

Особенности функционирования пищеварительной системы у детей раннего возраста: коррекция наиболее частых расстройств

К.м.н. Л.С. Старостина, к.м.н. Е.А. Яблокова

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

Почти каждая статья, посвященная состоянию желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей раннего возраста, начинается с фразы о высокой частоте встречаемости нарушений функции пищеварительной системы на первом году жизни.

При функциональных нарушениях (ФН) ЖКТ изменяются переваривание и всасывание пищи, моторная функция, состав кишечной микрофлоры и активность иммунной системы. Причины ФН часто лежат вне пораженного органа и обусловлены нарушением нервной и гуморальной регуляции деятельности пищеварительного тракта.

В данной статье приводится алгоритм диагностики и лечения ФН ЖКТ в соответствии с Римскими критериями III. Рассматриваются такие ФН, как срыгивание у младенцев, синдром руминации, синдром циклической рвоты, колики новорожденных, функциональная диарея, дисchezия, функциональный запор. Внимание уделяется препаратам симетикона (Саб® Симплекс), применяемым не только при лечении колик новорожденных, но также при подготовке к диагностическим исследованиям и при острых отравлениях моющими средствами как у детей, так и у взрослых.

Ключевые слова: функциональные нарушения, срыгивание у младенцев, синдром руминации у младенцев, синдром циклической рвоты, колики новорожденных, функциональная диарея, дисchezия у младенцев, функциональный запор, препараты симетикона, Саб® Симплекс.

Для цитирования: Старостина Л.С., Яблокова Е.А. Особенности функционирования пищеварительной системы у детей раннего возраста: коррекция наиболее частых расстройств // РМЖ. 2017. № 19. С. 1335–1340.

ABSTRACT

Features of the young children digestive system functioning: correction of the most frequent disorders

Starostina L.S., Yablokova E.A.

First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov, Moscow

Almost every article devoted to the state of the digestive tract (DT) in young children begins with the phrase about the high incidence of digestive system disorders in the first year of life.

Functional disorders (FD) of the digestive tract change the digestion and absorption of food, motor function, the composition of the intestinal microbiota, and the activity of the immune system. The causes of FDs often lie outside the affected organ and are caused by a violation of the nervous and humoral regulation of the digestive tract.

This article describes the algorithm for diagnosis and treatment of DT functional disorders in accordance with Roman criteria III. We consider such FDs as possetting, rumination syndrome, cyclic vomiting syndrome, baby colics, functional diarrhea, baby dyschezia, functional constipation. Attention is given to simethicone preparations (Sab® Simplex), which is used not only for treating baby colics, but also before diagnostic studies and for treating acute poisoning with detergents in both children and adults.

Key words: functional disorders, possetting, rumination syndrome in infants, cyclical vomiting syndrome, baby colics, functional diarrhea, baby dyschezia, functional constipation, simethicone preparations, Sab® Simplex.

For citation: Starostina L.S., Yablokova E.A. Features of the young children digestive system functioning: correction of the most frequent disorders // RMJ. 2017. № 19. P. 1335–1340.

Введение

Почти каждая статья, посвященная состоянию желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей раннего возраста, начинается с фразы о высокой частоте встречаемости нарушений функции пищеварительной системы на первом году жизни и статистических данных – от 55–57 [1] до 90 % [2].

При функциональных нарушениях (ФН) ЖКТ у младенцев, в отличие от органических заболеваний, появление клинических симптомов не сопровождается какими-либо

органическими изменениями со стороны ЖКТ (структурных аномалий, воспалительных изменений, инфекций или опухолей) и метаболических отклонений в организме ребенка [3]. При ФН ЖКТ могут наблюдаться изменения моторной функции, процесса переваривания и всасывания пищевых веществ, а также состава кишечной микрофлоры и активности иммунной системы. Причины функциональных расстройств часто лежат вне пораженного органа и обусловлены нарушением нервной и гуморальной регуляции деятельности пищеварительного тракта [3, 4].

Проявлению ФН способствуют как анатомо-физиологические особенности развития ЖКТ ребенка в раннем возрасте, так и нарушения режима и техники вскармливания младенцев. Во многом физическое, социальное, моральное состояние матери определяет частоту ФН ЖКТ ее ребенка. Отмечено, что ФН ЖКТ значительно чаще встречается у первенцев, долгожданных детей и детей пожилых родителей [2]. Однако, несмотря на отсутствие органических изменений, ФН пищеварения у ребенка первых месяцев жизни без своевременной помощи – медикаментозного лечения, коррекции качества и режима питания могут привести к развитию хронических заболеваний органов ЖКТ [6].

