

М.Ю. Денисов

Новосибирский государственный университет

Профилактика и лечение функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей грудного и раннего дошкольного возраста

Контактная информация:

Денисов Михаил Юрьевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии (с курсом педиатрии) Новосибирского государственного университета

Адрес: 630090, Новосибирск, ул. Пирогова, д. 2, тел.: (383) 363-42-10, e-mail: mi.den@mail.ru

Статья поступила: 26.12.2009 г., принята к печати: 01.03.2010 г.

В статье представлены основные причины возникновения функциональных расстройств кишечника у детей грудного возраста, находящихся как на грудном, так и на искусственном вскармливании. С практической точки зрения описаны современные подходы к выявлению причин и организации восстановительного лечения этой категории пациентов. Охарактеризованы основные аспекты профилактики данной функциональной патологии.

Ключевые слова: дети, функциональные расстройства дефекации, запор, восстановительное лечение.

91

Врачам довольно часто приходится сталкиваться с функциональной патологией кишечника у детей грудного и раннего возраста: задержкой акта дефекации, запором и, реже, — энкопрезом. По нашим данным, каждый пятый ребенок грудного возраста, находившийся на грудном вскармливании, в той или иной мере страдал задержками акта дефекации [1]. По данным разных авторов, показатели выявляемости данной функциональной патологии у младенцев и детей старше года жизни составляет от 20 до 35% случаев [2, 3]. Известно, что в зависимости от возраста у ребенка за сутки образуется и выводится в среднем от 50 до 250 гр каловых масс.

При вскармливании материнским молоком их количество колеблется от 10 до 100 гр в сутки. У ребенка первых месяцев жизни, находящегося на грудном вскармливании, частота стула может быть различной: от 6 раз в неделю до 10 раз в сутки [2, 4, 5]. Крайние значения частоты актов дефекации пугают родителей, подозревающих наличие либо тяжелого запора, либо диареи. Однако возрастные показатели этого физиологического акта весьма вариabельны и зависят от индивидуальных особенностей ребенка, качества материнского молока и характера питания кормящей женщины, вида прикорма и т.д. Постепенно, с течением времени,

M.Yu. Denisov

Novosibirsk State University

Prevention and treatment of functional disorders of gastro-intestinal tract in infants and young pre-school children

The article showcases key reasons for functional disorders of the intestinal tract in breast-fed and formula-fed infants. It describes from a practical standpoint modern approaches to identifying causes and administration of remedial treatment for this category of patients. The main aspects in prevention of this functional pathology are characterised.

Key words: children, functional defecation disorders, constipation, remedial treatment.



кратность стула уменьшается: с возраста 4,5–6 месяцев дефекация осуществляется 1–2 раза в день. У детей, находящихся на искусственном вскармливании современными адаптированными смесями, частота стула также составляет 1–2 раза в сутки. Установлено, что при включении в рацион младенца цельного животного молока, что абсолютно недопустимо с сегодняшних позиций, количество дефекаций сокращается [4].

Запором (лат. *constipatio, obstipatio* — скопление, накопление) называется нарушение функции кишечника, выражающееся хронической задержкой опорожнения более чем на 36 ч, увеличением интервалов между актами дефекации по сравнению с индивидуальной физиологической нормой, затруднением процесса дефекации, чувством неполного опорожнения кишечника (при наличии психологического понимания этого состояния), отхождением малого количества кала повышенной плотности. При нерегулярной дефекации диагностируют функциональную задержку стула.

При нарушениях акта дефекации у грудного ребенка врачу необходимо тщательно собрать и проанализировать анамнез, уточнить факторы, способствующие формированию патологии. Необходимо выяснить рацион питания пациента и его матери. При исключительно грудном вскармливании прежде всего необходимо уточнить рацион питания матери: регулярность, количество и качество принимаемой пищи, а также жидкости в течение суток. Часто в рационе питания кормящей матери присутствуют продукты, тормозящие моторику кишечника, причиной может оказаться скудность рациона, дефицит жидкости и прочие погрешности. Мы рекомендуем матери ежедневно вести подробный дневник питания.

