

**ФГБОУ ВО «Донецкий национальный медицинский университет им.  
М. Горького» МЗ РФ**

**ЭКСТРАЗОФАГЕАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ  
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ  
БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Доценты кафедры педиатрии №2  
Шабан Наталья Ивановна,  
Журбий Оксана Евгеньевна.**

**Донецк 2024**

# АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) является одной из актуальных задач в детской гастроэнтерологии, в связи с её широкой распространенностью, в том числе и среди детей, разнообразием клинических проявлений, включая большое число «внепищеводных» жалоб, порой затрудняющих своевременную постановку диагноза, возможностью развития серьезных осложнений, необходимостью длительного медикаментозного лечения. Недооценка нетипичного течения ГЭРБ с внепищеводными симптомами, может стать причиной диагностических ошибок, ведущих к неправильной тактике ведения и лечения пациентов

# Эпидемиология

Частота выявления рефлюкс-эзофагита у детей с заболеваниями пищеварительной системы составляет от *8,7% до 17%*. В исследовании D. Artanti и соавт. (2019) распространенность симптомов ГЭРБ у подростков в возрасте от 12 до 18 лет варьировалась от *10,9 до 32,9%*.

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЭРБ

*Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)–*  
хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное  
нарушением моторно-эвакуационной функции  
гастроэзофагеальной зоны и характеризующийся  
спонтанным или регулярно повторяющимся  
забрасыванием в пищевод желудочного и/или  
дуоденального содержимого, что приводит к повреждению  
дистального отдела пищевода.

ВОЗ 1996 г.



# Классификация

**В 2006 г.**, на Всемирном Конгрессе гастроэнтерологов в Монреале было предложено выделять 3 формы ГЭРБ:

- неэрозивную (НЭРБ), составляющую примерно 60% всех случаев заболевания,
- эрозивную (ЭРБ), составляющую около 35%,
- пищевод Барретта, на долю которого приходится 5% случаев ГЭРБ.

# Рабочая классификация ГЭРБ у детей (Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е., 2006)

I. Степень выраженности ГЭР (по результатам эндоскопического исследования):

- ГЭР без эзофагита,
- ГЭР с эзофагитом (I-IV степени),
- Степень моторных нарушений в зоне пищеводно-желудочного перехода (А, В, С)

II. Степень выраженности ГЭР (по результатам рентгенологического исследования):

- ГЭР (I-IV),
- Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (СГПОД).

III. Внепищеводные проявления ГЭРБ:

- Бронхолегочные,
- Оториноларингологические,
- Кардиологические,
- Стоматологические.

IV. Осложнения ГЭРБ:

- Пищевод Барретта,
- Стриктура пищевода,
- Постгеморрагическая анемия

# Эндоскопическая классификация эзофагита Система эндоскопических признаков ГЭР у детей (по G.Tytgat в модификации В.Ф. Приворотского).

## Морфологические изменения

0 степень - отсутствие визуальных признаков воспаления слизистой оболочки пищевода.

I степень - умеренно выраженная очаговая эритема и/или рыхлость слизистой абдоминального отдела пищевода.

II степень - то же + тотальная гиперемия абдоминального отдела пищевода с очаговым фибринозным налетом и возможным появлением одиночных поверхностных эрозий, чаще линейной формы, располагающихся на верхушках складок слизистой.

III степень - то же + распространение воспаления на грудной отдел пищевода. Множественные (иногда сливающиеся) эрозии, расположенные не циркулярно. Возможна повышенная контактная ранимость слизистой.

IV степень - язва пищевода. Синдром Барретта. Стеноз пищевода.

## Моторные нарушения:

- A. Умеренно выраженные моторные нарушения в области НПС (подъем Z-линии до 1 см), кратковременное спровоцированное субтотальное (по одной из стенок) пролабирование на высоту 1-2 см., снижение тонуса НПС.
- B. Отчетливые эндоскопические признаки недостаточности кардии, тотальное или субтотальное спровоцированное пролабирование на высоту более 3 см с возможной частичной фиксацией в пищеводе.
- C. То же + выраженное спонтанное или спровоцированное пролабирование выше ножек диафрагмы с возможной частичной фиксацией



