.

После исключения органической патологии и установления диагноза основу лечения должны составлять психотерапевтические мероприятия. Родителей и ребенка следует убедить в возможности благоприятного исхода заболевания, объяснить его сущность и внушить необходимость скрупулезного выполнения профилактических и лечебных рекомендаций.

Лечение (как и обследование) целесообразно проводить амбулаторно, в привычных больному условиях, оградив его от возможного неблагоприятного воздействия окружающих. Чрезвычайно эффективна психо- и иглорефлексотерапия. Необходима коррекция режима труда, отдыха и питания. Следует ограничить продукты, способствующие газообразованию, – молоко, сладости, легкоусвояемые углеводы и газированные напитки; объяснить ребенку необходимость медленного и тщательного пережевывания пищи. Запрещается есть в состоянии волнения, нервного возбуждения, категорически исключается насильственное кормление. Не рекомендуется носить тесную одежду, туго затягивать пояс, ложиться сразу после еды, есть на ночь. Важно следить за регулярным ежедневным опорожнением кишечника. При вздутии живота рекомендуют легкий массаж, тепло на живот (грелка, ванна).

Из медикаментозных препаратов можно использовать средства, нормализующие моторную функцию желудочно-кишечного тракта. Таким свойством, в частности, обладает препарат на основе растительного сырья Иберогаст («Бионорика», Германия).

Профилактике аэрофагии способствует выработка навыков здорового образа жизни, включающая рациональный режим труда, отдыха и питания, отказ от вредных привычек, создание благоприятной психологической обстановки в школе и семье.

## Детская дисхезия

Выделение в самостоятельный синдром детской дисхезии (болезненной дефекации), по-видимому, обусловлено ее высокой частотой в детском возрасте – она может быть связана с множеством функциональных и органических заболеваний.

Болезненная дефекация может иметь органическую и функциональную основу. Она может быть связана с наличием трещины заднего прохода, геморроя, парапроктита, язвенных или рубцовых изменений в прямой кишке.

Однако значительно чаще дисхезия не имеет под собой органической основы и формируется в результате систематического подавления позыва на дефекацию. Проблемой

для ребенка младшего возраста может стать психологический стресс (отрыв от родителей), отсутствие привычных условий для дефекации в детском саду, изменение режима дня и питания. В школьном возрасте у многих детей возникают проблемы с дефекацией из-за стеснительности, боязни выйти в туалет во время урока, отсутствия должных санитарно-гигиенических условий в туалетах. Все это приводит к систематическому подавлению рефлекса на дефекацию, в результате чего формируется проктогенный запор, чаще всего являющийся причиной дисхезии.

Тщательный сбор отдаленного анамнеза показывает, что у части детей предпосылки к развитию запора, а следовательно, и дисхезии закладывались в раннем детском возрасте, когда нервно-рефлекторные связи еще не установлены. Навыки опорожнения кишечника начинают формироваться с первых месяцев жизни, поэтому внимательный подход к ребенку, его воспитание, создание условного рефлекса на дефекацию, прививание навыка ежедневной утренней дефекации играют первостепенное значение в профилактике развития этой патологии. Необходимо обратить внимание на начальные проявления дисфункции – метеоризм, срыгивания, беспокойство ребенка, изменения характера стула – и своевременно внести соответствующие коррективы.

Клиническая симптоматика дисхезии напоминает таковую при проктогенном запоре. Наиболее характерным для дисхезии, по нашим наблюдениям, является выделение твердого сухого кала, нередко фрагментированного или имеющего характер плотной фекаломы, превышающей размеры анального отверстия. Постепенно у ребенка вырабатывается страх акта дефекации, развивается раздражительность, эмоциональная неустойчивость.

При осмотре ребенка наряду с выяснением характера стула необходимо обратить внимание на особенности акта дефекации – продолжительность, полноценность, болезненность, наличие каломазания, ощущение неполного опорожнения. Следует тщательно осмотреть аноректальную область для исключения органических причин дисхезии, наиболее частыми из которых являются парапроктит, проктосигмоидит, трещины анального отверстия, геморрой. Обязательно проводится пальцевое ректальное исследование, которое позволяет оценить диаметр прямой кишки и тонус наружного анального сфинктера, исключить патологические изменения ее ампулы, выявить наличие каловых масс в наданальной части прямой кишки, что свидетельствует о нарушениях акта дефекации и позволяет таким образом предположить причину дисхезии. Оценивается тонус нижнего анального сфинктера (анальный рефлекс), повышение которого обусловлено гиперкинезией, а снижение – гипокинезией кишки. Сохранение анального рефлекса обычно свидетельствует о функциональной природе запора.

Для оценки состояния прямой кишки, сфинктерного аппарата и особенностей акта дефекации используются методики колонопроктографии, манометрические и электромиографические методы исследования.

При функциональной природе дисхезии – чаще всего вследствие хронического проктогенного запора – проводится комплексная терапия запора с учетом этиологии и механизма развития заболевания.

## Функциональный энкопрез

Функциональный энкопрез связан с нарушениями деятельности удерживающего аппарата прямой кишки под влиянием разнообразных экзогенных (прежде всего, психических) и эндогенных факторов. Существенную роль при этом играет хронический запор, приводящий к застою содержимого в переполненных дистальных отделах толстой кишки.