Необходимо определить регулярность, порядок и количество приемов пищи грудным ребенком. Важно уточнить их длительность и последующую реакцию младенца. Если после сосания груди малыш остается беспокойным, кричит, следует исключить гипогалактию («голодные запоры»). В таких случаях помогают контрольные кормления: в течение 2–3 дней в разные часы мать в домашних условиях взвешивает ребенка до и сразу после еды в одной и той же одежде. Вычисленный средний объем съеденной пищи может указать на дефицит грудного молока. Беспорядочность и нерегулярность кормлений также могут стать причиной нарушений дефекации у младенца. При искусственном вскармливании, наоборот, необходимо исключить превышение суточного объема кормления, перекорма. Обычно молодые, неопытные матери, точно следуя инструкции на банке со смесью, в силу тех или иных причин превышают объем суточного кормления относительно индивидуальной физиологической потребности. При тактике «кормления до последней капли» мать или отец прилагают все усилия, даже порой оказывая насильственные действия, чтобы скормить ребенку всю дозу смеси, совершенно игнорируя отказ малыша от бутылочки. При этом сами родители замечают, что аппетит после ночного сна у ребенка был намного лучше, нежели в течение дня. Как следствие, у таких пациентов появляются задержки дефекации, значительный прирост массы тела, особенно когда объем суточного кормления превышает на 15% рекомендуемый объем [1].

В более старшем возрасте, после введения прикормов, необходимо определить, достаточное ли количество пищевых волокон присутствует в рационе ребенка. Родителям необходимо рекомендовать вести пищевой дневник.

Не стоит забывать об анализе питьевого режима. В некоторых случаях задержки дефекации у детей грудного возраста

могут быть спровоцированы недостаточным количеством жидкости в рационе питания. Практика отечественных педиатров показывает, что новорожденные и дети более старшего возраста, находящиеся исключительно на грудном вскармливании, иногда нуждаются в жидкости [6, 7]. Такое состояние может быть связано с пониженной влажностью в квартире в морозные зимы, повышенной температурой (более 25°C) окружающей среды, обильной жирной пищей, съеденной матерью накануне.

При сборе анамнеза необходимо выяснить длительность запоров и время их появления. Этот пункт важен для исключения органической патологии желудочно-кишечного тракта. Запоры с момента рождения, не поддающиеся пищевой или лекарственной коррекции, скорее всего, являются следствием патологии кишечника (долихоколон, долихосигма, болезнь Гиршпрунга и др.). В этом случае необходимо специализированное обследование малыша.

Необходимо уточнить, как родители лечили ребенка, использовались ли для терапии слабительные средства, клизмы.

В беседе с родителями нужно выяснить наличие сопутствующей патологии у малыша. Необходимо исключить гиповитаминоз D (рахит). В силу нарушения фосфорно-кальциевого обмена у таких пациентов отмечается пониженный тонус мышц передней брюшной стенки и гладкой мускулатуры кишечника. Иногда дебютом рахита становится именно задержка дефекации. Важное место занимает дефицит железа у пациента. При данном состоянии происходит быстрое снижение активности ферментных систем миоцитов, снижается сократительная способность гладкой и поперечно-полосатой мускулатуры, развивается анемия. Нормализовать частоту дефекаций в таком случае удастся только после ликвидации дефицита железа. Способствовать дебюту функциональной патологии кишечника могут неврологические расстройства: миотония, гипоксическое и/или травматическое повреждение мышц и различных отделов нервной системы в антенатальном периоде. Кроме того, у каждого третьего ребенка раннего возраста, страдающего аллергией, развиваются не только кожные симптомы, но и отмечается аллергическое воспаление на большей протяженности желудочно-кишечного тракта, что приводит к расстройствам моторно-эвакуаторной функции кишки (задержке дефекации, запорам) [8].

Причиной запора у ребенка иногда является медикаментозное лечение матери по поводу той или иной патологии препаратами-обстипантами. Чаще всего в данной ситуации речь идет о коррекции психологических расстройств, связанных с беременностью и родами, лечении сердечно-сосудистых и аллергических болезней. При обследовании ребенка, находящегося на грудном вскармливании, необходимо собрать фармакологический анамнез у матери. Очень важно оценить психологический микроклимат в семье, ее социальную адаптацию. Запорами может проявляться и лактазная недостаточность.

