

ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ

К.И. Григорьев, профессор

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

E-mail: k-i-grigoryev@yandex.ru

Представлены основные причины возникновения запоров у детей. Дана клиническая картина, приведены возможности медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Ключевые слова: запоры у детей, причины, клиническая картина, лечение.

Запоры – одна из актуальных проблем детской гастроэнтерологии. Частота запоров у детей колеблется в пределах от 1 до 12% в зависимости от возраста и группы наблюдения. Запор представляет собой симптомокомплекс общих, экстракишечных и местных расстройств, связанных с задержкой опорожнения кишечника при увеличении интервалов между актами дефекации, по сравнению с индивидуальной физиологической нормой (обычно – более чем на 32–48 ч) или с систематическим неполным опорожнением кишечника.

Вопрос о том, какие интервалы между актами дефекации следует считать нормальными, однозначно для детской практики не решен. Так, частота дефекаций у детей старше 6 лет и подростков примерно та же, что и у взрослых – не менее 6 раз в неделю; у детей 1-го года жизни, находящихся на грудном вскармливании, частота дефекаций может быть равна количеству кормлений; при введении прикорма в 5–6 мес частота дефекаций должна составлять не менее 2 раз в сутки; у детей, находящихся на искусственном вскармливании, стул обычно бывает 1 раз в день.

Хронический запор в отличие от эпизодического характеризуется стойким или интермиттирующим, продолжающимся более 6 мес, нарушением функции толстой кишки с частотой стула менее 3 раз в неделю и вынужденным натуживанием, занимающим более 25% времени акта дефекации.

Этиология и патогенез

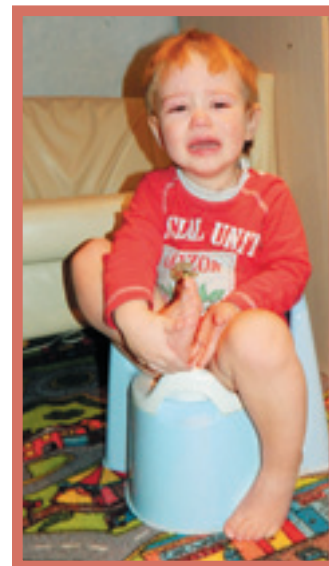
Запоры редко имеют 1 причину. Обычно сочетаются несколько факторов, основные из которых:

- алиментарные:
 - недостаточное потребление пищевых волокон (легнина, целлюлозы, геми- и метилцеллюлозы, камеди);

- щадящая диета, избыточное количество животного белка при недостатке овощей и фруктов;

- перевод с грудного на смешанное или искусственное вскармливание, смена смеси и др.;

- неврогенные – резидуально-органическое поражение центральной нервной системы, рефлексорный запор;
- «привычный», или психогенный запор;
- органические поражения толстой кишки – долихомегаколон, нейроинтестинальная дисплазия толстой кишки, синдром Пайра, подвижная слепая или сигмовидная кишка, гипоганглиоз (болезнь Гиршпрунга);
- механическая обструкция кишечника/препятствия на пути каловых масс – спайки, опухоли, увеличенные лимфатические узлы, глисты;
- поступление ребенка в детский сад или школу;
- послеинфекционные запоры, преимущественно – после острых кишечных инфекций;
- гиподинамическая дискинезия кишечника – гиподинамия, малоподвижный образ жизни;
- воспалительные заболевания кишечника – болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, хронический энтерит, колит и др.;
- эндокринные – гипотиреоз, сахарный диабет, гиперпаратиреозидизм, гипопитарные расстройства, феохромоцитомы, гипострогемия;
- нарушения водно-электролитного обмена, холестаза, дефицит витаминов группы В и К;
- токсические (воздействие свинца, ртути, талия, никотина, чая, какао), медикаментозные (опиаты, миорелаксанты, ганглиоблокаторы, холинолитики, противосудорожные препараты, барбитураты, антациды,