# Предрасполагающие факторы к ГЭРБ у детей

- нарушение режима, качества и объема питания, пороки развития пищевода,
- хирургические вмешательства в гастроэзофагеальной области,
- патологию центральной нервной системы, незрелость вегетативной нервной системы,
- прием некоторых лекарственных препаратов,
- у подростков такие вредные привычки, как употребление газированных напитков, алкоголя и курение

## Диагноз ГЭРБ может быть выставлен:

- только на основании характерных симптомов, вызывающих беспокойство пациента

или

- при выявлении изменений со стороны слизистой пищевода (по данным эндоскопического исследования или электронно-микроскопического исследования биоптата пищевода)

или

- на основании инструментальных методов, подтверждающих рефлюкс содержимого желудка (при рН-мониторировании пищевода) при наличии типичных симптомов или осложнений

# Симптомы и признаки, которые могут связаны с ГЭРБ у младенцев и детей от 0 до 18 лет (ESPGHAN, NASPGHAN 2018 г)

## ОБЩИЕ СИМПТОМЫ:

Дискомфорт, раздражительность  
Недостаточность питания  
Отказ от еды  
Синдром Сандифера

## ЖКТ:

Периодическая регургитация с /без  
рвоты у старшего ребёнка  
Изжога/боль в груди  
Колики  
Кровавая рвота  
Дисфагия/Одинофагия

## ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ:

Одышка  
Стридор  
Кашель  
Охриплость

## ПРИЗНАКИ:

Эрозия эмали зубов  
Анемия

Эзофарит  
Стриктура пищевода  
Пищевод Барретта

Апноэ  
Удушье  
Рецидивирующая пневмония,  
связанная с аспирацией  
Рецидивирующий средний отит

# ТИПИЧНЫЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ГЭРБ

**ИЗЖОГА**-наиболее характерный симптом, встречается у 83% пациентов, обусловлен длительным контактом желудочного содержимого со слизистой пищевода. Количество- наличие двух и более раз в неделю (реургитация не учитывается)

**ОТРЫЖКА** – воздухом, кислым, горьким. Отрыжка горьким –ГЭР и дуоденогастральный рефлюкс

**СИМПТОМ «МОКРОГО ПЯТНА»**

**РЕГУРГИТАЦИЯ**- усиливается при физическом напряжении и при положении тела, способствующего реургитации (поза огородника)

**ОДИНОФАГИЯ** – причиной может быть эрозивно-язвенные поражения слизистой пищевода

**ДИСФАГИЯ** –в основе- гипермоторная дискинезия пищевода. Ощущение «кома» за грудиной, чувство задержки пищи за грудиной во время или после акта глотания, принятие вынужденного положения , немного вперед, дети запивают пищу водой или делают частые глотательные движения

# Экстраэзофагеальные симптомы

**БРОНХОЛЁГОЧНЫЙ СИНДРОМ:** Хронический кашель, пароксизмальное ночное апноэ, приступы пароксизмального кашля, рефлюкс-индуцированная бронхиальная астма, хроническая пневмония, рецидивирующий и хронический бронхит, затяжной бронхит

**ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ:** постоянное покашливание, «застревание» пищи в глотке или чувство «комка» в горле, першение и охриплость голоса, стенозирование гортани, боли в ухе, фарингит, ларингит, язвы, гранулёмы, полипы голосовых складок.

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ:** эрозии эмали зубов, стоматит, периодонтит, кариес

**КАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ:** аритмии, вследствие инициации эзофагокардиального рефлекса, феномен удлинения интервала PQ

**АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**

# Инструментальная диагностика\* :

- Рекомендовано выполнить ультразвуковое исследование (УЗИ) верхних отделов •  
желудочно-кишечного тракта с водно-сифонной пробой
- Рекомендовано проведение ФЭГДС с биопсией из пищевода для диагностики пищевода Барретта и других причин эзофагита, кроме ГЭР.
- Рекомендовано выполнение рентгенологического исследования ЖКТ (исследование пищевода и желудка с барием в прямой и боковой проекциях и в положении Тренделенбурга с небольшой компрессией брюшной полости).
- *При неэффективности стандартных схем терапии* рекомендовано измерение кислотности среды – **внутрипищеводная рН-метрия** (суточный рН-мониторинг). «Золотым стандартом" определения патологического ГЭР считается суточное рН-мониторирование, позволяющее не только зафиксировать рефлюкс, но и определить степень его выраженности, а также выяснить влияние различных провоцирующих моментов на его возникновение и подобрать адекватную терапию
- *При неэффективности стандартных схем терапии* рекомендовано выполнение **манометрии пищевода.**, один из наиболее точных методов, позволяет установить границы НПС, оценить его состоятельность и способность к релаксации при глотании (нижними границами нормы для НПС является давление 6 мм рт.ст., общая длина сфинктера 2 см, а протяженность внутрибрюшного сегмента его – 1 см.) Наиболее перспективным в настоящее время считается синхронное исследование рН в пищеводе и манометрия НПС \* \*.

