

# МЛАДЕНЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ КОЛИКА: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

**Н.Л. Арьев, Р.В. Кожевин**

Одесский национальный медицинский университет

**Резюме.** Представлены результаты использования немедикаментозных методов купирования приступов младенческой кишечной колики, а также применения препарата Эспумизан. Доказано, что Эспумизан предупреждает растяжение кишечной стенки и развитие болевого синдрома, облегчает отхождение газов, уменьшает их накопление и проявления метеоризма. Препарат инертен, не всасывается в желудочно-кишечном тракте, не ферментируется микроорганизмами, выводится в неизменном виде и не влияет на процессы пищеварения и всасывания, что обуславливает его безопасность применения у детей грудного возраста.

**Ключевые слова:** дети грудного возраста, младенческая кишечная колика, Эспумизан.

Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта занимают одно из ведущих мест в структуре патологии органов пищеварения у детей разных возрастных групп. Функциональными заболеваниями пищеварительной системы принято называть заболевания, которым присущи изменения какой-либо из функций пищеварительной системы — моторики, секреции, переваривания (мальдигестия), всасывания (мальабсорбция), состояния микрофлоры, активности иммунной системы при отсутствии органических изменений, выявление которых возможно современными методами исследования, доступными практической медицине [20]. Так, по данным некоторых авторов, повторяющиеся абдоминальные боли носят функциональный характер у 90–95% детей и лишь у 5–10% связаны с органической причиной [12]. У детей первого года жизни диагноз функциональной абдоминальной боли не ставят, а состояние с похожими симптомами называют младенческой кишечной коликой (МКК) (от греческого «colicos», что означает «боль в толстой кишке»). У таких детей эквивалентом боли являются беспокойство, крик, отказ от груди матери. Кишечные колики — одни из самых частых жалоб родителей грудного ребенка. Они регистрируются у 10–15%, а по некоторым данным, у 30–70% грудных детей [21].

## Определение

Младенческая кишечная колика — синдром, проявляющийся эпизодами острых схваткообразных болей в животе, которые сопровождаются громким плачем ребенка и сучением притянутыми к животу ножками. Колики могут наблюдаться как у практически здоровых детей, так и у детей с органической патологией, в основном желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

## Этиология и факторы риска

До конца причины возникновения младенческой кишечной колики не выяснены. Среди основных причин называют: морфофункциональную незрелость периферической иннервации кишечника, дисфункцию центральной регуляции, позднее созревание ферментативной системы органов ЖКТ, повышенное газообразование, синдром мальабсорбции, нарушения становления микробиотоза кишечника, характер питания матери. Аллергические и псевдоаллергические реакции, переход с естественного вскармливания на искусственное, включение в рацион пищевых добавок — все эти факторы могут определенно влиять на развитие МКК. Существует гипотеза, что дефицит холецистокинина у грудных детей приводит к нарушению функции желчного пузыря и способствует, таким образом, развитию МКК [19]. Другие исследователи связывают возникновение болевого синдрома преим-

ущественно с нарушением двигательной функции кишечника и повышенным газообразованием. Это приводит к появлению перистальтических волн, охватывающих определенные отделы тонкого кишечника с дальнейшим развитием резкого спазма кишечника и, соответственно, появлением боли в виде колики. Незрелость ферментных систем и особенности микробиоценоза кишечника у детей могут приводить к неполному перевариванию жиров и углеводов, что сопровождается более выраженным газообразованием. Последнее способствует раздуванию отдела тонкой кишки и возникновению колики. Существуют данные, показывающие, что курение матери во время беременности, а также после родов увеличивает риск возникновения колик у ребенка в 2 раза [6, 20].

Выделяют две группы факторов развития кишечных колик у детей грудного возраста. Первая характерна для практически здоровых детей. Она обычно развивается на 3–4-й неделях жизни ребенка, неожиданна, во второй половине дня, обычно после 15 часов и сначала кратковременна (длится в течение 15–20 мин.). Как правило, она развивается у первенцев, чаще у мальчиков. Эти дети обычно рождаются у матерей с повышенным уровнем тревожности [10].

