

Дифференцированный подход к фармакотерапии синдрома срыгиваний и рвоты у грудных детей с перинатальным повреждением центральной нервной системы

Р.Р.Шиляев, О.А.Петрова, Е.Б.Копилова, И.В.Князева, Е.А.Гоголева, Г.Н.Иванищук

Ивановская государственная медицинская академия

В статье представлены результаты изучения кислотообразующей функции желудка и состояние сфинктерного аппарата верхних отделов пищеварительного тракта у детей с синдромом срыгиваний и рвоты на фоне перинатального поражения ЦНС. Выявлены различные типы гастроинтестинальных нарушений у детей этой группы и предложен дифференцированный подход к лечению синдрома срыгиваний и рвоты у грудных детей с перинатальной патологией ЦНС.

Ключевые слова: дети грудного возраста, синдром срыгиваний и рвоты, перинатальное поражение ЦНС, гастроэзофагеальный рефлюкс, гипоацидность, гиперацидность, лечение

Differentiated approach to drug therapy of regurgitation syndrome and vomiting in nurselings with perinatal lesion to the central nervous system

R.R.Shilyaev, O.A.Petrova, E.B.Kopilova, I.V.Knyazeva, E.A.Gogoleva, G.N.Ivanishchuk

Ivanovo State Medical Academy

The authors present their findings of studying the acid-forming function of the stomach, and the state of the sphincteric apparatus of the upper portions of the digestive tract in infants with regurgitation syndrome and vomiting on the background of a lesion to the CNS. The authors revealed various types of gastrointestinal disorders in infants of this group, and proposed a differentiated approach to treatment of the regurgitation and vomiting syndrome in nursing with perinatal pathology of the CNS.

Key words: infants, regurgitation and vomiting syndrome, perinatal lesion to the CNS, gastroesophageal reflux, hypoacidity, hyperacidity, treatment

В ряду жалоб, практически ежедневно встречающихся педиатру, одно из ведущих мест занимают срыгивания и рвота у детей грудного возраста. Срыгивания относятся к числу наиболее распространенных функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у младенцев и встречаются, по данным различных авторов, у 65–85% практически здоровых грудных детей [1, 2]. Частота срыгиваний в этом случае не превышает 1–2 раза в сутки, они невелики по объему, исчезают самостоятельно по мере роста, у ребенка сохраняются массоростовые прибавки, соответствующие возрасту.

Наличие синдрома упорных срыгиваний и рвоты является патологией и требует установления причин и лечения. Традиционно сложилось интерпретировать этот симптомокомплекс у детей с перинатальным повреждением цент-

ральной нервной системы (ЦНС) гипоксически-травматического генеза как клиническое проявление гипертензионно-гидроцефального синдрома. Однако клинические наблюдения свидетельствуют, что не все дети со срыгиваниями и рвотой имеют признаки внутричерепной гипертензии или гидроцефалии, а при наличии последней нейрореабилитация, зачастую, не уменьшает эпизодов регургитации. Рекомендации по лечению синдрома срыгиваний и рвоты у младенцев касаются в основном постурального положения и способов алиментарной коррекции [3, 4], являющихся необходимыми, но, к сожалению, не всегда достаточными. Известно, что упорные срыгивания и рвота могут быть признаком неблагополучия верхних отделов пищеварительного тракта.

Целью настоящего исследования явилась оценка кислотообразующей функции и состояния сфинктерного аппарата верхних отделов пищеварительного тракта у детей с синдромом упорных срыгиваний и рвоты на фоне перинатальной патологии ЦНС и обоснование дифференцированного подхода к лечению в зависимости от характера обнаруженных нарушений.

Для корреспонденции:

Шиляев Рудольф Ростиславович, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, ректор и заведующий кафедрой детских болезней педиатрического факультета Ивановской государственной медицинской академии

Адрес: 153462, Иваново, пр. Ф.Энгельса, 8

Телефон: (0932) 30-1766

Статья поступила 05.01.2003 г., принята к печати 07.04.2003 г.

