

П.Л. ЩЕРБАКОВ, д.м.н., Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

КИШЕЧНЫЕ КОЛИКИ У МЛАДЕНЦЕВ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

Кишечные колики, наряду с синдромом срыгивания и нерегулярным стулом, входят в понятие функциональных кишечных нарушений у детей первых месяцев жизни. Эти нарушения с различной интенсивностью и длительностью встречаются практически у 90% детей раннего возраста. Обычно в возрасте 3–4 мес. у большинства детей они практически полностью проходят. Однако эта проблема по-прежнему вызывает интерес педиатров, неонатологов, гастроэнтерологов, а также невропатологов, учитывая отсутствие единого понимания механизма формирования кишечных дисфункций у детей и тактики их ведения (рис. 1).

Ключевые слова: дети, кишечные колики, фитопрепараты, адсорбенты, пеногасители

Согласно зарубежным исследованиям, полученные данные по эпидемиологии кишечных колик свидетельствуют о встречаемости в диапазоне от 3 до 40% младенцев в первые месяцы жизни. Вместе с тем результаты опроса родителей говорят о значительно более высоких цифрах распространенности кишечных колик, достигая 80% и более.

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. Согласно определению М.А. Wessel (1954), 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»).

Что же служит причиной возникновения этого состояния?

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. Кишечные колики обусловлены морфо-функциональной незрелостью нервно-мышечного аппарата кишечника ребенка на фоне незрелости ферментной системы и становления микробиоценоза кишечника [1].

Болевой синдром связан с повышенным газонаполнением кишечника на фоне кормления или в процессе переваривания, характерно чередование спазмированных и перерастянутых участков кишечной трубки. Также это, возможно, связано с возникающими одновременно гастроилеальными и гастроцекальными рефlekсами, которые были описаны еще в 1909 г. G. Holzknacht и S. Jonas. Сущность данных рефlekсов в том, что спустя 1–10 мин после начала приема пищи возникает периодическое повышение моторной активности

кишки. Гастроцекальный рефлекс вызывает массивную моторную деятельность одновременно всех сегментов толстой кишки [2, 3]. Не следует упускать из вида еще один механизм колик, связанный с дефицитом холецистокинина вследствие нарушения функции желчного пузыря [4].

В целом незрелость центральной и в большей мере периферической регуляции иннервации кишечника приводит к тому, что перистальтическая волна охватывает не всю кишечную трубку, а лишь ее участки. При этом в определенных отделах тонкого кишечника возникает резкий спазм кишки и, соответственно, боль в виде колики [5].

В свою очередь, незрелость ферментной системы и становления микробиоценоза определяет не полное расщепление жиров и особенно углеводов, что приводит к более выраженному газообразованию. Последние способствуют раздуванию отдела тонкой кишки, а также возникновению колики [6].

■ Незрелость центральной и в большей мере периферической регуляции иннервации кишечника приводит к тому, что перистальтическая волна охватывает не всю кишечную трубку, а лишь ее участки. При этом в определенных отделах тонкого кишечника возникает резкий спазм кишки и, соответственно, боль в виде колики

Клинически кишечные колики у младенцев протекают в виде приступов, которые возникают во время или вскоре после кормления. КК проявляются спастическими болями в животе, метеоризмом, сопровождающимся урчанием и вздутием живота, пронзительным плачем ребенка, нередко с покраснением лица.

Необходимо помнить, что диагноз кишечной колики устанавливается только после того, как были исключены более грозные состояния, сопровождающиеся возникновением абдоминальной боли. Очень важно обратить внимание на наличие т. н. симптомов тревоги, не характерных для детских кишечных колик.

Дифференциальный диагноз I. Хирургическая патология

При выраженной, плохо купирующейся колике необходимо исключить хирургическую патологию. Для любого острого хирургического состояния характерно:

- а) болезненность при пальпации, пассивное напряжение брюшной стенки;
- б) повышение температуры до фебрильных цифр;
- в) отказ от еды;
- г) повторная рвота (не срыгивание);
- д) отсутствие самостоятельного стула;
- е) отсутствие реакции и уменьшение болевого синдрома при использовании средств, снимающих функциональную кишечную колику.