Диагностика и лечение

Чаще всего родители обращаются с жалобами к педиатру именно на плановом осмотре. Однако в некоторых случаях, не обращаясь за помощью, родители начинают лечить ребенка самостоятельно. В основном и те и другие считают, что ФН кишечника – это удел всех младенцев. Тем не менее помочь ребенку можно, разобравшись с причинами нарушений. И делать это приходится чаще всего педиатру.

Согласно Римским критериям III (American Gastroenterological Association Institute, 2006) [7], функциональные гастроинтестинальные нарушения у новорожденных и детей младшего (до 3-х лет) возраста представлены хроническими или рецидивирующими симптомами без структурных или биохимических нарушений (табл. 1).

В первую очередь на первичном приеме при сборе анамнеза болезни и осмотре ребенка педиатр должен обратить внимание родителей на возможные «симптомы тревоги» для исключения органической патологии ЖКТ. И если такие симптомы присутствуют у ребенка, то требуется дополнительное углубленное, а нередко инвазивное обследование. На приеме необходимо тщательно расспросить родителей, какие именно симптомы наблюдаются – срыгивания, рвота, аэрофагия и т. д., чтобы исключить неточности и ошибки. Кроме того, необходимо помнить, что изолированное нарушение функции ЖКТ редко встречается у ребенка, особенно в первые полгода, обычно нарушения бывают сочетанными.

Наиболее часто у детей грудного возраста (особенно первые 6 мес. жизни) встречаются: срыгивания – 23,1%; младенческие кишечные колики – 50–70%; функциональный запор – 17,6% случаев. Чаще всего симптомы наблюдаются в различных комбинациях, реже – изолированно.

Таблица 1. Функциональные гастроинтестинальные нарушения. Римские критерии III (7)

Г. Функциональные нарушения у новорожденных и детей младшего возраста	
G1. Срыгивание у младенцев	
G2. Синдром руминации у младенцев	
G3. Синдром циклической рвоты	
G4. Колики новорожденных	
G5. Функциональная диарея	
G6. Дисхезия у младенцев (болезненность и затруднения дефекации)	
G7. Функциональный запор	

G1. Срыгивание у младенцев

Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни содержит определения ФН ЖКТ.

Срыгивания (регургитация) – самопроизвольный заброс желудочного или желудочно-кишечного содержимого в ротовую полость (табл. 2). У детей первого года жизни без органических изменений со стороны ЖКТ срыгивания могут быть вызваны различными причинами: быстрое сосание, аэрофагия, перекорм, нарушение режима кормления, неадекватный подбор смесей, синдром вегето-висцеральных нарушений при церебральной ишемии (пилороспазм, халазия кардии), дискинезия ЖКТ, ранний перевод на густую пищу, наследственные заболевания, связанные с нарушением обмена веществ [4].

Частота встречаемости синдрома срыгивания у детей первого года жизни, по данным разных исследователей, варьирует от 18 до 50% [7]. Преимущественно срыгивания отмечаются в первые 4–5 мес. жизни, значительно реже наблюдаются в возрасте 6–7 мес., с введением более густой пищи – прикорма. К концу первого года синдром срыгиваний практически не встречается, т. к. ребенок находится большую часть времени в вертикальном положении – сидя, стоя [3].

При осмотре ребенка и сборе анамнеза можно выявить наиболее частые причины функциональных срыгиваний: быстрое сосание, аэрофагия, перекорм, нарушение режима кормления, неадекватный подбор смесей, синдром вегето-висцеральных нарушений при нарушении центральной нервной системы, дискинезия ЖКТ, ранний перевод на густую пищу [4].

Согласно рекомендациям группы экспертов ESPGHAN, интенсивность срыгиваний принято оценивать по пятибалльной шкале, которая отражает совокупную характеристику частоты и объема срыгиваний, что помогает оценить клиническую картину и необходимый объем помощи (табл. 3).

