

Дюфалак® в лечении запоров у детей раннего возраста

В.П. Новикова

СПбГПМА (кафедра педиатрии детских болезней с курсом общего ухода за детьми), Санкт-Петербург

Функциональные расстройства ЖКТ у новорожденных и детей ясельного возраста согласно Римским критериям III (категория G) разделяются на G 3a – детская дисхезия, G 3b – функциональный запор; G 3c – функциональная задержка стула и G 3d – функциональный энкопрез.

Обычно запор у детей до 3 лет диагностируют при частоте стула реже 6 раз в неделю. Однако наиболее важным фактором, определяющим понятие «запор», считают полноту опорожнения кишечника. При неполном, неэффективном опорожнении кишечника запор диагностируют даже при соответствующей возрасту частоте дефекаций.

Наиболее частыми причинами формирования функциональных запоров у детей раннего возраста (0–4 года) считают перевод на искусственное вскармливание, формирование пищевой аллергии (прежде всего, к белкам коровьего молока), императивное воспитание туалетных навыков (у детей 1–2 лет), болезненность дефекаций с развитием «боязни горшка», начало посещения детского учреждения, отсутствие «комфортных» условий осуществления акта дефекации.

Основу лечебного комплекса при запорах составляют немедикаментозные методы лечения: нормализация диеты и питьевого режима, модификация образа жизни ребенка (соблюдение околосуточного режима сна – бодрствования, обязательный утренний завтрак, исключение условий для психогенной задержки стула, коррекция пищевого поведения, диетических пристрастий, активизация двигательной активности).

Важнейшим аспектом профилактики и лечения функциональных запоров является сохранение естественного вскармливания. В грудном молоке содержится около 130 олигосахаридов и лактоза, обладающие пребиотическими свойствами. Небольшое количество глюкозы, не расщепленной в тонкой кишке на галактозу и глюкозу, и галактоолигосахариды, которые не расщепляются в тонкой кишке, поступают в толстую кишку ребенка, существенно влияя на становление его микрофлоры.

При появлении запоров у детей, находящихся на грудном вскармливании, необходимо, в первую очередь, нормализовать питьевой режим кормящей матери, провести коррекцию ее диеты. Исключают продукты, снижающие моторную функцию толстой кишки (рисовая каша, кисели, слизистые супы, крепкий чай, какао, черника) и повышающие газообразование (капуста, фасоль, горох, черный хлеб). Можно рекомендовать стол № 3 по Певзнеру. Фруктоолигосахариды и пищевые волокна, содержащиеся в продуктах прикорма, стимулируют кишечную перистальтику, поэтому при лечении запоров необходимо соблюдать все правила введения своевременного и полноценного прикорма. Полезны фруктовые соки, но особенно фруктовые и овощные пюре, содержащие природные пищевые волокна, стимулирующие перистальтику кишечника (персиковое, яблочное, абрикосовое пюре). С момента получения клетчатки и пищевых волокон ребенку необходимо дополнительно давать жидкость: кипяченую воду, детские чаи с фенхелем, ромашкой, укропную воду, неконцентрированные отвары из чернослива, кураги, сухофруктов, ягодные морсы.

У детей первого года жизни, находящихся на смешанном или искусственном вскармливании, используют только адаптиро-

ванные молочные смеси, так как дефицит карнитина, избыток или недостаток железа в рационе предрасполагают к запорам. Рекомендуются специализированные адаптированные молочные смеси: с клейковиной бобов рожкового дерева («Нутрилон Антирефлюкс», «Фрисовом»), содержащие лактулозу («Семпер Бифидус»), обогащенные олигосахаридами («Нутрилон» 1 и 2, «Нутрилон Comfort» 1 и 2) и содержащие пробиотики («Лактофидус», «Агуша», «НАН кисломолочный»).

