

**М.Ю. ДЕНИСОВ,
А.С. ЯКУШИН, Е.В. ГИЛЬД, Н.А. АКСЕНОВ**

МЛАДЕНЧЕСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	8
Введение	9
Глава 1. Особенности системы пищеварения в младенческом возрасте	11
Анатомические и структурные особенности желудочно-кишечного тракта	11
Полость рта	12
Прорезывание зубов	13
Пищевод и желудок	16
Кишечник	18
Печень и билиарный тракт	21
Поджелудочная железа	22
Особенности функционирования пищеварительной системы в раннем возрасте	23
Полость рта	23
Желудок	24
Поджелудочная железа и билиарный тракт	25
Тонкая кишка	27
Толстая кишка	29
Становление и роль микробиоты кишечника	29
Формирование кишечной микробиоты у плода	29
Постнатальное формирование кишечной микробиоты	30
Программирующая роль кишечной микробиоты	33
Глава 2. Младенческие колики	35
Клиническая картина	36
Диагностика	38
Дифференциальная диагностика	41
Терапевтическая тактика	43
Глава 3. Острые алиментарные расстройства пищеварения	47
Причины и патогенез	47
Клиническая картина	51
Диагностика	54
Дифференциальная диагностика	55
Терапевтическая тактика	55
Лечебное питание	56
Энтеросорбентная терапия	57

Заместительная ферментотерапия	58
Антифлатуленты	59
Глава 4. Заболевания, сопровождающиеся синдромом срыгивания и рвоты ...	60
Анатомо-физиологические аспекты	60
Терминология и классификация	62
Основные причины и клиническая картина	64
Доброкачественные (физиологические) срыгивания	65
Патологическая регургитация	67
Диагностика	74
Терапевтическая тактика	75
Психологическая поддержка родителей	75
Рекомендации по уходу	76
Организация лечебного питания	78
Особенности применения антирефлюксных смесей	79
Медикаментозная терапия	81
Глава 5. Болезни, сопровождающиеся синдромом мальабсорбции	83
Лактазная недостаточность	83
Терминология	83
Классификация	84
Характеристика и патогенез	84
Клиническая картина	86
Диагностика	89
Дифференциальная диагностика	92
Терапевтическая тактика	98
Другие формы дисахаридазной недостаточности	103
Дефицит или недостаточность сахаразы-изомальтазы (мальабсорбция сахарозы-изомальтозы)	103
Наследственная мальабсорбция глюкозы и галактозы	106
Целиакия (глютеновая энтеропатия)	108
Патогенез	109
Классификация	110
Клиническая картина	111
Диагностика	117
Определение диагностической тактики в реальной клинической практике	120
Терапевтическая тактика	123
Муковисцидоз (кистозный фиброз)	126
Патогенез	126
Классификация	128

Клиническая картина	128
Диагностика	132
Терапевтическая тактика	135
Прогноз	138
Глава 6. Функциональный запор	139
Анатомо-физиологические особенности	139
Классификация	143
Основные триггерные факторы и патогенез	143
Нерациональное питание матери, кормящей молоком	143
Недооценка индивидуальных пищевых особенностей младенца	144
Беспорядочное, насильственное вскармливание	146
Нарушения режима и рациона питания у детей старше 1 года	147
Гиподинамия и психотравмирующие ситуации	148
Соматические заболевания	149
Ятрогенные причины	150
Клиническая картина	152
Диагностика	158
Окончательный диагноз	162
Терапевтическая тактика	164
Педагогическая и психологическая поддержка	164
Лечебное питание	166
Пищевая пре- и пробиотическая поддержка	176
Туалетный тренинг, или обучение контролируемому акту дефекации	177
Восстановление условного рефлекса на дефекацию	179
Физические методы лечения	180
Медикаментозная терапия	184
Лечебная тактика при сфинктерите и анальной трещине	188
Профилактика	190
Глава 7. Функциональные расстройства билиарного тракта	192
Анатомо-физиологические аспекты	192
Классификация и терминология	195
Основные причины и патогенез	197
Клиническая картина	198
Абдоминальная боль	198
Диспепсические расстройства	201

