

Т.С. Лазарева¹, А.А. Жильцов²

¹ Нижегородская государственная медицинская академия

² Центральная районная больница, Кстово, Нижегородская область

Синдром срыгивания у детей и его диетологическая коррекция

ЛЕКЦИЯ ПОСВЯЩЕНА ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ПРОБЛЕМ У ДЕТЕЙ — СРЫГИВАНИЮ. В СТАТЬЕ РАССМОТРЕНЫ ПРИЧИНЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К СРЫГИВАНИЮ, И ИХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ. ПОКАЗАНЫ ОБЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ СМЕСЕЙ.

РАССМОТРЕНЫ ПРИНЦИПЫ НАЗНАЧЕНИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ СМЕСЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАГУСТИТЕЛЯМИ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ДЕТИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, СРЫГИВАНИЕ, СМЕСЬ, КОРРЕКЦИЯ, ДИЕТА.

Контактная информация:

Лазарева Татьяна Станиславовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской и поликлинической педиатрии Нижегородской государственной медицинской академии

Адрес: 603005, Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1, тел. (8312) 67-12-09

Статья поступила 16.10.2006 г., принята к печати 11.01.2007 г.

130

Синдром срыгивания и рвоты относится к числу наиболее распространенных функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей, особенно раннего возраста. По определению А.В. Фролькис (1991), к функциональным следует относить заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), возникающие в результате нарушения регуляции его функций, которые не связаны с органическими изменениями, доступными обнаружению современными диагностическими методами. Распространенность функциональных нарушений ЖКТ достаточно велика и отмечается у 80–90% детей и 40–60% взрослых пациентов [1, 2].

Причинами функциональных расстройств являются:

- морфологическая и/или функциональная незрелость ЖКТ у детей раннего возраста;
- нарушение нейрогуморальной регуляции пищеварительного тракта;
- нарушение диеты;
- наличие очагов хронической инфекции;
- неврозоподобные состояния, психогенные факторы;
- органические заболевания других органов и систем;
- лекарственные средства.

Кроме того, развитию функциональных расстройств у детей раннего возраста способствуют особенности:

- микрофлоры кишечника;
- факторов неспецифической защиты и иммунологической реактивности;
- обмена веществ, главным образом, водно-электролитного;
- анатомо-физиологических особенностей желудочно-кишечного тракта.

Основными анатомо-физиологическими особенностями желудочно-кишечного тракта, приводящими к лёгкому возникновению срыгиваний, являются: незрелость сфинктерно-клапанного аппарата пищевода и желудка, их моторики, повышенная возбудимость ротоглотки (рвотный рефлекс), горизонтальное расположение желудка и форма его в виде «мешка» или открытой бутылки, низкая растяжимость стенок желудка из-за недостаточного развития эластической и мышечной ткани (упругий желудок).

Рабочая классификация функциональных заболеваний органов пищеварения у детей (XI Конгресс детских гастроэнтерологов России, Москва, 2004) включает функциональные расстройства, проявляющиеся рвотой:

- регургитация;
- руминация;

T.S. Lazareva¹, A.A. Zhil'tsov²

¹ Nizhegorodian State Medical Academy

² Central District Hospital, city of Kstovo, Nizhny Novgorod region

Syndrome of regurgitation and vomit among children and its nutritional correction

THE LECTURE IS DEDICATED TO ONE OF THE MOST FREQUENTLY MET TROUBLES CHILDREN FACE — REGURGITATION. THE ARTICLE HIGHLIGHTS THE REASONS, LEADING TO REGURGITATION AND THEIR NON-DRUG CORRECTION. THE AUTHORS SHOW GENERAL CHARACTERISTICS OF ANTIREFLUX FORMULAS. APART FROM THAT, THEY DESCRIBE THE PRINCIPLES OF PRESCRIPTION AND APPLICATION OF FORMULAS WITH DIFFERENT THICKENERS. **KEY WORDS:** INFANTS, REGURGITATION, FORMULA, CORRECTION, DIET.

- циклическая (функциональная) рвота;
- аэрофагия.

Срыгивание — это пассивный заброс небольшого количества желудочного содержимого в глотку и ротовую полость, достаточно часто встречается в качестве самостоятельного синдрома у практически здоровых детей. Частота срыгиваний у детей составляет 18–40% [2].