Пациенты и методы

Под наблюдением находились 112 детей в возрасте от 1 до 12 мес с синдромом упорных срыгиваний и рвоты на фоне перинатальной патологии ЦНС. Для оценки состояния верхних отделов пищеварительного тракта всем детям была выполнена продолжительная поэтажная рН-метрия с использованием портативного ацидогастрометра «Гастроскан-24» с расшифровкой полученных результатов с помощью программы «Гастроскан-24», разработанной ГНПП «Исток-Система» (г. Фрязино), позволившая судить о кислотообразующей функции желудка и состоянии моторно-сфинктерного аппарата верхних отделов пищеварительного тракта. У всех детей исследовали характер вегетативной регуляции. Для этого определяли исходный вегетативный тонус по таблицам А.М.Вейна и соавт. (1981) в модификации Н.А.Белоконь и соавт. (1987), адаптированным для детей раннего возраста. В качестве инструментального применяли метод кардиоинтервалографии. Рассчитывали общепринятые показатели. Для оценки вегетативной реактивности проводили ортостатическую нагрузочную пробу. Вариант вегетативной реактивности оценивали с учетом исходного вегетативного тонуса по таблице Н.А.Белоконь (1987).

Больные были рандомизированы на две группы в зависимости от вида терапии: 1-я группа – 52 ребенка, получавших только патогенетическое лечение; 2-я группа – 60 детей, получавших комплексную терапию (патогенетическую и симптоматическую). Группы детей были однородны по возрастно-половому составу, характеру вскармливания, степени выраженности синдрома срыгиваний и рвоты, удельному весу синдромов перинатального поражения ЦНС. Патогенетическая терапия включала лечение гипоксически-ишемических и/или травматических повреждений ЦНС. Основу ее составляли лекарственные средства, воздействующие на метаболизм мозга, улучшающие микроциркуляцию и рекарнальные процессы. Травматические поражения нервной системы у обследованных детей были представлены натальными повреждениями шейного отдела позвоночника, для лечения которых использовали иммобилизацию шейного отдела воротником Шанца на 3–4 нед, вазоактивные препараты, физиотерапевтические процедуры. Симптоматическая терапия синдрома срыгиваний и рвоты носила дифференцированный характер и определялась особенностями выявленных нарушений функций верхних отделов пищеварительного тракта.

Особенности клинической картины у младенцев с вегетативными желудочно-кишечными дисфункциями позволили выделить четыре синдрома, обязательно присутствовавшие при всех типах гастроинтестинальных расстройств: диспепсический, болевой абдоминальный, синдром вегетативной лабильности и неврологический. Для оценки эффективности лечения разработана балльная оценка синдромов в зависимости от клинических и функциональных нарушений. Максимальная выраженность диспепсического синдрома соответствовала 24 баллам, болевого абдоминального – 12 баллам, синдрома вегетативных сосудистых нарушений – 42 баллам, неврологического – 3 баллам. Эффективность лечения оценивалась по результатам динамического наблюдения за детьми.

Результаты исследования и их обсуждение

У 94,2% младенцев по данным рН-метрии были выявлены различные нарушения функций верхних отделов пищеварительного тракта. Это подтвердило, что упорные срыгивания и рвота у грудных детей с перинатальной патологией ЦНС практически всегда свидетельствуют о страдании желудочно-кишечного тракта. По результатам рН-метрии выделены четыре типа нарушений: 1) секреторные с изолированной гиперацидностью у 26 (23,2%) больных; 2) секреторные с изолированной гипоацидностью у 16 (14,3%); 3) изолированные моторные (патологический гастроэзофагеальный рефлюкс) у 32 (28,6%); 4) смешанные, сочетающие в себе гиперацидность с нарушениями моторики у 38 (34,0%). Следует отметить, что в современной литературе упорные срыгивания, зачастую отождествляются с гастроэзофагеальным рефлюксом [3, 5, 6]. Действительно, у 99% детей первого года жизни с инструментально доказанным рефлюксом основной жалобой являются упорные срыгивания и рвота [7]. Однако полученные нами данные свидетельствуют о гетерогенности функциональных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта, проявляющихся срыгиваниями и рвотой. По-видимому, наличие упорных срыгиваний у ребенка не является следствием только патологического гастроэзофагеального рефлюкса.

У детей грудного возраста с перинатальной патологией ЦНС в значительном числе случаев отмечаются нарушения корково-подкорковых взаимоотношений и функций подкорковых структур, приводящие к дисбалансу вегетативной нервной системы. Известно, что вегетативная дисрегуляция занимает важное место в генезе функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта. Проведенные нами исследования показали, что нарушения исходного вегетативного тонуса, вегетативной реактивности отмечались у 91,7% наших пациентов. Корреляционный анализ выявил изменение количества корреляционных взаимосвязей показателей функционального состояния вегетативной нервной системы, кислотообразования и моторики верхних отделов пищеварительного тракта, нарушение их соотношения, что подтверждает роль вегетативной дисрегуляции в формировании различных типов гастроинтестинальных нарушений у детей грудного возраста.