Основные причины запоров

Кологенные	Проктогенные
<p>Метаболические расстройства – гипокалиемиа, гиперкальциемиа, ацидоз</p> <p>Эндокринные заболевания – гипотиреоз, гиперпаратиреоз, сахарный диабет, несахарный диабет, надпочечниковая недостаточность и др.</p> <p>Заболевания, протекающие с мышечной гипотонией, – рахит, миастения, склеродермия</p> <p>Поражение спинного мозга, его корешков, аномалии нервной системы – миеломенингоцеле, опухоль спинного мозга и др.</p> <p>Прием препаратов, замедляющих перистальтику толстой кишки – спазмолитики, М-холинолитики, блокаторы кальциевых каналов, антидепрессанты, миорелаксанты, противосудорожные препараты</p> <p>Врожденные аномалии толстой кишки – болезнь Гиршпрунга, долихоколон, долихосигма, удвоение толстой кишки.</p> <p>Наследственные заболевания – муковисцидоз, глютеновая энтеропатия</p>	<p>Дисфункция мышц тазового дна, в том числе обструкция выходного отверстия (диссинергия тазового дна – anismus)</p> <p>Повышение порога возбудимости рецепторов слизистой прямой кишки к наполнению, изменение резервуарной функции прямой кишки, спазм внутреннего сфинктера, утрата условного рефлекса на акт дефекации</p> <p>Аганглиоз (болезнь Гиршпрунга), стеноз или дистопия ануса, аноректальные пороки развития, мегаректум</p> <p>Болезненные расстройства ануса (трещины, дерматит)</p>

сорбенты, мочегонные средства, препараты железа и кальция, блокаторы кальциевых каналов) и др.

Запор своим происхождением обязан нарушению двигательной функции кишечника. Задержка кишечного содержимого может произойти на любом уровне или на уровне нескольких отделов толстой кишки. При расстройстве акта дефекации страдают двигательная, секреторная и абсорбционная функции толстой кишки. Вследствие хронического запора возникают вторичные изменения кишечной стенки, нарушаются водно-солевой обмен, состав микрофлоры кишечника, поражается рецепторный аппарат прямой кишки, усиливается ее спазм.

У детей с хроническим запором функционального происхождения (синдром раздраженного кишечника) чаще фиксируют гипермоторику толстой кишки. При гиперкинетических нарушениях на фоне усиленных антиперистальтических движений отмечаются спазмы отдельных участков толстой кишки, задерживающих прохождение каловых масс. Задержка прохождения химуса отмечается при гипокинетических нарушениях, причем чаще в местах расположения сфинктеров, которые в нормальных условиях находятся в состоянии усиленного сокращения.

Выделяют кологенные (замедление транзита каловых масс по всей толстой кишке) и проктогенные (затруднение опорожнения ректосигмоидного отдела толстой кишки) запоры. Они различаются по причинам, их вызвавшим (табл. 1). Большое значение имеют также психические/поведенческие/социально обусловленные причины формирования запоров у детей. Среди них наибольшее значение имеют умственная отсталость, аутизм, девиантные поведенческие расстройства, депрессия, синдром жестокого обращения с ребенком, синдром дефицита внимания.

Часто возникновение запора в детском возрасте связано с началом посещения детского сада (школы): большинство детей стесняются проситься в туалет, пользоваться им в незнакомых условиях или в присутствии других детей и взрослых (Комарова Е.В., 2011). В результате ребенок преднамеренно задерживает дефекацию. Привычка задерживать стул может развиваться и в ответ на замечания или упреки со стороны взрослых, связанные с нестойким навыком пользования горшком (туалетом). Особенно неблагоприятно это сказывается на застенчивых детях. Задержка акта дефекации приводит к скоплению в прямой кишке большого объема кала, что растягивает ее стенки. В результате последующая дефекация вызывает болезненные ощущения, связанные с прохождением через ампулу прямой кишки уплотненного кала, что приводит к перерастяжению ануса и образованию микротравм. Развивается «психогенный запор», когда ребенок умышленно оттягивает дефекацию с помощью сокращения поперечно-полосатых мышц тазовой диафрагмы и наружного анального сфинктера, чтобы избежать боли. Неправильный рефлекс достаточно легко закрепляется.

