

Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей: новые аспекты диагностики и лечения

12 февраля 2016 г. в рамках XIX Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» прошел симпозиум «Новое в лечении функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста».

Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — широко распространенная проблема, наблюдаемая у детей первых месяцев жизни [1, 2]. Клинические симптомы таких состояний возникают, как правило, при отсутствии каких-либо органических изменений со стороны ЖКТ (структурных аномалий, воспалительных изменений, инфекций или опухолей) и метаболических отклонений. Функциональные нарушения ЖКТ характеризуются недостаточной моторной деятельностью организма, снижением процессов переваривания и всасывания пищевых веществ, а также измененным составом кишечной микрофлоры и слабой активностью иммунной системы. Причины функциональных расстройств зачастую обусловлены нарушением нервной и гуморальной регуляции деятельности пищеварительного тракта [1–3]. Несмотря на то, что ежегодно в рамках различных конгрессов этому вопросу посвящены многие симпозиумы, интерес к проблеме не ослабевает. Дело в том, что наука не стоит на месте: открытие новых этиопатогенетических механизмов развития функциональных нарушений требует пересмотра тактики лечения патологии [4]. Своим опытом по этому вопросу поделились ведущие педиатры России.

Открыла симпозиум председатель заседания докт. мед. наук, проф. И.А. Беляева (Научный центр здоровья детей, Москва). Ее доклад был посвящен современному взгляду на этиологию и патогенез функциональных расстройств у детей первого года жизни. И.А. Беляева отметила, что «дисфункции ЖКТ возникают практически у всех детей раннего возраста и являются функциональным,

«условно» физиологическим состоянием периода адаптации и созревания желудочно-кишечного тракта новорожденного и грудного ребенка». Большое внимание в своем докладе она уделила кишечным коликам. И.А. Беляева подчеркнула, что в последнее время в зарубежной литературе ставится под сомнение научная обоснованность и диагностическая ценность продолжительности, интенсивности и частоты плача как критерия постановки диагноза «Кишечные колики» [5]. Это мнение основывается на субъективности восприятия младенческого плача родителями, которые предоставляют подобную информацию врачу: нет никаких доказательств, что ребенок, который плачет в течение 3 ч в день, имеет более серьезную проблему, чем тот, кто плачет 2 ч 50 мин в день. Авторы призывают к созданию более эффективных диагностических схем, надежных для регулярного использования практичными врачами.

Кроме этого, дискуссионными являются и такие вопросы, как отсутствие единой точки зрения на этиологию младенческих коликов, а также сомнения, являются ли младенческие колики нарушением? И если это нарушение, то относится ли оно к кишечнику, что и подразумевается под словом «колики» (греч. *colicos* — боль в толстой кишке)? Существует ли доказательная основа этиопатогенеза коликов, или мы имеем дело только с «ощущениями» в кишечнике?

Проф. И.А. Беляева отметила, что появляется все больше доказательств раннего программирования структуры и функций ЖКТ в результате взаимодействия между кишечной микрофлорой, энтеральной нервной системой и центральной и вегетативной нервной системой [6]. Такое программирование — результат эволюционного приспособления, позволяющее ЖКТ индивидуума взаимодействовать с окружающей средой. Неправильное, «вредное», программирование гастроинтестинального тракта приводит к срыву приспособительных механизмов и неэффективному ответу с развитием патологических состояний. Особая роль в развитии функциональных расстройств принадлежит центральной нервной системе, особенно ее вегетативному отделу.

Также была подчеркнута роль острой и хронической гипоксии, которые переносит плод и новорожденный: несогласование корково-подкорковых взаимоотношений и функций подкорковых структур вследствие острой/хронической гипоксии нарушает регулирующее воздействие вегетативной нервной системы на желудочно-кишечный тракт, что имеет основное значение в патогенезе гастроинтестинальных расстройств [6].



Председатели симпозиума проф., д.м.н. И.А. Беляева (слева) и проф., д.м.н. С.Г. Макарова (справа)

Особое внимание в докладе было уделено факторам пищевой аллергии и ферментопатии. При грудном вскармливании элиминационная диета кормящих матерей (исключение белков коровьего молока) может способствовать уменьшению выраженности колик у их детей. В отношении лактазной недостаточности как фактора развития колик мнения специалистов противоречивы: отсутствуют доказательства профилактического эффекта безлактозных продуктов [7].

