
Диагностика и этапы помощи детям при младенческих кишечных коликах

Н.Л.Пахомовская, А.С.Потапов, Г.В.Волынец
ФГБНУ Научный центр здоровья детей. 119991, Россия, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1

Плач и беспокойство ребенка в первые месяцы жизни – наиболее частая причина обращения родителей за медицинской помощью. В статье рассматриваются механизмы возникновения кишечных колик, клинические проявления, а также варианты медикаментозного и немедикаментозного лечения с современных позиций.

Ключевые слова: колики, срыгивания, Саб Симплекс, симетикон.
chexonte76@mail.ru

Для цитирования: Пахомовская Н.Л., Потапов А.С., Волынец Г.В. Диагностика и этапы помощи детям при младенческих кишечных коликах. Consilium Medicum. Педиатрия (Прил.). 2016; 1:

N.L.Pakhomovskaya, A.S.Potapov, G.V.Volynets
Scientific Center of Children's Health. 119991, Russian Federation, Moscow, Lomonosovskii pr-t, d. 2, str. 1

chexonte76@mail.ru

For citation: Pakhomovskaya N.L., Potapov A.S., Volynets G.V. ??? Consilium Medicum. Pediatrics (Suppl.). 2016; 1:

Кишечные колики (КК) у детей первых месяцев жизни являются одной из наиболее частых жалоб, с которой родители обращаются к врачу-педиатру. Термин «колики» происходит от греч. «colicos», что означает боль в толстой кишке. В настоящее время под коликами подразумевают полиэтиологический синдром функционального происхождения, нарушающий общее состояние ребенка и характеризующийся внезапными громкими приступами плача у хорошо питающегося ребенка на фоне полного здоровья. Важно, что колики у малыша ухудшают качество жизни не только ребенка, но и его родителей. Крик ребенка, невозможность его успокоить или облегчить боль вызывают основную тревогу у родителей и ухудшают психологический климат в семье. Практически ни один новорожденный малыш не может избежать этого состояния, а более чем у 70% детей первых месяцев жизни отмечаются выраженные колики, которые заставляют обращаться родителей к врачам [1].

КК – это приступообразные боли в животе, возникающие во время или через 20–30 мин после кормления, о которых ребенок сигнализирует беспокойством и громким криком. Впервые колики у младенцев были описаны M.Wessel и соавт. в 1954 г. как «детский плач, продолжающийся 3 ч в день и более по меньшей мере 3 дня в неделю на протяжении не менее 3 нед». При подготовке Римских критериев III в 2006 г. КК получили следующее определение: «Эпизоды повышенной раздражительности, беспокойства или плача, возникающие и завершающиеся без очевидных причин, которые продолжаются 3 ч в день и более по меньшей мере 3 дня в неделю на протяжении не менее 1 нед» [2].

Многие анатомические особенности желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) новорожденного ребенка predisполагают к развитию младенческих колик. Брюшная часть пищевода у новорожденных расположена на 1–2 позвонка выше, чем у детей старшего возраста, слизистый и мышечный слои оболочки пищевода и кардиального отдела желудка недостаточно развиты, что приводит к сглаженности угла Гиса. Круговой слой

мышц кардиальной части желудка развит слабо. Ножки диафрагмы неплотно охватывают пищевод. Все это способствует срыгиванию у новорожденных, особенно при повышении внутрибрюшного давления.

Таким образом, КК являются функциональным состоянием периода адаптации ЖКТ ребенка к постоянно увеличивающемуся объему энтерального питания. Срыгивания и младенческие колики, согласно усовершенствованной классификации Функциональных нарушений органов пищеварения у детей (Римские критерии диагностики III, Рим, 23 мая 2006 г.), относятся к группе функциональных нарушений у новорожденных и детей раннего возраста: G1 – срыгивания у младенцев, G4 – младенческие КК.

Основные моменты патогенеза КК у новорожденных – спазм кишечника и раздувание кишки за счет повышенного газообразования. Спазмы являются следствием незрелости центральной и в большей мере периферической иннервации кишечника. При этом перистальтическая волна неравномерно распространяется по кишечнику, что приводит к возникновению резкого спазма кишки на некоторых участках, который ощущается ребенком как колика. Одновременно в других отделах кишечника, находящихся в состоянии компенсаторной атонии, происходит застой кишечного содержимого, что создает условия для повышенного газообразования.

