

Синдром срыгивания и рвоты



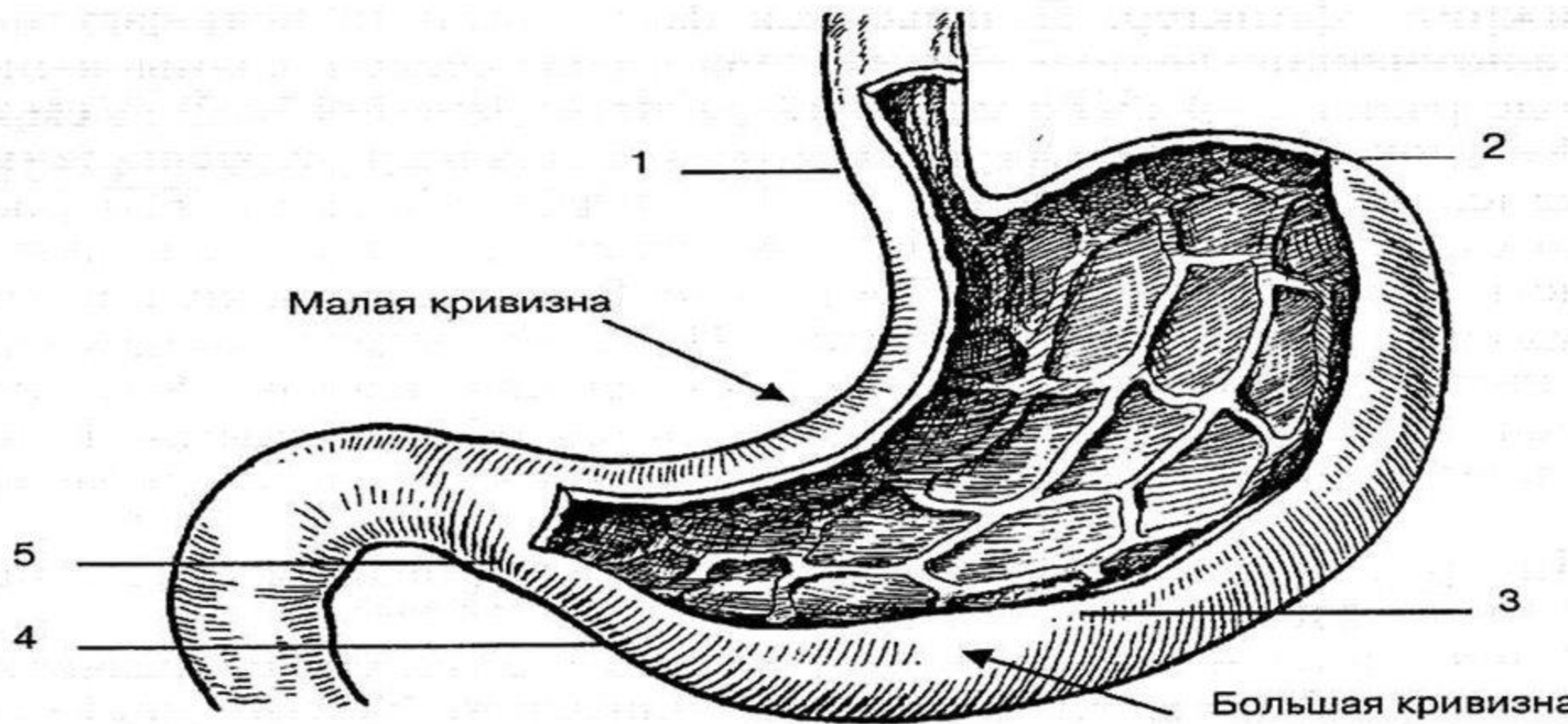
Срыгивания

- Симптом, характерный только для новорождённых и детей первого года жизни. При срыгивании регургитация желудочного содержимого происходит пассивно, без напряжения брюшного пресса и диафрагмы. Не сопровождается вегетативными реакциями. У здоровых детей до 3-х м-в наблюдается несколько эпизодов в день как вариант нормы.

