

Л.Н. Цветкова¹, Л.В. Нечаева², О.А. Горячева¹, Т.Ф. Мухина², Е.Г. Щерба³

¹ Российский государственный медицинский университет, Москва

² Измайловская детская городская клиническая больница, Москва

³ Поликлиника управления делами президента, Москва

Эффективность лактулозы в коррекции запоров у детей

В СТАТЬЕ ПРЕДСТАВЛЕН АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ЛАКТУЛОЗЫ (НОРМАЗЕ, Dr. REDDY'S LABORATORIES, Ltd., ИНДИЯ) В КОРРЕКЦИИ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНЫХ И ДИСБИОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ЗАПОРОМ ПЕРВИЧНОГО, ВТОРИЧНОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА. ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ АВТОРОВ В ТЕЧЕНИЕ 10 МЕСЯЦЕВ НАХОДИЛИСЬ 70 ДЕТЕЙ (38 МАЛЬЧИКОВ И 32 ДЕВОЧКИ) В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ГОДА ДО 15 ЛЕТ, ПОЛУЧИВШИХ ПОЛНЫЙ КУРС ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ИЗМАЙЛОВСКОЙ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ С ПОСЛЕДУЮЩИМ КАТАМНЕСТИЧЕСКИМ ОСМОТРОМ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ. ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗАЛИ ВЫСОКУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАКТУЛОЗЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ, ЧТО ДАЕТ ОСНОВАНИЕ РЕКОМЕНДОВАТЬ ДАННЫЙ ПРЕПАРАТ ПРИ КОРРЕКЦИИ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ И НАРУШЕНИЙ ЕЕ МИКРОФЛОРЫ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ЗАПОРЫ, ПРИЧИНЫ, ЛЕЧЕНИЕ, ЛАКТУЛОЗА, ДЕТИ.

Контактная информация:

Цветкова Любовь Никифоровна,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры пропедевтики
детских болезней Российского
государственного медицинского
университета
Адрес: 105077, Москва,
ул. 13-я парковая, д. 15,
тел. 8 (495) 465-46-53
Статья поступила 12.09.2007 г.,
принята к печати 16.11.2007 г.

Несмотря на пристальное внимание зарубежных и отечественных специалистов в последнее десятилетие к проблеме запоров, ее решение и в настоящее время является актуальной задачей [1–3].

Многочисленные публикации свидетельствуют, что число людей, страдающих запорами, неуклонно растет. Это заставляет вновь обращаться к изучению причин подобной тенденции, особенно в детском возрасте [4, 5].

Обобщая последние данные, можно выделить 4 основных фактора, способствующих формированию запоров у детей:

- особенности питания детей в современных условиях жизни (в рационе детей различных возрастных групп все чаще отдается предпочтение продуктам промышленного происхождения, содержащим консерванты, измельченной, пюреобразной пище с низким содержанием растительной клетчатки и пищевых волокон);
- отсутствие должного внимания со стороны родителей и, прежде всего, матери, к формированию у ребенка рефлекса на акт дефекации;
- широкое, бесконтрольное использование различных лекарственных препаратов и, в первую очередь, антибиотиков, отрицательно влияющих на моторно-эвакуаторную функцию и микрофлору кишечника;
- большие психоэмоциональные нагрузки, испытываемые детским организмом, связаны с особенностями проживания в условиях крупного мегаполиса.

Поиску подходов к решению данной проблемы, в том числе в педиатрии, посвящено много работ, среди которых определенное место занимают исследования по изучению эффективности препаратов, используемых для коррекции моторно-эвакуаторных нарушений [5–7].

