

СИНДРОМ РВОТЫ У ДЕТЕЙ – ПРИЧИНЫ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Василевский И.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

(Опубликовано: Медицинские знания.- 2018.- № 2. – С. 3 – 9.)

Резюме

В обзорной статье внимание медицинских работников привлечено к часто наблюдаемому симптому рвоты у детей и подростков, которая бывает обусловлена различными состояниями, основные из которых проанализированы в обзоре, а также иллюстративно представлены в таблицах. Подчеркивается важнейшая задача правильной оценки состояния ребенка, выяснения причин рвоты путем тщательного сбора анамнеза, что подразумевает персонифицирующий подход к проведению лечебно-профилактических мероприятий при синдроме рвоты у детей.

Summary

In the review article, the attention of medical workers is drawn to the often observed symptom of vomiting in children and adolescents, which is caused by various conditions, the main ones of which are analyzed in the review, and are also illustrated in the tables. The most important task of correctly assessing a child's condition, elucidating the causes of vomiting by careful collection of anamnesis, is emphasized, which implies a personal approach to the conduct of preventive measures in the syndrome of vomiting in children.

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.

Необходимо подчеркнуть, что рвота – это, прежде всего, компенсаторный акт. И здесь же следует заострить внимание на одном очень важном положении педиатрии – у детей довольно быстро включаются в действие компенсаторные механизмы (адаптивные), но, к сожалению, деятельность указанных компенсаторных механизмов порой быстро

истощается, т.е. компенсированные функции сменяются декомпенсированным состоянием. Рвота – сложный рефлекторный акт, обусловленный возбуждением рвотного центра, вызванным изменением внешней среды (укачивание, раздражение зрительных или обонятельных рецепторов), либо раздражениями, идущими из внутренней среды организма (заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, почек и т.д.). В большинстве случаев рвоте предшествует тошнота, а иногда гиперсаливация.

Рвотный центр располагается в продолговатом мозгу в нижней части дна 4 желудочка. Он находится вблизи дыхательного и кашлевого центров. По соседству с рвотным центром располагается хеморецепторная зона. Считается, что рвотный центр непосредственно активируется афферентными импульсами, возникающими в различных областях организма, тогда как хеморецепторная зона является местом воздействия многих лекарственных средств и токсинов. Хеморецепторная зона является передаточным пунктом, посылающим импульсы раздражения к рвотному центру. Таким образом, место возникновения рвотного рефлекса может быть как на периферии (рецепторы внутренних органов), так и в продолговатом мозгу (хеморецепторная пусковая зона). Рвотный центр находится также под регулирующим воздействием коры головного мозга.

Акт рвоты состоит из целого ряда последовательных, координированных между собой движений, которым предшествует глубокий вдох. Затем опускается надгортанник, одновременно поднимается гортань и закрывается голосовая щель (чем обеспечивается изоляция дыхательных путей от рвотных масс). Мягкое небо, приподнимаясь, отгораживает носовую полость. Сокращение привратника и расслабление дна желудка способствует передвижению содержимого желудка в область дна желудка. При плотно закрытом привратнике и широко раскрытом входе в желудок, расширенном и укороченном пищеводе происходит сильное сокращение диафрагмы и мышц брюшного пресса. Возникшее повышенное внутрибрюшное давление способствует стремительному выбрасыванию содержимого желудка наружу. Нередко акт рвоты сопровождается усиленной антиперистальтикой кишечника. В результате чего содержимое кишечника может попадать в желудок и составлять содержимое рвотных масс. Рвота сопровождается ощущением общей слабости, побледнением лица, выделением пота, падением артериального давления, учащением ритма сердечной деятельности. Указанные явления проходят с прекращением рвоты. В таблице 1 приведены примеры физиологических реакций, отмечаемые при тошноте и рвоте у детей.

Таблица 1.

