

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ ЗРИГУВАННЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ

О.С. Качалова

Національний Медичний Університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Features of the diagnostics of the sickness syndrome in youth children

Kachalova O.

O.O. Bohomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

The article deals with contemporary ideas about pathogenesis, clinical manifestations, diagnostic and treatment of childhood functional gastrointestinal disorders (according to Rome IV criteria). The elaborated algorithm for diagnosing functional gastrointestinal disorders in children helps to professionally differentiate functional diseases from organic ones, eliminates unnecessary laboratory, instrumental and medical interventions, promotes adequate treatment and prevents the progression of pathology.

Key words: functional gastrointestinal disorders, children, Rome IV criteria, algorithm.

Особенности диагностики синдрома срыгивания у детей младшего возраста

Качалова О.С.

Национальный Медицинский Университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

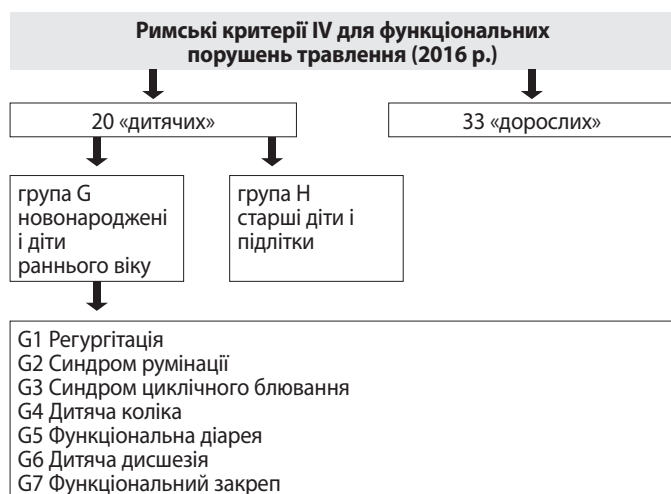
В статье изложены современные представления (согласно Римским критериям IV) о патогенезе, клинике, диагностике и терапии функциональных гастроинтестинальных расстройств у детей. Разработанный алгоритм диагностики функциональных гастроинтестинальных расстройств у детей помогает профессионально дифференцировать функциональные заболевания с органическими; позволяет исключить лишние лабораторные, инструментальные и медикаментозные вмешательства, способствует адекватному лечению и предотвращению прогрессирования патологии.

Ключевые слова: функциональные гастроинтестинальные расстройства, дети, Римские критерии IV, алгоритм.

Адреса для кореспонденції:

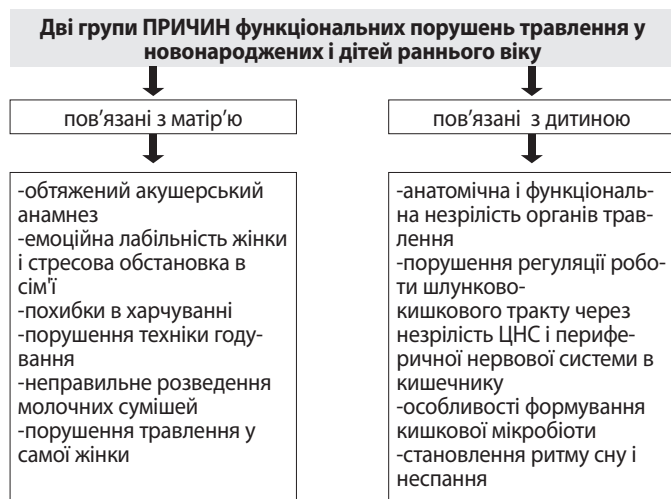
Качалова Ольга Сергіївна – кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії №4 НМУ імені О.О. Богомольця; адреса: Київ, вул. Л. Толстого, 10; e-mail: dr.kachalova@gmail.com