Диагностика	206
Ультразвуковое исследование	208
Магнитно-резонансная холангиопанкреатография	211
Динамическая гепатобилисцинтиграфия	212
Терапевтическая тактика	214
Психологическая поддержка родителей	215
Организация лечебного питания	216
Организация режима дня	219
Медикаментозная терапия	220
Немедикаментозные методы лечения	224
Глава 8. Паразитарные заболевания	229
Лямблиоз (жардиаз)	229
Эпидемиология	230
Патогенез	231
Классификация	232
Клиническая картина	233
Диагностика	237
Дифференциальная диагностика	240
Терапевтическая тактика	240
Профилактика	246
Энтеробиоз	247
Эпидемиология	247
Патогенез	248
Клиническая картина	248
Диагностика	248
Терапевтическая тактика	249
Профилактика	250
Трихоцефалез (трихуроз)	250
Эпидемиология	252
Патогенез	252
Клиническая картина	253
Диагностика	254
Терапевтическая тактика	255
Профилактика	255
Аскаридоз	256
Эпидемиология	257
Патогенез	257
Клиническая картина	258
Диагностика	262
Терапевтическая тактика	262
Профилактика	263

Стронгилоидоз	263
Эпидемиология	264
Патогенез	264
Клиническая картина	265
Диагностика	266
Терапевтическая тактика	266
Профилактика	267
Глава 9. Пребиотическая и пробиотическая поддержка микробиоты желудочно-кишечного тракта	268
Терминология	268
Молекулярно-генетические методы диагностики	269
Классификация представителей микробиоты желудочно-кишечного тракта	270
Общая стратегия коррекции микробиоты желудочно-кишечного тракта	273
Пре- и пробиотическая поддержка	276
Пребиотики	276
Пробиотики	279
Практическое использование пробиотиков в медицине и нутрициологии	284
Функциональное питание	284
Пищевые добавки	286
Глава 10. Профилактика функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта	290
Режим и уход за ребенком	290
Планировка детской комнаты	291
Одежда	295
Организация полноценного сна	296
Пребывание на открытом воздухе (прогулки)	299
Уход за телом младенца	301
Водные процедуры	303
Здоровое питание ребенка и его семьи	304
Питание беременной и кормящей матери	305
Организация вскармливания на первом году жизни	308
Формирование пищевых приоритетов у детей и их родителей ...	310
Особенности введения первого прикорма	313
Питание ребенка старше 1 года	313
Двигательная активность ребенка	318
Список литературы	328

МЛАДЕНЧЕСКИЕ КОЛИКИ

Боль в животе — наиболее частая жалоба родителей маленьких пациентов, которые самостоятельно еще не могут рассказать о своих ощущениях. В более старшем возрасте абдоминальный болевой синдром детьми тоже оценивается далеко неоднозначно. Известно, что в силу определенных анатомо-физиологических особенностей центральной и вегетативной нервной систем ребенок до 3–5 лет не способен отчетливо локализовать боль и почти всегда переживает ее в виде тяжелой общей реакции. Дети раннего возраста склонны представлять всякие болевые ощущения в теле как «боль в животе», практически всегда указывая ее локализацию в области пупка. Чем младше ребенок, тем он менее способен описать свою боль из-за естественного дефицита соответствующего психологического и умственного опыта.

Общими причинами болевого абдоминального синдрома принято считать натяжение корня брыжейки, которая особенно восприимчива к болевому раздражению, и растяжение стенки кишечника, расширение просвета органа, например скоплением газов или каловых масс, в совокупности с гиперперистальтикой (экстензионный тип боли). Воспалительные и деструктивные изменения тканей органов брюшной полости или брюшины, ишемия органов, например при ущемленной грыже, инвагинации, растяжении капсулы органа и другие состояния также могут стать причиной абдоминальной боли.