К четырём месяцам срыгивания наблюдаются у 67% детей; в 6–7 мес — у 21% детей; в год — только у 1% здоровых детей [2, 3].

При срыгивании съеденная пища выделяется без усилий и без выраженных сокращений мускулатуры брюшной стенки. Ребёнок как бы «сливает» молоко изо рта сразу или через небольшой промежуток после кормления. Этот процесс не сопровождается вегетативными симптомами.

Физиологическое срыгивание возникает не более 1–2 раз за день, невелико по объёму, не влияет на общее состояние, аппетит, поведение и настроение. У ребёнка сохраняется нормальная масса тела и соответствующие возрасту весовые прибавки. Причинами срыгиваний у здоровых детей являются:

- высокое давление в брюшной полости (тугое пеленание, запоры, повышенное газообразование, длительный крик);
- нарушение техники кормления;
- перекорм детей первых 3–4 мес жизни.

Одной из наиболее частых причин срыгивания является аэрофагия [4]. Аэрофагия — заглатывание воздуха во время кормления, возникающее при:

- нарушении носового дыхания (насморк, неправильное положение и техника кормления при естественном вскармливании);
- сосании тугой «маломолочной», или «многомолочной» груди матери;
- насасывании воздуха ребёнком вследствие неправильной подачи бутылочки, большого отверстия в соске;
- наличии аномалий зубочелюстной зоны (короткая уздечка, «волчья пасть», «заячья губа»).

Дети с синдромом упорных срыгиваний на первом году относятся к группе риска развития патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и нуждаются в динамическом наблюдении, комплексном обследовании и лечении (В.Л. Пайков, А.И. Хавкин, 2002 г.). Последствием упорных срыгиваний являются рефлюкс-эзофагит, анорексия и отказ от еды, что приводит к снижению поступления питательных веществ ребёнку, в результате чего может развиться гипотрофия и анемия. Одним из грозных осложнений синдрома упорных срыгиваний является обструктивное апноэ или апноэ во время сна, который может привести к внезапной смерти. Гастроэзофагеальный рефлюкс, в свою очередь, является частой причиной развития аспирационной пневмонии, рецидивирующего обструктивного бронхита, ларингита, бронхиальной астмы [3]. Именно поэтому детей, страдающих, казалось бы, чисто лёгочными заболеваниями, всегда обследуют на наличие рефлюкса. Руминация (пережевывание), или мерезизм представляет собой явление, подобное тому, которое наблюдается у жвачных животных. У некоторых грудных детей появляется привычка возвращать часть желудочного содержимого обратно в рот и пережевывать его, испытывая при этом удовольствие, затем вновь проглатывать, причём жидкая часть пищи вытекает пассивно между губ. В некоторых случаях грудной ребёнок помогает вызвать руминацию, засовывая себе пальцы в рот. Данное явление обычно начинается через полчаса после еды и может продолжаться в течение 1–2 ч.

Руминация — редкая, но опасная форма хронического срыгивания. Она может вызывать задержку роста, особенно во второй половине первого года жизни.

Этиология её неизвестна. Полагают, что руминация — это особый вид повторяющегося самостимулирования, с помощью которого грудной ребёнок компенсирует нехватку соответствующих внешних стимулов. У некоторых больных важную роль играет психологический фактор — нарушение отношений между матерью и ребёнком, неспособность матери адекватно выполнять свои родительские функции. Иногда в основе руминации лежит дисфункция пищевода — желудочно-пищеводный рефлюкс [5].

Основными принципами комплексной терапии синдрома срыгивания являются [6]:

- диетотерапия;
- постуральное положение;
- медикаментозная терапия (по показаниям)
- хирургические методы лечения (по показаниям).

Немедикаментозная терапия срыгиваний

В первую очередь необходимо наладить режим и технику кормления, уменьшить разовый объём питания, увеличить число кормлений на 1–2 при сохранении прежнего суточного объёма питания. Постуральная терапия направлена на устранение аэрофагии и уменьшение степени рефлюкса. Кормить ребёнка следует в полувертикальном положении. После кормления необходимо подержать его вертикально в течение 15–20 мин. Кроватка должна иметь приподнятый головной конец.

Для предотвращения срыгиваний при нахождении ребёнка на естественном вскармливании необходимо, чтобы процесс кормления стал неким «ритуалом» и проходил в обстановке полного психологического комфорта. Также важно, чтобы у матери в период кормления грудью была сбалансированная, рациональная диета. При упорных срыгиваниях и отсутствии эффекта допустимо использование загустителей молока (рисовый отвар, каша) перед кормлением в объёме 10–15 мл.