Почему же необходимо корректировать функциональные нарушения? Это связано с такими возможными

Таблица 2. Младенческие срыгивания. Римские критерии III (7)

Срыгивания у новорожденных. Диагностические критерии: наблюдаются все проявления у здорового ребенка 3 нед. – 12 мес.
1. Регургитация 2 и более раз в день в течение 3-х и более недель
2. Нет рвоты, признаков гематомезиса, анемии, аспирации, апноэ, задержки развития, трудностей в приеме пищи и глотании*

* «симптомы тревоги»

Таблица 3. Шкала оценки интенсивности срыгиваний (Y. Vandendplas et al., 1993) (5)

0 баллов	Отсутствие срыгиваний
1 балл	Менее 5 срыгиваний в сутки объемом не более 3 мл
2 балла	Более 5 срыгиваний в сутки объемом более 3 мл
3 балла	Более 5 срыгиваний в сутки объемом до 1/2 количества смеси, введенного за одно кормление, не чаще чем в половине кормлений
4 балла	Срыгивания небольшого объема в течение 30 мин и более после каждого кормления
5 баллов	Срыгивания от 1/2 до полного объема смеси, введенного во время кормления, менее чем в половине кормлений

осложнениями, как отставание в физическом развитии, железодефицитная анемия, колики, диарея. При оценке от 3 до 5 баллов необходимо исключить наличие органических изменений – патологии ЖКТ, ЛОР-органов, респираторной и нервной системы, что потребует дополнительных консультаций и исследований, а соответственно и медикаментозной терапии.

Лечение синдрома функциональных срыгиваний включает ряд этапов. На первом месте работа с родителями, объяснение необходимости соблюдать кормящей матерью диету, исключить продукты, приводящие к газообразованию, не допускать перекорма. Кроме того, необходимо после каждого кормления проводить постуральную терапию, удерживая ребенка в вертикальном положении после каждого дневного и ночного кормления в течение 20–30 мин. Для исключения аэрофагии необходимо обучить мать правильно прикладывать ребенка к груди.

Необходимо помнить, что синдром срыгиваний, как и любое ФН ЖКТ, не является показанием к отказу от естественного грудного вскармливания в пользу искусственного. Но возможно назначение смесей с загустителями, которые добавляются в сцеженное грудное молоко.

Лекарственная терапия включает препараты: улучшающие состояние нервной системы, энерготропные, улучшающие состояние ЖКТ – прокинетики, антациды, пробиотики, ферменты, а также препараты, уменьшающие проявления последствий синдрома срыгиваний – витамины, средства от метеоризма и т. д. Очень важно использование немедикаментозных методов лечения – лечебного и гидромассажа, закаливания, соблюдения режима дня и питания матерью [3–9].

Таблица 4. Распространенность основных симптомов синдрома циклической рвоты (10)

Эпидемиологические особенности синдрома циклической рвоты	Характеристика
Соотношение мальчиков и девочек	55:45
Средний возраст	5,3 года (от новорожденности до 7 лет), но может встречаться в любом возрасте
Симптомы	
Рвота	До 6 раз в час в 76% с примесью желчи, в 32% – крови
Гастроинтестинальные симптомы	Боль в животе 80%, рвота 78%, анорексия 74%, тошнота 72%, диарея 36%
Неврологические симптомы	Головная боль 40%, фотофобия 32%, головокружение 22%, 40% склонны к укачиванию
Течение заболевания	Продолжительность 23–43 часа, 47% пациентов отмечают приступы каждые 2–4 нед., эпизоды встречаются ночью или рано утром у 34–60% пациентов, у 98% течение приступов стереотипно по времени
Провоцирующие факторы	Инфекции 41%, психологический стресс 34%, диетические погрешности 26%, менструация 13%, другие провоцирующие факторы 68%
Прогноз	Продолжительность заболевания 3,4 года, 28% пациентов в дальнейшем страдают мигренью
Семейные случаи мигрени	У 82% пациентов

G2. Синдром руминации

Руминация – повторяющиеся периодические приступы сокращения мышц брюшного пресса, диафрагмы и языка, приводящие к забросу желудочного содержимого в ротовую полость. Ребенок вновь пережевывает и проглатывает содержимое или выплевывает. Для руминации характерно начало в возрасте ребенка 3–8 мес. и отсутствие эффекта от изменения характера питания и типа вскармливания (перевод на кормление через соску сцеженным молоком, искусственное вскармливание). Это состояние может являться симптомом депривации или признаком тяжелого органического поражения центральной нервной системы.

Руминацию необходимо дифференцировать с синдромом срыгиваний и синдромом циклической рвоты. Это редкое расстройство встречается в основном у мальчиков, обычно возникая в возрасте 3–14 мес. жизни. Оно может приводить к смертельному исходу; по некоторым данным, до 25% детей с руминацией погибают. Дифференциальный диагноз должен включать врожденные пороки ЖКТ и особенно пилороспазм [9].

