

Современные представления о младенческих коликах и методах их коррекции

В.М.Студеникин, С.Ш.Турсунхужаева, В.И.Шелковский, Л.А.Пак

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

В статье описываются современные представления о младенческих коликах. Приводится их классическое определение по М.А. Wessell, основные гипотезы об этиопатогенезе и принципы диагностики младенческих коликов. Анализируются доступные методы медикаментозного и немедикаментозного лечения и особенности диеты при младенческих коликах, а также их эффективность с позиций доказательной медицины. Рассматриваются новые возможности диетотерапии при младенческих коликах, включая использование смеси с бета-пальмитиновой кислотой, частичным гидролизом белка, сниженным содержанием лактозы и пребиотиков на примере смеси Nutrilon Комфорт (Nutricia, Нидерланды).

Ключевые слова: дети, диета, доказательная медицина, лечение, младенческие колики, нейродиетология, бета-пальмитиновая кислота, Nutrilon Комфорт

Contemporary notion on infantile colic and its correction methods

V.M.Studenikin, S.S.Tursukhuzhaeva, V.I.Shelkovskii, L.A.Pak

Scientific Center of Child Health RAMS, Moscow

The article focuses on infantile colic contemporary notion. Its classic definition according to M.A. Wessell is provided, plus main hypotheses on infantile colic etiopathogenesis and diagnostic principles. Pharmaceutical and non-pharmaceutical treatment methods and diet peculiarities in infantile colic are analysed, as well as its efficacy from positions of evidence-based medicine. New opportunities of neurodietology in infantile colic are considered, including the use of formula with beta-palmitic acid, partially hydrolysed protein, decreased lactose content and prebiotics, exemplified by Nutrilon Comfort.

Key words: infants, diet, evidence-based medicine, therapy, infantile colic, neurodietology, beta-palmitic acid, Nutrilon Comfort

Младенческие колики – давняя проблема в педиатрии и неонатологии. Это состояние на протяжении многих лет продолжает обсуждаться в медицинской литературе и в Интернете [1–3]. Считается, что до 10–20% обращений к детским врачам (педиатры, гастроэнтерологи, неврологи и другие специалисты) сопряжено с наличием у детей первого года жизни этого состояния, встречающегося примерно у одного младенца из четырех [1–3].

В соответствии с классическими критериями, предложенными М.А. Wessell et al. (1954), к младенческим коликам (англ. infantile colic или infant colic) у грудных детей принято относить состояние, определяемое как «выраженное беспокойство или колики без признаков какой-либо иной патологии при нормальном состоянии питания, но при наличии пароксизмов раздражительности, беспокойства или плача, имеющих место более чем в течение 3 ч в день, 3 дней в неделю, на протяжении более 3 нед, или симптомы настолько выраженные, что показано назначение медикаментозного лечения» [4].

В широком понимании младенческие колики – это поведенческий синдром раннего детства (младенчества), ассоциированный с раздражительностью и плачем у здоровых детей (так называемый дистресс-феномен).

Вопросы этиопатогенеза младенческих коликов

Этиология младенческих коликов окончательно не изучена, хотя принято считать ее мультифакториальной. Имеющиеся на этот счет теории предполагают ведущую роль алиментарного фактора, незрелости центральной нервной системы, повышенной раздражительности вследствие нарушений нейрорегуляции, адаптационной реакции на естественное изменение состава материнского молока в процессе лактации, повышения в организме уровня кишечных гормонов (мотилин) или сопутствующих болезней желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [1–5]. К младенческим коликам могут приводить такие виды патологии, как гипертрофический пилоростеноз, гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь (ГЭРБ), синдромы мальабсорбции, различные виды пищевой непереносимости и другие состояния [5].

Хотя сам термин «колики» означает спазмы или болезненное сокращение мышц, у большинства детей с младенческими коликами не обнаруживается никаких нарушений со стороны ЖКТ. Сомнения в том, что младенческие колики относятся к патологии гастроинтестинального тракта высказывает S.K.Gupta (2002) [6]. Предполагается, что

Для корреспонденции:

Студеникин Владимир Митрофанович, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник НИИ педиатрии Научного центра здоровья детей РАМН

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр. 1
Телефон: (499) 134-0409

Статья поступила 18.09.2012 г., принята к печати 06.11.2012 г.

