

СМОТРЕТЬ В ОДНОМ НАПРАВЛЕНИИ

Функциональные нарушения пищеварения: взгляд гастроэнтеролога
и аллерголога

Вторая встреча в «виртуальной ординаторской» Клуба экспертов Nutricia состоялась 27 мая 2020 года и была посвящена одному из самых животрепещущих вопросов педиатрической практики — функциональным нарушениям пищеварения (ФНП). «Пищевая аллергия и ФНП. Где грань между ними?» — так подошли к трактовке темы **аллерголог**, докт. мед. наук, проф. Геннадий Айзикович Новик и **гастроэнтеролог**, канд. мед. наук Михаил Арнольдович Ткаченко.

Согласно современным представлениям, в частности **Римским критериям** (Римскому консенсусу) IV пересмотра, обновлённым в 2016 году¹, в группу ФНП у новорождённых и младенцев объединены следующие состояния:

- младенческие срыгивания;
- младенческие колики;
- функциональный запор;
- синдром руминации;
- синдром циклической рвоты;
- функциональная диарея;
- младенческая дисchezия.

Распространённость ФНП у детей раннего возраста крайне высока (55–75%)^{2,3}. Долго представлявшаяся неизблемой теория о том, что в рутинной практике почти невозможно установить точные причины или механизмы развития⁴ ФНП, претерпевает изменения. Как подчеркнул Михаил Арнольдович, можно считать доказанным, что в основе так называемых **функциональных расстройств** лежат **морфологические нарушения**, в том числе аллергической природы⁵. В рамках вебинара также состоялось обсуждение наиболее распространённых в клинической практике вариантов ФНП.

Возвращаться не стоит

Римский консенсус IV¹ (2016) чётко определяет критерии диагноза младенческих срыгиваний (регургитации) у детей от 3 нед до 1 года, не имеющих других нарушений. Речь идёт о **сочетании** признаков:

- два эпизода срыгиваний и более в день в течение 3 нед и дольше;
- отсутствие «красных флагов», т.е. позывов на рвоту, рвоты с кровью, аспирации, апноэ, задержки темпа физического развития, трудностей при кормлении, дисфагии, необычных для младенца поз.

В опросе 2015 года из 1447 матерей 26% пожаловались на срыгивания у своих младенцев⁶. Но **всегда ли** регургитация — признак плохого самочувствия ребёнка? Если нет ни одного из уже упомянутых «красных флагов», т.е. симптомов, свидетельствующих о вероятном наличии органических поражений органов пищеварения, срыгивания следует рассматривать как **физиологический процесс** (в зарубежной литературе есть даже специальный термин — **happу spitter**, что можно перевести как «до-

вольный рыгунчик»)⁷. Однако если речь всё же идёт о патологическом состоянии, врачу необходимо **последовательно** придерживаться такой тактики:

- исключить влияние на ребёнка табачного дыма;
- скорректировать объём, кратность и технику кормления;
- использовать методику позиционной терапии;
- назначить антирефлюксные смеси-загустители в случае искусственного вскармливания;
- применять безмолочную диету при подозрении на аллергию к белкам коровьего молока (АБКМ);
- назначить фармакологические препараты в качестве второй линии терапии при неэффективности ранее указанных мер.

Спикер акцентировал внимание слушателей на важных нюансах позиционной терапии. Известно, что положение **«лёжа на животе»** не предрасполагает к возникновению срыгиваний⁸. Однако именно такая поза младенца в среднем **в 14 раз** увеличивает вероятность дыхательных расстройств и **синдрома внезапной смерти**. В этой связи детям в **возрас-**

те го 1 года рекомендованы следующие правила⁹.

- Вертикальное положение после кормления.
- Лежать на животе можно только в период бодрствования и под наблюдением родителей.
- Избегать позы полусидя.
- Не применять для сна мягкие подушки, матрасы, игрушки.

У детей старше 1 года сон на животе не сопровождается вышеупомянутыми рисками.

Геннадий Айзикович отметил, что проблема функционального срыгивания актуальна в основном для детей **первого года жизни**. Если этот синдром возникает позже, пациента необходимо обследовать для выявления органической причины. Также спикер подтвердил, что нередко (16–42%) срыгивания оказываются проявлением **АБКМ**¹⁰. Точный механизм пока не известен, однако специфическое воспаление слизистой оболочки ЖКТ стимулирует выброс гистамина и серотонина, что может неблагоприятно сказываться на моторике.

