



КОЛЬКИ У НЕМОВЛЯТ – ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Т. К. Мавропуло, Н. М. Казицька

Функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГР) – група захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей, які виникають внаслідок порушення регуляції функцій і не пов'язані з органічними та біохімічними змінами або інакше – це різноманітна комбінація гастроінтестинальних симптомів без структурних або біохімічних порушень. Міжнародною групою експертів з діагностики та лікування ФГР у Римі у 2006 році була прийнята класифікація та критерії діагностики ФГР у дітей, зокрема тих ФГР, які спостерігаються у новонароджених і дітей раннього віку (G).

У дану рубрику ввійшли:

- G1. Регургітація у немовлят (дитяча регургітація – *Infant Regurgitation*),
- G2. Синдром румінації в немовлят (*Infant Rumination Syndrome*),
- G3. Синдром циклічного блювання (*Cyclic Vomiting Syndrome*),
- G4. Кольки у немовлят (малюкові кольки – *Infant Colic*),

- G5. Функціональна діарея (*Functional Diarrhea*),
- G6. Дишезія у немовлят (дитяча дишезія – *Infant Dyschezia*),
- G7. Функціональний закріп (*Functional Constipation*).

Незважаючи на тривалу історію вивчення ФГР, проблема і на теперішній час залишається однією з найдискусійніших в педіатрії та гастроентерології дитячого віку, демонструючи відсутність єдиного погляду на етіологію, патогенез, діагностику та методи корекції.

Спроби пошуку «універсального» діагностично-лікувального алгоритму ускладнюються тим, що:

- у немовлят симптоми шлунково-кишкової дисфункції при функціональних розладах (надмірний плач, кольки, запори та малюкова дишезія, зригування) є дуже поширеними і частота окремих симптомів в перші місяці життя складає 20–50%, а за активного опитування батьків зростає до 85%.
- у реальному житті багато дітей мають комбінацію таких ознак, а алгоритми діагностики намагаються відокремити різні форми ФГР.

- міжнародною групою експертів були узгоджені критерії діагностики, але не методи корекції ФГР, а подвійні сліпі плацебо-контрольовані проспективні дослідження дуже обмежені в цій області.

Окрім того, відомим є факт, що незважаючи на свій «доброякісний» характер, ФГР немовлят не обмежуються цим віковим періодом. Сповідують про можливість у подвльшому: труднощів формування взаємодії у тандемі «мати-дитина», ознак рецидивуючого абдомінального болю, вищої частоти відвідувань лікаря та госпіталізації і навіть більш низької якості життя і проблем сенсорної інтеграції, уваги та поведінкового розвитку.

Кольки в немовлят є типовим «педіатричним» ФГР: один з п'яти дітей у перші три місяці життя має кольки (коливання частоти виявлення – 16–41%).

Аналізуючи останні публікації, присвячені темі, ми намагались визначити «елементи нового» чи сучасні акценти діагностично-лікувального алгоритму, які стосуються немовлят з кольками. Отже ...

Доповнення до класифікації ФГР немовлят?

Цікавим є аналіз опублікованих у 2015 році *Vandenplas Y., Alarcon P.* алгоритмів ведення дітей з ФГР (*Updated algorithms for managing frequent gastro-intestinal symptoms in infants. Beneficial Microbes, 2015; 6(2): 199-208*). У цій публікації, окрім інших функціональних гастроінтестинальних порушень, були розглянуті ознаки «*Fussiness, gassiness accompanied by crying*» (здуття живота, що супроводжується плачем чи плач/метеоризм/неспокійна поведінка без визначення тривалості плачу) (див. додаток 1).

Актуальність проблеми кольок у немовлят

На сучасному етапі увага насамперед приділяється забезпеченню

- своєчасного виключення симптомів тривоги (вторинна колька),
- своєчасної оцінки та корекції стресового стану батьків (підвищений ризик фізичного насильства та довгострокових поведінкових проблем дитини),
- попередження необґрунтованої відміни грудного вигодовування.

Визначення поняття кольок та діагноз

Коліки – частий прояв ФГР у дітей з трьох–чотирьох тижнів до чотиримісячного віку.

Згідно Римських критеріїв III, коліки визначаються як «епізоди драгтливості, або плачу, які починаються і закінчуються без жодної видимої причини, і тривають, принаймні, 3 години в день, три дні на тиждень, протягом, принаймні, одного тижня» (*Nutan та ін., 2006*).

Кардинальним симптомом є раптовий надмірний та стійкий голосний плач, в основному в кінці дня. Під час епізоду плачу відмічаються піддутий і напружений живіт, підтягування ніг до живота з наступним випрямленням, притискання рук до тулуба, вигнання, почервоніння обличчя, блідість носогубного трикутника. Часто поліпшення настає після дефекації. Між нападами дитина спокійна, має добрий апетит, добре набирає вагу.