Функціональні розлади шлунково-кишкового тракту є одними з найпоширеніших клінічних проявів у дітей перших місяців життя [1, 2, 4, 5]. Функціональними захворюваннями травлення у дітей першого року життя вважаються захворювання, в основі яких лежить недосконалість моторної функції (фізіологічний гастроєзофагеальний рефлюкс, порушення акомодатії шлунку та пілоричної моторики, дискінезії тонкої і товстої кишки), секреції (значна варіабельність активності шлункової, панкреатичної і кишкової ліпази, низька активність пепсину, незрілість дисахаридаз, зокрема лактази). Різноманітні прояви цих нозологій ускладнюють розуміння проблеми. Використання світового досвіду та уніфікованого підходу з позиції доказової медицини (за Римськими критеріями) може бути корисним у педіатричній практиці. Презентація Римських критеріїв IV відбулася 22 травня 2016 року.



Згідно з удосконаленими Римськими критеріями IV, функціональні розлади шлунково-кишкового тракту розглядаються як розлади взаємодії між кишечником і головним мозком – disorders of gut-brain interaction [1, 5, 7].

Розвиток функціональних порушень травлення у дітей раннього віку може бути внаслідок дії різних факторів, які пов'язані з матір'ю або з дитиною.



Виділяють також два "обтяжуючих" фактори функціональних порушень травлення у дітей раннього віку:

1. Залежність від батьків (їх порогу занепокоєння, досвіду, сприйняття проблеми, емоційного стану).
2. Необхідність чіткої диференційної діагностики між хворобою та функціональним порушенням.

Саме цим пояснюється складність і неоднозначність в кожному конкретному випадку: лікувати чи ні таких дітей?, чим лікувати?, здавати аналізи і які? і т.п.

Одним із найбільш частих проявів функціональних розладів травлення у дітей молодшого віку, згідно з європейськими даними, є регургітація – зригування [4, 6, 8]. Регургітація у немовлят (малюкові зригування) – невимушене вертання у ротovu порожнину їжі, яку дитина проковтнула; може супроводжуватись витіканням її з рота. Слід зазначити, що закид шлункового вмісту у стравохід та ротovu порожнину зазвичай є нормою у немовлят. Зригування більше одного разу на день зустрічаються у 40-67% здорових дітей раннього віку. З віком частота зригувань у денні часи зменшується: у дітей 10-12 місяців відзначається тільки у 5% малюків. Для порівняння функціональний закреп зустрічається у 3-27% малюків, а малюкова колька – в 5-19% випадків [2, 4, 5, 6].

Функціональні зригування не призводять до порушення функцій органів і систем. Відсутні і інші ознаки порушень здоров'я дитини. Найчастіше зригування виникають у «активних сосунів», які при швидкому ссанні ковтають повітря. Також часто спостерігаються зригування при порушенні техніки та режиму вигодовування, при невідповідності об'єму або характеру їжі – віку та функціональним можливостям малюка.

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

Дитина зригує два і більше разів на день протягом 3-х і більше тижнів. При цьому немає позивів на блювання, домішок крові у блювотних масах, ознак аспірації, апное, проблем з ковтанням, харчуванням, затримки росту [2, 4].

Більшість дослідників вважає, що функціональна регургітація є станом, що властивий певному етапу розвитку дитини, а не хворобою [1, 5, 7, 8].

Інтенсивність зригувань визначається у балах за спеціально розробленою шкалою Vandenplas Y. et al. [6]:

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

Згідно з рекомендаціями ESPGHAN [4, 5], діагноз малюкової регургітації у дітей від 3 тижнів до 12 місяців встановлюється на підставі наявності таких критеріїв:

а. Зригування (витікання їжі з рота або через ніс) два або більше разів на день протягом 3-х і більше тижнів;

б. Відсутність блювання, домішок крові у блювотних масах, аспірації, апное, порушень загального стану, ускладнень під час годування та при ковтанні або неправильного положення дитини під час і/або після годування.

