

И.Н. Захарова, Е.Н. Андрюхина

Российская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Москва

Синдром срыгивания и рвоты у детей раннего возраста

Контактная информация:

Захарова Ирина Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой педиатрии Российской медицинской академии последипломного образования

Адрес: 125480, Москва, ул. Героев Панфиловцев, д. 28, тел.: (495) 496-52-38

Статья поступила: 29.03.2010 г., принята к печати: 26.07.2010 г.

Одним из клинических проявлений явного гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) у детей раннего возраста является регургитация (срыгивание), которая обусловлена попаданием желудочного содержимого в ротоглотку. Регургитация может быть как физиологическая, так и патологическая. По данным Orenstein S.R. (2001), она хотя бы один раз в сутки бывает у половины младенцев первых трех месяцев, у 2/3 детей — в возрасте до 4 месяцев, а к 10–12 месяцам — лишь у 5% детей. У части детей может быть патологический ГЭР, характеризующийся постоянным и длительным забросом кислого желудочного содержимого в пищевод и сопровождающийся развитием его воспаления с выраженными клиническими проявлениями. Патологический ГЭР способен стать причиной внезапной смерти грудного ребенка во время сна. Вследствие этого однозначный вывод — гастроэзофагеальный рефлюкс надо лечить! В данной статье представлены основные причины его возникновения, а также тактика коррекции и лечения ГЭР.

Ключевые слова: срыгивание, рвота, рвота фонтаном, гастроэзофагеальный рефлюкс, пищевод, желудок, регургитация, обезвоживание, эзофагит.

106

Под гастроэзофагеальным рефлюксом (ГЭР) подразумевается непроизвольный заброс желудочного или желудочно-кишечного содержимого в пищевод, что нарушает физиологическое перемещение пищевого комка и сопровождается поступлением в пищевод несвойственного ему содержимого, способного вызвать физико-химическое повреждение слизистой оболочки пищевода. ГЭР может протекать в явной или скрытой форме. Одним из клинических проявлений явного ГЭР у детей раннего возраста является регургитация (срыгивание), которая обусловлена попаданием желудочного содержимого в ротоглотку. Срыгивания не сопровождаются вегетативными нарушениями, напряжением мышц брюшного пресса, а возврат пищи происходит пассивно [1]. В отличие от регургитации, рвота представляет собой сложный нервно-рефлекторный акт, сопровождающийся

тошнотой, бледностью кожных покровов, чувством «дурноты», множеством физиологических реакций и участием вспомогательной мускулатуры. При рвоте возможна потеря большого количества жидкости и электролитов, в первую очередь калия. Рвота опасна возможным нарушением сердечного ритма, развитием обезвоживания и дисэлектролитемической (гипокалиемической) нефропатии за счет потери калия с рвотными массами. Различают следующие виды регургитации и рвоты в зависимости от объема рвотных масс и силы струи:

- срыгивание (объем от 5 до 30 мл);
- обильная рвота (50–100 мл или больше);
- рвота фонтаном (дальность струи до 50 см и более);
- атоническая рвота (вялое вытекание содержимого желудка — при нарушении функции пищевода, атонии желудка).

I.N. Zakharova, E.N. Andryukhina

Russian Medical Post-Graduate Academy of Russia's Federal Agency for Health Care, Moscow

Regurgitation and reflux syndrome in children of early age

One of the clinical manifestations of discernible gastroesophageal reflux (GER) in young children is regurgitation which is caused by gastric contents passing into fauces. Regurgitation may be both physiological and pathological. According to S.R. Orenstein's data (2001), it may occur at least once a day in half of infants during the first three months, in two thirds of infants under 4 months and only in 5% of infants aged 10–12 months. A percentage of infants may have pathological GER characterised by a constant and prolonged reflux of acid stomach contents into oesophagus and accompanied by developing inflammation with express clinical manifestations. Pathological GER may cause an unexpected death in infants during sleep. The unequivocal conclusion, therefore, is that gastroesophageal reflux should be treated! This article covers the key causes of them as well as tactics for correction and treatment.

Key words: regurgitation, vomiting, projectile vomiting, gastroesophageal reflux, oesophagus, stomach, regurgitation, exicosis, oesophagitis.



О скрытом ГЭР судят по наличию внепищеводных проявлений: рецидивирующего ринита, аденоидита, отита, бронхообструктивного синдрома и др.