Дети при возникновении позыва на дефекацию поднимаются на носки и раскачиваются назад и вперед, напрягая при этом ягодичцы и ноги, изгибаются, суетятся или принимают необычные позы, часто стараясь спрятаться. Такое поведение неверно истолковывается взрослыми, которые полагают, что ребенок напрягается в попытке дефекации. В результате развивается порочный круг: скопление в прямой кишке каловых масс способствует хроническому растяжению прямой кишки и привыканию ее проприорецепторов, вследствие чего нарушается проводимость импульсов по афферентным нервным волокнам, ослабляется иницирование акта дефекации и, наконец, ребенок полностью становится неспособен к активной де-

фекации. Нарушаются чувствительность стенки кишки к давлению фекалий и формирование позыва на дефекацию.

Со временем такое поведение становится автоматической реакцией. Отсутствие ректоанального рефлекса превращает запор из «психогенного» в «привычный». Поскольку ректальная стенка растягивается, может развиваться фекальное каломазание, которое вызывает у ребенка чувство стыда и страха. Если взрослые, не разобравшись в происходящем, наказывают ребенка за неопрятность, ситуация еще больше усугубляется. Очевидно и то, что, испытывая страх и боль при посещении туалета, ребенок будет намеренно подавлять позывы к дефекации и возникнет «боязнь горшка». В результате застоя в кишке у ребенка повышается внутрибрюшное давление, что приводит к снижению аппетита, а нередко – к тошноте и рвоте. Ребенок становится плаксивым, раздражительным, быстро устает, плохо спит. Таким образом, хронические функциональные запоры у детей, посещающих детские дошкольные (школьные) учреждения, приобретают социальную значимость и требуют обязательной коррекции.

Клиническая картина

У ребенка с запорами самостоятельный стул бывает через 2–3 дня и более, иногда задержка составляет 5–7 дней, что недопустимо. Наряду с отсутствием стула ребенка могут в течение нескольких дней беспокоить боли в животе, чувство распирания, вздутие, урчание. Из симптомов интоксикации характерны быстрая утомляемость, слабость, головные боли, снижение аппетита, бледность кожных покровов. Уточняют, бывают ли у ребенка кровь в стуле, болезненная дефекация, каломазание, энкопрез. При осмотре обращают внимание на вздутие живота. Пальпаторно обычно определяют болезненность по ходу кишечника, в сигмовидной кишке иногда пальпируются каловые камни. Обязателен осмотр крестцовой области и промежности. При видимых изменениях в этих областях (недостаточное расстояние между крыльями подвздошной кости, недоразвитие ягодичных мышц) в дифференциальном плане исключают пороки развития спинного мозга и позвоночного столба. Осмотр промежности позволяет исключить пороки развития анальной области и мочеполовой системы. Обязательно пальцевое исследование: определяют состояние ампулы прямой кишки, силу сфинктерного аппарата, наличие зияния после извлечения пальца.

В Римских критериях III особое внимание уделяется запорам у детей до 4 лет, причем выделяют 2 формы функциональных нарушений: затруднение дефекации у новорожденных (дисхезия – G6)

и функциональный запор у детей с рождения до 4 лет (G7).

Что касается дисхезий, они наблюдаются у детей первых 2–3 мес жизни и проходят к концу первого полугодия жизни. Проявляется данное состояние криком и плачем ребенка в течение 20–30 мин по нескольку раз в день. При этом наблюдается резкое покраснение лица ребенка (так называемый «синдром пурпурного лица»), что вызывает страх у родителей. Ребенок успокаивается сразу после акта дефекации, стул при этом мягкий, без примесей. Задача медицинского работника – объяснить родителям, что малыш просто не в состоянии скоординировать мышцы брюшного пресса и тазового дна.

Критерий функциональных запоров – наличие у ребенка с рождения до 4 лет в течение 1–2 мес или более следующих симптомов:

- 2 или менее дефекации в неделю;
- 1 или более эпизодов недержания кала в неделю у ребенка, имеющего навыки пользования туалетом;
- чрезмерная задержка стула в анамнезе;
- дефекации, сопровождающиеся болью и натуживанием в анамнезе;
- наличие большого количества каловых масс в прямой кишке;
- большой диаметр каловых масс в анамнезе.