Для функциональных колик не характерны болезненность при пальпации живота, напряжение мышц брюшной стенки и затруднение при глубокой пальпации. Колики часто сопровождаются срыгиваниями и иногда рвотой, но без каких-либо примесей (например, желчь). Срыгивание – это свободное излитие содержимого желудка без вегето-висцеральной реакции. Срыгивание не сопровождается изменениями со стороны сосудистого тонуса (побледнение или покраснение кожных покровов), усилением потоотделения, понижением температуры тела, участием глубокой мускулатуры брюшной полости, что является характерной особенностью для рвоты [5, 7, 8].

II. Инфекционные соматические заболевания бактериального генеза, протекающие с выраженным болевым

Рисунок 1. Общая схема причин возникновения, механизма формирования и методов немедикаментозной терапии кишечной колики у детей

Причины возникновения кишечных колик (КК)

- ранний перевод на искусственное вскармливание
- нарушение рациона питания матери при грудном вскармливании
- недостаток выработки или особенности метаболизма в материнском организме прогестерона
- незрелая ферментная система кишечника ребенка
- негативная реакция организма на некоторые компоненты искусственных смесей
- аллергические и псевдоаллергические реакции
- дисбиоз кишечника
- функциональная, транзиторная лактазная недостаточность

Патогенетические аспекты

Возникновение КК обусловлено морфофункциональной незрелостью нервно-мышечного аппарата кишечника ребенка на фоне позднего старта ферментов и становления микробиоценоза кишечника

Ведущий механизм формирования колик

Повышенное газообразование кишечника на фоне кормления или в процессе переваривания, которое сопровождается спазмом участков кишечника и, как следствие, болевым синдромом, приводящим к нарушению общего состояния ребенка

Диагностические критерии

- возраст 1–6 мес.
- крайнее беспокойство и громкий плач чаще после еды
- продолжительность симптомов более 10% от времени суток
- рекуррентный характер симптомов

Симптомы тревоги

- лихорадка
- похудение
- дисфагия
- рвота с кровью
- черный дегтеобразный стул
- появление крови в кале
- анемия
- лейкоцитоз
- увеличение СОЭ

Методы немедикаментозной коррекции КК

Нормализация психоэмоционального состояния матери

Коррекция рациона кормящей матери

Постуральная терапия

- После кормления подержать ребенка 10 мин в наклонном положении
- Укладывать младенца на живот между кормлениями и во время приступа
- Тактильный контакт живота ребенка с телом матери
- Поглаживание живота по часовой стрелке и легкий массаж живота

синдромом, могут маскироваться под кишечные колики, но они сопровождаются отказом от еды и срыгиванием. Основным отличием является длительность болевого синдрома, возможность гипертермии, отсутствие эффекта от терапии и отказ от еды.

III. Поражение со стороны нервной системы гипоксически-ишемического характера

Это самая частая патология, которую ставят врачи и пытаются лечить у детей с кишечными коликами. Различные варианты поражения нервной системы, помимо собственно неврологических нарушений, имеют множество педиатрических аспектов. Поражение вегетативных центров приводит к нарушению функционирования внутренних органов.

Достаточно часто встречается поражение шейного отдела. Даже в процессе обычных, а тем более патологических родов манипуляции с головкой плода могут привести к натяжению и травмированию позвоночных артерий с развитием вертебробазилярной ишемии.