Физиологические реакции, отмечающиеся при тошноте и рвоте

Изменения органов и систем	Основные причины
-----------------------------------	-------------------------

Гиперсаливация	Близкое расположение рвотного центра к черепным нервам, иннервирующим слюнные железы
Тахикардия	Стрессовая реакция
Снижение желудочной секреции	Угнетение эфферентной вагусной регуляции желудка
Дефекация	Близкое расположение рвотного центра к участкам мозга, контролирующим акт дефекации

Факторы, вызывающие рвотный рефлекс, многообразны, что находит свое объяснение в широких связях, существующих между рвотным центром и всеми системами организма. Следует обратить внимание на то, что еще ведущие педиатры прошлого Н.Ф.Филатов, М.С.Маслов придавали большое значение анализу характера рвоты для дифференциального диагноза и последующего лечения причин, вызывающих рвоту.

Рвоту, вызываемую многочисленными факторами, условно можно разделить на 3 группы.

1. Рвота неврогенного происхождения (источник которой лежит в головном, спинном мозге или звеньях периферической нервной системы).
2. Рвота висцерального происхождения (при поражении внутренних органов).
3. Гематогенно-токсическая рвота (обменные нарушения в организме или попадание ядов и токсических веществ).

К первой группе относятся: условнорефлекторная рвота, наступающая уже при виде или даже только при представлении каких-либо вызывающих отвращение факторов (насекомые в тарелке с едой и т.д.); психогенная рвота, связанная с острыми эмоциональными расстройствами, утомлением; рвота, вызванная расстройством мозгового кровообращения или органическим заболеванием мозга или его оболочек (приступы мигрени, сотрясение мозга, кровоизлияние в мозг, менингит, опухоль мозга); рвота при раздражении или поражении органов равновесия – мозжечка или ушного лабиринта (например, при укачивании, болезни Миньера); рвота при глаукоме – как один из очень важных и характерных симптомов острого приступа вследствие повышения внутриглазного давления; рвота, сопровождающая поражение спинного мозга. В таблице 2 представлена информация по характеристике рвоты центрального происхождения; таблица 3 содержит перечень основных признаков психогенной рвоты у детей.

Таблица 2.

Характеристика рвоты центрального происхождения

Признак	Наличие и выраженность
Тошнота	Может быть умеренной или 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
Можно ли самостоятельно прекратить рвоту	Нет
Характер рвотных масс	Желудочный сок, свежесъеденная пища или выпитая жидкость
Сопутствующие явления	Сильная головная боль
Патология других органов и систем	Проявления поражения центральной нервной системы, может быть очаговая симптоматика

Таблица 3.

Характеристика психогенной рвоты у детей

Признак	Наличие и выраженность
Пол	В основном женский
Возраст	Чаще у школьников
Тошнота	Часто отсутствует
Натуживание во время рвоты	Отсутствует, рвота происходит легко
Повторность рвоты	Чаще нехарактерна
Связь с приемом пищи	Вскоре после начала еды или может отсутствовать
Влияние настроения и других психогенных факторов	Характерно
Подавление рвоты	Удается не всегда
Характер рвотных масс	Свежесъеденная пища, без патологических примесей
Сопутствующие явления	Чаще отсутствуют
Место возникновения рвоты	В общественных местах случается редко
Сочетание с анорексией	Нередко

Ко второй группе рвот относятся состояния, связанные с раздражением слизистой оболочки желудка (острый гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь желудка или 12-ти перстной кишки, сужение и спазм привратника). Кроме того, к данной группе причин относят поражение кишечника (энтероколит, острый аппендицит, непроходимость); болезни желчного пузыря и печени (холецистит, желчекаменная болезнь, гепатиты); острый панкреатит; перитонит; воспаление внутренних половых органов у девушек, ранняя беременность; поражение почек; раздражение корня языка, зева, глотки, надгортанника.

Гематогенно-токсическую рвоту (3-я группа причин) могут вызывать различные ядовитые вещества, циркулирующие в крови. К ним относятся: яды, попавшие в организм извне, при вдыхании угарного газа, хлора, а также принятые внутрь или введенные другим способом, у некоторых пациентов ряд лекарственных средств (морфин, препараты

наперстянки, горицвета и др.). В данную группу относятся яды, образующиеся в самом организме (при функциональной недостаточности печени, почек), бактериальные токсины при инфекционных заболеваниях.

