

О.Ю. Белоусова, д.м.н., профессор кафедры педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии, С.В. Водяницкая, к.м.н., кафедра неонатологии, Харьковская медицинская академия последипломного образования

# 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 в сочетании с другими анатомо-физиологическими особенностями, присущими гастроудоденальной 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, причем всеми исследователями подтверждается факт того, что при искусственном вскармливании частота срыгиваний в 1,5-2 раза выше, чем при естественном. Физиологический характер срыгиваний у большинства детей первого года жизни подтверждается многочисленными литературными данными и проведенными исследованиями – при проведении рН-метрии почти у всех новорожденных наблюдаются короткие эпизоды рефлюкса.**

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. Одним из наиболее современных подходов к лечению синдрома срыгиваний у детей грудного возраста признан разработанный в последние годы метод алиментарной коррекции, основанный на использовании так называемых антирефлюксных (antireflux, AR) смесей – специализированных молочных продуктов с повышенной вязкостью, позволяющей пище длительное время задерживаться в желудке за счет включения в состав смесей специальных загустителей.

В качестве загустителей используют два типа полисахаридов: перевариваемые – рисовый, кукурузный или картофельный крахмал, неперевариваемые – камеди, составляющие основу клейковины бобов рожкового дерева и входящие в состав большинства современных антирефлюксных формул. Загустители, относящиеся к категории неперевариваемых, как правило, оказывают более выраженный противорефлюксный эффект (густая консистенция желудочного и в дальнейшем кишечного содержимого поддерживает его на протяжении более длительного времени, пролонгируя антирефлюксный эффект), нежели перевариваемые (крахмальные). Немаловажными являются и пребиотические свойства клейковины как представителя природных пищевых волокон – галактоманан, являясь их разновидностью, обладает мягким послабляющим действием, обусловленным волокнистой структурой камеди, а также определенными сорбционными свойствами. Он способствует росту нормальной кишечной микрофлоры (бифидобактерий и лактобацилл) и подавлению роста условной патогенной. Таким образом, смеси, включающие камедь, в первую очередь рекомендуются детям, склонным к запорам и кишечным коликам.

Наиболее выраженный клинический эффект, достигаемый в более короткие сроки, может быть получен при использовании смесей, содержащих камедь в качестве загустителя. Эти смеси целесообразно рекомендовать детям со склонностью к запорам, так как они обладают послабляющим действием, обусловленным влиянием неперевариваемых углеводов на моторику кишечника. AR-смеси, содержащие камедь, могут быть рекомендованы как в полном объеме, так и частично, в виде нескольких кормлений. При этом количество смеси, необходимой ребенку, определяется в зависимости от наступления терапевтического эффекта. Длительность применения продукта должна также определяться достижением стойкого терапевтического эффекта и составлять в среднем 4-5 недель.

Учитывая то, что одним из примеров современной антирефлюксной смеси, при создании которой наиболее полно учитывались все подходы к диетической коррекции синдрома срыгивания, является

«Хумана антирефлюкс», нам было интересно провести оценку ее клинической эффективности у детей с синдромом срыгиваний. Humana AR («Humana GmbH», Herford, Германия) – специальное антирефлюксное сбалансированное питание на основе натурального загустителя камеди (из плодов рожкового дерева). Смесь обеспечивает потребности ребенка в основных питательных веществах и энергии, может использоваться в питании детей, имеющих непереносимость фруктозы и сахарозы (не содержит сахара и глютена). Смесь «Хумана AR» отличается умеренной (0,5% на 100 мл смеси) концентрацией камеди в качестве загустителя, что обеспечивает выраженный антирефлюксный эффект, и не имеет казеиновой доминанты (соотношение сывороточного белкового компонента с казеином приближено к таковому в женском молоке и равняется 60:40 в отличие от традиционных 20:80, содержащихся в так называемых казеиновых смесях).