В большинстве случаев энкопрез возникает из-за первичной недостаточности сфинктера заднего прохода, приводящей к нарушению удержания и эвакуации кишечного содержимого из прямой кишки. В основе недержания обычно лежат изменение эластичности прямой кишки и нарушение запирательной функции сфинктерного аппарата, что приводит к частому выделению кала, в том числе и твердого, чему в немалой степени способствует хронический проктогенный запор. Однако энкопрез может развиться и при исходно сохраненной функции анального сфинктера. Систематическое подавление физиологических позывов на дефекацию и длительная задержка стула ведут к постоянному скоплению больших объемов каловых масс в прямой кишке. Это обусловливает ее перерастяжение, снижение чувствительности рецепторов, что, в свою очередь, способствует нарушению рефлекса позыва на стул. Некоторое время каловые массы удерживаются за счет сфинктерного аппарата анального канала, но постепенно внутрибрюшное и внутрикишечное давление повышается, сила давления кишечного содержимого превышает удерживающую силу анального канала и происходит непроизвольное выделение каловых масс – энкопрез.

Заболевание начинается обычно в дошкольном возрасте и характеризуется постепенным началом чаще на фоне склонности к запору: у ребенка периодически появляется каломазание, а в более выраженных случаях – самопроизвольное выделение небольших количеств каловых масс. Иногда это происходит во время волнения, нервного возбуждения, физического напряжения,

но может отмечаться и без видимой причины, в том числе ночью. Энкопрез может протекать на фоне ежедневного самостоятельного стула, но чаще ему предшествует хронический запор.

Для установления диагноза и выяснения причины развития заболевания большую роль играет правильно собранный анамнез, в том числе касающийся психологической обстановки в семье и детском коллективе.

Установленный клинический диагноз должен быть подтвержден пальцевым исследованием прямой кишки, позволяющим определить снижение тонуса сфинктера. Информативно проведение сфинктерометрии и электромиографии прямой кишки. К рентгенологическому исследованию приходится прибегать при наличии упорного запора и дифференциальной диагностики заболевания с болезнью Гиршпрунга.

Лечение должно быть направлено, с одной стороны, на восстановление нормального психического состояния больного ребенка, создание спокойной и доброжелательной обстановки в семье и детском коллективе, с другой – на восстановление и закрепление рефлекса на дефекацию. Обязательно лечение проктогенного запора, обычно сопутствующего энкопрезу.

Коррекция недостаточности сфинктера заднего прохода должна быть направлена на улучшение нервно-рефлекторной деятельности запирательного аппарата прямой кишки. Обязательна лечебная физкультура с основными упражнениями для укрепления мышц тазового дна. Наиболее эффективным методом консервативной терапии является электростимуляция анального сфинктера и мышц промежности.

При строгом соблюдении указанных рекомендаций результаты лечения вполне удовлетворительные.

## Абдоминальный синдром

Абдоминальный синдром в детском возрасте чрезвычайно многообразен и может быть обусловлен различными факторами. Однако диагностика и тактика оказания первой помощи детям с этой патологией должна основываться на общих принципах, важнейшим из которых является исключение заболеваний, требующих неотложного хирургического вмешательства (прежде всего, острого аппендицита, инвагинации, острого дивертикула Меккеля, перитонита, ущемления грыжи, перфорации или кровотечения в просвет полых органов). При подозрении на наличие хирургической патологии ребенок должен находиться под непрерывным наблюдением врача, как можно раньше проконсультирован хирургом или направлен в хирургическое отделение для продолжения наблюдения или проведения хирургического вмешательства. Особого внимания заслуживает также исключение кишечной инфекции как возможной причины абдоминального синдрома.

Наибольшие сложности для врача общей практики, безусловно, будет вызывать абдоминальный синдром у детей первого года жизни, особенно первых 3 мес жизни.

Нехирургические и неинфекционные случаи абдоминального синдрома в раннем детском возрасте чаще всего носят характер кишечной колики. Термин «колика» происходит от греческого слова «коликос», что означает «боль в толстой кишке». Клинически это проявляется беспокойством, плачем, сучением ножками, вздутием живота, уменьшающимся после отхождения кала и газов. Колика проявляется обычно к 6-недельному возрасту и продолжается до 3-4 мес. Несмотря на то что приступы колики повторяются достаточно часто, общее состояние ребенка хорошее, в период между приступами он спокоен, нормально прибавляет в весе, у него хороший аппетит.

В патогенезе кишечных колик ведущее место занимает незрелость нервной регуляции деятельности кишечника, незрелость ферментных систем у новорожденных и, как следствие, усиление бродильных процессов, продолжающееся становление микробиоценоза кишечника. В результате возникает повышенное газонаполнение кишечника на фоне кормления или в процессе переваривания пищи, которое сопровождается спазмом участков кишечника и болевым синдромом.

После установления диагноза кишечной колики определяются принципы ее лечения – диетические рекомендации и медикаментозная терапия.

Диетические рекомендации предусматривают ограничение объема пищи до 100-120 мл/кг массы в сутки; при искусственном вскармливании – назначение низколактозных смесей, смесей с рисовым крахмалом; уменьшение разового объема пищи; для допаивания ребенка рекомендуется использовать только кипяченую воду (но не соки и не чай); при введении прикорма вначале назначают кашу (рисовую, овсяную, гречневую) и лишь через месяц – овощи. После кормления необходимо подержать ребенка в наклонном положении (под углом 45° животом вниз) в течение 10-15 мин для отхождения воздуха, заглоченного во время кормления. Между кормлениями и во время приступа колик ребенка выкладывают на живот. Благоприятное действие оказывает тактильный контакт ребенка и матери (следует уложить малыша на живот матери).

Что касается функциональных нарушений стула у детей (функционального запора и функциональной диареи), то эти расстройства встречаются в любом возрастном периоде и требуют отдельного рассмотрения. ■

Список литературы находится в редакции.