

**ФГБОУ ВО «ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ.М.ГОРЬКОГО» МИНЗДРАВА РОССИИ**
Кафедра педиатрии №2

**АТИПИЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ
БОЛЕЗНИ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА**

- *Шабан Н.И., доцент кафедры педиатрии №2,*
- *Махмутов Р.Ф., профессор кафедры педиатрии №2,*
- *Курьшева О.А., доцент кафедры педиатрии №2.*

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. Частота выявления рефлюкс-эзофагита у детей с заболеваниями пищеварительной системы составляет от **8,7% до 17%**.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЭРБ

Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) – непроизвольное забрасывание желудочного либо желудочно-кишечного содержимого в пищевод, сопровождающееся поступлением в пищевод не свойственного ему содержимого, способного вызвать физико-химическое повреждение слизистой пищевода.

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 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:

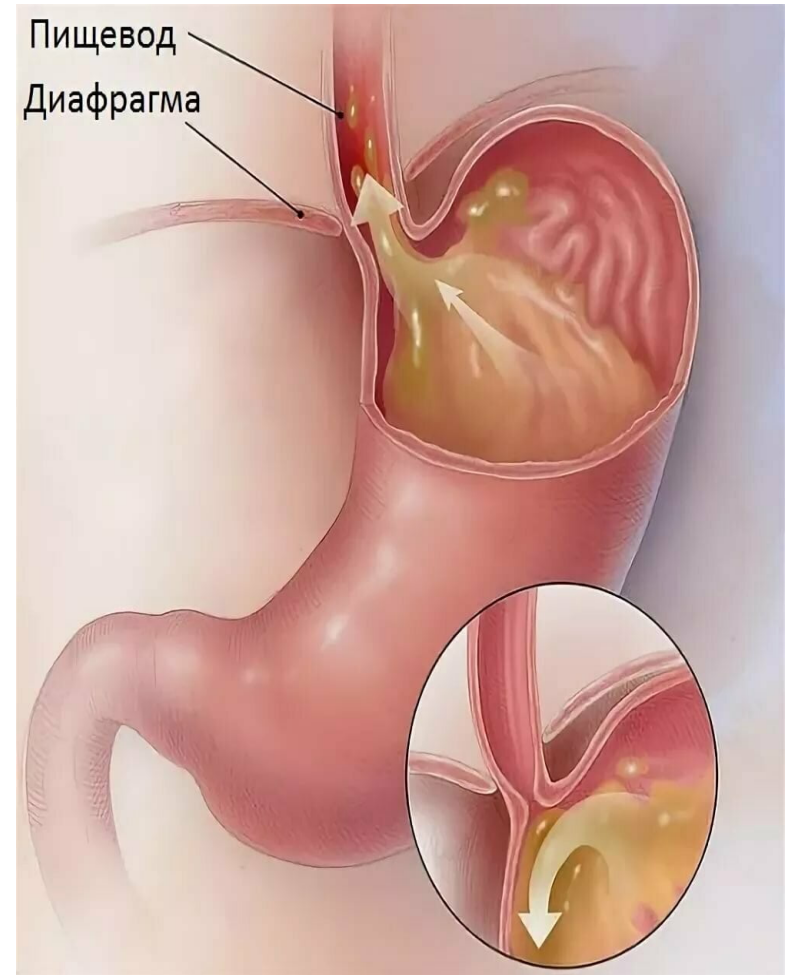
- Пищевод Барретта,
- Стриктура пищевода,
- Постгеморрагическая анемия

Предрасполагающие факторы к ГЭРБ у детей:

- нарушение режима, качества и объема питания, пороки развития пищевода;
- повышение интраабдоминального давления (запоры, неадекватная физическая нагрузка, наклонное положение тела);
- респираторная патология (БА, муковисцидоз, рецидивирующий бронхит);
- скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- патология ЦНС, незрелость вегетативной нервной системы;
- прием некоторых лекарственных препаратов (холинолитики, седативные, бета-адреноблокаторы и тд);
- вредные привычки (у подростков): газированные напитки, алкоголь, курение

ПАТОГЕНЕЗ ГЭРБ

- 1. Снижение давления нижнего пищеводного сфинктера
- 2. Повышение внутрибрюшного давления
- 3. Снижение моторики пищевода



ПАТОГЕНЕЗ ГЭРБ

Факторы «агрессии»:

- гиперсекреция соляной кислоты;
- воздействие желчных кислот, лизолецитина, панкреатического сока при дуодено-гастральном рефлюксе;
- некоторые продукты питания и медикаменты, *H. pylori*.