ГЭР наблюдается практически у всех младенцев, однако, у 60–100% детей в возрасте до 6 месяцев считается явлением физиологическим, непостоянным и не приводит к нарушению здоровья [2]. По данным Orenstein S. R. (2001), регургитация хотя бы один раз в сутки бывает у половины младенцев первых трех месяцев, у 2/3 детей — в возрасте до 4 месяцев, а к 10–12 месяцам — лишь у 5% детей. Автор считает, что только 25% родителей испытывают в связи с этим выраженное беспокойство [3]. У части детей может быть патологический ГЭР, характеризующийся постоянным и длительным забросом кислого желудочного содержимого в пищевод и сопровождающийся развитием его воспаления с выраженными клиническими проявлениями [3, 4]. Патологический ГЭР способен стать причиной внезапной смерти грудного ребенка во время сна. **Вследствие этого однозначный вывод — гастроэзофагеальный рефлюкс надо лечить!** Необходимость коррекции синдрома срыгиваний и рвоты обусловлена возможными осложнениями этого состояния (задержкой массо-ростовых показателей, развитием анемии, эзофагита, аспирационной пневмонии, опасностью синдрома внезапной смерти). Выделяют ряд признаков позволяющих

дифференцировать физиологический и патологический ГЭР (табл. 1).

Развитию ГЭР у младенца способствуют анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта (табл. 2).

Причинами возникновения физиологического ГЭР у детей первого года жизни являются быстрое сосание, аэрофагия, перекорм, нарушение режима кормления, а также неадекватный подбор смеси для искусственного вскармливания.

Возникновению патологического ГЭР способствуют пороки развития пищевода, оперативные вмешательства на пищеводе, дисплазия соединительной ткани, морфо-функциональная незрелость вегетативной нервной системы, поражение центральной нервной системы, повышение внутрижелудочкового и внутрибрюшного давления, а также пищевая аллергия и прием некоторых медикаментов. Доказана роль в развитии ГЭР хеликобактер-ассоциированного гастрита, так как *Helicobacter pylori* снижает давление нижнего пищеводного сфинктера, повышает секрецию гастрина (Malfetheiner P., 1998; Yerra L., 1999). Также возникновению ГЭР способствует и эрадикация *H. pylori*. Это связано со снижением активности желудка при сохранении относительно высокого уровня продукции кислоты у детей, что приводит к нако-

Таблица 1. Признаки физиологического и патологического гастроэзофагеального рефлюкса

Характеристика ГЭР	Физиологический ГЭР	Патологический ГЭР
Время возникновения	Отмечается чаще после еды	Встречается в любое время суток, не всегда зависит от приема пищи
Частота эпизодов	Не более 20–30 в день	Более 50 в день
Длительность эпизодов	Не более 20 сек	Не менее 4,2% времени записи по данным суточного pH-мониторинга
Внепищеводные симптомы	Нет	Часто имеются
Повреждение слизистой оболочки пищевода (рефлюкс-эзофагит)	Не характерно	Характерно

Примечание.

ГЭР — гастроэзофагеальный рефлюкс.

Таблица 2. Анатомо-физиологические особенности детей раннего возраста, предрасполагающие к развитию синдрома срыгивания

Органы	Особенности
Пищевод	• Форма пищевода чаще воронкообразная, расширение воронки чаще обращено вверх • Слабо выражены анатомические сужения пищевода • Недостаточно развит слизистый и мышечный слои пищевода и желудка • Угол между пищеводом и желудком (Гиса) прямой • Ножки диафрагмы неплотно охватывают пищевод • Низкий тонус кардиального отдела пищевода • Не развит клапан (<i>Plica cardiaca</i>)
Желудок	• Физиологический объем желудка несколько меньше анатомической вместимости • Форма желудка шарообразная • Слабо развиты дно и кардиальный отдел желудка • В положении лежа дно желудка находится ниже его пилорического отдела • Относительно высокий тонус привратника • Низкая кислотность желудка
Нервно-мышечная система	• Незрелость нервно-мышечного аппарата (диафрагмально-пищеводной связки, ножек диафрагмы), обеспечивающего антирефлюксную защиту • Относительная незрелость центральной и вегетативной нервной системы



