



УДК 616.3-009.74-053.3-085

РАКОВСКАЯ Л.А.

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ МЛАДЕНЧЕСКИХ КОЛИК С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Резюме. В статье рассматриваются методы коррекции младенческих колик, причины и механизм которых до настоящего времени остаются до конца не изученными. Детально анализируются различные методы облегчения симптомов колик у детей раннего возраста, такие как психотерапия, физические методы успокоения, методы диетической и фармакологической коррекции, и дается оценка их эффективности на основе проведенных клинических исследований.

Ключевые слова: колики, младенцы, коррекция, лечение.

Младенческие колики, несмотря на кажущуюся безобидность, являются достаточно значимой проблемой в педиатрии, серьезным стрессовым фактором для семьи, отнимают львиную долю времени и внимания медицинских работников при осуществлении наблюдения за детьми раннего возраста и часто вызывают затруднения у врачей при оказании медицинской помощи [1–5].

До настоящего времени причины и механизмы развития младенческих колик остаются неясными, а все попытки воздействия на те или иные этиологические факторы или патогенетические звенья не могут быть признаны успешными [3].

Четкое определение младенческих колик также отсутствует, а диагностика базируется на наличии типичных внезапных эпизодов крика, плача и беспокойства, которые длятся не менее 3 часов в день и повторяются не реже 3 раз в неделю в течение не менее 3 недель, преимущественно в вечернее и ночное время у ребенка до 3 месяцев жизни, имеющего нормальную прибавку веса и соответствующее возрасту психомоторное развитие [1–6, 8, 9].

Младенческие колики не имеют специфических диагностических лабораторных и инструментальных тестов и остаются диагнозом исключения. При диагностике внимание врача должно быть направлено на активный поиск специфических патологических симптомов, которые отсутствуют у детей с младенческими коликами (метод т.н. «красных флагов»), хотя органическая патология среди причин, вызывающих избыточный крик у грудных детей, не превышает 5 % [10–12]. Ребенок с типичной клиникой младенческих колик, хорошо набираю-

щий вес, не нуждается в дополнительных лабораторных, рентгенографических и инструментальных обследованиях [5, 9], при выявлении же симптомов тревоги следует назначить соответствующие диагностические тесты. Окончательно же диагноз младенческих колик может быть подтвержден только после их самостоятельного исчезновения в возрасте 3–4 месяцев.

Несмотря на то что данный феномен является не заболеванием, а самоизлечимым состоянием, ребенок и окружающие его взрослые, несомненно, нуждаются в помощи.

Согласно унифицированному клиническому протоколу медицинской помощи, утвержденному приказом МЗ Украины № 59 от 29.01.2013 г., «Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення», лечение колик включает комплекс психотерапевтических, физических, диетических и фармакологических методов, эффективность каждого из которых имеет разный уровень доказательности [9].

Психотерапия

Создание благоприятной психоэмоциональной среды, выявление и, при возможности, устранение

Адрес для переписки с автором:
Раковская Людмила Александровна
E-mail: rakovska_l@mail.ru

© Раковская Л.А., 2015

© «Здоровье ребенка», 2015

© Заславский А.Ю., 2015

стрессовых факторов и помощь семье в преодолении этого сложного периода являются неотъемлемой частью и залогом успеха в деле коррекции младенческих коликов и, по мнению большинства отечественных и зарубежных исследователей, — первой линией терапии [4–6, 13–15]. И хотя, согласно данным доказательной медицины, в целом эффективность психотерапии в снижении длительности и интенсивности коликов у младенцев [9, 14] имеет низкий уровень доказательности (D), ее применение позволяет существенно снизить риск такого опасного для ребенка состояния, как синдром укачивания, или «тряски», младенца (*shaken baby syndrome*), результатом которого могут стать неврологические расстройства и задержка психомоторного развития, а иногда и летальный исход [8, 16–18].