На практике, осматривая детей первых лет жизни, педиатр довольно часто сталкивается с особой патологией — функциональными расстройствами, сопровождающимися абдоминальными болями. При описании болевого синдрома у младенцев первого года жизни выражение «абдоминальная боль» как таковое не применяется. Согласно Римским критериям IV пересмотра (Benninga M.A. et al., 2016) состояние с похожими симптомами называют *младенческими коликами* (infant colic; греч. *kolikos* — страдающий от кишечной боли). По данным многочисленных исследований, от 5 до 80% обращений к педиатру связаны именно с коликами (Бельмер С.В. и др., 2016; Савино Ф. и др., 2015). В нашей практике родители пациентов первого года жизни обсуждали в той или иной мере с врачом проблему колик в 1/3 случаев от всех

обращений (Денисов М.Ю. Кишечные колики ..., 2010). Данное расстройство с одинаковой частотой поражает детей обоих полов, находящихся на грудном и искусственном вскармливании (Shergrill-Bonner R., 2010). Этиология младенческих колик изучена недостаточно.



Авторы Римских критериев IV пересмотра обоснованно считают, что младенческие колики — классический пример функциональных расстройств ЖКТ, обусловленных незрелостью нервно-мышечной и гормональной регуляции деятельности кишечника (Benninga M.A. et al., 2016).

Высказывались гипотезы, что дебют колик может быть связан с нарушениями вскармливания (избыточное и насильственное кормление), наличием у младенца, находящегося на искусственном вскармливании, непереносимости белков коровьего молока или другой пищевой сенсibilизации, нарушением баланса состава кишечной микробиоты и др. Тем не менее общеизвестным является тот факт, что избыточное потребление матерью, кормящей грудью, острых, пряных продуктов, пищи, вызывающей повышенное газообразование (например, бобовые), а также цельного коровьего молока способствует развитию у детей колик. Общеизвестным провоцирующим фактором является курение матери и/или отца в присутствии младенца.

Нередко педиатры как у нас в стране, так и за рубежом считают младенческие колики неким «возрастным» явлением, через которое проходят абсолютно все дети. С этим не следует соглашаться. По нашим наблюдениям, только у 11% абсолютно здоровых грудных детей первых месяцев жизни появлялась картина колик без связи с характером вскармливания. Обычно они самопроизвольно исчезали через 1–3 нед после дебюта. В подавляющем большинстве случаев при тщательном сборе анамнеза, анализе стола кормящей матери и дневника плача ребенка подобная ситуация оказывалась связана с повторяющимися пищевыми углеводными погрешностями (Денисов М.Ю. Кишечные колики ..., 2010).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Дебют младенческих колик у детей первого года жизни происходит на первых 5 мес жизни, затем частота их значительно уменьшается. Обязательным условием данного состояния как самостоятельной функциональной нозологии является отсутствие связи между болью и физиологическими событиями, то есть приемом пищи, дефекацией и др. Они сопровождаются незначительной потерей повседневной активности, отсутствием органических причин боли и диагностических

признаков других функциональных гастроэнтерологических нарушений (Бельмер С.В. и др., 2016).

Вечерние часы — наиболее типичное время для возникновения младенческих колик, что, очевидно, объясняется доминирующим вагусным влиянием на незрелые органы ЖКТ. До момента приступа родители указывают на общее удовлетворительное состояние ребенка, он весел, активен, имеет прекрасный аппетит, показатели физического развития не нарушены. В большинстве случаев матери описывают ситуацию, что внезапно «ребенка как подменили». Посреди полного здоровья появляется приступ резкого беспокойства и негативизма, которые проявляются пронзительным приступообразным криком, длительность которого может достигать нескольких часов. Кожные покровы лица обычно гиперемированы, малыш прижимает ножки к животу (в простонародье — «сучит ножками»), газы и кал не отходят.

В момент колик при осмотре отмечаются умеренное вздутие кишечника, напряженность мышц передней брюшной стенки, не достигающая, однако, степени «острого живота». Все указанные симптомы существенно уменьшаются или полностью исчезают после разрешения приступа, самопроизвольного отхождения газов и/или кала. Однако спустя определенное время он может повториться.