Недостаточная активность ферментных систем, а то и полное отсутствие ферментов у незрелого ребенка приводят к нарушениям пищеварения, что также служит причиной метеоризма. Ситуация усугубляется дисбалансом микрофлоры кишки с преобладанием условно-патогенных микроорганизмов, что в совокупности с ферментопатией приводит к нарушению переваривания жиров и особенно углеводов и как следствие – избыточному газообразованию, перерастяжению кишки и развитию колики.

Недоношенные дети чаще страдают от колик, чем доношенные. У таких детей четко прослеживается взаимосвязь гестационного возраста с риском разви-

тия колик – чем меньше возраст, тем выше риск приступов [3, 4]. Колики у недоношенных детей более выражены, имеют затяжной характер, продолжительность их увеличивается, соответственно, уменьшению гестационного возраста и массы тела, иногда они проходят лишь к концу первого полугодия жизни. У доношенных детей неблагоприятное течение беременности и родов, курение и употребление алкоголя матерью во время беременности или грудного вскармливания создает предрасполагающий фон для развития колик [4].

Отмечено, что у кормящих грудью мам, в первые дни после родов принимавших антибактериальные препараты или другие лекарства, дети страдают от колик сильнее других малышей (антибиотики могут повлиять на состав грудного молока и стать причиной дисбаланса микрофлоры у ребенка) [5].

Некоторыми исследователями отмечено усиление колик у младенцев под воздействием раздражающих факторов внешней среды (слишком холодно или жарко, мокрый подгузник, яркий свет, смена погоды и т.д.). Также сообщается, что колики чаще возникают у детей-первенцев, преимущественно мальчиков, родившихся у матерей с повышенным уровнем тревожности [6, 7]. На тяжесть течения колик влияют течение беременности (риск гипоксии или внутриутробного инфицирования), течение родов (возможность травматического повреждения, продолжительность безводного промежутка), течение периода адаптации (тяжесть состояния, оценка по шкале Апгар, сроки прикладывания к груди, наличие выкладывания ребенка на живот матери), вид вскармливания в роддоме.

Приступы колик обычно манифестируют на 3–4 нед жизни, начинаются внезапно и сопровождаются громким пронзительным плачем. Нередко коликам предшествуют беспокойство и характерная мимика ребенка: малыш морщится, кряхтит, кривит рот, извивается. Возможны покраснение или цианотичная окраска лица, бледность носогубного треугольника, ребенок поджимает ножки к животу, руки сжаты в кулачки и прижаты к туловищу. При осмотре живот вздут и напряжен, стопы чаще холодные на ощупь. Нередко облегчение состояния ребенка наступает сразу после дефекации или отхождения газов. Продолжительность приступов различна, начиная от нескольких минут до нескольких часов с небольшими перерывами, что полностью изматывает как малыша, так и его родителей. Приступы могут продолжаться долго и в тяжелых случаях заканчиваются лишь после того, как ребенок полностью изнурен. Пароксизмы, как правило, начинаются неожиданно, на фоне полного благополучия, приблизительно в одно и то же время, чаще во второй половине дня, во время или сразу после кормления и сопровождаются повышенным газообразованием. По мере нарастания метеоризма усиливаются срыгивания, у ребенка нарушается сон – уменьшается период сна и удлиняется время бодрствования.

После окончания приступа у детей никогда не отмечается болезненности при пальпации живота, вне приступа дети хорошо едят, прибавляют в массе тела, имеется положительный эмоциональный настрой, общее состояние ребенка не страдает.

КК подчиняются так называемому «правилу трех» (M.Wessel и соавт., 1954):

- начинаются в первые 3 нед жизни;
- продолжаются около 3 ч в день;
- заканчиваются в возрасте около 3 мес.

Важно, что младенческие колики начинаются обычно на 2–3-й неделе жизни с усилением на 2-м месяце жизни и заканчиваются в возрасте 3, 4, 6 мес. У 50% детей колики проходят к концу 3-го месяца жизни, примерно у 90% детей – к концу 4-го месяца жизни [6, 7].

