

Дискусійні питання малюкової кольки (у світлі Римських критеріїв IV)

В.Є. Хоменко, к.мед.н., доцент,
кафедра педіатрії № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ

З часу прийняття Римських критеріїв III (2006) були отримані нові дані стосовно механізмів формування, діагностики та лікування функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей. Римськими критеріями IV точніше визначена суть патогенетичних змін цієї патології органів травлення. Функціональні гастроінтестинальні розлади розглядають не тільки як рецидивуючі або персистуючі симптоми за відсутності структурних або біохімічних порушень, а, переважно, як комбінацію симптомів, пов'язаних із [1-3]:

- порушенням моторики та вісцеральної чутливості;
- змінами кишкової флори, слизової оболонки та імунної відповіді;
- змінами оцінки подразників центральною нервовою системою, у виникненні яких головним механізмом є порушення церебро-інтестинальної взаємодії.

Малюкові кольки, на які страждають близько 20% дітей, залишаються проблемою, що потребує подальшого вивчення. Кольки у дитини можуть спричинювати неспокій, депресію та стрес у батьків; призводити до припинення грудного вигодовування, частих візитів до лікаря; провокувати грубе поведіння. Цей стан потребує оцінки не тільки розвитку дитини, але й соціального середовища; налагодження взаємовідносин із батьками (доглядальниками) [1, 4, 5, 8].

Визначення патології було розширено. Малюкові кольки розглядаються як поведінковий синдром у дітей віком від 1 до 4 місяців із тривалими періодами плачу без очевидної причини, часто у другій половині дня, з неможливістю заспокоїти малюка. Напади малюкових кольок починаються та закінчуються раптово.

Дитина голосно і пронизливо кричить; може спостерігатися почервоніння обличчя або блідість носо-губного трикутника; живіт напружений; ноги підтягнуті до живота і можуть миттєво випрямлятися, стопи часто холодні на дотик; руки притиснуті до тулуба. Іноді напад закінчується тільки після виснаження дитини або після дефекації. Немає доказів того, що крик дитини пов'язаний із болем у животі [1, 3, 5, 11, 14].

Критерії діагностики малюкових кольок для клініциста:

- вік дитини до 5 місяців;
- повторні та тривалі періоди плачу без очевидної причини; дитину неможливо заспокоїти;
- немає симптомів недостатності розвитку, лихоманки та ознак захворювання.

Треба зауважити, що симптомами, ідентичними тривалому плачу, можуть бути: стан нервового збудження, неспокійний сон, крик [1, 3-5, 8, 11, 14].

Останні дослідження показали, що «правило трійок» Весселя (напади тривалістю понад 3 годин понад 3 днів на тиждень протягом 3-х тижнів) не задовольняє ефективні клінічні критерії. Малюки, які кричать протягом 2,5 годин, не відрізняються від тих, що плачуть 3 години; діти деяких народностей традиційно кричать більше; батьки (доглядальники) іноді недостатньо чітко фіксують частоту та тривалість крику або неспокою малюків [1, 3].

Діагностика малюкових кольок значною мірою базується на інтерпретації скарг, про які сповіщають батьки. Наголошено на необхідності терапевтичного союзу з батьками – зважаючи на те, що рішення звернутися до лікаря залежить не тільки від симптомів дитини, але й від занепокоєння батьків і сприйняття ними ситуації [1, 3, 9].

Дослідження нейробіології болю дали змогу зрозуміти вплив широкого спектра факторів на больове збудження нервової системи та підтримати поліетіологічність малюкових кольок. Більшість авторів вважають, що кольки пов'язані з підвищеною чутливістю, незрілістю, недосконалою регуляцією нервової системи і неможливістю «самозаспокоєння». Вісцеральна гіперчутливість (низький поріг

больової чутливості до зміненої, а іноді й нормальної перистальтики кишечника) залежить від впливу запальних цитокинів, імунної дисфункції та змін мікробіоти. Стресові фактори можуть змінювати сприйняття порушеної моторики, секреторних та інших змін. Не виключають, що іноді кольки є ознакою чутливості малюків, яких годують грудьми, до раціону матері [1, 4, 5].

