

ДИЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА СРЫГИВАНИЯ И РВОТА У ДЕТЕЙ

Срыгивания и рвота встречаются у 18–40 % детей. Причинами этого синдрома являются физиологический гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) (без морфологических изменений слизистой оболочки пищевода и клинических проявлений) и патологический ГЭР (функциональный и органический). В терапии физиологического ГЭР эффективным является использование специальной антирефлюксной смеси Нутрилон Антирефлюкс.

Ключевые слова: срыгивания и рвота, гастроэзофагеальный рефлюкс, антирефлюксная смесь.

Regurgitation and vomiting are found to have 18–40 % of children. This syndrome is caused by physiologic gastroesophageal reflux (GER) with no detected morphologic changes of esophageal mucous membrane, no clinical features and no pathologic GER (functional and organic). Antireflux formula «Nutrilon Antireflux» has been found rather effective in the treatment of physiologic GER in children.

Key words: regurgitation, vomiting, gastroesophageal reflux, antireflux formula

Срыгивание и рвота часто встречаются в качестве самостоятельного синдрома у практически здоровых детей, а также в виде сопутствующей патологии при ряде заболеваний. При обращении к педиатру жалобы на срыгивание у ребенка составляют примерно 18–40 %, а 67 % детей в возрасте 4 месяцев срыгивают хотя бы один раз в сутки.

Наиболее распространены срыгивания у детей первых месяцев жизни, и большинство педиатров связывают их с, так называемыми, «функциональными» нарушениями моторики, «незрелостью» сфинктерного аппарата пищевода, дискинезиями желудка и т.д.

По данным ВОЗ, термин «незрелость» считается устаревшим, и данные изменения правильнее трактовать как своеобразие морфологии и функции органов и систем, характерные для определенного возраста. Причем, в определенном числе случаев речь идет, вероятно, о раннем, порой внутриутробном, дебюте гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), причинами которого являются гипоксия и/или повышение сывороточного гастрина у матери (эквивалента изжоги беременной). Чаще всего это высокий ГЭР, т.е. не заброс, а затекание желудочного содержимого, при этом наблюдается повышение концентрации секрета обкладочной клетки, связанное с повышением активности протонного насоса (повышение продукции гастроинтерстициальных гормонов, усиление каскада пищеварительных феноменов и пр.).

Некоторые авторы склонны, даже в раннем возрасте, рассматривать ГЭР не как функциональное состояние, а с позиций гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), причем ее взрослого варианта.

Физиологический ГЭР — непроизвольное затекание желудочного содержимого в пищевод при сохраненном клиренсе, противостоящем воздействию рефлюксанта на слизистую пищевода, не сопровождается изменениями слизистой оболочки и неприятными ощущениями.

Патологический ГЭР рассматривается в двух вариантах — функциональный и органический. Функциональный ГЭР (по классификации МКБ-10 — ГЭР без эзофагита) вызывает клиническую симптоматику, но без видимых патологических изменений слизистой пищевода, то есть не относится к нозологической форме. Органический ГЭР (по классификации МКБ-10 — рефлюкс-эзофагит) — по сути, это ГЭРБ взрослого типа, когда имеются патологические изменения слизистой оболочки пищевода, внепищеводные проявления, существует риск развития пищевода Баррета и аденокарциномы пищевода. ГЭРБ представляет собой строго очерченную нозологическую форму и является хроническим рецидивирующим заболеванием с минимальными шансами на самоизлечение и, нередко, с отсутствием положительной клинико-морфологической динамики на фоне адекватного лечения.

Срыгивания у здоровых новорожденных (физиологический ГЭР) часто проходят самостоятельно, но может потребоваться диетическая коррекция. Органический ГЭР купируется медикаментозными препаратами, а при выявлении аномалий развития — и хирургическими средствами.

Первым принципом диетотерапии у детей раннего возраста является организация дробного питания: увеличение частоты кормлений с уменьшением ра-

зового объема. Помимо этого, ребенка после кормления следует некоторое время держать в вертикальном положении для обеспечения беспрепятственного выхода проглоченного воздуха, а положение в кроватке должно быть с приподнятым на 50° ее головным концом.

