

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ТЕРАПІЇ СИНДРОМУ РЕГУРГІТАЦІЇ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ



О.Г. ШАДРІН

О.Г. ШАДРІН, Г.Б. КОВАЛЕНКО
ДУ «ІПАГ АМН України», м. Київ

Згідно з поширеним визначенням, функціональні порушення (ФП) травного тракту в дітей на першому році життя являють собою різну комбінацію гастроінтестинальних симптомів без структурних або біохімічних порушень. Зазвичай мають на увазі порушення моторики, пов'язані з дисфункцією нервової або гуморальної регуляції, порушення функції секреції, абсорбції, всмоктування та ін.

Серед моторних порушень травного тракту можна виділити такі, що обумовлені: зміною пропульсивної активності, зміною тонуусу сфінктерів, появою ретроградної моторики, виникненням градієнта тиску в суміжних відділах травного тракту.

Відповідно до Римського консенсусу III та рекомендацій Американської асоціації гастроентерології (2006), серед функціональних розладів у дітей грудного віку виділяють:

- регургітацію у немовлят — G1;
- синдром румінації у немовлят — G2;
- синдром циклічної блювоти — G3;
- колики у немовлят — G4;
- функціональну діарею — G5;
- дисхезію в немовлят — G6;
- функціональний запор — G7.

Однією із найбільш поширених проблем у грудному віці є порушення моторики верхніх відділів травного тракту.

Дитяча регургітація (зригування) — пасивний викид вмісту шлунка до ротової порожнини та назовні — є найбільш поширеним видом ФП у дітей грудного віку й зустрічається в 20–50 % немовлят. Найчастіше вона виникає в активних дітей, які при швидкому ссанні ковтають повітря. Спостерігається при порушенні техніки та режиму годування, при невідповідності об'єму їжі віку та функціональним можливостям малюка.

Зазвичай зригування з'являються у другій половині 1-го місяця життя, на 2-му місяці їх інтенсивність та частота зростає й утримується на максимальному рівні до 5–6-місячного віку. Після 6–7-місячного віку поширеність та інтенсивність зригувань поступово зменшуються, але частково вони можуть зберігатися в 10 % дітей віком 12–13 місяців.

Висока частота регургітацій у дітей раннього віку пов'язана з анатомо-фізіологічними особливостями шлунково-кишкового тракту, загальною морфофункціональною незрілістю нервово-м'язового апарату, що призводить до недостатньої функціональної активності сфінктерів стравоходу та дискоординації послідовності їх взаємодії. Факторами, які сприяють виникненню і посиленню зригувань у дітей перших місяців життя, є такі, що викликають підвищення тиску в шлунку та черевній порожнині (аерофагія, переїдання, метеоризм, порушення евакуації калових мас із кишечника, кишкові колики). Значне місце у виникненні регургітацій у дітей раннього віку посідає перинатальне ураження центральної нервової системи. У більшості дітей зригування можна розглядати як певний варіант нормальної реакції організму, оскільки вони не призводять до виражених змін у стані здоров'я дітей.

Актуальність корекції синдрому зригування зумовлена можливими

ускладненнями цього стану (залізодефіцитна анемія, езофагіт, аспіраційна пневмонія, синдром раптової смерті), погіршенням якості життя сім'ї дитини, можливим віддаленим впливом на стан здоров'я дітей. В окремих випадках у дітей із частими зригуваннями спостерігається не тільки відставання у фізичному розвитку, але й висока частота захворювань шлунково-кишкового тракту і дихальної системи у віці до 3 років.

Тому необхідними є своєчасна діагностика та правильна лікувальна тактика ведення даної патології. Інтенсивність зригувань визначається у балах за спеціально розробленою шкалою:

- 0 балів — відсутність зригувань;
- 1 бал — менше 5 зригувань з незначним об'ємом (не більше 2–3 мл);
- 2 бали — більше 5 зригувань на добу з разовим об'ємом понад 3 мл;
- 3 бали — постійні зригування невеликого об'єму протягом 30 хв і більше після кожного годування;
- 4 бали — зригування від половини до повного об'єму суміші, яку з'їла дитина, у половині випадків годувань;
- 5 балів — зригування від половини до повного об'єму суміші, яку з'їла дитина, після кожного годування.

Зригування і блювання необхідно диференціювати з пілороспазмом, пілоростенозом, халазією, ахалазією стравоходу, природженим стенозом стравоходу, атрезією стравоходу, його дивертикулом, стенозом дванадцятипалої кишки, адреногенітальним синдромом, гіпоальдостеронізмом, несприйняттям компонентів їжі, ферментопатіями, мальабсорбцією, лактазо-глюкозо-галактоземією, ізомальтозною недостатністю, целіакією, дисбактеріозом.

Симптоми дитячої регургітації з'являються на першому місяці життя, максимальна частота зригувань (до 67 %) визначається у віці 4–6 місяців.

На відміну від блювоти, регургітація характеризується пасивним витіканням (об'єм рідини не перевищує 30 мл) вмісту шлунка без участі допоміжної мускулатури. Уміст шлунка може мати кислий запах, зригування не призводять до порушення функцій органів і систем. Відсутні інші ознаки порушень здоров'я дитини.