младенческие (кишечные) колики являются болевым неврологическим синдромом у новорожденных и грудных детей, получающих естественное, искусственное или смешанное вскармливание. В частности, такой точки зрения придерживаются G.Gudmundsson (2010) и многие детские неврологи [7].

Возможными патогенетическими факторами младенческих колик являются попадание воздуха (аэрофагия) в ЖКТ при сосании и/или безутешном плаче, а также повышенное газообразование в кишечнике вследствие нарушений микробиоценоза. Во многих случаях младенческие колики являются следствием непереносимости белков коровьего молока (НБКМ), а также лактазной недостаточности (ЛН) и/или других видов пищевой непереносимости. Это положение высказывают J.D.Hill и C.S.Hosking (2000); M.Kalliomaki et al. (2001), R.G.Heine (2006), H.Moravej et al. (2010), а также R.Shergill-Bonner (2010) [8–12].

Тем не менее, следует признать, что младенческие колики обусловлены наличием того или иного вида пищевой непереносимости лишь частично и далеко не всегда. В этой связи в своей монографии В.Taubman (2001) подчеркивает, что причиной младенческих колик является не только и не столько патологический паттерн вскармливания и сопутствующие нарушения пищеварения, сколько сенсорный и эмоциональный дискомфорт младенца, а также различные раздражители, включая болевые стимулы [13].

Спорным положением применительно к проблеме младенческих колик продолжает оставаться вопрос о предпочтительности свободного или контролируемого режима кормлений (при естественном вскармливании).

Диагностика младенческих колик

Установление у ребенка младенческих колик не требует применения дополнительных методов исследований. Правильная диагностика включает объективную оценку плача, характеризующегося соответствующим поведением (пароксизмальный и безутешный плач, преимущественно в вечерние/ночные часы, а также «язык телодвижений» со сгибанием коленей и сжиманием кулаков и гримасничаньем, отражающими болезненное состояние).

Описываемая симптоматика обычно достигает максимальной выраженности к 6-недельному возрасту. S.K.Gupta (2002) подчеркивает, что младенческие колики встречаются с одинаковой частотой среди детей из семей всех социоэкономических слоев; при этом не имеют значения такие факторы, как пол младенца, естественное или грудное вскармливание, а также наличие/отсутствие в семье ребенка аллергии [6].

Так называемое «правило трех троек» (плач в течение ≥ 3 ч в день, ≥ 3 дней в неделю, в течение ≥ 3 нед) является основой для диагностики младенческих колик (правило Wessell) [4]. Вообще же принято придерживаться точки зрения, высказанной Т.В.Brazelton, в соответствии с которой плач в течение от 1 до 2,25 ч в сутки считается физиологической нормой для новорожденных и грудных детей.

Вполне естественно, что в клинических ситуациях, когда предполагается наличие у младенца колик вследствие того или иного вида пищевой непереносимости (НБКМ, ЛН, целиакия, различные виды непереносимости

фруктозы и др.), диагностический алгоритм должен включать лабораторные и инструментальные методы исследований, предусмотренные имеющимися стандартами и протоколами обследования.

Медикаментозные методы лечения младенческих колик

Фармакологические подходы к коррекции младенческих колик суммированы в публикациях, представленных в 2000-х годах BFN – The Breastfeeding Network (2002), C.A.Crotteau и S.Towner Wright (2006), а также JBI – The Joanna Briggs Institute (2008) [14–16].

Среди медикаментозных средств, используемых в различных странах при этом состоянии, фигурируют симетикон, комбинация дицикломин/дицикловерин (антихолинергический препарат), метилскополамин и циметропия бромид (миорелаксанты), фермент лактаза (β -галактозидаза), кишечные сорбенты, а также пробиотики и некоторые другие препараты. Необходимо отметить, что в «Федеральном руководстве по использованию лекарственных средств/формулярная система» (вып. XIII, 2012) дицикломин, дицикловерин, метилскополамин и циметропия бромид не фигурируют.