Існує кореляція між ускладненими пологами та плачем при малюкових кольках. В окремих обстеженнях доведено, що емоційні розлади жінки впливають на склад її молока та поведінку (крик) дитини. Малюк може плакати від голоду, некомфортних умов, підвищеної чутливості до оточення [1, 11, 19].

Серед дітей із симптомами кольок у 5% діагностують органічну патологію. Лабораторно-інструментального обстеження з метою діагностики інших патологій потребують малюки з кольками, у яких наявні:

- недостатнє збільшення маси тіла;
- лихоманка;
- постійний плач;
- рецидивуюче блювання;
- порушення випорожнень, домішки крові в калі;
- слабе смоктання, кволість, порушення дихання тощо.

Ці симптоми можуть свідчити про наявність інфекційних захворювань, вад розвитку травного каналу, синдрому мальабсорбції, уражень шкіри та слизових оболонок, гідроцефалії, субдуральної гематоми, анальних тріщин, кишкової непрохідності тощо [1, 5, 12].

Непереносимість лактози материнського молока – необґрунтовано популяризована останніми роками версія причини малюкових кольок.

Вроджена лактазна недостатність – генетичний синдром мальабсорбції, який трапляється з частотою 1 випадок на 100 000 новонароджених. Він зумовлений порушенням розщеплення лактози в тонкій кишці; проявляється постійним газотворенням, здуттям живота через 15-30 хвилин після прийняття їжі, закрепом або частими водянистими випорожненнями, затримкою фізичного розвитку. Захворювання верифікується за допомогою: водневого дихального тесту, визначення активності лактази у біоптаті тонкої кишки, навантажувального тесту з лактозою, визначення кислотності калу та вмісту в ньому вуглеводів, пробним лікуванням препаратами лактази. Аналіз на визначення поліморфізму 13910 C/T, який широко використовується, дає змогу прогнозувати персистенцію лактази у дорослому віці, а не вроджену лактазну недостатність у дітей грудного віку. Гіполактазія дорослого типу (поступове зниження активності гену, що кодує лактазу, після

першого року життя) притаманна більшості населення, але у деяких осіб зберігається персистенція лактази. Транзиторна лактазна недостатність (зумовлена функціональною незрілістю ентероцитів у недоношених) та вторинна лактазна недостатність (пов'язана з пошкодженням ентероцитів при ентериті, алергії), які клінічно відрізняються від малюкових кольок, корегуються правильною організацією вигодовування та лікуванням основного захворювання [1, 12, 13, 16].

Для з'ясування можливих причин тривалого плачу визначали наявність алергії на білок коров'ячого молока. Дані щодо виключення молочних продуктів із раціону годувальниці або переведення на суміші-гідролізати білка при штучному вигодовуванні виявилися суперечливими. Саме лише виключення коров'ячого молока не поліпшувало ситуацію, а от обмеження вживання молока, молочних продуктів, яєць, горіхів, кофєїну, цибулі, капусти сприяло зменшенню симптомів кольок [1, 6, 13, 17].

Є докази неефективності лікування гастроєзофагеального рефлюксу для зменшення плачу, але доказів того, що прояви гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби спонукають малюків плакати, бракує [1, 9, 10].

Результати деяких клінічних випробувань свідчать про позитивний вплив пробіотиків (наприклад, *Lactobacillus reuteri* DSM 17938) на симптоми малюкових кольок. Проте інші рандомізовані контрольовані дослідження не підтвердили, що вживання пробіотичних добавок сприяє зменшенню малюкового крику [3, 7].