Младенческие колики являются крайне тяжелым испытанием, прежде всего именно для родителей ребенка. Приступы пронзительного крика и плача, которые родители часто описывают как «душераздирающий», могут продолжаться часами, пока не вымотают как самого ребенка, так и его родителей. В некоторых случаях это способно довести родителей до отчаяния и психологического истощения, оказывая разрушительный эффект на семью [4, 14, 19]. Усталость, депрессия, чувство вины могут провоцировать неадекватную реакцию родителей на крики малыша. Некоторые из них расценивают крик как избалованность ребенка и пытаются не реагировать на обычные потребности, что приводит к удлинению приступов плача и крика [14], другие же могут применять травмоопасные успокоительные технологии или проявлять агрессию по отношению к ребенку. Так, A. Gelfand приводит данные исследования, указывающие, что около 2,2 % родителей 1-месячных младенцев с коликами в попытке остановить приступ крика трясут, бьют и даже душат своего ребенка. А к возрасту 6 месяцев уже 5,6 % родителей признались, что испытывали желание или применяли один из этих «опасных методов» [7].

S. Levitzky, R. Cooper (2000 г.), изучив влияние младенческой колики на эмоциональное состояние, выявили, что абсолютно все матери испытывали физические и психологические симптомы в ответ на колики их ребенка, более 90 % матерей сообщили о значительном семейном напряжении и нарушении их социальных контактов, а у 70 % матерей были выявлены явные агрессивные мысли и фантазии. При этом 26 % признались, что их даже посещали мысли о физическом насилии и детоубийстве во время эпизодов коликов их младенца [20].

Эти факты свидетельствуют, что младенческая колика вовсе не безобидное состояние и требует серьезного подхода. Врач обязан распознать наличие и уровень стресса и оценить физическое и психологическое влияние колики на родителей. Образование родителей, активная поддержка и консультирование имеют решающее значение для физического и эмоционального благополучия семьи и снижения риска травм и физического насилия над младенца-

ми [16]. Необходимо акцентировать внимание родителей на отсутствии у ребенка симптомов болезни, соответствии физического и психомоторного развития возрасту, убеждать, что данные проблемы транзиторные, информировать о физиологических особенностях нервной и пищеварительной системы у детей раннего возраста. Рекомендуется учиться распознавать темперамент и различные потребности ребенка и пытаться их удовлетворять до того, как возникает приступ крика и плача, поскольку при длительном приступе успокоить ребенка становится все труднее [5, 10].

Физические методы для облегчения коликов

Эффективные успокоительные технологии включают визуальные, тактильные и слуховые стимулы, способные оказывать успокаивающее воздействие. Рекомендуют создать ребенку условия, максимально приближенные к утробе матери, и обеспечить максимум тактильного контакта: пеленать, носить на руках, в слинге, укладывать малыша голым животом на живот родителя (поза кенгуру). Эффективны также нежное ритмичное покачивание и похлопывание, катание в коляске или в автомобиле и т.п. [5, 13]. Необходимо акцентировать внимание именно на безопасных технологиях, нежных и осторожных покачиваниях, сопровождающихся зрительным контактом, избегании чрезмерной тряски. Различные коммерческие изделия, такие как виброколыбель, имитаторы езды в автомобиле и др., достаточно дороги и не имеют доказанных существенных преимуществ. Многих малышей успокаивает т.н. «белый шум» — особый тип звуков, характеризующийся равномерностью и монотонностью (звук льющейся воды, некоторых работающих электроприборов, таких как стиральная машина, фен или пылесос) [4, 10, 13, 19, 21]. В настоящее время доступны специальные приложения для смартфонов с записью таких шумов.

Сосание пустышки, пальца успокаивает многих малышей, можно рекомендовать использование специальных, т.н. антиколиковых сосок.

Возможность уменьшать колики методами, не связанными с воздействием на желудочно-кишечный тракт, может быть одним из доказательств того, что колики имеют не только физиологическую, но и психологическую природу.

Еще одной рекомендацией для предупреждения младенческих коликов является постуральная терапия (уровень доказательности D): после кормления следует подержать ребенка в наклоненном положении (под углом 45°, животиком вниз) в течение 10–15 минут для отхождения воздуха, заглоченного во время кормления [9, 12]. Перед кормлением и во время приступа коликов малыша выкладывают на живот, желательнее с согнутыми в коленных суставах ножками.