Факторы «защиты»:

- антирефлюксная функция кардии;
- эффективный клиренс;
- резистентность слизистой пищевода;
- своевременная эвакуация желудочного содержимого



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 (рефургия 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 рефургии (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, хейлит, глоссит

КАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ: аритмии, вследствие инициации эзофагокардиального рефлекса, одышка, тахикардия, повышение АД, 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 52 ребенка в возрасте от 8 до 17 лет.

Основная группа

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

Группа сравнения (контроля)

24 пациента (14 (58,3%) мальчиков и 10 (41,6%) девочек с хроническим гастродуоденитом (ХГД) в стадии обострения

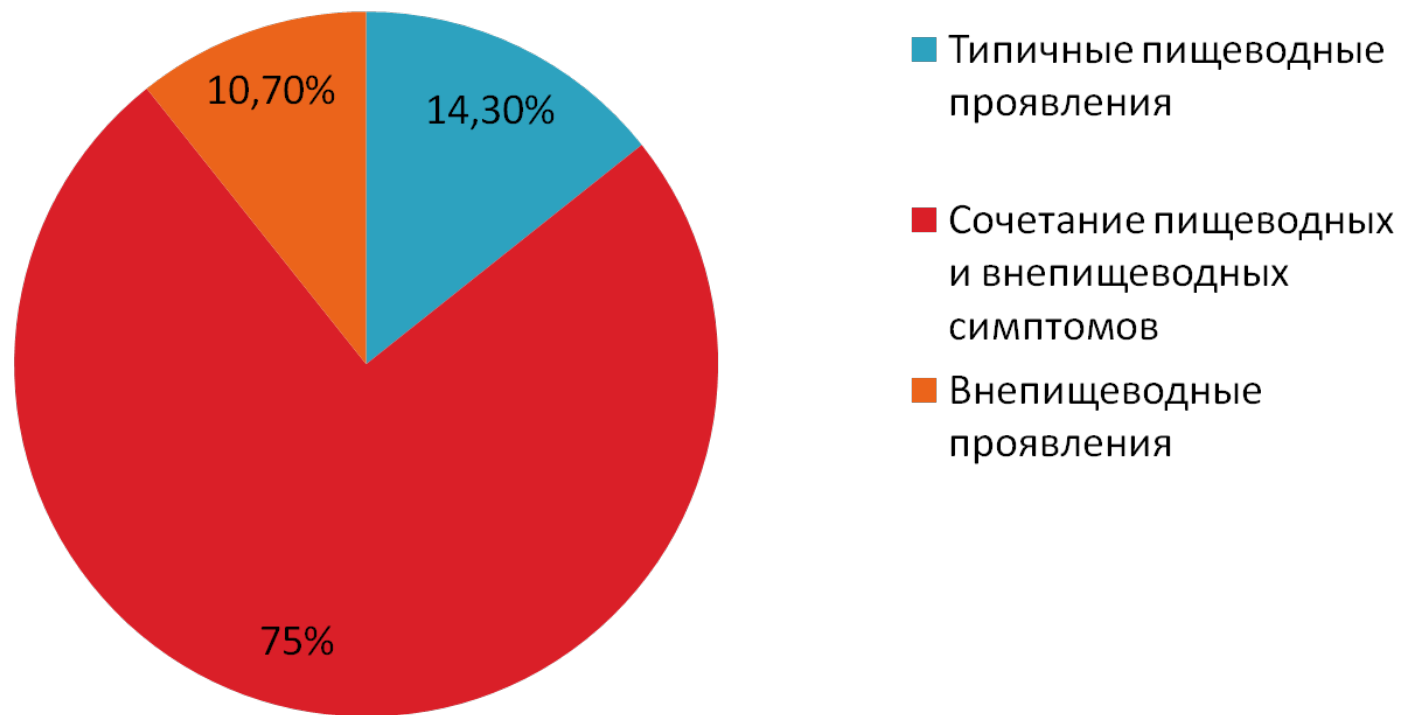
Длительность течения ГЭРБ и ХГД составляла от 2-4 лет (в среднем $3 \pm 1,2$ года).

