

Е.С. КЕШИШЯН, д.м.н., профессор, Е.К. БЕРДНИКОВА, ФГБУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии» Минздрава России, Центр коррекции развития детей раннего возраста, Москва

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КИШЕЧНЫЕ КОЛИКИ

ТАКТИКА ИХ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

В статье представлена характеристика функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта (кишечные колики) у детей раннего возраста (первых трех месяцев жизни). Обсуждается новый подход к лечению кишечных колик с позиций функциональных нарушений – алгоритм действий врача-педиатра. Предложена схема степовой терапии болевого синдрома.

Ключевые слова: функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, кишечные колики, чрезмерный плач, грудные дети, алгоритм действий, степовая коррекция

Кишечные колики у младенцев считаются самой частой причиной обращения к педиатрам во всем мире на первом году жизни ребенка. Исследовательский поиск причин младенческих колик насчитывает более 40 лет, и все же на сегодня эти причины остаются до конца не выясненными. Вместе с тем кишечные колики редко бывают изолированными и, как правило, входят в структуру минимальных пищеварительных нарушений (синоним малых желудочно-кишечных дисфункций и др.).

Актуальность данной проблемы находит отражение во множестве современных публикаций, посвященных как факторам риска и этиопатогенезу кишечных колик, остающимся спорными до настоящего момента, так и терапевтической стратегии у детей с коликами.

Термин *колика* происходит от греческого «коликос», что означает «боль в толстой кишке». Под ним понимают приступообразные боли в животе, в основе которых лежит нарушение двигательной функции кишечника и повышенное газообразование [16]. Применительно к детям раннего возраста в западной литературе кишечная колика определяется как чрезмерный плач у практически здорового ребенка в первые месяцы жизни при достаточном питании [15].

■ Кишечные колики начинаются в течение первых недель жизни и оканчиваются обычно к 3 мес., в некоторых случаях продолжаясь до 4–6 мес., и представляют собой самостоятельно проходящее явление без отдаленных последствий

Согласно M.A. Wessel (1954), впервые давшему определение, которое и на сегодня остается общепризнанным в качестве основного диагностического критерия, *кишечная колика представляет собой пароксизмы раздражительности, плача или двигательного беспокойства, длящиеся более трех часов*

в день, более трех дней в неделю на протяжении трех недель и более («правило трех» или «правило троек») [20, 21].

Кишечные колики начинаются в течение первых недель жизни и оканчиваются обычно к 3 месяцам, в некоторых случаях продолжаясь до 4–6 мес., и представляют собой самостоятельно проходящее явление без отдаленных последствий. Столь характерный возраст окончания нашел отражение в таком широко известном синониме детских колик, как 3-месячные колики [20, 21].

Принципиальными характеристиками кишечных колик являются возраст ребенка (первые месяцы жизни), периодичность симптомов и связь их с приемом пищи, а также хорошее общее состояние ребенка (в период между приступами он спокоен, нормально прибавляет в весе, у него хороший аппетит).

Данные по эпидемиологии кишечных колик, согласно иностранным публикациям, значительно разнятся и свидетельствуют о встречаемости у 3–40% детей в первые месяцы жизни. Вместе с тем результаты опроса родителей говорят о значительно более высоких цифрах распространенности кишечных колик, достигая 80% и даже 90% [5].

■ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КИШЕЧНЫХ КОЛИК

Учитывая анатомо-физиологические особенности ребенка, можно с уверенностью утверждать, что в той или иной степени кишечные дисфункции возникают практически у всех детей раннего возраста и являются функциональным, в какой-то мере условно-физиологическим состоянием периода адаптации и созревания желудочно-кишечного тракта грудного ребенка [5].

Пищеварительная система новорожденного, как отмечалось выше, проходит сложный процесс адаптации к внеутробному существованию, который, вероятно, и лежит в основе этиопатогенеза кишечных колик. По единодушному мнению исследователей, этиология кишечных колик остается до конца не изученной [5, 17].