Часті зригування можуть бути пов'язані з вадами розвитку шлунково-кишкового тракту, стенозами стравоходу, його дивертикулом, стенозом дванадцятипалої кишки, адреногенітальним синдромом, несприйманням компонентів їжі, алергією на білок коров'ячого молока, ферментопатіями, лактазною недостатністю, мальабсорбцією, целиацією. Частими причинами зригувань у немовлят є гастроезофагальний рефлюкс, розлади функції стравоходу, його природжені аномалії, стриктури, стороннє тіло у стравоході, діафрагмальна кила, харчова алергія.

При патологічному рефлюксі можуть бути прояви затримки фізичного розвитку, езофагиту, гастроезофагальної рефлюксної хвороби, обструктивного апное, утруднення при годуванні та ковтанні, домішки крові у блювотних масах та випорожненнях, реактивні захворювання дихальних шляхів, ЛОР органів, нервової системи. Також, треба враховувати, що зригування, які супроводжуються швидким насиченням, відмовою від їжі, плачем, можуть бути наслідком больового синдрому при різних патологічних станах.

При проведенні диференційної діагностики слід враховувати вік маніфестації симптомів, особливості клінічного перебігу синдрому, особливості харчування, стійкість синдрому та ефективність лікувальних заходів, фонові стани дитини [2, 3, 4].

Для кращого розуміння щодо патогенезу малюкової регургітації виділення «червоних прапорців», проведення диференційної діагностики між функціональними та органічними проявами порушень шлунково-кишкового тракту, лікувальних рекомендацій, був розроблений спеціальний алгоритм. Алгоритм поділений на кілька послідовних етапів.

Step 1. Проведення диференційної діагностики згідно поставлених запитань. Відповіді на запитання у телефонному режимі допоможуть виділити важливі «червоні прапорці» у загальному стані дитини, які будуть потребувати невідкладної допомоги або консультації педіатра в плановому порядку.

Step 1. Телефонне сортування

Питання	Консультація педіатра	103
Частота зригувань	< 5	Кожне годування
Об'єм зригувань	5-10 мл	> ½ V годування
Час виникнення	Зразу після годування або не пізніше 30 хвилин	Не пов'язано з годуванням
Загальний стан	Активний, апетит збережений	В'ялий, апетит знижений, смоктальний рефлекс знижений

Step 2. На другому етапі при консультації педіатра треба виділити важливі критерії, які будуть супроводжувати не фізіологічні прояви малюкових зригувань.

Step 2. Консультація педіатра – огляд

Данні огляду	Червоні прапорці
Фізичний розвиток	гіпотрофія, паратрофія
Психомоторний розвиток	затримка
Фізіологічні рефлекс	знижені, підвищені, швидке згасання, випадіння рефлексів
М'язовий тонус	гіпотонія, тремор, судоми
Порожнина рота	молочниця, афти
Епігастральна зона	антиперистальтика
Пальпація живота	болісна
Аускультация легень	послаблене дихання, хрипи
Випорожнення	закрепи, відсутність випорожнень

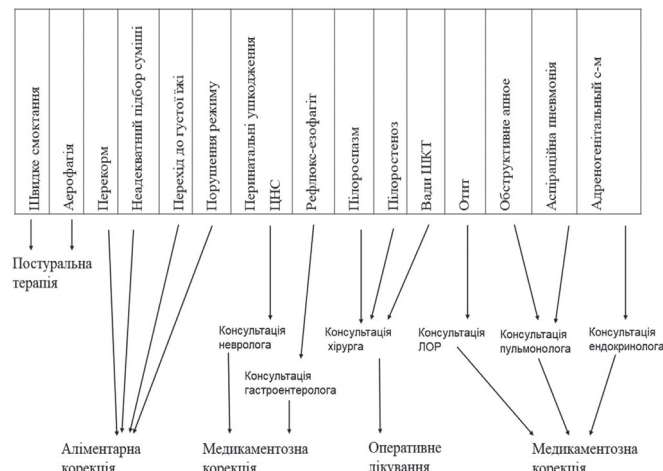
Step 3. На третьому етапі, згідно з виявленими «червоними прапорцями», доцільно провести лабораторні і інструментальні дослідження.