К первой группе факторов относят вскармливание малыша неправильно приготовленными смесями (излишнее разведение или, наоборот, малое разведение смесей). Слишком быстрое сосание, заглатывание воздуха при сосании (аэрофагия) также могут быть причиной развития колик. Одной из возможных причин колики может быть реакция кишечника ребенка на продукты питания, используемые матерью и обладающие повышенным газообразованием. Кроме того, предполагается, что МКК у практически здоровых детей может быть обусловлена недостатком выработки или особенностями метаболизма в материнском организме прогестерона, что также отражается на составе грудного молока [18, 20].

Вторая группа факторов, вызывающих МКК, — это заболевания органов ЖКТ ребенка. В данном случае МКК является вторичным клиническим синдромом основного заболевания. Чаще всего, это — лактазная недостаточность, пищевая аллергия к белкам коровьего молока или другим компонентам питания, энтероколиты, вызванные условно-патогенными микроорганизмами и кишечной инфекцией [18].

## Клинические проявления и диагностическая тактика

Для диагностики кишечной колики у младенцев используют так называемое «правило трех», сформированное еще в середине 50-х годов XX ст., — плач в течение трех и более часов в сутки, не менее трех дней в неделю, на протяжении трех недель подряд.

Как указано выше, в зависимости от причин и факторов риска выделяют функциональную или первичную кишечную колику, когда не удается современными методами обнаружить органических изменений со стороны ЖКТ, и вторичную, возникающую на фоне патологического процесса, затрагивающего органы пищеварения. Клинически функциональная МКК характеризуется появлением беспокойства малыша, метеоризма, пронзительного крика, нередко это сопровождается покраснением лица и сучением ножек.

Приступ, как правило, начинается неожиданно, на фоне полного благополучия, чаще во время или вскоре после кормления. Сначала МКК отмечается один или два раза в неделю и длится 15–20 мин. В последующем она повторяется все чаще и чаще, становится все более регулярной. Увеличивается и ее продолжительность, причем МКК может длиться с короткими перерывами в течение 3–5 часов. После отхождения газов и/или кала боли в животе, как правило, стихают, но после небольшого перерыва могут вновь возобновляться. Стул и аппетит у детей при этом не страдают, более того, дети, как правило, жадно сосут и в первое время хорошо прибавляют в массе [10]. Для функциональных колик не характерны болезненность при пальпации живота, напряжение мышц брюшной стенки и затруднение глубокой пальпации.

При длительном течении МКК происходят вторичные нарушения микробиоценоза кишечника. Это проявляется следующими симптомами: умеренная диарея, срыгивания, иногда рвота, изменяется характер стула, появляется задержка прибавки массы тела.

Вторичная МКК, как правило, возникает на фоне врожденных или приобретенных ферментопатий, проявляющихся синдромом мальабсорции и мальдигестии, например, дисахаридазная недостаточность, а также при энтероколитах различной этиологии. Кишечная колика, возникающая на фоне энтероколита, может развиваться в любом возрасте, начиная с периода новорожденности.

Диагностика МКК может быть простой. Трудности возникают при диагностике МКК развившейся на фоне синдрома мальабсорции и энтероколита. В таком случае нередко требуется госпитализация ребенка и проведение специальных методов диагностики.

Начинается диагностика с опроса родителей. Как правило, выясняют возраст ребенка, когда впервые появилась колика; каковы проявления колики, какова ее частота и длительность; каков характер стула и какова прибавка массы тела. Функциональная МКК характеризуется следующими признаками: начало приступов с 3 недель жизни; колика проявляется пронзительным криком, вздутием и урчанием в животе; стихание колики после отхождения газов и/или кала; характер стула не изменен и прибавка в массе тела соответствует возрасту. В таком случае, если колика отмечается не каждый день, а ее продолжительность не превышает 4 часов, можно начать лечение, не проводя дополнительного обследования [10].

Для вторичной МКК характерны: более длительные приступы, возобновляющиеся после отхождения газов и кала; стул ребенка изменен (жидкий, частый или, наоборот, редкий, содержит примеси или имеет измененный цвет или запах); прибавка в массе тела неустойчивая или недостаточная; колика возникла в более раннем возрасте или у ребенка старше 3–4 мес. жизни. В таком случае необходимо наряду с симптоматическим лечением провести дополнительное обследование. Оно включает следующие пункты:

- копрологическое исследование кала (2–3-кратное);
- определение содержания углеводов в кале;

- посев кала на кишечную и тифо-паратифозную группы возбудителей кишечных инфекций.