В основе болевого кишечного синдрома лежат возникающие в процессе пищеварения болезненные сокращения кишечной стенки, а также ее перерастяжение газами, причем

характерно чередование спазмированных и перерастянутых участков кишечной трубки. Причиной подобных нарушений перистальтики служат анатомо-физиологические особенности пищеварительной системы новорожденного, и прежде всего незрелость центральной и в большей степени периферической регуляции иннервации кишечника.

Поскольку перистальтическая волна охватывает не всю кишечную трубку, а лишь ее участки, это приводит к тому, что в определенных отделах тонкого кишечника возникает резкий спазм кишки и, как следствие, боль в виде колики; при этом в других отделах из-за затруднения перистальтической волны спазмированными участками возникает застой кишечного содержимого, что создает условия для избыточного газообразования. Последнему способствуют также незрелость ферментативной системы и становление микробиоценоза, что определяет неполное расщепление жиров и особенно углеводов, приводящее к перерастяжению тонкой кишки и, следовательно, возникновению колики [2, 3, 5, 7]. По мере нарастания метеоризма могут усиливаться срыгивания створоженным молоком (из-за повышения давления в брюшной полости); эти явления более выражены во второй половине дня, варьируя по объему и частоте [4, 16].

Непереносимость белков коровьего молока у детей, находящихся на искусственном вскармливании, тяжелые формы врожденных ферментопатий, в т. ч. и лактазная недостаточность, хотя и проявляются болевым синдромом, но он является лишь одним из симптомов заболевания. Врач в обязательном порядке должен учитывать это при проведении дифференциального диагноза, т. к. от правильности его постановки зависит безошибочное и своевременное лечение. В первом случае – специфическое. Во втором – абсолютно симптоматическое, позволяющее лишь уменьшить болевые временные проявления.

■ КОМПЛЕКСНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ КИШЕЧНЫХ КОЛИК

Отсутствие эффективной и безопасной фармакотерапии, наряду с транзиторным характером младенческих колик, диктует необходимость немедикаментозной помощи ребенку с коликами, в частности физические меры (телесный контакт, укачивание и т. д.) и особенности ухода (вскармливание, прогулки и т. д.). Однако в последние годы изменилось понимание самой концепции детского плача как проявления чисто соматического дискомфорта.

Возросшее внимание к психологическому портрету семьи с беспокойными младенцами и полученные в ходе многих исследований данные о роли психологических, социальных и иных факторах, влияющих на поведение грудных детей, обязывают педиатра учитывать их в своей врачебной практике для столь необходимой поддержки семьи и для выбора наиболее эффективной, целенаправленной и безопасной помощи ребенку [12, 14].

Весьма значимым в практической педиатрии является то, что дети, родители которых обращаются с жалобами на кишечные колики вплоть до необходимости госпитализации,

ничем не отличаются от других своих сверстников, не страдающих тяжелыми коликами, что доказывает субъективность оценки родителями тяжести колик у их младенцев [9, 12].

По мнению Levitzky S., Cooper R. (2000), именно внимание, сочувствие, поддержка со стороны педиатра, его умение убедительно прояснить ситуацию с младенческими коликами для психологически подавленных родителей являются основной помощью в этот непростой для всей семьи период, что помогает восстановить эмоциональное благополучие семьи и избежать потенциальной поведенческой и терапевтической агрессии к ребенку [12].

■ В основе болевого кишечного синдрома лежат возникающие в процессе пищеварения болезненные сокращения кишечной стенки, а также ее перерастяжение газами, причем характерно чередование спазмированных и перерастянутых участков кишечной трубки

Представленный алгоритм ведения детей с кишечными коликами, т. н. пошаговая, или степовая, коррекция, отражает системный подход и профессионализм педиатра при консультировании семьи с тяжелыми коликами у ребенка, позволяет предотвратить потенциальные последствия (длительные и неэффективные обследования, полипрагмазию, терапевтическую и даже поведенческую агрессию родителей по отношению к ребенку) при столь благоприятном в прогнозе состоянии, каким является младенческая кишечная колика.