Если ребёнок находится на искусственном вскармливании, также, как при естественном, необходимо наладить технику и режим кормления. Целесообразно использование казеиновых смесей (Симилак, Нестожен, Энфамил от 0 до 12). Казеин при створаживании в желудке под действием соляной кислоты образует более плотный сгусток, препятствующий гастроэзофагеальному рефлюксу и способствует раскрытию пилорического сфинктера. При отсутствии эффекта необходимо перейти на специальные антирефлюксные смеси (3, 4).

Антирефлюксные смеси — это молочные смеси, вязкость которых повышается за счёт введения в их состав специальных загустителей. В современных антирефлюксных смесях используется два вида загустителя: неперевариваемые (камеди, получаемые из бобов рожкового дерева) и перевариваемые (рисовый, кукурузный или картофельный крахмал).

В настоящее время представлено много специальных смесей, из которых врач может подобрать наиболее подходящую для ребёнка. Наиболее часто используемые смеси: Энфамил АР, (Мид Джонсон), (пре-желатинизированный рисовый крахмал), Семпер Лемолак, (Семпер), (рисовые хлопья); Нутрилак АР, (Нутритек), Нутрилон АР, (Нутриция), Фрисовом, (Фризланд Фудз), Хумана АР, (Хумана) (все смеси содержат камедь рожкового дерева).

Все антирефлюксные смеси обладают хорошей переносимостью, обеспечивают потребность детей в основных пищевых веществах и энергии, поддерживают динамику массо-ростовых показателей, эффективны в 60–90% слу-

чаев. Антирефлюксные смеси применяются только на определенном этапе срыгиваний и рвот, длительность лечения определяется строго индивидуально; при достижении клинического эффекта ребёнка можно перевести на вскармливание обычной адаптированной смесью, подходящей по возрасту.

Смеси, содержащие в качестве загустителя рисовый крахмал, рекомендуется применять при нечастых срыгиваниях, нормальном или неустойчивом (жидком) стуле. Они действуют более мягко, эффект наступает сразу при введении смеси в полном объёме кормления.

Одной из самых часто применяемых смесей на основе рисового загустителя является Энфамил АР (Мид Джонсон, США). Смесью проста в приготовлении, не затрудняет кормление: легко проходит через стандартное отверстие в соске, т.к. имеет жидкую консистенцию в бутылочке и густеет только в желудке у ребёнка, что и обеспечивает антирефлюксный эффект. Смесью Энфамил АР содержит в необходимом количестве все питательные вещества и микроэлементы для нормального роста и развития ребёнка, не создаёт чрезмерную нагрузку на почки, жировой компонент представлен смесью растительных масел. Имеет пониженное содержание лактозы и низкую осмолярность, что обеспечивает хорошую переносимость смеси. Рекомендуется для полной замены ранее получаемой смеси. Смесью Энфамил АР можно применять до 6 мес как единственный источник питания [5].

Другая группа антирефлюксных смесей в качестве загустителя содержит камедь рожкового дерева. Камедь под

действием кислого содержимого загустевает в желудке, не переваривается ферментами желудочно-кишечного тракта и не вступает в метаболизм, густая консистенция желудочного и кишечного содержимого поддерживает на протяжении более длительного времени, пролонгируя антирефлюксный эффект. Камедь стимулирует перистальтику желудочно-кишечного тракта, способствуя более быстрому опорожнению желудка и кишечника.

Показаниями к применению антирефлюксных смесей, содержащих камедь, являются выраженные, упорные срыгивания. Данные смеси могут быть рекомендованы как частично, так и в полном объёме кормления. Они показаны детям, склонным к запорам. Эффект от применения смесей наступает на 2–3-й день. Для устранения срыгивания достаточно 3–4-недельного курса применения [7].

Следует помнить, что при выборе смеси для детей со срыгиваниями и рвотой необходимо избегать использования кисломолочных продуктов, которые в силу более низкого pH усиливают рефлюкс и способствуют развитию эзофагита.