Анализируя жалобы родителей на наличие рвоты у ребенка обязательно необходимо выяснить у них следующие принципиально важные моменты. В отношении рвоты необходимо узнать – она однократная или повторная, возможно неукротимая, возникает натощак или после приема пищи. Какое содержание рвотных масс, их запах, дает ли рвота облегчение. Были ли погрешности в питании (родители часто склонны относить рвоту за счет якобы количественной перегрузки или качественного состава пищи). Имеется ли повышенная температура тела, если да, то сколько дней она длится. Очень важно выяснить - что появилось раньше – рвота или температура, были ли боли в животе. В таблице 4 представлены основные дифференциальные признаки в зависимости от причины рвоты.

Таблица 4.

Дифференциальный диагноз рвоты в зависимости от ее причины

Вид рвоты	Заболевания
Рвота пищеводного происхождения	Рвота во время приема пищи (стеноз пищевода, врожденный короткий пищевод, последствия ожогов пищевода)
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 желчно-каменной болезни	Упорная, навязчивая, сопровождается болями в правом подреберье
Рвота при дискинезии 12-ти перстной 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

Исследование рвотных масс может дать много ценного для диагностики ряда заболеваний ребенка. Обычно при осмотре определяют объем рвотных масс, изменение остатков пищи, наличие примесей и запах. При подозрении на инфекционно-токсический характер воспаления или на отравление рвотные массы направляют на лабораторное исследование. Объем рвотных масс, превышающий количество принятой перед этим пищи, указывает на расширение желудка и задержку эвакуации. Об этом же будет

говорить наличие в рвотных массах пищи, принятой за несколько часов до рвоты или накануне. Темно-коричневый и темно-зеленый цвет рвотных масс указывает на продолжительность пребывания пищи в желудке. Мало измененный вид кусочков хлеба или мяса, принятых за несколько часов до рвоты, свидетельствует о недостаточной переваривающей активности желудочного содержимого. Дифференциальный диагноз рвоты в зависимости от наличия примесей в рвотных массах представлен в таблице 5.

Таблица 5.

Дифференциальный диагноз рвоты в зависимости от наличия примесей

Характер примеси в рвотных массах	Причина данного состояния
Рвота пищей или свернувшимся молоком	Недоношенность, морфофункциональная незрелость, перекорм, аэрофагия, стеноз пищевода, атрезия пищевода, диафрагмальная грыжа, короткий пищевод
Рвота свернувшимся молоком	Пилоростеноз, аденогенитальный синдром, пищевая аллергия (гастроинтестинальная форма)
Примесь желчи	Атрезия или стеноз 12-ти перстной кишки, атрезия тонкой и толстой кишки, дискинезия желудочно-кишечного тракта (дуоденостаз), дуоденогастральный рефлюкс, мекониевый илеус, мекониевый перитонит, истинный мегадуоденум, мегаколон
Примесь слизи	Острый и хронический гастрит, пищевая аллергия (гастроинтестинальная форма), 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, гематоонкологические заболевания
Примесь свежей алой крови	Из отделов, расположенных выше желудка (носовое кровотечение, из десен, глотки, дыхательных путей), ожоги пищевода, язвы пищевода
«Кофейная гуща»	Из желудка и 12-ти перстной кишки (эрозивно-язвенное поражение), гастроинтестинальная форма пищевой аллергии (непереносимость белков коровьего молока, сои), при воспалении (геликобактерной этиологии или обусловленным вирусом Эпштейна-Барр)
Большое количество крови в рвотных массах	Массивное острое или длительное капиллярное кровотечение, ожог пищевода, язва пищевода, варикозное расширение вен

	пищевода, синдром портальной гипертензии
Примесь каловых масс	Поздняя стадия разных форм кишечной непроходимости
Гнилостный запах	Дивертикулы пищевода

Рвота натошак только жидким содержимым указывает на гиперсекрецию желудка. Примесь желчи в рвотных массах говорит о силе рвотных движений и неполном закрытии привратника. При свежем кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в рвотных массах отмечается алая кровь и, наоборот, при давних кровотечениях массы окрашены в темно-коричневый цвет. При молочнокислом брожении рвотные массы имеют кисловатый, прогорклый спиртовой запах, при уремическом состоянии – запах аммиака. В таблице 6 представлены сведения по дифференциальной диагностике рвоты в зависимости от запаха рвотных масс.

