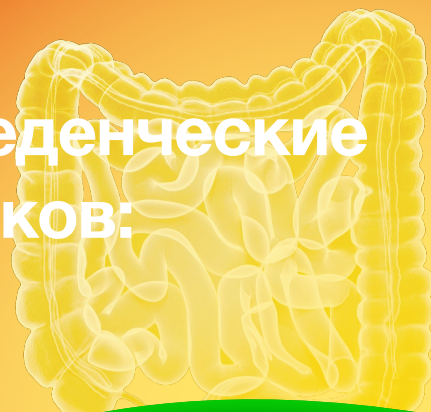


Психоэмоциональные и поведенческие факторы запоров у школьников:

роль стресса, сдерживания дефекации и подходы к мягкой коррекции



Возвращение ребёнка в школьную среду почти всегда сопровождается изменением режима дня, повышением к нему требований и ростом уровня тревоги. На этом фоне функциональные желудочно-кишечные расстройства, в том числе функциональный запор и синдром раздражённого кишечника с запором (СРК-З), проявляются чаще и ярче^{1,2}.

Один из недооценённых факторов — **поведение ребёнка в отношении дефекации в школе:**

- ✓ избегание туалета
- ✓ сознательное сдерживание позывов
- ✓ попытки дотерпеть до дома (Таблица 1)

В сочетании с эмоциональным стрессом, изменением режима питания и снижением активности это формирует **устойчивый паттерн запора, который со временем может трансформироваться в СРК-З³⁻⁵**.

Таблица 1. Влияние восприятия школьных туалетов на формирование паттерна запора у школьников (адаптировано из Laffolie J. et al., Klin Padiatr, 2021)³

Восприятие школьного туалета	Количество детей, %
Используют школьный туалет для мочеиспускания регулярно	76,5%
Используют школьный туалет для дефекации	33,2%
Испытывают выраженное отвращение к школьным туалетам (всегда или регулярно)	68,9%
Задерживают стул, чтобы избежать школьного туалета	45,5%
Боли в животе с выраженным отвращением и избеганием школьного туалета (по сравнению с теми, кто не испытывает отвращения к туалету в школе)	23,6% против 11,2% ($p = 0,0103$)

Как стресс способствует формированию запора

По данным систематических обзоров, психологический стресс ассоциирован с развитием и поддержанием функционального запора у детей. Выделяют **несколько ключевых механизмов**^{2,5}:

1. Активация оси «кишечник–мозг»

Школьные стрессовые факторы (экзамены, буллинг, страх оценки, адаптация к новому коллективу) усиливают нейроэндокринные и вегетативные механизмы и способствуют формированию

висцеральной гиперчувствительности и устойчивых паттернов запора с болевым синдромом. У предрасположенных детей это приводит к **типичным проявлениям функциональных расстройств оси «кишечник–мозг»**:

- ✓ изменению частоты и консистенции стула
- ✓ появлению боли и вздутия живота^{1,2,5,6}

2. Повторяющееся сдерживание дефекации

Негативное восприятие школьных туалетов, как было показано выше, приводит к намеренному подавлению позыва к дефекации, что может способствовать **развитию функционального запора**^{3,7}:

- ✓ каловые массы дольше задерживаются в дистальных отделах кишечника
- ✓ происходит перерастяжение прямой кишки
- ✓ снижается чувствительность ректальных рецепторов и позыв становится слабее

Формируется порочный круг: редкий и болезненный стул — страх дефекации — дальнейшее сдерживание.

3. Возрастные психологические особенности

- ✓ **в младшем школьном возрасте** доминируют страхи «быть осмеянным», «не успеть до туалета», «попроситься с урока»
- ✓ **у подростков** добавляются вопросы самооценки, телесного стеснения и отношения со сверстниками

Кроме того, в исследованиях было отмечено, что **авторитарный стиль воспитания, высокие уровни тревоги и депрессии родителей** повышают риск развития функционального запора у ребёнка.^{8,9}

Функциональный запор и СРК-3 у школьников: клиническая картина

У части детей с исходно функциональным запором при длительном течении и появлении типичной боли, связанной с дефекацией, симптомы начинают соответствовать критериям СРК-3.