На відміну від попередніх досліджень, які сповіщали про нижчу поши-

ДОДАТОК 1

Основні положення щодо алгоритму ведення дітей з *Fussiness, gassiness accompanied by crying*:

- Здорові немовлята плачуть від 20 хв. до 3,5 год. у день. Тривалість плачу може бути істотно знижена, коли батьки доглядають дитину з більшим використанням фізичних контактів та більшою чуйністю.
- Наявність певної кількості повітря у шлунково-кишковому тракті є нормальною. Однак його надлишок може спричинити біль. Неправильне харчування може бути причиною надлишку повітря в ШКТ.
- У дуже невеликому числі випадків ситуація може бути пов'язаною з харчовою непереносимістю або іншими органічними порушеннями. Лактазна недостатність може бути причиною неспокійної поведінки, надлишку газотворення, розрідження калу, стійких поприлостей (з або без).
- Потенційними доказами наявності органічної патології будуть: позитивні фізикальні дані; часті регургітації, блювання, діарея, кров в стільці, втрата ваги/затримка фізичного розвитку; відсутність добового ритму; позитивний сімейний анамнез мігрені, астми, atopії, екземи; прийом матер'ю медичних препаратів.
- Якщо органічні порушення не виявляються, фокус втручання повинен бути зміщений на надання батькам інформаційної підтримки.
- Важливі елементи такої підтримки:
 - 1) плач дитини в цьому віці не є чимось неправильним, альтернативне пояснення – плач сигналізує про реактивну або енергійну дитину (позитивна риса поведінки дитини);
 - 2) розгляд перших трьох місяців життя як перехідного розвитку, через який усі діти проходять більш-менш гладко;
 - 3) вказати батькам, що їх «знервована» реакція на тривалий плач нормальна, та обговорити безпеку «синдрому струшування немовляти» («*shaken baby*»);
 - 4) обговорити шляхи мінімізації плачу;
 - 5) обговорити можливість підтримки та відпочинку батьків;
 - 6) рефреймінг (переосмислення та перелаштування механізмів сприйняття, поведінки для того, щоб позбутися невдалих психічних шаблонів) їх відносин зі своїми дітьми, розширення можливостей батьків в перші три місяці життя дитини;
 - 7) тривалий контроль стану дитини і батьків.

Алгоритм дій при плачі/метеоризмі/неспокійній поведінці

1. Виключення симптомів тривоги – затримки фізичного розвитку, частих регургітацій, блювання і епізодів кашлю, ознак синдрому Сандіфера, родинної історії atopії, симптомів atopії у дитини, шлунково-кишкових кровотеч.
2. При наявності таких симптомів рекомендоване поглиблене обстеження. Дітям, які перебувають на штучному вигодовуванні, тимчасово рекомендують низьколактозні/безлактозні суміші. Грудне вигодовування – без змін.
3. При відсутності симптомів тривоги – діагностичний пошук на предмет наявності ознак, можливо пов'язаних з харчовою непереносимістю – лактазною недостатністю (опрілості або діарея після гастроентериту, відновлюючі субстанції у випорожненнях, зниження фекального pH) і відповідне втручання. Консультування та інформаційна підтримка батьків.
4. У разі неефективності втручання попереднього пункту – поглиблене обстеження.

реність кольок у дітей на штучному вигодовуванні, у порівнянні з природним, повідомляють, що кольки однаково часті при природному та штучному вигодовуванні у дітей обох статей.

Діагностичний пошук нерідко ускладнюється наявністю комбінації різних форм функціональних розладів, неврологічних дизфункцій, поведінкових розладів прийому їжі у диті раннього віку, необхідністю (часто повторного) виключення ознак харчової непереносимості, тощо.

Компоненти етіопатогенетичної моделі

Кольки характеризуються як багатофакторний стан. У якості основних етіопатогенетичних компонентів вказують:

- материнський психологічний стрес, старший вік матерів, куріння матері, недостатній рівень материнської компетентності в питаннях вигодовування, догляду, комунікації з дитиною, неналежна взаємодія між

ДОДАТОК 2

Основні положення щодо алгоритму ведення дітей з *Fussiness, gassiness accompanied by crying*:

Згідно *Vandenplas Y., Alarcon P. (2015)*, до ознак тривоги включений синдром Сандіфера. Синдром Сандіфера становить собою тріаду симптомів: грижа стравохідного отвору діафрагми, рефлекс-езофагіт і кривошия, які поєднуються з химерними позами і доволними «звивистими» рухами шиї, голови і тулуба. Пацієнти з синдромом Сандіфера довго обстежуються з приводу гіперкнезів. Виявлення патології шлунково-кишкового тракту є «випадковою» знахідкою. Вважають найбільш імовірним механізмом виникнення синдрому Сандіфера порушення перистальтики стравоходу і епізоди шлунково-стравохідного рефлюксу.