Немедикаментозные методы лечения младенческих колик

Способы безмедикаментозного лечения младенческих колик, описанные в литературе, сравнительно многочисленны: массаж, комбинация массажа/ароматерапии, поведенческая терапия (англ. behavioural intervention), диетотерапия (последняя рассматривается нами ниже) [14–17].

В издании «McKenzie Pediatrics – 2007» приводится ряд дополнительных рекомендаций по немедикаментозной коррекции младенческих колик, включая следующие: 1) избегание избыточных раздражителей (сниженная стимуляция); 2) удовлетворение естественных потребностей ребенка при появлении плача (потребность в питании, питье, сне, общении, комфортной температуре воздуха, пребывании на руках у родителей, смене загрязненного подгузника и т.д.); 3) мягкие «успокаивающие» подходы к уходу за младенцем (включая укачивание, пеленание и т.д.); 4) отказ от кормления при каждом возникновении плача.

Диетотерапия и нейродиетология в коррекции младенческих колик

Диетологические мероприятия, нацеленные на коррекцию младенческих колик, касаются как самих детей, так и их кормящих матерей. В первую очередь, это элиминация из диеты кормящей матери коровьего молока и/или соблюдение гипоаллергенной диеты (исключение из рационов группы облигатных аллергенов), назначение детям в качестве питья растворов сахарозы, глюкозы/декстрозы; чаев и отваров на основе лечебных растений, а при необходимости – применение специализированных продуктов лечебного питания и т.д. [11–16].

A.Cohen Engler et al. (2012) склонны рассматривать мелатонин, содержащийся в грудном молоке в качестве пищевого фактора, потенциально снижающего выраженность младенческих колик [17].

Для детей, по тем или иным причинам не получающим

грудного вскармливания, оправдано использование смесей, влияющих на основные причины возникновения колик. Примером такой смеси является Nutrilon® Комфорт (Nutricia, Нидерланды). Nutrilon® Комфорт оказывает комплексное воздействие на патогенетические звенья минимальных пищеварительных дисфункций. В состав смеси входит частично гидролизованный сывороточный белок, что облегчает процесс его переваривания, увеличивает скорость продвижения пищевых масс по ЖКТ, предотвращает аллергические реакции к белкам коровьего молока. Сниженное количество лактозы в смеси устраняет колики, обусловленные частичной лактазной недостаточностью. Пребиотический комплекс галакто- и фруктоолигосахаридов способствует формированию здоровой бифидо- и лактофлоры. Бета-пальмитат облегчает переваривание жиров и способствует лучшему всасыванию кальция, что способствует формированию мягкого и регулярного стула у детей. Прежелатинизированный крахмал обуславливает более вязкую консистенцию смеси, что препятствует заглатыванию воздуха ребенком при сосании.

Эффективность лечения колик с позиций доказательной медицины

Ранее в систематическом обзоре, посвященном лечению младенческих колик, M.M.Garrison и D.A.Christakis (2000) рассматривали в качестве обладающих определенной эффективностью 4 основные терапевтические стратегии; все они не имеют отношения к медикаментозному лечению (гипоаллергенная диета, использование соевых смесей, редуцированная стимуляция ребенка и применение растительных/травяных чаев) [18]. К последним относятся, в первую очередь, отвары/чаи на основе ромашки аптечной (*Matricaria recutita*), вербены (*Verbena officinalis*), фенхеля (*Foeniculum vulgare*), корня солодки/лакрицы (*Glycyrrhiza glabra* L.), а также мяты лимонной (*Melissa officinalis*). Эти лечебные растения используются в составе традиционной «воды от резей в животе» (англ. gripe water). L.D.Rosen (2007) перечисляет также другие лекарственные растения для приготовления растворов от младенческих колик, нашедшие применение в различных странах: бадьян (иллициум) настоящий (*Illicium verum*), иллициум анисовый (*Illicium anisatum*), укроп пахучий (*Anethum graveolens*), а также имбирь (*Zingiber officinale*) [19].