Анатомо-физиологические особенности (новорождённый)

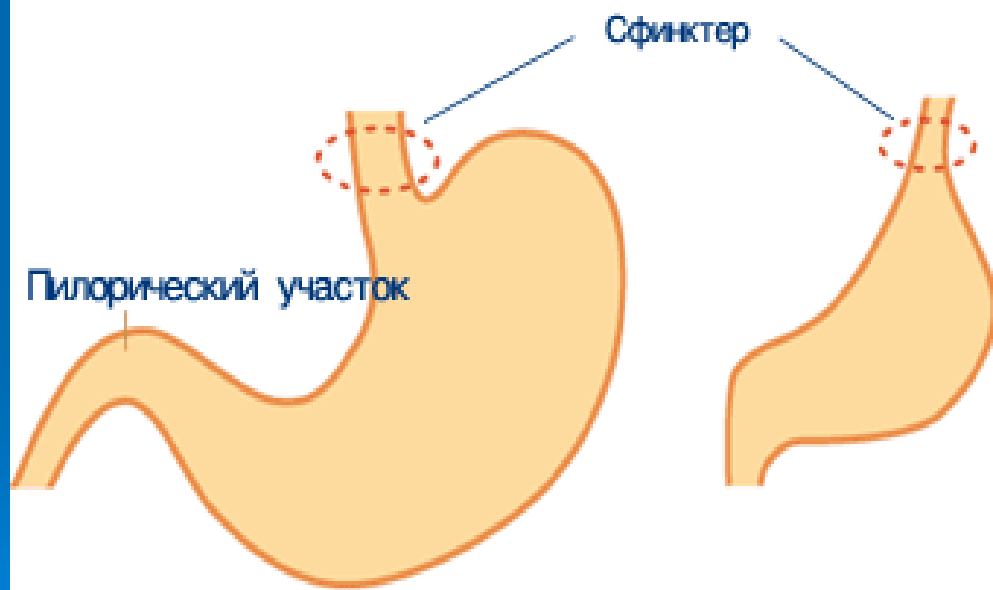
- Форма пищевода чаще воронкообразная, расширение обращено вверх
- Слабо выражены анатомические сужения пищевода
- Мышечный слой пищевода слабо развит
- Величина угла Гиса приближается к 90°, у взрослых он острый
- Зона повышенного давления над нижним пищеводным сфинктером всего 0,5- 1,1 см в.ст. (у взрослых – 1,5-2,0).
- Ножки диафрагмы неплотно охватывают пищевод
- Пилорический отдел желудка развит хорошо, кардиальный отдел выражен слабо – с-м «открытой бутылки».

Желудок новорожденного



Желудок взрослого

Желудок малыша



Рвота

- Сложный нервно-рефлекторный акт, находящийся под контролем рвотного центра в продолговатом мозге. Рвота происходит с участием мышц брюшного пресса, диафрагмы, мышечного слоя желудка. Рвотный центр находится вблизи ядра блуждающего нерва, поэтому у ребёнка появляется вегетативная реакция (гиперсаливация, побледнение лица, тахикардия, похолодание конечностей).

Причины срыгивания и рвот

ПЕРВИЧНЫЕ(абдоминальные):

- 1.функциональные :недостаточность кардии (халазия),ахалазия пищевода (кардиоспазм),пилороспазм, острый гастрит, метеоризм.
- 2.органические : пилоростеноз, кишечная непроходимость

ВТОРИЧНЫЕ (внеабдоминальные): патология Ц.Н.С.,инфекционные заболевания, нарушения обмена веществ

Функциональные причины

- Перекорм или неправильное и беспорядочное кормление приводят к растяжению желудка и вызывают у грудничка срыгивание.
- Гастроэзофагальный рефлюкс – это непроизвольный заброс желудочного и желудочно-кишечного содержимого в пищевод.
- Аэрофагия – заглатывание воздуха во время кормления. При вертикальном положении туловища воздушный пузырь, выделяясь из желудка, выталкивает небольшое количество молока, смеси.
- Метеоризм – повышенное газообразование, кишечные колики повышают давление в брюшной полости, провоцируя срыгивания.
- Неадекватный подбор смеси.
- Быстрая перемена положение тела, особенно после кормления.
- Тугое пеленание.

- чаще всего синдром срыгиваний и рвоты на первом году жизни обусловлен перинатальной энцефалопатией (ПЭП). Она возникает в результате острой или хронической гипоксии (нехватки кислорода) плода и травм во время родов. Это так называемый синдром вегето-висцеральных дисфункций (СВВДФ).