Синдром руминаций не сопровождается дискомфортом, и ему не предшествует ощущение тошноты. Руминация не возникает во время сна, а также в момент общения младенца с окружающими. Для выявления данного синдрома необходимо скрытое наблюдение за ребенком, поскольку, если ребенок замечает, что за ним наблюдают, синдром руминации не проявляется. У ребенка с руминацией может развиваться алиментарная недостаточность в результате нарушения поступления питательных веществ, часто наступает сенсорная и эмоциональная недостаточность. Такие расстройства чаще возникает у детей с госпитализмом, не контактирующих с матерью.

Лечение данного состояния необходимо начать с выяснения особенностей общения окружающих и ребенка, коррекции окружающей среды, создания спокойной обстановки любви и внимания, проведения поведенческой терапии. Также необходимо уменьшить объем пищи в ложке, чтобы исключить провоцирование рвотного рефлекса, способствовать более медленному поглощению пищи, уменьшить общий объем вводимого питания, исключить перекармливание и насильственное кормление. Объем потребляемой жидкости во время кормления также следует уменьшить.

G3. Синдром циклической рвоты (Cyclic Vomiting Syndrome – CVS)

Это заболевание преимущественно детского возраста, проявляющееся стереотипными повторными эпизодами рвоты, сменяющимися периодами полного благополучия. Международной ассоциацией CVS (2003) предложены критерии диагностики этого состояния (табл. 4), основывающиеся на положениях, принятых на Международном научном симпозиуме по CVS (Лондон, 1994). Часто при обследовании выявить очевидную причину рвоты не удается.

В первую очередь необходимо исключить провоцирующие факторы и по возможности начинать лекарственную терапию еще в период продрома, когда препараты могут еще удерживаться в организме, а также для предупреждения развития электролитных расстройств. Противорвотную терапию необходимо сочетать с анти-

секреторными препаратами для защиты слизистой оболочки пищевода и зубной эмали и препаратами для купирования приступа мигрени. По показаниям назначается введение электролитов, антагонистов H₂-рецепторов гистамина.

После приступа ребенок быстро восстанавливается, и в промежутке между приступами самочувствие ребенка никак не отличается от его обычного состояния.

G4. Колики новорожденных

Это эпизоды болезненного плача и беспокойства ребенка, которые обычно возникают в вечернее время без каких-либо видимых причин (табл. 5). Приступы плача начинаются внезапно и также внезапно заканчиваются. Продолжаются не менее 3-х часов в день и не реже 3-х раз в неделю. Начало колик обычно приходится на 2–3-ю неделю жизни, максимальные проявления – на 20-й месяц, постепенное исчезновение наблюдается после 3–4-х месяцев [11].

Возникновению колик способствуют: анатомо-физиологические особенности развития ЖКТ ребенка в раннем возрасте – быстрый и неравномерный рост различных отделов ЖКТ; физиологическая гипотония естественных сфинктеров; становление периферической и центральной вегетативной иннервации ЖКТ; низкая ферментативная активность и недоразвитие протоков экзокринных желез; формирование кишечной микрофлоры. Замечено, что чем меньше масса тела и гестационный возраст ребенка при рождении, тем выше риск развития кишечных колик [2].

Для кишечных колик характерен резкий болезненный плач, сопровождающийся покраснением лица, ребенок старается принять вынужденное положение, прижимая ножки к животу – «сучит ножками». Также при этом состоянии возникают трудности с отхождением газов и стула. Однако после дефекации наступает заметное облегчение и успокоение ребенка. Наиболее типичное время для кишечных колик – вечерние часы [2, 7], мамы даже могут отметить постоянное время появления колик. Кишечные колики практически с одинаковой частотой встречаются как на естественном, так и на искусственном вскармливании [2, 8, 9, 11].

Важно исключить другие заболевания, сопровождающиеся коликами: лактазную недостаточность, гастроинтестинальную форму пищевой аллергии [11, 12].

Частота кишечных колик, по данным разных авторов, составляет от 20 до 70% [8, 11, 12]. Несмотря на длительный период изучения, нет единого мнения об этиологии кишечных колик.