Повреждение первых четырех сегментов спинного мозга дает тяжелую клиническую картину. Тяжесть обуславливается непосредственной близостью стволовых структур мозга. В клинической картине в периоде новорожденности доминируют бульбарные нарушения: нарушение сосания, поперхивание, вытекания молока через нос, гнусавый оттенок плача. Из-за поражения слюноотделительного ядра обильно выделяется водянистая слюна. Развивается парез кишечника в результате повреждения nucleus dorsalis nervi vagi. С улучшением состояния ребенка уменьшается симптоматика поражения ствола мозга. На первом месяце такие дети обильно срыгивают из-за нарушения иннервации гладкой мускулатуры пищевода, желудка, желудочно-пищеводного сфинктера. Часто подобная картина развивается при раннем назначении массажа такому ребенку, т. е. в острый период травмы. При избыточном усердии массажиста в области шеи происходит дополнительное травмирование позвоночных артерий и ухудшение состояния ребенка. Младенец становится очень возбудимым, срыгивает практически все съеденное, обильно выделяется слюна, нарушается моторика кишечника, усиливаются кишечные колики.

Для внутричерепной гипертензии характерны рвота и сильные боли в животе центрального характера, которые можно отнести к общемозговой симптоматике. Для лечения ВЧГ применяются мочегонные препараты, причем эффект от назначаемой терапии отмечается в первые дни лечения.

Клинический опыт ведущих педиатров убеждает, что диагноз внутричерепной гипертензии, передача невропатологам для лечения больных с дисфункцией ЖКТ значительно утрированы и само заболевание встречается значительно реже и имеет более серьезные причины и клиническую картину, чем принято считать сегодня. У детей с дисфункцией ЖКТ и незрелостью нервно-мышечного аппарата необоснованное назначение мочегонных препаратов может привести к нарушению хрупкого электролитного баланса и усугубить проблемы. Таким образом, дифференциальный диагноз и выявление первичного звена патогенеза при болевом син-

дроме у детей раннего возраста имеют решающее значение, и неправильное лечение может лишь ухудшить состояние ребенка. Тяжелые формы поражения центральной и периферической нервной системы имеют четкие неврологические проявления, и частые спазмы кишечника за счет патологической иннервации являются вторичными. Основным клиническим отличием является стойкость проявлений, длительность приступа и отсутствие реакции на терапию.

IV. Ферментопатии

В первую очередь к ним относится лактазная недостаточность. Под термином *лактазная недостаточность* понимают сниженную активность кишечной лактазы – фермента пристеночного пищеварения, расщепляющего лактозу на моносахариды: галактозу и глюкозу [9].

Это достаточно широко распространенная патология. Конституциональная лактазная недостаточность широко распространена. В странах Европы, особенно в северо-западных районах, лактазный дефицит встречается редко (2–30%), но в некоторых районах Африки и Азии лактазный дефицит может достигать до 100%. Частота лактазной недостаточности в России составляет от 10 до 75% в зависимости от этнической или национальной принадлежности. Первичная лактазная недостаточность является достаточно редкой патологией и характеризуется резким вздутием живота, жидким, частым и обильным стулом, срыгиванием, рвотой и отсутствием прибавки массы тела. Функциональная, транзиторная лактазная недостаточность наиболее часто встречается у детей раннего возраста. Чаще наблюдается у детей с низким сроком гестации. Лактаза максимально продуцируется у плода/новорожденного к 38–40-й нед. гестации, поэтому у детей, родившихся с более низким сроком гестации или с морфофункциональной незрелостью, фермент присутствует в меньшем количестве, однако в дальнейшем состоянии купируется с формированием нормолактазии.

Неправильный рацион матери при грудном вскармливании ребенка также может стать причиной кишечных колик: употребление острых, пряных продуктов, продуктов, вызывающих повышенное газообразование, а также цельного коровьего молока способствует развитию колик у детей. Ряд исследований выявили определенную закономерность – чем меньше гестационный возраст ребенка, а также масса при рождении, тем выше риск развития у младенца детских колик. Время начала кишечных колик у недоношенных детей (более 35 нед. гестации) более раннее и соответствует 41–43 нед. скорректированного возраста, продолжительность колик увеличена на 5–6 мес. Наиболее частой причиной нарушения функционирования ЖКТ является незрелость в виде слабой миелинизации нервных стволов и недостаточность медиаторов в межнейронных и нервно-мышечных синапсах, которые встречаются преимущественно у недоношенных детей, особенно имеющих низкий и экстремально низкий вес при рождении, а также у доношенных с морфофункциональной незрелостью. Такие дети обычно обильно срыгивают по причине недостаточной регуляции тонуса желудочно-пищеводного сфинктера и энтеральной нервной системы, кишечные

колики продолжаются иногда до 5–6-месячного возраста. Часто бывают запоры.