Ситуация колик у младенца вызывает серьезные психологические переживания у родителей, панику и даже истерику. По нашим наблюдениям, особенно это актуально для родителей старше 30–35 лет, не имевших ранее опыта воспитания детей. Их первенец долгожданен, однако они не всегда готовы к тому, что процесс воспитания не будет гладким.

Женщины с богатым материнским опытом обычно вовсе не обращаются к врачу с подобными жалобами, самостоятельно решая проблему. Нами замечено, что чем больше матери беспокоятся, «устраивают суету» вокруг ребенка, тем тяжелее и длительнее протекают клинические проявления колик у младенца. Биологическая взаимосвязь мать—младенец в данном случае несомненна. У одной наблюдаемой нами матери ежевечерние приступы колик у малыша 2,5 мес вызвали тяжелую стрессовую реакцию, которая потребовала помощи психиатра и назначения антидепрессантов. Отец же другого наблюдаемого пациента оказался настолько восприимчив к крику младенца с коликами, что на длительное время задерживался на работе, порой ночевал у родственников. Только помощь психотерапевта обоим родителям, правильно организованное лечение младенца оказались «полезными» для восстановления семейного счастья.

ДИАГНОСТИКА

Римские критерии IV пересмотра (Benninga M.A. et al., 2016) предлагают следующие критерии младенческих колик.

1. Клинические проявления начинаются и завершаются у детей младше 5 мес жизни.

2. Повторный и пролонгированный период детского плача, беспокойства или раздражительности, которые возникают без очевидной причины и не могут быть предупреждены.

3. Нет признаков нарушения развития, лихорадки или иных болезней (симптомы «тревоги»).

Итак, факт младенческих колик ставит перед врачом серьезную диагностическую задачу. С практической точки зрения рекомендуемым первым шагом является выявление возможныхстораживающих симптомов — «тревожных сигналов». Необходимо дифференцировать детские колики как самостоятельное функциональное заболевание и как симптом другой болезни, например при непереносимости лактозы. Важно исключить патологическое состояние, которое может проявляться как детские колики с плачем, беспокойством, вздутием живота (табл. 2.1).

Прежде всего, педиатр должен максимально подробно расспросить мать и оценить анамнез. Мы считаем, что наиболее целесообразным в описанной ситуации является ведение так называемого «*дневника плача*». В нем родители отмечают время начала и окончания приступа, рацион питания матери (при грудном вскармливании), частоту приемов и объем пищи для младенца (при любом типе вскармливания), характер стула, наличие газов, обыденные события окружающей среды и т.п.

Диагностический поиск должен быть направлен на обе заинтересованные стороны — мать и ее семью, с одной стороны, и младенца — с другой стороны. Так, у кормящей **матери** важно досконально исследовать ее питание, выявить факты употребления цельного молока или аналогичных блюд, продуктов со значительным количеством углеводов, цитрусовых, ягод, шоколада и т.д. В некоторых случаях семейно-домашние ситуации вполне могут привести к приступу колик у незрелого ребенка: жаркий и сухой микроклимат в комнате, где спит малыш; спертый воздух; яркий свет из окна в момент укладывания на ночной сон; эмоционально-напряженный вечерний разговор родителей; надевание тугого подгузника и пр. Так, в нашей практике наблюдался необычный случай, выявление причины колик при котором позволило одновременно «излечить» ребенка.

