

Циклическая рвота

Е.Д. Белоусова

Московский НИИ педиатрии и детской хирургии

Cyclic vomiting

E.D. Belousova

Moscow Research Institute of Pediatrics and Pediatric Surgery

Циклическая рвота представляет собой распространенное функциональное неврологическое нарушение, для которого характерны повторные приступы, проявляющиеся тошнотой и рвотой. Предполагается наличие генетической предрасположенности, преимущественно по материнской линии. Для детей с циклической рвотой характерны нарушения вегетативной регуляции, и, возможно, именно эти нарушения могут запускать приступ. Эпизоды имеют стереотипный характер — протекают примерно одинаково по продолжительности, клиническим проявлениям и длительности бессимптомного периода у каждого пациента. При многократной повторной рвоте существует опасность дегидратации, и необходима неотложная помощь. Профилактическая терапия носит эмпирический характер. Прогноз состояния варьируется. У некоторых детей циклическая рвота прекращается в подростковом возрасте, у других — трансформируется в мигрень, у третьих продолжается во взрослом возрасте.

Ключевые слова: дети, циклическая рвота, функциональные неврологические нарушения, лечение, профилактика.

Cyclic vomiting is a common functional neurological disorder characterized by repeated bouts appearing as nausea and vomiting. Its genetic predisposition, mainly maternal one, is supposed. Children with cyclic vomiting show autonomic dysregulation and it may be the latter that can trigger an episode. The episodes are stereotyped: they are about equal in the prolongation, clinical manifestations, and duration of an asymptomatic period in each individual patient. In multiple repeated vomiting, there is a risk for dehydration and a need for emergency care. Preventive therapy is empirical. The prognosis of the condition varies. Cyclic vomiting ceases in adolescence in some children, transforms to migraine in others, and continues in adulthood in third persons.

Key words: children, cyclic vomiting, neurological functional impairments, treatment, prevention.

Циклическая рвота (G43.82 в МКБ-10) — повторные приступы, обычно стереотипные у конкретного ребенка, проявляющиеся интенсивной тошнотой и рвотой. Между приступами все симптомы исчезают.

Распространенность. Циклическая рвота наблюдается примерно у 2% детей. По данным популяционного исследования, проведенного в Шотландии (1995), распространенность циклической рвоты составила 1,9% [1].

Этиология и патогенез. Циклическая рвота является мультифакторным состоянием. Пациенты часто страдают мигренью, их родословные нередкоотягощены по этому заболеванию. Предполагается наличие генетической предрасположенности, преимущественно по материнской линии. R. Boles и соавт. (2003) считают, что определенные мутации митохондриальной ДНК могут быть, по крайней мере, фактором риска развития циклической рвоты [2]. Анализ родословных детей с циклической рвотой показал

статистически достоверное преобладание у родственников по материнской линии таких заболеваний, как мигрень, миопатии, судороги и вегетативная дисфункция. Родословная по указанным заболеваниям была отягощена у 75% матерей и только у 11% отцов ($p < 0,001$) [2].

Для детей с циклической рвотой характерны нарушения вегетативной регуляции, и, возможно, именно эти нарушения могут запускать приступ. Считается, что такие дети имеют склонность к тревожности. Предполагается, что серотонин играет определенную роль в патогенезе желудочно-кишечных нарушений при циклической рвоте, но эти данные пока не получили убедительного подтверждения [2].

B. Li и L. Misiewicz (2003) выдвинули следующую гипотезу развития циклической рвоты: провоцирующие факторы (см. ниже) вызывают секрецию кортикотропин-рилизинг-фактора, который стимулирует блуждающий нерв, и возникают желудочно-кишечные проявления. Эффективное торможение этих проявлений невозможно из-за имеющихся у пациентов нарушений энергетического обмена [3].

Клинические проявления. Циклическая рвота начинается в возрасте около 5 лет. Многие родители отмечают существование провоцирующих факторов (они определяются у 68% пациентов) [4]. Приступы в 41%

© Е.Д. Белоусова, 2011

Ros Vestn Perinatol Pediat 2011; 6:63–65

Адрес для корреспонденции: Белоусова Елена Дмитриевна — д.м.н., проф., зав. отделом психоневрологии и эпилептологии МНИИ педиатрии и детской хирургии
127412 Москва, ул. Талдомская, д. 2

случаев развиваются на фоне перенесенной инфекции, подчеркивается значение хронических отитов и синуситов. Стресс и тревога, связанные с семейными конфликтами, школьными экзаменами и днями рождения, часто (в 34% случаев) являются провокаторами приступов. Менее частыми провоцирующими факторами являются физические нагрузки, травма, менструация и иногда пищевые продукты (особенно сыр и шоколад) [1, 3].

Эпизоды циклической рвоты отмечаются с разными интервалами, у большинства пациентов они наблюдаются в среднем 12 раз в год. Продолжительность каждого эпизода — от нескольких часов до нескольких дней. Как правило, рвоте предшествует продромальный период в виде тошноты и бледности. Эпизоды имеют стереотипный характер, т.е. протекают примерно одинаково по продолжительности, клиническим проявлениям и длительности бессимптомного периода у каждого отдельного пациента. К рвоте могут присоединяться и другие симптомы — боль в животе, анорексия и сонливость. Могут отмечаться мигреноподобные симптомы — головная боль, фотофобия, фонофобия и головокружение. По данным S. Chow и R. Goldman (2007), сонливость сопутствует рвоте в 91% случаев, бледность — в 87%, боль в животе — в 80%, анорексия — в 74%, тошнота — в 72% [4]. Прекращение приступа наступает внезапно. Между приступами ребенок совершенно здоров, и у него нет желудочно-кишечных симптомов.