Таким образом, использование для лечения срыгиваний и рвоты смесей, содержащих загустители, весьма обосновано и целесообразно ввиду безопасности и высокой эффективности. У здоровых детей и при функциональных срыгиваниях диетотерапия является ведущим, а нередко и единственным методом лечения, оказывает определяющее влияние на течение и исход заболевания, предупреждает развитие тяжёлых осложнений [8].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. — Л.: Медицина, 1991. — 224 с.
2. С.В. Бельмер, А.И. Хавкин, Т.В. Гасилина и др. «Синдром срыгивания у детей первого года». — М., 2003. — 14 с.
3. Г.В. Яцык, А.И. Беляева «Методические аспекты диагностики и лечения синдрома срыгивания и рвоты». — М., 2003. — 16 с.
4. Конь И.Я., Сорвачева Т.Н. «Диетотерапия функциональных нарушений органов желудочно-кишечного тракта у детей первого года жизни» // Лечащий врач. — 2004. — № 2. — С. 55–59.
5. Сорвачева Т.Н., Конь И.Я., Пашкевич В.В. «Современные подходы к диетологической коррекции синдрома срыгиваний у детей» // Вопросы детской диетологии. — 2004. — Т. 2, № 6. — С. 20–22.
6. Конь И.Я. «Специализированные продукты лечебного питания: характеристика и применение у детей раннего возраста» // Детский доктор. — 2000. — № 3. — С. 43–47.
7. Анетова Е.С., Салмова В.С. «Синдром срыгиваний и рвоты у детей» // Лекции по педиатрии. — М., 2002. — 47 с.
8. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Хавкин А.И., Эйберман А.С., Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. Рекомендации и комментарии. — М., 2006.

Знаменательные и юбилейные даты из истории медицины

Возможность переливания крови от одного человека другому и обратно путём двойного соединения их кровеносных сосудов (1907)

В 1907 г. А.А. Богданов обосновал идею обменного переливания крови. Сегодня мало кто знает, что своим рождением идея эта обязана вовсе не прогрессивным медицинским воззрениям, а социалистическим устремлениям. Идею обменного переливания крови Богданов обосновал «тектологически»: «Сопоставление разного рода жизненных сочетаний привело меня к мысли, что и для высших организмов возможна «конъюгация» не только половая, но и иного рода — «конъюгация» для повышения индивидуальной жизнеспособности, а именно в форме обмена универсальной тканью организмов — их кровью». Взаимообмен кровью, практикуемый среди «своих», был для создателя «тектологии» частным случаем развития принципа коллективизма — доминанты, как он полагал, пролетарского мировоззрения: «В нашу эпоху, — указывал Богданов, — господствует культура индивидуалистическая; ее атмосфера неблагоприятна для нашего метода и точки зрения, лежащей в его основе. Трудовой коллекти-

визм, их истинная почва, еще только пробивается к жизни. Когда он победит, тогда будут устранены трудности и препятствия, стоящие теперь на пути коллективизма физиологического, тогда наступит его расцвет».

