

# Диетотерапия при синдроме срыгивания у детей раннего возраста

...XX век – век язвенной болезни,  
XXI век – век гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.  
VI Объединенная европейская неделя гастроэнтерологии (Бирмингем, 1997)

**Функциональная незрелость нижнего пищеводного сфинктера (НПС) в сочетании с другими анатомо-физиологическими особенностями, присущими гастродуоденальной зоне, и связанное с ними срыгивание являются одной из наиболее распространенных проблем, возникающих у детей первого года жизни. Максимальная частота срыгиваний наблюдается в первые 6 месяцев жизни – согласно данным официальной статистики, не менее 67% детей в возрасте 4 месяцев срыгивают по меньшей мере один раз в сутки [1, 7], причем всеми исследователями подтверждается факт того, что при искусственном вскармливании частота срыгиваний в 1,5-2 раза выше, чем при естественном [16, 21].**

Срыгивания у здорового ребенка первых месяцев жизни представляют собой частный случай функциональных нарушений, в результате которых происходит пассивный заброс небольшого количества желудочного содержимого в глотку и ротовую полость, то есть срыгивания характеризуются клинической картиной гастроэзофагеального рефлюкса, который, однако, в первые годы жизни протекает без признаков эзофагита. Физиологический характер срыгиваний у большинства детей первого года жизни подтверждается многочисленными литературными данными [19, 22, 24] и проведенными исследованиями – при проведении рН-метрии почти у всех новорожденных наблюдаются короткие эпизоды рефлюкса [7, 15].

С одной стороны, такие срыгивания (как следствие общей морфофункциональной незрелости детского организма, в большей степени характерной для недоношенных детей, но в той или иной степени присутствующей и у детей, рожденных в срок) в проведении системных терапевтических мероприятий не нуждаются – по мере созревания организма срыгивания проходят самостоятельно и бесследно, хотя иногда может потребоваться определенная диетическая коррекция для снижения степени их выраженности. С другой – они могут являться одной из «масок» того или иного поражения нервной системы, чаще гипоксического характера (перинатальная энцефалопатия, синдром вегетативно-висцеральных дисфункций), либо служить первым клиническим проявлением аномалий желудочно-кишечного тракта (например, пилоростеноза, диафрагмальной грыжи). Помимо вышеперечисленных факторов, причиной патологических срыгиваний и/или рвоты также могут служить некоторые инфекционные процессы, сопровождающиеся изменением общего состояния ребенка (сепсис, менингит); наследственные нарушения обмена (фенилкетонурия, галактоземия, адреногенитальный синдром); почечная недостаточность.

В любом случае в результате длительного существования стойких срыгиваний нельзя исключить формирование патологического гастроэзофагеального рефлюкса, то есть патологического, а не физиологического заброса желудочного содержимого в пищевод и далее в глотку и ротовую полость. Это может привести к серьезным изменениям слизистой оболочки пищевода, ухудшить течение заболеваний органов дыхания, способствовать формированию хронических воспалительных заболеваний бронхов и легких и негативно повлиять на качество

жизни ребенка в последующем [3, 9]. Дети, у которых отмечаются частые обильные срыгивания, благодаря хроническому снижению поступления пищевых веществ в организм входят в группу риска в связи с возможным отставанием в физическом развитии и формированием нарушений пищевого статуса – гипотрофии и анемии. Возможно развитие рефлюкс-эзофагита и аспирационной пневмонии и, по данным ряда авторов, даже возникновение синдрома внезапной детской смерти, в основе которого часто лежит центральное апноэ или рефлекторный бронхоспазм в связи с повышенным влиянием блуждающего нерва [17, 23].