Функциональные КК не могут начаться после 3-месячного возраста после их стихания. Рецидивы беспокойства и крика ребенка после спокойного периода отсутствия этих симптомов должны насторожить врача в плане иной патологии.

Тяжесть КК определяется суммарной длительностью плача в течение суток [8]. Тяжелыми считаются колики, когда ребенок плачет более 3 ч в день. В практической деятельности педиатра это встречается достаточно редко. Необходимо иметь в виду, что при обращении к врачу лица, ухаживающие за ребенком, часто подвержены фрустрации, тревоге и испытывают недостаток сна, что затрудняет адекватную оценку состояния плачущего малыша, не умеющего говорить. В результате в большинстве обращений выявляются незначительные расстройства на фоне недостаточной осведомленности и информированности лиц, осуществляющих уход за ребенком [9]. Тяжелые КК диагностируются не более чем у 6–10% детей, а колики легкой и средней степени тяжести бывают у 80% новорожденных [6]. Одна из наиболее распространенных причин колик – это нарушение режима и техники вскармливания малыша. При грудном вскармливании важно обращать внимание на правильность прикладывания к груди и эффективность сосания, при искусственном вскармливании – на положение бутылочки и длительность кормления, нарушения рецептуры приготовления смеси. Неправильная техника сосания приводит к аэрофагии, скоплению газов в кишечнике и возникновению болевого синдрома. Помимо этого переход с грудного на искусственное вскармливание, частая смена смеси, недоедание или перекорм могут приводить к развитию КК. Для исключения «голодного» крика и беспокойства, связанного с недоеданием, необходимо оценить временные промежутки между кормлениями (укорочение), усиление беспокойства ребенка во время кормления, урежение мочеиспусканий (частота смены подгузников и изменение их наполнения).

В развитии болевого синдрома у детей первых месяцев жизни может играть роль дисбаланс условно-патогенной микрофлоры, который поддерживает клинические проявления дисфункции ЖКТ. В этом возрасте происходит физиологическое становление микробиоценоза, но разными темпами в зависимости от вида вскармливания, наличия транзиторной ферментопатии, заболеваний ребенка в неонатальном периоде. Роль грудного молока в формировании микробиоты пищеварительного тракта ребенка уникальна. Поступающие с молоком матери в пищеварительный тракт ребенка секреторные иммуноглобулины класса А, лизоцим, лактоферрин и другие «защитные» вещества компенсируют транзиторный физиологический дефицит системы секреторных иммуноглобулинов новорожденного, выполняют протективную роль и опосредованно способствуют становлению нормального микробиоценоза кишечника ребенка.

При постановке диагноза необходимо учитывать анамнестические данные с описанием характера и типа плача, время его возникновения, связь с приемом пищи (можно рекомендовать родителям вести «дневник плача»). Также важны возраст при начале беспокойства и крика, клинические проявления крика, его длительность и частота приступов. Необходимо попросить маму или другого ухаживающего за ребенком члена семьи описать приступ и поведение ребенка во время приступа. Решение врача о том, что у ребенка функциональное состояние, является «диагнозом исключения». Основная задача педиатра – провести дифференциальную диагностику и исключить органическую причину крика и беспокойства ребенка.

Причинами боли у детей первых месяцев жизни могут быть:

- хирургическая патология: «острый» живот как проявления инвагинации, синдром Ледда, ущемление паховой грыжи;
- пилоростеноз;
- инфекционные заболевания: отит, пиелонефрит, острая респираторная вирусная инфекция и др.;
- поражения центральной нервной системы: менингит, менингоэнцефалит, декомпенсация гидроцефалии;
- ферментопатии (лактазная недостаточность и др.).

Таблица 1. Степовая (пошаговая) терапия младенческих КК	
I этап	Немедикаментозные методы коррекции (беседа с родителями, коррекция режима питания, постуральная терапия, физические методы)
II этап	Назначение препаратов, обладающих ветрогонным действием (растительные препараты, препараты на основе симетикона)
III этап	Использование клизм и газоотводных трубок

Лактазная недостаточность является наиболее частым проявлением транзиторной ферментопатии, однако, скорее всего данный диагноз ставится гораздо чаще, чем он есть в действительности [10]. Сюда же можно отнести разные аллергические и псевдоаллергические реакции, в том числе и на белок коровьего молока. При этом у ребенка часто имеются проявления атопического дерматита на коже [11].