Диагностика и дифференциальная диагностика. Циклическая рвота диагностируется при наличии не менее 5 приступов, не имеющих связи с другими заболеваниями и соответствующих перечисленным ниже критериям:

- 1) эпизодические приступы интенсивной тошноты и рвоты, стереотипные у каждого пациента и продолжающиеся от 1 ч до 5 дней;
- 2) частота рвоты в период приступа, по меньшей мере, 4 раза за 1 ч.
- 3) отсутствие этих симптомов в период между приступами.

У части пациентов рвота как симптом может отсутствовать, но характерна приступообразная тошнота, и тогда диагноз становится затруднительным.

Диагноз циклической рвоты может быть установлен только в том случае, когда исключены все остальные возможные патологические состояния. Чрезвычайно важно исключить жизнеугрожающие заболевания, сопровождающиеся рвотой: объемные образования головного мозга, панкреатит, болезни печени и др. В связи с плохим самочувствием ребенка картина может напоминать инфекционный гастроэнтерит. Некоторым пациентам необходимо гастроэнтерологическое обследование с проведением рентгенограммы области живота (для исключения кишечной непроходимости) и фиброгастроскопии.

Показано определение электролитов крови в период рвоты для исключения метаболической (нарушения обмена жирных кислот), эндокринной (болезнь Аддисона) или почечной этиологии заболевания. Если рвоте предшествует голодание, нужно определить спектр аминокислот и органических кислот для исключения врожденных дефектов метаболизма. Если рвоты сопровождаются развитием неврологической симптоматики в межприступный период, показано проведение магнитно-резонансной томографии головного мозга.

Лечение. При многократной повторной рвоте существует опасность дегидратации, и необходима неотложная помощь. Внутривенная регидратация показана 50% детей [4]. В остром периоде помощь может быть осуществлена, как правило, в условиях стационара, поэтому для родителей важна возможность быстрой госпитализации ребенка для короткого пребывания — в течение 1–2 дней.

Ребенок должен находиться в отдельной затемненной палате, в спокойной обстановке [5]. Обычные противорвотные препараты бывают неэффективны, но иногда их используют в комбинации с седативными средствами. В международной практике используют суматриптан сублингвально или в виде инъекции. Внутривенное введение глюкозы приводит к купированию атаки в 42% случаев. Учитывая значение стрессорных факторов в провокации приступов, иногда назначают бензодиазепины для того, чтобы ребенок уснул и рвота прекратилась. После того как приступ закончился, ребенок может быть выписан домой. Некоторые дети с циклической рвотой переживают до 20 госпитализаций в год [5].

Профилактика. В связи с достаточно длительным течением циклической рвоты принципиальное значение имеет хорошее взаимопонимание между лечащим врачом и родителями пациента. Эпизоды рвоты возникают непредсказуемо, а результаты лечения могут вызывать у родителей разочарование. Им часто кажется, что состоянию ребенка не уделяется достаточное врачебное внимание (внешне приступ выглядит довольно тяжелым). Если выявлены провоцирующие факторы (в том числе диетические), требуется их устранение. Иногда необходима помощь психолога, особенно если у ребенка развивается тревожность.

Медикаментозное профилактическое лечение показано тем пациентам, у которых наблюдается более 1 приступа в месяц. Препараты, которые применяются в профилактическом лечении циклической рвоты, не проходили двойных-слепых исследований при этой патологии и не сравнивались между собой по эффективности и переносимости. Терапия носит эмпирический характер [4]. Поэтому рекомендуется пробное последовательное применение отдельных лекарственных средств в течение определенного времени, равного двум — трем межприступным про-

межуткам. Начинают, как правило, с самых хорошо переносимых препаратов (например, с карнитина), переходя при неэффективности к более сложным медикаментам (антиэпилептическим средствам и антидепрессантам). Из антидепрессантов рекомендуется применять амитриптилин в суточной дозе 5–25 мг однократно на ночь. Этот препарат эффективен в 77–91% всех случаев [4]. Возможно применение анаприлина (10 мг в сутки, разделенные на два приема), который снижает частоту атак на 50% у 66–75% детей [4]. Из антиэпилептических средств чаще

используется карбамазепин в суточной дозе 5–10 мг на 1 кг массы. Есть данные об эффективности вальпроата и топирамата в профилактическом лечении циклических рвот [4, 5].

Прогноз состояния variabelен. У некоторых детей приступы циклической рвоты прекращаются в подростковом возрасте, у других — трансформируются в мигрень, у третьих продолжают (имеются отдельные эпизоды у взрослых людей). Дети, страдающие циклической рвотой, довольно часто пропускают школьные занятия — в среднем до 20 дней в год [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Abu-Arafeh I., Russell G.* Cyclical vomiting in children: a population based study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1995; 21: 454–458.
2. *Boles R.G., Adams K., Ito M., Li B.U.* Maternal inheritance in cyclic vomiting syndrome with neuromuscular disease. *Am J Med Genet* 2003; 120: 474–482.
3. *Li B.U., Misiewicz L.* Cyclic vomiting syndrome: a brain—gut disorder. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32: 997–1019.
4. *Chow S., Goldman R.D.* Treating children's cyclic vomiting. *Can Fam Physician* 2007; 53: 3: 417–419.
5. *Forbes D., Fairbrother S.* Cyclic nausea and vomiting in childhood. *Aust Fam Physician* 2008; 37: 1–2: 33–36.

Поступила 20.06.11