Journal of Biomedical Sciences
Research Article Peer-review, Open Access

Синдром Рвоты У Детей Раннего Возраста Как Пограничное Заболевание На Стыке Педиатрии И Детской Хирургии

Мамутова Эвелина Сергеевна [1], Шамсиев Азамат Мухиддинович [2],

Раббимова Дильфуза Тоштемировна [3]

Аннотатция

В статье представлены результаты изучения особенностей диагностики сидрома рвоты у детей раннего возраста, а также данные частоты встречаемости функциональной и органической патологии ЖКТ при синдроме рвоты в данной возрастной группе.

Синдром рвоты у детей раннего возраста здесь рассматривается как «пограничное» заболевание на стыке педиатрии и детской хирургии, где прослеживается грань, преемственность в диагностике и лечении этих патологий. Рациональная и своевременная лечебно-диагностическая тактика в каждом конкретном случае нередко решающим образом влияет на результаты проводимого лечения. Решать вопрос о выборе метода лечения нередко является непростой задачей, и важно, с целью принятия оптимального решения, чтобы данный вопрос решался у постели больного ребенка совместно педиатром и детским хирургом.

В данном ракурсе, необходимо оптимизировать диагностику причин синдрома рвоты у детей раннего возраста, что, в свою очередь поможет своевременно выбрать верный и достаточный объем лечебных мероприятий.

Ключевые слова: дети, ранний возраст, синдром рвоты.

[1] Ассистент кафедры пропедевтики детских болезней, Самаркандский Государственный медицинский университет, Узбекистан, Самарканд

[2] Д.м.н., профессор кафедры Детской хирургии №1, Самаркандский государственный медицинский университет. Самарканд, Узбекистан

[3] д.м.н., Заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней,Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

World of Medicine: Journal of Biomedical Sciences Vol .1 No.9 (2024)
https://wom.semanticjournals.org/index.php/biomed

Актуальность. Рвота является частым симптомом многих патологических состояний у детей от однократной, не представляющей опасности для ребенка, и многократной, нередко свидетельствующей о жизнеугрожающем состоянии пациента. Во всех ситуациях для уточнения ее причин необходимо провести тщательный анализ анамнеза и по возможности полное комплексное обследование ребенка. Собирая анамнез у больного, осуществляя клиническое, инструментальное и лабораторное обследование, медицинский работник должен стремиться определить основной патогенетический механизм рвоты и в зависимости от этого уточнить план диагностики и лечения больного. Следует помнить, что повторная рвота часто приводит к серьезным клиническим и метаболическим нарушениям, угрожает жизни ребенка.

В современной педиатрии нередко, под маской определенного синдрома может оказаться как функциональное, так и органическое, требующее хирургического лечения заболевание и синдром рвоты в этом ракурсе представляет особый интерес. Именно к подобным заболеваниям, применяется термин «пограничные», где прослеживается грань, преемственность в диагностике и лечении этих патологий между педиатром и детским хирургом. Рациональная и своевременная лечебно-диагностическая тактика в каждом конкретном случае нередко решающим образом влияет на результаты проводимого лечения. Решать вопрос о выборе метода лечения нередко является непростой задачей, и важно, с целью принятия оптимального решения, чтобы данный вопрос решался у постели больного ребенка совместно педиатром и детским хирургом. Опыт показывает, что в процессе диагностики и при выборе тактики лечения наблюдаются две крайности: а) педиатр затягивает консервативную терапию, вовремя не назначает необходимый спектр диагностических мероприятий и тем самым упускает оптимальный срок хирургического вмешательства; б) хирург расширяет показания к оперативному вмешательству, недооценивая возможности современных методов диагностики.

У детей раннего возраста рвота нередко представляет главный симптом заболевания. У детей первых месяцев жизни рвота может принимать своеобразную форму срыгивания, которая отличается от рвоты тем, что происходит очень легко без предварительной тошноты, напряжения брюшного пресса, побледнения лица и каких-либо неприятных ощущений. Механизм срыгивания заключается в сокращении желудка при открытой кардии и происходит под влиянием рефлекса, идущего через автономную систему иннервации желудка, т.е. через местные ганглии, заложенные в стенке желудка в области кардиальной и пилорической части. Частота срыгиваний варьирует от 18 до 40% случаев у детей, обращающихся за консультацией к педиатру. Известно, что не менее чем 67% всех четырехмесячных детей срыгивают хотя бы один раз в сутки. У 23% детей срыгивания рассматриваются родителями как повод для беспокойства. По данным Nelson S.P. et al. (1997) у половины детей до 3 месяцев наблюдается регургитация. Пик частоты приходится на 4 месяца (67%), наиболее выраженное ее падение наблюдается в возрасте от 6 до 7 месяцев. А к 10-12 месяцам частота срыгиваний снижается до 5%.