Для облегчения симптомов коликов предлагаются также различные методы мануальной терапии, та-

кие как хиропрактика и краниальная остеопатия, массаж живота, из которых в нашей стране распространен только последний. Но этот широко рекомендуемый и используемый метод не продемонстрировал ожидаемой эффективности [4, 19, 22], хотя его использование матерью и улучшает коммуникативное взаимодействие с ребенком. Несмотря на отдельные сообщения об ослаблении симптомов колик, в целом эффективность и безопасность методов спинальной манипуляции неубедительна [4, 23]. Еще одним из альтернативных методов лечения колик является акупунктура, популярная в ряде стран. Результаты ряда исследований показали эффективность метода иглоукалывания для снижения интенсивности колик [4, 24].

Кроме того, отхождению газов и купированию болевого синдрома могут способствовать согревание живота, теплые ванны, хотя их эффективность никто не исследовал.

Эффективность применения газоотводной трубки или клизмы для облегчения колик имеет низкую степень доказательности (D) и не рекомендуется для рутинного использования, кроме того, иногда может приводить к травматизации слизистой кишечника.

Диетические рекомендации

Несмотря на значительные противоречия в данных об этиологической роли диеты в возникновении младенческих коликов, вопросам питания следует уделять пристальное внимание. Прежде всего, необходимо разъяснять необходимость продолжения грудного вскармливания. Существуют доказательства, что содержащийся в грудном молоке в ночное время мелатонин способен улучшать младенческий сон и уменьшать интенсивность колик [4, 25]. Тем не менее многие родители приписывают плач голоду ребенка или «некачественному» молоку и преждевременно переводят его на искусственное вскармливание либо же, в попытке успокоить ребенка, начинают чаще его кормить, что приводит к чрезмерному набору веса [2, 10, 26].

Различные элиминационные диеты кормящей матери не имеют доказанной эффективности в коррекции колик у всех детей, и многие исследования указывают, что состав грудного молока меньше зависит от рациона кормящей матери, чем принято считать [27, 28]. Традиционно рекомендуется ограничивать употребление матерью продуктов, вызывающих повышенное газообразование, жирных, острых блюд [2, 8, 11], но крайне редко диетические изменения уменьшают частоту и интенсивность колик [27, 28].

Наибольшее число доказательств эффективности имеет гипоаллергенная диета матери с исключением коровьего молока (уровень доказательности В), в связи с тем что аллергия к белкам коровьего молока (БКМ) рассматривается как одна из частых причин колик [4, 9, 13, 19, 28, 29]. В то же время, по данным Н. Моравеж с соавт. (2010 г.), при исполь-

зовании кожного теста для выявления аллергии к БКМ он был положительным только у 2,6 % детей с младенческими коликами и только в этой группе детей получен результат уменьшения длительности крика и плача при соответствующей диете матери. Поэтому нецелесообразно рекомендовать исключение коровьего молока всем кормящим матерям для профилактики колик [5, 30].

Исключение из диеты кормящей матери других аллергенных продуктов (яйца, орехи, соя, рыба, пшеница) также уменьшает проявление колик у ряда детей, что подтверждает гипотезу о наличии пищевой гиперчувствительности как одной из предполагаемых причин [28, 30, 32, 33]. Но если после двух недель ограничительной диеты матери не отмечено улучшений, диетические ограничения должны быть сняты [4, 5, 27, 32].

Следует помнить о тщательном наблюдении за обеспечением достаточной калорийности и разнообразия питания кормящей матери, адекватном содержании кальция и витамина D [4, 32], поскольку многие женщины в отчаянной попытке предупредить приступы колик самостоятельно применяют жесткие элиминационные диеты, приводящие к гиповитаминозам, анемии и гипогалактии.

Самый высокий уровень доказательности (А) эффективности диетотерапии в уменьшении симптомов колик имеет применение смесей с частичной или полной гидролизацией белка для детей, вскармливаемых искусственно [4, 9, 13, 19, 27, 29, 32]. Следует отметить, что при истинной аллергии к БКМ эффективным будет использование только смесей с глубоким гидролизом белка, поскольку частичные гидролизаты не обладают гипоаллергенным эффектом [4, 5, 27].

Несмотря на то что некоторые исследования продемонстрировали частичную эффективность соевых смесей для облегчения колик, их рутинное применение у детей до 6 месяцев жизни не рекомендовано, т.к. число случаев аллергии к соевому белку растет с каждым годом [5, 13, 27, 32]. Кроме того, опасность вызывает содержание фитатов, алюминия и фитоэстрогенов в соевых смесях [32].

