

# СУЧАСНЕ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ РЕГУРГІТАЦІЇ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології»

Шадрін О.Г., Марушко Т.Л.

## РЕЗЮМЕ

*У роботі представлені актуальні питання діагностики, лікування синдрому регургітації у дітей першого року життя. Вивчена ефективність застосування сучасного прокінетика у вигляді суспензії «Домрид» у дітей раннього віку з синдромом регургітації. Показано, що суспензія «Домрид» є ефективним і безпечним препаратом у терапії синдрому зригувань та блювання функціонального характеру та на фоні неврологічних порушень у дітей.*

*Ключові слова: синдром регургітації, діти раннього віку, діагностика, лікування.*

## ВСТУП

Широке розповсюдження серед дітей раннього віку функціональних порушень шлунково-кишкового тракту (ШКТ), які погіршують їх стан здоров'я та нерідко мають довготривалі негативні наслідки, потребує подальшого вивчення та удосконалення методів їх лікування.

Згідно із класифікацією, що була прийнята Римським III Консенсусом, до функціональних порушень верхніх відділів ШКТ у дітей раннього віку належать синдром малюкової регургітації (СМР) та синдром циклічного блювання (СЦБ). Зокрема, регургітацією (зригуванням) вважають пасивний викид вмісту шлунка до ротової порожнини та назовні. Щодо блювання, то це, навпаки, стрімкий викид вмісту ШКТ (найчастіше – шлунку) до ротової порожнини та назовні, який виникає в результаті активного скорочення м'язів шлунку, стравоходу, діафрагми та передньої черевної стінки.

Як свідчать епідеміологічні дослідження, функціональні порушення верхніх відділів ШКТ (СМР та СЦБ) є досить розповсюдженими серед дітей раннього віку і, за даними різних авторів, зустрічаються у 20–50% немовлят [8, 9]. Інші наукові спостереження свідчать, що дані порушення зустрічаються із значно більшою частотою. Зокрема, за даними опитування було встановлено, що майже 70–85% дітей перших місяців життя щонайменше 1 раз на добу мають епізоди зригування (малюкової регургітації). На жаль, у переважній більшості випадків лікарями та батьками дітей дані прояви функціональних порушень ШКТ не сприймаються належним чином, тобто не стають приводом до занепокоєння [3], хоча, як відомо, СМР та СЦБ можуть призвести до розвитку таких ускладнень, як езофагіт, анемія, аспіраційна пневмонія, затримка фізичного розвитку, і навіть стати причиною раптової смерті дитини [2, 6].

Відомо, що субклінічне ураження стравоходу (рецидивуючий езофагіт) при синдромах зригування та блювання може стати причиною розвитку гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, що, в свою чергу, в подальшому спричиняє появу у дітей старшого віку та дорослих таких ускладнень як стриктури стравоходу, стравохід Баррета чи, навіть, аденокарцинома стравоходу. Отже, всі наведені вище дані свідчать про те, що дана патологія вимагає не лише відповідного ставлення до неї батьків дітей та спеціалістів з медичної сфери, а й вимагає удосконалення методів лікування дітей, що на неї страждають.

## МЕТА

Метою даного дослідження було вивчення клінічної ефективності та безпеки при застосуванні лікарського засобу “Домрид” (домперидон) у суспензії виробництва ТОВ «Кусум Фарм» (Україна) для лікування дітей раннього віку із синдромами зригування та блювання функціонального характеру та на фоні неврологічних порушень.

## МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У клінічному дослідженні взяли участь 90 пацієнтів дитячого віку (від 1 місяця до 2 років

життя), які мали функціональні порушення моторики верхніх відділів шлунково-кишкового тракту та перебували на стаціонарному або амбулаторному лікуванні у відділенні проблем харчування та соматичних захворювань дітей раннього віку ІПАГ НАМН України. Серед них було виділено дві групи: I група (n = 47; вік – від 1 до 6 місяців; функціональні порушення верхніх відділів шлунково-кишкового тракту на фоні перинатального ураження ЦНС) та II група (n = 43; вік – від 6 місяців до 2 років; функціональні порушення верхніх відділів шлунково-кишкового тракту на фоні захворювань кишечника). Методом простої рандомізації діти обох груп були поділені на дві підгрупи, а саме підгрупа А (IA та IIA; n = 60), пацієнти якої отримували стандартне комплексне лікування із застосуванням лікарського засобу «Домрид» (домперидон, суспензія) та підгрупа Б (IB та IIB; n = 30), пацієнти якої отримували стандартне комплексне лікування без застосування лікарського засобу «Домрид».