В идеологию степовой коррекции заложен путь от простых мероприятий к более сложным, что позволяет с наименьшей медикаментозной нагрузкой и диагностическими исследованиями купировать функциональные кишечные колики или выявить наличие патологического процесса у ребенка.

Алгоритм действий построен по принципу «действия – оценки действий – действия». То есть родителям предлагается определенный объем действий, направленный на улучшение самочувствия ребенка с последующей оценкой предлагаемых действий. Следующий шаг – увеличение объема коррекционных мероприятий или сохранение предыдущих.

Что необходимо знать о ребенке врачу:

I. Оценить анамнез (срок гестации, течение родов, наличие осложнений во время беременности и родов, массо-ростовое соотношение, оценка по шкале Апгар, состояние в роддоме, срок выписки домой).

II. Оценить общее состояние ребенка (движение, поза, контактность, психомоторное развитие), прибавку массы тела и роста за истекший период, соматический и неврологический статусы.

III. Оценить питание (чем вскармливается ребенок, как часто в течение суток, что получает, кроме основного питания), когда наступают приступы беспокойства (до, во время, после кормления).

IV. Исключить органическую патологию.

При общем удовлетворительном состоянии ребенка, нормальных показателях физического развития, отсутствии соматических и неврологических нарушений дополнительное обследование ребенку не назначается, а проводится ступенчатая терапия.

Идея подобной терапии заключается в том, чтобы постепенно, шаг за шагом пытаться облегчить болевой синдром, последовательно используя средства от наиболее естественных к более сложным с постепенным подключением лекарственных средств лишь при отсутствии эффекта от предыдущих шагов.

Отмечено, что эффективность этапной терапии кишечных колик одинакова у всех детей и может использоваться как у доношенных, так и у недоношенных.

■ В идеологию ступенчатой коррекции заложен путь от простых мероприятий к более сложным, что позволяет с наименьшей медикаментозной нагрузкой и диагностическими исследованиями купировать функциональные кишечные колики или выявить наличие патологического процесса у ребенка

■ I этап

Консультирование семьи (беседа с родителями с акцентом на физиологию возникновения дисфункции кишечника у младенца, крика, особенности детского сна). Оценка психологического состояния матери. Проведение беседы с растерянными и напуганными родителями, объяснение им причин колик, того, что это не болезнь, объяснение, как они протекают и когда должны закончиться. Снятие психологического напряжения, создание ауры уверенности также помогают уменьшить боль у ребенка и выполнить правильно все назначения педиатра [6, 9, 10].

Кроме того, в последнее время появилось много работ, доказывающих, что функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) значительно чаще встречаются у первенцев, долгожданных детей, детей пожилых родителей и в семьях с высоким уровнем жизни, т. е. там, где имеется высокий порог тревожности по поводу состояния здоровья ребенка. В немалой степени это обусловлено тем, что напуганные родители начинают принимать меры, в результате чего эти расстройства закрепляются и усиливаются. Поэтому во всех случаях функциональных расстройств деятельности ЖКТ лечение следует начинать с общих мероприятий, которые направлены на создание спокойного психологического климата в окружении ребенка, нормализацию образа жизни семьи и ребенка [4, 8].

Коррекция питания. При грудном вскармливании – поддержка грудного вскармливания; оценка правильности проведения грудного вскармливания: диета матери (необходимо выяснить, как питается мать, и при сохранении разнообразия и полноценности питания предложить ограничение жирных

продуктов и тех продуктов, которые вызывают метеоризм (огурцы, майонез, виноград, фасоль, кукуруза), и экстрактивных веществ (бульоны, приправы); оценка реакции матери на молоко (коровье или козье). Если мама не любит молока и редко пила его до беременности или после него усиливался метеоризм, то лучше и сейчас не пить молока, а заменить его кисломолочными продуктами); оценка правильности прикладывания к груди, положения ребенка, длительности кормления и эффективности сосания.