L.N. Tsvetkova¹, L.V. Nechayeva², O.A. Goriacheva¹,
T.F. Mukhina², Ye.G. Shcherba³

¹ Russian State Medical University, Moscow

² Izmaylovskaya Children's City Clinical Hospital, Moscow

³ Health Center of the Presidential Property Management Department, Moscow

**Lactulose efficiency
in constipation correction
among children**

THE ARTICLE ANALYZES LACTULOSE EFFICIENCY (NORMASE, Dr. REDDY'S LABORATORIES, Ltd., INDIA) IN CORRECTION OF MOTOR AND EVACUATION AND DYSBIOTIC DISORDERS AMONG CHILDREN, SUFFERING FROM CHRONIC CONSTIPATIONS OF THE PRIMARY, SECONDARY AND FUNCTIONAL GENESIS. THE AUTHORS HAVE OBSERVED 70 CHILDREN (38 BOYS AND 32 GIRLS) AGED BETWEEN 1 AND 15 YEARS OLD FOR 10 MONTHS, WHO RECEIVED A FULL COURSE OF OBSERVATION AND TREATMENT IN THE GASTROENTEROLOGICAL DEPARTMENT OF IZMAILOVSKAYA CHILDREN'S CITY CLINICAL HOSPITAL WITH FOLLOW-UP EXAMINATION IN AMBULATORY CONDITIONS. THE RESEARCH FINDINGS THEY HAVE ACQUIRED SHOWED HIGH LACTULOSE EFFICIENCY IN TREATMENT OF CONSTIPATIONS AMONG CHILDREN, WHICH JUSTIFIES RECOMMENDATIONS FOR THE GIVEN MEDICATION IN CORRECTION OF THE MOTOR AND EVACUATION LARGE INTESTINE FUNCTION AND DISORDERS OF ITS MICROFLORA.

KEY WORDS: CONSTIPATIONS, CAUSES, TREATMENT, LACTULOSE, CHILDREN.

В последние годы при лечении запоров большое внимание уделяется такому активному веществу как лактулоза — синтетическому дисахариду, не встречающемуся в природе. Она не расщепляется и не всасывается в тонкой кишке, поэтому, достигая толстой кишки, подвергается бактериальному разложению и распадается на короткоцепочечные жирные кислоты (молочную, уксусную, пропионовую и масляную), снижая рН содержимого толстой кишки и стимулируя перистальтику. Разложение лактулозы до короткоцепочечных жирных кислот повышает осмотическое давление в просвете кишки, задерживает воду, увеличивая объем химуса и снижая время его транзита. Лактулоза — питательная среда для сахаролитических бактерий (*Bifidobacterium* и *Lactobacillum*), способствует их росту и размножению, тем самым благотворно воздействует на микрофлору кишечника.

Нормазе — слабительный препарат с пребиотическим эффектом, основной составляющей которого является лактулоза, достаточно широко и эффективно использовался в педиатрической практике. После некоторого перерыва он вновь появился на фармакологическом рынке, став препаратом выбора при лечении запоров у детей всех возрастных групп.

Целью данного исследования явилась оценка эффективности данного препарата в коррекции запоров у детей.

Под нашим наблюдением находились 70 детей в возрасте от 1 года до 15 лет, поступивших в гастроэнтерологическое отделение Измайловской ДГКБ с 1-го по 10-й мес 2007 г. с диагнозом хронический запор. Распределение детей по возрасту и полу представлено в табл. 1.

Как видно из табл. 1, хроническими запорами страдают дети различных возрастных групп, причем в дошкольном возрасте данная патология значительно чаще диагностируется у мальчиков, в младшем школьном возрасте с одинаковой частотой у детей обоих полов, а в старшем школьном возрасте — у девочек, хотя половые различия в этой возрастной группе незначительны.

В зависимости от причин, лежащих в основе хронического запора, все дети были разделены на 3 группы.

I группа — дети с хроническими запорами на фоне врожденной аномалии толстой кишки (долихосигма, мегадолихоколон), не требующей хирургического лечения (так называемые, первичные запоры).

II группа — дети с вторичными хроническими запорами, причинами возникновения которых являлись алиментар-

ные, нервно-психические, гиподинамические, эндокринные, воспалительные, токсические и другие факторы.

III группа — дети с синдромом раздраженного кишечника (СРК), протекающего с клиническими проявлениями хронического запора, который относят к числу функциональных заболеваний ЖКТ.