Эти данные позволяют с большой вероятностью предположить о синдроме мальабсорции, вызванном лактазной недостаточностью или пищевой аллергией, или глютенковой непереносимостью, или муковисцидозом и т.д., либо об острых кишечных инфекциях или дисбиозе.

#### Лечение

Лечение кишечной колики у грудных детей должно носить поэтапный характер.

Помощь ребенку с МКК надо начинать с немедикаментозных мероприятий, к которым относятся:

- создание благоприятного для ребенка психологического климата в семье;
- правильное прикладывание ребенка к груди (живот младенца прижат к животу матери, его шея и туловище находятся на одной линии, должен осуществляться правильный захват соска и самое главное — ребенок должен сосать не менее 30 мин., поскольку прикладывание к груди менее чем на 15–20 мин. приводит к тому, что ребенок получает больше «переднего молока», чрезмерно насыщенного углеводами, которые могут способствовать увеличению газообразования);
- при естественном вскармливании следует ограничить или совсем исключить в ежедневном рационе матери молочные и продукты, приводящие к повышенному газообразованию, — капусту, особенно квашеную, лук, помидоры, квашеные овощи, фрукты (груши, арбузы), грибы, черный хлеб, квас;
- если ребенок находится на искусственном вскармливании, следует проверить, правильно ли готовятся смеси; при искусственном вскармливании рекомендуется выбирать смеси, несодержащие железо; в суточный рацион ребенка необходимо включить кисломолочные смеси (около 1/3 от всего количества питания — кисломолочные смеси); целесообразно использовать специальные лечебные смеси-загустители, способствующие облегчению опорожнения кишечника; в некоторых случаях необходимо прибегнуть к назначению низколактозных смесей, а также смесей с частично гидролизованным белком;
- кормить малыша по его требованию, интервалы между кормлениями нужно немного сократить; после кормления необходимо подержать ребенка в наклонном положении (под углом 45°, животом вниз) в течение 10–15 мин. для отхождения воздуха, заглатываемого во время кормления; при кормлении из бутылочки надо убедиться, что ребенок плотно захватывает соску, она удобна для него, а диаметр отверстия не слишком велик;
- при появлении первых признаков колики надо положить на живот ребенка подогретую фланелевую пеленку или теплую грелку, можно сделать теплую ванну, простую или с отварами трав, обладающими спазмолитическим эффектом (ромашка, шалфей, душица);
- укладывая ребенка спать, полезно включить тихую спокойную музыку.

Медикаментозная терапия функциональной МКК основана на использовании эмульсии Эспумизана (Berlin-Chemie AG). Эспумизан является безрецептурным препаратом. Действующее вещество препарата — симетикон, которое является поверхностно-активным веществом и применяется в качестве пеногасителя. Механизм действия основан на ослаблении поверхностного

натяжения пузырьков газа в пищеварительном тракте, что обеспечивает резорбцию и свободное выделение газов. В физиологическом и химическом отношении симетикон инертен. В пищеварительном тракте не абсорбируется и выводится из организма в неизменном виде [11].

В многочисленных исследованиях показана высокая эффективность препарата и безопасность его применения при таких патологических состояниях ЖКТ, как метеоризм, аэрофагия, диспепсия, младенческие кишечные колики [3, 7, 8, 11, 15]. Эспумизан широко применяется в комплексном лечении ряда органических заболеваний ЖКТ (гастриты, панкреатиты, холециститы).

Доза эмульсии Эспумизана для грудных детей соответствует 1 мл (25 капель) 3–5 раз в сутки в зависимости от выраженности МКК. Эмульсию Эспумизана можно добавлять в детское питание или питье. Эффект от препарата отмечается при функциональной МКК обычно сразу же.

При применении Эспумизана возможно отсутствие эффекта, что может быть объяснено наличием заболевания, при котором МКК является вторичным синдромом. Это является дополнительным поводом для обследования ребенка. При выявлении таких заболеваний необходимо провести мероприятия в зависимости от причины (коррекция питания, заместительная терапия и др.), а также использовать лечение, направленное на основные звенья патогенеза.