Много внимания следует уделить сбору анамнеза. При необходимости диагноз уточняется по результатам инструментальных, морфофункциональных и лабораторных исследований. Помимо рентгенологического и эндоскопического исследования толстой кишки, в последние годы активно используют УЗИ толстой кишки. Необходимость детального обследования, требования к госпитализации определяет врач для каждого больного ребенка индивидуально.

Обычно недооценивают роль гельминтов и простейших в генезе дисфункций желудочно-кишечного тракта, в том числе запоров. Кишечным паразитам для комфортного пребывания в просвете кишечника или на слизистой оболочке, нужно подавить моторику кишечника, так как в норме кишечник рефлекторно от них избавляется. Многие паразиты, в том числе аскариды и острицы, выделяют в просвет кишечника вещества, блокирующие активность рецепторов кишечной стенки. Эти токсины одновременно угнетают кишечную микрофлору и приводят к реактивным изменениям в печени и поджелудочной железе.

Лечение

Важно, чтобы у ребенка стул был ежедневно. Поэтому необходим контроль, что сопряжено с определенными сложностями, если ребенок не находится под постоянной опекой.

Диета. Первостепенное значение придается пищевым продуктам, способствующим опорожнению кишечника. К ним относят растительные волокна, сахаристые вещества (мед, сиропы, соки, муссы), органические кислоты (кефир), подсолненные вещества, газированные минеральные воды, жиры, черный хлеб, овощи, крупы и др. Обращают внимание на то, чтобы пища содержала достаточное количество пищевых волокон – легнина, целлюлозы, геми- и метилцеллюлозы, камеди, отсутствие которых увеличивает риск возникновения запоров.

Диетическая коррекция хронических запоров заключается в первую очередь в увеличении квоты в рационе трудноперевариваемой клетчатки. Детям старшего возраста увеличивают кратность питания до 5–6 раз в сутки. Увеличение объема каловых масс благодаря наличию в рационе пищевых волокон приводит к их разрыхлению, учащению актов дефекации. Помимо длинноцепочечных полисахаридов, позитивный эффект при запорах дают низкомолекулярные углеводы – олигосахариды, фруктозо-олигосахариды, галакто-олигосахариды и т.д. По сути дела, низкомолекулярные углеводы – это пребиотики; терапевтический эффект они дают, восстанавливая кишечную микрофлору. Используются смеси с загустителями, содержащими клейковину бобов рожкового дерева – камедь (Фрисовом), при отсутствии колик – смеси с лактулозой (Бифидус), обладающие пребиотическими свойствами (Нутрилон Комфорт 1 и 2 и др.); сладкие смеси частично меняют на кисломолочные (до 1/2 суточного объема).

В рацион включают морковь, свеклу, сухофрукты (инжир, чернослив, финики, обладающие способностью вызывать набухание и увеличение объема кишечного содержимого), натуральные овощи и ягоды.

Неплохой терапевтический эффект дает включение в рацион пшеничных отрубей по следующей схеме:

- в первые 10–12 дней 3 раза в день во время еды с пищей ребенку дают мякиш, полученный после отстоя и сцеживания от заварки 1 чайной ложки сухих отрубей в 0,5 стакана кипятка;
- в последующие 2 нед количество отрубей увеличивают до 2 столовых ложек на прием с учетом индивидуальной переносимости;
- еще 2 мес ребенок принимает отруби по 2 чайные ложки 2–3 раза в день.

Соблюдение общегигиенических норм поведения: активный образ жизни (стационарный режим в этом отношении служит определенным препятствием); система мер восстановления регулярности акта дефекации – глицериновые свечи, микроклизмы, гимнастика мышц малого таза и ануса.

Принципиальное значение имеет профилактика запоров в самом раннем возрасте. Необходимо заложить правильную физиологическую основу акта дефекации, сформировать у ребенка условный рефлекс на время суток (утро, вечер), место (туалетная комната, горшок и т.д.), звук (покрывание «а-а») и др.