Симетикон способствует уменьшению поверхностного натяжения пузырьков воздуха в ЖКТ и обеспечивает более легкое отхождение газов из кишечника. Препараты симетикона, нашедшие сравнительно широкое распространение в лечении младенческих колик в нашей стране, за рубежом давно не рассматриваются в качестве эффективных (эффективность не доказана). Так, в двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании F.Savino et al. (2006), в которое вошли 267 детей, было показано, что частично гидролизованная смесь, содержащая пребиотики GOS+FOS и бета-пальмитиновую кислоту, достоверно эффективней купирует колики и эпизоды плача у детей уже в течение 1 нед, чем стандартная смесь в сочетании с симетиконом (12 мг/кг/сут) [21].

Среди младенцев, получающих искусственное вскармливание, выраженность колик в некоторых случаях может уменьшиться при использовании лечебно-профилактических

смесей. Об этом свидетельствуют публикации V.Vietl et al. (2001), F.Savino et al. (2003), B.Taubman (2001), BFN (2002), а также M.M.Garrison и D.A.Christakis (2000) [13, 14, 18, 21, 22]. Из трех исследований, сопоставляющих симетикон с плацебо, лишь в одном было продемонстрировано положительное влияние симетикона на выраженность младенческих колик [18].

C.A.Crotteau и Towner Wright S. (2006), а также BFN (2002) подчеркивают, что хотя дицикломин эффективен в лечении колик, производители препарата считают его противопоказанным для применения в возрасте до 6 мес (отсутствие безопасности препарата при использовании у контингента, не достигшего указанного возраста) [15].

В новейшем систематическом обзоре B.Hall et al. (2012) указывают, что при младенческих коликах «мало научных доказательств в пользу применения симетикона, дицикломина гидрохлорида, циметропия бромиды, лактазы» [23]. Столь же критично австралийские исследователи настроены в отношении поведенческой терапии и обогащения смесей пищевыми волокнами [23].

Предполагается, что при младенческих коликах можно получить положительный эффект при использовании пробиотиков (*Lactobacillus*), но его наступления следует ожидать лишь по прошествии 1–4 нед. В свою очередь, J.L.Mommaerts и D.Devroey (2011) считают, что в настоящее время вообще нет достаточных оснований рекомендовать применение пробиотиков в указанной ситуации [24].

B.Hall et al. (2012) считают, что при искусственном вскармливании детей с младенческими коликами возможно применение казеиновых гидролизатов, как и соблюдение гипоаллергенной диеты кормящими матерями при грудном вскармливании [23]. При этом авторы указывают на необходимость дальнейших исследований на высоком методологическом уровне для окончательного подтверждения эффективности описанных диетических стратегий.

Новые возможности нейродетологии при младенческих коликах

Современные представления о роли диетологических мероприятий в коррекции младенческих колик представлены в работах J.Critsch (2011) и M.Iacovou et al. (2012) [25, 26]. Последняя представляет систематический обзор, подготовленный специалистами из Австралии.

В ходе анализа 6 баз данных были отобраны 24 исследования (с 1960 г.) [26]. Существуют доказательства тому, что соблюдение кормящими матерями гипоаллергенной диеты благоприятно сказывается на состоянии детей, приводя к снижению выраженности симптомов младенческих колик, а у детей, получающих искусственное вскармливание, колики уменьшаются при замене стандартных заменителей грудного молока (на основе коровьего молока) на белковые гидролизаты [26]. Авторы подчеркивают необходимость в разработке универсального определения для оценки симптомов младенческих колик, а также методологического единообразия анализов мочи и кала – для улучшения имеющегося уровня доказательности.

Как известно, к инструментам нейродетологии относятся не только лечебные диеты и специализированные режимы приемы пищи, но и использование различных приспособлений [27]. В частности, в связи с невозможностью прие-

ма пищи в обычной позе при детском церебральном параличе и/или ГЭРБ, используются возвышенное положение пациента и адаптирующие сидения, при синдроме Рубинштейна–Тэйби – специальные соски и накладки на грудь (при сохранении естественного вскармливания) и т.д. [28]. В свою очередь, при младенческих коликах возможно применение специальных устройств и/или детских смесей для вскармливания, препятствующих феномену избыточной аэрофагии.