Таблица 6.

Дифференциальный диагноз рвоты в зависимости от запаха рвотных масс

Запах рвотных масс	Состояния, при которых он встречается
Запах прогорклого масла	Гипо- и 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

Рвота у детей встречается гораздо чаще, чем у взрослых, и наступает, как писал известный русский педиатр Н.Ф.Филатов, «тем легче, чем моложе ребенок». Рвота у детей имеет различное значение в диагностике заболеваний в зависимости от возраста; у старших детей она по характеру и причинам возникновения мало отличается от рвоты у взрослых. 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 кардии и пилоруса. Частота срыгиваний варьирует от 18 до 40% случаев у детей, обращающихся за консультацией к педиатру. 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%.

Какие же анатомо-физиологические особенности детей раннего возраста способствуют возникновению срыгиваний? Необходимо указать на следующие:

- морфологическая и функциональная незрелость нервно-мышечных структур пищеварительного тракта;
- вертикальное положение желудка;
- слабая выраженность малой кривизны и дна его;
- широкий вход и слабость кардиального сфинктера;
- сравнительно мощный пилорус и обилие в нем нервных сплетений, выраженное до 2-х летнего возраста.

Большое значение имеет и вхождение пищевода в желудок не под острым, а под прямым углом, что в сочетании почти с постоянным горизонтальным положением грудного ребенка может способствовать легкому поступлению жидкой пищи из желудка в пищевод. Срыгивание и рвота у детей первых недель и месяцев жизни чаще имеет функциональный характер. Простое срыгивание нередко наблюдается у детей при беспорядочном грудном кормлении, обычно при перекорме, и считается до известной степени «физиологическим» процессом, к 4-6 месяцам жизни оно прекращается. Так называемая «привычная» рвота наблюдается у детей-аэрофагов, которые при каждой глотке пищи проглатывают и воздух, находящийся в полости глотки. Это зависит от отсутствия так называемого «глотательного дыхания» - рефлекторного акта, состоящего в том, что при начале глотательного движения происходит слабый, но отчетливый вдох, производимый слабым сокращением диафрагмы. Это движение удаляет воздух из полости глотки и предохраняет желудок от раздувания. У маленьких детей такой автоматический рефлекс еще не выработан. Поэтому при заглатывании воздуха в желудок этот воздух вырывается с силой обратно из желудка в виде отрыжки увлекая за собой и содержимое желудка.

Встречаются дети с атонией, недостаточностью кардиального сфинктера, у которых срыгивание легко наступает при небольшом давлении на живот при пеленании ребенка или поднятии его после кормления, а также при напряжении брюшной стенки при плаче. При этом молоко из желудка легко затекает в пищевод и, раздражая его слизистую оболочку, может вызвать рвоту. Спазм сфинктеров кардии и пилоруса также может вызывать рвоту. При спазме кардиального сфинктера выливается молоко не измененное тотчас

после кормления или даже во время кормления. В качестве вспомогательной информации в таблице 7 приводим основные причины срыгиваний и рвот у детей раннего возраста.

Таблица 7.