Применение безлактозных смесей не подтвердило эффективности и не рекомендовано для детей с младенческими коликами [13, 27, 29].

Интервалы между кормлениями желательнее сократить, а разовый объем питания уменьшить, не допуская сильного голода и перерастяжения желудка, что более актуально для детей, вскармливаемых искусственно [9].

Проведены исследования эффективности специальных смесей, содержащих частично гидролизованный белок, пребиотические олигосахариды, сниженное количество лактозы и обогащенных бета-пальмитиновой кислотой [4, 8, 25, 33]. Результаты ограниченных исследований демонстрируют их более высокую эффективность в сравнении со стандартной формулой и симетиконом, но требуется проведение дальнейших масштабных исследований для

получения убедительных доказательств уменьшения длительности крика у детей с коликами [33, 36].

Фармакотерапия

Рекомендации по использованию методов фармакологической коррекции младенческих колик наиболее противоречивы. Хотя окончательно и не доказано, что гастроинтестинальные факторы являются единственной и основной причиной младенческих колик, в основном все применяемые фармакологические препараты направлены на коррекцию желудочно-кишечных расстройств. Вместе с тем большинство медикаментов, влияющих на те или иные доказанные патофизиологические механизмы в желудочно-кишечном тракте, не имеют преимуществ перед плацебо либо обладают серьезными побочными эффектами.

Так, не оправдались надежды на эффективность препаратов, уменьшающих метеоризм, — т.н. пеногасителей (симетикон или диметикон). Результаты рандомизированного плацебо-контролируемого многоцентрового исследования не продемонстрировали преимущества симетикона перед плацебо для лечения и профилактики младенческих колик, в связи с чем он не рекомендован для рутинного применения [4, 5, 10, 13, 19]. Тем не менее попытки использования симетикона все же предпринимаются в случаях тяжелых колик; его эффективность будет более выраженной, если в генезе доминирует метеоризм. Если же преобладает нарушение перистальтики за счет незрелости иннервации кишечника, то эффект симетикона будет значительно меньше (уровень доказательности С) [4, 9].

Значительно более эффективным и статистически достоверным для купирования колик оказался дицикломина гидрохлорид (уровень доказательности А) — антихолинергическое лекарственное средство, блокирующее преимущественно М-холинорецепторы, расположенные в гладкой мускулатуре, эндокринных железах, некоторых отделах ЦНС. Но в связи с выявленными серьезными побочными эффектами (апноэ, судороги, мышечная гипотония, кома) его использование не рекомендовано для детей до 6 месячного возраста [4, 15, 19]. Следующим препаратом с доказанной эффективностью в уменьшении длительности крика в сравнении с плацебо является циметропия бромид (не зарегистрирован в Украине), производное белладонны. Побочное действие — сонливость, опасных воздействий не зарегистрировано [5]. Проходит фазу клинических испытаний в многоцентровом международном рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании новый фармакологический препарат (Nepadutant), воздействующий на кишечную перистальтику и чувствительность [4].

Применение пробиотиков основано на полученных многочисленных доказательствах нарушения интестинальной микрофлоры у детей с коликами, что приводит к избыточному газообразованию и

нарушению моторики кишечника [3–5], однако здесь также все неоднозначно. После опубликования результатов небольшого исследования F. Savino (2007), показавшего, что пробиотик *Lactobacillus reuteri DSM 17938* лучше облегчает состояние младенцев с выраженными коликами, находящихся на грудном вскармливании, в сравнении с симетиконом [34], начался настоящий бум публикаций, посвященных исследованию воздействия различных пробиотиков на течение младенческих колик. Результаты одних исследований подтверждают значительную эффективность *L.reuteri DSM 17938* в уменьшении длительности крика младенцев [35–37, 39], а по данным других исследователей, эффект отсутствует. Так, двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование австралийских ученых, включавшее детей на грудном и искусственном вскармливании, не выявило положительного воздействия данного штамма лактобактерий на течение колик. Более того, по их данным, группа младенцев, получавших пробиотик, продемонстрировала беспокойное поведение значительно в большей мере, чем группа получавших плацебо, в особенности это касалось детей, находившихся на искусственном вскармливании. Поведение детей, находившихся на грудном вскармливании, практически не изменилось. При этом терапия пробиотиком не привела к изменениям в составе кишечной микрофлоры, в уровне фекального кальпротектина или колонизации *E.coli*. Авторы сделали вывод, что пробиотики не стоит назначать при младенческих коликах всем детям в плановом порядке, в особенности это касается находящихся на искусственном вскармливании [38].