Упорные срыгивания и рвота, не поддающиеся традиционной диетотерапии, требуют проведения дифференциальной диагностики с пороками развития пищеварительного тракта, требующими неотложного хирургического вмешательства. К таким порокам развития относятся атрезия пищевода, пороки развития 12-ти перстной кишки, нарушение ее проходимости при кольцевидной поджелудочной железе, атрезия тонкого или толстого кишечника, а также некоторые формы диафрагмальной грыжи. К первичной патологии нейронов собственной нервной системы кишечника относятся ахалазия кардии; врожденный стеноз пищевода; врожденный пилоростеноз ВП; синдром интестинальной псевдообструкции. Непостоянный характер рвоты с одновременной периодической задержкой стула заставляет подозревать частичную непроходимость кишечника в результате незаконченного его поворота или от стеноза пищеварительной трубки вследствие

эмбриональных тяжей и спаек в брюшной полости, которые сдавливают тот или иной отдел желудочно-кишечного тракта.

Исходя из вышесказанного, становится очевидной необходимость еще более глубокого изучения синдрома рвоты у детей раннего возраста, в ракурсе «пограничного» заболевания на стыке педиатрии и детской хирургии.

Цель исследования: Изучить особенности диагностики и частоту встречаемости функциональной и органической патологии ЖКТ в структуре синдрома рвоты у детей раннего возраста.

Задачи исследования:

1. Определить соотношение функциональной и органической патологии ЖКТ в структуре синдрома рвоты у детей раннего возраста.

2.Определить частоту и особенности диагностических ошибок в ведении пациентов раннего возраста с синдромом рвоты.

3. Изучить некоторые клинико-анамнестические характеристики синдрома рвоты у детей раннего возраста (особенности течения перинатального периода, антропометрические характеристики, наличие сопутствующей патологии).

Материал и методы исследования: Нами были изучены истории болезней 233 пациентов в возрасте от рождения и до 4 месяцев жизни, госпитализированных с основными жалобами на частые срыгивания и рвоту. Пациенты находились на обследовании и лечении в Многопрофильной специализированной детской хирургической клинике в период с 2019 по 2024 год. Больные нами разделяны на две группы, в зависимости от причины синдрома рвоты. I группу составили пациенты с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта. Во II же группу вошли пациенты с выявленной органической патологией. Кроме того нами были обследованы 100 здоровых детей, которые составили III, контрольную группу.

Результаты исследования и их обсуждение: При анализе историй болезней пациентов с синдромом рвоты в I и II группах, а также путем сравнительного анализа данных пациентов обеих групп между собой и с группой сравнения, нами получены следующие данные:

Функциональные нарушения чаще всего были представлены такими нозологическими единицами, как пилороспазм, перинатальное поражение нервной системы (с синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости; гипертензионно-гидроцефальным синдромом), алиментарная диспепсия, нарушение кишечного всасывания. (Таблица 1.)

Органические нарушения были представлены врожденными нарушениями строения желудочно-кишечного тракта, такими как пилоростеноз, Синдром Ледда, врожденная кишечная непроходимость, атрезия пищевода, инвагинация кишечника, язвенно-некротический энтероколит.(Таблица 1.)

Таблица 1. Распределение нозологических форм синдрома рвоты в группах.

I группа: Функциональные нарушения ЖКТ			II группа: Органическая патология ЖКТ		
пилороспазм	18	7,7%	пилоростеноз	38	16,3%
алиментарная диспепсия	20	8,6%	Синдром Ледда	5	2,1%
нарушение кишечного всасывания	34	14,6%	врожденная кишечная непроходимость	17	7,3%
перинатальное поражение нервной системы (с синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости;	73	31,3%	атрезия пищевода	3	1,3%

гипертензионно-гидроцефальным синдромом)					
Прочие: (Затяжная гипербилирубинемия, нефропатия, инородное тело пищевода, нейротоксикоз)	7	3,0%	инвагинация кишечника	2	0,8%
			язвенно-некротический энтероколит	16	6,8%
Всего:	**152**	**65,2%**		**81**	**34,8%**

Как видно из полученных результатов, в структуре больных с синдромом рвоты органическая, а значит хирургическая патология составила 34,8%, а функциональные нарушения ЖКТ составили 65,2%

Из всех пациентов, направительный диагноз не совпадал с окончательным клиническим диагнозом в 42,1% (98) случаев.