Таблица 2.1

Дифференциальная диагностика при младенческих коликах

Признак	Младенческие колики	Непереносимость лактозы	Острая хирургическая патология органов брюшной полости	Острый пиелонефрит	Острое инфекционное нарушение пищеварения
Возраст начала болезни	0–5 мес	2–4 нед	Любой	Любой	Любой, но чаще второе полугодие
Периодичность	Несколько раз в день, чаще вечером	Несколько раз в день или постоянно	Нет периодичности, острая ситуация	Нет четкой периодичности	Связана с причиной, обычно кратковременна
Аппетит	Хороший или отличный	Удовлетворительный	Отказ от еды	Удовлетворительный	Удовлетворительный или отказ от еды
Рвота	Нет	Нет	Возможна	Возможна	Да
Стул	Нормальный	Частый и жидкий, с кислым запахом	Задержка	Возможна задержка	Частый и жидкий
Диурез	Нормальный	Нормальный	Возможна задержка	Диурия	Нормальный
Лихорадка	Нет	Нет	Да, высокая	Возможна при остром течении	Чаще субфебрильная
Общее состояние вне приступа	Не страдает	Не страдает	Тяжелое	При остром течении тяжелое	Удовлетворительное или средней степени тяжести
Токсикоз	Нет	Нет	Да	Да	Да
Обезвоживание	Нет	Нет	Да	Возможно, но чаще нет	Да
Анализ крови	В норме	В норме	Лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ	Лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ	Возможен лейкоцитоз с лимфоцитозом
Анализ мочи	В норме	Возможна лактозурия	Возможна лейкоцитурия	Лейкоцитурия, бактериурия, микрогематурия	Возможна незначительная лейкоцитурия
Копрограмма	В норме	Бродильная диспепсия, рН <5,5	Кровь и другие примеси при инвагинации, дивертикулезе	В норме	Бродильная диспепсия, рН <5,5

Примечание: СОЭ — скорость оседания эритроцитов.



Алиса Р., 3 мес. Родилась от первой поздней беременности (матери на момент рождения 35 лет), протекавшей с признаками плацентарной недостаточности. Роды на 37-й неделе гестации путем кесарева сечения (по медицинским показаниям). У новорожденной установлено тугое обвитие шеи пуповиной. Масса тела при рождении — 2950 г. Доношенный незрелый новорожденный. Мать отказалась от кормления грудью, мотивируя тяжелым состоянием после беременности и родов. С первых часов назначена гипоаллергенная смесь с пониженным уровнем лактозы. В первые недели состояние ребенка стабильное, прибавка массы тела и рост адекватные.

На 5-й неделе развития мать обратилась к педиатру с жалобами, что у девочки внезапно появляются колики и интенсивный крик в вечернее время. В период приступа газы не отходят, дефекация отсутствует. В другие часы девочка чувствует себя отлично, активна, эмоционально развивается соответственно возрасту.

При осмотре кожа чистая, со стороны легких и сердца отклонений не выявлено, живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. Стул 3–4 раза в день, мягкий, кашицеобразный, без патологических включений.

Участковый педиатр была полностью растерянна и посоветовала обратиться к специалисту. Гастроэнтеролог заподозрил аллергию на белок коровьего молока, так как аллергоанамнез у матери оказался отягощен (поллиноз, очаговая экзема). Младенцу назначена высокогидролизованная смесь без лактозы («Nutrilon Пепти Гастро»). В результате мать констатировала, что в течение 10 сут после введения нового питания эффекта нет, приступы колик продолжают каждый вечер, к полуночи ребенок успокаивается и засыпает.

Рекомендовано вести «дневник плача». Детальный анализ дневника показал, что 3 нед тому назад у матери обострилось аллергическое заболевание кожи вследствие погрешности в питании. Вечером она наносила на кожу кистей рук крем с топическими глюкокортикоидами, вскоре после этого приступала к пеленанию ребенка перед ночным сном. Именно в этот период начинались приступы плача и беспокойства. Заподозрено, что именно воздействие гормонального средства на кожу малышки вызывает колики: известно, что некоторые средства подобного типа могут провоцировать кратковременное чувство жжения кожи (эффект «жгучего перца»). Отмена вечерней процедуры обработки матерью своей кожи гормональным средством привела к полному излечению младенца.

Этот случай демонстрирует, что такое незначительное, с точки зрения матери, действие привело к столь серьезным расстройствам у незрелого младенца. Именно поэтому анализ семейного анамнеза должен быть очень тщательным.