При лактазной недостаточности используют лечебное питание, заместительную ферментотерапию и препараты симетикона, в частности, эмульсию Эспумизана. Применение низко- или безлактозных смесей необходимо при выраженной лактазной недостаточности. Назначают панкреатические ферментные препараты — Мезим форте, Пангрол 10 000. Мезим форте с успехом применяется при различных нарушениях пищеварения у детей. Таблетки Мезима не содержат лактозы, желчи и алергизирующих грибковых компонентов в своем составе, что немаловажно при ферментопатиях и аллергиях. Недавно появившийся в Украине Пангрол 10 000 в капсулах очень удобен в применении у детей раннего возраста — кишечнорастворимые микропланкетки легко принимаются с едой или питьем. Общеизвестным в назначении пищеварительных ферментов является начальная доза 1000 ЕД по липазе на килограмм веса ребенка в сутки. Так, ребенку весом 10 кг будет достаточно начинать лечение с 20 микропланкеток (содержимое 1 кап.) Панграла 10 000 в сутки, то есть при 6-разовом питании достаточно 3 микропланкеток с едой или питьем. При неэффективности этой терапии необходимо перевести ребенка на безлактозные смеси также в сочетании с ферментативными препаратами [10].

Эффект от терапии появляется уже на первой неделе лечения и достигает полного исчезновения колик к 3–4-й неделям. В течение этого времени ребенок получает эмульсию Эспумизана.

Для лечения пищевой аллергии назначают лечебное питание в комбинации с эмульсией Эспумизана. По показаниям может быть проведена ферментотерапия и использование пробиотиков.

При правильном выборе лечебного питания и проводимой терапии у ребенка через 1,5–2 недели улучшается самочувствие и состояние, уменьшаются проявления метеоризма и МКК. Использование в комплексном лечении эмульсии Эспумизана приводит к более быстрому достижению указанного эффекта.

При развитии МКК на фоне воспалительных процессов в кишечнике, вызванных условно-патогенной микрофлорой, основное значение придается нормализации

микробиоценоза в кишечнике ребенка. С этой целью используют лечебное питание, энтеросорбенты, пребиотики, пробиотики и в качестве патогенетической терапии — эмульсию Эспумизана. Препараты с антибактериальным действием, включая антибиотики, используются только при наличии острой кишечной инфекции.

Как указано выше, для эффективного лечения МКК на фоне воспалительных заболеваний кишечника необходимо применение пробиотиков. В настоящее время существует огромное количество микроорганизмов, входящих в состав современных пробиотических препаратов. Эффективность ряда из них продемонстрирована в клинических испытаниях. На сегодняшний день заслуживает внимание препарат Энтерожермина (Sanofi-Aventis), представляющий собой суспензию спор *Bacillus clausii*, которые обычно присутствуют в кишечнике и не проявляют патогенной активности. Благодаря действию *Bacillus clausii* ингибируется развитие патогенных микроорганизмов путем конкурентного связывания с рецепторами слизистой оболочки кишечника, восстанавливая при этом рост и размножение нормальной (индигенной) кишечной флоры. Благодаря высокой резистентности к химическим и физическим агентам споры *Bacillus clausii* поступают неповрежденными через желудок в кишечник, где они превращаются в метаболически активные вегетативные клетки [14].

Энтеросорбенты назначают, как правило, при возникновении диареи. При склонности к срыгиваниям и рвоте лучше использовать диосмектит, в то время как активированный уголь и лигнин гидролизный способствуют запорам и могут усиливать за счет этого проявления кишечных колик, срыгивания и рвоту. Диосмектит представлен на украинском фармацевтическом рынке препаратом Смекта (Beaufour Ipsen Pharma). Смекта — лекарственное средство природного происхождения, которое эффективно адсорбирует и выводит из организма вирусы, патогенные бактерии, токсины, кишечные газы и соли желчных кислот. Кроме того, препарат обладает обволакивающей способностью слизистой оболочки пищеварительного тракта, предотвращает потерю жидкости и электролитов, а также усиливает барьерную функцию слизистой оболочки пищеварительного тракта. В терапевтических дозах не влияет на перистальтику кишечника. Препарат не абсорбируется, выводится из организма в неизменном виде, что является основанием безопасного применения его у детей грудного возраста. Для детей в возрасте до года доза составляет 1 пакетик в сутки; от 1 до 2 лет — 1–2 пакетика в сутки; старше 2 лет — 2–3 пакетика в сутки. Панкреатические ферментные препараты (Мезим форте, Пангрол 10 000) назначают при наличии в кале непереваренных продуктов, повышенного количества мыла, нейтральных жиров и жирных кислот, крахмала, клетчатки. Эмульсию Эспумизана включают в терапию как обязательный компонент лечения МКК [10].