**Таблица 3.** Дифференциальный диагноз рвоты в зависимости от характера рвотных масс

Характеристика рвотных масс	Патология
Рвота пищей или свернувшимся молоком сразу после кормления ребенка	• Недоношенность • Морфофункциональная незрелость • Перекорм • Аэрофагия • Стеноз пищевода • Атрезия пищевода • Диафрагмальная грыжа • Короткий пищевод
Рвота свернувшимся молоком (створоженным содержимым)	• Пилоростеноз • Аденогитальный синдром • Пищевая аллергия (гастроинтестинальная форма)
Примесь желчи	• Атрезия или стеноз двенадцатиперстной кишки • Атрезия тонкой и толстой кишок • Дискинезия ЖКТ (дуоденостаз) • Дуоденогастральный рефлюкс • Мекониевый илеус • Мекониевый перитонит • Истинный мегадуоденум • Мегаколон
Примесь слизи	• Острый и хронический гастрит • Гастроинтестинальная форма пищевой аллергии • Бронхит (дети раннего возраста могут заглатывать мокроту, при приступе кашля бывает рвота с примесью слизи или мокроты)
Примесь гноя	• Флегмона желудка
Примесь крови	• Истинная мелена • Язвы пищеварительного тракта • Меккелев дивертикул • Инвагинация • Онкогематологические болезни
Примесь свежей алой крови	• Кровотечение из отделов, расположенных выше желудка (носовое кровотечение, из десен, глотки, дыхательных путей) • Язвы пищевода • Ожоги пищевода
«Кофейная» гуща	• Из желудка и двенадцатиперстной кишки (язвенно-эрозивное поражение), связанное с гастроинтестинальной формой пищевой аллергии (непереносимость белков коровьего, козьего молока, сои), при гастрите, ассоциированном с хеликобактерной инфекцией, вирусом Эпштейн–Барр)
Большое количество крови в рвотных массах	• Массивное острое или длительное капиллярное кровотечение • Варикозное расширение вен пищевода при портальной гипертензии • Ожог пищевода • Язва пищевода
Примесь каловых масс	• Поздняя стадия различных форм кишечной непроходимости
«Гнилостный» запах	• Дивертикулы пищевода

плению в желудке кислого содержимого с последующим забросом в пищевод [5, 6].

Почти половина детей первого года жизни, имеющих проявления ГЭР, страдают аллергией к белку коровьего молока [7]. Сенсибилизация ребенка возможна через грудное молоко, заменители грудного молока. Предрасполагающими факторами к развитию аллергии к белкам коровьего и козьего молока являются физиологическая гипохлоргидрия, недостаточность трипсина и пептидаз кишечной стенки, сопровождающиеся недостаточным расщеплением белка коровьего молока, а также незрелость иммунной системы. Клинически гастроинтестинальные проявления аллергии к белкам коровьего и козьего молока проявляются эозинофильным эзофагитом, гастроэнтеритом, экссудативной энтеропатией, энтероколитом, проктоколитом, проктитом, синдромом Гейнера и др. Клинически эозинофильный эзофагит у младенцев проявляется при кормлении: ребенок сжимается, беспокоится, при первом глотке происходит кардиоспазм, что приводит к появлению звука «проваливания» жидкости в «пустую бочку». При осложненных эрозивных эзофагитах могут быть черный стул (мелена) и рвота с кровью (чаще «кофейной гущей»). Часто гастроинтестинальные симптомы пищевой аллергии сочетаются с другими проявлениями аллергии: аллергическим ринитом, атопическим дерматитом и др. Предрасполагающими факторами развития аллергической реакции являются наследственность, раннее и массивное поступление аллергенов, снижение барьерной функции ЖКТ, средовые факторы. Лечение заключается в назначении элиминационной диеты.

Синдром срыгиваний у младенцев часто обусловлен морфофункциональной незрелостью центральной и вегетативной нервной системы, которая проявляется:

- обильными срыгиваниями за счет недостаточной регуляции тонуса пищеводно-желудочного сфинктера;
- кишечными коликами, продолжающимися иногда до 5–6-месячного возраста;
- разобщение процесса глотания и сосания пищи у грудного недоношенных детей;
- пониженным аппетитом;
- запорами.