Если ребёнок находится на **искусственном** вскармливании, то при срыгиваниях на фоне АБКМ возможно назначение смеси на основе гидрогидролизованного белка (например, «Нутрилон Пепти Аллергия») или аминокислот (например, «Неокейт») на 2–4 нед с последующим повторным введением белка коровьего молока через 12–18 мес для контроля толерантности^{7,11}.

Если ребёнок с АБКМ находится на **грудном** вскармливании, очень важно сохранять именно этот вид питания. В данном случае безмолочную диету следует соблюдать **матери**. Нередко педиатру приходится делать акценты на очевидных вещах: кефир, сливочное масло, творог и йогурт тоже содержат белок коровьего молока. Для **восполнения недостающих нутриентов** необходима дополнительная дотация витаминов, минералов и белков, а также кальция.

Ещё один важный аспект при младенческих срыгиваниях — высокий риск **медикаментозной перегрузки** ребёнка. В европейских странах до 56% специалистов назначают детям раннего возраста ингибиторы протонной помпы, что нередко приводит к дисбиозу ЖКТ и другим осложнениям. Оба докладчи-

ка сошлись во мнении, что **лекарственная терапия** физиологической регургитации должна стоять **на последнем месте** в алгоритме действий врача.

Плач как манифест

В Римских критериях III (2006) определение синдрома **младенческих колик** было основано на продолжительности и частоте детского плача. Однако с тех пор вопрос о «**нормах**» по этим параметрам оказался весьма неоднозначным и спорным. Так, например, систематический обзор и метаанализ¹² 2017 года, включивший 4109 статей с данными о 8690 младенцах, показал, что в разные возрастные периоды и даже в разных странах продолжительность плача серьёзно отличается. Дети от 0 до 6 мес в среднем плачут 117–133 мин в сутки, а в 10–12 нед — 68 мин.

Согласно Римскому консенсусу IV, **верифицировать диагноз** младенческой

[Регургитацию, начавшуюся на первой неделе жизни или впервые возникшую после 6 мес, считать физиологической не следует, необходимо исключать органические причины.]

колики следует так (должны быть соблюдены все признаки)¹:

- беспокойство, плач или крик возникают у детей в возрасте до 5 мес;
- неожиданное начало и внезапное окончание эпизода;
- предотвратить и остановить повторяющиеся эпизоды беспричинного плача, раздражительности младенца не удаётся;
- лихорадки или признаков задержки физического развития у ребёнка не выявлено.

Колика **редко** бывает связана с органическими причинами. В исследовании 2009 года приняли участие 237 детей в возрасте до 1 года, госпитализированных с коликами¹³. Пациентам было выполнено 574 различных исследования; органические поражения ЖКТ обнаружили у 5% участников. Исследователи сформулировали любопытный вывод —

каждый 20-й ребёнок испытывал колики вследствие **инфекции мочевыводящих путей**.

Эксперты единодушны: **начинать лечение** колики следует с оценки правильности техники кормления младенца, минимизирующей аэрофагию, а также с успокаивающих мер (соска, укачивание, массаж живота и др.), но испытывать эффективность каждого приёма нужно не более нескольких минут (помогает — продолжать, нет — пробовать иное). Применение медикаментов в этой ситуации не всегда эффективно: ведущие международные организации подтверждают **бесполезность** симетикона и ингибиторов протонной помпы при коликах^{14,15}.

Метаанализ 2018 года¹⁶ показал, что действенность пробиотиков **зависит от их штаммов и типа** вскармливания младенца. Например, в исследовании, где 174 младенцам назначали препарат *Lactobacillus reuteri*, а ещё 171 — плацебо, терапевтический приём в виде лекарственного



Новик Геннадий Айзикович, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой детских болезней им. проф. И.М. Воронцова ФП и ДПО СПбГПМУ (Санкт-Петербург)



Ткаченко Михаил Арнольдович, канд. мед. наук, детский гастроэнтеролог, доц. кафедры педиатрии (Санкт-Петербургской педиатрической академии, главный врач клиники «Будь здоров!») (Санкт-Петербург)