Таким образом, подобные нарушения могут потребовать более пристального внимания со стороны не только детских гастроэнтерологов, но и неонатологов, педиатров, семейных врачей, а в большинстве случаев и консультации узких специалистов, в частности невропатолога (с целью исключения нарушений со стороны нервной системы) или детского хирурга (для исключения аномалий желудочно-кишечного тракта). Современные аспекты лечения упорных срыгиваний напрямую зависят от их причины, однако существует общий алгоритм действий, предусматривающий три основных подхода: адекватный уход за ребенком раннего возраста с обеспечением соответствующего положения тела (постуральная терапия); алиментарная коррекция; медикаментозное лечение – терапевтическое или, в случае обнаружения пороков, оперативное (так называемая степ-терапия). Однако и в двух последних случаях адекватный уход и диетотерапия являются обязательным компонентом лечения или предоперационной подготовки. Таким образом, полное игнорирование проблемы срыгиваний в раннем детском возрасте было бы ошибкой, и знание основных принципов диетотерапии при срыгиваниях составляют основу повседневной практики любого практикующего педиатра или семейного врача [4].

Однако наиболее частыми у детей первого года жизни являются функциональные срыгивания, связанные с определенными особенностями строения желудочно-кишечного тракта. Так, к срыгиванию предрасполагают уже упоминаемая выше морфофункциональная незрелость НПС, отмечаемая у детей до 12-18 месяцев, длина брюшного отдела пищевода, которая прямо пропорциональна состоятельности антирефлюксного барьера (в норме составляет более 2 см, у новорожденных – менее 1 см); диспропорции увеличения длины тела и пищевода,

слабость развития угла Гиса, несостоятельность клапана Губарева, образованного складкой слизистой оболочки, выступающей в полость пищевода. Все вышеперечисленное, особенно функциональная неполноценность кардии в сочетании с удовлетворительным развитием пилорического отдела желудка у детей первых месяцев жизни, способствует развитию гастроэзофагеального рефлюкса, появлению срыгиваний и рвоты. Очень часто дополнительной причиной появления функциональных срыгиваний являются провоцирующие факторы, которые могут вызвать срыгивание и у совершенно здоровых детей. Среди наиболее часто встречающихся провоцирующих факторов следует выделить перекорм, приводящий к перерастяжению желудка и тем самым способствующий срыгиваниям, и усиленное газообразование, повышающее внутрибрюшное давление и тем самым провоцирующее срыгивание. Срыгиваниям может способствовать и заглатывание воздуха во время кормления (при вертикальном положении туловища воздух, выделяясь из желудка, выталкивается в небольшом количестве молоко (смесь), что и сопровождается срыгиванием). К формированию аэрофагии приводит неправильный захват соска, обычно формирующийся у детей, находящихся на смешанном вскармливании и не только имеющих контакт с грудью матери, но и докармливаемых из бутылочек [2].

В ряде случаев при установлении диагноза «функциональные срыгивания» бывает достаточно простого устранения провоцирующих факторов. Еще в 1999 г. Европейское сообщество педиатров-гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов (ESPGAN) приняло рекомендации по лечению функциональных срыгиваний и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у детей раннего возраста. Учитывая возможности рефлюкса как варианта нормы у детей первых месяцев жизни, необходимость разъяснения родителям, в первую очередь матери ребенка, причин возникновения данного симптома является приоритетной задачей.

Следует помнить, что постуральная терапия – это 1-й этап коррекции в случаях как физиологического, так и патологического рефлюкса. Очень важно соблюдать такие несложные правила: дробное питание с увеличением частоты кормлений и уменьшением разового объема пищи; исключение перекорма, сведение к минимуму быстрого сосания и заглатывания воздуха, обеспечение правильного (вертикального) положения ребенка после кормления, выкладывание



О.Ю. Белоусова

ребенка на живот до прикладывания его к груди, кратковременные перерывы в кормлении, во время которых появится возможность перемены положения тела ребенка из горизонтального в полувертикальное для обеспечения беспрепятственного выхода проглоченного воздуха и т.д. Принципам постуральной терапии соответствует изменение угла наклона детской кровати в вечерние и ночные часы. В основном физиологический рефлюкс не имеет клинических последствий и проходит спонтанно при адекватном уходе за ребенком и по мере постепенного установления эффективного антирефлюксного барьера, который обычно начинает формироваться с началом введения твердой пищи и окончательно устанавливается к 12-18 месяцам после рождения [11, 17].