Методы исследования

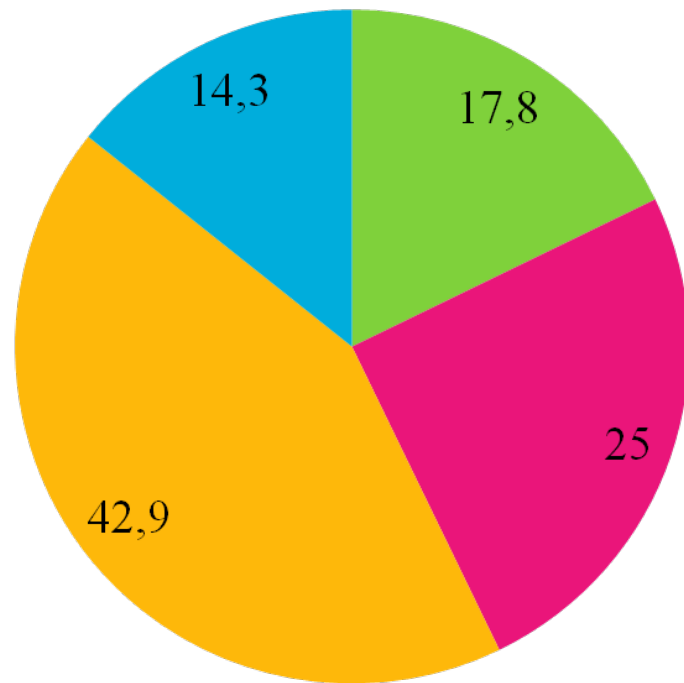
- **общеклинические, биохимические, электрофизиологические (ультразвуковое исследование (УЗИ) верхних отделов желудочно-кишечного тракта с водно-сифонной пробой, УЗИ ОБП), ФЭГДС, по показаниям – рентгенологическое исследования ЖКТ (пищевода и желудка с барием).**
- **статистическая обработка данных: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

