

# Клиническая эффективность препарата Дюфалак в лечении запоров у беременных

В.А.Лебедев, М.В.Рыбин

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова;  
Городская клиническая больница №7, Москва

## Clinical effectiveness of Dufalac in treatment of constipations in pregnant women

V.A.Lebedev, M.V.Rybin

I.M.Sechenov Moscow Medical Academy;  
Municipal Clinical Hospital N7, Moscow

**З**апор определяют чаще всего либо как редкое опорожнение кишечника (реже трех раз в неделю), либо как наличие затруднений при дефекации с выделением массы содержимого кишечника менее 35 г в день [1–3].

Диагноз «запор» может быть поставлен при наличии следующих симптомов: дефекация требует напряжения и происходит с частотой два или менее раз в неделю, стул плотный или бугорчатый, возникает ощущение неполного опорожнения прямой кишки,

Обычно выделяют следующие формы данной патологии:

1. Запор вследствие нарушения тонуса или моторики толстой кишки, либо мускулатуры диафрагмы таза, а также так называемый идиопатический запор (отсутствуют видимые причины дискинезии толстой кишки);

2. Запор, обусловленный механической преградой (обструкция);

3. Запор вследствие приема лекарственных препаратов (антацидные средства, антидепрессанты, нестероидные противовоспалительные средства, препараты железа, опиоиды, мочегонные средства, скополамин, блокаторы кальциевых каналов) [2, 4].

Среди причин запора выделяют: механические (слабость мышц живота, например при эмфиземе, асците и чрезмерной тучности); желудочно-кишечные (синдром раздраженной толстой кишки, стеноз кишечника, дивертикулез, заболевания заднего прохода, неврогенные (болезнь Гиршпрунга, заболевания спинного мозга, болезнь Паркинсона); метаболически-эндокринные (сахарный диабет, порфирия, гипокалиемия, гипотиреоз, гиперкальциемия); психогенные (подавление позыва к дефекации). Некоторые

особенности режима питания (недостаточное потребление клетчатки и жидкости) также могут способствовать развитию запора [2, 5].

При беременности, как правило, наблюдается хронический запор, который характеризуется: редкостью эвакуации содержимого из кишечника (реже 1 раза / 2 суток); отделением при дефекации малого количества плотного кала (масса стула менее 35 г/сутки), что вызывает необходимость в сильных потугах при дефекации; отсутствием ощущения полного опорожнения кишечника после дефекации [1, 3].

Основной причиной запора у беременных является понижение тонуса гладкой мускулатуры толстой кишки вследствие повышенного уровня прогестерона, обуславливающего снижение моторной функции желудочно-кишечного тракта. Во 2-й половине беременности к запорам может приводить изменение пространственных соотношений в области живота вследствие сдавления кишечника беременной маткой. Препараты железа, постельный режим, применяемые для лечения осложнений гестации, также могут способствовать возникновению запоров.

Лечение запора во время беременности представляет собой достаточно сложную задачу в связи с ограниченностью арсенала слабительных средств, разрешенных для применения в этот период, а также возникновением ряда осложнений гестации, требующих ограничения подвижности беременных.

Одним из лечебных мероприятий, направленных на устранение запоров у беременных, является нормализация диеты с увеличением потребления жидкости и пищи с повышенным содержанием клетчатки. Пациенткам рекомендуют частый прием пищи малыми порциями. Целесообразно включение в пищевой рацион отрубей и пищевых добавок, которые способствуют увеличению каловых масс, что стимулирует эвакуаторную функцию толстой кишки. Кроме пищевого режима, необходимо применение лечебной физкультуры, прогулок, плавания (если это не противопоказано из-за осложнений беременности).

### Для корреспонденции:

Лебедев Владимир Александрович, доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 лечебного факультета Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова

Адрес: 115448, Москва, Коломенский пр., 4  
Телефон: (095) 118-7538

Статья поступила 20.04.2003 г, принята к печати 16.05.2003 г.

При неэффективности данных лечебных мероприятий возникает необходимость в применении слабительных препаратов.

По механизму действия слабительные средства подразделяются на следующие группы [1, 5]:

- размягчающие фекалии (жидкий парафин, вазелиновое и касторовое масло);
- средства, увеличивающие объем содержимого кишечника (отруби, синтетические вещества, пищевые волокна);
- слабоабсорбируемые ди- и олигосахариды (Дюфалак);
- слабительные средства, повышающие осмотическое давление (неабсорбируемые соли и многоатомные спирты, форлакс);
- слабительные средства раздражающего действия (бисакодил, регулак, сена, тисасен);
- средства, усиливающие моторную функцию кишечника (прокинетики).