Пилороспазм -спазм привратника без органических изменений

- Причины: хроническая внутриутробная гипоксия, перинатальная энцефалопатия, натальная травма шейного отдела позвоночника, вегетативные нарушения, аллергия.
- Клиника :синдром срыгивания и рвоты с рождения, рвота непостоянная. Объём рвотных масс не превышает количества съеденной пищи. Содержит желчь.

- Клиника гипервозбудимости. Запоры. Урежение мочеиспусканий. Постепенное развитие гипотрофии 1-2 степени. Отсутствие видимой перистальтики желудка. Отсутствие уплотнённого пилорического отдела желудка при пальпации живота.

Консервативное лечение

- Родителям рекомендуется увеличить кратность кормления на 1-2 по сравнению с возрастной нормой, соответственно уменьшая объем пищи.
- Кормить малыша следует в полувертикальном положении, используя перерывы, во время которых надо держать ребенка вертикально.
- Хорошей профилактикой срыгивания является выкладывание малыша на животик перед каждым приемом пищи.
- Во время кормления следить, чтобы ребёнок не упирался носиком в грудь, захватывал ротиком и сосок и ареолу. При искусственном вскармливании соска должна быть заполнена молоком полностью.
- По окончании кормления следует держать ребенка в вертикальном положении до отхождения воздуха.
- Устранить факторы, повышающие внутрибрюшное давление: тугое пеленание, запоры. Кормящей маме нужно исключить из рациона продукты, усиливающие метеоризм (черный хлеб, бобовые, капуста, яблоки).

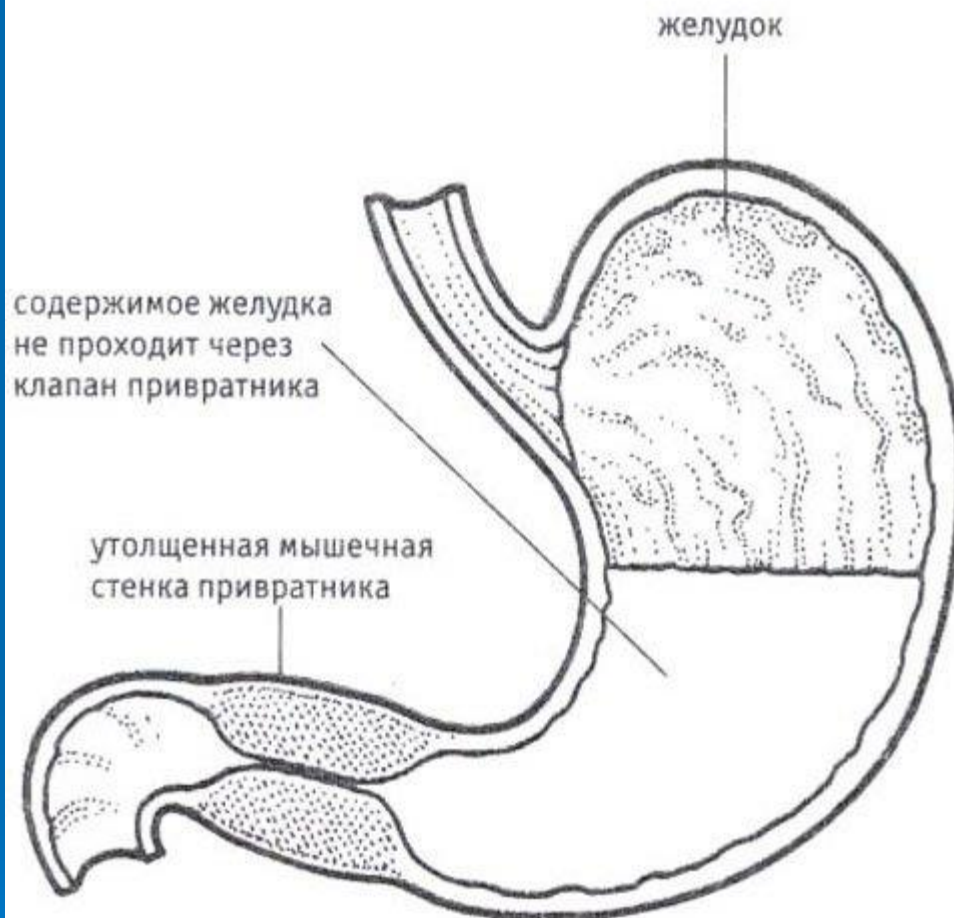
- Для устранения срыгиваний используется лечебное питание - "антирефлюксные смеси". В своем составе они имеют неперевариваемую добавку (загуститель) в виде натуральных диетических волокон, которые получают из бобов рожкового дерева (камедь). Попадая в желудок, эти волокна образуют мягкий пищевой сгусток, который механически препятствует срыгиванию. Далее, продвигаясь по кишечнику, волокна принимают на себя воду, увеличивая вязкость кишечного содержимого, и перистальтика стимулируется механическим путем. Для данных лечебных смесей характерно пониженное содержание жиров. Ведь известно, что жирная пища задерживает опорожнение желудка.
- Антирефлюксный эффект смесей определяет также казеиновая доминанта. Большое значение имеет и ее белковый состав, точнее, соотношение сывороточных белков к казеину. В материнском молоке оно составляет 60-70/40-30, в коровьем молоке - 20/80, в большинстве адаптированных смесей - 60/40. Увеличение доминанты казеина препятствует срыгиванию, образуя в желудке густую массу.
- К самым современным смесям, отвечающим данным требованиям относятся "Нутрилон антирефлюкс", "Фрисовом".

- Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта могут потребовать и медикаментозного лечения. Наиболее эффективными лекарственными средствами, которые используются в педиатрии при лечении синдрома срыгиваний и рвоты, являются прокинетики. К ним относятся: Церукал, Координакс, Мотилиум, Дебридат.

ПИЛОРОСТЕНОЗ

- Относится к группе аутосомнорецессивных болезней. Мальчики болеют в 3-4 раза чаще, чем девочки. Чаще у перворождённых детей. В основе лежит врождённая гипертрофия циркулярных мышечных слоёв привратника с их одновременной частичной гиперплазией. Присоединяются воспалительные изменения.

Стеноз привратника желудка



Пища не может пройти через клапан привратника в двенадцатиперстную кишку. Это приводит к крайнему дискомфорту и рвоте.

Клиника

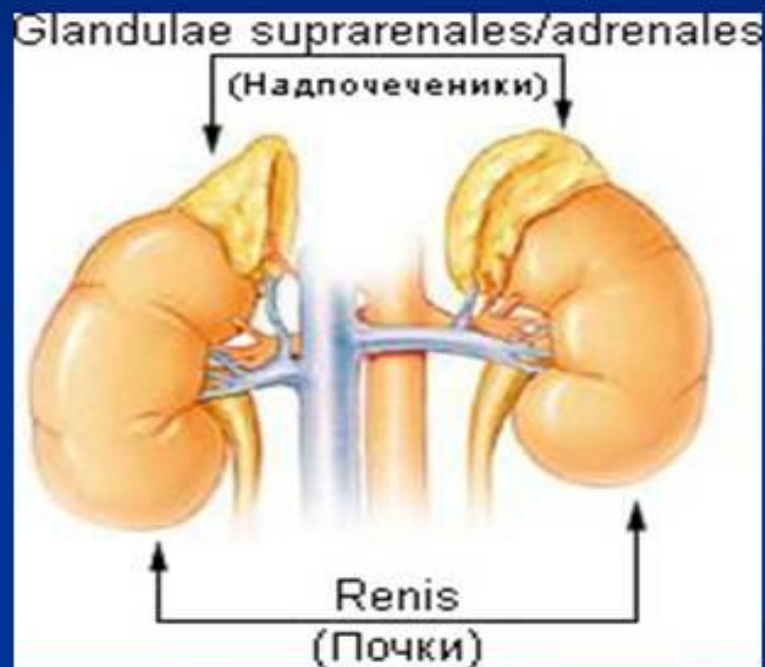
- Начало заболевания с 2-4 недель
- Срыгивания с рождения. С 2-4 недель рвота «фонтаном». Рвотные массы имеют кислую реакцию, никогда не содержат желчь. Объём рвотных масс превышает количество съеденной пищи. Непосредственно перед рвотой ребёнок беспокоится. Рвота приносит облегчение.
- Гипотрофия 2-3 степени, развивается быстро в связи с постоянным голодом.
- Уплотнение пилорического отдела желудка, определяемое при пальпации
- Экси́коз 1-3 степени.
- Стул голодный, редкий. Ложные запоры.