Для клинициста важно учитывать оба варианта^{1,2}:

- ✓ **при функциональном запоре** доминируют редкий стул, крупные каловые массы, натуживание, эпизоды болезненной дефекации, возможны подтекания⁷
- ✓ **при СРК-3** на первый план выходит абдоминальная боль, связанная с дефекацией, на фоне изменений частоты и/или консистенции стула, вздутия, ощущения неполного опорожнения¹

Общим является то, что у значимой части детей симптомы обостряются на фоне стрессовых событий и меняются в зависимости от режима дня и школьной нагрузки.^{1,10}

Типичные сценарии ошибок семьи

Исследования и клинические наблюдения описывают **характерные поведенческие паттерны семей, сталкивающихся с функциональным запором у ребёнка^{1,4,7,8}:**

Эпизодическое лечение клизмами и слабительными без врачебного контроля

— ситуативно (чаще по выходным), что усиливает болезненность и страх дефекации⁷

Фокус только на диете

— запор трактуется исключительно как следствие неправильного питания, без анализа школьной ситуации, уровня тревоги и поведения ребёнка⁷

Стыд и наказание

— ребёнка стыдят за «неудачи» (запачканное бельё, долгое сидение в туалете), что повышает тревогу и способствует закреплению удерживающего поведения дефекации⁸

Отсроченное обращение к врачу

— спустя месяцы или годы самостоятельных попыток, когда уже сформирован стойкий страх и нарушена чувствительность прямой кишки⁴

Современный подход: обучение, привычки, мягкая лекарственная коррекция

Оптимальная тактика при лечении функциональных запоров и СРК-3 у школьников строится на следующих основных моментах^{5,7,11}:

1. Обучение правильным паттернам поведения

-  **Объяснение** ребёнку и родителям механизмов запора и роли удерживания стула
-  **Формирование регулярного туалетного ритуала** (например, 5–10 минут сидения на унитазе после завтрака, до выхода в школу)
-  **Договоренность со школьной администрацией** при необходимости (доступ к туалету, возможность уйти с урока)

2. Здоровые привычки как фоновая терапии

- ✓ Питание с достаточным содержанием жидкостей и пищевых волокон, без жёстких и нереалистичных ограничений
- ✓ Поддержка ежедневной физической активности, что само по себе ассоциировано с меньшим риском запора
- ✓ Гигиена сна и снижение общего уровня стрессовой нагрузки, по возможности

3. Мягкая фармакологическая коррекция

В большинстве клинических рекомендаций подчёркивается, что при стойком функциональном запоре **одной только немедикаментозной коррекции часто недостаточно**. Рекомендуется **ступенчатый подход с использованием осмотических и стимулирующих слабительных**, подбираемых по возрасту и массе тела.^{2,7,12}

Регулакс Пикосульфат для мягкой коррекции запора

Пикосульфат натрия относится к контактным стимулирующим слабительным, действующим преимущественно на уровне толстого кишечника.

- ✓ как **пролекарство**, он активируется бактериальными сульфатазами в дистальных отделах кишечника с образованием активного метаболита, который стимулирует перистальтику и увеличивает секрецию воды и электролитов в просвет кишки¹³
- ✓ **системная абсорбция минимальна**

- ✓ **клинический эффект обычно развивается через 8–12 часов**, что делает удобным приём препарата в вечернее время для планируемого утреннего стула¹³

В контексте психоэмоциональных и поведенческих факторов у школьников **его потенциал заключается в следующем**^{7,12}:

- ✓ **снижение болезненности и страха дефекации**
Более мягкий и предсказуемый стул помогает разорвать цикл «боль — удержание — усиление запора» и делает возможным обучение регулярному туалетному режиму
- ✓ **поддержка формирования ритма дефекации**
Кратковременные курсы пикосульфата натрия на фоне изменения поведения и режима могут способствовать восстановлению привычной частоты стула
- ✓ **встраивание в комплексный план терапии**
Препарат рассматривается не как единственное решение проблемы, а как одно из звеньев лечебного плана: изменение привычек, работа со стрессом, обучение родителей

Рекомендации по применению включают:

- ✓ подбор дозы в соответствии с возрастом и массой тела ребёнка
- ✓ ограничение длительности курса
- ✓ обязательный врачебный контроль¹³

Заключение: запор как психоэмоциональный сигнал

Функциональные запоры у школьников — это **не только**

гастроэнтерологическая, но и психоэмоциональная проблема, тесно связанная со школьными стрессами, семейной атмосферой и поведенческими паттернами ребёнка^{2,5,8}. **Эффективное ведение требует от врача** внимания к психологическим и поведенческим факторам, активного включения семьи в процесс лечения и использования в рамках комплексного подхода мягких, предсказуемых слабительных, таких как Регулакс Пикосульфат. Такая стратегия может позволить не только добиться регулярного, безболезненного стула, но и снизить общий уровень тревоги, улучшить качество жизни ребёнка и его способность адаптироваться к школьной нагрузке^{5,7,9}.