Симптомами «тревоги» могут быть недостаточная прибавка массы тела, вялость и отказ от еды в межприступный период, нарастание частоты срыгиваний или рвота, особенно с примесью желчи или крови. Также имеют значение изменение частоты стула, особенно длительная задержка стула при вздутии, напряжении или болезненности живота, учащение стула относительно предыдущих дней, появление прожилок крови. Появление этих симптомов – обязательно для обращения к врачу или госпитализации ребенка. При физикальном осмотре нужно помнить, что для колик не характерны болезненность при пальпации живота, напряжение мышц брюшной стенки и затруднение при глубокой пальпации. Наличие лихорадки, судорог, катаральных явлений, выбухание большого родничка, изменение окраски кожных покровов, учащение частоты сердечных сокращений или частоты дыхания в межприступный период исключают функциональный характер заболевания.

При отсутствии тревожных симптомов, установленной взаимосвязи приступа колики с приемом пищи и удовлетворительным самочувствием ребенка в межприступный период для установления диагноза КК не требуется какого-то специального диагностического поиска и проведения дополнительных методов обследования со стороны педиатра. Если врач убежден в диагнозе функциональных КК, главной задачей становится консультирование родителей с демонстрацией уверенности в поставленном диагнозе и благополучном исходе. Необходимо убедить родителей, что у ребенка отсутствует органическая патология, а боли носят функциональный характер, и аналогичную ситуацию переживают все дети в первые месяцы их жизни. Необходимо объяснить родителям, что колики скоро закончатся, и они, родители, самостоятельно могут помочь малышу. Коррекция состояния должна сопровождаться минимальным количеством обследований и лекарственных препаратов.

Для лечения младенческих колик применяется так называемая степовая (пошаговая) терапия, в основу которой заложен принцип «от простого к сложному». Лечение начинается с проведения простых мероприятий с переходом к более сложным, что позволяет купировать функциональные КК либо выявить наличие патологического процесса у ребенка (табл. 1)

Первый этап подразумевает проведение беседы с мамой и ее окружением, а также использование простых физических методов (постуральная терапия, тепло на живот). Необходимо объяснить родителям, что такое КК у детей раннего возраста, значение грудного вскармливания для роста и развития ребенка, психологически ободрить и поддержать семью. Важно подробно разъяснить правила вскармливания новорожденных детей и технику прикладывания к груди, дать рекомендации по питанию. Диета кормящей матери не должна содержать продукты, являющиеся облигатными аллергенами (цитрусовые, шоколад, клубника и пр.), продукты с высоким содержанием клетчатки (капуста, виноград, черный хлеб и др.), цельное молоко, сахар и сладости. При искусственном вскармливании целесообразно применение специальных лечебных смесей-загустителей, способствующих облегчению опорожнения кишечника. В некото-

рых ситуациях имеет смысл использовать специальные низколактозные смеси или смеси с частично гидролизированным белком при тяжелых коликах. Необходимо сократить интервалы между кормлениями ребенка и, соответственно, уменьшить объем разового кормления, что особенно важно при искусственном вскармливании [12].

Постуральная терапия подразумевает вертикальное положение после кормления в течение 15–20 мин для отхождения воздуха, проглоченного во время еды. Во время приступа, как и в межприступный период, ребенка выкладывают на живот желательнее с согнутыми в коленях ножками на теплую грелку или прикладывают к животу теплую пеленку. Для облегчения болевого синдрома проводят массаж живота по часовой стрелке, массаж проводится круговыми движениями снаружи внутрь, постепенно подходя к пупку. Движения должны быть не поглаживающими, а как бы выгоняющими газы из кишечника [13]. Применение газоотводной трубки и клизмы способствует снижению давления в кишечнике и уменьшению колики.

Второй этап – назначение медикаментозной терапии препаратами, обладающими ветрогонным действием. К ним относят средства растительного происхождения (фенхель и укроп) и препараты на основе симетикона (Саб® Симплекс, Эспумизан). Лекарственные препараты назначаются при неэффективности мероприятий I этапа.