Позднее диагностирование и наличие осложнений, таких как аспирационая пневмония, белково-энергетическая недостаточность питания и др имели место в 123 (52,7%)

Средний возраст матерей в группе здоровых детей составил 24,7 ± 0,3 лет, а матерей детей с функциональными и органическими изменениями в желудочно-кишечном тракте - выще, и составил 26,8 ± 0,4 и 27,9± 0,6 лет соответственно ($p<0,001$). Для матерей от 16 до 20 лет вероятность рождения детей, как с функциональными так и с органическими поражениями ЖКТ минимальна и повышается с возрастом матери. Беременность у 80% матерей детей с функциональной и 72% матерей детей с органической патологией ЖКТ протекает с патологией. Однако, изучение структуры беременности дает возможность говорить, что у матерей детей с функциональной патологией ЖКТ беременность протекает более тяжело преимущественно во II III триместрах, тогда как у матерей детей с органической патологией беременность протекала относительно хорошо во II III триместрах и с патологией преимущественно в I триместре. Роды протекали с патологией у матерей детей обеих групп в равных отношениях. Анализ перинатальных факторов риска показал, что более тяжелое течение перинатального периода, отмечено у детей с органической патологией ЖКТ. Несмотря на высокий процент осложненного течения беременности и родов, более 90% детей, как с функциональными нарушениями ЖКТ, так и с органической патологией ЖКТ, были рождены в срок. Лишь 6% детей I и II групп были недоношенными. Однако, у 48% детей с функциональными нарушениями ЖКТ и 21% детей с органической патологией ЖКТ были признаки морфофункциональной незрелости ($p<0,05$). Среди детей с органической патологией ЖКТ больше морфофункционально незрелых мальчиков (28,7%), чем девочек (18,2%, $p<0,05$). У детей обеих групп были выявлены синдром повышенной нервно рефлекторной возбудимости, мышечной дистонии и синдром вегето-висцеральной дисфункции, ишемически-гипоксического генеза которые трактовались как перинатальные поражения нервной системы. У детей с функциональными нарушениями ЖКТ эти проявления отмечались значительно чаще (74,3%), чем у детей с органической патологией ЖКТ (25,6%, $p<0,05$). У мальчиков последствия ишемически-гипоксического поражения нервной системы встречались в 2 раза чаще, чем у девочек ($p<0,05$). Антропометрические показатели при рождении детей с органической патологией ЖКТ отставали от нормы значительнее и глубже (за счет увеличения количества детей с низкими масса-ростовыми показателями по сравнению с контрольной группой.), чем у детей с функциональными нарушениями ЖКТ. Во II группе отклонения масса-ростового индекса колебались от — 1СОдо -3СО и составили около 100% всех обследованных детей, тогда как в I группе отклонения встречались в пределах -1СО до -2 СО и составили 62 % больных. У детей контрольной группы антропометрические показатели при рождении у 95% детей не имели отклонений от нормы.

Среди детей II группы больше недоношенных детей - 39,2% со сроком гестации от 26 до 36 недель встречалось в подгруппе больных с врожденной кишечной непроходимостью и с атрезией пищевода. Также эти дети имели самые низкие антропометрические характеристики при рождении не только по сравнению с контрольной группой, но и с I группой, а также с подгруппой детей с пилоростенозом. Обследование детей на выявление внутриутробной инфекции (таблица 1) дали отрицательный результат в обеих группах больных. Сопутствующие пороки развития были выявлены у 57% детей II группы. и у 5% I группы. Дети обеих групп имеют спектр распределения сопутствующих пороков развития, среди которых преобладают пороки, расположенные в области грудной клетки. Отличительной особенностью является то, что среди пороков у детей обеих групп преобладали врожденные пороки сердца (у детей с органической патологией ЖКТ-44%, у детей с функциональной патологией ЖКТ-52%). Сроки поступления детей в стационар связаны с максимальным проявлением клинической картины заболевания. Дети I группы поступали в стационар гораздо позже, чем дети II группы ($p<0,001$). Исключение составили дети с врожденным гипертрофическим пилоростенозом, которые поступали в стационар относительно позже (от 7 дней до 3 месяцев, что зависело от степени гипертрофии мышцы пилорической части). Дети обеих групп поступали в стационар с различными направляющими диагнозами.