В настоящее время на фармацевтическом рынке представлено множество пробиотиков для применения у детей и их использование в обществе становится все более распространенным. Поэтому исключительно важно обеспечить достаточно достоверных научных данных их эффективности для купирования младенческой колики, прежде чем включать их в стандарты лечения, чтобы избежать нерационального расхода дорогостоящих препаратов, если вмешательство не будет признано эффективным. В целом эффективность применения пробиотиков для купирования младенческих колик в настоящее время имеет уровень доказательности С [9].

Традиционно во многих странах для купирования младенческих колик используются средства растительного происхождения, обладающие ветрогонным и мягким спазмолитическим действием, такие как укроп, фенхель, мелисса, мята перечная, ромашка, солодка, кориандр, анис и др., самостоятельно либо в различных комбинациях. Их эффективность может быть обусловлена антихолинергической и антиадренергической активностью [38]. Малое количество проведенных клинических исследований и отсутствие стандартизации в оценке состава и дозировки не позволяют оценить научную эффективность данных средств. В целом считается,

что они малоэффективны, а часто даже опасны [4, 5, 22]. Частыми побочными действиями являются аллергические реакции, а при использовании в виде травяных чаев в дозе 150–200 мл и более в день может снижаться питательная ценность рациона ребенка.

Еще в одном исследовании сравнили эффективность гипертонического раствора глюкозы со стерильной водой. У 30 % детей, получавших глюкозу, отмечено значительное уменьшение коликов [22], но эти результаты не позволяют широко рекомендовать данный метод.

На основании доказанного наличия транзиторной лактазной недостаточности у большинства детей с младенческими коликами [2] при упорных коликах возможна попытка применения препаратов лактазы у детей, находящихся на грудном вскармливании [9]. Но доказательств эффективности лактазы в уменьшении симптомов младенческой колики в масштабных клинических исследованиях не получено, в связи с чем ферментная терапия не рекомендована для широкого использования у данных детей [27].

Успокоительные, такие как фенобарбитал, хлоралгидрат и алкоголь, не должны использоваться.

При отсутствии эффекта от последовательно применяемых вышеуказанных методов рекомендуется попытка использования прокинетики и спазмолитиков.

Таким образом, несмотря на то что тема младенческих коликов освещена во многих публикациях, интерес к этой проблеме не угасает. Это обусловлено отсутствием четкого понимания сущности этого загадочного феномена и подходов к его коррекции, поэтому существует насущная необходимость в продолжении исследований. Единственным бесспорным на сегодняшний день лечебным фактором облегчения коликов является время. Между тем младенческая колика оказывает негативное влияние на материнское психическое здоровье и является фактором риска для возникновения синдрома тряски младенца и развития негативных отдаленных последствий. В поиске методов облегчения колики врачу и семье каждый раз приходится заново проходить этот трудный путь и вырабатывать собственную стратегию лечения. Нахождение эффективных и безопасных средств, облегчающих младенческие колики, станет значительным шагом вперед в общественном здравоохранении.

Список литературы

1. Беляева И.А., Намазова-Баранова Л.С., Потехина Т.В. Младенческие колики: новый взгляд на старую проблему // *Педиатрия*. — 2015. — № 1. — С. 137-141.
2. Захарова И.Н., Яцык Г.В., Боровик Т.Э. и др. Младенческие кишечные колики: современный взгляд на проблему // *Cons. Med. Педиатрия*. — 2014. — № 4. — С. 46-53 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://con-med.ru/magazines/pediatrics/pediatrics-04-2014/>
3. Раковская Л.А. Дискуссионные вопросы этиопатогенеза феномена младенческих коликов // *Здоровье ребенка*. — 2015. — № 62. — С. 47-52.