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

Частота встречаемости проявлений ГЭРБ у детей

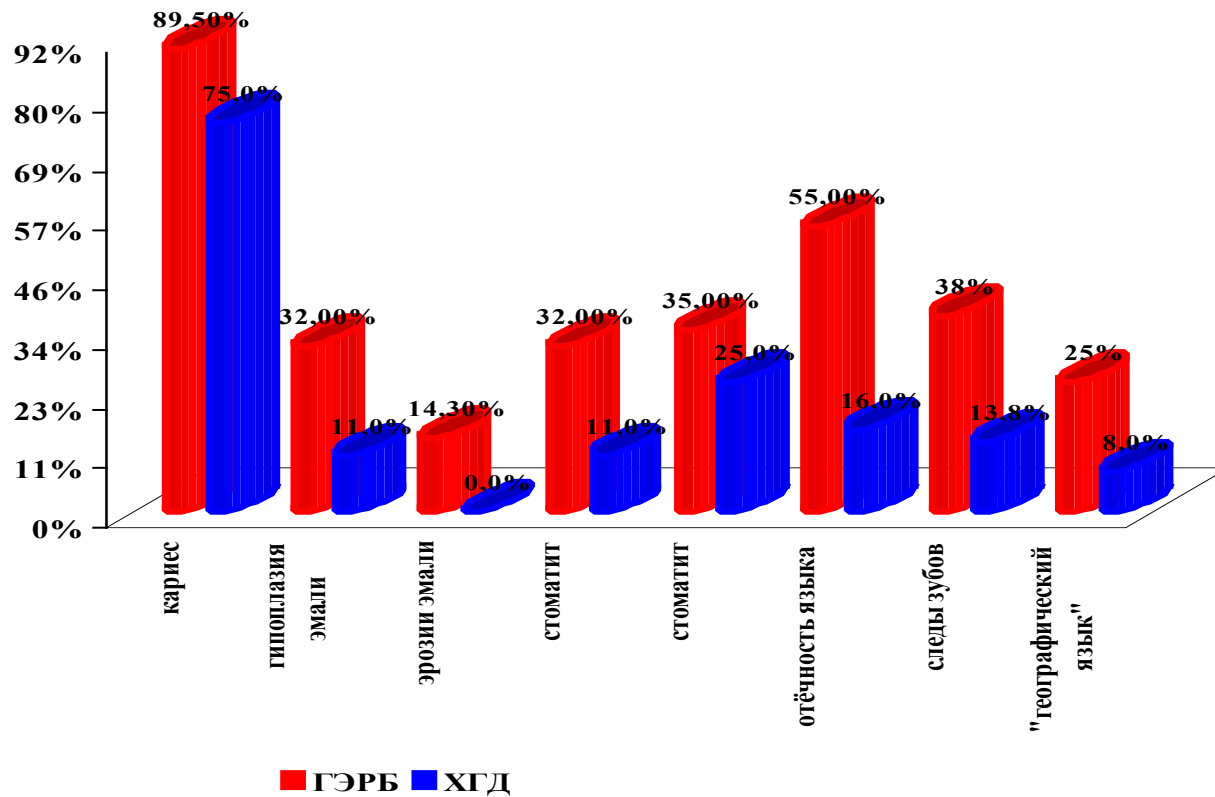


Встречаемость внепищеводных симптомов при ГЭРБ у детей

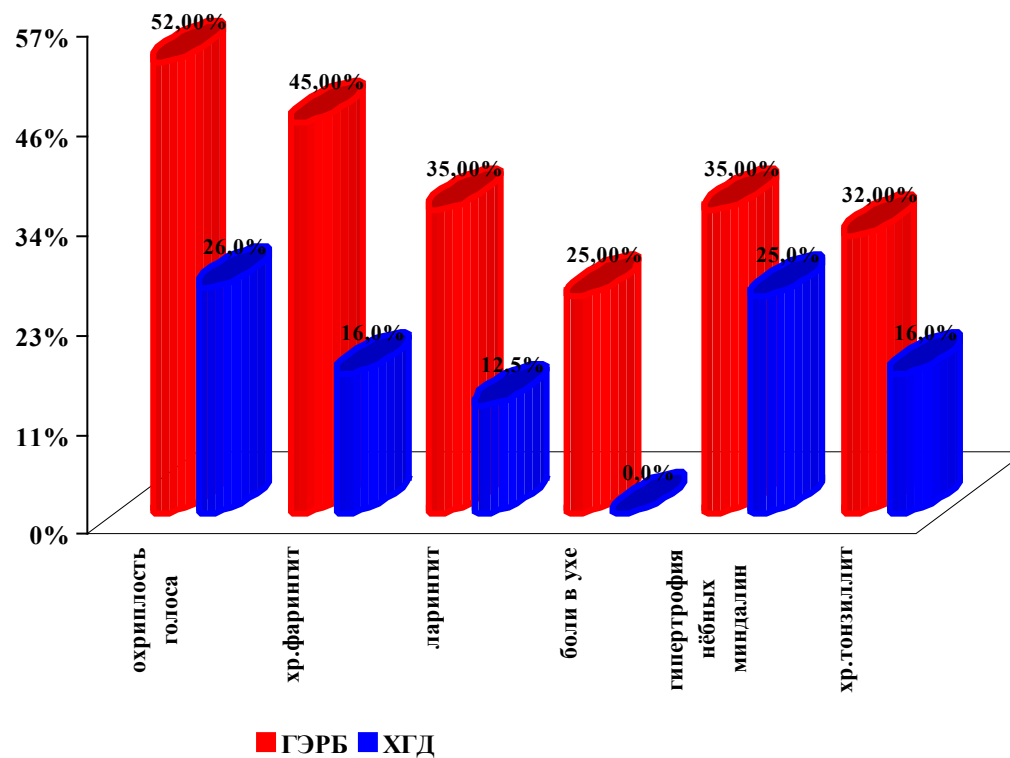


- Бронхолёгочный синдром
- Стоматологический синдром
- Отоларингологический синдром
- Кардиальный синдром