Со **стороны ребенка** провоцирующими факторами для колик становятся методические ошибки вскармливания, перекорм. Мы считаем,

что на первом месте должен стоять вопрос о выявлении так называемого беспорядочного вскармливания. Замечено, что молодые матери давали младенцу грудь или смесь при его малейшем беспокойстве без учета времени суток и объема кормления. В некоторых случаях ребенок получал сверх физиологической нормы до 20% «лишней» пищи (Денисов М.Ю. Профилактика и лечение ..., 2010). По мнению ряда авторов (Клиническая диетология детского возраста, 2015), частое прикладывание ребенка к груди матери при его малейшем беспокойстве непременно приводит к перекорму. В связи с этим одной из важных задач педиатров является обучение матери распознаванию голодного крика ребенка и плача, обусловленного другими причинами.

При искусственном вскармливании часть родителей, точно следуя инструкции на банке со смесью, фактически насильственно кормили младенца, превышая объем суточного кормления относительно физиологической потребности. Этот факт, по нашему мнению, так же мог способствовать дебюту кишечных колик.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

В плане дифференциальной диагностики следует исключить признаки заболеваний, связанных с аллергией к белкам животного (коровьего, козьего) молока, с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и транзиторным снижением активности лактазы (Vandenplas Y. et al., 2013). Модифицированный нами алгоритм представлен на рис. 2.1.

Нередко колики потенцируются состоянием, связанным с повышенным газообразованием в кишечнике. Такое состояние чаще всего наблюдается при транзиторной непереносимости лактозы у незрелых детей. У младенцев аппетит не нарушен, но вскоре после кормления ребенок начинает сучить ножками, громко кричать, слышны кишечные звуки. В отличие от функциональной боли, при непереносимости лактозы стул у ребенка частый, порой до 10–15 раз в сутки, водянистый, пенистый, с резким кислым запахом, на ягодичках появляются гиперемия и мацерация. При лактазной недостаточности (ЛН) потребуется более детальное специализированное обследование; проблему непереносимости лактозы мы детально рассмотрим в главе 5.

Избыток газов в кишечнике может быть связан с неправильной техникой кормления, ведущей к аэрофагии. Врачу непременно следует проследить за техникой прикладывая к груди, отмечая позицию рта малыша относительно ареолы груди матери. В идеальных случаях губы ребенка должны плотно охватывать ареолу, а не только сосок. Неплотное смыкание губ вокруг соска, а не ареолы, способствует втягиванию



Рис. 2.1. Алгоритм дифференциальной диагностики и лечения при младенческих коликах: ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; АБКМ — аллергия к белкам коровьего молока

воздуха в процессе извлечения молока. Избыточное поступление воздуха в пищеварительную систему способно провоцировать колики. При искусственном вскармливании важным является оценка качества соски на бутылочке. Так, антиколиковая соска специализированной бутылочки с предотвращением обратного тока жидкости не позволяет малышу втягивать воздух в ЖКТ.

Стоит отметить, что довольно часто врачи, а порой и родители, объясняют кишечные колики якобы нарушенным состоянием микробиоты кишок, довольствуются анализом «кала на дисбактериоз» или аналогичными исследованиями. Назначение и последующая интерпретация таких анализов, по нашему мнению, нецелесообразны. Дело в том, что в этот возрастной период происходит становление первичной кишечной микробиоты, а данные, полученные этим культуральным анализом, с современной научной точки зрения абсолютно неинформативны.

Таким образом, сопоставление частоты крика ребенка, выяснение причин, вызвавших плач, а также последующее обследование позволяют выявить младенческую колику как самостоятельное заболевание или признак другой болезни. Как уже отмечалось, при коликах как функциональной патологии не ухудшается общее состояние ребенка вне приступа колик, отсутствует связь с характером вскармливания, физиологическими отправлениями, не происходит отставание в массе тела и психомоторном развитии. Общий анализ крови, мочи, копрологическое исследование не выявляют патологических сдвигов.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

При абдоминальных болях контакт матери с больным ребенком особенно важен. Ее психологическое состояние напрямую оказывает воздействие на маленького пациента. **Психологическая поддержка** родителей — залог дальнейшей эффективной терапевтической помощи. Очень важно, чтобы педиатр объяснил матери и отцу, что данное состояние — это временное явление, вызванное особыми анатомо-физиологическими особенностями пищеварительной системы и всего организма в целом, оно не спровоцировано тяжелыми нарушениями в здоровье ребенка. При необходимости следует провести беседу с родственниками, окружающими родителей и ребенка, объяснить, как важен положительный психологический микроклимат в семье для правильного развития человека. Мы категорически против внушений обеспокоенной матери, что, мол «колики бывают у всех, и они пройдут, не беспокойтесь». В ситуации младенческих колик рекомендуем матери как можно больше быть с младенцем, однако в воспитательных целях не стоит