Восстановительное лечение детей с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта достаточно сложная и кропотливая задача. Эффект будет достигнут только при условии предварительно проведенного обследования, позволяющего выявить конкретную причину дисфункции. Основными задачами терапевтической тактики являются:

- оптимизация процесса вскармливания грудного ребенка;
- восстановление психологического комфорта в семье, особенно матери;



- организация рационального ухода, при соответствующем возрасте приучение ребенка к горшку и восстановление полноценного акта дефекации;
- оптимизация физической активности пациента (массаж, гимнастика и др.);
- медикаментозная терапия.

Коррекция психологического состояния семьи — одна из наиболее важных и сложных задач восстановительного лечения. У некоторых матерей обсуждаемая ситуация вызывает чрезмерное беспокойство, страх перед будущим ребенка и т.д. В преодолении психологических преград особую роль играет опыт педиатра, его тактичность. Учитывая, что специальное психологическое консультирование семей в нашей стране возможно только в специализированных учреждениях (например, в Научном центре здоровья детей РАМН), лечащий врач должен взять на себя роль воспитателя, психолога.

Организация правильного вскармливания — это первоочередная задача лечения детей с функциональными расстройствами дефекации. Иногда нормализация рациона вскармливания ребенка и питания матери приводит к улучшению состояния пациента без назначения медикаментозной терапии. Функциональные расстройства у детей, находящихся на грудном вскармливании, ни при каких условиях не являются показанием для перевода на смешанное или искусственное вскармливание. Это может лишь усугубить проблему.

Учитывая, что состав грудного молока во многом зависит от рациона матери, необходимо проводить коррекцию ее питания [9]. Следует существенно ограничить продукты с загустителями и танином (натуральный кофе, какао, зеленый чай, гранатовый сок и т.п.), высоким содержанием животных жиров, одновременно включив в рацион растительные масла. Женщине необходимо рекомендовать продукты, стимулирующие моторику кишечника: кисломолочные продукты (простокваша, домашний натуральный кефир), блюда с высоким содержанием пищевых волокон (овощи, фрукты, крупы, хлеб из муки грубого помола и др.), продукты функционального питания, обогащенные лакто- и бифидобактериями. Нужно также соблюдать адекватный питьевой режим: за сутки следует потреблять не менее 1 л жидкости в виде чая, компотов, слабоминерализованной воды и т.д.

Поскольку запоры у детей первых месяцев жизни могут быть проявлением гастроинтестинальной формы пищевой аллергии, из рациона питания матери следует исключить продукты с высокой сенсibilизирующей активностью, в частности цельное животное молоко, рыбу и морепродукты, орехи, мед и др.

Количество прикладываний к груди должно быть оптимальным, не менее 6–8 раз в сутки. Кормление ребенка в первые месяцы жизни в ночное время способствует лучшему функционированию желудочно-кишечного тракта у ребенка и выработке грудного молока у матери. При описанном режиме ребенок отличается спокойным поведением, хорошим настроением, крепко спит, хорошо прибавляет в весе. Однако, во втором полугодии жизни, после введения прикорма, у малыша должен быть полноценный ночной сон без дополнительного кормления грудью, за исключением индивидуальных случаев. Поздние вечерние и ночные кормления ребенка второго полугодия жизни могут усугублять запоры. Аналогичного мнения придерживаются физиологи [4].

С точки зрения доказательной медицины, допаивание малыша водой при грудном вскармливании не имеет своего лечебного эффекта (уровень D). Грудное молоко содержит до 87–90% воды и при достаточном уровне лактации



Дюфалак® Легкая помощь кишечнику

- Мягко устраняет запор и восстанавливает работу кишечника
- Может применяться у детей с первых дней жизни
- Способствует росту собственной полезной микрофлоры кишечника

реклама

Регистрационное удостоверение
ГН № 011717/02

119334, Москва
ул. Вавилова, 24, этаж 5
тел.: (495) 411 6911
факс: (495) 411 6910
www.solvay-pharma.ru
www.gastrosite.ru

SOLVAY PHARMA



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО
ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



потребность ребенка в жидкости полностью обеспечивается даже в условиях жаркого климата. Допаивание кипяченой водой рекомендуется лишь при высокой (выше 25°C) температуре окружающего воздуха и наличии у ребенка каких-либо признаков обезвоживания.