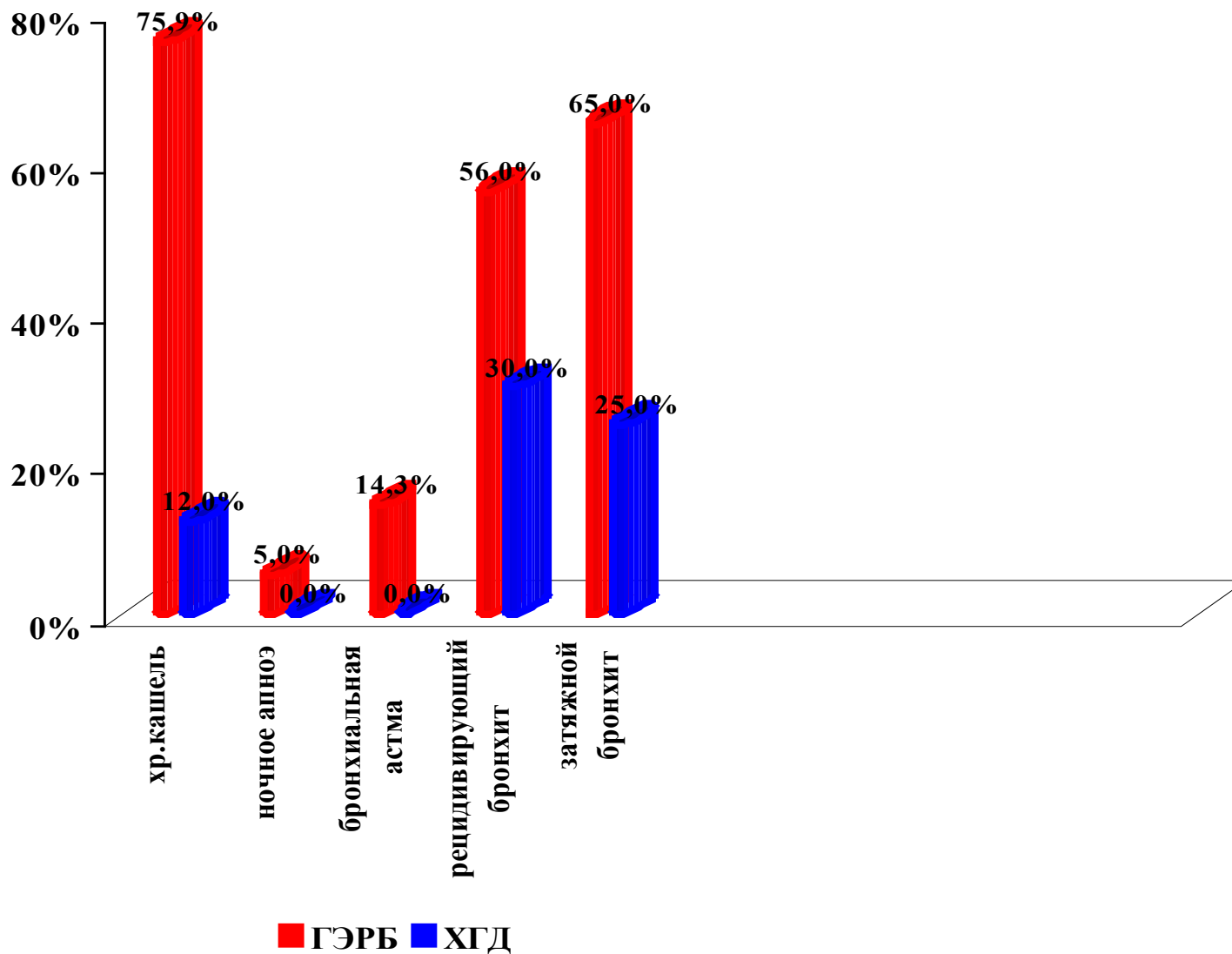
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ



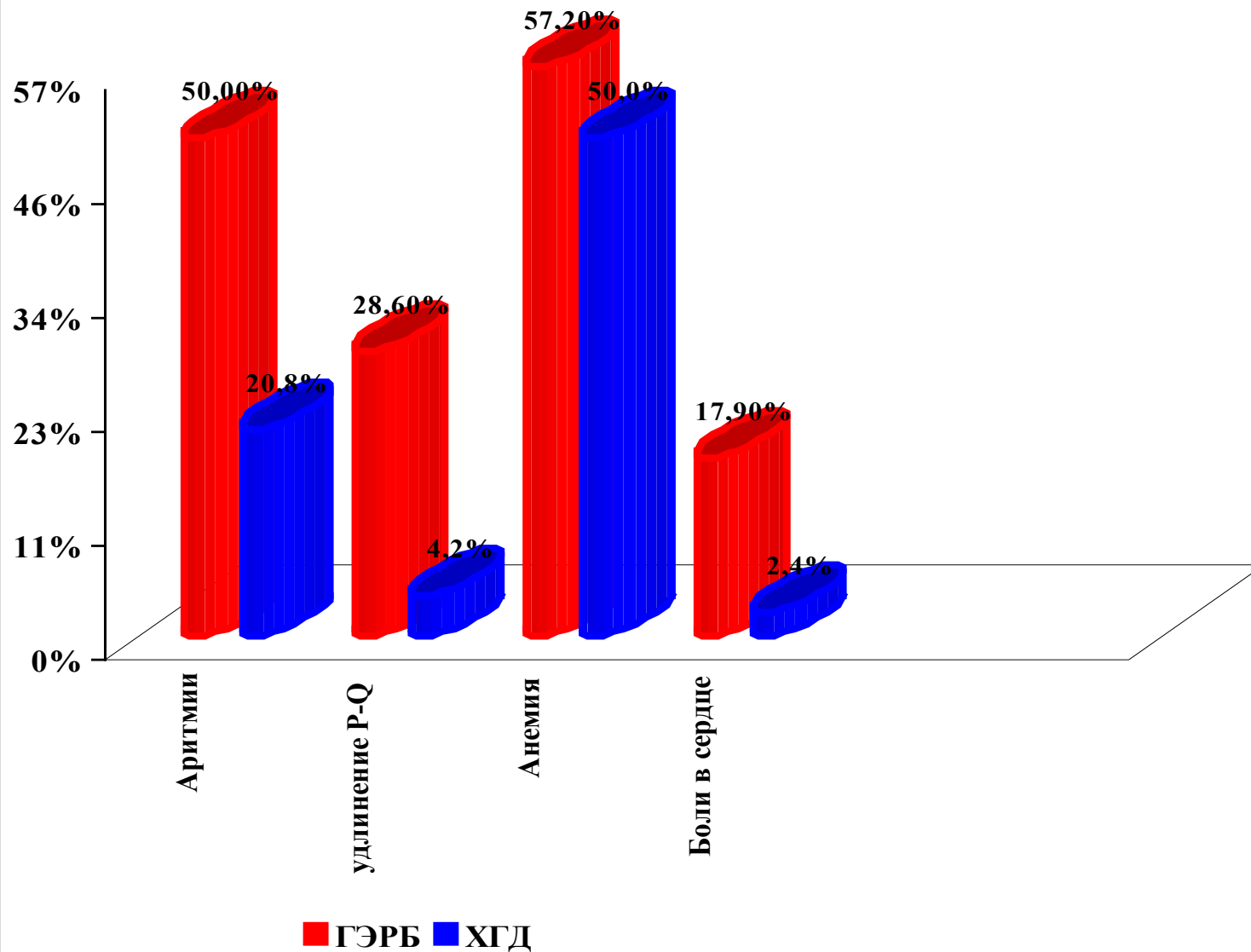
ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ



БРОНХОЛЁГОЧНЫЙ СИНДРОМ



КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ И АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМЫ



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 ГЭР позволяет улучшить качество жизни таких пациентов, значительно уменьшить количество эзофагитов и других осложнений ГЭРБ в детском возрасте.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ

