

Клинико-эндоскопические особенности у детей и подростков с  
гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Л.Н.Боярская<sup>1</sup>, Е.А.Иванова<sup>1</sup>, И.Б.Скалозубова<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>-Запорожский государственный медицинский университет, кафедра детских болезней,  
факультет последипломного образования.

<sup>2</sup>-Запорожская городская детская многопрофильная больница №5.

Заболевания органов пищеварения у детей являются одной из распространенных патологий и занимают второе место в структуре общей заболеваемости после болезней органов дыхания (Антипкин Ю.Г., 2010, Нагорная Н.В., 2004). По данным официальной статистики среди детей заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) увеличились на 18,7% (Разумов А.Н., 2006) [6,7].

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – одна из наиболее актуальных медико-социальных проблем современной гастроэнтерологии. Возрастающая актуальность проблемы ГЭРБ связана с ростом количества больных с этой патологией во всем мире. Практически 25% населения планеты имеют симптомы ГЭРБ [1,10]. В США и Бельгии только эндоскопически положительная ГЭРБ выявляется у 21-27% популяции, в Японии – у 16,5%, а в некоторых странах Азии – у 3-6% [4,11]. Но истинная распространенность заболевания остается не известной и официальная статистика, которая регистрирует эпидемиологические показатели ГЭРБ, не полностью отображает существующие масштабы данного заболевания [8]. Диагностика ГЭРБ усложняется наличием эндоскопически негативной формы ГЭРБ (отсутствием эндоскопических изменений со стороны слизистой оболочки пищевода), наличием экстраэзофагеальных симптомов заболевания, низкой обращаемостью к врачам в случае легких форм заболевания,

трудностями диагностических подходов и недостаточным вниманием к заболеванию врачей общей практики [2,5]. Также важным является развитие взаимосвязанных поражений других органов пищеварения, которые усложняют клиническую картину, диагностику и лечение ГЭРБ [3].

Согласно анкетированию, проведенному среди школьников 13-15 лет (n=212), нами было отмечено, что 76 детей (35,8%) предъявляли жалобы со стороны ЖКТ. При этом только 20 из них (26,3%) состояли на диспансерном учете у гастроэнтеролога. Среди тех, кто не состоял на диспансерном учете, изжога беспокоила 18 детей (32%), при этом у 6 детей изжога была единственным симптомом.

Изжога – один из распространенных и основных симптомов ГЭРБ. Согласно Монреальскому определению: ГЭРБ – это состояние, развивающееся, когда рефлюкс желудочного содержимого вызывает появление беспокоящих пациента симптомов и/или осложнений [12]. Вероятность ГЭРБ высокая, если изжога возникает с частотой не менее 2-х раз в неделю, но её нельзя исключить и при меньшей частоте [9].

Развитию патологического гастроэзофагеального рефлюкса способствуют несостоятельность нижнего пищеводного сфинктера, снижение клиренса пищевода и резистентности слизистой оболочки, увеличение частоты и продолжительности эпизодов рефлюкса, а также у детей дисфункция вегетативной нервной системы, быстрый рост, слабость соединительнотканых структур организма.

Целью нашей работы было изучить клинико-эндоскопические особенности у детей с ГЭРБ.

За 2010 год через гастроэнтерологическое отделение детской многопрофильной больницы №5, г. Запорожья прошло около 600 больных, при этом заболевания верхних отделов ЖКТ были выявлены у 72% госпитализированных больных (по данным эндоскопического и рентгенологического исследований).

Под нашим наблюдением находилось 75 детей, в возрасте от 9 до 17 лет (средний возраст  $14,8 \pm 2,3$  года) с заболеваниями верхних отделов ЖКТ. Для верификации диагноза детально изучались жалобы, анамнез болезни и жизни, проводилось клиническое обследование и общепринятые лабораторные и инструментальные методы исследования (фиброэзофагогастродуоденоскопия (фиброскоп - FG-1Z "FUGINON"), ацидометрия (ацидогастрограф АГ-1рН-М), дыхательный уреазный ХЕЛИК-тест). Длительность заболевания составляла от 1 года до 5 лет.

По возрасту и полу больные распределились следующим образом: 9-14 лет – 35% (n=26), 15-17 лет – 65% (n=49) детей, мальчиков – 35% (n=26), девочек – 65% (n=49). Наиболее значимыми факторами риска являлись наследственная предрасположенность у 35% детей (n=26) и табакокурение у 40% (n=20) детей 15-17 лет, при этом длительность курения составила около 2-х лет.

Основными жалобами, послужившими причиной госпитализации, были боли в животе, которые наблюдались у всех больных. Боль имела разнообразный характер и локализацию: у части больных локализовалась за грудиной, носила жгучий или сжимающий характер, распространялись от яремной вырезки до мечевидного отростка и сопровождалась дисфагией. У других детей боль локализовалась в эпигастральной области, сопровождалась тошнотой и отрыжкой. Как постоянный симптом тошнота наблюдалась у 65% (n=49) больных. Отрыжка воздухом, съеденной пищей или кислым, причиняющая этические и физические неудобства отмечалась у 42,5% (n=32) детей, снижение аппетита - у 37,5% (n=28) больных. 88% детей (n=66) предъявляли жалобы на изжогу. Частота изжоги была различна: от периодически беспокоящей до ежедневной. Изжога чаще 2-3 раз в неделю или ежедневно беспокоила 14 детей (21%), изжога 1 раз в неделю - также 14 (21%) детей, изжога 1 раз в месяц – 10 больных, остальные 28 детей испытывали изжогу реже. Интенсивность изжоги усиливалась при наклонах туловища, в

положении лежа, после погрешностей в диете и курения. У 8 детей (12%) изжога приводила к нарушению сна в виде бессонницы, частых пробуждений. Наиболее чаще изжога наблюдалась у детей 15-17 лет. Достоверных отличий по половому признаку не выявлено.