средства на фоне грудного вскармливания уменьшал общее время плача на 25 мин, а добавление бацилл того же штамма в смесь не сопровождалось отчетливым эффектом. Кокрейновский обзор 2019 года¹⁷ продемонстрировал, что наиболее часто применяемые штаммы пробиотиков в среднем снижали время младенческого плача почти на 33 мин, однако существенных различий для разных представителей лакто- и бифидобактерий не было. В то же время **пребиотики** хорошо зарекомендовали себя: проспективное рандомизированное клиническое исследование с участием 199 детей младше 4 мес продемонстрировало, что добавление в состав смеси олигосахаридов, в частности галакто- и фруктоолигосахаридов (GOS и FOS), **увеличивало продолжительность сна** младенцев, страдающих коликами, в 3,5 раза¹⁸.

В целом, как отметил Геннадий Айзикович, для лечебного питания пациентов с коликами и АБКМ следует использовать **смеси на основе аминокислот или белка высокой степени гидроли-**

за. У детей, находящихся на грудном вскармливании, гастроинтестинальные проявления в качестве единственной манифестации АБКМ крайне редки. Если колики у младенца развиваются на фоне атопического дерматита, **на первый план** должна выходить безмолочная диета матери, а также исключение из её рациона **яиц, сои и пшеницы.**

Внеплановая остановка

Функциональный запор — увеличение интервалов между актами дефекации в сравнении с индивидуальной физиологической нормой. Римский консенсус IV позволяет верифицировать диагноз при наличии **более двух** из перечисленных ниже признаков¹:

- менее трёх дефекаций в неделю;
- задержка стула;
- болезненная или затруднённая дефекация;
- большой диаметр каловых масс;
- наличие кала в ампуле прямой кишки при пальцевом исследовании.

Для детей, которые уже пользуются горшком, следует учитывать **дополнительно:**

- эпизод недержания кала каждую неделю (или чаще);
- закупорку унитаза каловыми массами.

Михаил Арнольдович напомнил, что распространённость функционального запора у детей младше года в среднем составляет 3%, на втором году жизни — 10–27%. Независимым фактором риска этого патологического состояния эксперты признают чрезмерно раннее **приучение к горшку** детей, не достигших возраста 2 лет. Об этом педиатру следует **заранее предупредить** маму.

О связи запора с АБКМ следует думать в следующих ситуациях:

- запор сопровождается атопией;
- слабительные препараты недостаточно эффективны;
- запор у ребёнка с отягощённым аллергологическим анамнезом.

Если ребёнок находится на искусственном вскармливании, его необходимо на 2–4 нед *ex juvantibus* перевести на **безмолочную диету** (смесь на основе белка глубокой степени гидролиза или аминокислот)¹⁴. Если будет получен чёткий клинический эффект, диагноз АБКМ высоковероятен.

Если замена смеси не оказывает должного эффекта, допустимо назначение сока, содержащего сорбитол, — из чернослива, груши или яблока. Дозы зависят от возраста пациента: до 3 мес — по 15 мл 1–3 раза в день, старше 3 мес — по 30 мл 1–3 раза в день¹⁹.

В качестве **медикаментозной** терапии допустимо применение свечей с глицерином — **эпизодически** (во избежание формирования зависимости и раздражающего влияния на слизистую оболочку кишечника). Детям младше 6 мес можно назначить **лактюлозу** в дозе 1–2 г/кг в сутки. Важно помнить, что указанная терапия нередко усиливает газообразование и провоцирует дискомфорт. Полиэтиленгликоль по 0,2–0,8 г/кг в сутки — препарат выбора у детей старше 6 мес. Для достижения максимального эффекта слабительные препараты назначают длительно, минимум на 2 мес, поскольку ранняя отмена может спровоцировать рецидив.

Геннадий Айзикович добавил, что у детей, находящихся исключительно на **грудном вскармливании**, запоры **бывают редко**. Пациентам на искусственном вскармливании следует рекомендовать смеси на основе частично гидролизованного белка с пребиотиками, бета-пальмитатом и достаточным уровнем магния. Крайне важно, чтобы все смеси для лечебного питания были клинически апробированы и имели убедительные доказательства хорошей переносимости.