Однако простое соблюдение правил, обеспечивающих создание адекватного ухода за ребенком раннего возраста, не всегда оказывается достаточно эффективным, и при сохранении срыгиваний в ряде случаев приходится прибегать к диетической коррекции. Диетотерапии принадлежит существенная роль в лечении синдрома срыгиваний – как неинвазивному, доступному и, как показали отечественные и зарубежные исследования, высокоэффективному методу лечения.

Центральным звеном коррекции срыгиваний у детей первого года жизни всегда остается диетотерапия с использованием специальных продуктов, уменьшающих негативное воздействие на нижний пищеводный сфинктер и препятствующих срыгиваниям. Наиболее простым методом является коррекция белкового состава вводимой смеси, достигаемая простым замещением сывроточных белков, преобладающих в стартовых формулах, на казеин (увеличение доли 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 гастроэзофагеальному рефлюксу) [12]. Такой метод, несмотря на его простоту, не всегда оказывается оптимальным, что связано как с его недостаточной эффективностью, так и с неоднозначностью замены легкоусвояемых сывроточных белков, преобладающих в женском молоке в первые месяцы лактации, на казеиновую фракцию; основываясь на том, что смесь должна по составу максимально соответствовать грудному молоку, приоритет в современном вскармливании отдается все-таки сывроточным белкам. Одним из наиболее современных подходов к лечению



синдрома срыгиваний у дітей грудного віку. В літературі існують єдині дані про те, що камедь може сприяти зниженню всасування заліза, цинку та кальцію, однак, як показав досвід дослідників, вивчаючи ці аспекти непереварюваних полісахаридів, раціональне застосування антирефлюксних камедьсодержащих смесей не впливає суттєво на процеси всасування мікро- та макроелементів [5]. Антирефлюксні продукти, що містять камедь, вводяться в раціон дитини поступово, в кожне годування. Об'єм лікувальної суміші підбирається індивідуально до припинення срыгиваний. Можливо її додання в баночку зі стандартною молочною сумішшю, яку отримує дитина, є більш ефективним, ніж застосування окремих камедьсодержащих сумішей в початку годування.

Оцінка реальної ефективності та безпеки застосування антирефлюксних сумішей в рутинній педіатричній практиці представляє інтерес не тільки з наукової, але й практичної точки зору. Нами було проведено огляд літератури, присвяченої клінічним дослідженням окремих антирефлюксних продуктів [10, 20], та дослідженням, проведеним за типом порівняльного аналізу застосування сумішей в окремих групах дітей [4, 6]. Згідно з даними, публікованими в медичній літературі, AR-суміші, що містять в своєму складі різні загусники, дають різні результати за силою вираженості клінічних ефектів, що обумовлює їх диференційоване застосування в залежності від типу захворювання в них полісахаридів. Найбільш виражений клінічний ефект, досяганий в більш короткі терміни, може бути отримано при використанні сумішей, що містять камедь в якості загусника. Ці суміші особливо цілком раціонально рекомендувати дітям зі схильністю до запорів, так як вони мають послаблюючий вплив, обумовлений впливом непереварюваних вуглеводів на моторику кишечника. AR-суміші, що містять камедь, можуть бути рекомендовані як в повному об'ємі, так і частково, в формі декількох годувань. При цьому кількість суміші, необхідної дитині, визначається в залежності від настання терапевтичного ефекту. Довготривале застосування продукту повинно також визначатися досягненням стійкого терапевтичного ефекту та складати в середньому 4-5 тижнів.

Суміші, що містять в якості загусника крохмал, мають значно більш м'який вплив. Порівняно з камедьсодержащими продуктами ефект від їх застосування менш виражений і проявляється в більш віддаленому періоді. Науковим комітетом європейської асоціації по харчуванню було визначено максимально допустиме кількість доданого крохмалу – 2 г на 100 мл адаптованої суміші [13]. Містять крохмал суміші показані дітям з неважкими формами синдрому срыгиваний (1-3 бала) як з нормальним стільцем, так і при схильності до нестійкого стільця. AR-суміші, що містять крохмал в якості загусника, цілком раціонально рекомендувати для повної заміни отриманого раніше замінильного грудного молока. Для досягнення стійкого ефекту такі суміші вимагають більш тривалого застосування (40-60 днів), ніж лікувальні продукти, що містять камедь [16].