Таким образом, МКК является одной из распространенных проблем среди детей грудного возраста. Правильная диагностическая тактика позволяет не пропустить серьезные заболевания, сопровождающиеся развитием кишечной колики. Чаще всего встречается функциональная МКК, которая возникает в возрасте 3–4 недель, и по длительности не превышает 3 часов в день. Если она возникает после 4 месяцев жизни или до 3 недель, то она, скорее всего, представляет вторичную МКК, являющуюся лишь симптомом основного заболевания. Использование немедикаментозных методов купирования приступов

# Еспумізан® L



Еспумізан® L



Усуває коліки та здуття живота

- При здутті кишечника
- Допоміжний засіб для діагностичних досліджень травного тракту

Для внутрішнього застосування  
30 мл емульсії

 BERLIN-CHEMIE  
MENARINI



Еспумізан® L



Усуває коліки та здуття живота

- При здутті кишечника
- Допоміжний засіб для діагностичних досліджень травного тракту

Виробник: BERLIN-CHEMIE AG  
MILANOVA GROUP  
12400 Berlin, Germany

U 02094201



**BERLIN-CHEMIE**  
**MENARINI**

РП МОЗ України № UA/0152/01/01 від 27.11.2008 № 684

Виробник Берлін-Хемі Менаріні

**ЕСПУМІЗАН ПОЗБАВЛЯЄ ЗДУТТЯ.  
МАМА СПОКІЙНА, СПОКІЙНЕ ДИТЯ.**

МКК, а также использование препарата Эспумизан позволяет достигнуть значительной клинической эффективности. Эспумизан предупреждает растяжение кишечной стенки и развитие болевого синдрома, облегчает отхождение газов, уменьшает их накопление и проявление метеоризма.