Діагноз дитячої регургітації в дітей віком від 3 тижнів до 12 місяців встановлюється на підставі наявності таких критеріїв:

- зригування (витікання їжі з рота або через ніс) два або більше разів на день протягом трьох і більше тижнів;

— відсутність блювоти, домішків крові у блювотних масах, аспірації, апное, порушень загального стану, ускладнень під час годування та при ковтанні або неправильного положення під час та/або після годування.

Згідно з рекомендаціями ESPGHAN (2005), що базуються на розумінні патогенезу дитячої регургітації, лікування даної патології повинно бути комплексним і розподіленим на декілька послідовних етапів (терапія step-up).

Перший етап — роз'яснювальна робота з метою психологічної підтримки та заспокоєння батьків.

Другий етап — застосування постуральної терапії: годування дитини, тримаючи її у напіввертикальному положенні під кутом 45–60°, після годування протягом 20–30 хвилин продовжувати утримувати малюка в такому положенні або вертикально. Положення дитини в ліжку також повинно бути постійно із підняттям на 30° узголів'ям. Постуральна терапія повинна проводитись цілодобово.

Третій етап — нормалізація режиму годування та проведення адекватної дієтотерапії. Рекомендують годувати дитину частіше, меншими порціями. З огляду на дані про роль харчової алергії в розвитку зригувань, при грудному годуванні аналізується та коригується раціон харчування матері (із раціону виключаються продукти, що можуть викликати підвищене газоутворення та метеоризм у малюка), за необхідності призначається гіпоалергенна дієта.

За відсутності ефекту від даних заходів та при значній інтенсивності зригувань, можливе додавання AR-суміші до грудного молока з ложечки перед годуванням. Необхідно пам'ятати, що регургітація ні в якому випадку не може бути причиною переводи дитини на штучне годування.

При штучному годуванні дитина повинна отримувати адаптовану молочну суміш.

При незначній інтенсивності зригування (до 3 балів) доцільне годування дітей сумішами, що відрізняються від стандартних більш густою консистенцією завдяки специфічному вуглеводному компоненту. Прикладом такої суміші може бути Nutrilon Комфорт 1 і 2, який проходив клінічну апробацію у відділенні проблем харчування та соматичної патології дітей раннього віку ДУ «ІПАГ АМН України».

При більш вираженій інтенсивності зригувань у дітей перевагу віддають спеціалізованим продуктами харчування — антирефлюк-

сним молочним сумішам, в'язкість яких підвищена за рахунок введення до складу продукту спеціальних загусників. Як такі загусники використовують два види полісахаридів: неперетравлювані (камедь, що складає основу клейковини річкового дерева) або перетравлювані (модифікований рисовий крохмаль).

Антирефлюксна суміш признається диференційовано, залежно від стану здоров'я дитини та інтенсивності регургітації: інтенсивні зригування та схильність до запорів є показанням до застосування сумішей, що містять камедь (вони діють швидше та інтенсивніше, мають м'який послаблюючий ефект). Наш досвід застосування AR-сумішей свідчить про високу ефективність Nutrilon Антирефлюкс. Ми признавали її як для повної, так і часткової заміни годувань (по 30–40 мл перед годуванням із ложечки чи окремої пляшки). Крім того, можливе додавання AR-суміші до грудного молока чи стандартної суміші — замінівка грудного молока. Тривалість застосування при цьому визначається індивідуально, а після досягнення стійкого терапевтичного ефекту дитина переводиться на вигодовування звичайною адаптованою сумішшю.

Четвертий етап лікування — використання медикаментозної терапії.

Найчастіше в педіатричній практиці використовують периферичний дофамінолітик — домперидон у вигляді суспензії чи таблеток у дозі 0,25 мг/кг 3–4 рази на добу за 20–30 хв до приймання їжі. Тривалість курсу визначається клінічною картиною й ефективністю лікування. Препарат нормалізує моторику шлунково-кишкового тракту, відновлює скорочувальну функцію шлунка й поліпшує евакуацію його вмісту, антропуденальну координацію, зменшує дуоденогастральний рефлюкс, підвищує перистальтику стравоходу, тонуус його нижнього сфінктера.

У разі езофагіту доцільно призначати антациди, альгірати. Препарати зазвичай приймають по 10 мл після годування і на ніч. Можна змішувати їх з молочною сумішшю у разі годування з пляшечки. У шлунку вони утворюють в'язкий комплекс, що має протизапальну дію і запобігає агресивному впливу шлункового вмісту на оболонку стравоходу.

Достатню увагу при лікуванні дитячої регургітації необхідно приділяти також заходам та призначенню препаратів для зменшення метеоризму, аерофагії, кишкових колік, корекції кишкового дисбіозу. При необхідності проводять терапію, спрямовану на реабілітацію перинатальних уражень ЦНС згідно з рекомендаціями невролога.

Таким чином, своєчасна рання діагностика захворювання, правильна підібрана раціональна дієтотерапія в поєднанні з комплексною медикаментозною терапією, наполегливою роз'яснювальною роботою з метою психологічної підтримки та заспокоєння батьків забезпечує усунення клінічних проявів захворювання і сприяє фізіологічному розвитку дитини. □