этим злоупотреблять. Матери и отцу необходим достаточный сон, а не тревожное бдение над колыбелью в ожидании очередного приступа. При психологическом дискомфорте обоим родителям показаны совместные прогулки на свежем воздухе, душевная беседа, растительные успокаивающие средства (настой корня валерианы, травы пустырника, душицы и т.п.), в тяжелых случаях — помощь психотерапевта.

В дальнейшей тактике следует предусмотреть ряд параметров. Во-первых, если женщина кормит ребенка грудью, то следует оптимизировать ее **рацион питания**. Мы категорически против многочисленных запретительных советов, которыми порой богата даже специализированная литература. Психологическое состояние матери при этом только усугубляется, многие начинают себя винить из-за того, что «я съела то-то, и ребенку стало плохо». Кормящая мать должна питаться разнообразно, включать употребление большинства обычных продуктов. Однако мера должна быть во всем: чем проще продукт питания, меньше содержит консервантов, красителей и наполнителей, тем лучше для ребенка. Стоит временно заменить цельное коровье или другое животное молоко растительными продуктами (соевым, рисовым, овсяным молоком). Маме, кормящей грудью, надо поменьше есть капусту, как свежей, так и квашенной, гороха, фасоли, редьки, винограда, сладостей — словом, тех продуктов, которые усиливают процессы брожения в кишечнике и вызывают метеоризм. Длительность поддержания элиминационной диеты должна составлять не менее 2 нед с последующим продолжением при достижении клинического ответа ребенка (Бельмер С.В. и др., 2016).

Во-вторых, при **искусственном вскармливании**, когда аллергия к белкам коровьего молока у ребенка маловероятна, изначальное назначение дорогостоящих высокогидролизированных смесей нецелесообразно. В этом случае для данной возрастной категории успешно могут быть применены смеси на основе частичного гидролиза молочного белка с уменьшенным уровнем лактозы и включением пробиотических штаммов бактерий, например *B. lactis* BB-12: «NAN гипоаллергенный ОПТИПРО» (1, 2). Могут быть также рекомендованы смеси с композицией пре- и/или пробиотиков: «Nutrilon гипоаллергенный 1», «Nutrilon Комфорт» (1, 2), «Semper Bifidus» и др. Выбор конкретной пищевой формулы во многом зависит от конкретной клинической ситуации, опыта и квалификации лечащего врача и адекватного взаимодействия с родителями.

У младенцев с отягощенным аллергоанамнезом рекомендуется исключение из рациона питания белков коровьего молока и применение смесей на основе высокогидролизированных белков (Critch J., 2011; Клиническая диетология детского возраста, 2015). Могут быть рекомендованы смеси на основе гидролизованной сывороточной фракции белков —

«Nutrilon Пепти Гастро» (без лактозы) и «Nutrilon Пепти Аллергия», «Alfare» или гидролизованной казеиновой фракции — «Frisolac Gold PEP», «Frisolac Gold PEP AC» (без лактозы), «Similac Alimentum» и др.

Необходимо внести коррективы в режим кормления ребенка: интервалы между приемами пищи несколько сокращают, пытаясь контролировать частоту прикладываний к бутылочке, и, соответственно, уменьшают объем разового кормления. Заметим, что ни в коем случае нельзя допускать ситуации бесконтрольной смены смесей по любому поводу, перехода от перекорма к недокорму. Это может только усугубить течение функциональной патологии. Педиатр жестко должен контролировать ситуацию. Накопленный опыт показывает, что более чем в половине случаев младенческие колики исчезали при грамотной психологической поддержке родителей, оптимизации режима вскармливания или подборе адекватной лечебно-профилактической смеси.