Препарат инертен, не всасывается в ЖКТ, не ферментируется микроорганизмами, выводится в неизменном виде и не влияет на процессы пищеварения и всасывания, что обуславливает его безопасность применения у детей грудного возраста.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Белоусов Ю. В. Функциональные заболевания пищеварительной системы у детей : [монография] / Ю. В. Белоусов, О. Ю. Белоусова. — Х. : ИД «ИНЖЭК», 2005. — 256 с.
2. Бельмер С. В. Применение препарата Дюфалак (лактолоза) в практике педиатра / С. В. Бельмер // Вопросы соврем. педиатрии. — 2002. — № 2. — С. 67—69.
3. Использование препарата Эспумизан в практике гастроэнтеролога / Н. В. Харченко, В. В. Черненко, И. Н. Червак [и др.] // Здоров'я України. — 2008. — № 6/1. — С. 52—53.
4. Калашников Н. А. Применение Эспумизана в оптимизации эндоскопических исследований пищеварительного тракта : [метод. рекомендации] / Н. А. Калашников. — К., 2004. — 19 с.
5. Калинин А. В. Использование Эспумизана для нормализации моторной функции кишечника при послеоперационном его парезе / А. В. Калинин, Л. И. Бугорова // CONSILIUM MEDICUM. — 2008. — № 2. — С. 23—26.
6. Килгур Т. Колики у детей грудного возраста / Т. Килгур, С. Уэйд // Доказательная медицина. — 2005. — № 4. — С. 629—661.
7. Применение Эспумизана в комплексном лечении больных с симптомами метеоризма / И. И. Дегтярева, Н. В. Харченко, Е. В. Родонезская [и др.] // Лікарська справа. — 1997. — № 6. — С. 71—74.
8. Применение Эспумизана при синдроме метеоризма / П. Л. Щербаков, В. А. Филин, В. И. Садовников, М. А. Квирквелия // Клиническая фармакология и терапия. — 1998. — № 7. — С. 12—15.
9. Самедов Б. Х. Опыт применения Эспумизана при эндоскопических полипэктомиях / Б. Х. Самедов, А. И. Жердев // 7-я Российская гастроэнтерологическая неделя : тезисы по эндоскопии. — М., 2001. — 26 с.
10. Самсыгина Г. А. Кишечная колика у детей (клиника, диагностика, лечение) : [пос. для практ. врачей] / Г. А. Самсыгина. — М., 2000. — 27 с.
11. Самсыгина Г. А. Эспумизан в лечении метеоризма у детей первого года жизни / Г. А. Самсыгина, Н. П. Брашнаина, Г. Д. Першина // Педиатрия. — 1999. — № 3. — С. 104—106.
12. Силивончик Н. Н. Научные достижения — в практику врача-гастроэнтеролога / Н. Н. Силивончик, Н. А. Калашников // Здоров'я України. — 2007. — № 9. — С. 58—59.
13. Хавкин А. И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста : [пос. для врачей] / А. И. Хавкин. — М., 2001. — С. 16—17.
14. Шадрін О. Г. Особливості фармакотерапії затяжних ентероколітів, асоційованих з умовно-патогенною флорою, у дітей раннього віку / О. Г. Шадрін, Н. М. Басараба, А. Б. Сороколетова // Перинатологія та педіатрія. — 2007. — № 3. — С. 50—52.
15. Щербаков П. Л. Метеоризм у дітей / П. Л. Щербаков // Педиатрия. — 2006. — № 9. — С. 34—37.
16. Effectiveness of treatments for infantile colic : a systematic review / P. L. B. Lucassen, W. J. J. Assendelf, J. W. Guhbels [et al.] // BMJ. — 1998. — Vol. 316. — P. 1563—1572.
17. Garrison M. M. A systematic review of treatments for infant colic / M. M. Garrison, D. A. Christakis // Pediatrics. — 2000. — Vol. 106. — P. 184—190.
18. Leung A. K. Infantile colic : a review / A. K. Leung, J. F. Lemau // J. R. Soc. Health. — 2004. — Vol. 124, № 4. — P. 162.
19. Low Plasma Cholecystokinin Levels in Colicky Infants / Huhtala Virpi, Lehtonen Liisa, Uvnäs-Moberg Kerstin, Korvenranta Heikki // Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. — 2003. — Vol. 37, № 1. — P. 42—46.
20. Smoking during pregnancy and infantile colic / C. Sondergaard, T. B. Henriksen, C. Obel, K. Wisborg // Pediatrics. — 2001. — Vol. 108, № 2. — P. 342—348.
21. Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community / P. L. B. Lucassen, W. J. J. Assendelft, J. T. M. van Eijk [et al.] // Arch. Dis. Child. — 2001. — Vol. 84. — P. 398—403.

**МАЛЮКОВА КИШКОВА КОЛІКА:  
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ**

*Н.Л. Аряев, Р.В. Кожевин*

**Резюме.** Наведено результати використання немедикаментозних методів купірування нападів малюкової кишкової коліки, а також застосування препарату Еспумізан. Доведено, що Еспумізан попереджує розтягнення кишкової стінки і розвиток болювого синдрому, полегшує відходження газів, зменшує їх накоплення і прояви метеоризму. Препарат інертний, не всмоктується в шлунково-кишковому тракті, не ферментується мікроорганізмами, виводиться в незмінному вигляді та не впливає на процеси травлення і всмоктування, що обумовлює його безпеку застосування у дітей грудного віку.

**Ключові слова:** діти грудного віку, малюкова кишкова коліка, Еспумізан.

**INFANT INTESTINAL COLIC:  
CURRENT APPROACHES TO TREATMENT**

*Aryaev N.L., Kozhevina R.V.*

**Summary.** The results of the use of non-drug methods of infant intestinal colic jugulation, and also the use of Espumizan preparation are presented. It is proved that Espumizan warns stretching the intestinal wall and the development of pain syndrome, facilitates discharge of gases, reduces its accumulation and display of flatulence. The drug is inert and not absorbed in the gastrointestinal tract, is not fermented by microorganisms, excreted in unchanged form and does not affect the processes of digestion and absorption, which leads to its safety of use in infants.

**Key words:** infant intestinal colic, Espumizan, infants.