Деякі підходи до лікування малюкових кольок залишаються суперечливими. Якщо дитина нормально розвивається, у неї виключено органічну патологію, не порушується техніка та режим годування, наявне спокійне оточення та комфортні умови, лікування малюкових кольок у 90% випадків передбачає допомогу батькам у подоланні цього складного періоду розвитку дитини. Ефективних та безпечних ліків не існує. Симетикон у більшості випадків не здатний зупинити малюкові кольки. Спазмолітичні препарати (дицикломін) не застосовують через небезпеку побічних ефектів. Щодо фітопрепаратів із вітрогінною та м'якою спазмолітичною дією не накопичено переконливої доказової бази. Можна заспокоювати малюка будь-яким безпечним способом: ритмічним заколихуванням; поплескуванням (1-3 за секунду); поїздкою в автомобілі; прогулянкою у візочку; заспокійливими тихими ритмічними звуками [1, 8, 18, 20, 21].

Важливо впливати на сприйняття цієї проблеми батьками; пояснити, що малюкові кольки – не загрозливий стан; переконати батьків щодо безпеки цього феномену.

Необхідна соціальна підтримка та запобігання депресії. Доглядальникам пропонується вести щоденник оцінки малюкового плачу. Якщо неможливість контролювати плач дитини призводить до тривоги, розпачу та втоми батьків, необхідно підтримувати їх для запобігання формуванню відчуження, синдрому «трясіння малюка» та жорсткого поводження з дитиною [1, 8, 17].

Розуміння суті проблеми малюкових кольок із позиції розладів церебро-інтестинальної взаємодії дає змогу виключити зайві лабораторно-інструментальні та медикаментозні втручання; допомагає диференціювати цей стан з органічною патологією; сприяє адекватній допомозі.