Згідно із рекомендаціями ESPGHAN (2005) лікування функціональних порушень верхніх відділів ШКТ повинно бути комплексним і розподіленим на декілька послідовних етапів (терапія Step-up) [7].

На першому етапі проводять роз'яснювальну роботу з метою психологічної підтримки та заспокоєння батьків. На другому етапі показане застосування постуральної терапії (терапія положенням). Третім етапом є нормалізація режиму харчування та проведення адекватної дієтотерапії, вибір якої залежить від виду вигодовування дитини. За відсутності ефекту від даних заходів та значній інтенсивності зригувань переходять до використання в невеликій кількості на початку годування дитини загусників або більш щільних продуктів (рисова безмолочна каша або рисовий відвар промислового виробництва).

При штучному вигодовуванні також звертають увагу на режим та техніку годування, відповідність об'єму та виду молочної суміші віковим потребам дитини. Клінічні дослідження показали, що дієтотерапія є високоефективним, неінвазивним методом корекції зригувань.

При поєднанні синдромів зригування та блювання із метеоризмом, аерофагією, кишковими кольками (важливі патогенетичні чинники виникнення регургітації у немовлят) дітям призначають препарати симетикону та пробіотики.

Між тим, у ряді випадків, особливо на фоні перинатального гіпоксично-ішемічного ураження центральної нервової систем або алергічних та інфекційно-запальних захворювань травної системи, застосування вищеперерахованих методів лікування синдромів зригування та блювання не має достатнього ефекту, що призводить до необхідності проведення четвертого етапу лікування – застосування медикаментозної терапії (антациди, прокінетики, блокатори H<sub>2</sub>-рецепторів). Разом із тим, використання даних препаратів у новонароджених та дітей раннього віку далеко не завжди можливе у зв'язку із віковими обмеженнями застосування або не виправдане з точки зору безпеки та співвідношення «користь – ризик». Тому, актуальним є використання безпечних та високоефективних ЛЗ для лікування функціональних порушень верхніх відділів ШКТ у дітей раннього віку.

З цією метою у серпні 2011 р. на клінічну апробацію у відділення проблем харчування та соматичних захворювань дітей раннього віку ДУ «ІПАГ НАМН України» був представлений препарат «Домрид» (домперидон) (суспензія).

Вивчення фармакологічних властивостей препарату «Домрид» (домперидон) показало, що його застосування в лікуванні синдромів зригування та блювання у новонароджених та дітей раннього віку є патогенетично обґрунтованим.

«Домрид» (домперидон) у суспензії призначався пацієнтам IA та IIA підгруп (основна група) 3–4 рази на добу в дозі 0,25 мг/кг маси тіла дітям до 1 року та 0,25–0,5 мг/кг маси тіла дітям від 1 до 2 років. Термін лікування становив від 2 до 4 тижнів в залежності від динаміки об'єктивних та суб'єктивних проявів захворювання.

ЛЗ давали дітям за 10–15 хвилин до прийому їжі (годуванням). Для покращення надходження ЛЗ у шлунок дітей вони отримували незначну кількість кип'яченої води безпосередньо після його прийому.

Під час клінічних досліджень даного препарату хворі отримували інші препарати в складі комплексної терапії основного захворювання. Під час дослідження виключалося призначення всіх ЛЗ, які могли би вплинути на біодоступність «Домриду» та його рівень у крові, а також тих ЛЗ, які протипоказані для сумісного застосування із досліджуваним ЛЗ (згідно з інструкцією до медичного застосування).

Для оцінки ефективності та переносимості досліджуваного препарату застосовували наступні методи: клініко-епідеміологічний анамнез, реєстрація суб'єктивних скарг батьків, об'єктивне дослідження, інструментальне обстеження (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (УЗД ОЧП), фіброезофагогастродуоденоскопія – (ФЕГДС)), загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові (АсТ, АлТ, ЩФ, загальний білірубін).