У 70% детей с последствиями церебральной ишемии постгипоксического генеза (внутриутробная гипоксия, асфиксия, родовая травма) срыгивания являются одним из основных клинических симптомов. Следствием перинатального поражения центральной нервной системы является повышение или снижение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы. Эти дисфункциональные расстройства приводят к нарушениям моторики желудка (недостаточность привратника, пилороспазм). При пилороспазме отмечаются спастические сокращения пилорической части желудка, которые сопровождаются появлением обильных «отсроченных» срыгиваний и рвот, отмечающихся через 1,5–2 ч после приема пищи. Масса тела младенца обычно нарастает в соответствии с возрастом. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости патологии со стороны привратника не выявляется (нет признаков удлинения и утолщения). При проведении эзофагогастродуоденоскопии и рентгенологического исследования патологии со стороны верхних отделов ЖКТ не выявляется, привратник округлой формы, свободно проходим, при инфуляции воздухом отмечается медленное его раскрытие. Дифференциальный диагноз проводят с пилоростенозом.

При проведении дифференциального диагноза синдрома срыгиваний и рвоты у младенцев необходимо тща-



тельно собрать анамнез. Имеют значение следующие характеристики: связь рвоты с приемом пищи, характер рвотных масс, наличие патологических примесей (слизи, крови, желчи), запах (кислый, затхлый, гнилостный) и др. Наличие кислого запаха рвотных масс свидетельствует об их желудочном происхождении. Присутствие слизи в рефлюктате подтверждает наличие гастрита, в том числе аллергического происхождения, особенно у детей раннего возраста (при аллергии к белкам коровьего и козьего молока) (табл. 3–5). Данные анамнеза, визуальный осмотр рвотных масс позволяют предположить уровень поражения ЖКТ, а проведенные дополнительные исследования — поставить правильный диагноз.

Характер рвотных масс, время возникновения рвоты в зависимости от приема пищи могут помочь уточнить уровень поражения ЖКТ (см. табл. 4, 5).

Таким образом, рвота является симптомом многих заболеваний и для уточнения ее причин необходимо провести полное комплексное обследование ребенка. Условно, с учетом патогенеза, все рвоты можно разделить на 5 групп, что позволит правильно диагностировать основное заболевание и назначить адекватную терапию.

Классификация рвоты у детей раннего и старшего возраста в зависимости от происхождения:

- рвота центрального генеза (возникает при раздражении барорецепторов оболочек головного мозга);
- психогенного генеза;
- вследствие висцеро-висцеральных или вегето-висцеральных рефлекторных нарушений при различных заболеваниях;
- в результате нарушений гомеостаза в организме (раздражение хеморецепторной зоны, находящейся вблизи рвотного центра);
- механического генеза (вследствие нарушения пассажа пищи по ЖКТ из-за органических или функциональных поражений органов пищеварения). Рвоты механического генеза удобно делить на органические (связанные с пороками развития) и функциональные.

Рвота центрального генеза (табл. 6) чаще наблюдается при раздражении барорецепторов головного мозга. Рвота сочетается с головной болью (беспокойством у младенцев). Причиной могут быть гипертензионно-гидроцефальный синдром, опухоль головного мозга, внутричерепные кровоизлияния, отек головного мозга, травма, гидроцефалия, менингит и другие состояния, сопровождающиеся повышением внутричерепного давления.

Таблица 4. Дифференциальный диагноз рвоты в зависимости от запаха рвотных масс

Запах рвотных масс	Состояния, при которых он встречается
Запах прогорклого масла	Гипо- или ахлоргидрия
Кислый запах	Рвота желудочным содержимым
Тухлый запах	Застой пищи в желудке
Каловый запах	Кишечная непроходимость
Аммиачный запах	Хроническая почечная недостаточность
Винный запах	Мальабсорбция Отравление стиральным порошком, шампунем
Запах ацетона	Сахарный диабет Ацетонемическая рвота Органические ацидемии с ацидуриями

При рвоте центрального генеза, связанной с гидроцефальным синдромом, необходима срочная консультация детского невролога, нейрохирурга. При наличии менингита обязательным является назначение антибактериальной терапии, а люмбальная пункция является не только диагностической, но и лечебной, так как уменьшает внутричерепное давление. Рвота центрального происхождения может наблюдаться при механическом раздражении головного мозга (сотрясение, кровоизлияние, воспаление мозговых оболочек, повышение внутричерепного давления), ишемии (нарушении кровообращения в вертебробазилярном бассейне). При рвоте, связанной с внутричерепной гипертензией, характерны головные боли, светобоязнь при отсутствии предшествующей тошноты. Рвота центрального происхождения может быть связана с воздействием патологических импульсов, поступающих из органа слуха и равновесия (при поражении лабиринта внутреннего уха). Необходимо обследование и лечение у оториноларинголога.