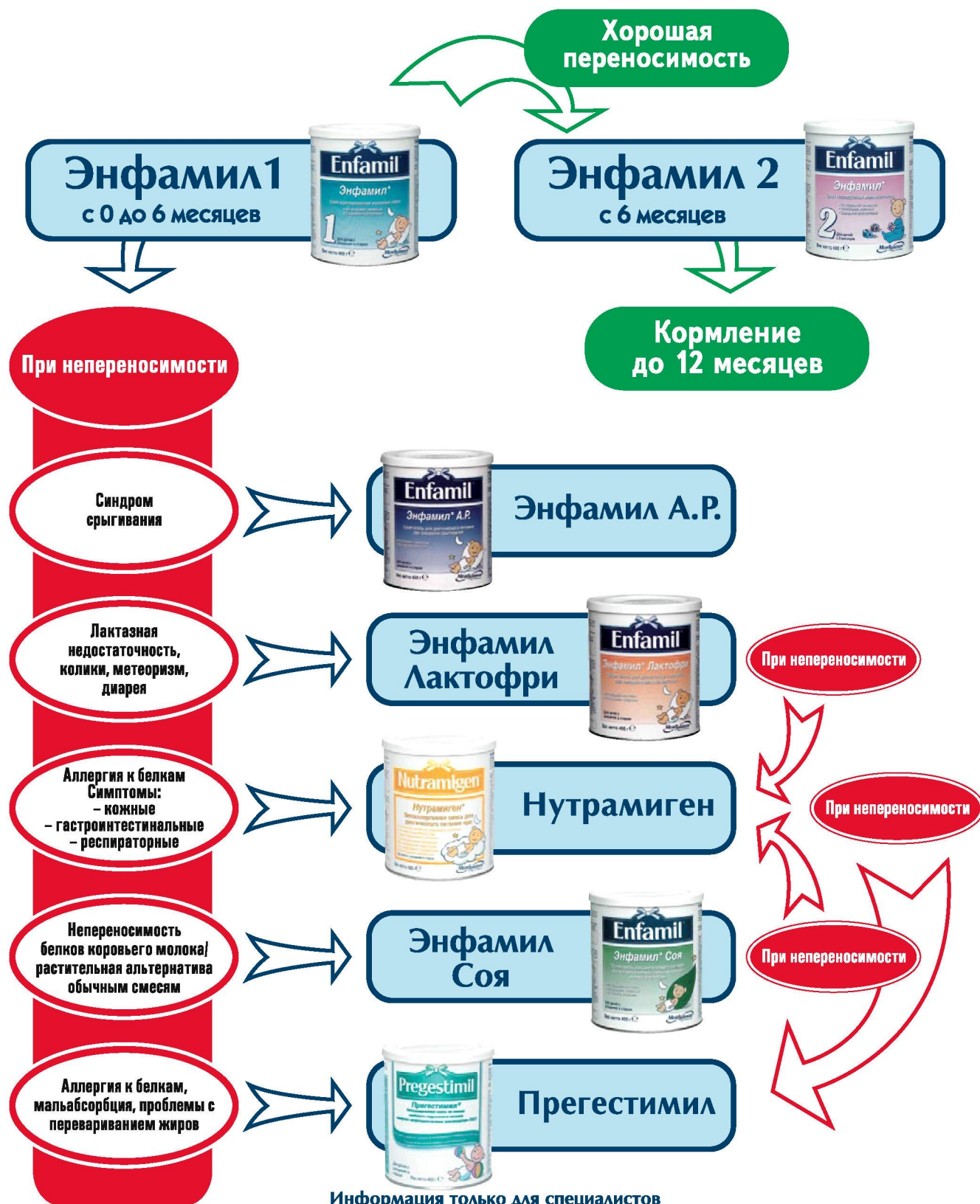
По собственному признанию Богданова, идея обменного переливания крови была им впервые высказана в утопическом романе «Красная звезда» (1907), а развернутая формулировка дана в 1-й части «Тектологии» (1913). Большевицкое руководство идею одобрило. Есть свидетельство, что Ленин настоятельно рекомендовал Богданову заниматься именно опытами по обменному переливанию крови. Как сообщает Богданов, ему в 1922 г. удалось «добыть необходимые средства и кое-какие приборы для этих опытов», причем оборудование он получил в Англии. С 1923 г. Богданов и несколько врачей-энтузиастов ставят эксперименты, используя в качестве лабораторий частные квартиры. Они добиваются довольно значительных успехов, после чего по инициативе Сталина, Бухарина и наркома здравоохранения Н.А. Семашко создается Институт переливания крови. По воспоминаниям сына Богданова, А.А. Малиновского, едва ли не решающую роль тут сыграл эпизод, связанный с болез-

нью М.И. Ульяновой: кремлевские врачи считали, что летальный исход неизбежен, однако, после обменного переливания крови, сделанного благодаря настойчивости Богданова, больная выздоровела. В дальнейшем эффективность обменного переливания подтверждалась неоднократно. «В конце 1925 г., — указывает Богданов, — тов. Сталин предложил мне взять на себя организацию Института, причем обещал, что будут предоставлены все возможности для планомерной научной работы». В этом Институте по богдановской методике лечились номенклатурные ветераны партии, — «физиологический коллективизм» подразумевал и частичное решение столь актуальной для них проблемы «омолаживания».

В речи на похоронах Богданова Н.И. Бухарин — представитель Политбюро — счел нужным обратить внимание собравшихся на то, что Богданов «был коллективистом и по чувству, и по разуму одновременно. Даже его идеи о переливании крови покоились на необходимости своеобразного физиологического коллективизма, где отдельные сочеловечья сходятся в общую физиологическую цель и повышают тем самым жизнеспособность всех вместе и каждого в отдельности».



Алгоритм искусственного вскармливания детей до 1 года



Информация только для специалистов

Бесплатная «горячая линия» по России: 8-800-200-1888

www.meadjohnson.ru

Грудное молоко является лучшим питанием для детей