Список літератури

1. Hyams J. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent / Jeffrey S. Hyams, Carlo Di Lorenzo, Miguel Saps, Robert J. Shulman, Annamaria Staiano, Miranda van Tilburg // *Gastroenterology*. – 2016. – № 150. – P. 1456-1468.
2. Benninga M. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler / Marc A. Benninga, Samuel Nurko, Christophe Faure, Paul E. Hyman, Ian St. James Roberts, Neil L. Schechter // *Gastroenterology*. – 2016. – № 150. – P. 1443-1455.
3. Johnson J. Infantile colic: recognition and treatment / J. Johnson, K. Cocker, E. Chang // *American family physician*. – 2015. – № 92 (7). – P. 577-82.
4. Biagioli E. Pain-relieving agents for infantile colic / E. Biagioli, V. Tarasco, C. Lingua, L. Moja, F. Savino // *The Cochrane data base of systematic reviews*. – (16 September 2016) – 9:CD009999. doi:10.1002/14651858.CD009999.pub2. PMID 27631535.
5. Van Tilburg M.A. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in infants and toddlers / M.A. Van Tilburg, P.E. Hyman, A. Rouster et al. // *J Pediatr*. – 2015. – № 166. – P. 684-689.
6. Nocerino R. The controversial role of food allergy in infantile colic: evidence and clinical management / R. Nocerino, V. Pezzella, L. Cosenza, A. Amoroso, C. Di Scala, F. Amato et al. // *Nutrients (Review)*. – 2015. – № 7 (3). – doi:10.3390/nu7032015. PMC 4377897. PMID 25808260.
7. Xu Man. The efficacy and safety of the probiotic bacterium *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 for infantile colic: a meta-analysis of randomized controlled trials / Xu Man, Wang Jiao, Wang Ning, Sun Fei, Wan Lin, Liu Xiao-Hong // *Oxidative Medicine & Cellular Longevity*. – 2016. – № 7 (31). – P. 1-14.
8. Cohen-Silver J. Management of infantile colic: a review / J. Cohen-Silver, S. Ratnapalan // *ClinPediatr (Phila)*. – 2009. – № 48(1). – P. 14-17.
9. Scherer L.D. Influence of «GERD» label on parents' decision to medicate infants / L.D. Scherer, B.J. Zikmund-Fisher, A. Fagerlin et al. // *Pediatrics*. – 2013. – № 131. – P. 839-845.
10. Rosen R. Gastroesophageal reflux in infants: more than just a phenomenon / R. Rosen // *JAMA Pediatr*. – 2014. – № 168 – P. 83-89.
11. St James-Roberts I. The origins, prevention and treatment of infant crying and sleeping problems: an evidence-based guide for healthcare professionals and the families they support. – London & New York: Routledge, 2012. – 280 p.
12. Freedman S.B. The crying infant: diagnostic testing and frequency of serious underlying disease / S.B. Freedman, N. Al-Harthy, J. Thull-Freedman // *Pediatrics*. – 2009. – № 123. – P. 841-848.
13. Heine R.G. Cow's-milk allergy and lactose malabsorption in infants with colic / R.G. Heine // *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. – 2013. – № 57 (1). – P. 25-27.
14. James-Roberts I.S. Emergence of a developmental explanation for prolonged crying in 1- to 4-month-old infants: review of the evidence / I.S. James-Roberts, M. Alvarez, K. Hovish // *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. – 2013. – № 57 (1). – P. 30-36.
15. Sung V. Treating infant colic with the probiotic *Lactobacillus reuteri*: double blind, placebo controlled randomised trial / V. Sung, H. Hiscock, M.L. Tang et al. // *BMJ*. – 2014. – № 348. – P. 2107.
16. Chao C.K. Evaluation of a new DNA test compared with the lactose hydrogen breath test for the diagnosis of lactase non-persistence / C.K. Chao, E. Sibley, J. Eur J // *Gastroenterol Hepatol*. – 2005. – № 17 (3). – P. 371-376.
17. Iacovou M. Dietary management of infantile colic: a systematic review / M. Iacovou, R.A. Ralston, J. Muir, K.Z. Walker, H. Truby // *Maternal and child health journal*. – 2016. – № 16 (6). – P. 1319-1331. doi:10.1007/s10995-011-0842-5. PMID 21710185.
18. Högenauer C.I. Infantile colic: a systematic review of medical and conventional therapies / C.I. Högenauer, H.F. Hammer, K. Mellitzer, W. Renner, G.J. Krejs, H. Toplak, B. Hall, J. Chesters, A. Robinson // *Journal of paediatrics and child health*. – 2012. – № 48 (2). – P. 128-137. doi:10.1111/j.1440-1754.2011.02061.x. PMID 21470331.
19. Huffington Post http://www.huffingtonpost.co.uk/sarah-ockwellsmith/fourth-trimester-newborns_b_9607642.html, retrieved 29.07.2016.
20. Kheir A.E. Infantile colic, facts and fiction / A.E. Kheir // *Italian journal of pediatrics*. – 2012. – № 38. – P. 34. doi:10.1186/1824-7288-38-34. PMID 22823993.
21. Perry R. Nutritional supplements and other complementary medicines for infantile colic: a systematic review / R. Perry, K. Hunt, E. Ernst // *Pediatrics*. – 2011. – № 127 (4). – P. 720-733. doi:10.1542/peds.2010-2098. PMID 21444591.

АНОНС

Сідельниковські читання

20-21 вересня 2017 року, м. Полтава

Шановні колеги!

Під час читань будуть розглянуті питання первинної медичної допомоги дітям; сучасні підходи до діагностики, лікування та профілактики поширених захворювань дитячого віку на засадах доказової медицини; пріоритетні завдання педіатричної науки та практики; актуальні питання імунпрофілактики, антибіотикорезистентності, запобігання поліпрагмазії та ін. Також буде проведено окреме секційне засідання із обговоренням звітів головних позаштатних спеціалістів зі спеціальності «дитяча кардіоревматологія».

У межах роботи XIX Сідельниковських читань 22.09.2017 р. відбудеться науково-методична нарада з актуальних питань викладання педіатрії у вищих медичних навчальних закладах і закладах післядипломної освіти, яка буде проводитися опорними кафедрами педіатрії (Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Одеський національний медичний університет, ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»).

Відповідно до Наказу МОЗ України від 07.07.2009 р. № 484, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 27.07.2009 р. № 693/16709, учасники конференції отримають сертифікат МОЗ України, який надає відповідну кількість балів для атестації на присвоєння (підтвердження) лікарської кваліфікаційної категорії.

З більш докладною інформацією можна ознайомитися на сайті: <http://conference-sidelnikov.org.ua/>