Навык ежедневного утреннего опорожнения кишечника должен считаться столь же необходимым и важным, как умывание, туалет зубов и т.п.

У младенцев и детей раннего возраста ни один эпизод острой задержки стула не должен быть оставлен без внимания. На ранних стадиях нарушения функции дефекации корректировать ее значительно проще, чем в более поздние сроки, когда запоры приобретают систематический характер.

У детей раннего возраста с нарушением опорожнения кишечника, обусловленным функциональной недостаточностью, применяют послабляющие меры с помощью газоотводной трубки, стимулирующей кишечную моторику, микроклизм (Микролакс). Назначают Плантекс (детский чай в пакетиках), симетикон (Саб Симплекс в каплях) для снижения газо- и пенообразования.

Антигельминтная профилактика. Имеются многочисленные данные, свидетельствующие о том, что выявить глистные инвазии достаточно сложно. Гельминтозы, входя в число наиболее распространенных и значимых педиатрических проблем, являются в то же время самыми недооцененными и плохо диагностируемыми заболеваниями. Поэтому, рассматривая проблему запоров, не стоит забывать о том, что угнетающая роль паразитов может перевесить все терапевтические мероприятия по борьбе с запорами. Учитывая высокую эпидемиологическую вероятность гельминтозов, их большую роль в нарушении различных функций организма ребенка и сложность диагностики, рекомендуется проводить профилактически-лечебные противоглистные курсы независимо от результатов анализов с учетом косвенных признаков (клинической картины). ВОЗ рекомендует проведение профилактических антигельминтных курсов детям дошкольного возраста дважды в год – весной и осенью. При необходимости (в случае неблагоприятной эпидемиологической ситуации или при явных клинических признаках гельминтоза у ребенка, в том числе при запорах) возможна внеплановая дегельминтизация.

Эффективна схема с использованием 2 или более антигельминтных препаратов. Сначала целесообразно назначить левамизол однократно в возрастной дозировке. Этот препарат ослабляет гельминтов, а на ослабленных паразитов лучше действует мебендазол или альбендазол. 2-й препарат назначают через 3 дня после левамизола. Предлагаемая комбинация в 2–3 раза превосходит эффективность монотерапии.

Доза дюфалака в зависимости от возраста ребенка

Возраст	Начальная доза, мл*	Поддерживающая доза, мл*
От грудного до 3 лет	5	5
3–6 лет	5–10	5–10
7–14 лет	15	10
Старше 14 лет	15–45	10–25

Примечание. * – 5 мл раствора содержит 3 г препарата.

Немедикаментозная терапия. При повышенной двигательной активности и спастическом состоянии кишечника детям школьного возраста показаны седативные методы физиотерапии: щадящие параметры синусоидально-модулированных токов – СМТ (частота модуляции – 100–150 Гц, глубина модуляции – 25%); СВЧ-поле сантиметрового диапазона; электрофорез со спазмолитиками; слабоминерализованные щелочные минеральные воды в негазированном теплом виде. При гипомоторных запорах применяют стимулирующие параметры СМТ (частота модуляции – 20–30 Гц, глубина модуляции – 100%), газированные воды высокой минерализации в холодном виде. Минеральную воду детям назначают из расчета 3–5 мл на 1 кг массы тела (прием 2–3 раза в день за 40 мин до еды).

Доказана высокая эффективность при запорах у детей: интерференционных токов; криомассажа; их сочетанного назначения; динамической электро-ростимуляции импульсными токами, генерируемыми аппаратом «ДиаДЭНС», высокоимпульсной магнитной стимуляции (Хан М.А. и др., 2011).

В комплексном восстановительном лечении детей с хроническими запорами важное место занимают методы теплолечения, включая внекурортные условия. Парафино- и озокеритолечение улучшает трофику слизистой оболочки толстой кишки, купирует воспалительный процесс.

