

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00974&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00974. Закрепи у дітей

Автор: Merja Ashorn

Редактори оригінального тексту: -

Дата останнього оновлення: 2013-06-14

Основні положення

- Помірний закреп у дітей часто можна регулювати корекцією дієти з метою стимуляції моторики кишечника та виробленням звички регулярного випорожнення. Слід також заохочувати до збільшення кількості фізичних вправ.
- Закреп також може бути спричинений позакишковими причинами, такими як харчова алергія у новонароджених та целиакія у маленьких дітей.

Потреба в лікуванні

- Довідкова інформація
- Закреп потребує лікування, якщо
 - дефекація супроводжується болем або страхом
 - дефекація вимагає сильного напруження
 - випорожнення рідше, ніж один раз на три дні.
- Енкопрез завжди вимагає лікування.
- У дітей грудного віку нормальний інтервал між дефекаціями може тривати аж до одного тижня. Жодне втручання не потрібне, якщо у немовляти немає ніяких симптомів і збережений апетит. В іншому випадку, потреба в обстеженні та лікуванні, зазвичай, повинна оцінюватися спеціалістом, який також визначить наявність будь-яких органічних причин закрепу.

- Хвороба Гіршпрунга характеризується появою симптомів при народженні, відсутністю каломазання та досить часто блюванням, здуттям та затримкою відходження меконію.
- Атипова локалізація анусу (промежинна нориця) є вродженим дефектом. Така патологія частіше зустрічається у дівчат і характеризується переднім зміщенням анального каналу. Анус також часто звужений.
- Вроджені стриктури та міогенна ахалазія (постійне скорочення сфінктерів) зустрічаються рідко.

Функціональний закреп

- Клінічно існує чотири різні типи функціональних закрепів [джерело|R1].

1. Епізодичні закреп, не пов'язані з підтіканням калу/енкопрезом

- Найпоширеніший тип закрепів.
- Зазвичай, проходять спонтанно, добре піддаються лікуванню.

2. Свідоме координаційне порушення дефекації

- Зазвичай, розвивається після болючого акту дефекації, наприклад, внаслідок виникнення анальної тріщини, як правило, характерне для дітей у віці від 2 до 3 років.
- Дитина вчиться довільно припиняти процес проходження калу.
- Стан, зазвичай, легко усунути, якщо розпочати лікування незабаром після появи симптомів.
- Тріщина, зазвичай, загоюється після того, як закреп вилікуваний. Загоєнню тріщини може сприяти застосування вазеліну та інших топічних мазей, або за допомогою кремів та супозиторіїв, що містять гідрокортизон.

3. Мимовільне координаційне порушення дефекації

- Пацієнтові про це невідомо.
- Часто з'являються рясні, досить рідкі випорожнення, але під час акту дефекації зовнішній анальний сфінктер парадоксально закривається.

- За допомогою, зазвичай, звертаються, коли дитині 5–6 років.
- Помилково можна припустити, що дитина утримує фекалії через емоційні розлади, і психіатричні методи можуть марно застосовуватись для лікування даного стану.

4. Розлади дефекації внаслідок емоційних порушень

- Доцільно провести ретельне обстеження та лікування у дитячого психіатра.
- Координаційні порушення дефекації (групи 2 і 3) є більш частими причинами закрепів, ніж емоційні порушення, не беручи до уваги випадки, які відносяться до групи 1.
- Необхідно пам'ятати, що підтікання калу/енкопрез не є достатнім для діагностики емоційного розладу, оскільки це може бути пов'язаним із "переповненням" через ущільнені фекальні маси.
- Диференційна діагностика між групами 3 і 4 може бути складною і вимагає детального вивчення анамнезу хвороби та, за необхідності, консультації дитячого психіатра.

Лікування [доказ 00372 C] [доказ 06712 B] [доказ 07054 C]

- Лікування хронічного закрепу складається з 4 етапів: навчання, спорожнення товстої кишки, запобігання повторному накопиченню калових мас та відновлення нормальних звичок випорожнення.