\* Клинические рекомендации ГЭРБ у детей», 2016

\* \* НПС - нижний пищеводный сфинктер

## **Цель работы:**

**ИЗУЧИТЬ РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ,  
ОСОБЕННОСТИ ВНЕПИЩЕВОДНЫХ  
СИМПТОМОВ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО  
ВОЗРАСТА ПРИ ГЭРБ.**

## **Обследовано 46 детей в возрасте от 8 до 18 лет.**

<b>Основная группа</b>	<b>28 детей с ГЭРБ (17 (60,7%) мальчиков и 11 (39,3%). девочек среди которых : у 6 (21,4%) пациентов ГЭРБ с эзофагитом, 22 (78,6%) детей ГЭРБ без эзофагита</b>
<b>Группа сравнения (контроля)</b>	<b>24 пациента (14 (58,3%) мальчиков и 10 (41,6%) девочек с хроническим гастродуоденитом (ХГД) в стадии обострения Длительность течения ГЭРБ и ХГД составляла от 2-4 лет (в среднем <math>3 \pm 1,2</math> года).</b>

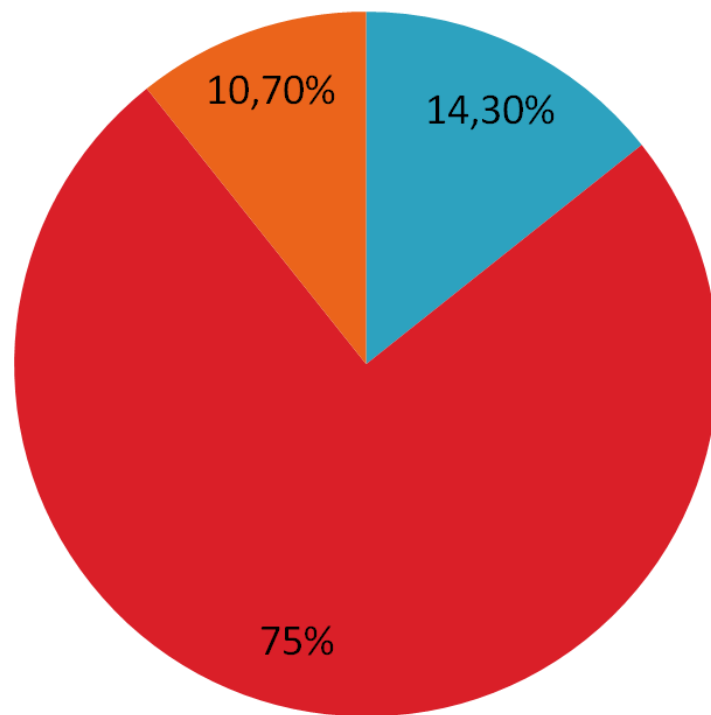


# Методы исследования

- **общеклинические, биохимические, электрофизиологические (ультразвуковое исследование (УЗИ) верхних отделов желудочно-кишечного тракта с водно-сифонной пробой, УЗИ ОБП), ФЭГДС с биопсией из пищевода, по показаниям – рентгенологическое исследования ЖКТ ( пищевода и желудка с барием ).**
- **статистическая обработка данных: статистический пакет «Statistica 5,5».**