Ручной массаж и легкое разминание напряженных мышц брюшной стенки способствуют рефлекторному снятию спазма кишечника. В ежедневную зарядку включают комплекс упражнений, направленных на нормализацию работы толстой кишки. Детям 1-го года жизни необходимо прижимать ноги к животу, делать упражнения типа «велосипед». Для детей старше 1 года физические упражнения проводят в виде игр. Например, рассыпают на полу 20–30 мелких игрушек и просят ребенка собрать все игрушки, нагнувшись за каждой из положения стоя. Такое упражнение повторяют в течение дня 2–3 раза. Всем детям массируют переднюю брюшную стенку по часовой стрелке.

Детям с преобладанием атонического компонента назначают: вибромассаж с помощью аппаратов системы ЭПС (эластичный псевдокипящий слой); гидротерапию – подводный душ-массаж, душ Шарко, вибрационные ванны.

У детей дошкольного и школьного возраста применяют криомассаж, ЛФК, иглорефлексотерапию. Эффективны «тренирующие» термоконтрастные клизмы – последовательно ставят 2 клизмы объемом до 100 мл с водой контрастной температуры (разница – около 10°, не выше 26–28°C) с интервалом в 2–3 мин по индивидуальной схеме (интервал – 1–2–3 дня); длительность курса – 4 нед.

Бальнеотерапия при запорах предусматривает внутреннее и наружное применение минеральных вод, кишечные промывания. Санаторно-курортное лечение детей, страдающих дисфункциями кишечника, – важный этап медицинской реабилитации; оно проводится на бальнеологических курортах (Железноводск, Ессентуки, Трускавец и др.).

Биофидбэк-терапия – методика биологической обратной связи (БОС) – формирование условного рефлекса взамен утраченного безусловного путем длительных тренировок акта дефекации. Для мониторинга активности сфинктерного аппарата вводят в задний проход сенсорные датчики (2–3 курса по 20 сеансов). Кроме того, практикуется так называемая стимулированная дефекация, при которой имитируется стул с помощью внутриректального баллона.

Лекарственная терапия запоров. Препаратами выбора в лечении задержки стула у детей являются лактулоза (дюфалак), регуляторы моторики желудочно-кишечного тракта, биопрепараты, ферментные средства.

Широко используют лактулозу (дюфалак), которая особенно эффективна при лечении запоров у детей раннего и младшего возраста. Слабительное действие лактулозы основано на том, что молекула лактулозы, являясь изомером лактозы, не расщепляется ферментами тонкой кишки и остается интактной вплоть до попадания в толстую кишку. Здесь под действием ферментов бактерий она распадается на низкомолекулярные органические кислоты – молочную, уксусную, масляную и пропионовую. В результате повышается осмотическое давление и подкисляется содержимое толстой кишки. Благодаря притоку воды кал становится более рыхлым, увеличивается его объем. Лактулоза оказывает бифидогенное действие и создает благоприятные условия для усиленного роста бифидо- и лактобактерий.

Дети хорошо переносят дюфалак, обычно терапевтическая доза в 5 раз превышает дозу у взрослых – 1,5 г/кг у детей против 0,3 г/кг у взрослых. Тем не менее в связи с жесткой зависимостью переносимости препарата от дозы, возраста и массы тела рекомендуют индивидуальный подбор дозы дюфалака (табл. 2).

Слабительные назначают по строгим показаниям. Солевые слабительные (соли магния) у детей не применяются из-за возможности серьезных осложнений; используют лишь гидрофильные слабительные на основе полиэтиленгликоля и макрогола: Транзипег – с 1 года, Форлак детский – с 6 мес, реже – раздражающие слабительные. К последней группе относятся антрахиноны (в том числе препараты сенны, крушина), касторовое масло, фенолфталеин, препараты бисакодила (Дульколак), пикосульфат натрия (Гутталакс). Препараты этой группы (за исключением 2 последних) не рекомендованы к применению у детей в связи с большим количеством побочных эффектов.