Доклад докт. мед. наук, проф. И. Н. Холодовой (РМАПО, Москва) и канд. мед. наук А. А. Рубцовой (РНИМУ, Москва) был посвящен проблеме коррекции функциональных расстройств ЖКТ, в т. ч. и младенческих колик. Так, проф. И. Н. Холодова в своем выступлении указала на связь развития функциональных расстройств ЖКТ с нарушением двигательной функции кишечника и повышенным газообразованием, при которых перистальтическая волна охватывает не всю кишечную трубку, а лишь некоторые ее участки, приводя к резким спазмам кишки и, соответственно, боли в виде колики в определенных отделах тонкого кишечника. К более выраженному газообразованию приводят незрелость ферментной системы, а также особенности становления микробиоценоза с преобладанием условно-патогенных микроорганизмов, которые и ограничивают расщепление жиров и углеводов. Раздувание отдела тонкой кишки приводит к возникновению колики. Таким образом, повышенное газообразование, нарушение моторики кишечника, локальные спазмы играют ведущую роль в развитии синдрома колик. У недоношенных детей по сравнению с доношенными кишечные колики, как правило, более выражены и носят затяжной характер. Следовательно, усилия врача должны быть направлены, прежде всего, на профилактику развития избыточного газообразования и нарушения моторной функции кишечника. С морфофункциональной незрелостью педиатр справиться не может, поскольку это не зависимый от него процесс, но с ее последствиями в виде несовершенства моторики, пищевой аллергии, ферментопатии и др. — обязан, например, с помощью мероприятий, ослабляющих действие этих патологических состояний. Речь может идти, прежде всего, об организации правильного режима и техники кормления ребенка, соблюдении диеты матерью, если она кормит ребенка грудью.

При грудном вскармливании рекомендуется исключение молока и всех молочных продуктов в рационе матери при адекватном наполнении его витаминами и минералами. Эффективность подобной диетотерапии оценивают через 2 нед, после чего рекомендуется продолжить безмолочную диету матери [4, 8]. При искусственном вскармливании показаны смеси на основе частичного гидролиза молочного белка, обогащенные олигосахаридами, эффективность которых ранее была доказана [9, 10], в то время как эффективность других формул, например, содержащих пробиотики, должна быть доказана в дополнительных исследованиях [11].

Важное место отводят и коррекции психоэмоционального состояния матери и окружающих родственников. Из медикаментозной терапии для устранения кишечных колик можно использовать препараты симетикона, кото-

рый полностью выводится из организма и имеет большую доказательную базу по эффективности при коррекции колик у детей [12–14]. Кроме этого, проф. И. Н. Холодова отметила, что в зарубежной литературе имеется большое число работ об экспериментальных исследованиях, доказывающих безопасность и отсутствие мутагенного и канцерогенного потенциала у этого химического вещества [13–15].

В докладе также было подчеркнуто, что на российском рынке появился новый препарат на основе симетикона — Эспумизан бэби — эмульсия, получившая признание за рубежом, представляющая собой самую высокую концентрацию симетикона — 100 мг в 1 мл, благодаря чему данный препарат эффективен в устранении детских колик в разовой дозировке 5 капель на прием. Кроме того, высокая концентрация симетикона в 1 мл дает возможность использовать флакон длительно, что делает новую форму экономичной.

Ирина Николаевна рассказала о первых результатах эффективного использования препарата у детей с кишечными коликами в России (данные не опубликованы).

Выступление докт. мед. наук, проф. Е. Г. Рыжовой (Владимир) было посвящено проблемам коррекции функциональных расстройств на этапе введения прикорма. В докладе «Синдром повышенного газообразования на этапе введения прикорма. Особые пищевые потребности у детей раннего возраста, возможные проблемы и эффективные решения» сообщалось, что ребенок первого года жизни в связи с потребностью растущего организма в дополнительных энергии и ряде питательных веществ остро нуждается в расширении рациона питания. Введение продуктов прикорма с расширенным спектром пищевых веществ способствует не только оптимальному росту и развитию малыша, но и служит тренировкой жевательного аппарата для дальнейшего развития пищеварительной системы, обеспечивает постепенное привыкание к многообразию вкусов и ароматов пищи, а также формирует навыки самостоятельного питания как основы последующего перехода на «общий стол».

Было дано определение прикорма, определены сроки и возможные его варианты в зависимости от типа конституции ребенка. Согласно Национальной программе по питанию, введение прикорма раньше 4 мес угрожает развитием таких форм патологии, как пищевая непереносимость, аллергия, диарея, запоры, срыгивания, а также повышает риск целиакии, ожирения и сахарного диабета [16]. Однако и позднее введение прикорма обуславливает выраженный дефицит микронутриентов, а из-за необходимости введения сразу большого ряда продуктов нарастает антигенная нагрузка, что ведет к задержке формирования навыков жевания и глотания густой пищи [16, 17]. Основные правила введения прикорма таковы: ребенок должен быть здоров; необходимы индивидуальный подход, ведение пищевого дневника; наблюдать за состоянием ребенка: лучше вводить новый продукт с утра перед кормлением грудью (смесью); в консистенции прикорма соблюдать принцип «от простого к сложному» — гомогенная смесь (4–6 мес), пюреобразная и мелкокусочковая (7–9 мес), плотная крупнокусочковая пища (10–12 мес). Немаловажен

и настрой мамы: ласка, внимание, терпение и настойчивость; «мягкая» фиксация часов кормления с целью формирования пищевого рефлекса; следование рекомендациям по использованию и приготовлению продуктов и блюд прикорма.