Згідно із загальноприйнятою класифікацією [7], ступінь важкості регургітації оцінювали за 5-бальною шкалою, яка відображає як частоту даного симптому, так і об'єм їжі, що зригувалася дитиною (таблиця 1).

**Таблиця 1. Шкала оцінки інтенсивності зригувань**

<b>Бали</b>	<b>Характеристика прояву (ознаки) симптому</b>
<b>0 балів</b>	Відсутність зригувань
<b>1 бал</b>	Менше 5-ти зригувань за добу, об'ємом не більше 3 мл
<b>2 бали</b>	Більше 5-ти зригувань за добу, об'ємом більше 3 мл
<b>3 бали</b>	Більше 5-ти зригувань за добу, об'ємом до ½ молока, висмоктаного за 1 годування; менше, ніж у половині зригувань
<b>4 бали</b>	Зригування невеликими порціями протягом 30 та більше хвилин після кожного годування
<b>5 балів</b>	Зригування від ½ до повного об'єму молока, висмоктаного за 1 годування; не менше, ніж у половині годувань

Оцінка ефективності терапії пацієнтів досліджуваним ЛЗ проводилася на підставі вищеперахованих критеріїв за наступною шкалою (таблиця 2).

**Таблиця 2. Ефективність досліджуваного ЛЗ**

<b>Ефективність</b>	<b>Критерії ефективності</b>
<b>Висока (3 бали)</b>	Відсутність епізодів зригування та блювання через 2 тижні після початку прийому ЛЗ «Домрид»
<b>Помірна (2 бали)</b>	Зменшення інтенсивності зригувань на 2 та більше балів або зменшення частоти епізодів блювання більше, ніж в 2 рази через 2 тижні після початку прийому ЛЗ «Домрид»
<b>Низька (1 бал)</b>	Зменшення інтенсивності зригувань на 1 бал або зменшення частоти епізодів блювання менше, ніж в 2 рази через 2 тижні після початку прийому ЛЗ «Домрид»
<b>Відсутність (0 балів)</b>	Відсутність зміни показників, які вивчалися, через 2 тижні після початку прийому ЛЗ «Домрид»
<b>4 бали</b>	Зригування невеликими порціями протягом 30 та більше хвилин після кожного годування
<b>5 балів</b>	Зригування від ½ до повного об'єму молока, висмоктаного за 1 годування; не менше, ніж у половині годувань

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Обстеження дітей І-ї групи на початку дослідження показало, що всі діти, як основне або супутнє захворювання, мали перинатальне гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС. Серед проявів патології ЦНС найчастіше мали місце синдром вегетовісцеральних порушень (у 42 дітей – 89,4%) та синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості (у 33 дітей – 70,2%). Частина дітей мала синдром рухових порушень (у 23 дітей – 48,9%), 10 (21,3%) дітей – синдром лікворо-

динамічних порушень, 7 (14,9%) – синдром пригнічення. У 7 (14,9%) дітей у неонатальному періоді було виявлено внутрішньошлункові крововиливи I–II ступеню, у 4 (8,5%) дітей – кефалогематома тіменної кістки (однобічна або двобічна).

Більше половини дітей I-ї групи (27 дітей – 57,4%) мали також інші функціональні розлади ШКТ – порушення характеру стільця (закреп або діарею), утруднення дефекації, метеоризм та кишкові кольки. Після проведення УЗД ОЧП було встановлено, що 18 (38,3%) дітей даної групи мають прояви функціональних порушень біліарної системи (збільшення розмірів печінки, підвищення ехогенності та неоднорідність структури паренхіми печінки, щільності стінок внутрішньопечінкових жовчних протоків). Після проведення ФЕГДС у дітей I-ї групи було виявлено, що 38 (80,9%) дітей мають гастроєзофагеальний рефлюкс, 11 (23,4%) – порушення моторної функції в гастродуоденальній зоні, а 19 (40,4%) – катаральний езофагіт.