Психогенные и неврогенные рвоты чаще отмечаются у детей с лабильной психикой, провоцируются возбуждением или страхом, иногда носят демонстративный характер. Нередко они возникают при насильственном кормле-

Таблица 5. Дифференциальный диагноз рвоты в зависимости от ее причины

Виды рвоты	Характеристика рвоты
Рвота пищеводного происхождения	Рвота во время приема пищи (стеноз пищевода, врожденный короткий пищевод, последствия ожогов)
Рвота желудочного происхождения	Рвота фонтаном при пилоростенозе и пилороспазме, аденогенитальном синдроме, рвота со слизью при гастрите (приносит облегчение), рвота при язвенной болезни (на фоне болей в животе, приносит облегчение)
Рвота при желчнокаменной болезни	Упорная, навязчивая, сопровождается приступообразными болями в правом подреберье
Рвота при дискинезии двенадцатиперстной кишки	Рвота с примесью желчи
Рвота при панкреатите	Упорная, навязчивая, не приносит облегчения, может сопровождаться повышенной саливацией и тошнотой
Рвота при кишечной непроходимости	Упорная, навязчивая, с запахом каловых масс





Таблица 6. Характеристика рвоты центрального генеза у детей

Признак	Наличие и выраженность у больного
Тошнота	Может отсутствовать
Натуживание во время рвоты	Не характерно
Повторность акта рвоты	Частая, вплоть до неукротимой
Связь с приемом пищи	Отсутствует
Общее самочувствие	Страдает и быстро ухудшается со временем
Можно ли самостоятельно подавить рвоту	Нет
Характер рвотных масс	Желудочный сок, «свежесъеденная» пища или выпитая жидкость
Сопутствующие явления	Сильная головная боль
Патология других органов и систем	Проявления поражений центральной нервной системы, может быть очаговая симптоматика

Таблица 7. Характеристика висцеральной рвоты у детей

Признак	Наличие и выраженность у больного
Тошнота	Может быть умеренно выраженной
Натуживание во время рвоты	Характерно
Повторность акта рвоты	Чаще однократно
Связь с приемом пищи	Чаще натощак
Влияние настроения и других психогенных факторов	Не характерно
Можно ли самостоятельно подавить рвоту	Не всегда
Характер рвотных масс	Свежая или «давно» съеденная пища, может быть примесь желчи
Сопутствующие явления	Боли в животе, поясничной области

нии. Невротическая рвота часто возникает при истерии. Рвота неврогенного генеза наблюдается у детей раннего возраста с нервно-артритическим типом конституции, эмоционально лабильных, с «капризным» аппетитом и определенными вкусовыми пристрастиями. Не имея в своей основе каких-либо анатомических дефектов со стороны ЖКТ, эта рвота может быть неукротимой.

Рвота при вегето-висцеральных нарушениях (табл. 7). Ведущее звено в формировании вегето-висцеральных нарушений — поражение дизэнцефальных структур головного мозга с последующим расстройством нейроэндокринной регуляции [8]. Тяжелые сомато-вегетативные нарушения развиваются при внутрижелудочковых кровоизлияниях. Клиническим проявлением синдрома вегетативно-висцеральных нарушений у детей раннего возраста являются лабильность сосудистого тонуса и сердечного ритма. Нередко отмечаются выраженная «мраморность» кожных покровов, преходящий цианоз. Эти нарушения сосудистого тонуса при синдроме вегетативно-висцеральных нарушений сопровождаются лабильностью пульса и изменениями артериального давления. Одновременно у доношенных детей выявляются нарушения терморегуляции. Характерен длительный субфебрилитет, изменения характера температурной кривой (утренняя температура выше вечерней), а у недоношенных детей, находящихся в кувезах, отмечается склонность к перегреванию [8]. Одним из наиболее частых проявлений синдрома вегетативно-висцеральных дисфункций у детей ран-

него возраста являются различные варианты дискинезии ЖКТ. В зависимости от преобладания симпатического или парасимпатического отделов вегетативной нервной системы могут быть различные нарушения функции сфинктеров (зияние или спазм). Часто встречаются такие формы дисфункций ЖКТ, как рвота и срыгивания, которые могут быть обусловлены халазией кардии и дискоординацией пищеводно-желудочного сфинктера с развитием эзофагита, аспирационного синдрома и пневмонии. Возможно развитие пилороспазма, реже — дуодено-спазма [8]. Рвота вследствие висцеральных нарушений обычно имеет рефлекторный генез (рефлекс с органа) — с ЖКТ, желчных путей, мочевых путей, брюшины и т.д. Рвота при нарушениях гомеостаза в организме связана с раздражением хеморецепторной зоны, располагающейся вблизи рвотного центра. Выделяют инфекционные и неинфекционные варианты рвот.