Хотя исследователи из США указывают, что «время является единственным лечением младенческих коликов с доказанной эффективностью» (подразумевается, что колики постепенно самостоятельно нивелируются), синдром коликов может сохраняться у детей по достижении 3-месячного возраста или постепенно трансформироваться, приводя к иным нарушениям со стороны желудочно-кишечной, иммунной, нервной и других систем [15]. Так, по данным проспективного 10-летнего исследования, выполненного F.Savino et al. (2005), у детей с выраженными коликами в младенческом возрасте впоследствии обнаруживалась четкая взаимосвязь с рецидивирующими болями в животе, atopическими состояниями и нарушениями сна [29]. Относительно незрелая нервная система младенцев вариабельно реагирует на любые болевые ощущения, что впоследствии может сопровождаться нарушениями сенсорного восприятия боли и чувствительности к ней. Хроническая боль, испытываемая новорожденными и детьми более старшего возраста, оказывает существенное влияние на их качество жизни.

Хотя общепринятого лечения младенческих коликов не существует, L.D.Rosen (2007) призывает к интегративному подходу к этому частому страданию [19]. Как указывалось выше, в настоящее время ни один из методов фармакологического лечения при этом не может считаться эффективным, именно поэтому большой интерес в купировании детских коликов представляет эффективная диетотерапия.

Напомним, что по предложению Международной ассоциации по исследованию боли (IASP) в качестве боли у младенцев рассматриваются любые неприятные сенсорные и/или эмоциональные ощущения, ассоциированные с реальным или предполагаемым повреждением [30]. Новейшие данные, представленные в публикациях A.A.Gelfand et al. (2012), а также S.Karceski и N.S.Parikh (2012), указывают на то, что младенческие колики могут являться предиктором мигрени в последующей жизни [31, 32]. Игнорирование младенческих коликов – синдрома, сопровождающегося страданием ребенка, равнозначно игнорированию боли и ее отдаленных последствий [33]. Такой подход сложно было бы оправдать.