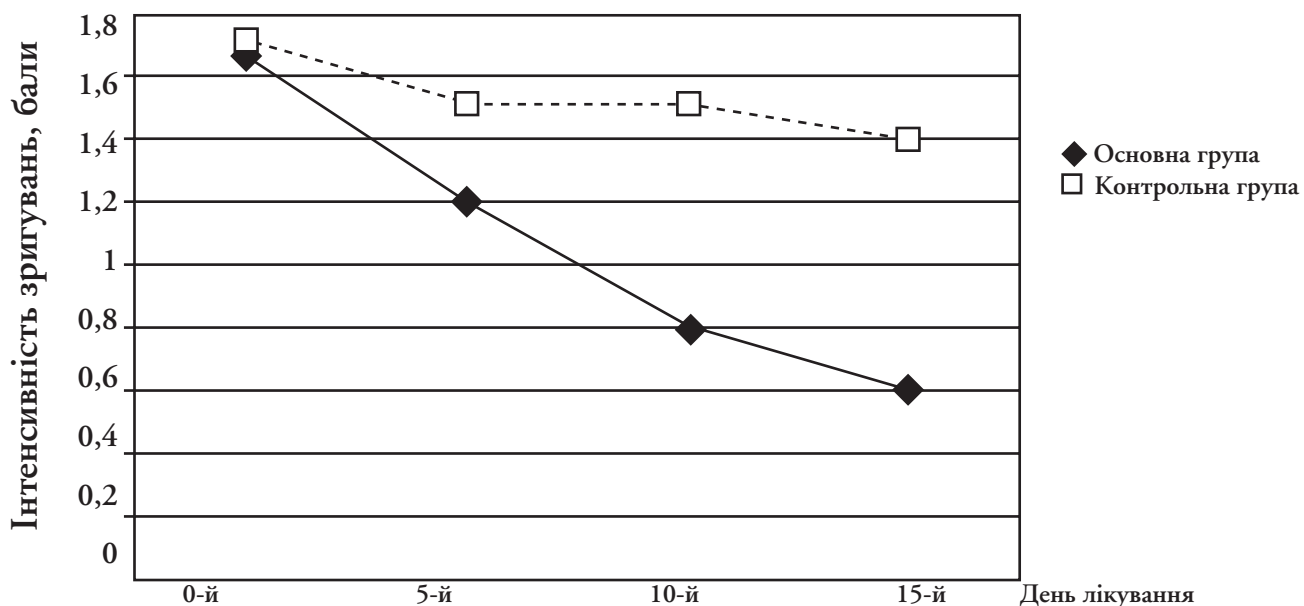
Характер вигодовування дітей I-ї групи був наступним. Так, на грудному вигодовуванні знаходилось 24 (51,1%) дитини, на змішаному – 10 (21,2%) та штучному – 13 (27,7%) немовлят.

Аналіз результатів клінічного обстеження дітей I-ї групи показав наступне: СМР мали 45 (95,7%) дітей, СЦБ – 12 (25,5%) дітей, в тому числі у 10 (21,3%) дітей було поєднання СМР та СЦБ.

На початку дослідження середній показник інтенсивності зригувань у дітей I-ї групи склав 3,19 балів, в тому числі оцінку 1 бал мали 2 дитини, 2 бали – 7 дітей, 3 бали – 15 дітей, 4 бали – 16 дітей, 5 балів – 5 дітей.

Обстеження дітей I-ї групи в динаміці лікування показало, що включення в комплекс терапії пацієнтам основної групи ЛЗ «Домрид» (домперидон) сприяє більш значному та швидкому зменшенню частоти та інтенсивності зригувань і блювання в порівнянні із групою пацієнтів, що його не отримували (контрольна група), що свідчить про виражений терапевтичний ефект. Так, зменшення частоти та інтенсивності зригувань та блювання у переважної більшості дітей основної групи (підгрупа IA) відмічене батьками вже на 2–3-ю добу прийому препарату «Домрид». Динаміка інтенсивності зригувань у дітей порівнювальних підгруп I-ї групи представлена на рисунку 1.