Необходимо отметить, что у детей с ВГП с признаками морфофункциональной незрелости и последствиями ишемически гипоксического поражения нервной системы, срыгивания и рвота отмечались раньше (со 2-3 недели жизни) и симптоматика заболевания нарастала постепенно, выраженность клинической картины не соответствовала степени стеноза привратника. У доношенных, морфофункционально зрелых детей без неврологических нарушений клинические проявления заболевания появлялись позже с 3-4 недели жизни и развивались «лавиноподобно» и дети поступали в стационар на 1-4 сутки от первых проявлений клинической симптоматики. Необходимо отметить, что у мальчиков при поступлении в стационар в 2 раза чаще был диагностирован ВГП I ст., а у девочек II ст. Различий по срокам диагностики III ст. стеноза привратника между мальчиками и девочками не отмечено.

ВЫВОДЫ

1. Среди причин синдрома рвоты у детей раннего возраста очевидно преобладание функциональных нарушений ЖКТ, однако значительна так же и доля органической патологии ЖКТ, что объясняет важность представления данного синдрома как «пограничного» заболевания на стыке педиатрии и хирургии.

2. На сегодняшний день существует определенная сложность в своевременной диагностике причин синдрома рвоты у детей раннего возраста. Вследствие чего имеет место поздняя госпитализация пациентов, частое несоответствие направительного и клинического диагнозов и, в последствии, частое развитие осложнений, таких как аспирационная пневмония, белково-энергетическая недостаточность питания и др.

3. Перинатальный период у младенцев с функциональной и органической патологией ЖКТ протекает с патологией. Однако, более тяжелое течение II и III триместров имеет место у матерей детей с функциональной, а преимущественно I триместра у матерей детей с органической патологией ЖКТ.

4. Основные антропометрические показатели при рождении у детей с органической патологией ЖКТ и с функциональными нарушениями ЖКТ часто отстают от нормы.

5. У детей с органической патологией ЖКТ и у детей с функциональными нарушениями ЖКТ схожий спектр сопутствующих пороков развития, среди которых преобладают врожденные пороки сердца.

6. Все вышесказанное подводит нас к тому, что диагностика и тактика лечения синдрома рвоты у детей раннего возраста требуют дальнейшей оптимизации путем совместной работы специалистов двух профилей - педиатров и детских хирургов.

Список литературы.

1. Кондрикова Е. В. – Клинико-инструментальная и фенотипическая характеристика младенцев с функциональными нарушениями и пороками развития верхних отделов желудочно-кишечного тракта. 14.01.08- педиатрия. Автореф. к.м.н. Москва– 2013, 25 стр.
2. Пестова А. С.-Состояние моторно-эвакуаторной активности желудочно-кишечного тракта у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. 14.01.08 — Педиатрия. Автореф. к.м.н., Москва — 2022. стр.6.
3. Захарова И.Н., Андрюхина Е.Н. Синдром срыгивания и рвоты у детей раннего возраста / Педиатрическая фармакология.- 2010.- № 4.
4. Новосад В.В., Ковальчук В.И., Новосад Е.А. Сочетание синдрома Ледда с гипертрофическим пилоростенозом. Гепатология и гастроэнтерология. 2020;2.
5. Студеникин М.Я.; Ленюшкин А.И.; «Болезни детей, пограничные для интерниста и хирурга». Москва, «Медицина», 1981 г.
6. Терновский С.Д. Диагностика некоторых хирургических заболеваний детского возраста. 2-е изд. М.: Медгиз, 1948: 435.
7. Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж. Ближайшие и отдаленные результаты лечения мальротации кишечника у детей. Российский вестник детской хирурги, анестезиологии и реаниматологии. 2016;6(1).
8. Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б. Особенности клиники и диагностики мальротации и аномалий фиксации кишечника у детей. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2014;4(173):
9. Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б., Эргашев Б.Б. Синдром Ледда у новорожденных. Детская хирургия. 2015;2.
10. Elekiabi OA, Oraby EM, Wasefy T, El-Taher AK. Laparoscopic versus open laparotomy in management of intestinal malrotation and vol vulus in neonates: a comparative study. Acta Scient Gastr Disorders. 2.9.2019;2(9).
11. Emeka CK. Intestinal malrotation in children: experience of a tertiary care hospital in a developing country. Janaki Med College J of Med Sci ences. 2020;8(2).
12. Mehall JR, Chandler JC, Mehall RL, Jackson RJ, Wagner CW, Smith SD. Management of typical and atypical intestinal malrotation. J Pedi atr Surg. 2002;37(8).