Рвота инфекционно-токсического генеза является частым симптомом инфекционных заболеваний. Она возникает под воздействием экзо- и эндогенных токсинов. У детей раннего возраста рвота часто развивается на фоне инфекционного поражения верхних отделов ЖКТ: гастрит, гастроэнтерит различной этиологии (вирусной, сальмонеллезной, стафилококковой и др.). Рвота может быть начальным симптомом скарлатины, менингита, энцефалита. При инфекции мочевых путей она может быть единственным симптомом болезни, поэтому для уточнения причин рвоты необходимо обязательное



исследование мочи. Рвота может быть ранним симптомом острого среднего отита. Длительный приступообразный кашель, завершающийся рвотой с примесью слизи, может быть характерным симптомом коклюша, инородного тела, ложного крупа. Учащение срыгиваний, появление позывов на рвоту нередко является первым признаком инфекционного токсикоза. Обращает на себя внимание последовательность возникновения симптомов: вначале учащенные срыгивания, отказ от еды, затем — тошнота (ребенок бледный, испуган, лицо страдальческое), далее позывы на рвоту. После рвоты — глотательные движения и негромкий, болезненный плач. При частой, неукротимой рвоте быстро нарастают обезвоживание и нарушения гомеостаза. Рвота способствует развитию алкалоза за счет выброса водородных ионов и гипокалиемии; однако при токсикозе такой сдвиг со стороны КЩС возникает редко, чаще развивается метаболический ацидоз. Нарастающий ацидоз, олигурия, надпочечниковая недостаточность могут способствовать задержке калия и усилению рвоты, которая в данном случае должна выполнять защитную функцию, способствуя уменьшению гиперкалиемии и профилактике нарушений сердечной деятельности. Уточнить причину затянувшейся рвоты можно на основании лабораторных данных (газы крови, уровень электролитов) и ЭКГ.

При появлении синдрома интоксикации в сочетании со рвотой нельзя пропустить острую хирургическую патологию, протекающую с синдромом острого живота, требующую срочного хирургического вмешательства (перитонит, панкреатит, аппендицит, тромбоз мезентериальных вен, разрыв селезенки, перфоративные язвы кишечника). Тщательный анамнез, анализ клинической картины, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, люмбальная пункция, осмотр глазного дна, данные биохимических и других анализов позволяют выяснить причину рвоты.

Среди неинфекционных причин рвот, связанных с нарушениями гомеостаза в организме, выделяют следующие:

- нарушения обмена аминокислот (некетоническая гиперглицинемия, гипервалинемия, фенилкетонурия, тирозинемия и т.д.);
- органические ацидемии (болезнь, при которой моча пахнет кленовым сиропом, метилмалоновая ацидурия, пропионацидемия, изовалерьяновая ацидемия, лактатацидоз);
- нарушения в цикле мочевины (аргининантарная ацидурия, недостаточность орнитинтранскарбамилазы, гиперорнитинемия, цитруллинемия);
- прочие (галактоземия, адреногенитальный синдром, непереносимость фруктозы, метаболический ацидоз, сахарный диабет, уремия, муковисцидоз, печеночная кома, почечный канальцевый ацидоз, порфирия, передозировка витамина D).

Рвота механического генеза связана с нарушениями пассажа пищи. Срыгивания и рвоты механического генеза можно разделить на функциональные и органические, при которых можно при специальном исследовании подтвердить порок развития ЖКТ.

У детей причиной нарушения пассажа пищи могут являться инородные тела пищевода, так как дети часто берут в рот и проглатывают различные предметы. Инородные тела с ровной поверхностью и небольших размеров, как правило, «проскакивают» в желудок. Однако при наличии сужения пищевода в нем могут застревать различные предметы. Чаще это происходит в месте первого физиологического сужения пищевода. При наличии инородного тела пищевода рвота является единственным симптомом.