Третий этап подразумевает пассаж газов и кала при помощи газоотводной трубки или клизмы, возможно введение свечи с глицерином.

Эффективность этапной терапии КК одинакова у всех детей и может использоваться как у доношенных, так и недоношенных. Анализ эффективности пошаговой схемы показывает, что результативность мероприятий I этапа составила 15%, I и II этапа – 62% [14, 15].

Препараты симетикона затрудняют образование и способствуют разрушению газовых пузырьков. Они не всасываются в кишечнике и после прохождения через пищеварительный тракт выводятся из организма, поэтому препараты этой группы можно давать несколько раз в сутки, не опасаясь передозировки.

Пример препарата симетикона, который можно давать детям с рождения, – Саб® Симплекс. Более чем 20-летний мировой опыт применения показал эффективность и безопасность этого препарата. Симетикон (Саб® Симплекс) изменяет поверхностное натяжение пузырьков газа, вызывая их разрушение, которые, освобождаясь, всасываются стенкой кишечника или удаляются благодаря перистальтике кишечника. Вследствие физической и химической инертности Саб® Симплекс не всасывается и выводится в неизменном виде при прохождении через ЖКТ. Именно поэтому у него практически отсутствуют побочные эффекты, и он может приниматься длительно без вреда для организма. Саб® Симплекс удаляет газы физическим путем, не вступая в химические реакции. Именно поэтому препарат безопасен и может быть назначен младенцам с первых дней жизни. Саб® Симплекс можно давать малышу многократно в течение суток по мере необходимости, так как системное действие отсутствует.

В исследованиях, проведенных российскими учеными, показано, что Саб® Симплекс купирует метеоризм у 100% детей (против 60% в контрольной группе), срыгивания – у 96% детей (против 65%), КК – у 92% детей (против 66% в контрольной группе) [10].

Препарат Саб® Симплекс обладает рядом преимуществ, которые обеспечили ему устойчивое доверие со стороны родителей. Саб® Симплекс имеет приятный малиновый вкус, который нравится детям и обеспечивает легкость приема препарата даже са-

Таблица 2. Сравнительная характеристика препаратов на основе симетикона, используемых при младенческих КК [16]

Препарат	Дозировка	Разрешенный возраст применения	Побочные эффекты
Саб® Симплекс суспензия 30мл	1 флакон на 10 дней	Применяется с рождения	Аллергические реакции при индивидуальной непереносимости
	Во флаконе – 50 доз		
	По 15 капель на прием		
	Коррекция объема кормления не требуется		
Эспумизан эмульсия 100 мл	1 флакон на 4 дня	Применяется с рождения	Аллергические реакции при индивидуальной непереносимости
	Во флаконе 20 доз		
	Разовая доза – 5 мл		
	Требуется коррекция объема кормления		
Эспумизан L 40 мг/мл, флакон 30 мл	1 флакон на 6 дней	Применяется с рождения	Аллергические реакции при индивидуальной непереносимости
	Во флаконе – 30 доз		
	Разовая доза – 1 мл (25 капель)		
Боботик 30мл	Во флаконе – 30 мл, назначают по 8 капель 4 раза в сутки	Применяется с возраста 1 мес	Аллергические реакции при индивидуальной непереносимости

Таблица 3. Система дозирования препарата Саб® Симплекс

Повышенное газообразование		
Новорожденные и дети до 1 года	15 капель	0,6 мл
Дети от 1 года до 6 лет	15 капель. При необходимости, дополнительно 15 капель на ночь	0,6 мл
Дети от 6 до 15 лет	20–30 капель	0,8–1,2 мл
Взрослые	30–45 капель каждые 4–6 ч	1,2–1,8 мл
Подготовка к диагностическим исследованиям ЖКТ		
Рентгенологическое исследование	3–6 чайных ложек	15–30 мл
Ультразвуковое исследование	3 чайные ложки вечером за день до исследования и 3 чайные ложки за 3 ч до исследования	15 мл + 15 мл
Эндоскопия	0,5–1 чайная ложка, во время исследования можно ввести дополнительно несколько миллилитров	2,5–5 мл
Отравление моющими средствами		
Минимальная доза	1 чайная ложка	5 мл

мыми маленькими пациентами. Приятные вкусовые ощущения для многих малышей являются прекрасным «отвлекающим» средством. Почувствовав новый вкус, кричащий ребенок отвлекается и успокаивается. Этого времени достаточно, чтобы препарат проник в желудок и тонкий кишечник и начался процесс поглощения газов. Кроме того, препарат удобен в применении, так как флакон имеет дозатор-капельницу. Во флаконе содержится 50 доз препарата, 1 флакона хватает более чем на 10 дней, что также удобно для родителей и снижает цену 1 дозы. Препарат не требует курсового приема, а применяется по необходимости в момент приступа колик.