При застосуванні AR-суміші клінічний ефект спостерігається не тільки при введенні її в повний об'єм, але й при частковому доданні в раціон дитини. Об'єм лікувальної суміші слід підбирати індивідуально до припинення срыгиваний. Частичне заміщення суточного раціону дитини лікувальним антирефлюксним продуктом в ряді випадків може виявитися більш прийнятним, так як в даному випадку більша частина раціону буде представлена звичайним адаптованим замінильним грудним молоком (ЗГМ), по складу максимально близьким до материнського молока. Суміш може бути рекомендована для корекції синдрому срыгиваний у дітей, що знаходяться як на штучному, так і на сумішному годуванні. Довготривале застосування суміші повинно бути не менше 30 днів. При відновленні срыгиваний після відміни суміші вона повинна бути повністю скасована.

І наслідком хотілось би окремо зупинитися на двох важливих моментах. Першим є те, що навіть виражені срыгивання не є показаннями для припинення природного годування та переведення дитини на штучне годування. Перевод дитини на штучне годування не є вирішальним питанням, а питанням вибору між двома способами годування. Якщо дитина не отримує достатнього харчування, не досягає належних показників зростання та розвитку, то питання про переведення на штучне годування є актуальним. Якщо ж дитина отримує достатнє харчування, досягає належних показників зростання та розвитку, то питання про переведення на штучне годування є неактуальним.

Важливо також пам'ятати, що срыгивання – це не захворювання, а симптом, який може бути викликаний різними причинами. Тому при виникненні срыгиваний необхідно звернутися до лікаря для встановлення причини та призначення лікування. Самостійне застосування антирефлюксних сумішей без консультації лікаря може бути небезпечним для здоров'я дитини.

Важливо також пам'ятати, що срыгивання – це не захворювання, а симптом, який може бути викликаний різними причинами. Тому при виникненні срыгиваний необхідно звернутися до лікаря для встановлення причини та призначення лікування. Самостійне застосування антирефлюксних сумішей без консультації лікаря може бути небезпечним для здоров'я дитини.

Важливо також пам'ятати, що срыгивання – це не захворювання, а симптом, який може бути викликаний різними причинами. Тому при виникненні срыгиваний необхідно звернутися до лікаря для встановлення причини та призначення лікування. Самостійне застосування антирефлюксних сумішей без консультації лікаря може бути небезпечним для здоров'я дитини.

Важливо також пам'ятати, що срыгивання – це не захворювання, а симптом, який може бути викликаний різними причинами. Тому при виникненні срыгиваний необхідно звернутися до лікаря для встановлення причини та призначення лікування. Самостійне застосування антирефлюксних сумішей без консультації лікаря може бути небезпечним для здоров'я дитини.

Важливо також пам'ятати, що срыгивання – це не захворювання, а симптом, який може бути викликаний різними причинами. Тому при виникненні срыгиваний необхідно звернутися до лікаря для встановлення причини та призначення лікування. Самостійне застосування антирефлюксних сумішей без консультації лікаря може бути небезпечним для здоров'я дитини.

Важливо також пам'ятати, що срыгивання – це не захворювання, а симптом, який може бути викликаний різними причинами. Тому при виникненні срыгиваний необхідно звернутися до лікаря для встановлення причини та призначення лікування. Самостійне застосування антирефлюксних сумішей без консультації лікаря може бути небезпечним для здоров'я дитини.

Важливо також пам'ятати, що срыгивання – це не захворювання, а симптом, який може бути викликаний різними причинами. Тому при виникненні срыгиваний необхідно звернутися до лікаря для встановлення причини та призначення лікування. Самостійне застосування антирефлюксних сумішей без консультації лікаря може бути небезпечним для здоров'я дитини.

Важливо також пам'ятати, що срыгивання – це не захворювання, а симптом, який може бути викликаний різними причинами. Тому при виникненні срыгиваний необхідно звернутися до лікаря для встановлення причини та призначення лікування. Самостійне застосування антирефлюксних сумішей без консультації лікаря може бути небезпечним для здоров'я дитини.