Литература/References

1. Kheir AE. Infantile colic, facts and fiction. *Ital J Pediatr.* 2012;38:34.
2. Kilgour T, Wade S. Infantile colic. *Clin Evid.* 2005;13:362-72.
3. Bailey SD, D'Auria JP, Haushalter JP. Information on Infantile Colic on the World Wide Web. *J Pediatr Health Care.* 2012;Jun 2. [Epub ahead of print].
4. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS Jr, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics.* 1954 Nov;14(5):421-35.
5. Onesimo R, Giorgio V, Monaco S, Fundarò C. A crying baby: not simply infant colic. *BMJ Case Rep.* 2012 Aug 21;2012. pii: bcr2012006544. doi: 10.1136/bcr-2012-006544.
6. Gupta SK. Is colic a gastrointestinal disorder? *Curr Opin Pediatr.* 2002;14:588-92.
7. Gudmundsson G. Infantile colic: is a pain syndrome. *Med Hypotheses.* 2010; 75:528-9.
8. Hill JD, Hosking CS. Infantile colic and food hypersensitivity. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2000;30:67-76.
9. Kalliomäki M, Laippala P, Korvenranta H, Kero P, Isolauri E. Extent of fussing and colic type crying preceding atopic disease. *Arch Dis Child.* 2001;84(4):349-50.
10. Heine RG. Gastroesophageal reflux disease, colic and constipation in infants with food allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2006;5:220-5.
11. Moravej H, Imanieh MH, Kashef S, Handjani F, Eghterdari F. Predictive value of the cow's milk skin prick test in infantile colic. *Ann Saudi Med.* 2010 Nov-Dec;30(6):468-70.
12. Shergill-Bonner R. Infantile colic: practicalities of management, including dietary aspects. *J Fam Health Care.* 2010;20:206-9.
13. Taubman B. *Why is my baby crying?* 2nd ed. New York: Simon & Schuster; 2001;178.
14. BFN (The Breastfeeding Network). *Assessing the evidence: treatments for colic.* Paisley, 2002;8.
15. Crotteau CA, Towner Wright S. What is the best treatment for infants with colic? *J Fam Pract.* 2006; 55(7):634-5.
16. JBI (The Joanna Briggs Institute). *The effectiveness of interventions for infant colic.* Best Practice. 2008; 12(6):1-4.
17. Cohen Engler A, Hadash A, Shehadeh N, Pillar G. Breastfeeding may improve nocturnal sleep and reduce infantile colic: potential role of breast milk melatonin. *Eur J Pediatr.* 2012 Apr;171(4):729-32. Epub 2011 Dec 29.
18. Garrison MM, Christakis DA. Early childhood colic: colic, child development, and poisoning prevention: A systematic review of interventions for infant colic. *Pediatrics.* 2000;106(1):184-90.
19. Rosen LD. «The gripe»: an integrative approach to infant colic. *Explore.* 2007;3(4):417-22.
20. Savino F, Palumeri E, Castagno E, Cresi F, Dalmaso P, Cavallo F, 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 Nov;60(11):1304-10. Epub 2006 May 31.
21. Veitl V, Wells JCK, Helm K, Lamme W, Muller H, Kafka C, et al. Akzeptanz, Toleranz und Wirksamkeit von Milupa Comformil bei Säuglingen mit kleinen Ernährungs- und Verdauungsproblemen. *J Ernährungsmed* 2000;2:14-20.
22. Savino F, Cresi F, Maccario S, Cavallo F, Dalmaso P, Fanaro S, et al. «Minor» feeding problems during the first months of life: effect of a partially hydrolysed milk formula containing fructo- and galacto-oligosaccharides. *Acta Paediatr Suppl.* 2003 Sep;91(441):86-90.
23. Hall B, Chesters J, Robinson A. Infantile colic: a systematic review of medical and conventional therapies. *J Paediatr Child Health.* 2012;48(2):128-37.
24. Mommaets JL, Devroey D. It's too soon to recommend probiotics for colic. *J Fam Pract.* 2011;60(5):251-2.
25. Critch J. Infantile colic: is there a role for dietary interventions? *Paediatr Child Health.* 2011;16(1):47-9.
26. Iacovou M, Ralston RA, Muir J, Walker KZ, Truby H. Dietary management of infantile colic: a systematic review. *Matern Child Health J.* 2012 Aug;16(6):1319-31. doi: 10.1007/s10995-011-0842-5.
27. Студеникин ВМ, Турсунхужаева СШ, Шелковский ВИ, Пак ЛА. Основы нейродиетологии для нейропедиатрии. Эффективная фармакотерапия. Педиатрия. Спецвыпуск «Болезни нервной системы». 2011;40-9,63-4. / Studenikin VM, Tursunkhuzhayeva SSh, Shelkovskiy VI, Pak LA. *Pediatrica. Spetsvypusk «Bolezni nervnoy sistemy».* 2011;40-9,63-4. Russian.
28. Нейродиетология детского возраста. Гл. 13. В кн.: Лечение заболеваний нервной системы у детей (клиническое руководство для врачей). Под ред. Зыкова ВП. Изд. 3-е, перераб. и доп. М.: Триада-Х;2009;363-406. / *Neurodiyetologiya detskogo vozrasta.* Gl. 13. V kn.: *Lecheniye zabolevaniy*

- nervnoy sistemy u detey (klinicheskoye rukovodstvo dlya vrachey). Pod red. Zykova VP. Izd. 3-e, pererab. i dop. M.: Triada-Kh;2009;363-406. Russian.
29. Savino F, Castagno E, Bretto R, Brondello C, Palumeri E, Oggero R. A prospective 10-year study on children who had severe infantile colic. *Acta Paediatr Suppl.* 2005 Oct;94(449):129-32.
30. Walker SM. Pain in children: recent advances and ongoing challenges. *Br J Anaesthesia.* 2008; 101:101-10.
31. Gelfand AA, Thomas KC, Goadsby PJ. Before the headache: infant colic as an early-life expression of migraine. *Neurology.* 2012;79(13):1392-6.
32. Karceski S, Parikh NS. Infant colic and migraine: is there a connection? *Neurology.* 2012;79(13):e112.
33. Grunau RE, Holsti L, Peters JW. Long-term consequences of pain in human neonates. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2006;11:268-75.