Поскольку единого мнения о причинах развития колик не существует, то и подходы к терапии различаются. Для

ребенка на грудном вскармливании рекомендации совпадают с рекомендациями при срыгиваниях. При искусственном вскармливании подбирается соответствующая лечебная смесь.

Применяются разнообразные физические методы лечения кишечных колик: сухое тепло (теплая пеленка, длительное нахождение на руках матери, метод «кенгуру»); положение на животе «кожа к коже»; массаж живота по часовой стрелке; сгибание-разгибание ног. При выраженных коликах возможно применение газоотводных трубочек и очистительных микроклизм [2, 3, 8].

Но во всех вариациях развития кишечных колик в качестве медикаментозной терапии используются препараты, содержащие симетикон [12]. Препараты симетикона могут применяться при остром приступе кишечных колик, т. к. обладают ветрогонным действием. Симетикон изменяет поверхностное натяжение уже образовавшихся пузырьков газа, скопившихся в содержимом желудка и слизи кишечника, а также препятствует образованию новых. Вследствие этого газовые пузырьки разрушаются, высвобождаемые газы поглощаются стенками кишечника или выводятся из организма благодаря перистальтике [13]. Одним из представителей препаратов симетикона на российском рынке является Саб® Симплекс (Пфайзер Инк, США), выпускаемый в виде суспензии. Для лечения колик новорожденных достаточно добавить 15 капель (0,6 мл) суспензии в бутылочку для кормления. Саб® Симплекс хорошо смешивается с другими жидкостями, в т. ч. с молоком. Что примечательно, Саб® Симплекс можно применять людям всех возрастов, мучающихся метеоризмом. В каждом случае дозировать Саб® Симплекс следует в соответствии с инструкцией.

В лечении кишечных колик широко применяются фитопрепараты ветрогонного и мягкого спазмолитического действия, содержащие различные травы – экстракты ромашки, фенхеля, аниса, вербены, укропа, мяты перечной.

При выраженных коликах врач может назначить спазмолитические препараты, пробиотики, сорбенты, панкреатические ферменты [8, 9, 12].

Подбор препаратов должен осуществляться индивидуально для каждого пациента.

G5. Функциональная диарея

Это безболезненный неоформленный размягченный стул 3 и более раз в сутки, длящийся более 4-х недель. Такое состояние никак не беспокоит ребенка. Функциональная диарея не связана с инфекционным заболеванием при адекватном вскармливании ребенка и может самостоятельно разрешиться к 5–7 годам.

Учитывая характеристики питания ребенка первых 4–6 мес. жизни, размягченный стул на естественном вскармливании – это вариант нормы. С началом введения прикорма стул меняется, становится более оформленным. Именно с этого возраста может наблюдаться функциональная диарея. При этом у ребенка нет никаких отклонений в состоянии здоровья и не нарушен аппетит.

Как и в других случаях ФН кишечника, необходим тщательный сбор анамнеза для исключения нарушения диеты матерью, перекармливания, лактазной недостаточности и пищевой аллергии. Если развитие ребенка (физическое и психомоторное) не страдают, то можно исключить синдром мальабсорбции. Для определения возможных продуктов-провокаторов следует предло-

Таблица 5. Младенческие колики. Римские критерии III (7)

Младенческие колики. Диагностические критерии: наблюдаются все симптомы, характерные для ребенка 0–4-х месяцев

1. Приступы беспокойства, возбуждения или плача, начинающиеся и прекращающиеся без видимой причины
2. Эпизоды длительностью 3 и более часов в день, минимум 3 дня в неделю в течение как минимум 1 нед.
3. Нет нарушений развития

жить родителям вести пищевой дневник матери и дневник дефекаций ребенка, что позволит выявить продукты, которые нужно исключить из рациона кормящей матери.

В случае если функциональная диарея сопровождается повышенным газообразованием, рекомендуется использование препаратов симетикона (Саб® Симплекс).

G6. Дисхезия у младенцев

Согласно Римским критериям III, дисхезия представляет собой затрудненный акт дефекации у детей с рождения до 4-х лет [7]. Чаще всего данное состояние проявляется криком и плачем ребенка до 30 мин по несколько раз в день, сопровождается выраженным покраснением лица (синдром пурпурного лица). Сразу после дефекации, обычно размягченным стулом, ребенок успокаивается, что характерно для данного ФН ЖКТ. Описанное состояние связано с отсутствием координации напряжения мышц брюшной стенки и тазового дна (в частности, анального сфинктера).