4. Savino F., Ceratto S., De Marco A. Looking for new treatments of Infantile Colic // *Ital. J. Pediatr.* — 2014. — № 5. — P. 40-53.
5. Kheir A.E. Infantile colic, facts and fiction // *Ital. J. Pediatr.* — 2012. — № 23. — P. 34-38.
6. Fleishe D.R. Infant colic / Fleishe D.R. // *Management of Functional Gastrointestinal Disorders in Children: Biopsychosocial concepts for clinical practice*. — New York, 2014. — P. 131-134.
7. Gelfand A.A., Goadsby P.J., Allen I.E. The relationship between migraine and infant colic: a systematic review and meta-analysis // *Cephalalgia*. — 2015. — Vol. 35 (1). — P. 63-72.
8. Бережний В.В., Козачук В.Г. Сучасний підхід до корекції порушень травлення у дітей раннього віку з функціональними розладами шлунково-кишкового тракту // *Современная педиатрия*. — 2013. — № 5 (53). — С. 175-179.
9. Наказ МОЗ України № 59 від 29.01.2013 р. «Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення: Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги дітям із функціональними гастроінтестинальними розладами» [Електронний ресурс]. — Режим доступа: http://www.moz.gov.ua/docfiles/dod59_2_2013.pdf
10. Cohen G.M., Albertini L.W. Colic // *Pediatr. Rev.* — 2012. — № 33 (7). — P. 332-333.
11. Яцула М.С. Кишкові колики у немовлят: принципи харчової корекції та лікування // *Здоровье ребенка*. — 2014. — № 3 (54). — С. 143-147.
12. Маменко М.Е. Младенческие кишечные колики: современные подходы к терапии // *Здоровье ребенка*. — 2012. — № 8 (43). — С. 99-102.
13. Shergill-Bonner. Infantile colic: practicalities of management, including dietary aspects // *J. Paediatr. Child. Health*. — 2012. — № 48 (2). — P. 128-137.
14. McRury J.M., Zolotor A.J. A Randomized, Controlled Trial of a Behavioral Intervention to Reduce Crying among Infants // *J. Am. Board Fam. Med.* — 2010. — № 3 (23). — P. 315-322.
15. Savino F., Tarasco V., Lingua C., et al. Pain-relieving agents for infant colic // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. — 2012. — Issue 7. Art. No.: CD009999.
16. Barr R.G, Rivara F.P, Barr M. et al. Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behaviors regarding crying and shaken-baby syndrome in mothers of newborns: a randomized, controlled trial // *Pediatrics*. — 2009. — № 123. — P. 972-980.
17. Lee C., Barr R.G, Catherine N. et al. Age-related incidence of publicly reported shaken baby syndrome cases: is crying a trigger for shaking? // *J. Dev. Behav. Pediatr.* — 2007. — № 28. — P. 288-293.
18. Talvik I., Alexander R.C., Talvik T. Shaken baby syndrome and a baby's cry // *Acta Paediatr.* — 2008. — № 97 (6). — P. 782-785.
19. Hall B., Chesters J., Robinson A. Infantile colic: a systematic review of medical and conventional therapies // *J. Paediatr. Child Health*. — 2012. — № 48 (2). — P. 128-137.
20. Levitzky S., Cooper R. Infant colic syndrome-maternal fantasies of aggression and infanticide // *Clin. Pediatr. (Phila)*. — 2000. — № 39. — P. 395-400.
21. Blom M.A, van Sleuwen B.E, de Vries H. et al. Health care interventions for excessive crying in infants: regularity with and without swaddling // *J. Child Health Care*. — 2009. — № 13 (2). — P. 161-176.
22. Arikian D., Alp H., Gözüm S. et al. Effectiveness of massage, sucrose solution, herbal tea or hydrolysed formula in the treatment of infantile colic // *J. Clin. Nurs*. — 2008. — № 17 (13). — P. 1754-1761
23. Dobson D. Lucassen P. Miller J. and all. Manipulative therapies for infantile colic // *The Cochrane Library, Published Online: 12 DEC 2012* [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004796.pub2/abstract;jsessionid=44D326A110604A37E7614019588ACC56.f04i03>
24. Reinthal M., Lund I., Ullman D. Gastrointestinal symptoms of infantile colic and their change after light needling of acupuncture: a case series study of 913 infants // *Chinese Medicine*. — 2011. — № 6. — P. 28 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.cmjournal.org/content/6/1/28>