Оптимальный суточный объем этих смесей как при смешанном, так и при искусственном вскармливании подбирается индивидуально, начиная с замены половины одного кормления в первый день, одного полного кормления на второй день, с последующим ежедневным увеличением на одно кормление в сутки до достижения регулярности стула. Если запор сохраняется, то ребенок полностью переводится на одну из вышеперечисленных смесей, кроме кисломолочных. При нормализации стула на фоне использования лечебных смесей, объем смеси уменьшают постепенно, как правило, на 1 суточное кормление в неделю до поддерживающей дозы (обычно 2–3 кормления в сутки). В рацион детей старше года необходимо включать продукты функционального питания на кисломолочной основе («Бифидок», йогурт «Активия», кисломолочные продукты, (кефир, простокваша), закваски («Наринэ», «Эвита», «Витафлор»).

Медикаментозная терапия назначается только при отсутствии эффекта от диетических и режимных мероприятий. Одним из самых эффективных и безопасных средств для лечения запоров у детей раннего возраста является препарат «Дюфалак®», содержащий пребиотик – лактулозу.

Лактулоза впервые описана в 1929 г. Она не встречается в природе и представляет собой дисахарид, синтезированный из галактозы и фруктозы. Лактулоза является источником углеводов, потребляемых нормальными кишечными бактериями (особенно различными видами *Bifidobacterium* и *Lactobacillus*), благодаря чему эти бактерии значительно увеличивают свою массу. Дюфалак® не расщепляется ферментами тонкой кишки и поступает в неизменном виде в толстую кишку. Там он сначала гидролизуется до моносахаридов (фруктозы и галактозы), а затем – до низкомолекулярных органических кислот (молочной, уксусной, пропионовой, масляной), известных как короткоцепочечные жирные кислоты (КЖК). Бактериальная трансформация препарата «Дюфалак®» до КЖК вызывает целый ряд физиологических эффектов в толстой кишке: стимулируется рост кишечного эпителия, улучшается кровообращение и выработка слизи, предотвращается атрофия кишечных ворсин при неблагоприятных условиях, улучшается моторная функция кишечника. КЖК снижают значение pH в просвете толстой кишки, что также создает условия для роста нормальной микрофлоры. Кроме того, препарат умеренно повышает осмотическое давление, оказывая слабительный эффект.

Дюфалак® является уникальным препаратом, который назначают при очень широком спектре заболеваний детям любого возраста, в том числе новорожденным и недоношенным.

Препарат выпускается в форме удобного для применения сиропа (100 мл сиропа содержат 67 г лактулозы), назначается

однократно в первой половине дня. Рекомендуемая начальная доза для детей первого года жизни при лечении запоров составляет 5 мл сиропа. Кишечные бактерии метаболизируют Дюфалак® очень быстро, поэтому начало действия наблюдается уже через несколько минут после попадания активного вещества в толстую кишку. При приеме препарата на пустой желудок оно может наблюдаться уже через один-два часа. При снижении числа бифидо- и лактобактерий требуется время для их роста и образования достаточного количества метаболитов после введения дозы. Таким образом, слабительное действие препарата проявляется через 2–10 часов.

При лечении запоров у детей раннего возраста могут возникать проблемы, первая из которых – отсутствие эффекта за счет использования неадекватной дозы. Следует помнить, что доза Дюфалака® подбирается индивидуально и зависит, прежде всего, от возраста ребенка и характера сопутствующей патологии. При отсутствии эффекта дозу увеличивают до появления мягкого стула и длительно используют в эффективной дозе для формирования рефлекса на дефекацию, переходя затем на поддерживающую дозу. Вышесказанное иллюстрирует клинический пример 1.

Игорь К. 2 г. 6 мес. Беспокоит отсутствие самостоятельного стула в последний месяц, боязнь горшка. Стул 1 раз в 2–3 дня, только после клизмы.

Ребенок от третьей, нормально протекавшей беременности, третьих срочных родов. Вес при рождении 3500 г, длина тела 52 см., оценка по шкале Апгар – 8/9. На грудном вскармливании до 6 мес. Рос и развивался по возрасту. Привит по графику. У матери хронический гастрит.