Рисунок 1. Інтенсивність зригувань у дітей I-ї групи в динаміці лікування



Через 2 тижні після початку комплексної терапії із включенням препарату «Домрид» 18 (60%) дітей основної групи (підгрупа IA) не мали зригувань, 9 (30%) дітей мали епізодичні та малоінтенсивні зригування. У 3 (10%) дітей, незважаючи на проведену терапію, частота і об'єм зригувань зменшилися, але залишались досить вираженими – на рівні 2-х балів, що слугувало підставою до додаткового обстеження та корекції терапії. При цьому зменшення

інтенсивності зригувань на  $\geq 2$  бали в підгрупі ІА відмічено у 23 (76,6%) дітей, на 1 бал – у 4 (13,3%) дітей, в той час як у контрольній групі (підгрупа ІБ) в динаміці лікування інтенсивність зригувань була зменшена на  $\geq 2$  бали – у 3 (17,6%) дітей, на 1 бал – у 7 (41,2%) дітей, а у 5 (29,4%) дітей – у динаміці лікування помітно не змінилась.

8 (26,7%) дітей у підгрупі ІА та 4 (23,5%) дитини в підгрупі ІБ на початку дослідження мали СЦБ. Проведення терапії із включенням в комплекс лікування «Домрид» суспензії (домперидон) дозволило позбавитись або значно зменшити частоту блювань у переважної більшості дітей в підгрупі ІА (7 із 8 – 87,5%), у той час як у трьох із чотирьох дітей в групі контролю (підгрупа ІБ) СЦБ зберігався протягом всього періоду спостереження.

Динаміка інших клінічних симптомів в порівнювальних підгрупах І-ї групи представлена в таблиці 3.

**Таблиця 3. Частота клінічних симптомів у дітей І-ї групи в динаміці лікування (абс., %)**

Клінічні симптоми	ІА підгрупа [основна] (n = 30)				ІБ підгрупа [контрольна] (n = 17)			
	До лікування		Після лікування		До лікування		Після лікування	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Зригування</b>	28	93,3	12	40,0*	17	100,0	13	76,4^
<b>Блювання</b>	8	26,7	2	6,7*	4	23,5	3	17,6^
<b>Знижений апетит</b>	20	66,7	3	10,0*	9	52,9	6	35,3*^
<b>Неспокій під час годування</b>	23	76,7	-	-	9	52,9	7	41,2
<b>Незадовільна прибавка маси тіла</b>	16	53,3	3	10,0*	9	52,9	5	29,4*^
<b>Порушення сну</b>	20	66,7	-	-	6	35,3	4	23,5
<b>Покашлювання під час сну</b>	19	63,3	-	-	5	29,4	3	17,6
<b>Підвищена нервово-рефлекторна збудливість</b>	22	73,3	5	16,7*	11	64,7	8	47,1^

Примітка:

\* – Різниця вірогідна в динаміці лікування ( $P < 0,05$ ),

^ – Різниця вірогідна в основній та контрольній групах ( $P < 0,05$ ).

Як свідчать дані таблиці, в результаті застосування препарату «Домрид» у більшості дітей основної групи (підгрупа ІА), на відміну від контрольної групи (підгрупа ІБ), нормалізувались апетит та сон, зменшилися або зникли неспокій під час годування та прояви підвищеної нервово-рефлекторної збудливості, нормалізувалась середньодобова прибавка маси тіла, що свідчить про покращення якості життя дитини.

Другу групу (n = 43) дітей склали діти, у яких функціональні порушення верхніх відділів ШКТ (СМР, СЦБ) розвинулись на фоні органічних захворювань ШКТ (затяжні ентероколіти мали 24 (55,8%) дитини, ацетонемічний синдром – 6 (13,9%) дітей, харчову алергію – 5 (11,6%) дітей, вроджені ферментопатії – 8 (18,6%) дітей, у тому числі целиакія – 5 (11,6%) дітей, муковісцидоз – 3 (6,9%) дитини).

Аналіз результатів клінічного обстеження дітей II-ї групи показав наступне: більшість дітей даної групи мали СЦБ (32 дитини – 74,4%), а СМР був у 27 (62,8%) дітей, в тому числі у 16 (37,2%) дітей було поєднання синдромів циклічного блювання та регургітації.