- батьками, напруження в сім'ї, перша дитина;
 - ранній досвід життя («больовий досвід»), що призводить до розвитку довгострокової шлунково-кишкової гіпералгезії, зміненої реакції дитини на стрес, і/або порушень гальмуючого контролю з боку ЦНС;
 - незрілість кишковика і порушення його моторики внаслідок перехідних змін нервової регуляції, гіпо-/гіперперистальтики, дисбалансу вегетативної (парасимпатичної та симпатичної) регуляції, високого рівня серотоніну, мотиліну та греліну, зниженого рівня холецистокініну;
 - незрілість нервової системи, затримку дозрівання циркадного ритму «сон – неспання»;
 - надмірний внутрішньокишковий тиск повітря внаслідок аерофагії, збільшення виробництва газів у нижньому відділі кишечника;
 - харчову непереносимість;
 - зміни якісного та кількісного складу мікрофлори кишечника (невелика кількість *Lactobacillus SPP*, підвищена кількість *E. coli*, *Klebsiella SPP*, низькі різноманітність мікрофлори і стабільність), які мають вплив як на кишкову моторику, так і на виробництво газу;
 - конкретні риси характеру немовляти – високі показники активності, ритмічності, наполегливості та мінімальний поріг сприймання.
- Не доведений взаємозв'язок між кольками і розладами сну у немовлят.

Основні принципи діагностично-лікувального алгоритму:

- виключення потенційних симптомів тривоги (повторні етапи);

- використання покровокового підходу до діагностики і корекції стану внаслідок відсутності єдиної теорії патогенезу;
- необхідність використання безпечних стратегій втручання, враховуючи сприятливий клінічний перебіг;
- потенційні засоби втручання можуть мати різні механізми дії, але кінцевою метою повинно бути полегшення болю і дискомфорту.

Етапи діагностично-лікувального алгоритму при кольках у немовлят (*Vandenplas Y., Alarcon P., 2015*)

1. Втручання буде проводитись при наявності ознак: вік дитини до 3 місяців, роздратованість або частий плач ≥ 3 години на день, ≥ 3 днів на тиждень, щонайменше протягом одного тижня.
2. Пошук симптомів тривоги:
 - a. Часті зригування, блювота і епізоди кашлю, ознаки синдрому Сандіфера, родинний анамнез атопії, респіраторні симптоми/дерматологічні ознаки атопії, шлунково-кишкової кровотечі, затримка фізичного розвитку, здуття живота з метеоризмом з або без опрілостей. При наявності цих симптомів – поглиблене обстеження.
 - b. Оцінка ступеня занепокоєння у батьків, батьківська депресія, відсутність контакту матері і дитини, ризик жорстокого поводження з дитиною? При наявності цих симптомів – «супровід» та інтенсивне навчання батьків. При відсутності покращення – повторне виключення симптомів тривоги і обстеження.
3. При відсутності симптомів тривоги:

- a. Поетапна корекція – «супровід» батьків, процедури знеболення.
- b. При наявності підозри на непереносимість білків коров'ячого молока: дієта матерів-годувальниць з виключенням білків коров'ячого молока, використання сумішей-гідролізатів (глибоких гідролізатів) при штучному вигодовуванні.
- c. Якщо немає підозри на непереносимість білків коров'ячого молока, при штучному вигодовуванні можливе використання сумішей часткових гідролізатів (високий вміст бета-пальмітату або без пальмової олії/пребіотички/менше лактози).
4. При відсутності покращення – поглиблене обстеження в умовах стаціонару.

Виключення симптомів тривоги

Насамперед необхідне виключення серйозних захворювань і розладів прийому їжі. Ретельний збір анамнезу повинен включати оцінку тривалості симптомів, співвідношення між поведінкою немовляти, епізодами плачу і часом доби. При повному фізичному огляді важливо оцінити, чи правильно дитина харчується, набирає вагу, чи має лихоманку, діарею або зміну характеру випорожнень. Додаткові відзнаки і симптоми, такі як екзема або діарея можуть бути ознаками харчової непереносимості (алергії до білків коров'ячого молока, лактазної недостатності).

Диференційна діагностика повинна бути зосереджена на пошуку тих захворювань, які спричиняють біль: закрепи, отит, інвагінація, пахова грижа, гастроезофагальний рефлюкс, інфекції сечовивідних шляхів, кишкова непрохідність, тощо.

Увагу слід також слід зосередити на батьківській поведінці (тривога, депресія, порушення взаємовідносин матері і дитини, ознаки ризику жорстокого поводження з дитиною, і т. д.) (див. додаток 2).

Продовження – у наступному номері.

Перелік літератури знаходиться у редакції.