Распределение детей по возрасту и полу в зависимости от характера патологии толстой кишки представлено в табл. 2. Согласно таблице, хронический запор у 27 (38,5%) детей I и II групп диагностировался в первые 6 лет жизни, однако уже к моменту настоящего обследования у 7 (25%) из них отмечался энкопрез (недержание кала) в результате нарушения функции аноректальной зоны, что свидетельствует о несвоевременной обращаемости к специалисту. Это подтверждает тот факт, что в группе детей в возрасте 7–11 лет энкопрезом страдали уже 8 (40%) детей, хотя в возрасте 12–15 лет их число несколько уменьшилось и составило 6 (26,5%) детей. Необходимо отметить, что первичными и вторичными запорами чаще страдали мальчики, а СРК — девочки, причем последняя патология была характерна только для старшеклассников.

С целью постановки диагноза нами использовался логический ряд уже известных методов: тщательный сбор анамнеза, пальцевое исследование прямой кишки, рентгеноконтрастная ирригография, ректороманоскопия или колоноскопия по показаниям с прицельной биопсией для гистологического и гистохимического анализа, при наличии дисфункции аноректальной зоны — монотрия.

Задержка стула, как правило, сопровождается нарушениями микробиоценоза кишечника, которые имеют наибольшую диагностическую значимость при вторичных запорах. Нами было проведено динамическое наблюдение за составом микрофлоры кишечника у 27 детей (из I группы — у 1 ребенка, из II группы — у 21, из III группы — у 5 пациентов), где анамнестически прослеживалась взаимосвязь течения заболевания с перенесенными инфекциями, в том числе и кишечными, а также с антибиотикотерапией. У обследованных детей исключались глистная инвазия, лямблиоз и хронический амебиоз.

Также всем детям было проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и, по показаниям, эндоскопическое исследование слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта (42 ребенка). У 22 детей выявлены ультразвуковые изменения желчного пузыря: 13 пациентов имели его деформацию за счет перетяжек

Таблица 1. Распределение детей с хроническими запорами по возрасту и полу

Возраст, годы	1–6	7–11	12–15	Всего
Мальчики	18	11	9	38
Девочки	9	11	12	32

Таблица 2. Распределение детей с хроническими запорами по возрасту и полу в зависимости от характера патологии толстой кишки

Группа	Возраст, годы							
	1–6		7–11		12–15		Всего	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки	мальчики	девочки	мальчики	девочки
I группа (первичные запоры)	7	5	6	4	2	3	15	12
II группа (вторичные запоры)	10	5	4	6	3	2	17	13
III группа (СРК)	–	–	–	–	5	8	5	8
Всего	17	10	10	10	10	13	37	33

КИШЕЧНИК БЕЗ ПРОБОК



или стойких перегибов, 9 детей — лабильный перегиб желчного пузыря. У 34 пациентов диагностирована дискинезия желчевыводящих путей в основном по гипотоническому типу (31 ребенок). Помимо этого у 51 ребенка отмечались увеличение размеров поджелудочной железы и изменения структуры ее ткани, которые расценивались как реактивные. У двух детей был диагностирован острый панкреатит. При проведении эзофагогастродуоденоскопии у 4 из 42 наблюдаемых нами детей диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у 38 пациентов — гастродуоденит, причем у 13 из них — с эрозивным поражением слизистой оболочки желудка, у 6 — слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Патология пищевода выявлена у 31 ребенка в виде терминального катарального эзофагита (12 детей) и эрозивного эзофагита (13 детей). Шести детям был выставлен диагноз гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Помимо этого у 36 детей отмечались эндоскопические признаки дуоденогастрального рефлюкса. Колоноскопия была проведена 3 детям с целью верификации диагноза СРК, а ректороманоскопия — 28 детям для исключения воспалительных изменений толстой кишки. В результате, у 11 детей был диагностирован хронический колит, у 10 детей — трещины слизистой оболочки прямой кишки. У детей с хроническим запором в клинической картине заболевания имели место разнообразные симптомы, которые представлены в таблице 3.