Таким образом, лечение детей с синдромом упорных срыгиваний и рвоты на фоне перинатального поражения ЦНС должно быть комплексным и включать: 1) патогенетическую терапию, направленную на нормализацию межсистемных взаимоотношений вегетативной нервной системы; 2) симптоматическую терапию для коррекции секреторных и/или моторных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта, что в конечном итоге обеспечивает профилактику перехода функциональных расстройств в органические и тканевые. Необходимость симптоматической терапии подтверждается данными изучения катамнеза детей с синдромом срыгиваний и рвоты, свидетельствующих о том, что к 6–7 годам у 87% из них формируется органическая патология желудочно-кишечного тракта, началом которой явились моторно-эвакуаторные и сфинктерные нарушения пищеварительной трубки на первом году жизни [8].

Сравнительный анализ эффективности комплексной и

патогенетической терапии пациентов с синдромом срыгиваний и рвоты на фоне перинатального поражения ЦНС, показал, что по окончании одного курса лечения только у 17,7% больных 1-й группы отмечалось купирование срыгиваний и рвоты, в то время как во 2-й группе – у 35,4% ($p < 0,05$). Исходя из этого можно сделать вывод, что коррекции только функций ЦНС, ведущей к нормализации центральных механизмов регуляции пищеварительной системы, недостаточно для купирования срыгиваний и рвоты. Это еще раз доказывает, что в большинстве случаев срыгивания и рвота у детей с перинатальной патологией ЦНС являются клиническим проявлением секреторных и моторных нарушений функций верхних отделов пищеварительной системы.

Учитывая, что нами были выделены 4 типа функциональных расстройств, симптоматическая терапия по их коррекции носила дифференцированный характер и включала диетотерапию, организацию техники кормления, устранение моторных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта и/или секреторных нарушений желудка.

При выявлении изолированной гиперацидности лечение основывалось на следующих принципах. Кормление ребенка осуществлялось по требованию с уменьшением разового объема, увеличением кратности кормлений, без изменения суточного объема питания. Сохранялось грудное вскармливание. При искусственном вскармливании из питания исключались кисломолочные смеси, кислые фруктовые соки и пюре. Медикаментозная коррекция заключалась в назначении антацидных средств. Препаратом выбора стал Фосфалюгель в дозе $\frac{1}{4}$ пакетика или 1 чайная ложка (4 г) до 6 раз в сутки в промежутках между кормлениями для детей до 6 мес жизни, по $\frac{1}{2}$ пакетика или 2 чайные ложки 4 раза в сутки через 1 час после еды и на ночь для детей старше 6 мес жизни. Курс лечения составлял 15–20 дней. Преимущества Фосфалюгеля, предопределившие выбор, были связаны с особенностью его действия. Этот препарат нормализует кислотность желудочного сока до физиологической нормы, не нарушая физиологических условий пищеварения; не вызывает «кислотного рикошета»; защищает слизистую оболочку от самопереваривания; образует постоянное гомогенное покрытие, защищающее пищеварительный тракт на всем протяжении; не провоцирует запоры; регулирует кишечный транзит; не вызывает расстройств кислотнощелочного равновесия; не влияет на метаболизм фосфора, имеет приятный вкус [9]. По данным литературы [9], у детей раннего возраста в качестве антацидов могут быть использованы Маалокс в дозе 0,2 мг на 1 кг массы тела 4 раза в день и альгинатно-антацидная смесь Гавискон по 10 мл до 6 раз в день.

При изолированных моторных нарушениях в виде гастроэзофагеального рефлюкса лечебная тактика включала следующие принципы.

Одним из важнейших компонентов лечения терапия положением. Постуральная терапия направлена на уменьшение гастроэзофагеального рефлюкса, препятствует регургитации, способствует очищению пищевода от желудочного содержимого, уменьшает риск возникновения эзофагита и аспирационной пневмонии. Кормление ребенка следует осуществлять в полувертикальном положении под углом 45–60°. Этот угол наклона может поддерживаться с исполь-

зованием ремней и кресла с жесткой спинкой. Ношение ребенка в вертикальном положении после кормления в течение короткого промежутка времени совершенно бесполезно. Антирефлюксное положение должно поддерживаться в течение дня и ночью, что достигается приподниманием головного конца кровати на 10–15 см [4, 5, 10].