Введение продуктов прикорма в рацион питания детей с задержками стула, находящихся как на естественном, так и искусственном вскармливании, должно осуществляться в соответствии с рекомендуемой схемой, не ранее 4–5 месяцев жизни [6]. Первым прикормом должны быть продукты с высоким содержанием пищевых волокон: овощное пюре (детям без признаков аллергии — пюре из тыквы, зеленого горошка, кабачка, цветной капусты, стручковой фасоли) или гречневая каша. Более старшим детям показаны фруктовые пюре из сливы, персика, абрикоса, фруктовые соки с мякотью из тех же плодов.

При искусственном вскармливании необходимо провести коррекцию режима вскармливания ребенка. Потребуется тщательный контроль за разовым и суточным объемами пищи для исключения перекорма, динамикой прибавки массы тела, отказ от родительской тактики «до последней капли». Смесь, которую получает ребенок, должна быть максимально адаптирована по содержанию белка и жира. Можно рекомендовать смеси, в состав которых входят олигосахариды (Нутрилон Комфорт 1, 2, Нестожен 1, 2, Фрисолак 1, 2 и др.). Они обладают выраженным пребиотическим эффектом, а также стимулируют моторику кишечника [10, 11]. Рацион старших детей может включать кисломолочные продукты, которые также улучшают двигательную активность желудочно-кишечного тракта. В течение 1-го года жизни это адаптированные смеси (например, НАН кисломолочный 1, 2), поскольку цельный кефир ребенок может получать только начиная с 8–9 месяцев жизни.

У детей, возраст которых приближается к 1–1,5 годам жизни, при наличии запоров нужно ограничить продукты, повышающие газообразование в кишечнике: цельное животное молоко, бобовые, свежая капуста, виноград и его сок. Следует исключить употребление вяжущих и задерживающих перистальтику кишечника продуктов: шоколада, какао, белого хлеба, мучнистых супов, черники, черемухи, айвы, брусники, кизила, рубленых и протертых блюд, манной и рисовой каши, лапши и других макаронных изделий.

При функциональной задержке стула у грудных детей в ряде случаев помогает механическая стимуляция дефекации. При спазме сфинктера, часто наблюдаемого при родовой травме шейного отдела позвоночника, для инициации анального рефлекса используется круговое (по часовой стрелке) поглаживание кожи вокруг ануса ватной палочкой или мизинцем матери, обильно смазанных маслом, в течение 3–5 минут. Во время этих движений колени ребенка сгибаются к животу.

Можно применять газоотводную трубку: ее ополаскивают кипяченой водой с мылом, затем кончик смазывают стерильным вазелиновым маслом и продвигают через анус на глубину 3–5 см. В ряде случаев помогают свечи с глицерином, которые можно использовать с момента рождения. Домыслы родителей о провоцировании сексуальных наклонностей в ходе этих манипуляций психологи считают заблуждением [12].

Недостаточно подвижный образ жизни, снижение физических нагрузок, даже в грудном возрасте, редкие прогулки на свежем воздухе приводят к слабости тонуса мышц передней брюшной стенки и таза. «День, проведенный ребенком без прогулки, потерян для его здоровья», — указывал выдающийся детский врач Г.Н. Сперанский.

При сохранении малоактивного режима дня мышечная слабость усиливается, и дисфункция кишечника прогрессирует. Кроме того, необходимо помнить, что не нужно использовать тугое пеленание, без надобности применять подгузники с плотно облегающими фиксаторами, узкие трусики с широкой и плотной резинкой. Область живота должна быть свободной. Перед кормлением следует снимать памперсы и пеленки, оставляя малыша после еды с раскрытым животиком, например, в распашонке.

Лечебные мероприятия должны быть направлены на стимуляцию активного образа жизни. Особая роль отводится лечебной физкультуре и массажу для повышения тонуса мышц передней брюшной стенки. Основные формы занятий с малышами до года — массаж и гимнастика, а с детьми старше года — ежедневная утренняя зарядка, индивидуальные вечерние занятия и закаливающие процедуры. Со второго месяца жизни наряду с проведением массажа и гимнастики необходимо выкладывать ребенка на живот несколько раз в день (обычно во время пеленания) на ровную и твердую поверхность, например, стол, покрытый легким одеялом или пеленкой. Такая поверхность в отличие от мягкой заставляет малыша напрягать мышцы туловища. Приучают ребенка к этому положению постепенно: начинают с одной минуты, добавляя в последующие дни к каждому сеансу по минуте.

Наряду с массажем конечностей и туловища, можно выполнять комплекс простых и доступных упражнений при функциональных расстройствах дефекации [13]. Обычная продолжительность упражнений от 6 до 15 мин в зависимости от возраста ребенка. Выполнять комплекс упражнений можно под легкую и ритмичную музыку или шедевры Моцарта, Чайковского, Шуберта, Бизе, Глинки и других великих композиторов.

Физические упражнения и игры для ребенка второго года жизни необходимо подбирать с учетом его двигательных умений, особенностей физического и психического развития. Основу двигательной активности малыша должны составлять ходьба, лазание, преодоление препятствий, различные игры с мячом, игрушками, обручем, гимнастической палкой или веревочкой (скакалкой).

Хороший эффект оказывает плавание. Бальнеопроцедуры стимулируют сокращение передней брюшной стенки, улучшая перистальтическую активность. Родители могут осуществлять плавание в домашних условиях, но лучше в специальном бассейне для грудных детей совместно с матерью (отцом) под руководством тренера.

Медикаментозная терапия должна быть направлена на улучшение кишечного транзита за счет повышения гидрофильности химуса, улучшения сократительной активности кишечника, восстановление нарушенного кишечного биоценоза. К сожалению, перечень лекарственных средств, который может быть использован в грудном возрасте, весьма ограничен.

Детям в этот возрастной период целесообразно, наряду с коррекцией вскармливания и ухода, с самого начала лечения использовать осмотические слабительные средства. К ним относится Дюфалак, действующим веществом которого является лактулоза. Этот синтетический дисахарид не подвергается гидролизу в верхнем отделе пищеварительного тракта из-за отсутствия у человека специфического фермента. Он расщепляется кишечной микрофлорой толстой кишки на низкомолекулярные органические кислоты. Происходит понижение pH, повышение осмотического давления и, как следствие, увеличение объема кишечного содержимого, что, в свою очередь, усиливает перистальтику и изменяет консистенцию кала.



Для детей стартовая доза составляет 0,5–1 мл/кг массы тела в сут. Препарат следует принимать 1 раз в день утром, в некоторых случаях разрешается прием два раза в сут (утром и вечером). Младенцам необходимую дозу Дюфалака следует смешать со смесью или небольшим количеством сцеженного грудного молока или воды. Детям от 1 до 3 лет препарат назначается по 5–10 мл один раз в день утром во время завтрака.

Лактулоза считается дозозависимым средством. Как правило, эффект наступает через 1–2 дня после начала лечения. Дозу увеличивают по 0,5 мл в сут в том случае, если в течение 2 дней приема препарата не наблюдается улучшения состояния. У некоторых пациентов в первые дни появляется метеоризм, диарея. В этом случае дозу следует уменьшать по 0,5 мл в сутки, добиваясь оптимальной дефекации. В дальнейшем индивидуально подобранную дозу лактулозы принимают в течение 1–3 нед, постепенно снижая суточный объем до пребиотической дозировки [14]. Одновременно, в период реконвалесценции следует приступить к пребиотической поддержке кишечника по стандартным схемам [13, 15].

Таким образом, изложенная комплексная восстановительная терапия может помочь педиатру при ведении пациентов с функциональными расстройствами дефекации. Следует помнить, что лечение должно быть комплексным и последовательным. Необходимо создать нормальную психологическую обстановку в семье, соблюсти требования к вскармливанию и питанию кормящей матери, физической активности детей. В этом случае проводимая лечебная тактика обязательно даст положительный результат.

Профилактика функциональных нарушений дефекации неразрывно связана с теми условиями, которые способствуют их развитию. Прежде всего, необходимо придерживаться основных правил вскармливания:

- установить определенный биоритм кормлений по потребности: в первые дни после рождения 10–15, а через 2 недели — 6–8 раз в сут;
- как можно дольше сохранять грудное вскармливание, так как материнское молоко — идеальный источник

всех питательных веществ и средство профилактики любой болезни;

- своевременно вводить прикорм (овощи, зерновые);
- обеспечить соответствующий питьевой режим.

