

**КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ
СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ
СОСТОЯНИЙ У МЛАДЕНЦЕВ С СИНДРОМОМ РВОТЫ**

Шамсиев Азамат Мухитдинович

д.м.н., профессор кафедры Детской хирургии №1

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Раббимова Дильфуза Тоштемировна

д.м.н., доцент, Пропедевтики детских болезней

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Мамутова Эвелина Сергеевна

ассистент кафедры Пропедевтики детских болезней

Самаркандский Государственный Медицинский Университет.

Аннотация: Проведен ретроспективный анализ 348 младенцев первых трех месяцев жизни с синдромом рвоты, находившихся на обследовании и лечении в специализированном детском хирургическом стационаре в 2017–2024 гг. Хирургическая патология гастродуоденальной зоны выявлена у 103 (29,6%) пациентов, нехирургические причины — у 245 (70,4%). Дефицит массы тела и аспирационная пневмония достоверно чаще встречались при хирургической патологии и имели высокое диагностическое значение: $OR=7,04$ и $OR=9,13$ соответственно ($p<0,001$). Полученные результаты позволяют рассматривать сочетание упорной рвоты с выраженным дефицитом массы тела и аспирационными осложнениями как признаки повышенной вероятности органической патологии гастродуоденальной зоны и необходимости ее своевременного исключения.

Ключевые слова: младенцы, синдром рвоты, дифференциальная диагностика, хирургическая патология, дефицит массы тела, аспирационная пневмония; анемия, искусственное вскармливание.

Введение

Актуальность. Синдром рвоты у младенцев первых месяцев жизни является полиэтиологичным состоянием и может быть проявлением как врожденной хирургической патологии желудочно-кишечного тракта, так и перинатальных, соматических и алиментарно-функциональных нарушений. Значительные диагностические трудности возникают при сочетании нескольких патологических состояний, способных модифицировать клиническую картину, усугублять тяжесть состояния ребенка и затруднять своевременное разграничение хирургических и нехирургических причин рвоты. В связи с этим изучение структуры сопутствующей патологии и ее особенностей при различных причинах синдрома рвоты представляет практический интерес для совершенствования первичной дифференциальной диагностики.

Цель исследования - изучить структуру и частоту сопутствующих заболеваний и патологических состояний у младенцев с синдромом рвоты и определить их клинико-диагностическое значение при хирургических и нехирургических причинах заболевания.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 348 младенцев первых трех месяцев жизни, поступивших в специализированный детский хирургический стационар в 2017-2024 гг. с клиническими проявлениями врожденной высокой кишечной непроходимости, ведущим симптомом которой являлась рвота. По результатам комплексного обследования хирургическая патология гастродуоденальной зоны установлена у 103 (29,6%) пациентов, нехирургические причины синдрома рвоты - у 245 (70,4%), в том числе

перинатальная патология центральной нервной системы (ППЦНС) - у 136 (39,1%), синдром рвоты, ассоциированный с искусственным вскармливанием, - у 109 (31,3%) младенцев.

Проведен сравнительный анализ сопутствующих заболеваний и патологических состояний в зависимости от ведущей причины синдрома рвоты. Поскольку у одного пациента одновременно могло выявляться несколько состояний, суммарная частота превышала 100%. Для оценки различий частот использовали критерий χ^2 Пирсона. Дополнительно хирургическую группу (n=103) сопоставляли с объединенной группой пациентов с нехирургическими причинами синдрома рвоты (n=245) с расчетом отношения шансов (OR) и 95% доверительного интервала (ДИ). Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты

У 348 обследованных младенцев с учетом отделения ведущей причины заболевания от сопутствующей патологии зарегистрировано 959 сопутствующих заболеваний и патологических состояний, что составило 275,6 случая на 100 пациентов и свидетельствовало о высокой частоте сочетанной патологии. В общей выборке анемия выявлена у 219 (62,9%) младенцев, дефицит массы тела — у 161 (46,3%), аспирационная пневмония — у 137 (39,4%), гипербилирубинемия — у 115 (33,0%), внутриутробное инфицирование — у 76 (21,8%). ППЦНС в качестве сопутствующей патологии выявлена у 107 (30,7%) пациентов, у которых она не являлась ведущей причиной синдрома рвоты, а нарушения, связанные с искусственным вскармливанием, в качестве сопутствующего состояния — у 144 (41,4%) младенцев.

Структура сопутствующей патологии существенно различалась в зависимости от ведущей причины синдрома рвоты. Наибольшее число сопутствующих состояний зарегистрировано у пациентов с хирургической патологией гастродуоденальной зоны — 410 случаев у

103 младенцев (398,1 случая на 100 пациентов). В данной группе наиболее часто выявлялись дефицит массы тела — у 80 (77,7%) и аспирационная пневмония — у 77 (74,8%) пациентов. Анемия отмечена у 71 (68,9%), нарушения, связанные с искусственным вскармливанием, — у 62 (60,2%), ППЦНС — у 44 (42,7%), гипербилирубинемия — у 41 (39,8%), внутриутробное инфицирование — у 35 (34,0%) младенцев.

У пациентов, у которых ведущей причиной синдрома рвоты являлась ППЦНС (n=136), зарегистрировано 330 сопутствующих состояний (242,6 случая на 100 пациентов). В их структуре преобладали анемия — 87 (64,0%) и нарушения, связанные с искусственным вскармливанием, — 82 (60,3%). Дефицит массы тела выявлен у 49 (36,0%), гипербилирубинемия — у 43 (31,6%), аспирационная пневмония — у 38 (27,9%), внутриутробное инфицирование — у 31 (22,8%) пациента.