При смешанном и искусственном вскармливании акцентировать внимание на виде смеси, наклоне бутылочки, заполнении соски молоком, размере и количестве отверстий, для того чтобы кормление занимало не менее 15 минут.

Применение профилактических растительных препаратов. С профилактической целью целесообразно использование фоновой терапии в виде препаратов ветрогонного и мягкого спазмолитического действия на основе растительных средств (ромашки, фенхеля, солодки, эфирных масел и др.). По данным отечественных авторов, в РКИ с участием 125 младенцев эффект от приема средств на основе фенхеля наблюдался у 65% детей с тяжелыми коликами в сравнении с 24% детей в контрольной группе ($p < 0,01$) [1].

В другом исследовании в РКИ с участием 88 детей при оценке действия комплексного фитопрепарата (на основе ромашки, фенхеля и Melissa) при младенческих коликах у детей на грудном вскармливании регистрировалось значительное снижение колик при профилактическом приеме фитопрепарата в течение недели в сравнении с плацебо (уменьшение времени плача с 201 до 77 минут в день и со 199 до 170 минут в день соответственно, $p < 0,005$), при этом в первой группе ответ на препарат составил 85% при 49%-ном ответе в группе контроля ($p < 0,005$) [1, 16, 18].

■ II этап

Физические методы: положение, облегчающее боль, сухое тепло на живот, массаж живота и т. д. При усиленном метеоризме и вздутии живота применение растительных ветрогонных средств и/или препаратов симетикона. Эти лекарственные средства способствуют разрушению газовых пузырьков в питательной взвеси и слизи ЖКТ. Высвобождаемые при этом газы могут поглощаться стенками кишечника или выводиться из организма благодаря перистальтике. Необходимо иметь в виду, что если в генезе колик преимущественную роль играет метеоризм, то эффект будет замечательный. Если в генезе преимущественно играет роль нарушение перистальтики за счет незрелости иннервации кишечника, то эффект будет значительно меньше. Препараты симетикона лучше использовать не в профилактическом режиме, а в момент колики, при возникновении болей, тогда при наличии метеоризма эффект наступит через несколько минут.

■ III этап

При отсутствии эффекта от предыдущих мероприятий предполагается преимущественная роль в генезе кишечной колики спазма участков кишечника: показано применение

механических методов – очистительная клизма, газоотводная трубка, слабительные свечи. Родители детей, у которых имеется незрелость или патология со стороны нервной регуляции, будут вынуждены чаще прибегать именно к этому способу купирования колик.

■ IV этап

При отсутствии эффекта назначение медикаментозных спазмолитических средств.

Наши исследования, проведенные на группе 100 детей с тяжелыми кишечными коликами, показали следующие результаты: эффективность степовой коррекции на первом этапе составила 19%, на первом и втором этапе в совокупности – 61% и, наконец, эффективность всего комплекса степовой терапии – 94%.

При этом следует отметить, что у 6 детей (6%), несмотря на комплекс проведенных мероприятий, не только не было

отмечено положительной динамики, но и появилось нарастание симптоматики с присоединением других кишечных расстройств: запоров, диареи, срыгивания, нарушения прибавки массы тела. Указанная группа детей нуждалась в более углубленном обследовании с целью верификации нозологической формы заболевания и назначения соответствующей терапии.

Таким образом, предложенная схема позволяет с наименьшей медикаментозной нагрузкой и экономическими затратами проводить коррекцию состояния у подавляющего числа детей и лишь при отсутствии эффективности назначать дорогостоящее обследование и лечение.

Исходя из приведенных данных, единственным доказанным средством в облегчении младенческих колик как транзиторного явления служит время, поскольку в абсолютном большинстве (около 94%) случаев к 6 месяцам колики самостоятельно проходят [1–5, 7, 14, 16].



ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова Т.В. и соавт. Подходы к коррекции функциональных кишечных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы // Вопросы детской диетологии. 2005. №5(3). С. 21–24.
2. Бельмер С.В. Лактазная недостаточность. Русский медицинский сервер // Дет. гастроэнтеролог. 2000.
3. Дубровская М.И., Мухина Ю.Г., Шумилов П.В. Принципы подбора смесей для искусственного вскармливания детей // Трудный пациент. Педиатрия (приложение). 2006. №9. С. 12–17.
4. Жихарева Н.С., Хавкин А.И. Что же такое детские кишечные колики? // РМЖ. 2006. №16. С. 964–966.
5. Кешишян Е.С. Кишечные колики и коррекция микробной колонизации у детей первых месяцев жизни. Клиника. Дифференциальная диагностика. Подходы к терапии // Информация для врачей. М., 2006.
6. Римашевская Н.В., Кремнева Л.Ф. Психическое развитие детей раннего возраста при нарушении материнского поведения // Журнал неврологии и психиатрии. 2003. №2. С. 19–24.
7. Самсыгина Г.М., Брашнина Н.П. Эспумизан в лечении метеоризма у детей первого года жизни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. Прил. № 8. Материалы 5-й Российской гастроэнтерологической недели. 30 окт. – 5 нояб. 1999. С. 125.
8. Фатеева Е.М., Цареградская Т.В. Грудное вскармливание и психологическое единство мать–дитя: учеб. пособие для медицинского персонала учреждений родовспоможения и детства. М., 2000. С. 183.
9. Филиппова Г.Г. Психология материнства. М., 2002. С. 240.
10. Akman I., Kusu K., Ozdemir N. et al. Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic // Arch. Dis. Child. 2006. May. №91(5). P. 417–419.
11. Gupta S.K. Is colic a gastrointestinal disorder? // Curr. Opin. Pediatr. 2002. №14. P. 588–592.
12. Levitzky S., Cooper R. Infant colic syndrome–maternal fantasies of aggression and infanticide // Clin. Pediatr. (Phila). 2000. Jul. №39(7). P. 401–402.
13. Lindberg T. Infantile colic and small intestinal function: a nutritional problem? Acta. // Paediatr. Suppl. 1999. №430. P. 58–60.
14. Lucassen L.B., Assendelft W.J., Gubbels L.W., van Eijk J.T., Douwes A.C. Infantile colic: crying time reduction with a whey hydrolysate: a double-blind, randomized, placebocontrolled trial // Pediatrics. 2000. №106. P. 1349–1354.
15. Rautava S., Kallimaki M., Isolauri E. New therapeutic strategy for combating the increasing burden of allergic disease: probiotics: a Nutrition, Allergy, Mucosal Immunology and Intestinal Microbiota (NAMI) Research Group report // J. Allergy Clin. Immunol. 2005. №116. P. 31–37.
16. Roberts D.M., Ostapchuk M., O'Brien J.G. Infantile colic // Am. Fam. Physician. 2004. Aug. №15; 70(4). P. 735–740.
17. Saavedra M.A., Dacosta J.S., Garcias G., Horta B.L., Tomasi E., Mendoca R. Infantile colic incidence and associated risk factors: a cohort study // Pediatr. (Rio J). 2003. №79(2). P. 115–122.
18. Weizman Z., Alkrinawi S., Goldfarb D., Bitran C. Efficacy of herbal tea preparation in infantile colic // J. Pediatr. 1993. №122. P. 650–652.
19. Weizman Z., Asli G., Alsheikh A. Effect of a probiotic infant formula on infections in child care centers: comparison of two probiotic agents // Pediatrics. 2005. №115. P. 5–9.
20. Wessel M.A. Paroxysmal fussing in infancy sometimes called colic // Pediatrics. 1954. №14. P. 421–434.
21. Wessel M.A., Cobb J.C., Jackson E.B., Harris G.S., Detwiler A.C. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called «colic» // Pediatrics. 1954. №14. P. 421–435.