Курение матери во время беременности, а также после родов увеличивает риск возникновения колик у ребенка в два раза.

Лечение кишечной колики у грудных детей должно носить поэтапный характер.

Коррекция этого функционального состояния на первом этапе включает в себя следующие составляющие:

1. Психологическую подготовку родителей.
2. Поддержку грудного вскармливания.
3. Рациональное питание матери при грудном вскармливании.
4. Подбор смеси при необходимости смешанного или искусственного вскармливания.

В первую очередь необходимо обратить внимание на психоэмоциональное состояние матери и окружающих родственников. Зачастую колики являются реакцией ребенка на неблагоприятную психоэмоциональную среду в семье. Поэтому очень важно провести беседу с мамой и родственниками, окружающими маму и ребенка, объяснить, как важен психологический климат [10].

В последнее время в литературе все больше обсуждается вопрос о крике ребенка как выражении его психологического дискомфорта, например при недостатке телесного и эмоционального контакта с матерью, депрессивном состоянии матери, при укорочении периода кормления, повышенном уровне тревожности семьи. И это еще одна группа факторов, на которые врачами мало обращается внимания, тем не менее она играет существенную роль в благополучии ребенка.

Грудное молоко – это необходимый источник не только питательных веществ, но и факторов, способствующих созреванию ребенка, что значительно уменьшает тяжесть болевого синдрома и частоту колик. Отмена грудного молока даже при резистентных коликах не рекомендуется. Кормление производится по требованию малыша, интервалы между кормлениями несколько сокращаются, а объем разового кормления несколько уменьшается.

Рациональное питание матери. Необходимо при сохранении разнообразия и полноценности питания ограничить прием жирных продуктов и тех продуктов, которые вызывают метеоризм (огурцы, майонез, виноград, фасоль, кукуруза) и экстрактивных веществ (бульоны, приправы). Если мама не любит молоко и редко пила его до беременности или после него усиливался метеоризм, то лучше и сейчас не пить молока, а заменить его кисломолочными продуктами.

Если ребенок находится на смешанном и искусственном вскармливании, то можно оценить вид смеси и изменить питание, например исключить наличие в ней животных жиров, кисломолочной составляющей, с учетом очень индивидуальной реакции ребенка на кисломолочные бактерии; подбирать смеси, куда включены олигосахара, обладающие пробиотическим действием, или низколактозные смеси. Однако главным правилом должно быть отсутствие использования смесей разных фирм одновременно. Целесообразно

использование специальных лечебных смесей-загустителей, способствующих облегчению опорожнения кишечника. Если колики связаны с лактазной недостаточностью, ребенку назначают безлактозные смеси, которые вводят в рацион постепенно, вытесняя стандартную смесь.

Второй важный этап в лечении КК – это поструральная терапия. После кормления необходимо подержать ребенка в наклонном положении (под углом 45°!) в течение 10–15 мин, для отхождения воздуха, заглоченного во время кормления. Между кормлениями и во время приступа колик малыша укладывают на живот. Положительный эффект оказывает тактильный контакт живота ребенка с телом матери, что обусловливается расслабляющим тепловым воздействием. При неэффективности данных мероприятий назначаются лекарственные препараты.

■ Неправильный рацион матери при грудном вскармливании ребенка также может стать причиной кишечных колик: употребление острых, пряных продуктов, продуктов, вызывающих повышенное газообразование, а также цельного коровьего молока способствует развитию колик у детей

В настоящее время существует несколько групп препаратов, позволяющих достичь определенных результатов (рис. 2).