У младенцев с синдромом рвоты, ассоциированным с искусственным вскармливанием (n=109), зарегистрировано 219 сопутствующих состояний (200,9 случая на 100 пациентов). Наиболее часто выявлялись ППЦНС — у 63 (57,8%) и анемия — у 61 (56,0%) пациента. Дефицит массы тела отмечен у 32 (29,4%), гипербилирубинемия — у 31 (28,4%), аспирационная пневмония — у 22 (20,2%), внутриутробное инфицирование — у 10 (9,2%) младенцев.

Сравнительный анализ трех групп показал наиболее выраженные различия по частоте аспирационной пневмонии и дефицита массы тела. Аспирационная пневмония при хирургической патологии выявлена у 74,8% пациентов против 27,9% при ППЦНС и 20,2% при синдроме рвоты, ассоциированном с искусственным вскармливанием ($\chi^2=78,29$; $p<0,001$). Дефицит массы тела отмечен соответственно у 77,7%, 36,0% и 29,4% пациентов ($\chi^2=59,13$; $p<0,001$).

Статистически значимые межгрупповые различия выявлены также по частоте внутриутробного инфицирования — 34,0%, 22,8% и 9,2% соответственно ($\chi^2=19,21$; $p<0,001$). В то же время частота анемии — 68,9%, 64,0% и 56,0% ($\chi^2=3,92$; $p=0,141$) и гипербилирубинемии — 39,8%, 31,6% и 28,4% соответственно ($\chi^2=3,30$; $p=0,192$) статистически значимо между группами не различалась.

При непосредственном сравнении хирургической и объединенной нехирургической групп различия оказались наиболее выраженными по аспирационным и нутритивным нарушениям. Аспирационная пневмония выявлена у 74,8% пациентов с хирургической патологией против 24,5% при нехирургических причинах синдрома рвоты; отношение шансов наличия данного осложнения при хирургической патологии составило $OR=9,13$ (95% ДИ 5,37–15,54; $p<0,001$). Дефицит массы тела выявлен соответственно у 77,7% и 33,1% пациентов; $OR=7,04$ (95% ДИ 4,13–12,02; $p<0,001$). Внутриутробное инфицирование также чаще отмечалось в хирургической группе — 34,0% против 16,7% в нехирургической; $OR=2,56$ (95% ДИ 1,51–4,34; $p<0,001$).

Различия по анемии и гипербилирубинемии были значительно менее выраженными. Анемия выявлена у 68,9% пациентов хирургической и 60,4% нехирургической группы ($OR=1,45$; 95% ДИ 0,89–2,37; $p=0,133$), гипербилирубинемия — соответственно у 39,8% и 30,2% ($OR=1,53$; 95% ДИ 0,95–2,47; $p=0,082$), что не достигало статистической значимости.

Заключение

Для младенцев с синдромом рвоты характерна высокая частота сочетанных заболеваний и патологических состояний, структура которых существенно зависит от ведущей причины заболевания. Наибольшая отягощенность сопутствующей патологией установлена

при хирургических заболеваниях гастродуоденальной зоны — 398,1 случая на 100 пациентов против 242,6 при ППЦНС и 200,9 при синдроме рвоты, ассоциированном с искусственным вскармливанием.

Использованная литература

1. Burge D.M. The management of bilious vomiting in the neonate // Early Human Development // 2016. Vol.102. P.41-45. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2016.09.002.
2. Silva N.T., Young J.A., Wales P.W. // Understanding neonatal bowel obstruction: building knowledge to advance practice // Neonatal Network. 2006. Vol. 25, No.5. P. 303-318. DOI: 10.1891/0732-0832.25.5.303.
3. Di Lorenzo C. // Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition // Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2018. Vol. 66, No.3. P. 516-554.
4. Hernanz-Schulman M. // Imaging of congenital anomalies of the gastrointestinal tract//Radiologic Clinics of North America.2003.Vol.41. P.1011-1032.
5. Dalla Vecchia L.K., Grosfeld J.L., West K.W., Rescorla F.J., Scherer L.R., Engum S.A. // Intestinal atresia and stenosis: a 25-year experience with 277 cases // Archives of Surgery. 1998. Vol. 133, No.5. P. 490-496.
6. Godbole P., Stringer M.D. // Bilious vomiting in the newborn: rapid diagnosis of intestinal obstruction // Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition. 2002. Vol. 86, No.3. P. 204-207.
7. Kimura K., Loening-Baucke V. // Bilious vomiting in the newborn: rapid diagnosis of intestinal obstruction // American Family Physician. 2000.Vol. 61, No.9. P. 2791-2798.

8. Spigland N., Yazbeck S., Bensoussan A.L. // Intestinal atresia and stenosis: a review of 277 cases // Journal of Pediatric Surgery. 1990. Vol. 25, No.8. P. 800-804.
9. Davenport M. // ABC of general paediatric surgery. The vomiting infant // BMJ. 2000. Vol. 320. P. 1036-1039.
10. Macdessi J., Oates R.K. Clinical and ultrasound features in infants with hypertrophic pyloric stenosis // Journal of Paediatrics and Child Health. 1993. Vol. 29, No. 1. P. 53-56.
11. Tovar J.A. // The surgical management of neonatal intestinal obstruction // Seminars in Pediatric Surgery. 1999. Vol. 8, No. 4. P. 207-215.
12. Jadcherla S.R., Kliegman R.M. // Studies of feeding and gastrointestinal dysfunction in infants with neurological impairment // Pediatric Clinics of North America. 2004. Vol. 51, No.5. P. 1357-1375.