Основным клиническим симптомом заболевания, послужившим основанием для госпитализации, явилась задержка стула сроком от 2 до 4 дней (58 детей) или ежедневный, но затрудненный стул, сопровождающийся ощущением неполного опорожнения (12 детей). Боли в животе, которые локализовались в области пупка или по ходу спазмированных петель толстой кишки, отмечались у 46 детей, а у 24 из них они имели сочетанный характер с локализацией и в эпигастральной области. Боли носили ноющий (21 ребенок) или приступообразный (25 детей) характер, как правило, уменьшались или полностью исчезали после акта дефекации. На чувство переполнения в эпигастральной области жаловались 42 ребенка, на болезненные ощущения или чувство жжения в области анального отверстия после акта дефекации — 17 детей. У 34 пациентов стул был широкий, сухой, фрагментарный, а у 13 детей — «овечий». После задержки стула 9 детей отмечали учащенные дефекации скудными порциями до 3–4 раз в день, у 7 детей в каловых

НОРМАЗЕ

лактолоза

НОРМАЗЕ — эффективное средство для нормализации микрофлоры кишечника, лечения запоров и печеночной недостаточности

- Для лечения запоров любого происхождения
- Стимулирует рост полезной микрофлоры кишечника
- Выводит токсические вещества при заболеваниях печени
- Для детей с первых дней жизни
- Не вызывает привыкания и не требует увеличения дозы
- Эффективен и безопасен для беременных женщин и пожилых людей

Таблица 3. Клиническая симптоматика у детей с хроническим запором

Клинические симптомы	Число детей	
	абс.	%
Задержка стула	58	82,8
Чувство неполного опорожнения кишечника	12	17,1
Самостоятельные боли в животе	46	65,7
Чувство переполнения в эпигастральной области	42	60,0
Широкий, сухой, фрагментарный стул	34	48,6
Болезненная дефекация	17	24,3
Кровь в стуле	10	14,3
Недержание кала (энкопрез)	21	30,0
Метеоризм	37	52,8
Отрыжка	34	48,6
Изжога	17	24,3



Представительство в России: Д-р Редди'с Лабораторис Лтд
115035, Москва, Овчинниковская наб. д. 20 стр. 1;
тел.: (495) 795 3939, 783 2901; факс (495) 795 3908;
www.drreddys.ru; e-mail: info@drreddys.com

массах определялась слизь, у 10 детей болезненная дефекация сопровождалась гемоколитом (кровь в стуле). Недержанием кала (энкопрезом) страдал 21 ребенок.

Среди диспепсических симптомов чаще других отмечался метеоризм (37 детей), реже — отрыжка (34 ребенка) и изжога (17 детей).

Главным условием успешного лечения запоров у детей является достижение такой консистенции кишечного содержимого и скорости его транзита по толстой кишке, которые позволяли бы иметь регулярный, желательный, ежедневный стул (для ребенка возможно не реже 1 раза в 2 дня) в одно и то же время суток.

Фармакотерапия детей с запорами проводится индивидуально в зависимости от ряда факторов: причин, вызывающих запоры, возраста ребенка, остроты и длительности заболевания, самостоятельности и частоты акта дефекации, наличия различных явлений диспепсии и болевого синдрома, а также сопутствующей патологии со стороны ЖКТ и других органов и систем ребенка.

Базисную терапию хронических запоров у наблюдаемых детей помимо диетического лечения (стол № 3) составили 2 группы препаратов: слабительное средство с пребиотическим эффектом (лактолоза) и желчегонные препараты.

Желчные кислоты — естественные детергенты, в прошлом использовались как компоненты слабительных средств. Если в тощую кишку поступает достаточное количество желчных кислот, то они редуцируют абсорбцию воды и электролитов и стимулируют секрецию. Помимо этого желчь эмульгирует жиры, увеличивая площадь соприкосновения с липазой и способствуя их усвоению, что сопровождается усилением моторно-эвакуаторной функции толстой кишки. Холестаз, имеющийся у детей с запорами, приводит к значительному нарушению ритма и количества поступления желчи, а, следовательно, и желчных кислот, в двенадцатиперстную кишку, что сопровождается снижением перечисленных функций. Это и определяет необходимость желчегонной терапии у детей с запорами.