В зависимости от интенсивности и времени возникновения приступа колик Саб® Симплекс дается малышу до, во время или после кормления. Для детей до 1 года разовая доза препарата имеет малый объем 15 капель. Саб® Симплекс применяют в зависимости от времени возникновения колик, если колика возникает во время кормления, то препарат дают во время кормления, если колика возникает после кормления – то препарат дается во время возникновения приступа [13].

Саб® Симплекс – один из препаратов симетикона. Сравнительная характеристика таких лекарственных средств, применяющихся при младенческих коликах, приведена в табл. 2.

Таким образом, Саб® Симплекс может широко использоваться у детей раннего возраста с КК, срыгиваниями, повышенным газообразованием в возрастных дозировках при выраженном болевом синдроме, крике и беспокойстве ребенка. Важными преимуществами препарата являются отсутствие побочных эффектов, кроме индивидуальных аллергических реакций, и хорошая переносимость. Саб® Симплекс не содержит углеводов, поэтому может применяться у больных сахарным диабетом

Препарат может назначаться также детям старше 1 года и взрослым не только при повышенном газообра-

зовании, но и подготовке к инструментальным исследованиям пищеварительного тракта (рентгенологическое, ультразвуковое, эндоскопия), при отравлении моющими средствами. Безопасность препарата подтверждается тем, что он может применяться женщинами во время беременности и кормления грудью.

Рекомендованные дозы для разных возрастов по различным показаниям указаны в табл. 3.

Литература/References

1. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Хавкин А.И., Эйберман А.С. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. Рекомендации и комментарии. М., 2005. / Bel'mer S.V., Gasilina T.V., Khavkin A.I., Eiberman A.S. Funktsional'nye narusheniia organov pishchevareniiia u detei. Rekomendatsii i kommentarii. M., 2005. [in Russian]
2. Vandenplas Y, Gutierrez-Castrellon P, Velasco-Benitez C et al. Practical algorithms for managing common gastrointestinal symptoms in infants. Nutrition 2013; 29: 184–94.
3. Sondergaard C, Henriksen TB, Obel C, Wisborg K. Smoking during pregnancy and infantile colic. Pediatrics 2001; 108 (2): 342–6.
4. Sondergaard C, Skajaa E, Henriksen TB. Fetal growth and infantile colic. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2000; 83 (1): F44–7.
5. Кешншян Е.С. Кишечные колики и коррекция микробной колонизации у детей первых месяцев жизни. Лекция для врачей. М., 2007. / Keshishian E.S. Kishchnye koliki i korrektsiia mikrobnoi kolonizatsii u detei pervykh mesiatsev zhizni. Lektsiia dlia vrachei. M., 2007. [in Russian]
6. Румянцев А.Г., Тимакова М.В., Чечельницкая С.М. Наблюдение за развитием и состоянием здоровья детей. М.: Медпрактика-М, 2004; с. 113–4. / Rumiantsev A.G., Timakova M.V., Chchel'nitskaia S.M. Nabludenie za razvitiem i sostoianiem zdorov'ia detei. M.: Medpraktika-M, 2004; s. 113–4. [in Russian]
7. Canivet C, Ostergren PO, Jakobsson I, Hagander B. Higher risk of colic in infants of nonmanual employee mothers with a demanding work situation in pregnancy. Int J Behav Med 2004; 11 (1): 37–47.
8. Canivet C, Jakobsson I, Hagander B. Infantile colic. Follow-up at four years of age: still more «emotional». Acta Paediatr 2000; 89: 13–7.
9. Хавкин А.И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей грудного возраста и их диетологическая коррекция. В кн: Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. Союз педиатров России. М., 2010; с. 39–42. / Khavkin A.I. Funktsional'nye