Гутталакс выпускается во флаконах-капельницах по 15 и 30 мл, рекомендуется для использования у детей от 4 до 10 лет в объеме от 5 до 10 капель в небольшом количестве воды или любой другой жидкости. Дозу можно увеличить до 20 капель у детей старше 10 лет. Слабительное действие развивается через 6–12 ч после приема. Препарат – без дозозависимого эффекта, бесцветный, без вкуса и запаха. Дульколак назначают внутрь детям в возрасте 4–10 лет по 5 мг (1 таблетка на прием), детям старше 10 лет – по 5–10 мг (1–2 таблетки на прием 1 раз в сутки); прием – 1 раз на ночь или утром за 30 мин до еды. Ректально препарат назначают детям старше 10 лет по 10 мг (1 суппозиторий в сутки).

При запорах спастического типа назначают спазмолитики (миотропные: дротаверин, папаверин, альверина цитрат с симетиконом – Метеоспазмил – с 12 лет; холинолитики: гиосцина бутилбромид – Бускопан – с 6 лет); при гипотонии и гипокинезии толстой кишки – препараты антихолинэстеразного действия (прозерин, убретид). Используют уникальные свойства агонистов опиатных рецепторов, модулирующих моторику желудочно-кишечного тракта в зависимости от ее исходного состояния; в частности, назначают тримебутин (тримедат), оказывающий спазмолитическое и прокинетическое действие. Режим дозирования: до 6 мес жизни – по 12,5 мг 2–3 раза в сутки, в 6–12 мес – по 25 мг 2 раза в сутки и т.д. Обычно препарат сочетают с полиферментными средствами.

Препараты выбирают с учетом возраста ребенка: мебеверин (дюспаталин) – с 12 лет; тримебутин (тримедат) – детские формы с 2 лет; дицетел – с 12 лет. У детей с функциональными запорами основную роль играют лекарственные средства для ректального применения – свечи со

спазмолитиками и вяжущими препаратами (анузол, вибуркол, альгинатол, папаверин).

В комплексную терапию запоров могут быть включены пробиотики и другие биопрепараты для коррекции вторичных нарушений микробиоценоза кишечника, препараты желчных кислот, желчегонные средства, препараты метаболического ряда – глицин, лимонтар, поливитамины и др.

К хирургическому пособию прибегают в исключительных случаях после длительного консервативного лечения, когда существуют или возникают необратимые структурные изменения кишечной стенки, обычно – при наличии долихо-сигмы, болезни Гиршпрунга и др.

Рекомендуемая литература

Андропов Ю.Ф., Бельмер С.В. Запоры у детей: значение особенностей психоэмоционального статуса // РМЖ «Педиатрия». – 2012; 2: 48–51.

Бабаян М.Л., Возможности диетической коррекции функциональных запоров у новорожденных и детей раннего возраста // Педиатрия. – 2012; 91 (4): 67–69.

Григорьев К.И. Терапевтический уход за детьми с заболеваниями органов пищеварения // Медицинская сестра. – 2010; 4: 16–24.

Комарова Е.В. Проблема запоров у детей, посещающих организованные детские коллективы // Вопр. совр. педиатрии. – 2011; 6: 109–110.

Копанев Ю.А. Комплексный подход к лечению функциональных запоров у детей // Доктор. Ру. – 2010; 1 (52): 55–58.

Косенко И.М. Нарушения микробиоценоза кишечника и их коррекция // Consilium medicum. Педиатрия. – 2009; 3: 42–44.

Мацукатова Б.О., Полищук А.Р., Эрдес С.И. Запоры у детей // Эффективная фармакотерапия. Педиатрия. Спецвыпуск. – 2012: 46–49.

Парфенов А.И., Ручкина И.Н. Профилактика и лечение запоров пробиотиками // Фарматека. – 2006; 12 (127): 20–25.

Хавкин А.И., Жихарева Н.С., Рачкова Н.С. Хронические запоры у детей // Лечащий врач. – 2003; 5: 42–44.

Цветкова Л.Н. и др. Эффективность лактулозы в коррекции запоров у детей // Детская и подростковая реабилитация. – 2011; 2: 71–77.

CONSTIPATION IN CHILDREN

K.I. Grigoryev Prof.

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

Presents the main causes of. Given the clinical picture, the peculiarities of drug and non-drug therapy, principles of work of a nurse.

Key words: constipation in children, causes, clinical picture, treatment.