Ряд слабительных препаратов имеют побочные эффекты, что препятствует их широкому и длительному применению для лечения запоров беременных.

Размягчающие слабительные средства (вазелиновое, касторовое масло и другие) депонируются в стенке кишечника, что может приводить к нарушению всасывания жирорастворимых витаминов (вит. А, Д).

Раздражающие слабительные (препараты сены, бисакодил) могут вызывать рефлекторные боли, диарею, нарушение электролитного обмена, развитие привыкания и обладать онкогенным потенциалом.

Средства, увеличивающие объем кишечного содержимого (пищевые волокна) требуют приема большого количества жидкости, что нарушает водный баланс и может приводить к задержке жидкости в организме и развитию отеков.

Одним из немногих слабительных, разрешенных к применению при беременности и лактации, является препарат хорошо переносимый препарат Дюфалак (Solvay Pharma, Нидерланды), поскольку он не обладает тератогенным и эмбриотоксическим эффектами [1, 3].

Активным веществом препарата Дюфалак (молекулярная масса 342,3) является лактулоза, синтетический дисахарид, не встречающийся в природе, в котором каждая молекула галактозы связана  $\beta$ -1,4-связью с молекулой фруктозы. Эта связь и является той причиной, по которой лактулоза не разрушается ферментами человека или животных. Поэтому Дюфалак проходит через желудочно-кишечный тракт и достигает толстой кишки в неизменном виде. Препарат не распределяется в тканях организма, так как активное вещество обычно не всасывается. Небольшие абсорбированные количества выводятся в неизменном виде, главным образом, через почки.

В толстой кишке Дюфалак является идеальным питательным субстратом для сахаролитических бактерий, которые растут и быстро размножаются при применении препарата. Это приводит к угнетению протеолитической, продуцирующей токсины и потенциально патогенной кишечной флоры.

Дюфалак сначала гидролизуется до моносахаридов (фруктозы и галактозы), а затем – до короткоцепочечных жирных кислот (молочной, уксусной, пропионовой и масляной). Это вызывает снижение концентрации среднецепочеч-

ных жирных кислот, которым приписываются токсические эффекты и которые образуются вследствие расщепления белка.

Суточные дозы препарата Дюфалак от 45 до 50 мл полностью метаболизируются, тогда как более высокие дозы частично выводятся в неизменном виде.

Образование короткоцепочечных жирных кислот снижает рН содержимое толстой кишки и стимулирует перистальтику. Это же повышает также осмотическое давление в просвете кишки (в среднем в 4 раза). Происходит увеличение объема химуса, обусловленного задержкой воды внутри просвета кишки, и усиление кишечной перистальтики. Послабляющее действие наступает обычно через 6–8 часов. В отличие от традиционных слабительных средств Дюфалак не оказывает раздражающего влияния на слизистую оболочку толстой кишки и не вызывает привыкания.

Кроме того, Дюфалак является источником углеводов и энергии для лактатпродуцирующих бактерий (особенно различных видов *Bifidobacterium* и *Lactobacillus*), что приводит к увеличению их биомассы в кишечнике и к увеличению объема содержимого кишечника, что потенцирует эвакуаторную функцию кишечника. При этом Дюфалак не только не вызывает развитие дисбактериоза, но даже оказывает пребиотический эффект.

Препарат Дюфалак может быть использован при лечении пациентов различного возраста с разными заболеваниями, когда требуется стимулировать дефекацию, уменьшить потуги и обеспечить мягкий стул. Данное средство также может применяться при лечении запоров у беременных и кормящих матерей.

Цель данной работы – оценка клинической эффективности терапии запоров у беременных с использованием препарата Дюфалак.

Под нашим наблюдением находились 57 беременных, страдающих запорами. По срокам гестации они распределялись следующим образом: 14 (24,6%) пациенток – в I триместре, 19 (33,3%) – во II триместре и 24 (42,1%) – в III триместре. У 27 (47,3%) беременных отмечалась дискинезия кишечника еще до беременности, в связи с чем они применяли различные слабительные средства. Течение беременности у 5 (8,8%) пациенток осложнилось ранним токсикозом, у 11 (19,3%) – угрозой выкидыша и у 7 (12,3%) – гестозом (у 3 из них – с развитием ВЗРП).