С целью коррекции воспалительных и моторно-эвакуаторных изменений верхних отделов пищеварительного тракта в комплексной терапии наблюдаемых детей использовались антациды, ингибиторы протонной помпы и прокинетики в возрастных дозировках.

Препарат лактулозы с пребиотическим эффектом назначался в возрастных дозировках (от 1 до 6 лет — 5–10 мл 2–3 раза в сутки, старше 6 лет — 10–15 мл 2–3 раза в сутки), в начале лечения одновременно с желчегонными препаратами.

Руководствуясь опытом предыдущих наблюдений, 8 детям с хроническими запорами до 4 дней на фоне базисной терапии ежедневно проводились очистительные клизмы 1 раз в день (3–5 дней). Необходимо отметить, что доза препарата лактулозы у 27 детей с 3–5-го дня лечения пересматривалась и подбиралась индивидуально (у 16 детей она увеличивалась на 5–10 мл в сутки до достижения стойкого эффекта, а у 11 детей была снижена, т.к. был получен усиленный транзит каловых масс).

Сроки назначения данного препарата определялись индивидуально и, как правило, колебались в пределах 3–4 недель. Максимальную дозу получали 13 детей в течение 6–8 недель. Критерием для определения длительности курса лечения препаратом явилось стойкое получение рефлекса на акт дефекации. Отмена препарата проводилась постепенно, под контролем стабильности регулярного стула.

После месячного курса лечения в клинической картине течения заболевания имела место положительная динамика: купирование самостоятельных болей в животе было до-

стигнуто у 42 (91,3%) больных, у всех детей исчезли болезненная дефекация, чувство неполного опорожнения кишечника, кровь в стуле и изжога. Самостоятельные боли в животе продолжали беспокоить 4 (8,7%) детей. У 1 ребенка с врожденной аномалией толстой кишки они носили кратковременный характер, локализовались в левой подвздошной области и проходили после акта дефекации, у 3 детей с СРК они были постоянными и не имели четкой локализации, что потребовало их дальнейшего обследования и лечения у психиатра. Метеоризм продолжал сохраняться у 5 (13,5%) детей, отрыжка — у 3 (8,8%) детей и энкопрез — у 2 (2,5%) детей.

Наблюдаемые дети были осмотрены в катмнезе через 1 мес (18 детей), 2 мес (25 детей), 3 мес (27 детей) и 10 мес (58 детей).

К окончанию курса лечения из 70 детей только у 6 (8,5%) не выработался стойкий рефлекс на акт дефекации, что можно связать с наличием у них врожденной аномалии толстой кишки, несоблюдением режима и характера питания, а также нерегулярностью приема препаратов. Трое из них были повторно госпитализированы через 2–3 мес в связи с увеличением сроков задержки стула до 3–4 дней и вновь появившегося энкопреза. У 13 детей после месячного приема препарата лактулозы и получения положительного эффекта через 5–7 дней после резкой отмены препарата появилась тенденция к задержке стула, что определило необходимость более длительного его применения. Подобная ситуация, в основном, была характерна для детей в возрасте от 1,5 до 4 лет, у которых хронический запор сформировался после острой задержки стула и болезненного акта дефекации, что быстро привело к «боязни горшка» и исчезновению рефлекса на акт дефекации. Сроки восстановления и закрепления последнего у каждого ребенка были индивидуальными, что и определяло длительность приема препарата лактулозы (от 6 до 8 нед) и постепенную его отмену под контролем регулярности стула.

Из 27 детей, осмотренных в катмнезе через 3 мес после лечения, регулярная дефекация отмечалась у 21 (77,8%) ребенка, а через 10 мес из 58 наблюдаемых детей — у 41 (70,7%) ребенка. Однако необходимо отметить, что у 7 из них родители периодически возобновляли прием препарата сроком от 1 до 3 дней в связи с появляющейся тенденцией к задержке стула, возникшей после перенесенной вирусной инфекции, изменений привычного характера питания или стресса (начало посещения детского сада, школы). Из 17 детей с вновь появившейся стойкой задержкой стула 9 детям был проведен повторный курс лечения изучаемым нами препаратом лактулозы длительностью от 2 до 4 нед в сочетании с физиотерапией и массажем, который дал положительный эффект. Намечившаяся отрицательная динамика течения болезни у 8 детей послужила основанием для госпитализации с целью дополнительного обследования и коррекции лечебных мероприятий.