Докладчиком были приведены и некоторые статистические сведения по региону. Так, во Владимирской области прикорм часто назначают раньше 4 мес, при этом используют продукты домашнего приготовления, что не всегда оправдано. Проблемы при введении при-

корма отмечали у 58,2% детей. В структуре патологий чаще (до 70%) наблюдали усиленное газообразование, колики, расстройство стула, реже (20%) — аллергические реакции, прочее (10%) (данные не опубликованы). В лечении детей использовали препараты симетикона, с положительным эффектом.

Обсуждаемые вопросы своей актуальностью вызвали живой интерес у всех присутствующих на симпозиуме. Докладчики с удовольствием ответили на все поставленные вопросы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Захарова И.Н., Яцык Г.В., Боровик Т.Э. и др. Младенческие кишечные колики: лечить или не лечить? — М.; 2011. 63 с. [Zakharova IN, Yatsyk GV, Borovik TE, et al. *Mladencheskie kishechnye koliki: lechit' ili ne lechit'?* Moscow; 2011. 63 p. (In Russ).]
2. Холодова И.Н., Ильенко Л.И., Рубцова А.А. Тактика лечения функциональных нарушений ЖКТ у детей раннего возраста // *Медицинский совет*. — 2015. — № 1. — С. 46–50. [Kholodova IN, Il'enko LI, Rubtsova AA. Treatment tactics for functional disorders of the gastrointestinal tract in infants. *Meditinskii sovet*. 2015; (1):46–50. (In Russ).]
3. Landgren K, Kvorning N, Hallstrom I. Acupuncture reduces crying in infants with infantile colic: a randomised, controlled, blind clinical study. *Acupunct Med*. 2010;28(4):174–179. doi: 10.1136/aim.2010.002394.
4. Savino F, Tarasco V. New treatments for infant colic. *Curr Opin Pediatr*. 2010;22(6):791–797. doi: 10.1097/mop.0b013e328333fac24.
5. St James-Roberts I, Alvarez M, Hovish K. Emergence of a developmental explanation for prolonged crying in 1-to 4-month-old infants: review of the evidence. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2013;57 (Suppl.1):30–36. doi: 10.1097/01.mpg.0000441932.07469.1b.
6. Беляева И.А. Дисфункции пищеварительного тракта у детей грудного возраста, перенесших церебральную ишемию: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М.; 2007. 47 с. [Belyaeva IA. *Disfunktsii pishchevaritel'nogo trakta u detei grudnogo vozrasta, perenesshikh tserebral'nuyu ishemiyu*. [dissertation abstract] Moscow; 2007. 47 p. (In Russ).]
7. Savino F, Ceratto S, De Marco A, di Montezemolo LC, et al. Looking for new treatments of infantile colic. *Italian J of Pediatrics*. 2014;40(1):53. doi: 10.1186/1824-7288-40-53.
8. Shergill-Bonner R. Infantile colic: practicalities of management, including dietary aspects. *J Fam Health Care*. 2010;20(6):206–209.
9. Savino F, Palumeri E, Castagno E, et al. Reduction of crying episodes owing to infantile colic: A randomized controlled study on the efficacy of a new infant formula. *Eur J Clin Nutr*. 2006; 60(11):1304–1310. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602457.
10. Захарова И.Н., Сугян Н.Г., Андрюхина Е.Н., Дмитриева Ю.А. Тактика педиатра при младенческих коликах // *Русский медицинский журнал*. — 2010. — Т. 18. — № 1. — С. 11–15. [Zakharova IN, Sugyan NG, Andryukhina EN, Dmitrieva YuA. *Taktika pediatra pri mladencheskikh kolikakh*. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2010; 18(1):11–15. (In Russ).]
11. Sung V, Collett S, de Gooyer T, et al. Probiotics to prevent or treat excessive infant crying: Systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2013;167(12):1150–1157. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.2572.
12. Самсыгина Г.А. Кишечная колика у детей грудного возраста. Пособие для практических врачей. — М.; 2007. 23 с. [Sam-sygina GA. *Kishechnaya kolika u detei grudnogo vozrasta. Posobie dlya prakticheskikh vrachei*. Moscow; 2007. 23 p. (In Russ).]
13. Blaschek W, Ebel S, Hackenthal E, et al. *Hagers handbuch der drogen und arzneistoffe simethicon*. [CD-ROM]. Berlin: Springer-Verlag; 2006.
14. *Martindale: The complete drug reference on Medicines Complete* [Internet]. London: Pharmaceutical Press; 2009 [cited 2016 Mar 12]. Available from: https://www.medicinescomplete.com/pdf/mc3_martindale_36_userguide.pdf.
15. Dollery C. *Therapeutic Drugs. Simethicone*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999. P. 35–37.
16. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ. — М.; 2009. 72 с. [Natsional'naya programma optimizatsii vskarmlivaniya detei pervogo goda zhizni v RF. Moscow; 2009. 72 p. (In Russ).]
17. Braegger C, Chmielewska A, Decsi T, et al. Supplementation of Infant Formula With Probiotics and/or Prebiotics: A Systematic Review and Comment by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *JPGN*. 2011;52(2):238–250. doi: 10.1097/mpg.0b013e3181fb9e80.