

Кишечные колики у детей раннего возраста

А.И.Хавкин

Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Минздравсоцразвития РФ

Кишечные колики встречаются практически у 90% детей раннего возраста, с различной интенсивностью и длительностью, и у большинства детей полностью купируются в возрасте 3–4 мес. Однако эта проблема по-прежнему вызывает неослабевающий интерес педиатров, неонатологов, гастроэнтерологов и даже невропатологов. Ведение таких детей вызывает большие сложности у специалистов, потому что пищеварительная система ребенка наиболее сложно адаптируется к внеутробному существованию и очень многие факторы влияют на это. Учитывая анатомо-физиологические особенности ребенка (неравномерное созревание нервно-мышечного ответа и формирование перистальтики, функциональную ферментопатию и повышенное газообразование), можно с уверенностью утверждать, что в той или иной степени колики должны возникать практически у всех детей раннего возраста. Они являются функциональными и в какой-то мере «условно» физиологическим состоянием периода адаптации и созревания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) грудного ребенка.

Таким образом, основной вопрос, который необходимо для себя решить врачу, занимающемуся ведением детей раннего возраста: «Если приступы колик свойственны практически всем детям, можно ли назвать это патологией?» Если нет, то мы должны заниматься не лечением, а симптоматической коррекцией этого состояния, отдавая основную роль физиологии развития и созревания.

Под термином «колика» понимают приступообразные боли в животе, определяющиеся совокупностью причин: морфофункциональная незрелость периферической иннервации кишечника, дисфункция центральной регуляции, поздний старт ферментативной системы, нарушения становления микробиоценоза кишечника. Болевой синдром во время колик связан с повышенным газонаполнением кишечника на фоне кормления или в процессе переваривания пищи, что сопровождается спазмом участков кишечника в связи с незрелостью регуляции сокращений различных участков кишечника.

Клиническая картина характерна. Приступ, как правило, начинается внезапно, ребенок громко и пронзительно кричит. Так называемые пароксизмы могут продолжаться долго, может отмечаться покраснение лица или бледность носогубного треугольника. Живот вздут и напряжен, ноги подтянуты к животу и могут мгновенно выпрямляться, стопы часто холодные на ощупь, руки прижаты к туловищу. В тяжелых случаях приступ иногда заканчивается только после того, как ребенок полностью изнурен. Часто заметное облегчение наступает сразу после дефекации.

Патогенез кишечных колик до сих пор до конца не изучен. Болевой синдром связан с повышенным газонаполнением кишечника на фоне кормления или в процессе переваривания, который сопровождается спазмом участков кишечника. Исходя из этого, становится понятно, что терапия этого состояния должна быть направлена на устранение основных причин болевого синдрома.

Существует **этапность действий** при купировании этого состояния. Выделяются мероприятия для снятия остро болевого приступа кишечных колик и фоновая коррекция.

Первый этап и, на наш взгляд, очень важный (чему не всегда придают большое значение) – это *проведение беседы* с растерянными и напуганными родителями, разъяснение им причин колик, особенностей и продолжительности их протекания. Снятие психоло-

гического напряжения у родителей, особенно матерей, создание ауры уверенности также помогают уменьшить боль у ребенка и выполнить правильно все назначения педиатра.

Кроме того, 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). Если мама не любит молоко и редко пила его до беременности или после него усиливался метеоризм, то лучше и сейчас не пить молоко, а заменить его кисломолочными продуктами.

Если у мамы достаточно грудного молока, вряд ли врач имеет моральное право ограничить естественное вскармливание и предложить матери смесь, пусть даже и лечебную (отдельная ситуация при доказанной первичной лактазной недостаточности).

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.

Для облегчения боли целесообразна определенная последовательность действий (так называемая ступенчатая терапия).

Физические методы уменьшения болевого синдрома: после кормления необходимо подержать ребенка в наклонном положении (под углом 45°, а не вертикально) в течение 10–15 мин для отхождения воздуха, заглоченного во время кормления. Между кормлениями и во время приступа колик малыша выкладывают на живот, полезен массаж области живота.