В последние годы широко обсуждается роль лактулозы в микроэкологии толстой кишки и ее возможности в коррекции состава кишечной микрофлоры при различных заболеваниях [8, 9].

Как уже было сказано выше, у 27 наблюдаемых нами детей при обследовании в стационаре были выявлены нарушения микрофлоры кишечника (рис. 1).

По окончании курса лечения всем детям с дисбактериозом кишечника было проведено повторное исследование микрофлоры (рис. 2).

Как видно из представленных диаграмм, после лечения была получена положительная динамика микробиологических показателей флоры кишечника. У 14,9% детей отмече-

Рис. 1. Степень нарушения микрофлоры кишечника у обследованных детей

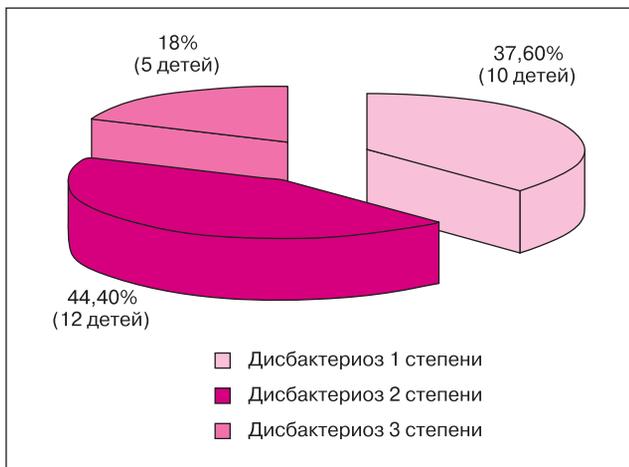
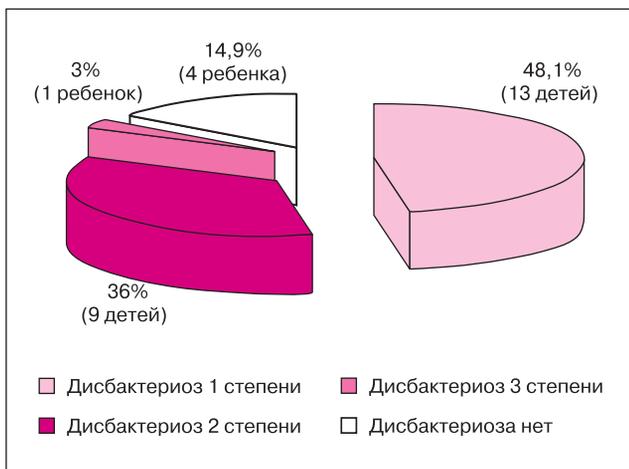


Рис. 2. Динамика нарушений микрофлоры кишечника у детей после курса терапии



на полная нормализация этих показателей, дисбактериоз 1-й степени был выявлен у 48,1% детей (до лечения — у 37,6%), дисбактериоз 2-й степени — у 36% детей (до лечения — у 44,4%) и дисбактериоз 3-й степени — у 3% детей (до лечения — у 18%).

Анализ видового состава микрофлоры показал, что чаще всего (73,4%) отмечалось снижение уровня лактобактерий (средний уровень лактобактерий составил $4,72 \pm 0,42$ КОЕ/г) и общего количества полноценной *E. coli* у 67,5% детей (средний уровень *E. coli* составил 170,4 млн/г). Менее всего (38%) среди облигатной флоры у детей с хроническими

запорами страдало звено бифидобактерий (средний уровень бифидобактерий составил $7,32 \pm 0,48$ КОЕ/г). Среди представителей условно-патогенной флоры чаще всего отмечалось повышение уровня кишечной палочки со слабо выраженными ферментативными свойствами (32%), рост патогенных стафилококков и гемолизирующей *E. coli* (у 18 и 14% детей соответственно), энтерококков (10%), дрожжевых грибов и грибов рода *Candida* (5%).