Step 3. Лабораторні та інструментальні методи

Дослідження	Червоні прапорці
Загальний аналіз крові	анемія, лейкоцитоз, зниження гематокриту
Біохімічний аналіз Na, K, Cl, 17ОКС, АКТГ	Na < 130 ммоль/л, K > 5,5 ммоль/л, 17ОКС > 5,6 мг/добу, АКТГ > 50 ммоль/л
УЗД пілоричного відділу шлунку	потовщення стінки більш 4 см.
Нейросонографія	кісти, ознаки розширення шлункової системи
Отоскопія	Гіперемія барабанної перетинки, контур нечіткий, випинання перетинки

Step 4. Четвертий етап стосується лікувальної тактики малюкових зригувань. Згідно з причиною зригувань пропонується різноманітна лікувальна тактика: від психологічної підтримки та заспокоєння батьків, постуральної терапії, адекватної дієтотерапії до медикаментозних та оперативних методів лікування.

Step 4. Лікувальна тактика



Починати лікування функціональної малюкової регургітації слід з роз'яснювальної роботи з батьками. Батькам слід пояснити причини цього стану, уточнити добовий об'єм їжі, технологію приготування суміші, техніку годування, положення дитини під час і після годування.

Лікування положенням (постуральна терапія) – передбачає положення дитини при годуванні і після нього під кутом 40-60°. Треба слідувати, щоб при годуванні дитина не заковтувала повітря. Після годування тримати дитину у вертикальному положенні до моменту відходження повітря. В ліжку дитина має знаходитись під ухилом, але не на подушці, а за рахунок піднятих на 10-15 см ніжок ліжка.

Під адекватною дієтотерапією мається на увазі такі заходи: годувати дитину частіше, але меншими порціями, провести аналіз та корекцію харчування матері, максимально зберігати лактацію. У більш тяжких випадках, при природному вигодовуванні, перед початком годування слід призначити невелику кількість спеціальної антирефлюксної суміші. У дітей на змішаному або штучному вигодовуванні дуже важливим є перехід на антирефлюксну лікувально-поживну суміш.

Антирефлюксні суміші виступають ефективною мірою в дієтотерапії функціональних зригувань. Антирефлюксні суміші рекомендуються ESPGHAN як варіант дієтичного лікування [2, 4, 5]. Завдяки використанню таких спеціальних продуктів значно більше дітей позбавились зригувань, зменшились епізоди зригувань, їх об'єм та частота. Це підтверджують ряд авторів в своїх дослідженнях (Систематичний аналіз – мета-аналіз Horvath 2008, Кокранівський огляд Craig 2004). Антирефлюксні молочні суміші містять згущувач, який підвищує її в'язкість, тому вона не так легко повертається із шлунку в стравохід. В якості спеціальних згущувачів виступають казеїн, модифікований крохмаль, камедь рожкового дерева.

Казеїн є високо алергенним білком, важко засвоюється, може викликати ураження слизової кишечника, закрепи. Суміші, в яких казеїн застосовується в якості згущувача не можна вважати адаптованими. Модифікований крохмаль, як вуглеводний продукт, стимулює викид інсуліну, може викликати алергію, закрепи, а використання в якості згущувача камеді рожкового дерева в сумішах, роблять їх більш ефективними.

Що собою представляє камедь рожкового дерева? Рожкове дерево росте в Індії, Аргентині, Бразилії, на Кавказі. Полісахарид його сім'ян полігалактоманан у вигляді порошку і є камеддю, яка:

- набухає в продукті або безпосередньо у шлунку дитини, перешкоджає зригуванню їжі;
- «проходить транзитом» через шлунково-кишковий тракт в незмінному вигляді, тому не має системної дії на організм;
- має пребіотичні свойства, сприяє м'якої стимуляції перистальтики кишечника;
- в усьому світі вважається безпечною.

Тривалість застосування антирефлюксної суміші визначається індивідуально, до отримання стійкого терапевтичного ефекту, потім дитина може бути переведена на вигодовування звичайною адаптованою сумішшю. У разі потреби дитина може отримувати антирефлюксну суміш як основне харчування тривалий час.