Список литературы:

1. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, Walker LS. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology*. 2006 Apr;130(5):1527-37. doi: 10.1053/j.gastro.2005.08.063. PMID: 16678566; PMCID: PMC7104693.
2. Baaleman DF, Velasco-Benítez CA, Méndez-Guzmán LM, Benninga MA, Saps M. Functional gastrointestinal disorders in children: agreement between Rome III and Rome IV diagnoses. *Eur J Pediatr*. 2021 Jul;180(7):2297-2303. doi: 10.1007/s00431-021-04013-2. Epub 2021 Mar 18. PMID: 33733289; PMCID: PMC8195790.
3. Laffolie J, Ibrahimi G, Zimmer KP. Poor Perception of School Toilets and Increase of Functional Constipation. *Klin Padiatr*. 2021 Jan;233(1):5-9. English. doi: 10.1055/a-1263-0747. Epub 2020 Oct 9. PMID: 33036055.
4. Sandhu BK, Paul SP. Irritable bowel syndrome in children: pathogenesis, diagnosis and evidence-based treatment. *World J Gastroenterol*. 2014 May 28;20(20):6013-23. doi: 10.3748/wjg.v20.i20.6013. PMID: 24876724; PMCID: PMC4033441.
5. Gozali FS, Febiana B, Putra IGNS, Karyana IPG, Hegar B. Relationship between psychological stress with functional constipation in children: a systematic review. *Pan Afr Med J*. 2023 Sep 7;46:8. doi: 10.11604/pamj.2023.46.8.41130. PMID: 37928217; PMCID: PMC10620441.
6. Reed-Knight B, Maddux MH, Deacy AD, Lamparyk K, Stone AL, Mackner L. Brain-Gut Interactions and Maintenance Factors in Pediatric Gastroenterological Disorders: Recommendations for Clinical Care. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*. 2017;5(1):93-105. doi:10.1037/cpp0000166
7. Koppen IJ, Lammers LA, Benninga MA, Tabbers MM. Management of Functional Constipation in Children: Therapy in Practice. *Paediatr Drugs*. 2015 Oct;17(5):349-60. doi: 10.1007/s40272-015-0142-4. PMID: 26259965; PMCID: PMC4768242.
8. Appak YÇ, Sapmaz ŞY, Doğan G, Herdem A, Özyurt BC, Kasırga E. Clinical findings, child and mother psychosocial status in functional constipation. *Turk J Gastroenterol* 2017; 28: 465-70.
9. Krueger A, Waheed U, Santucci N. Overlap of Structural Gastrointestinal Disorders in Children With Disorders of Gut-Brain Interaction. *Neurogastroenterol Motil*. 2026 Jan;38(1):e70231. doi: 10.1111/nmo.70231. PMID: 41553718; PMCID: PMC12988542.
10. Mayer EA, Ryu HJ, Bhatt RR. The neurobiology of irritable bowel syndrome. *Mol Psychiatry*. 2023 Apr;28(4):1451-1465. doi: 10.1038/s41380-023-01972-w. Epub 2023 Feb 2. PMID: 36732586; PMCID: PMC10208985.
11. Cui J, Xie F, Yue H, Xie C, Ma J, Han H, Fang M, Yao F. Physical activity and constipation: A systematic review of cohort studies. *J Glob Health*. 2024 Nov 22;14:04197. doi: 10.7189/jogh.14.04197. PMID: 39575759; PMCID: PMC11583288.
12. Lacy BE, Patel NK. Rome Criteria and a Diagnostic Approach to Irritable Bowel Syndrome. *J Clin Med*. 2017 Oct 26;6(11):99. doi: 10.3390/jcm6110099. PMID: 29072609; PMCID: PMC5704116
13. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Регулакс



Регулакс® Пикосульфат

Современное стимулирующее
слабительное средство



ЛП-№(009159)-(РГ-RU)
ЛП-№(010827)-(РГ-RU)



прогнозируемый
эффект через
10–12 часов
после приёма



действует только
в просвете толстой
кишки



не раздражает
слизистую оболочку
желудка



не всасывается
из ЖКТ



не вызывает
привыкания



капли применяются
с рождения, таблетки —
с 6 лет

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО
ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