Причины срыгиваний и рвот у детей раннего возраста

Функциональные	Органические
Нарушение рефлекторной деятельности	Пороки развития пищевода
Недоразвитие нервно-мышечного аппарата	Дивертикулы пищевода
Нарушение режима питания	Хиатальная грыжа
Гиповитаминоз В1	Пороки развития желудка (удвоение, «каскадный», пилоростеноз)
Патология нижележащих отделов ЖКТ	Пороки развития кишечника: стеноз 12-ти перстной кишки, атрезия тонкой кишки; мальротация кишки
Последствия перинатальной гипоксии: синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости; гипертензионно-гидроцефальный синдром	Врожденный паралич диафрагмы

Весьма часто синдром срыгиваний и рвоты на первом году жизни обусловлен перинатальной энцефалопатией. Она возникает в результате острой или хронической гипоксии (нехватки кислорода) плода и травм во время родов. Это так называемый синдром вегето-висцеральных дисфункций. Срыгивания и рвота не только доставляют сильное беспокойство родителям, они могут так же провоцировать развитие разных проблем у малыша: дефицит веса ребенка, нарушения обмена веществ, развития воспаления пищевода - эзофагита. При упорной рвоте организм младенца теряет большое количество воды, возникает дегидратация. Самым грозным осложнением является аспирация (попадание рвотных масс в дыхательные пути), с возможным развитием асфиксии новорожденных и синдрома внезапной смерти или аспирационной пневмонии (воспаление легких вследствие аспирации).

Распознавание рвоты органического происхождения у новорожденных детей имеет исключительно важное значение, т.к. упорная рвота в этом возрасте является ведущим симптомом ряда пороков развития, нарушающих прохождение пищи по пищеварительному тракту и требующих 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. 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.

При дифференциальном диагнозе рвоты у новорожденных следует помнить о возможности меконияльной непроходимости (при илеусе и перитоните), возникающей при муковисцидозе. У детей первых недель жизни упорная рвота может быть симптомом адреногенитального синдрома (сольтеряющая форма) с нарушением обмена электролитов.

У старших детей рвота утром натощак с выделением большого количества слюны и слизи наблюдается при хроническом гастродуодените с повышением секреторной активности слизистой желудка вследствие накопления в нем значительного количества желудочного сока. Всегда при наличии рвоты необходимо уточнить у родителей больного ребенка время наступления ее, связь с приемом пищи, с наличием болей в животе, количеством и характером рвотных масс и примесей к ним.

Рвота через 10-15 минут после еды наблюдается при функциональной диспепсии, остром гастрите, опухолевом процессе кардиального отдела желудка. Рвота пищей, съеденной накануне и даже за 1-2 дня до ее возникновения, характерна для стеноза привратника. Следует подчеркнуть тот факт, что у детей с язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки рвота часто возникает на высоте болевого синдрома, причем после рвоты боли стихают, т.е. наступает облегчение. При остром панкреатите, почечной колике рвота не вызывает прекращения болей. Таким образом, наиболее часто рвота возникает при различных заболеваниях верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Так называемая «пищеводная» рвота встречается при дивертикулах и сужениях пищевода, характеризуется содержанием в рвотных массах мало измененной пищи, отсутствием соляной кислоты, иногда гнилостным запахом.

При острой кишечной инфекции рвота может быть в самом начале заболевания, причем нечасто. При остром аппендиците рвота наблюдается чаще. Характерна постоянная рвота при непроходимости кишечника, а рвотные массы принимают фекальный характер. Острый перитонит сопровождается постоянной мучительной рвотой, при этом сопутствующей тошноты почти не наблюдается. Рвота у детей может возникать при эмболии и тромбозе мезентериальных сосудов, при ущемленных грыжах, гельминтозах. Нередко рвота наблюдается при заболеваниях печени, почек, мочевыводящих путей. Часто в хирургические отделения поступают дети с картиной абдоминального синдрома с рвотой на фоне повышенной температуры с дизурическими проявлениями. В данном случае может иметь место классическая картина острого пиелонефрита.

Родители каждого ребенка (особенно младенца!) должны знать о том, в каких случаях при появлении рвоты требуется немедленная помощь врача. необходимо

вызывать «скорую помощь» в случаях, если у ребенка наблюдаются следующие симптомы:

- в рвотных массах примесь крови красного или коричневого цвета;
- частая повторная рвота, особенно фонтаном, (более четырех раз за 2 часа), приводит к быстрому обезвоживанию;
- рвота, сопровождаемая высокой температурой, сильной головной болью;
- значительная вялость ребенка при рвоте, нарушение сознания;
- рвота, которая возникает после падения ребенка, травмы головы;
- рвота, сопровождаемая болью в животе, отсутствием стула (перистальтики кишечника);
- рвота с необычным запахом мочи (ацетона, кленового сиропа, потных ног, сыра, прелых листьев и др.);
- рвота в сочетании с желтухой и увеличением печени.