Фармакотерапія функціональних розладів травлення (прокінетики, блокатори H₂-гістамінових рецепторів, інгібітори протонної помпи, трициклічні антидепресанти) малоефективна [2, 4, 7, 8].

Висновки:

1. Симптоми малюкової регургітації з'являються на першому місяці життя, максимальна частота зригувань (до 67%) визначається у віці 4-6 місяців.
2. Діагноз регургітації у немовлят віком від 3 тижнів до 12 місяців вважається вірним, якщо малюк не має відхилень у стані здоров'я, зригує 2 та більше разів на день протягом 3 та більше тижнів за відсутністю блювоти, домішок крові у блювотних масах, аспірації, апное, порушень загального стану, утруднень при годуванні та ковтанні, а також відсутністю неправильного положення під час та/або після годування.
3. Для покращення постановки діагнозу малюкової регургітації розроблений покроковий алгоритм, який допоможе вибрати правильний напрямок лікування в залежності від маніфестації різних симптомів.
4. Враховуючи природний перебіг малюкових зригувань та спонтанне покращення, необхідно консультувати батьків стосовно прогнозу та оптимізувати догляд за дитиною, використовуючи елементи постуральної та аліментарної дієтотерапії.

Література

1. Майданник В.Г. Критерії діагностики та підходи до лікування порушень церебро-інтестинальної взаємодії. Журн. Здоров'я України 2016; 9:12-15.
2. Майданник В.Г., Іванішин Л.М. Клінічні рекомендації та лікування функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей. К.:2013:66
3. Шадрин О.Г., Няньковский С.Л., Бекетова Г.В. Особливості діагностики та підходи до лікувально-профілактичного харчування дітей раннього віку з функціональними розладами травної системи. Журн. Дитячий лікар 2017;1(52):15-36.
4. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги дітям з функціональними гастроінтестинальними розладами. Журн. Дитячий лікар 2014;8(37):62-74.
5. ESPGHAN, guidelines. Режим доступу: <http://www.espgan.org/guidelines>.
6. Vandenplas Y. et al. Practical algorithms for managing common gastrointestinal symptoms in infants. The international Journal of Applied and Basic Nutritional Sciences 2013;29(1).

7. Drossman D.A. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1262-1279.
8. Benninga M.A. et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1443-1455.

References

1. Majdannyk V.G. Kryteriyi diagnostyky ta pidxody do likuvannya porushen cerebro-intestynalnoyi vzayemodiyi. *Zhurn. Zdorov'ya Ukrainy* 2016; 9:12-15.
2. Majdannyk V.G., Ivanishyn L.M. Klinichni rekomendaciyi ta likuvannya funktsionalnykh gastrointestynalnykh rozladiv u ditej. *K.*:2013:66
3. Shadryn O.G., Nyankovskiy S.L., Beketova G.V. Osoblyvosti diagnostyky ta pidxody do likuvalno-profilaktychnogo xarchuvannya ditej rannogo viku z funktsionalnykh rozladamy travnoyi systemy. *Zhurn. Dytyachyj likar* 2017;1(52):15-36.
4. Unifikovanyj klinichnyj protokol medychnoyi dopomogy dity-

- am z funktsionalnykh gastoro-intestynalnykh rozladamy. *Zhurn Dytyachyj likar* 2014;8(37):62-74.
5. ESPGHAN, guidelines. Access mode: <http://www.espghan.org/guidelines>.
6. Vandenplas Y. et al. Practical algorithms for managing common gastrointestinal symptoms in infants. *The international Journal of Applied and Basic Nutritional Sciences* 2013;29(1).
7. Drossman D.A. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1262-1279.
8. Benninga M.A. et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1443-1455.

Відомості про автора:

Качалова Ольга Сергіївна – к. мед. наук, доцент кафедри педіатрії №4 НМУ імені О.О. Богомольця; адреса: Київ, вул. Л. Толстого, 10; e-mail: dr.kachalova@gmail.com

© О.С. Качалова, 2019