Важное значение имеет создание *благоприятного фона в ЖКТ*, препятствующего возникновению кишечных колик, проведение фоновой коррекции предполагает использование фитопрепаратов ветрогонного и мягкого спазмолитического действия: фенхеля, кориандра, цветков ромашки. Эти препараты принимают дети в течение дня или перед каждым кормлением. Плоды фенхеля и эфирное масло стимулируют пищеварение, увеличивая секрецию желудочного сока, усиливают перистальтику кишечника, благодаря чему пища быстрее расщепляется и всасывается. При повышенном газообразовании и уже возникшем приступе кишечных колик такие препараты малоэффективны.

На сегодняшний день большинство педиатров считают, что если простые профилактические меры не помогают малышу в течение 3–5 дней, то необходимо переходить ко **второму этапу** – применению симетикона, обладающего ветрогонным действием, затрудняющего образование газовых пузырьков и способствующего их разрушению в питательной взвеси и слизи ЖКТ. Симетикон является пеногасителем. Одним из наиболее известных и широко используемых препаратов является Эспумизан®. Как уже отмечалось ранее, ощущение боли и вздутия в животике малыша, как правило, вызвано избыточным скоплением газов в его кишечнике в виде маленьких пузырьков газа, усиленной перистальтикой. Эспумизан®, содержащий в своем составе симетикон, способствует разрушению пузырьков газа. В результате этого высвободившийся газ может всосаться в кишечнике или выйти естественным путем. То есть, Эспумизан®, уменьшая количество газов в кишечнике, способствует устранению причины боли и беспокойства ребенка. Малыш успокаивается – уже не плачет, возвращается счастье и комфорт в семье.

Важно, что компоненты, входящие в состав препарата Эспумизан®, не всасываются и не вмешиваются в процессы пищеварения. Для новорожденных и грудных детей Эспумизан® выпускается в виде эмульсии: флакон с мерной ложкой. В настоящее время появилась новая форма выпуска препарата – эмульсия в каплях, которая называется Эспумизан® L. В этом препарате концентрация симетикона выше и содержится в меньшем объеме. Эспумизан® L имеет удобный мерный колпачок, поэтому капли можно не считать, а компактный размер флакона позволяет с легкостью брать с собой в дорогу. Малышу Эспумизан® можно давать прямо из ложечки или добавлять в молочную смесь или питье до или после кормления. Продолжительность применения зависит от выраженности симптомов. В случае необходимости Эспумизан® можно применять в течение длительного времени.

В зависимости от времени возникновения колики препарат Эспумизан® следует давать в различное время. Если боль возникает в момент кормления, то стоит дать препарат во время кормления, если после кормления – то в момент их возникновения. Необходимо иметь в виду, что если в генезе колики преимущественную роль играет метеоризм, то эффект будет замечательный. Если в генезе преимущественно играет роль нарушение перистальтики за счет незрелости иннервации кишечника, то эффект будет менее выраженным.

Третий этап – пассаж газов и кала при помощи газоотводной трубки или клизмы, возможно введение свечи с глицерином. К сожалению, дети, у которых имеется незрелость или патологии со стороны нервной регуляции, будут вынуждены чаще прибегать именно к этому способу купирования колик.

При отсутствии положительного эффекта – назначаются прокинетики и спазмолитические препараты.

Идея степовой терапии такова, что мы постепенно, шаг за шагом пытаемся облегчить состояние ребенка. Отмечено, что эффективность этапной терапии кишечных колик достаточно высока у всех детей и может использоваться как у доношенных, так и у недоношенных малышей, и лишь при ее неэффективности следует использовать дополнительное обследование и лечение.

Остается спорной целесообразность включения в комплекс коррекции состояния детей с кишечными коликами ферментов и биопрепаратов, хотя в большинстве случаев в первые месяцы жизни имеется замедленное формирование микробиоценоза кишечника. В любом случае, при решении о назначении биопрепаратов лучше использовать эубиотики, а не пытаться «корректировать» диссоциации микроорганизмов, выявляемые по анализу на дисбактериоз.

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.