## Література

1. Аверин В.И., Волков В.И. Срыгивание и рвота у детей первого года жизни // Медицинские новости. – 2004. – № 4. – С. 60-63.
2. Белоусов Ю.В. Педиатрическая гастроэнтерология. Клинические лекции. – Х.: Факт. 2007. – 376 с.
3. Белоусов Ю.В., Белоусова О.Ю. Функциональные заболевания пищеварительной системы у детей: Монография. – Х.: ИД «Инжек», 2005. – 256 с.
4. Бельмер С.В. Диетическая коррекция срыгиваний у детей раннего возраста (опубликовано на сайте www.rusmedserv.com). – 2006.
5. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Хавкин А.И., Пономарева А.П. Функциональные нарушения верхних отделов пищеварительного тракта у детей // Лечащий врач. – № 8. – 2005.
6. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Хавкин А.И., Эйберман А.С. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. – М., 2005. – 36 с.
7. Бельмер С.В., Хавкин А.И., Гасилина Т.В. и др. Синдром срыгивания у детей первого года. М., 2003, 16 с.
8. Беляева Л.М., Король С.М., Войтова Е.В. Современный взгляд на проблему патологии пищевода у детей первого года жизни (этиология, клиника, диагностика, лечение): Учебно-методическое пособие. – Мн.: БелМАПО, 2006. – 17 с.
9. Герасимова Н.В., Мызин А.В., Бельмер С.В., Полодов С.А. Гетерогенность метапластических изменений в пищеводе // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – Т. 5. – № 6. – С. 36-39.
10. Грибакин С.Г., Казакова С.Н., Андреева А.В. Опыт применения антирефлюксной смеси в лечении минимальных пищеварительных дисфункций у детей // Вопросы практической педиатрии // 2006. – Т. 1, № 2. – С. 74-77.
11. Корниенко Е.А. Функциональная рвота и срыгивания у детей раннего возраста и их диетическая коррекция // Вопросы детской диетологии. – 2003. – Т. 1, № 3. – С. 64-66.
12. Ладодо К.С. Рациональное питание детей раннего возраста. – М., 2007.
13. Неверо Е.Г. Современная тактика вскармливания детей первого года жизни. – Мн., 2005, 36 с.
14. Печуров Д.В., Щербаков П.Л., Канганова Т.И. Синдром диспепсии у детей: современные подходы к диагностике и лечению. Информационно-методические материалы для педиатров, гастроэнтерологов и семейных врачей. – Самара, 2005. – 20 с.
15. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. Проект рабочего протокола диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Материалы XII конгресса детских гастроэнтерологов России / пособие для врачей. – М., 2005. – 15 с.
16. Сорвачева Т.Н., Хорошева Е.В., Пашкевич В.В., Конь И.Я. Клиническая эффективность применения смеси «Лемолак» у детей первых месяцев жизни с синдромом срыгиваний. // Вопросы современной педиатрии, 2002, том 1, № 1, с. 39-43.
17. Хавкин А.И., Приворотский В.Ф. Современные представления о гастроэзофагеальном рефлюксе у детей. Ч. II. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (опубликовано на сайте www.rusmedserv.com). – 2006.
18. Щербаков П.Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей. Лекции по педиатрии. Т. 3. Гастроэнтерология. Под ред. В.Ф. Демина, С.О. Ключникова и др. – М., 2003.
19. Chang A.B., Lasserson T.J., Kiljander T.O. et al. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of gastro-oesophageal reflux interventions for chronic cough associated with gastro-oesophageal reflux. BMJ 2006; 332: 1: 11-17.
20. DelGaudio J.M. Laryngoscope 2005; 115: 6: 946-957.
21. Drossman D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome II process. // Gut 1999; 45 (Suppl. 2). – P. III-115.
22. Gilbody J., Fletcher C., Hughes I., Kidman S. Comparison of two different formulations of mebeverine hydrochloride in irritable bowel syndrome. Int. J. Clin. Pract. – 2000. – 54 (7). – P. 461-464.
23. Ylitalo R., Ramel S. Ann Otol Rhinol Laryngol 2002; 111: 5: 441-446.
24. Orenstein S.R. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2003; 37: Suppl. 1: 29-32.