Лікування гострої фази

1. У випадках, коли сильний закреп триває впродовж декількох тижнів, необхідно евакуювати тверді калові маси і відновити регулярне функціонування кишечника. Найкраще це досягається у випадку застосуванні невеликої клізми (міні-клізма) щоранку впродовж п'яти днів поспіль. За необхідності можна повторити евакуаторну терапію.
2. Препарати на основі лактулози слід призначити одночасно з проведенням евакуаційної терапії. У легших випадках та у немовлят застосування лише препарату на основі лактулози може бути достатньо. Метою є розрідження калу, щоб дитина зрозуміла, що випорожнення кишечника більше не є болісним. Початкова доза для немовлят становить 5–10 мл, а для дітей віком 2–6 років – 10–15 мл. Подальші дози підбираються так, щоб лікування не викликало діарею. Проносні препарати, що збільшують об'єм вмісту кишечника та містять насіння подорожника, можуть використовуватися замість

препаратів лактулози або в поєднанні з ними, якщо лікування виключно препаратами лактулози є недостатнім. Необхідно уникати довготривалого застосування цих видів проносних препаратів. За необхідності стимулюючі проносні засоби (бісакодил, препарати сени, пікосульфат натрію, дантрон) можна використовувати щодня після початкового курсу клізм. Стимулюючі проносні препарати слід замінити препаратом на основі лактулози якнайшвидше.

Коментар експерта. В Україні лікарський засіб Дантрон, станом на 05.02.2019 не зареєстрований. Препарати сени в Україні відповідно до інструкції для медичного застосування не рекомендовані дітям до 12 років

3. Дієтологічні корекції повинні бути внесені негайно з метою включення в раціон максимальної кількості харчових волокон/клітковини.
4. Ефект лікування завжди слід оцінювати приблизно через 4-6 тижнів. У разі повторного затримання фекалій слід розглянути необхідність направлення дитини до педіатра (колонографія, ректальна манометрія, біопсія прямої кишки).

Ускладнений закреп

- Закреп у дитини слід вважати тяжким, якщо він пов'язаний з “переповненням” фекаліями або у пацієнта є мегаколон і затримка калових мас підтверджена як клінічно, так і рентгенологічно. Важливим додатковим критерієм є незадовільна відповідь на попередньо призначене лікування та швидке виникнення рецидивів після лікування, а також урологічні проблеми.
- Важкий ідіопатичний закреп у дітей частіше зустрічається серед хлопчиків, ніж серед дівчаток. Найчастіше виникає у 2–4 роки, але у 25% випадків закрепи вперше проявляються у віці до 12 місяців.
- Залучення педіатра, дитячого хірурга та дитячого психіатра повинне розглядатися при закрепах важкого ступеню.
- Краплі пікосульфату натрію можна використовувати на початку лікування самостійно або разом з препаратами лактулози протягом декількох місяців. Єдина доза дається за 12–24 години до бажаного часу дефекації, в один і той же час щодня.
- Макрогол може застосовуватися також у дітей при закрепах, 1–2 пакетики дитячої дози порошку щодня (= 6 г один або два рази на день).

- Лікування тривалого ідіопатичного закрепку може іноді включати хірургічне втручання.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 00446 Constipation in children...\]](#)
- Література [\[пов'язані 00446 Constipation in children...\]](#)

Джерела інформації

R1. Clayden GS. Optimal management of chronic constipation. Clin Pediatr 1994;2:625–644

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 00372](#). Behavioural and cognitive interventions for defaecation disorders in children.
Дата оновлення: 2012-01-05
Рівень доказовості: C
Резюме: Behavioural interventions when used together with laxative therapy may improve continence in children with non-organic faecal incontinence and constipation. Biofeedback does not add any long-term benefit.
- [Доказовий огляд 06712](#). Lactulose versus polyethylene glycol for chronic constipation.
Дата оновлення: 2010-08-23
Рівень доказовості: B
Резюме: Polyethylene glycol appears to be more effective than lactulose for chronic constipation in both adults and children.
- [Доказовий огляд 07054](#). Laxatives for the management of childhood constipation.
Дата оновлення: 2016-12-19
Рівень доказовості: C
Резюме: Polyethylene glycol (PEG) preparations may be superior to placebo, lactulose and milk of magnesia for childhood constipation.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00974 Ключ сортування: 031.064 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2013-06-14

Автор(и): Merja Ashorn Редактор(и): Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Maarit Green
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Paediatrics

Ключові слова індексу

mesh: Dantrone mesh: antior perineal anus mesh: Hirschsprung Disease mesh: Bisacodyl mesh: Enema
mesh: idiopathic obstipation mesh: constipation child mesh: Lactulose mesh: emotional disturbance
mesh: Fissure in Ano mesh: Cathartics mesh: Senna Extract mesh: Encopresis mesh: Abdomen icpc-2: D12