Суммируя вышеприведенную информацию, с целью практического использования ее и закрепления представленного материала, в таблице 8 приведены возрастные особенности причин, способствующих возникновению рвоты у детей.

Таблица 8

Основные причины рвоты у детей в зависимости от возраста

Младенцы	Дети дошкольного возраста	Дети школьного возраста и подростки
<p>Инфекции</p> <ul style="list-style-type: none"> - гастроэнтерит - средний отит - поражение дыхательных путей - коклюш -менингит - поражение мочевыводящих путей <p>Непереносимость белка коровьего молока</p> <p>Лактазная недостаточность</p> <p>Обструкция кишечника</p> <ul style="list-style-type: none"> - пилоростеноз - атрезия (дуоденальная и др.) - инвагинация кишки - незавершенный поворот кишки - болезнь Гиршпрунга - другая хирургическая патология <p>Врожденные нарушения метаболизма</p>	<p>Инфекции</p> <ul style="list-style-type: none"> - гастроэнтерит - ЛОР-органов - дыхательных путей - коклюш - менингит - поражение мочевыводящих путей <p>Острый аппендицит</p> <p>Обструкция кишечника</p> <ul style="list-style-type: none"> - инвагинация кишки - незавершенный поворот кишки - непроходимость - инородное тело <p>Целиакия</p> <p>Внутричерепная гипертензия</p> <p>Почечная недостаточность</p> <p>Врожденные нарушения метаболизма</p>	<p>Инфекции</p> <ul style="list-style-type: none"> - (в том числе гастроэнтерит, пиелонефрит, менингит, септицемия) <p>Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки</p> <p>Острый аппендицит</p> <p>Целиакия</p> <p>Диабетический кетоацидоз</p> <p>Прием алкоголя / лекарственных средств</p> <p>Мигрень</p> <p>Нервная булемия /анорексия</p> <p>Внутричерепная гипертензия</p> <p>Почечная недостаточность</p> <p>Беременность (у девушек-подростков)</p>

Врожденная гипоплазия надпочечников Почечная недостаточность		
---	--	--

В заключение следует еще раз привлечь внимание медицинских работников и родителей детей и подростков к часто наблюдаемому симптому рвоты, которая бывает обусловлена различными состояниями, основные из которых перечислены выше, а также иллюстративно представлены в таблицах. Суть сестринского процесса при синдроме рвоты сводится, прежде всего, к оценке состояния ребенка, выяснению причин путем тщательного сбора анамнеза, своевременному направлению пациента к врачу. Лечебно-профилактические мероприятия при синдроме рвоты у детей и подростков будут представлены в следующем номере журнала.

Литература

1. Василевский И.В. Клинико-фармакологические подходы к лечению заболеваний системы пищеварения у детей и подростков. В кн.: Видаль Специалист Беларусь. Справочник «Педиатрия».-Москва: Видаль Рус, 2015.- С. 313 – 364.
2. Василевский И.В. Клинические проявления аллергических заболеваний пищеварительного тракта // Медицинские знания.- 2015.- № 2.- С. 3 – 8.
3. Диагностика детских болезней: Справочник / М.В.Чичко, А.А.Астапов, П.Аренс, И.В.Василевский и др.; сост. и ред. М.В.Чичко.- Мн.: Беларусь, 2002.- С. 227 – 233.
4. Захарова И.Н. . Срыгивание и рвота у детей: что делать? / Consilium Medicum. Педиатрия. (Прил.).- 2009.- № 3.- С. 58 – 67.
5. Захарова И.Н., Андрюхина Е.Н. Синдром срыгивания и рвоты у детей раннего возраста / Педиатрическая фармакология.- 2010.- № 4.- С. 106 – 112.