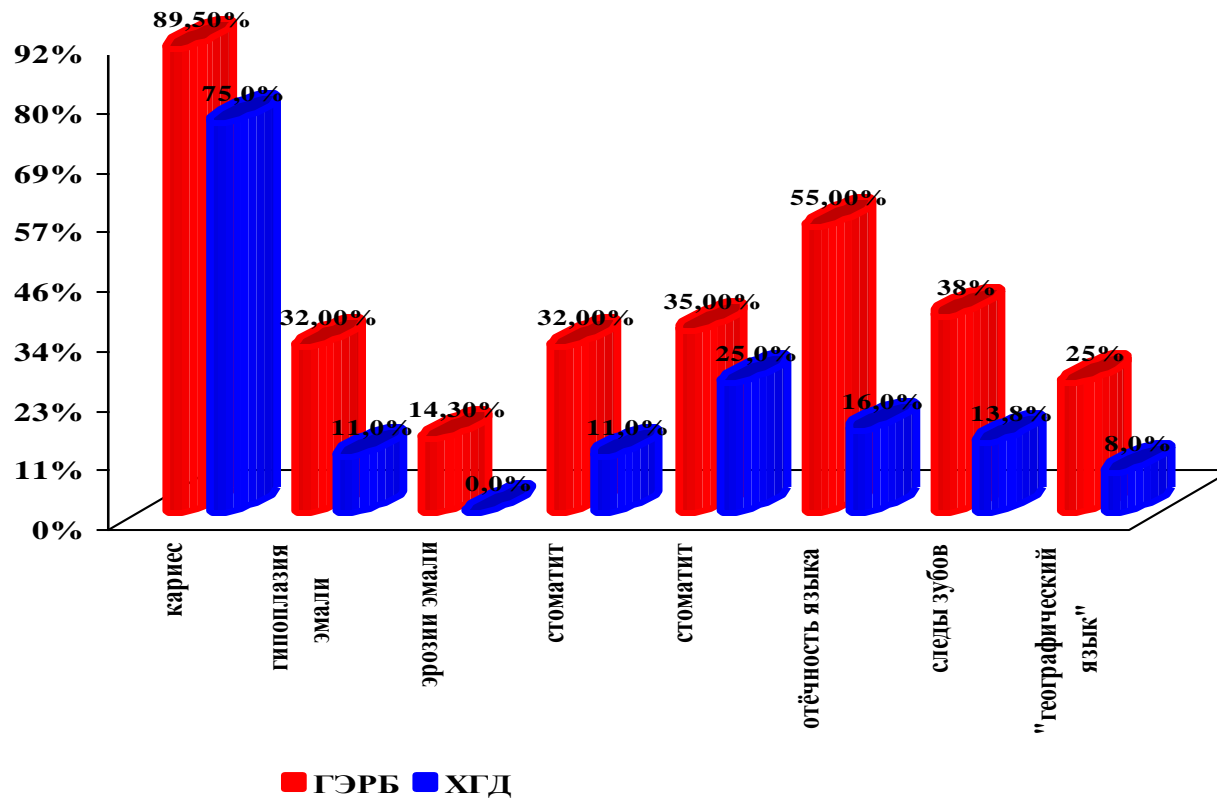
<b>Жалобы</b>	<b>ГЭРБ (n=28)</b>	<b>ХГД (n=24)</b>
<b>Астенический синдром</b>	<b>12 (42,9%)</b>	<b>5 (20,8%)</b>
<b>Метеочувствительность</b>	<b>9 (32,1%)</b>	<b>3 (12,5%)</b>
<b>Отрыжка</b>	<b>22 (78,6%)</b>	<b>6 (25%)</b>
<b>Изжога</b>	<b>17 (60,7%)</b>	<b>8 (33,3%)</b>
<b>Галитоз</b>	<b>15 (53,6%)</b>	<b>7 (29,2%)</b>
<b>Регургитация</b>	<b>10 (35,7%)</b>	<b>0</b>
<b>Дисфагия</b>	<b>14 (50%)</b>	<b>3 (12,5%)</b>
<b>Тяжесть в эпигастрии</b>	<b>13 (46,4%)</b>	<b>5 (20,8%)</b>
<b>Боли в эпигастрии</b>	<b>10 (35,7%)</b>	<b>7 (29,2%)</b>
<b>Боли в параумбиликальной обл.</b>	<b>15 (53,6%)</b>	<b>14 (58,3%)</b>