Диетотерапия зависела от вида вскармливания ребенка. При естественном вскармливании особенности диеты касались матерей. Из питания кормящей женщины исключались продукты, снижающие тонус нижнего пищеводного сфинктера: кофе, шоколад, жирная пища, газированные напитки, специи. Прекращение грудного вскармливания и перевод ребенка на искусственное питание недопустимо. Разрешалось использование лечебных смесей с загустителями в небольших объемах, начиная с 20–30 мл перед каждым кормлением грудью, до получения клинического эффекта. При искусственном вскармливании применяли специализированные смеси с загустителями («Фрисовом», «Нутрилон-AR»). В настоящее время на отечественном рынке существует несколько смесей, дающих противосрыгивающий эффект. Они отличаются качеством и количеством загустителя, составом и строением жирных кислот, соотношением сывороточный белок/казеин, наличием или отсутствием специфических добавок. Подбор смеси должен осуществляться индивидуально.

Медикаментозная коррекция гастроэзофагеального рефлюкса предполагала применение прокинетиков и антацидов. Из прокинетиков препаратом выбора явился цизаприд в дозе 0,15 мг на 1 кг массы тела за 15 мин до еды 3 раза в день курсом 10–14 дней. Этот прокинетический агент третьего поколения избирательно усиливает тонус и моторику желудочно-кишечного тракта, повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера, ускоряет эвакуацию пищи из желудка и двенадцатиперстной кишки и ее продвижение по тонкой и толстой кишке. Рандомизированными испытаниями показано, что цизаприд снижает общее число рефлюксов и рефлюксный индекс, уменьшает продолжительность самых длительных рефлюксных эпизодов, улучшает клиренс пищевода. По эффективности он превосходит метоклопрамид и не оказывает побочного действия на ЦНС [11]. В качестве прокинетика у некоторых детей нами был использован гастрокинетик второго поколения домперидон, хотя отношение отечественных гастроэнтерологов к его применению у детей раннего возраста неоднозначно [12]. Препарат назначали в виде суспензии в дозе 2,5 мл на 10 кг массы тела 3 раза в день за 15 мин до кормления курсом 10–14 дней.

Смешанные нарушения функций верхних отделов пищеварительного тракта были представлены сочетанием секреторных (в виде гиперацидности) и моторных расстройств в виде гастроэзофагеального, дуоденогастрального рефлюксов. Ведение таких больных включало организационные и лечебные мероприятия. Детей кормили по требованию с уменьшением разового объема, увеличением кратности кормлений, без увеличения суточного объема питания. Диетотерапия была построена по тем же принципам, что при гиперацидности и гастроэзофагеальном рефлюксе. Использовали постуральную терапию. Детям назначали сочетание антацидов (Фосфалюгель, Маалокс) и прокинетиков (цизаприд, мотилиям) в возрастных дозах курсом до 3 нед.

При изолированных секреторных нарушениях в виде гипоацидности применяли режим кормления соответственно возрасту ребенка. При искусственном вскармливании в рацион вводились кисломолочные смеси, удельный вес которых не превышал 20% от суточного объема. Выбор кисломолочного продукта определялся возрастом ребенка. В качестве пищевых добавок рекомендовали кислые соки и фруктовые пюре. Медикаментозная коррекция заключалась в применении 1% раствора соляной кислоты с пепсином по 1 чайной ложке перед каждым кормлением, абомин по 1/4 таблетки во время еды, препаратов на основе листьев подорожника (Плантекс в суточной дозе 100 мл, Плантаглюцид по 1 столовой ложке за 15–20 мин до еды) в течение 3–4 нед.

Результаты динамического наблюдения показали, что при использовании только патогенетической терапии синдрома упорных срыгиваний и рвоты на фоне перинатального поражения ЦНС выраженность клинико-функциональных признаков диспепсического и болевого синдромов достоверно уменьшалось после второго курса лечения ($p < 0,05$), а при комплексной терапии – уже после первого ($p < 0,05$). Достоверное улучшение проявлений неврологического синдрома вегетативной лабильности при обоих вариантах лечения было отмечено после первого курса лечебных мероприятий ($p < 0,05$). Применение комплексной терапии позволило уменьшить пребывание больного в стационаре до $17,1 \pm 2,1$ дней против $24,2 \pm 2,4$ дней ($p < 0,01$) при использовании только патогенетического лечения.