Симптомы, которые должны вызывать тревогу у врача:

- повторные рвоты фонтаном;
- метаболические нарушения на фоне рвоты;
- примесь крови в рвотных массах;
- рвота желчью;

а также:

- потеря массы тела;
- необычный запах мочи (кленового сиропа, потных ног, сыра, прелых листьев, ацетона) характерен для генетических заболеваний);
- полиурия (при сахарном диабете);
- диарея (при острых кишечных инфекциях);
- нарастание неврологических симптомов;
- гепатомегалия.

Важнейший метод лечения срыгиваний у младенцев с неосложненным ГЭР является диетотерапия. Необходимо соблюдение правильной техники вскармливания. При грудном вскармливании ребенок должен плотно захватывать сосок вместе с ареолой. Если ребенок ест из бутылочки, отверстие в соске должно быть таким, чтобы молоко вытекало каплями. Необходимо также следить, чтобы соска не была заполнена воздухом. После кормления ребенку следует придать вертикальное положение на 15–20 мин для того, чтобы он срыгнул воздух. Важно избегать перекорма у активно сосущих детей. Если при динамическом контрольном кормлении выясняется, что ребенок высасывает гораздо больше нормы, необходимо ограничить время кормления. Положение ребенка на левом боку наиболее физиологично для уменьшения срыгиваний.

Частой причиной, усиливающей срыгивания, является метеоризм. В этом случае рекомендуют препараты на основе симетикона (Боботик, Эспумизан, Саб-симплекс и др.), которые снижают поверхностное натяжение пузырьков и облегчают отхождение газов.

Рекомендации по режиму кормления зависят от вида вскармливания ребенка. При естественном вскармливании необходимо создать спокойную обстановку в доме, нормализовать режим кормления ребенка, исключая перекорм и аэрофагию. При искусственном вскармливании важно обратить внимание на режим кормления ребенка, на адекватность выбора молочных смесей, на их объем, который должен соответствовать возрасту и массе тела ребенка. Используются специальные антирефлюксные молочные смеси, содержащие загустители — крахмал или камедь (клеяковина бобов рожкового дерева), которые повышают вязкость смеси, что снижает объем и частоту срыгиваний. Смеси с загустителями рекомендованы ESPGHAN для лечения ГЭР у грудных детей. Клейковина бобов рожкового дерева (камедь) обладает слабительным эффектом. Антирефлюксные смеси обладают хорошей переносимостью и удовлетворяют потребность детей во всех основных пищевых веществах и энергии. В табл. 8 перечислены основные антирефлюксные смеси.

Назначение антирефлюксных смесей должно быть индивидуальным с учетом интенсивности и частоты срыгиваний, а также характера стула. Так, смеси, содержащие камедь рожкового дерева, назначаются при интенсивных срыгиваниях (3–5 баллов) и при склонности к запору [9]. Такие смеси могут быть рекомендованы как в полном объеме, так и в виде замены части кормления [10]. При этом количество смеси, необходимой ребенку и длительность ее назначения определяются наступлением терапевтического эффекта. По мнению Т.Н. Сорвачевой (2004), смеси, содержащие в качестве загустителя крахмал, действуют несколько «мягче», эффект от их применения наступает в более отдаленный период по сравнению



Таблица 8. Антирефлюксные молочные смеси, представленные в Российской Федерации

Название продукта	Загуститель	Соотношение: сывороточные белки/казеин
Фрисовом 1, Фрисовом 2	Камедь	60/40
Хумана АР	Камедь	20/80
Нутрилон антирефлюксный	Камедь	20/80
Нутрилак АР	Камедь	20/80
НАН антирефлюкс	Крахмал	Умеренно гидролизированный белок OPTIPRO
Энфамил АР	Крахмал	20/80
Сэмпер Лемолак	Крахмал	60/40

с продуктами, содержащими камедь [11]. Они показаны детям с менее выраженными срыгиваниями (1–3 балла) как при нормальном стуле, так и при склонности к неустойчивому стулу. Крахмалосодержащие смеси целесообразно рекомендовать для полной замены ранее получаемой молочной смеси. Таким образом, антирефлюксные смеси относятся к полноценным, эффективным и безопасным специализированным продуктам детского питания [12].