Такое состояние может спонтанно разрешиться к 6 мес., когда ребенок научится координировать напряжение мышц живота и ануса. При этом не рекомендуется стимулировать (раздражать) анальный сфинктер. В рекомендациях стоит акцентировать внимание родителей на нормализацию питания матери (диета, режим), проведение массажа и гидромассажа, а также обратить внимание родителей на то, что данное состояние не является запором, поэтому назначение слабительных не рекомендуется.

G7. Функциональный запор

Запор – нарушение функции кишечника, выражающееся увеличением интервалов между актами дефекации (по сравнению с индивидуальной физиологической нормой), затруднением акта дефекации, чувством неполного опорожнения кишечника, отхождением малого количества кала (табл. 6) [7, 14]. Интервал между актами дефекации увеличивается до 36 часов и более, при этом каловые массы отличаются более плотной консистенцией.

Частота стула у детей считается нормальной, если от рождения до 4-х месяцев происходит 1–7 актов дефекации в сутки (на грудном вскармливании дефекация может происходить после каждого кормления), от 4-х месяцев до 2-х лет – 1–3 опорожнения кишечника [4].

В механизме развития запоров у детей первого года жизни огромную роль играют нарушения моторики (дискинезии) толстой кишки. А наиболее частой причиной возник-

новения запоров у детей первого года жизни являются алиментарные нарушения [9], которые легко возникают у детей раннего возраста вследствие бурного роста и развития кишки, ее вегетативной иннервации, начала формирования и в дальнейшем закрепления анальных рефлексов [14, 15].

При сборе анамнеза и осмотре следует обратить внимание на возможные «симптомы тревоги» [15], подозрительные в плане врожденной органической патологии толстой кишки, аномалии развития спинного мозга и метаболические расстройства: возникновение запора с рождения, позднее (более 48 часов) отхождение мекония; выраженный метеоризм и рвота; капризность, нарушения раннего моторного развития. Для функционального запора характерны нарушение аппетита или быстрое насыщение вследствие переполнения кишечника, капризность, раздражительность, которые купируются после отхождения большого количества каловых масс.

При запорах у грудного ребенка прежде всего необходимо скорректировать диету матери, устранить возможные погрешности в режиме вскармливания: частота, регулярность, объем, (часто необоснованно раннее) начало прикорма, его качество. Кормящая мать должна соблюдать достаточный питьевой режим и диету с ограничением продуктов, усиливающих газообразование и снижающих моторику толстой кишки – «триггерные продукты» (чай, кофе, алкоголь, шоколад, сорбитол, цитрусовые, сладкие сиропы) [14, 15].

Функциональные запоры чаще встречаются у детей на искусственном вскармливании, поэтому необходимо применять только адаптированные молочные смеси, при необходимости назначать лечебные смеси с пре-, про- и симбиотиками, кисломолочные смеси, антирефлюксные и послабляющие смеси на основе камеди рожкового дерева [15]. Также необходимо наладить режим питья в промежутках между кормлениями (кипяченая вода и фиточай с фенхелем, ромашкой, укропом для грудных детей). Вводить прикорм ребенку с запорами следует не ранее 5 мес. жизни с овощных и фруктовых пюре и соков (чернослив, слива, абрикос, персик, яблоко) [14, 15].

Терапия запоров, как и других ФН, должна сочетаться с лечением сопутствующей неврологической патологии младенца. Также необходимо назначать немедикаментозные методы лечения. Массаж живота перед каждым кормлением, терапия положением (на животе, с согнутыми приведенными ногами, что способствует расслаблению анального сфинктера), легкий массаж перианальной области в большинстве случаев способствуют разрешению запора. Для экстренной терапии у грудных детей при выраженном нарушении самочувствия, крике, плаче рекомендуется применение лечебной водной микроклизмы. Но их применение должно быть ограничено (1 раз в 36–48 часов) [15]. При функциональных запорах, сопровождающихся метеоризмом, показаны препараты симетикона (Саб® Симплекс) для уменьшения газообразования и улучшения перистальтики.

В дальнейшем, при упорных запорах у детей первого года жизни, возможно назначение препаратов лактулозы в качестве смягчителей, сорбита, кукурузного сиропа. Не показано назначение минеральных масел и стимулирующих слабительных.