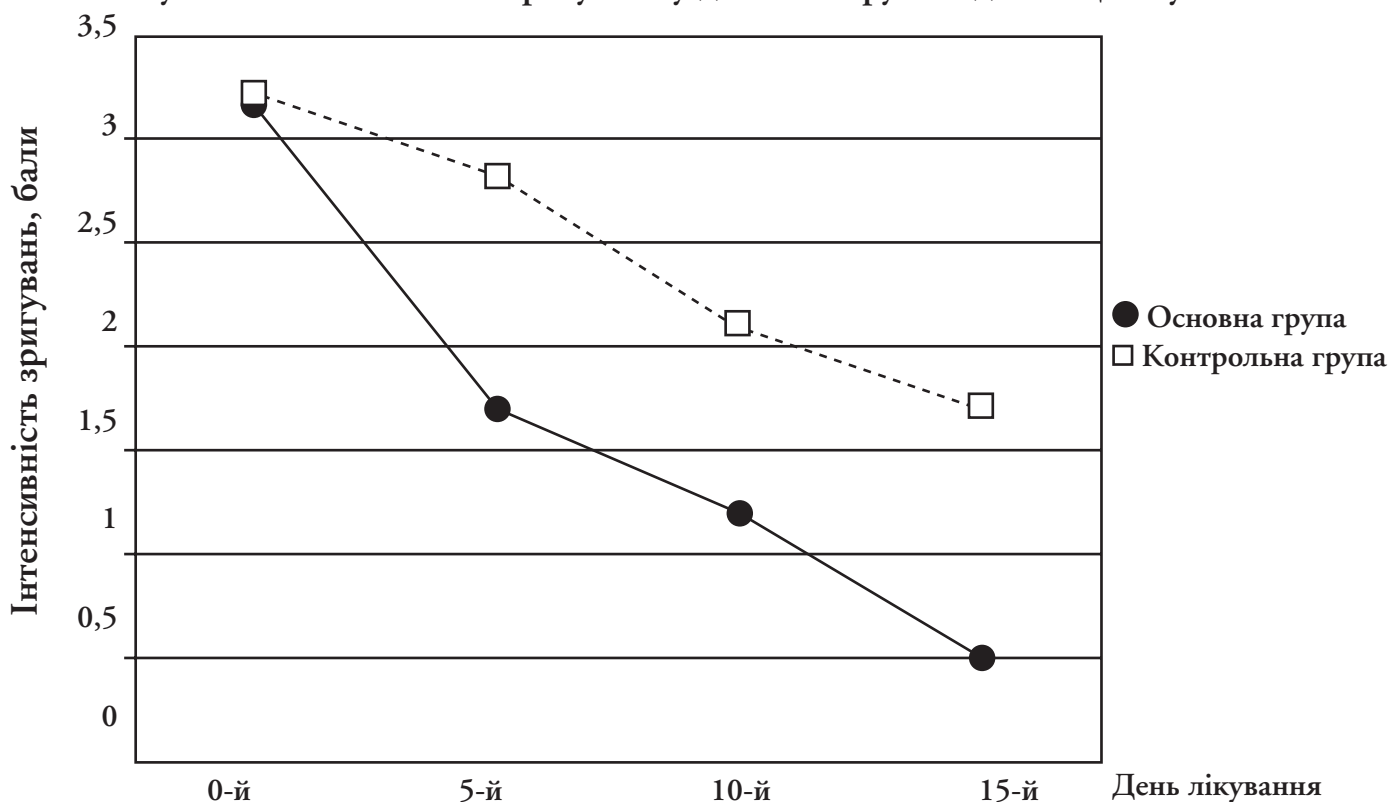
Клінічне спостереження за дітьми II-ї групи в динаміці лікування показало, що включення у комплекс терапії ЛЗ «Домрид» сприяло значному та швидкому зменшенню частоти та інтенсивності блювання та зригувань, що свідчило про виражений терапевтичний ефект препарату. Більшість батьків (17 – 56,7%) відмітили зменшення епізодів блювання та зригувань у дітей

основної групи (підгрупа ІА) вже на 3–5-ту добу прийому ЛЗ «Домрид» (домперидон).