Клинические испытания смеси «Хумана AR» проводились на базе отделения соматки младшего возраста городской детской клинической больницы № 19 и поликлинического отделения того же стационара. В исследование был включен 21 ребенок (12 мальчиков и 9 девочек) в возрасте от 1,2 до 6,5 месяцев с синдромом срыгивания (функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта, в том числе связанными с незрелостью) без органической причины и не имеющих грубых органических поражений перинатального поражения головного мозга; в семейном анамнезе у детей отсутствовали аллергические заболевания. Все дети на момент включения их в группу находились на искусственном или смешанном вскармливании; в период наблюдения они не получали медикаментозную терапию, направленную на ликвидацию срыгиваний и других нарушений функций желудочно-кишечного тракта. Все дети получали смесь «Хумана AR» в течение 1-1,5 месяца. Доля смеси в питании детей колебалась от 1/3 до 2/3 от общего объема питания, только трое детей были полностью переведены на антирефлюксную формулу. Смесь вводилась перед основным кормлением в отдельной бутылочке начиная с 30 мл в первый день с последующим увеличением объема до достижения клинического эффекта. Если ребенок находился на смешанном вскармливании, то смесь ему давали в начале кормления начиная с 30 мл, а затем докармливали грудным молоком.

Критериями эффективности служили:

- показатели переносимости продукта (аппетит, наличие или отсутствие колик или метеоризма, состояние кожных покровов и слизистых оболочек, аллергические проявления, характер стула – частота, консистенция, наличие примесей и др.);
- динамика массо-ростовых показателей;
- показатели терапевтической эффективности продукта (динамика частоты и степени выраженности синдрома срыгиваний; динамика частоты и консистенции

стула; результаты расширенного копрологического исследования кала; результаты биохимических исследований; клинические анализы крови и мочи).

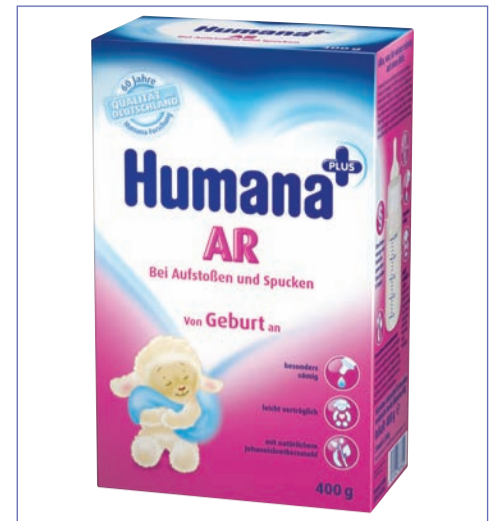
Период адаптации к смеси «Хумана AR» у всех детей протекал без особенностей. Дети питались им охотно, спокойно выдерживали промежутки между кормлениями.

Состояние здоровья детей при вскармливании смесью «Хумана AR» оставалось удовлетворительным. Манифестации гастроинтестинальных нарушений в виде колик, метеоризма, запоров у обследованных детей не были отмечены. На фоне получения смеси «Хумана AR» стул у детей был от 1 до 4 раз в сутки (в зависимости от возрастной категории), переваренный, от кашицеобразного до оформленного, обычного цвета и запаха, без патологических примесей.

Высокая эффективность с точки зрения прекращения срыгиваний или значительного уменьшения их частоты (объем срыгивания во всех случаях был относительно небольшим) была достигнута у 16 детей (76,2%) уже на 3-5-й день применения. У остальных 5 детей (23,8%) частота срыгиваний в эти сроки также снижалась, однако в недостаточной с клинической точки зрения степени. Выраженный клинический эффект от применения антирефлюксной смеси у этих пяти детей был отмечен на 7-10-й день применения, при этом у детей всех трех возрастных групп (1-2 месяца, 3-4 месяца, 5-6 месяцев).

Среднесуточная прибавка массы тела у детей с гипотрофией (их в исследуемой группе было трое, 14,3%) восстанавливалась на 3-5-й день и составляла 23-25 г.