25. Cohen E.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. — № 171 (4). — P. 729-732.
26. Howard C.R., Lanphear N., Lanphear B.P., et al. Parental responses to infant crying and colic: the effect on breastfeeding duration // *Breastfeed Med.* — 2006. — № 1. — P. 146-155.
27. Critch J. Infantile colic: Is there a role for dietary interventions? // *Paediatr. Child Health.* — 2011. — 16 (1). — P. 47-49.
28. Clifford T.J., Campbell M.K., Speechley K.N., Gorodzinsky F. Infant colic: empirical evidence of the absence of an association with source of early infant nutrition // *Arch Pediatr. Adolesc Med.* — 2002. — № 156 (11). — P. 1123-1128.
29. Iacovou M., Ralston R.A., Muir J. et al. Dietary management of infantile colic: a systematic review // *Presse Med.* — 2012. — № 41 (7-8). — P. 404-410.
30. Moravej H., Imanieh M.H., Kashef S. et al. Predictive value of the cow's milk skin prick test in infantile colic // *Ann. Saudi Med.* — 2010. — № 30 (6). — P. 468-470.
31. Hill D.J., Roy N., Heine R.G., et al. Effect of a low-allergen maternal diet on colic among breastfed infants: a randomized, controlled trial // *Pediatrics.* — 2005. — № 116. — P. 709.
32. Nocerino R., Pezzella V., Cosenza L. et al. The Controversial role of food allergy in infantile colic: evidence and clinical management // *Nutrients.* — 2015. — № 7 (3). — P. 2015-2025.
33. Savino F., Tarasco V., Sorrenti M. et al. Dietary modifications for infantile colic // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2014. — № 3. — Art. No.: CD011029.
34. Savino F., Pelle E., Palumeri E. et al. *Lactobacillus reuteri* (American Type Culture Collection Strain 55730) versus simethicone in the treatment of infantile colic: a prospective randomized study // *Pediatrics.* — 2007. — № 119. — P. 124-130.
35. Szajewska H., Gyrzduk E., Horvath A. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 for the management of infantile colic in breastfed infants: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *J. Pediatr.* — 2013. — № 162. — P. 257-262.
36. Savino F., Cordisco L., Tarasco V., et al. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 in infantile colic: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *Pediatrics.* — 2010. — № 126. — P. 526-533.
37. Chau K., Lau E., Greenberg S. et al. Probiotics for infantile colic: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial investigating *Lactobacillus reuteri* DSM 17938. // *J. Pediatr.* — 2015. — № 166 (1). — P. 74-78.
38. Sung V., Hiscock H., Tang M.L. et al. Treating infant colic with the probiotic *Lactobacillus reuteri*: double blind, placebo controlled randomised trial // *BMJ.* — 2014. — № 348. — P. 2107.
39. Indrio F., Di Mauro A., Riezzo G. et al. Prophylactic use of a probiotic in the prevention of colic, regurgitation, and functional constipation: a randomized clinical trial // *JAMA Pediatr.* — 2014. — № 168. — P. 228-233.

Получено 20.10.15 ■

Раковська Л.О.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ КОЛЬКОК У НЕМОВЛЯТ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Резюме. У статті розглядаються методи корекції кольковок у немовлят, причини і механізм яких до сьогодні залишаються до кінця не вивченими. Детально аналізуються різні методи полегшення симптомів кольковок у дітей раннього віку, такі як психотерапія, фізичні методи заспокоєння, методи дієтичної і фармакологічної корекції, і дається оцінка їх ефективності на основі проведених клінічних досліджень.

Ключові слова: кольки, немовлята, корекція, лікування.

Rakovska L.O.

Kharkiv National University named after V.N. Karazin, Kharkiv, Ukraine

METHODS OF INFANTILE COLIC CORRECTION IN THE CONTEXT OF EVIDENCE-BASED MEDICINE

Summary. The article considers the methods of correction of infantile colic, the causes and the mechanism of which still remain poorly understood. Various methods to relieve the symptoms of colic in infants, such as psychotherapy, physical methods of soothing, methods for dietary and pharmacological correction, are analyzed in detail, and an assessment of their effectiveness is provided on the basis of clinical trials being conducted.

Key words: colic, infants, correction, treatment.