- narusheniia zheludochno-kishechnogo trakta u detei grudnogo vozrasta i ikh dietologicheskaiia korrektsiia. V kn.: Natsional'naiia programma optimizatsii vskarmlivaniia detei pervogo goda zhizni v Rossiiskoi Federatsii. Soiuz pediatrov Rossii. M., 2010; s. 39–42. [in Russian]
10. Кешишян Е.С., Бердникова Е.К. Эффективность использования препаратов симетикона (Саб Симплекс) у детей раннего возраста с явлениями кишечных колик, повышенным газообразованием, срыгиванием. Кн.: Врачебный контроль за здоровьем ребенка. М., 2010. / Keshishian E.S., Berdnikova E.K. Effektivnost' ispol'zovaniia preparatov simetikona (Sab Simpleks) u detei rannego vozrasta s iavleniiami kishchnykh kolik, povyshennym gazoobrazovaniem, srygivaniem. Kn.: Vrachebnyi kontrol' za zdorov'em rebenka. M., 2010. [in Russian]
11. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Малова Н.Е. Лактазная недостаточность у детей. Вopr. соврем. педиатрии. 2002; 1 (4): 57–61. / Korovina N.A., Zakharova I.N., Malova N.E. Laktaznaia nedostatochnost' u detei. Vopr. sovrem. pediatrii. 2002; 1 (4): 57–61. [in Russian]
12. Самсыгина Г.А. Диетотерапия при дисфункциях желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. Лечащий доктор. 2001; 2: 54. / Samsygina G.A. Dietoterapiia pri disfunktsiiakh zheludochno-kishechnogo trakta u detei rannego vozrasta. Lechashchii doktor. 2001; 2: 54. [in Russian]
13. Кешишян Е.С. Крик и беспокойство ребенка в первые месяцы жизни. Кишечные колики у младенцев – подходы к терапии. Практика педиатра. 2014. / Keshishian E.S. Krik i bespokoistvo rebenka v pervye mesiatsy zhizni. Kishchnye koliki u mladentsev – podkhody k terapii. Praktika pediatri. 2014. [in Russian]
14. Хавкин А.И., Кешишян Е.С. Протокол проспективного, открытого, наблюдательного исследования «Оценка переносимости БАД «Линекс для детей» при функциональных нарушениях пищеварения у детей раннего возраста». 2013–2014 гг. / Khavkin A.I., Keshishian E.S. Protokol prospektivnogo, otkrytogo, nabludatel'nogo issledovaniia «Otsenka perenosimosti BAD «Lineks dlia detei» pri funktsional'nykh narusheniakh pishchevareniia u detei rannego vozrasta». 2013–2014 gg. [in Russian]
15. Бердникова Е.К., Кешишян Е.С., Хавкин А.И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. Consilium Medicum. Педиатрия (Прил.). 2007; 1: 13–7. / Berdnikova E.K., Keshishian E.S., Khavkin A.I. Funktsional'nye narusheniia zheludochno-kishechnogo trakta u detei rannego vozrasta. Consilium Medicum. Pediatrics (Suppl.). 2007; 1: 13–7. [in Russian]
16. Захарова И.Н., Яцък Г.В., Боровик Т.Э. и др. Младенческие кишечные колики: современный взгляд на проблему. Consilium Medicum. Педиатрия (Прил.). 2014; 4: 46–53. / Zakharova I.N., Iatsyk G.V., Borovik T.E. i dr. Mladencheskie kishchnye koliki: sovremennyi vzgliad na problemu. Consilium Medicum. Pediatrics (Suppl.). 2014; 4: 46–53. [in Russian]

Сведения об авторах

Пахомовская Надежда Леонидовна – канд. мед. наук, науч. сотр. гастроэнтерологического отделения с гепатологической группой ФГБНУ НЦЗД.
E-mail: chexonte76@mail.ru

Потапов Александр Сергеевич – д-р мед. наук, проф., зав. гастроэнтерологическим отделением с гепатологической группой ФГБНУ НЦЗД

Вольнец Галина Васильевна – д-р мед. наук, проф., гл. науч. сотр. гастроэнтерологического отделения с гепатологической группой ФГБНУ НЦЗД