После курса лечения снижение уровня лактобактерий продолжало сохраняться у 47% детей, однако его средний показатель увеличился до $5,90 \pm 0,42$ КОЕ/г. Общее количество полноценной *E. coli* оставалось сниженным у 32% детей, а средний ее уровень стал составлять 340,6 млн/г. Снижение уровня бифидобактерий отмечалось у 17% детей. Из условно-патогенной флоры полностью исчезли дрожжеподобные грибы и грибы рода *Candida*, а также гемолизирующая *E. coli*. Оставался значительным рост патогенных стафилококков (12%) и кишечной палочки со слабо выраженными ферментативными свойствами (16%).

Таким образом, в результате проведенных исследований можно сделать вывод, что Нормазе оказался высоко эффективным в лечении детей с хроническими запорами, что выражалось в стойком восстановлении рефлекса на акт дефекации у 91,5% детей при отсутствии каких-либо побочных эффектов (привыкания, аллергических реакций, усиления болевого синдрома и др.).

Полученные данные исследования эффективности данного препарата при лечении запоров у детей дают основание рекомендовать этот препарат для коррекции моторно-эвакуаторной функции толстой кишки и нарушений ее микрофлоры, что согласуется с публикуемыми результатами исследований по использованию лактулозы при запорах различной этиологии [9–11]. Для получения пребиотического эффекта показано назначение препарата лактулозы в дозах 2,5–5 мл 2 раза в сутки (для детей от 1 до 6 лет) и 5–10 мл 2 раза в сутки (детям старше 6 лет) сроком не менее 1 мес.

Однако, перестройка стереотипа поведения и характера питания детей, страдающих задержкой стула, а вместе с тем, и нормализация моторной функции толстой кишки, занимают длительный период времени, что и определяет индивидуальные дозы лактулозы, сроки применения, тактику отмены, а также необходимость ее сочетания с другими препаратами или лечебными мероприятиями, способствующими повышению эффективности проводимой терапии. Важно понимать, что достижение положительного результата, во многом, зависит от взаимопонимания врача, родителей и ребенка, их совместных усилий и точности выполнения назначений, а, следовательно, регулярности проведения диспансерного наблюдения за этой категорией больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Felt V., Brown P., Coran A. et al. Functional constipation and soiling in children // Clin. Farm. Pract. — 2004. — № 6. — P. 709–730.
- Rubin G., Dale A. Chronic constipation in children // BMJ. — 2006. — № 33. — P. 1051–1055.
- Эрдес С.И. Запоры у детей. — Фарматека. — 2007. — Т. 13, № 147. — С. 47–52.
- Цимбалова Е.Г., Потапов А.С., Баранов К.Н. Хронические запоры. — Вопросы современной педиатрии. — 2002. — Т. 1, № 6. — С. 56–61.
- Цветкова Л.Н. Профилактика и лечение запоров у детей // Вопросы современной педиатрии. — 2004. — Т. 3, № 5. — С. 74–81.
- Чубарова А.И. Лактулоза в диагностике и лечении функциональных запоров у детей раннего возраста // Вопросы современной педиатрии. — 2004. — Т. 3, № 4. — С. 100–104.
- Бабаян М.Л., Мурашкин В.Ю. Современные подходы к диагностике и лечению хронических запоров у детей // Детская гастроэнтерология. — 2004. — № 1. — С. 45–46.
- Максимова В.И., Родомин В.Е., Бондаренко В.М. Лактулоза и микроэкология толстой кишки // Ж. микроэкологии. — 1998. — № 5. — С. 101–107.
- Румянцев В.Т., Косачева Т.А. и соавт. Дифференцированное лечение запоров // Фарматека. — 2007. — № 13. — С. 62–68.
- Комарова Е.В., Потапов А.С. Использование лактулозы у детей с нарушением моторики толстой кишки // Педиатрическая фармакология. — 2006. — Т. 3, № 4. — С. 58.
- Лебеденко А.А., Лебеденко О.Б. Запоры у детей раннего возраста // Детская гастроэнтерология. — 2006. — № 5. — С. 15–18.