В связи с тем, что у части младенцев появление ГЭР со слезой в рефлюктате может быть проявлением аллергии к белкам коровьего или козьего молока, используются аминокислотные смеси (Неокейт) или смеси на основе полного гидролиза белка — казеиновые (Нутрамиген, Фрисопеп АС, Прегестимил) или сывороточные (Нутрилон Пепти ТСЦ, Алфаре, Фрисопеп и др.). Вопрос о медикаментозном лечении грудных детей с синдромом срыгивания решается строго индивидуально. При необходимости к диетотерапии добавляются прокинетики, при развитии эзофагита — ингибиторы протонной помпы, блокаторы Н-ионов).

В лечении вегетативно-висцеральных дисфункций новорожденных используется патогенетическая и посиндромная терапия. При тяжелых поражениях с выраженными метаболическими, дыхательными и сердечно-сосудистыми нарушениями проводится интенсивная терапия, включающая оксигенацию, антиоксидантную терапию, инфузии антигеморрагических

и антигипоксических средств, гормонов и антибиотиков, витаминно-энергетических смесей. Ведущее место в патогенетической терапии принадлежит немедикаментозным воздействиям (лечебный массаж, упражнения в воде и сухая иммерсия). Из физиотерапевтических способов лечения используется электрофорез (с магнием, эуфиллином, витаминами), чаще на шейную («воротниковую») зону. При необходимости используются но-шпа, пипольфен. При сочетании замедления мозгового кровотока, по данным УЗИ, и лабильности общего сосудистого тонуса («мраморность» кожи) используются Кавинтон или Винпоцетин, Пирацетам [8].

Лечение рвоты психогенного генеза представляет собой трудную задачу [13]. Используются психотерапия, гипноз, иглорефлексотерапия. Применяют антигистаминные препараты, прокинетики.

Лечение рвоты, связанной с нарушением гомеостаза в организме, заключается в терапии основного заболевания, так как рвота в данном случае является симптомом этого заболевания. Этиотропная терапия заболевания должна дополняться симптоматической (например, восполнение дефицита жидкости и электролитов при частой рвоте).

Таким образом, подход к адекватной терапии синдрома рвот и срыгиваний индивидуален и зависит от основной причины их возникновения, что необходимо учитывать в дифференциальном диагнозе этих состояний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Корниенко Е.А., Шабалов Н.П. Заболевания желудочно-кишечного тракта. В кн.: Неонатология / под ред. Н.П. Шабалова. — 1996; 2: 230–283.
2. Шиляев Р.Р., Петрова О.А., Копилова Е.Б. Синдром срыгиваний и рвоты у детей раннего возраста. Современные подходы к диагностике и лечению (учебно-методическое пособие). — Иваново, 2001. — 64 с.
3. Orenstein S. Regurgitation and GERD // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. — 2001; 32: 16–18.
4. Хавкин А.И., Жихарева Н.С. Современные представления о гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей // Педиатрия. — 2002; 1: 63–66.
5. Koster E. D. Adverse events of HP eradication: long-term negative consequences of HP eradication // Acta Gastroenterol. Belg. — 1998; 61 (3): 350–1.
6. Varanasi R.V., Fantry G.T., Wilson K.T. Decreased prevalence of Helicobacter pylori infection in gastroesophageal reflux disease // Helicobacter. — 1998; 3 (3): 188–94.
7. Salvatore S., Vandenplas Y. Gastroesophageal reflux and cow milk allergy: is there a link? // Pediatrics. — 2002; 110 (5): 972–84.

8. Беляева И.А., Яцык Г.В., Боровик Т.Э., Скворцова В.А. Комплексные подходы к реабилитации детей с дисфункциями желудочно-кишечного тракта // Вопросы современной педиатрии. — 2006; 5 (3): 109–113.
9. Конь И.Я., Сорвачева Т.Н., Пашкевич В.В. Современные подходы к диетологической коррекции синдрома срыгиваний у детей. Пособие для педиатров. — М., 2004. — 16 с.
10. Грибакин С.Г. Антирефлюксные смеси Фрисовом 1 и Фрисовом 2 при функциональных нарушениях ЖКТ у детей // Практика педиатра. — 2006: 26–28.
11. Сорвачева Т.Н. Алиментарная коррекция срыгиваний у детей. В кн.: Руководство по детскому питанию / под ред. В.А. Тутельяна, И.Я. Коня. — М., МИА, 2004: 441–447.
12. Carroll A. E., Garrison M. M., Christakis D. A. A systematic review of nonpharmacological and nonsurgical therapies for gastroesophageal reflux in infants // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. — 2002; 156 (2): 109–113.
13. Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. — Л.: Медицина. — 1991. — 224 с.