Во-первых, это препараты, нормализующие перистальтику и способствующие скорейшему выведению газов из кишечника. Это фитопрепараты ветрогонного и мягкого спазмолитического действия, содержащие фенхель, кориандр, цветки ромашки, настой укропа, тмина. Эти препараты принимают дети в течение дня или перед каждым кормлением. При повышенном газообразовании и уже возникшем приступе кишечных колик такие препараты малоэффективны.

Во-вторых, это адсорбенты. Они способны поглощать избыточное количество газов и вместе с ними выводиться из организма. К сожалению, эти препараты не отвечают всем требованиям для лечения метеоризма. В первом случае непродолжительный ветрогонный эффект наступает через значительный промежуток времени после приема лекарственного средства. При использовании адсорбентов из просвета кишки вместе с газами могут удаляться микроорганизмы, минеральные вещества и витамины, недостаток которых впоследствии приходится компенсировать. Кроме того, ни один из перечисленных препаратов не позволяет очистить слизистую оболочку для адекватного ее осмотра при эндоскопическом исследовании.

И наконец, третья группа лекарственных средств, используемых при флатуленции, – пеногасители. Действие этих препаратов основано на высвобождении газов из пузырьков слизи. Осаждение пены уменьшает общий объем, восстанавливает естественную абсорбцию газов через кишечную стенку, ускоряет интестинальный транзит и увеличивает кумулятивную экскрецию газов. Отсутствие эффекта от лечения

Рисунок 2. Группы лекарственных препаратов для лечения кишечных колик



пеносгасителями в течение 5–7 дней свидетельствует о наличии заболевания, при котором кишечная колика является лишь одним из его проявлений. Это является дополнительным поводом для обследования и целенаправленного лечения основной болезни.

Остается спорным целесообразность включения в комплекс коррекции болевого синдрома при кишечных коликах ферментов и биопрепаратов, хотя в большинстве случаев в первые месяцы жизни имеется замедленное формирование микробиоценоза кишечника.

Терапия кишечных колик требует индивидуального подхода в каждом отдельном случае, внимательного дифференциального диагноза и дифференцированного лечения. Эта проблема по-прежнему вызывает неослабевающий интерес педиатров, неонатологов, гастроэнтерологов и невропатологов. Пеносгасители являются высокоэффективным лекарственным средством для лечения заболеваний, сопровождающихся повышенным газообразованием в кишечнике. Они с успехом могут применяться не только у детей грудного возраста, но и у беременных женщин и кормящих матерей.



ЛИТЕРАТУРА

1. Кешишян Е.С. Кишечные колики и коррекция микробной колонизации у детей первых месяцев жизни: Клиника. Дифференциальная диагностика. Подходы к терапии. Лекция для врачей. М., 2007.
2. Хавкин А.И., Кешишян Е.С., Прыткина М.В., Какишвили В.С. Возможности диетической коррекции синдрома срыгиваний у детей раннего возраста. Сб. материалов 8 конференции «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». М., 2001: 47.
3. Хавкин А.И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. Пособие для врачей. М., 2001: 16-17.
4. Matheson I. Infantile colic—what will help? TidsskrNorLaegeforen. 1995, 115 (19): 2386-2389.
5. Бердникова Е.К., Кешишян Е.С. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. *Рус. мед. журнал*, 2006, 14 (19): 1397-400.
6. Килгур Т., Уэйд С. Колики у детей грудного возраста. *Доказательная медицина*. 2005, 4: 629–32.
7. Boychuk RB. Infant Colic. University of Hawaii Case Based Pediatrics For Medical Students and Residents. University of Hawaii John A. Burns School of Medicine. April 2003.
8. Leung AK, Lemay JF. Infantile colic: a review J R Soc Health. 2004, 124 (4): 162-6.
9. Соколов А.Л., Копанев Ю.А. Лактазная недостаточность: новый взгляд на проблему. *Вопросы детской диетологии*, 2004, 2, 3: 77.
10. Самсыгина Г.А. Диетотерапия при дисфункциях желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. *Лечащий врач*, 2001, 2: 54.