Для коррекции срыгиваний применяют также антирефлюксные смеси. Антирефлюксный эффект этих продуктов питания определяется их составом. Большое значение имеет соотношение сывороточного белка к казеину. В материнском молоке это соотношение составляет от 60 : 70 до 40 : 30, в коровьем — 20 : 80, в большинстве адаптированных молочных смесей — 60 : 40. Оптимальное содержание казеина в питании препятствует срыгиванию, так как этот белок легко створаживается в желудке под влиянием соляной кислоты, образуя сначала хлопья, а затем густую массу, препятствующую ГЭР.

Имеет значение и содержание жира, так как жирная пища снижает тонус нижнего пищеводного сфинктера и задерживает опорожнение желудка, что способствует рефлюксу. Снижение содержания жира в питании ребенка будет, в той или иной степени, способствовать уменьшению частоты срыгиваний, однако при его недостатке нарушаются нормальные процессы роста и развития ребенка.

Имеет значение введение в смесь загустителя, в качестве которого могут использоваться рисовый, кукурузный или картофельный крахмалы, а также камедь, получаемая из бобов рожкового дерева и входящая в состав большинства современных антирефлюксных формул. Камедь, под действием кислого содержимого, загустевает в желудке, однако, в отличие от крахмалов и хлопьев казеина, не переваривается ферментами желудочно-кишечного тракта и не вступает в метаболизм, вследствие чего густая консистенция желудочного и, в дальнейшем, кишечного содержимого поддерживается на протяжении более длительного времени, пролонгируя антирефлюксный эффект. Последний усиливается также благодаря тому, что камедь стимулирует перистальтику, способствуя более быстрому опорожнению желудка и кишечника. Имеются данные о том, что камедь может снижать кишечное всасывание железа, цинка и кальция, однако, как показывает опыт, рациональное применение антирефлюксных камедь-содержащих смесей не оказывает существенного влияния на процессы всасывания микро- и макроэлементов.

Примером антирефлюксной смеси, при создании которой наиболее полно учитывались все подходы к диетической коррекции синдрома срыгиваний, яв-

ляется Нутрилон Антирефлюкс. Смесь отличается умеренной (0,4 % на 100 г смеси) концентрацией казеина, имеет соотношение сывороточного белка к казеину 20 : 80 и умеренно пониженное содержание жира.

Оценка реальной эффективности и безопасности применения смеси Нутрилон Антирефлюкс проведена Сорвачевой Т.И. и соавт. (2001). Смесь назначалась 67 детям в возрасте 1-6 месяцев с функциональным ГЭР в течение 2-3 месяцев в объеме от 1/3 до 2/3 от общего объема питания. Четыре ребенка полностью переведены на антирефлюксную смесь. Эффект в виде значительного уменьшения частоты или прекращения срыгиваний был достигнут у 52 детей (78 %) на 3-4 день применения.

У остальных 14 детей частота срыгиваний в эти сроки также снижалась, однако в недостаточной, с клинической точки зрения, степени, а у одного ребенка эффект от применения смеси отсутствовал. Из побочных эффектов, у одного ребенка была аллергическая реакция, у двух отмечалось некоторое учащение стула и еще у одного — сокращение его частоты. Только у ребенка с аллергией побочный эффект стал причиной отмены смеси.

Оценка безопасности применения смеси была проведена через 2 месяца ее применения. У всех детей, получавших Нутрилон Антирефлюкс, антропометрические показатели и показатели психомоторного развития соответствовали возрасту. Биохимические показатели, в частности уровень белка и альбуминов, железа, кальция, фосфора и цинка в крови у обследованных пациентов, были в пределах нормы. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о достаточно высокой эффективности и безопасности использования смеси Нутрилон Антирефлюкс.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Срыгивание — это синдром, который может наблюдаться у вполне здоровых детей первого года жизни, но может служить признаком органического заболевания. Критерием оценки является наличие клинических симптомов (боль, у детей раннего возраста — беспокойство во время или после еды, вплоть до отказа от еды) и результаты эзофагоскопии. При выявлении физиологического ГЭР основным компонентом коррекции является диетотерапия с применением современных антирефлюксных смесей, при органическом ГЭР — назначение медикаментозного лечения, а при выявлении аномалий развития — хирургическое вмешательство.

* * *