Завершая виртуальную встречу, спикеры напомнили о том, как важны **коллегальность и единство подходов** при лечении ФНП для обеспечения комплаентности и хороших результатов терапии. **SP**

[Младенческая колика — проблема детей младше 5 мес. При возникновении симптома у более старших пациентов следует искать органические поражения.]

Литература

1. Benninga M.A., Faure C., Hyman P.E. et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler // *Gastroenterology*. 2016. Vol. 130. №5. P. 1519–1526. [PMID: 27144631]
2. Богданова Н.М. Нарушения пищеварения у детей раннего возраста: возможности коррекции продуктами функционального питания // *Лечащий врач*. 2013. №6. С. 38–42.
3. Скворцова В.А. и др. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей грудного возраста: роль диетотерапии // *Лечащий врач*. 2011. №6. С. 66–69.
4. McOmber M.A., Shulman R.J. Pediatric functional gastrointestinal disorders // *Nutr. Clin Pract*. 2008. Vol. 23. №3. P. 268. [PMID: 18595859]
5. Talley N.J. What causes functional gastrointestinal disorders? A proposed disease model // *Am. J. Gastroenterol*. 2020. Vol. 115. №1. P. 41–48. [PMID: 31895721]
6. Van Tilburg M.A.L., Hyman P.E., Walker L. et al. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in infants and toddlers // *J. Pediatr*. Vol. 166. №3. P. 684–689. [PMID: 25557967]
7. Vandenplas Y., Rudolph C.D., Di Lorenzo C. et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the NASPGHAN and ESPGHAN // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr*. 2009. Vol. 49. P. 498–547. [PMID: 19745761]
8. Ramenofsky M.L., Leape L.L. Continuous upper esophageal pH monitoring in infants and children with gastroesophageal reflux, pneumonia, and apneic spells // *J. Pediatr Surg*. 1981. Vol. 16. №3. P. 374–378. [PMID: 7252744]
9. Lightdale J.R., Gremse D.A., Section on gastroenterology, hepatology, and nutrition. Gastroesophageal reflux: Management guidance for the pediatrician // *Pediatrics*. 2013. Vol. 131. №5. P. e1684–e1695. [PMID: 23629618]
10. Vandenplas Y., Gottrand F., Veereman-Wauters G. et al. Gastrointestinal manifestations of cow's milk protein allergy and gastrointestinal motility // *Acta Paediatr*. 2012. Vol. 101. №11. P. 1105–1109. [PMID: 22882286]
11. Allen K.J., Davidson G.P., Day A.S. et al. Management of cow's milk protein allergy in infants and young children: An expert panel perspective // *J. Paediatr. Child Health*. 2009. Vol. 45. №9. P. 481–486. [PMID: 19702611]
12. Wolke D., Bilgin A., Samara M. Systematic review and meta-analysis: Fussing and crying durations and prevalence of colic in infants // *J. Pediatr*. 2017. Vol. 185. P. 55–61. [PMID: 28385295]
13. Freedman S.B., Al-Harthy N., Thull-Freedman J. The crying infant: Diagnostic testing and frequency of serious underlying disease // *Pediatrics*. 2009. Vol. 123. №3. P. 841–848. [PMID: 19255012]
14. Tabbers M.M., DiLorenzo C., Berger M.Y. et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: Evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr*. 2014. Vol. 58. P. 258–274. [PMID: 24345831]
15. Vandenplas Y., Hauser B., Salvatore S. Functional gastrointestinal disorders in infancy: Impact on the health of the infant and family // *Pediatr. Gastroenterol. Hepatol. Nutr*. 2019. Vol. 22. №3. P. 207–216. [PMID: 31110953]
16. Sung V., D'Amico F., Cabana M.D. et al. Lactobacillus reuteri to treat infant colic: A meta-analysis // *Pediatrics*. 2018. Vol. 141. №1. P. e20171811. [PMID: 29279326]
17. Probiotics to prevent infantile colic. — URL: https://www.cochrane.org/CD012473/BEHAV_probiotics-prevent-infantile-colic.
18. 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. Vol. 60. P. 1304–1310. [PMID: 16736065]
19. Levi E.I., Lemmens R., Vandenplas Y. et al. Functional constipation in children: challenges and solutions // *Pediatric Health Med. Ther*. 2017. Vol. 8. P. 19–27. [PMID: 29388621]