Все обследованные предъявляли жалобы на задержку дефекации: на 2 суток – 36 (63,2%) женщин, более 3 суток – остальные 21 (36,8%). Другими жалобами были: неполное опорожнение кишечника, малое количество плотного кала и необходимость сильных потуг при дефекации, схваткообразные боли внизу живота.

Для лечения хронического запора у обследованных беременных применяли диету, содержащую продукты с большим количеством клетчатки, пищевые добавки, при возможности – гимнастику, активный образ жизни. Данные мероприятия имели временный эффект только у 17 пациенток. В связи с этим для лечения хронического запора был использован препарат Дюфалак, который назначали в дозе по 25 мл сиропа на ночь в течение 4-х недель.

На фоне приема препарата Дюфалак у 47 (82,5%) беременных стул нормализовался через 7 дней (частота дефека-

ций составила не менее 3 раз в неделю). У остальных 10 (17,5%) пациенток восстановление нормальной частоты стула отмечено через 2 недели. Повторный курс лечения препаратом Дюфалак потребовался у 9 (15,8%) пациенток в III триместре беременности.

У большинства обследованных беременных (52–91,2%) побочных эффектов во время лечения препаратом Дюфалак не отмечено. Только лишь 5 женщин указывали на периодический метеоризм, купировавшийся самостоятельно и не потребовавший введения дополнительных средств.

На фоне лечения препаратом Дюфалак не было отмечено случаев ухудшения состояния внутриутробного плода или же прогрессирования осложнений беременности.

Таким образом, полученные данные о высокой эффективности терапии запоров у беременных препаратом Дюфалак, отсутствие отрицательного воздействия данного лекарст-

венного средства на организм матери и плода позволяют считать Дюфалак препаратом выбора терапии дискинезии кишечника во время беременности.

### Литература

1. Зароченцева Н.В. Эффективность применения препарата Дюфалак при беременности. Гинекология 2001; 3(2): 28–9.
2. Маев И.В. Хронический запор. Лечащий врач 2001; (7): 15–9.
3. Мельник Т.Н., Липовенко Л.Н. Лечение запоров у беременных. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии 2003; 2(2): 103–4.
4. Парфенов А.И. Профилактика и лечение запоров у беременных. Гинекология Consilium Medicum 2002; 4(3): 21–5.
5. Фролькис А.В. Прокинетики (прокинетики) в лечении моторных расстройств желудочно-кишечного тракта. Терапевтический архив 1988; 2: 69–72.

## НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

### **Синдром поликистозных яичников: современное состояние проблемы, лечение и индукция овуляции Polycystic Ovary Syndrome: Current Concepts, Treatment and Ovulation Induction**

04–07 сентября 2003

Antalya, Turkey

Оргкомитет: Hakan Yaral

Телефон: 90-532-6-351-552

Факс: 90-312-3-052-315

E-Mail: hyarali@hacettepe.edu.tr

### **Репродуктивное здоровье 2003 Reproductive Health 2003**

10–13 сентября 2003

La Jolla, United States

Оргкомитет: The Association

of Reproductive Health Professionals

Факс: 202-466-3826

E-Mail: conferences@arhp.org

### **Противоречия и спорные вопросы в акушерстве высокого риска Controversies & Clinical Issues in High Risk Obstetrics**

18–20 сентября 2003

Atlanta, United States

Оргкомитет: Symposia Medicus

Phone: 800-327-3161 / 925-969-1789

Fax: 925-969-1795

E-Mail: info@symposiamedicus.org

### **2-й международная конференция молодых медиков 2<sup>nd</sup> International Young Medics International Conference**

26–28 сентября 2003

Yerevan, Armenia

Оргкомитет: Gevorg Yaghjian

Телефон: 37-41-535-868

Факс: 37-41-534-879

E-Mail: conference@armeda.am

### **ТРАНСМЕД 2003:**

#### **11-й Европейский средиземноморский съезд акушеров, перинатологов и педиатров TRANSMED 2003:**

#### **11<sup>th</sup> European Mediterranean Obstetrics, Perinatology & Paediatrics Meeting**

01–04 октября 2003

Lisboa, Portugal

Оргкомитет: Kamel BARGAOUI

Телефон: 33-607-686-118

Факс: 33-743-839-985

E-Mail: kamel.bargaoui@wanadoo.fr

### **5-й Конгресс европейского общества гинекологов 5<sup>th</sup> Congress of the European Society of Gynecology**

09–11 октября 2003

Rhodes Island, Greece

Оргкомитет: Penelope Mitrogianni

Телефон: 30-107-257-693-5

Факс: 30-107-257-532

E-Mail: info@erasmus.gr