В-третьих, следует организовать **помощь младенцу** при приступе колики. Когда ребенок плачет, первый порыв матери — взять его на руки и укачивать. Эти действия не всегда помогают или даже усугубляют обстановку. В беседе с родителями мы всегда делаем акцент на том, что трясти, укачивать младенца с коликой ни в коем случае нельзя: в результате действия центробежной силы и силы тяжести натяжение брыжейки кишечника увеличивается, плач будет еще более длительным.

Мы рекомендуем иной алгоритм. Мать или еще лучше отец должны сесть в удобную позу или лечь на спину. Причем многие родители уверяют, что ребенок быстрее всего затихает на руках отца. Данный совет индивидуален, но по крайней мере это может дать передышку уставшей маме. Страдающего от колик младенца необходимо положить животом к родителю на живот (поза «лицом к лицу»), допустимо применение теплой мягкой пеленки. Беспокоящемуся малышу необходимо слегка поглаживать спинку сверху вниз от шеи до ягодиц теплыми руками нежными движениями так, как гладят кошку.

Инстинктивно человек при боли в животе всегда принимает вынужденное положение, поэтому и в иных случаях ребенка укладывают на живот в колыбель с подогретым матрасиком и пеленками. Область живота необходимо освободить от стесняющей одежды. Рядом с подушкой желательно положить любимую мягкую игрушку или мешочек с защитными в него успокаивающими травами (лавандой, мятой, душицей, донником и др.).

Медикаментозная терапия при младенческих коликах весьма лимитирована и порой малоэффективна. В связи с возрастными ограничениями спазмолитическую терапию практически не применяют. Детям

старше 6 мес в редких случаях мы рекомендуем 1/2 ректального суппозитория папаверина (Папаверина гидрохлорид[♦]), то есть 10 мг, ситуационно.

В отечественной литературе рекомендуют использовать препарат, изготовленный из плодов фенхеля обыкновенного, — Плантекс[♦]. Считается, что он обладает спазмолитическими и ветрогонными свойствами. Детям с 2 нед жизни до 1 года назначают 1–2 пакетика в сутки (5–10 г гранул) в 2–3 приема. Для приготовления раствора содержимое одного пакетика высыпают в бутылочку или чашку, добавляют 100 мл теплой кипяченой воды и встряхивают до полного растворения гранул. Плантекс[♦] принимают после еды или в перерывах между приемами пищи. Гранулы для приготовления могут быть добавлены по частям (на кончике чайной ложки) в пищу (молоко) в случае, если ребенок не пьет воду, и таким образом содержимое пакетика может употреблено в течение дня. Важно знать, что Плантекс[♦] содержит лактозу и противопоказан при ее непереносимости. Наш опыт продемонстрировал довольно скептическое отношение к подобной терапии.

Использование препаратов симетикона (Эспумизан[♦], Боботик[♦], Бейби Калм[♦] и др.) не показало своей должной эффективности при младенческих коликах по сравнению с плацебо (Savino F. et al., 2002). С другой стороны, при выраженной флатуленции применение таких средств обосновано за счет ослабления поверхностного натяжения пузырьков газа, приводящего к их разрыву, предотвращая тем самым растяжение кишечной стенки и соответственно усугубление боли (Захарова И.Н. и др., 2018).

При выраженном метеоризме и флатуленции необходимо производить активное отведение кишечных газов через газоотводную трубку: резиновую трубку с боковыми отверстиями или полимерный штуцер обильно смазывают растительным маслом и вводят в анальный канал на глубину 5–7 см на 15–20 мин. Нередко активное отведение дает быстрый и благоприятный эффект.

В большинстве случаев младенческие колики проходят самопроизвольно, прогноз благоприятный.

* * *

В заключение отметим, что колики — весьма распространенное явление у детей грудного возраста, являющееся функциональным состоянием, за исключением случаев другой патологии, например непереносимости лактозы. Данное явление требует проведения психологических, алиментарных и терапевтических мероприятий, позволяющих улучшить качество жизни как ребенка, так и его семьи.