23 (76,7%) дитини основної групи (підгрупа ІА) та 9 (69,2%) дітей контрольної групи (підгрупа ІБ) на початку дослідження мали синдром циклічного блювання. Проведення терапії із включенням в комплекс лікування ЛЗ «Домрид» дозволило позбавитись або значно зменшити частоту блювань у переважній більшості дітей в підгрупі ІА (20 із 23 – 87,0%), у той час як у групі контролю (підгрупа ІБ) цей показник склав 3 із 9 дітей (33,3%), тобто СЦБ зберігався протягом всього періоду спостереження у 6 дітей підгрупи ІБ.

В динаміці лікування ЛЗ «Домрид» (домперидон) виявлено також зменшення частки дітей із зригуваннями та зменшення інтенсивності зригувань (підгрупа ІА). Динаміка інтенсивності зригувань в порівнювальних підгрупах ІІ-ї групи представлена на рисунку 2.

Рисунок 2. Інтенсивність зригувань у дітей ІІ-ї групи в динаміці лікування



Розподіл дітей за інтенсивністю зригувань в основній (ІА) та контрольній (ІБ) підгрупах ІІ-ї групи після лікування представлено в таблиці 4.

Таблиця 4. Інтенсивність зригувань у дітей ІА (основна) та ІБ (контрольна) підгруп після лікування (абс., %)

Інтенсивність зригувань (бали)	ІА підгрупа [основна] (n = 30)		ІБ підгрупа [контрольна] (n = 13)	
	абс.	%	абс.	%
0	23	76,7	5	38,5
1	5	16,7	2	15,4
2	2	6,7	3	23,1
3	-	-	2	15,4
4	-	-	1	7,7
5	-	-	-	-

Через 2 тижні після початку комплексної терапії із включенням ЛЗ «Домрид» (домперидон) 18 (60%) дітей ІА підгрупи не мали зригувань, 7 (23,3%) дітей мали епізодичні, малоінтенсивні зригування, в той час як у дітей із підгрупи ІБ клінічні прояви СМР збереглись у 8 (61,5%) дітей. У 2 (6,6%) дітей підгрупи ІА, незважаючи на проведену терапію та зменшення частоти і об'єму зригувань, вони залишались досить вираженими – на рівні 2–3 бали, що слугувало підставою до додаткового обстеження та корекції терапії. Менш виражений клінічний ефект

препарату «Домрид» в підгрупі ІА, по відношенню до підгрупи ІА, на нашу думку, можна пояснити більшою тривалістю зригувань в даній групі, що вказує на важливість своєчасного лікування СМР.

У результаті застосування препарату «Домрид» у більшості дітей підгрупи ІА, на відміну від підгрупи ІБ, покращився загальний стан, в першу чергу, за рахунок нормалізації апетиту та сну, зменшились або зникли неспокій під час годування та прояви підвищеної нервово-рефлекторної збудливості, нормалізувалась середньодобова прибавка маси тіла, що позитивно вплинуло на перебіг та ефективність лікування основного захворювання.

Враховуючи той факт, що при проведенні ФЕГДС майже у всіх дітей ІІ-ї групи (в тому числі у 26 дітей – 86,7% підгрупи ІА та 10 дітей – 76,9% підгрупи ІБ) було виявлено порушення моторної функції верхніх відділів ШКТ, ускладнених катаральним або виразковим езофагітом, через 2 тижні від початку лікування цим дітям було проведено повторне обстеження ФЕГДС, яке показало, що в ІА підгрупі показник виявлених порушень моторної функції ШКТ та езофагіту знизився до 16,7% (5 дітей), а в підгрупі ІБ він залишився без суттєвої зміни – 61,5% (8 дітей).

Відповідно до прийнятих критеріїв ефективності нами була проведена оцінка ефективності лікування препаратом «Домрид» пацієнтів із функціональними порушеннями верхніх відділів ШКТ (СМР та СЦБ), яка показала наступне: у дітей І-ї групи добрий клінічний ефект був відмічений у 90% дітей; середній показник ефективності в цій групі склав 2,8 бали, в тому числі 3 бали – у 23 (76,6%) дітей, 2 бали – у 4 (13,3%) дітей, 1 бал – у 3 (10%) дітей.