Побочные эффекты во время назначения детям антирефлюксной смеси практически не наблюдались: только у одного ребенка отмечалась аллергическая реакция, у пяти (23,8%) – некоторое учащение стула, однако стоит отметить, что у этих пяти пациентов до начала исследования была склонность к запорам и были зафиксированы симптомы, характерные для функционального мегаколона. Таким образом, учащение дефекаций, полностью объяснимое с учетом определенных пребиотических свойств галактоманана, содержащегося в смеси, было нами расценено как дополнительный положительный фактор. При нормальном стуле (16 детей, 76,2%) применение смеси «Хумана AR» не изменило его характер. Только в одном случае (у ребенка с развившейся в процессе наблюдения пищевой аллергией) возможные побочные эффекты стали причиной отмены смеси. Наряду с этим следует отметить, что ребенок находился на смешанном вскармливании и основной причиной исключения его из исследований явился не выраженный негативный эффект, оказанный изучаемой смесью, а необходимость полного перевода ребенка на продукт с гидролизированными белками молочной сыворотки, который был показан с точки зрения пищевой аллергии, проявляющейся у данного пациента атопическим дерматитом.



У всех детей, получавших «Хуману AR», антропометрические показатели и показатели психомоторного развития соответствовали возрасту. Динамические данные, полученные с помощью проведения клинических анализов крови, свидетельствовали об отсутствии анемии, а результаты проведенной в динамике рН кала, отсутствие воспалительных реакций (Трибуле и Трибуле-Вишнякова), нормальные данные микроскопии кала. Биохимические показатели, в частности уровень белка и альбуминов в крови, были в пределах нормы. Наконец, у 9 детей через 2 месяца от начала введения в питание антирефлюксной смеси оценивались результаты микробиологического исследования кала, которые у всех обследованных детей оставались в пределах физиологической и возрастной нормы.

После перевода детей, получавших смесь «Хумана AR» в течение 30 дней, на обычную адаптированную смесь, состояние 90% детей оставалось стабильным, срыгивания у них не нарастали и практически полностью исчезли в последующие 20-30 дней. В то же время у 10% детей после отмены смеси «Хумана AR» срыгивания вновь усилились, однако были менее выраженными, чем на начальном этапе наблюдения. Нами это было расценено как свидетельство того, что у некоторых детей для достижения стойкого терапевтического эффекта целесообразно более длительное (продолжительное) применение продукта. Следует отметить, что ни в одном из наблюдаемых случаев не пришлось прибегать к дополнительному назначению специализированной медикаментозной терапии, которую в раннем детском возрасте следует применять с особой осторожностью только в случае неэффективности мероприятий по изменению образа жизни и диетической коррекции.

Таким образом, на основании проведенного исследования мы можем сделать заключение о том, что диетотерапия синдрома срыгиваний с применением смеси «Хумана AR» («Хумана», Германия), являющейся полноценным адаптированным молочным продуктом, является эффективным и неинвазивным методом его коррекции. Смесь обладает хорошей клинической переносимостью и эффективна в диетотерапии синдрома срыгиваний у детей первых шести месяцев жизни. Полная или частичная терапевтическая эффективность смеси «Хумана AR» отмечена в 100% случаев у обследованных детей с синдромом срыгиваний; причем клинический эффект наблюдался не только при введении смеси в полном объеме, но и при ее частичном добавлении в рацион ребенка.

Снижение интенсивности и объема срыгиваний у всех обследованных детей привело к увеличению потребления пищевых веществ, энергии и прибавки массы тела. Смесь можно рекомендовать для коррекции синдрома срыгиваний у детей, находящихся как на искусственном, так и на смешанном вскармливании. Длительность применения смеси должна быть не менее 30 дней. При возобновлении срыгиваний после отмены смеси ее необходимо назначить повторно.

Список литературы находится в редакции.

37