- Мочеиспускания редкие, до 5-6 раз при норме 15-20 раз в сутки. Моча концентрированная, жёлтые пятна на пелёнке.
- Кисотно-щелочное состояние крови смещается в сторону алкалоза.
- Частые повторные рвоты приводят к потере калия и развитию гипокалиемии.
- В поздних стадиях наблюдается с-м «песочных часов» - видимая перистальтика желудка. Оценивается во время кормления ребёнка, при поглаживании или лёгком поколачивании в надчревной области.

Адреногенитальный синдром

Определение

- Адреногенитальный синдром — это моногенное заболевание, наследуемое по аутосомно-рецессивному типу, при котором нарушается выработка кортизола надпочечниками. Гены, связанные с гиперплазией надпочечников, кодируют ферменты, участвующие в стероидогенезе — цепочке реакций по преобразованию холестерина в стероиды.
- Патологическое состояние, обусловленное врожденной вирулизирующей дисфункцией коры надпочечников, сопровождающейся, как правило, недостатком в организме глюко-кортикоидов и избытком андрогенов.
- Частота 1:5000–1:6500



Клиника

- Синдром упорных срыгиваний и рвоты, жидкий стул, полиурия, которые ведут к потере массы тела или отсутствию её положительной динамики, эксикозу.
- Множественные стигмы дизэмбриогенеза.
- Макрогенитосомия у мальчиков, интерсексуальное строение гениталий с различной степенью вирилизации у девочек



Рисунок 1. Наружные половые органы девочки с врожденной гиперплазией коры надпочечниковых желез

АГС

При вирильной форме адреногенитального синдрома нарушения начинаются уже во внутриутробном периоде. Из-за избытка андрогенов девочки, страдающие этим заболеванием, рождаются с признаками ложного женского гермафродитизма, а мальчики – с большим половым членом. У детей с вирильной формой адреногенитального синдрома часто гиперпигментирована кожа наружных половых органов, вокруг анального отверстия и ореолов вокруг сосков. В 2-4 года у таких детей появляются признаки преждевременного полового созревания – раннее оволосение, низкий голос, акне. Дети с вирильной формой адреногенитального синдрома обычно низкорослые.



Гипертоническая форма адреногенитального синдрома встречается редко. При этой форме у детей также сильно проявляется андрогенизация, которая сопровождается длительной артериальной гипертензией. Через некоторое время заболевание осложняется кровоизлиянием в мозг, нарушением работы сердца, почечной недостаточностью, ухудшением зрения.



Для страдающих сольтеряющей формой адреногенитального синдрома характерны рвота «фонтаном», не связанная с приемом пищи, жидкий стул и постоянно пониженное артериальное давление. Из-за этих проявлений через некоторое время нарушается водно-солевой баланс, нарушается работа сердца и ребенок погибает.

ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ РВОТЫ И СРЫГИВАНИЯ (маршрутизация)

На начальном этапе диагностики врач выясняет следующее:

- отягощена или нет наследственность малыша по заболеваниям органов пищеварения, патологии обмена веществ, неврологическим болезням;
- когда появились срыгивание и рвота, как часто они возникают, связаны или нет с кормлением ребенка, каковы характер и объем рвотных масс;
- как малыш прибавляет в весе, нет ли склонности к запорам;
- осмотрен или нет ребенок специалистами на предмет перинатальной патологии.
- **Педиатр** осматривает ребенка: оценивает физическое и нервно-психическое развитие, выявляет неврологическую симптоматику, если она имеется. Обследует органы пищеварения, прощупывая и осматривая живот.

- На основе полученной информации врач выбирает индивидуальную тактику дальнейшей диагностики в зависимости от характера предполагаемой патологии. Обследование подразумевает консультации специалистов (детского невролога, эндокринолога, хирурга, окулиста и др.), лабораторные и инструментальные исследования.
- Из лабораторных анализов по показаниям выполняются клинический и биохимический анализы крови, анализы мочи и кала (рН, углеводы). Исследуется биоценоз кишечника и определяется кислотно-основное состояние организма.
- Инструментальное обследование (по показаниям) – это УЗИ органов брюшной полости, рентгеноскопия желудка.