Таблица 6. Функциональный запор у детей. Римские критерии III (7)

Функциональный запор. Диагностические критерии: на протяжении по меньшей мере одного месяца у ребенка до 4-х лет должно наблюдаться не менее 2-х из следующих симптомов
1. 2 и менее дефекаций в неделю
2. Минимум 1 эпизод недержания кала в неделю при наличии навыка
3. Эпизоды задержки стула в анамнезе
4. Болезненная/затрудненная перистальтика кишечника в анамнезе
5. Наличие большого количества каловых масс в прямой кишке
6. Большой диаметр каловых масс, которые могут засорить туалет

Сопутствующие симптомы включают: возбуждение, снижение аппетита и/или быструю насыщаемость. Симптомы быстро проходят после отхождения стула большого объема

Для детей старше одного года при сохранении функционального запора возможна диетическая коррекция – увеличение количества фруктов, овощей, продуктов из цельного зерна. В качестве лекарственной терапии используют минеральные масла, магний, лактулозу, сорбитол, короткие курсы стимулирующих слабительных, длительный прием полиэтиленгликоля в низких дозах у детей с упорным запором. Также необходимо продолжать немедикаментозные методы – массаж, лечебную физкультуру.

Следует обращать внимание родителей на важность правильного формирования туалетных навыков, выработку рефлекса дефекации [14–16].

Таким образом, различные проявления ФН ЖКТ, которые могут вызывать значительную тревогу родителей, характерны почти для всех детей раннего возраста и нередко купируются самостоятельно. Однако без должного внимания и необходимой коррекции в раннем возрасте ФН ЖКТ могут в дальнейшем привести к серьезным хроническим заболеваниям [15].

ФН ЖКТ у детей более старшего возраста могут также сопровождаться коликами, метеоризмом, диареей и запорами. Рекомендации в этом случае остаются прежними: коррекция диеты и режима питания и дня, назначение спазмолитиков, про- и пребиотиков, ферментов и средств, уменьшающих газообразование. Все препараты должны быть назначены специалистами после осмотра, сбора анамнеза, проведенных дополнительных исследований для уточнения диагноза.

К информативным обследованиям относятся ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброэзофагогастродуоденоскопия, рентгенологическое обследование ЖКТ и почек и мочевыводящей системы [15]. Наличие повышенного газообразования может закрывать обзор внутренних органов, поэтому за сутки до обследования применяются ветрогонные препараты, уменьшающие количество пузырьков газа в кишечнике. В этих целях оптимальны препараты симетикона (Саб® Симплекс).

Кроме ФН ЖКТ существуют иные угрозы. Как у взрослых, так и у детей могут возникать острые экзогенные отравления, в частности пенообразующими веществами – шампунями, средствами для мытья посуды и т. д., содержащими поверхностно-активные вещества и добавки с фруктовым, шоколадным или ванильным ароматом. При попадании их в рот маленькие дети часто их проглатывают, увлеченные «вкусным» запахом, что приводит к развитию острого экзогенного отравления. Обильное пенообразование при купании способствует заглатыванию средства и отравлению или аспирации дыхательных путей.

Докторам и родителям детей следует знать, что при отравлении пенообразующими веществами нельзя вызывать рвоту, т. к. это может привести к аспирации дыхательных путей. Необходимо уменьшить всасывание

отравляющего вещества и пенообразование. Для этого применяются энтеросорбенты и средства, уменьшающие поверхностное натяжение и разрушающие образовавшиеся пузырьки газа. В этом случае также поможет симетикон (Саб® Симплекс), обладающий необходимыми свойствами [13].