Летом на даче 2 месяца назад перенес кишечную дисфункцию. Не обследован. Получал смекту. После этого эпизода иногда отмечался овечий стул. Запоры появились после начала посещения детского сада. Стул твердый, дефекация болезненная, крови в стуле не отмечалось. Получал Дюфалак® в дозе 10 мл в день – без эффекта.

При объективном обследовании: ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. В копрограмме – без патологических изменений. Анализ на диз. группу отрицателен. В анализе кала на дисбактериоз – без патологических изменений.

Поставлен диагноз «функциональный запор». Проведена коррекция диеты и двигательного режима. Назначен Дюфалак® в дозе 10 мл в день на 2 дня, затем по 15 мл – 2 дня, затем дозу увеличивали на 5 мл каждые 2 дня до достижения 25 мл Дюфалака® в день. На фоне применения этой дозировки появился самостоятельный стул 1 раз в день, такую дозировку ребенок получал 2 недели до полного исчезновения запоров и боязни горшка. Затем дозировку уменьшали постепенно до 5 мл в день и на дозе 5 мл в день сохраняли лечение 2 месяцев.

Иногда у некоторых детей раннего возраста в первые 2–3 дня лечения может увеличиваться количество газов и усиливаться беспокойство. В такой ситуации желательнее использовать безопасные нейтрализующие газы в кишечнике препараты на основе симетикона («Эспумизан», «Дисфлатил», «Саб-симплекс») и начинать лечение с минимальной дозы 1 мл и постепенно увеличивать на 1 мл каждые 2–3 дня. В дальнейшем переносимость препарата увеличивается, поэтому сразу прекращать его прием не рекомендуется. Данную ситуацию иллюстрирует клинический пример 2.

Саша С. 2 мес. С первой недели жизни имеются приступы плача, беспокойства, при этом наблюдается покраснение лица, вздутие живота, поджатие ног к животу. Стул 1 раз в день, только после газоотводной трубки. После стула ребенок успокаивается. Стул кашицеобразный, с небольшим количеством слизи.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом второй половины, первых срочных родов. Вес при рождении 3400 г, длина тела 51 см, оценка по шкале Апгар – 8/9. С рождения – диагноз ПЭП. На грудном вскармливании. Аппетит сохранен. Весовые прибавки за первый месяц – 1000 г, за второй – 1200 г. Температура в норме. У матери – СРК с запорами.

Обследован в возрасте двух недель. В копрограмме – нейтральный жир 0–1. В анализе кала на дисбактериоз титр бифидобактерий 10⁷, лактобацилл – 10², типичных эшерихий – 10⁶, золотистого стафилококка – 10³. После назначения Дюфалака® в дозе 5 мл в день ребенок стал более беспокойным, увеличился метеоризм. Препарат был отменен. Получал лечение: энтерофурил, креон, аципол. Несмотря на лечение, единственным методом, приносящим облегчение, оставалась газоотводная трубка или свечи из мыла.

При объективном обследовании выявлено вздутие живота, признаки пирамидной недостаточности. Стул после газоотводной трубки жидкий, с умеренным количеством слизи.

Поставлен диагноз «детская дисchezия». Проведена коррекция диеты и водного режима кормящей матери. Ребенку назначен Дюфалак® в дозе 1 мл в день на 2 дня, затем по 1,5 мл еще на 2 дня, затем дозу увеличивали на 1 мл каждые 2 дня на фоне применения препарата «Саб-симплекс» до достижения дозы 5 мл Дюфалака® в день. На фоне применения этой дозировки появился самостоятельный стул 1 раз в день, беспокойство ребенка значительно уменьшилось.

Таким образом, лечение Дюфалаком® требует терпения и настойчивости, тщательного подбора дозы, учета исходного состояния ребенка.

Неэффективность курса терапии Дюфалаком® отнюдь не свидетельствует о неэффективности препарата, но является показанием к проведению дополнительного обследования с целью поиска органических причин запора.

По вопросам использованной автором литературы обращайтесь в редакцию.