Информация о соавторах:

Турсунхужаева Сурайё Шухратовна, магистр медицины, аспирант отделения психоневрологии и психосоматической патологии НИИ педиатрии Научного центра здоровья детей РАМН
Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр. 1
Телефон: (499) 134-0409

Шелковский Владимир Иванович, кандидат медицинских наук, врач отделения психоневрологии и психосоматической патологии НИИ педиатрии Научного центра здоровья детей РАМН, Заслуженный врач РФ
Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр. 1
Телефон: (499) 134-0409

Пак Лалэ Алиевна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения психоневрологии и психосоматической патологии НИИ педиатрии Научного центра здоровья детей РАМН
Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр. 1
Телефон: (499) 134-0409

МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПЕЧАТЬ

Проведена оценка качества жизни и наличия клинических симптомов у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), которым выполнялась лапароскопическая коррекция рефлюкса, до и после хирургического вмешательства. Помимо стандартных диагностических процедур, пациентам в динамике проводилась оценка пищевого статуса и анкетирование родителей для изучения выраженности симптомов болезни и оценки качества жизни ребенка. Учитывались такие факторы, как пол, возраст, индивидуальные анамнестические особенности и методика проведенного хирургического вмешательства. В исследование были включены 30 детей, оперированных по поводу ГЭРБ (22 мальчика и 8 девочек), в возрасте от 11 мес до 14 лет (средний возраст 5 лет), 12% из которых имели признаки энцефалопатии различной степени. У 73% пациентов выполнялось оперативное вмешательство по методике Ниссена. У большинства детей до проведения операции имелись значительные нарушения повседневной активности. В клинической картине до операции преобладали гастроинтестинальные симптомы (70%). После выполнения антирефлюксной операции наблюдалось значительное уменьшение всех клинических симптомов заболевания, особенно респираторных, а также произошло улучшение показателей роста детей. В целом пациенты, имевшие респираторные симптомы ГЭРБ до операции, отметили более выраженное улучшение качества жизни после проведения коррекции.

Evaluation of quality of life in patients operated on for gastroesophageal reflux in the pediatric age.
Granero Cendón R, Ruiz Hierro C, Garrido Pérez JI, Vargas Cruz V, Lasso Betancor CE, Paredes Esteban RM.
Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.
Cir Pediatr. 2012 Apr;25(2):82-6.



www.phdynasty.ru

Издательство «Династия»

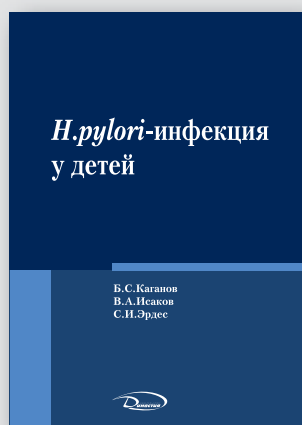
предлагает читателям новую книгу

H.pylori-инфекция у детей

Б.С.Каганов, В.А.Исаков, С.И.Эрдес

В монографии всесторонне освещены проблемы, связанные с инфекцией *Helicobacter pylori*. Представлены микробиологическая характеристика *H.pylori*, сведения о ее патогенных свойствах и механизмах передачи инфекции, современные данные о распространенности геликобактериоза и методах его диагностики. Рассматриваются клинические проявления и диагностика заболеваний, ассоциированных с *H.pylori*-инфекцией. Подробно освещены актуальные подходы к лечению данной инфекции у взрослых и детей. При подготовке монографии обобщены достижения мировой науки, а также собственный клинический опыт авторов.

Книга предназначена для педиатров, гастроэнтерологов, терапевтов, инфекционистов, студентов медицинских вузов.



Адрес: 119019, Москва, Г-19, а/я 229, Издательство «Династия». тел./факс: (495) 660-6004, e-mail: red@mm-agency.ru
По вопросам приобретения и распространения обращаться: тел./факс: (495) 660-6004, e-mail: podpiska@mm-agency.ru
Отдел рекламы: тел.: (495) 517-7055, тел./факс: (495) 660-6004, e-mail: reklama@mm-agency.ru