В дальнейшем, с переходом на твердую пищу, для профилактики запоров ребенок должен получать продукты (по возрасту), содержащие достаточное количество пищевых волокон. Важен отказ от рафинированной пищи и еды всухомятку. А вот включение в рацион овощей и фруктов, богатых клетчаткой необходимо. Нередко молодые, неопытные родители в поисках наиболее «здоровой», с их точки зрения, пищи кормят своих детей преимущественно белковой, малошлаковой пищей.

Большое значение имеют правильно организованный режим дня и адекватная физическая активность. Рациональное чередование занятий с малышом, кормления и времени для сна, психологический комфорт в семье, достаточная двигательная активность, доверительный контакт с ребенком — вот основные условия здорового образа жизни.

Важное значение в профилактических мероприятиях имеет выработка с раннего детства привычки к опорожнению кишечника в определенное время дня. Воспитательные меры должны вестись не в направлении немедленной дефекации при появлении позыва, а путем выработки условного рефлекса на дефекацию в определенное время дня, например, до завтрака, после него и т.д. Большое значение имеет поза при дефекации. Мы считаем, что одним из важных методов предупреждения застоя в кишечнике является дефекация детей старше 2–3 лет только в положении сидя на корточках, опираясь на пятки. Подобное положение тела способствует активному сокращению брюшных мышц и диафрагмы, мускулатуры таза.

В заключение отметим, что с помощью своевременных профилактических мероприятий можно успешно бороться с причинами возникновения запоров. В числе мер по их предупреждению, помимо соблюдения рационального питания, важную роль играют общий гигиенический режим, физическая активность в виде утренней зарядки, физкультуры и, в дальнейшем, занятий спортом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Денисов М.Ю. Стратегия коррекции дисфункции кишечника у детей грудного и раннего возраста // Вестн. Новосибирского гос. ун-та. Серия: Биология, клиническая медицина. 2008. Т. 6, вып. 3, ч. 1. С. 91–96.
2. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Малова Н.Е. Запоры у детей раннего возраста // Педиатрия. 2003. № 9. С. 1–13.
3. Хавкин А.И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. М., 2000. 71 с.
4. Коротко Г.Ф. Введение в физиологию желудочно-кишечного тракта. Ташкент, 1987. 219 с.
5. Коротко Г.Ф. Пищеварение и питание. Физиология плода и детей / Под ред. В.Д. Глебовского. М., 1988. С. 87–105.
6. Боровик Т.Э., Ладодо К.С., Яцык Г.В. и др. Национальная стратегия вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. Естественное вскармливание // Практика педиатра. 2008. № 2. С. 8–15.
7. Воронцов И.М., Фатеева Е.М. Естественное вскармливание детей, значение и поддержка. СПб., 1998. 260 с.
8. Денисов М.Ю., Казначеева Л.Ф., Шкурупий В.А. и др. Клини-

ко-патогенетические аспекты функциональных нарушений кишечника у детей с атопическим дерматитом // Аллергология. 2000. № 1. С. 6–9.

9. Клиническая диетология детского возраста / Под ред. Т.Э. Боровик, К.С. Ладодо. М., 2008.

10. Булатова Е.М., Богданова Н.М., Пирцхелава Т.Л. и др. Диетическая коррекция запоров у детей первого года жизни // Вопр. детской диетологии. 2004. № 5. С. 51–57.

11. Украинцев С.Е., Лукушкина Е.Ф., Лазарева Т.С. и др. Олигосахариды грудного молока и пребиотики в питании грудных детей // Педиатрия. 2007. № 6. С. 79–84.

12. Кон И.С. Введение в сексологию. М., 1988.

13. Денисов М.Ю. Заболевания пищеварительной системы у детей раннего возраста. М., 2010.

14. Бельмер С.В. Применение препарата дюфалак (лактулоза) в практике педиатра // Вопр. современной педиатрии. 2002. № 1. С. 22–28.

15. Урсова Н.И. Дисбактериозы кишечника у детей / Под ред. Г.В. Римарчук. М., 2006.