Выводы

1. При синдроме упорных срыгиваний и рвоты на фоне перинатального поражения ЦНС выявлены 4 типа нарушений функций верхних отделов пищеварительного тракта: секреторные с изолированной гиперацидностью; секреторные с изолированной гипоацидностью; изолированные моторные (патологический гастроэзофагеальный рефлюкс); смешанные, сочетающие в себе гиперацидность с нарушениями моторики.

2. Лечение синдрома упорных срыгиваний и рвоты на фоне перинатальной патологии ЦНС должно быть комплексным, включающим патогенетическую терапию, направ-

ленную на нормализацию межсистемных взаимоотношений вегетативной нервной системы, и симптоматическую терапию, способствующую коррекции секреторных и/или моторных расстройств верхних отделов пищеварительного тракта.

3. Симптоматическая терапия синдрома упорных срыгиваний и рвоты должна носить дифференцированный характер в зависимости от типа гастроинтестинальных нарушений.

Литература

1. Nelson S P, Chen E.H., Syniar G M., Christoffel K K Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during infancy A pediatric practice-based survey. Pediatric Practice Research Group. Arch Pediatr Adolesc Med 1997, 151(6): 569–72
2. Сорвачева Т.Н., Хорошева Е.В., Пашкевич В.В. и др Клиническая эффективность применения смеси «Лемолак» у детей первых месяцев жизни с синдромом срыгиваний. Вопросы современной педиатрии 2002, 1(1): 39–43.
3. Кешишян Е.С. Проблема коррекции дисфункции желудочно-кишечного тракта у детей первых месяцев жизни. Детский доктор 2001, 4. 69–70
4. Детская гастроэнтерология (избранные главы) Под. ред. А.А.Баранова, Е.В.Климанской, Г.В.Римарчук М., 2002, 592.
5. Хавкин А.И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. Пособие для врачей М., 2000; 31–70.
6. Vandenplas Y, Bleker U., Heymans H S Gastroesophageal reflux in infants; recommendation for diagnosis and treatment Ned Tijdschr Geneesk 1995; 25(8): 366–70
7. Shepherd R W, Wren J., Evans S., Lander M, Ong T.H. Gastroesophageal reflux in children. Clinical profil, course and outcome with active therapy in 126 cases. Clin Pediatr 1987; 26(2): 55–60.
8. Морозов В.И. Катамнез детей с нейрогенными дискинезиями ЖКТ. Казанский медицинский журнал 1991, 2(3): 203–5.
9. Самсыгина Г.А. Зайцева О.В., Намазова Л.С. Заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей: актуальные проблемы терапии. Русский медицинский журнал 1997; 5(19): 1252–62.
10. Денисов Н.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра. Руководство для врачей. М.: Издатель Мокеев; 2001; 373
11. Barone J.A., Jessen L.M., Colaizzi J.L., et al. Cisapride: a gastrointestinal prokinetic drug Ann Pharmacother 1994; 28(4): 488–500
12. Запруднов А.М. Фармакотерапия в детской гастроэнтерологии. М.; 1998, 168.

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

17-й Всемирный конгресс по психосоматической медицине

17th World Congress on Psychosomatic Medicine
23–28 августа 2003 г.
Hawaiian Islands, США
Оргкомитет:
Jon Streltzer
Телефон: 808-537-4406
Факс: 808-547-5040
E-Mail: icpm2003@aol.com

18-й Международный конгресс по аллергологии и клинической иммунологии

18th International Congress of Allergology and Clinical Immunology
7–12 сентября 2003 г.
Ванкувер, Канада
Оргкомитет:
Mr Rick Iber
Телефон: 1-414-276-6445
Факс: 1-414-272-6070
E-Mail: info@worldallergy.org

Конференция по неонатологии и перинатологии

Neonatal-Perinatal Conference
19 сентября 2003 г.
Нью-Йорк, США
Оргкомитет:
Registration Office,
NYU Post-Graduate Medical School,
P.O. Box 1855, Murray Hill Station,
New York, NY 10016
Телефон: 212-263-5295
Факс: 212-263-5293