Литература

- Iacono G, Merolla R, D'Amico D. et al. Gastrointestinal symptoms in infancy: a population-based prospective study // *Dig Liver Dis.* 2005, Jun. Vol. 37(6). P. 432–438.
- Кешишян Е.С., Бердникова Е.К., Хавкин А.И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста // *Практика педиатра.* 2012. №9. С. 12–16 [Keshishjan E.S., Berdnikova E.K., Havkin A.I. Funkcional'nye narusheniya zheludochno-kishechnogo trakta u detej rannego vozrasta // *Praktika pediatria.* 2012. №9. S. 12–16 (in Russian)].
- Скворцова В.А., Яцык Г.В., Звонкова Н.Г. и др. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей грудного возраста: роль диетотерапии // *Лечащий врач.* 2011. №6. С. 66 [Skvortsova V.A., Jacyk G.V., Zvonkova N.G. i dr. Funkcional'nye narusheniya zheludochno-kishechnogo trakta u detej grudnogo vozrasta: rol' dietoterapii // *Lechashhij vrach.* 2011. №6. S. 66 (in Russian)].
- Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. Союз педиатров России. М.: 2010. С. 39–42 [Nacional'naja programma optimizacii vskarmlivaniya detej pervogo goda zhizni v Rossijskoj Federacii. Sojuz pediatrov Rossii. M.: 2010. S. 39–42 (in Russian)].
- Vandenplas Y., Gutierrez-Castrellon P., Velasco-Benitez C. et al. Practical algorithms for managing common gastrointestinal symptoms in infants // *Nutrition.* 2013. Vol. 29. P. 184–194.
- Gold B.D. Is gastroesophageal reflux disease really a life-long disease: do babies who regurgitate grow up to be adults with GERD complications? // *Am J Gastroenterol.* 2006, Mar. Vol. 101(3). P. 641–644.
- Hyman P.E., Milla P.J., Benninga M.A. et al. Children Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/ Toddler // *Gastroenterology.* 2006. Vol. 130. P. 1519–1526.
- Конь И.Я., Сорвачева Т.Н. Диетотерапия функциональных нарушений органов ЖКТ у детей первого года жизни // *Лечащий врач.* 2004. №2. С. 55–59 [Kon' I.Ja., Sorvacheva T.N. Dietoterapija funkcional'nyh narushenij organov ZhKT u detej pervogo goda zhizni // *Lechashhij vrach.* 2004. №2. S. 55–59 (in Russian)].
- Горячева О.А., Алиева Э.И., Цветкова Л.Н. Коррекция функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей первого года жизни // *Практика педиатра.* 2015. №4. С. 59–65 [Gorjacheva O.A., Alieva Je.I., Svetkova L.N. Korrekcija funkcional'nyh narushenij zheludochno-kishechnogo trakta u detej pervogo goda zhizni // *Praktika pediatria.* 2015. №4. S. 59–65 (in Russian)].
- Li J.H. CME: New hope for children with cyclic vomiting syndrome // *Contemporary Pediatrics.* 2002. Vol. 3. P. 121.
- Корниенко Е.А., Вагеманс Н.В., Нетребенко О.К. Младенческие кишечные колики: современные представления о механизмах развития и новые возможности терапии. СПб гос. пед. мед. академия. Институт питания «Нестле». 2010. 19 с. [Kornienko E.A., Vagemans N.V., Netrebenko O.K. Mladencheskie kishечные koliki: sovremennye predstavlenija o mehanizmah razvitiya i novye vozmozhnosti terapii. SPb gos. ped. med. akademija. Institut pitaniya «Nestle». 2010. 19 s. (in Russian)].
- Самсыгина Г.А. Алгоритм лечения детских кишечных коликов // *Consilium medicum. Педиатрия.* 2009. №3. С. 55–67 [Samsygina G. A. Algoritm lechenija detskih kishечnyh kolik // *Consilium medicum. Pediatrija.* 2009. №3. S. 55–67 (in Russian)].
- Инструкция по медицинскому применению препарата Саб Симплекс от 21.05.2009, регистрационный номер П N014203/01 [Instrukcija po medicinskomu primeniju preparata Sab Simpleks ot 21.05.2009, registracionnyj nomer P N014203/01 (in Russian)].
- Бабаян М.Л. Функциональные запоры у новорожденных и детей раннего возраста // *PMЖ.* 2012. №16. С. 824 [Babajan M.L. Funkcional'nye zapory u novorozhdennyh i detej rannego vozrasta // *RMZh.* 2012. №16. S. 824 (in Russian)].
- Яблокова Е.А., Горелов А.В. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта у детей: диагностика и возможности спазмолитической терапии // *PMЖ.* 2015. №21. С. 1263–1267 [Jablokova E.A., Gorelov A.V. Funkcional'nye rasstrojstva zheludochno-kishechnogo trakta u detej: diagnostika i vozmozhnosti spazmoliticheskoj terapii // *RMZh.* 2015. №21. S. 1263–1267 (in Russian)].
- Захарова И.Н., Сугян Н.Г., Москвич И.К. Российские и международные рекомендации по ведению детей с запорами // *Вопросы современной педиатрии.* 2014. №13(1). С. 74–83 [Zaharova I.N., Sugian N.G., Moskvich I.K. Rossijskie i mezhdunarodnye rekomendacii po vedeniju detej s zaporami // *Voprosy sovremennoj pediatrii.* 2014. №13(1). S. 74–83 (in Russian)].