# Частота встречаемости проявлений ГЭРБ у детей

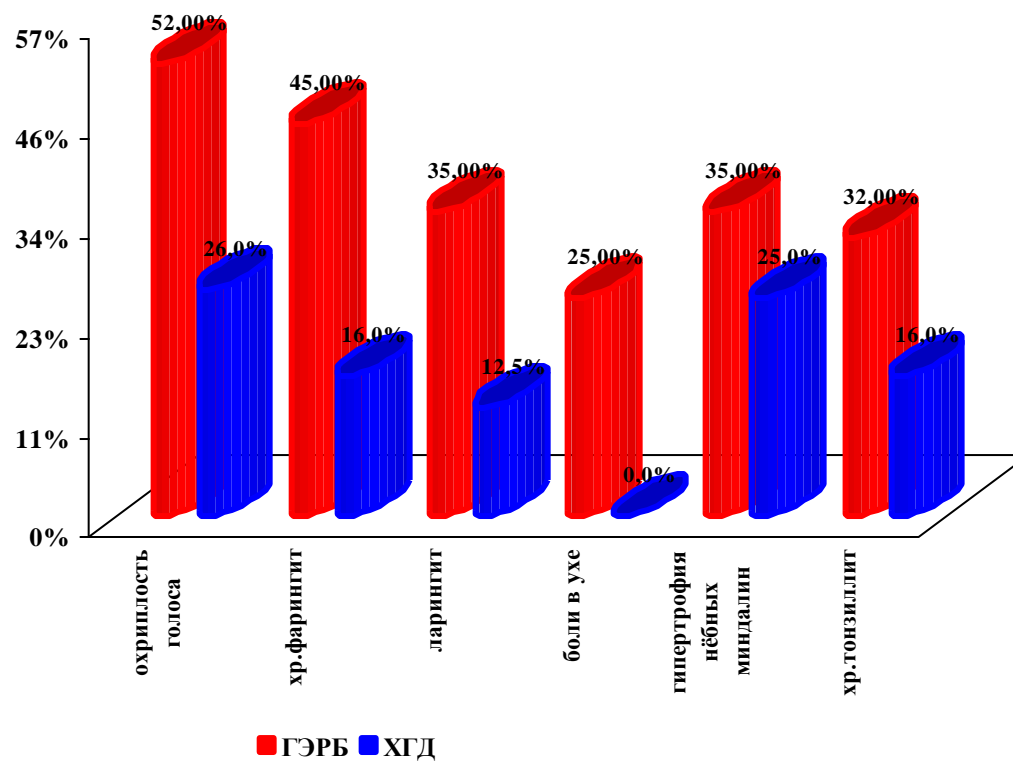


- Типичные пищеводные проявления
- Сочетание пищеводных и внепищеводных симптомов
- Внепищеводные проявления

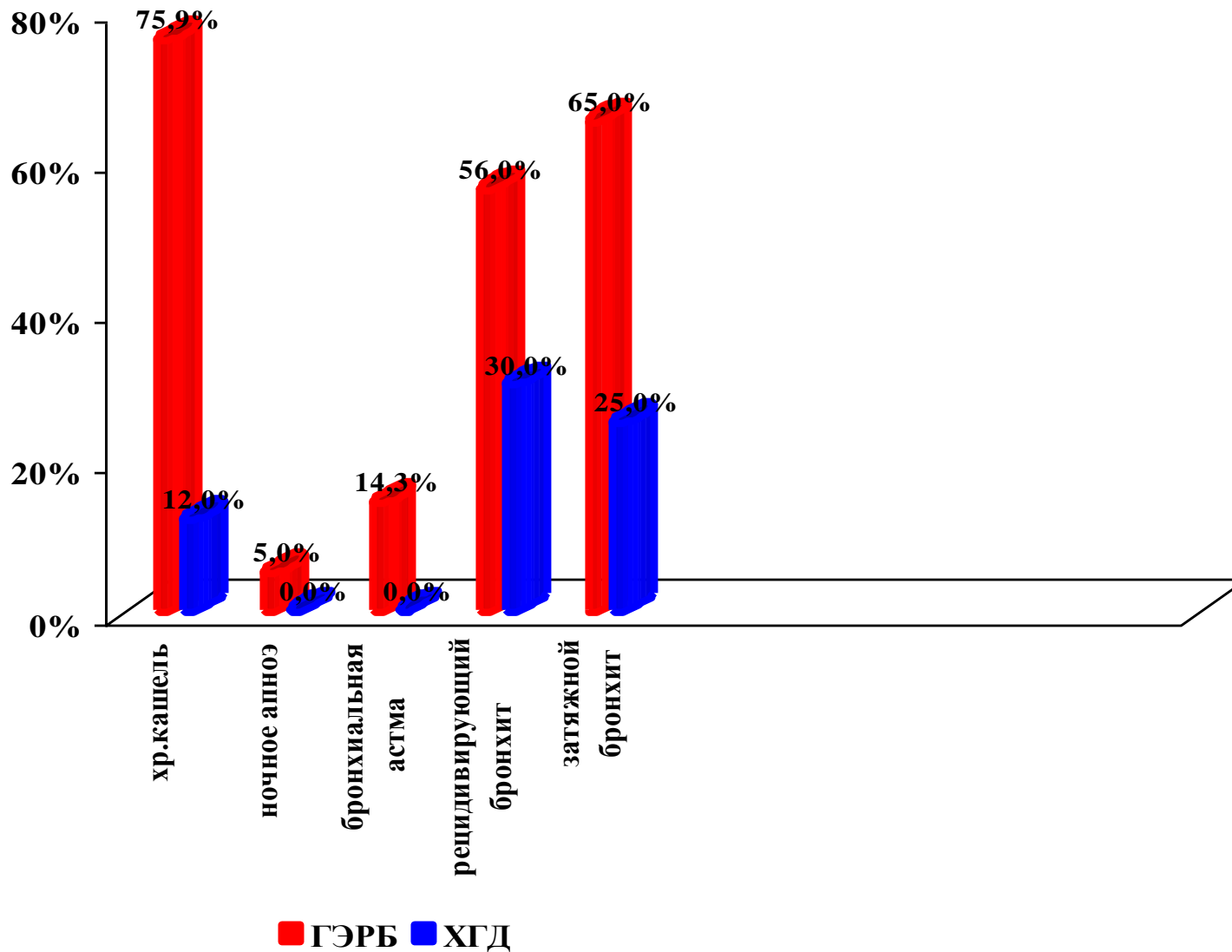
# СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ



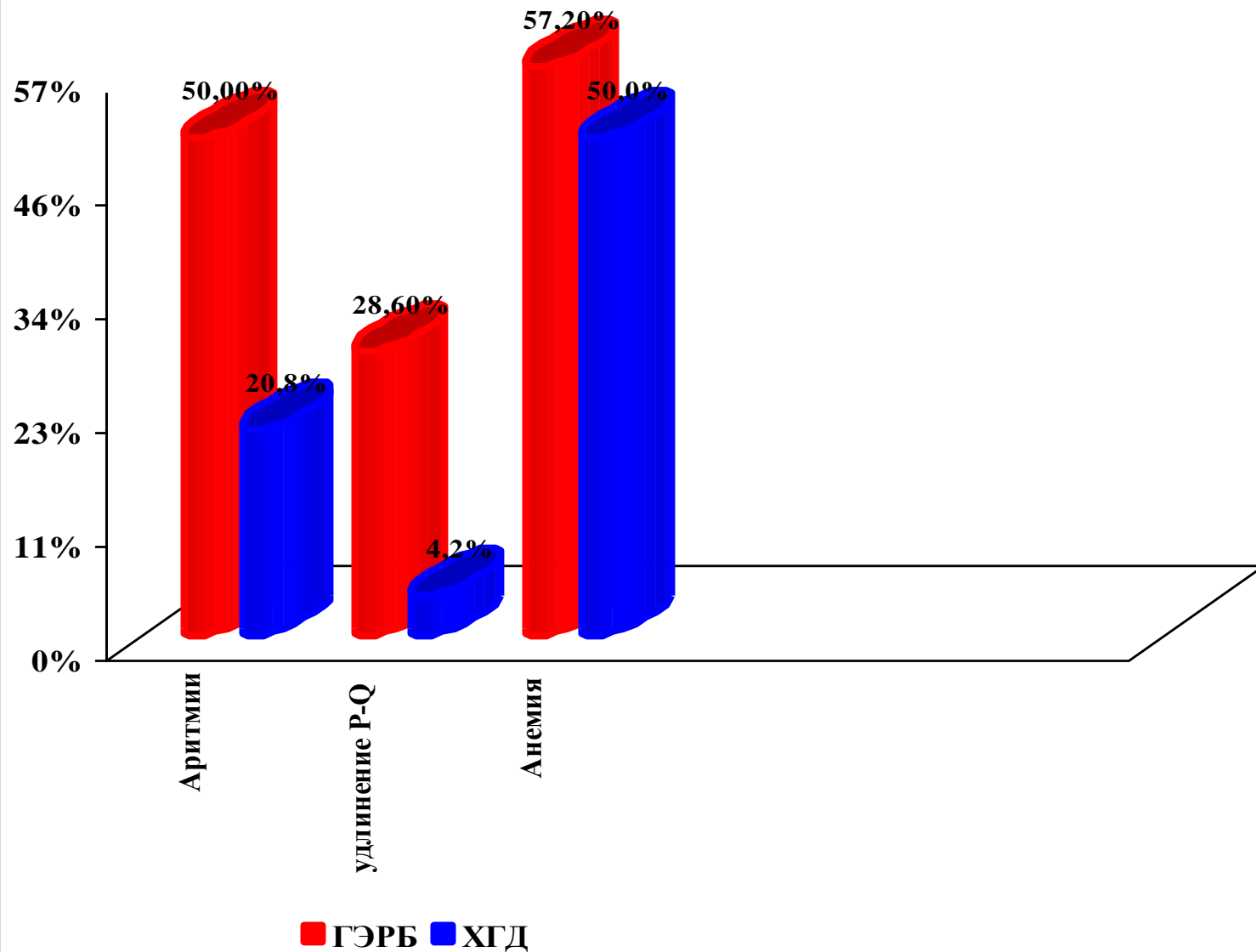
# ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ



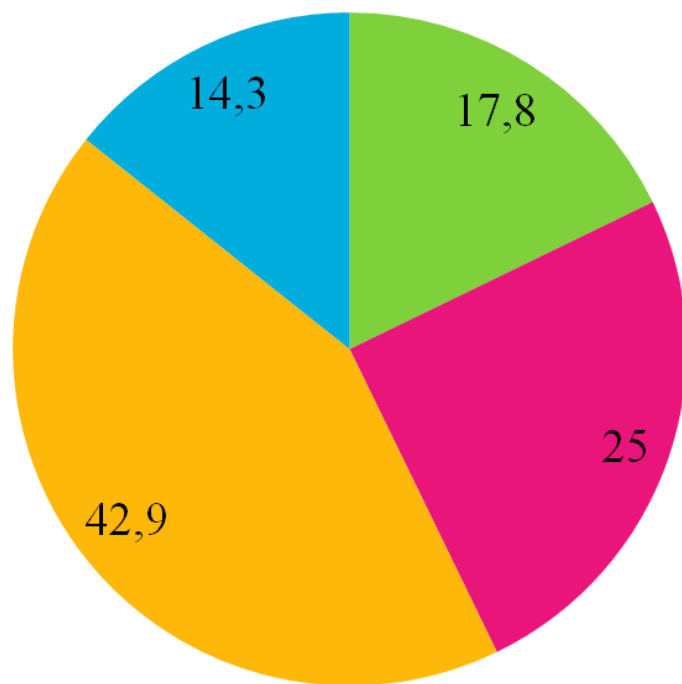
# БРОНХОЛЁГОЧНЫЙ СИНДРОМ



# КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ И АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМЫ



# Встречаемость внепищеводных симптомов при ГЭРБ у детей



- Бронхолёгочный синдром
- Стоматологический синдром
- Отоларингологический синдром
- Кардиальный синдром



# Результаты

- ГЭРБ чаще диагностировалась в возрасте 14-17 лет, преимущественно, у лиц мужского пола.
- Типичные пищеводные симптомы ГЭРБ выявлялись только у 14,3 % детей основной группы. В 75% наблюдений классические признаки ГЭРБ сочетались с внепищеводными симптомами. У 10,7 % пациентов наблюдались только внепищеводные проявления ГЭРБ.
- Частота стоматологических и оториноларингологических проявлений коррелирует с возрастом детей и тяжестью рефлюксэзофагита. Для детей с ГЭРБ характерно наличие кардиологических жалоб, есть тенденция к снижению показателей функции внешнего дыхания, характеризующих нарушения по обструктивному типу, чаще при повреждении пищевода у детей.

**Таким образом, ГЭРБ является распространенной патологией детского возраста. У детей с бронхолегочной, кардиологической патологией, отоларингологическими, стоматологическими заболеваниями при отсутствии ответа на адекватную терапию в диагностический поиск необходимо включать ГЭРБ. Своевременная диагностика ГЭРБ позволяет улучшить качество жизни таких пациентов, значительно уменьшить количество эзофагитов и других осложнений ГЭРБ в детском возрасте.**



**Благодарю  
за внимание**