У дітей ІІ-ї групи добрий клінічний ефект був відмічений у 28 (93,3%) дітей; середній показник ефективності в цій групі склав 2,84 бали, в тому числі 3 бали – у 25 (83,3%) дітей, 2 бали – у 3 (10%) дітей, 1 бал – у 2 (6,7%) дітей.

**Таблиця 5. Оцінка ефективності терапії препаратом «Домрид» (домперидон) пацієнтів ІА та ІА підгруп (абс., %)**

Ефективність терапії	ІА підгрупа (n = 30)		ІА підгрупа (n = 30)	
	абс.	%	абс.	%
<b>Висока</b>	23	76,6	25	83,3
<b>Помірна</b>	4	13,3	3	10,0
<b>Низька</b>	3	10,0	2	6,7
<b>Відсутність</b>	-	-	-	-

Оцінка переносимості досліджуваного ЛЗ «Домрид» (домперидон) показала, що індивідуальна переносимість препарату була доброю у всіх 60 обстежених дітей основної групи (ІА та ІА підгрупи). В динаміці прийому препарату «Домрид» у жодному випадку не спостерігали будь-яких негативних впливів на загальний стан, роботу нервової, серцево-судинної та травної системи дітей. Алергічних реакцій також відмічено не було.

## ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Результати проведеного дослідження показали високу ефективність застосування препарату «Домрид» (домперидон) (суспензія) виробництва ТОВ «Кусум Фарм» (Україна) у дітей раннього віку із синдромом малюкової регургітації та синдромом циклічного блювання як на фоні неврологічних порушень, так і при захворюваннях кишечника. Виражений клінічний ефект від застосування даного препарату був відмічений більше, ніж у 90% дітей.

2. При застосуванні препарату «Домрид» (домперидон) (суспензія) виробництва ТОВ «Кусум Фарм» (Україна) у дітей раннього віку, в тому числі перших місяців життя, не було відмічено жодного випадку побічних реакцій, що свідчить про добру переносимість та високий профіль безпеки його застосування у даній віковій категорії дітей.

3. Враховуючи високу клінічну ефективність, добру переносимість та високий профіль безпеки ЛЗ «Домрид» (домперидон) (суспензія) виробництва ТОВ «Кусум Фарм» (Україна) він може бути рекомендований для широкого застосування в комплексній терапії функціональних порушень верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (синдром малюкової регургітації та синдром циклічного блювання) у дітей раннього віку, що дозволить підвищити якість їхнього життя.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Бердникова Е.К., Кешишян Е.С. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста // Рус. мед. Журнал. – 2006. – № 14 (19). – С. 1397–1400.
2. Гастроентерология детей раннего віку / За ред. О.Г. Шадріна, О.М. Муквіч // Довідник лікаря. – К. – 2010. – 216 с.
3. Дубровская М.И., Мухина Ю.Г., Шумилов П.В. и соавт. Синдром срыгиваний и рвоты у детей первого года жизни: дифференциальная диагностика и тактика ведения // Педиатрия, 2007, Т.86, № 6: 96–101.
4. Полковниченко Л.М. Роль вегетативної нервової системи в розвитку функціональних захворювань кишечника у дітей раннього віку (огляд літератури) // Укр. мед. Часопис. – 2009. – № 6 (74). – С. 77–80.
5. Шабалов Н.П. Неонатология / Учебн. пособие. Том 2. – М.: 2006. – 656 с.
6. Hyman P.E., Milla P.J., Benninga M.A. et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler // Gastroenterology, 2006;130(5):1519-26.
7. Gottrand F. The occurrence and nutritional management of gastro-oesophageal reflux in infants // Nutricia Baby Food Symposium, ESPGHAN 2 June 2005; 3–4.
8. Iacono G., Merolla R., Amico D. et al. Gastrointestinal symptoms in infancy: a population-based prospective study // Dig. Liver Dis., 2005, 37, 6: 432–438.
9. Martin A.J., Pratt N., Kennedy J.D. Natural History and Familial Relationships of Infant Spilling to 9 Years of Age // Pediatrics, 2002, 109: 1061–1067.