Среди неспецифических жалоб доминировали слабость (75%), утомляемость (60%), частые головные боли (32%), головокружения, периодически боли в области сердца (20%). Эти симптомы могли свидетельствовать о нарушении вагосимпатического баланса.

Основными исследованиями в диагностике заболеваний ЖКТ являются эндоскопическое исследование и интрагастральная рН-метрия. При эндоскопическом исследовании у обследованных детей наблюдалось: недостаточность кардии - у 56% больных, эрозивный эзофагит – у 4,7%, катаральный эзофагит – у 22% и гастроэзофагеальный рефлюкс - у 17% детей. Изменения со стороны пищевода сочетались с воспалительными процессами со стороны желудка и 12-перстной кишки в виде антрального гастрита или катарального гастродуоденита. Дуоденогастральный рефлюкс наблюдался у 7,5% детей.

По нашим данным рефлюкс-эзофагит у детей с ежедневной или беспокоящей чаще 2-3 раз в неделю изжогой выявлялся достоверно чаще ( $p < 0,05$ ), чем у детей с более редко беспокоящей изжогой. Катаральный эзофагит был выявлен у половины детей (50%) с ежедневной или изжогой, которая беспокоила чаще 2-3 раз в неделю; у 37,5% детей, которых изжога беспокоила 1 раз в неделю и у 1 ребенка с более редкой изжогой. При эндоскопическом исследовании у 9 больных с основной жалобой на боль в животе и отсутствием изжоги был выявлен эзофагит, недостаточность кардии и гастроэзофагеальный рефлюкс.

Определение кислотного состояния желудка методом интрагастральной рН-метрии было не однозначным: гиперацидное состояние регистрировалось у 65%, а гипоацидное, как следствие дуоденогастрального рефлюкса и заброса желчи в желудок, – у 7,5% больных.

Колебание показателей рН в пределах нормы отмечалось у 27,5% детей. При проведении дыхательного уреазного теста *H. pylori* выявлен у 35% детей.

На основании характерной клинической картины (наличие изжоги, чаще 1-2-х раз в неделю, не менее 3-месяцев) и/или данных эндоскопического исследования диагноз ГЭРБ выставлен согласно классификации 37 детям, при этом у 22 – ГЭРБ с эзофагитом, а у 15 – ГЭРБ без эзофагита (эндоскопически негативная форма) [9,12].

Выводы: У детей 9-17 лет с заболеваниями верхних отделов ЖКТ ГЭРБ была выявлена у 8,7%, из них ГЭРБ с эзофагитом у 5,2%, а эндоскопически негативная форма у 3,5% больных. При этом у детей с изжогой ГЭРБ встречается в 52% случаев. Достоверно чаще изжога наблюдалась у детей 15-17 лет. Рефлюкс-эзофагит у больных с ежедневной или беспокоящей чаще 2-3 раз в неделю изжогой выявлялся достоверно чаще ( $p < 0,05$ ), чем у детей с более редко беспокоящей изжогой. Изменения со стороны пищевода сочетались с умеренными воспалительными процессами со стороны желудка и 12-перстной кишки (антральный гастрит или катаральный гастродуоденит). При анализе данных ацидометрии выявлено превалирование гиперацидных состояний (65%).

## Клинико-эндоскопические особенности у детей и подростков с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Л.Н.Боярская, Е.А.Иванова, И.Б.Скалозубова.

Целью нашей работы было изучить клинико-эндоскопические особенности у детей с изжогой. Обследовано 75 детей, из которых у 66 основной жалобой была изжога. Было выявлено, что рефлюкс-эзофагит достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) наблюдался у детей с ежедневной или беспокоящей чаще 2-3 раз в неделю изжогой, чем у детей с более редкой изжогой. Эндоскопические изменения со стороны пищевода сочетались с умеренными воспалительными процессами со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагноз ГЭРБ, эндоскопически негативная форма, был установлен у 15 больных, а ГЭРБ с эзофагитом у 22 больных.

Ключевые слова: изжога, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эндоскопические изменения, дети, подростки.

## Клініко-ендоскопічні особливості у дітей та підлітків з гастроэзофагеальною рефлюксною хворобою.

Л.М.Боярська, К.О.Іванова, І.Б.Скалозубова.

Метою нашого дослідження було вивчення клініко-ендоскопічних особливостей у дітей з печією. Було обстежено 75 дітей, з яких у 66 головною скаргою була печія. Частота печії була від періодичної до печії, яка турбувала кожен день. Було виявлено, що рефлекс-езофагіт достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) виявляється у дітей з печією, яка турбувала частіше ніж 2-3 рази на тиждень, ніж у дітей з більш рідкою печією. Ендоскопічні зміни з боку стравоходу сполучались з помірними змінами з боку шлунка та дванадцятипалої кишки.

Ключові слова: печія, гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба, ендоскопічні зміни, діти, підлітки.

## Clinical and endoscopic peculiarities in children and adolescents with gastroesophageal reflux disease.

Boyarskaya L.N., Ivanova E.A., Scalozubova I.B.

The aim of our work was to study clinical and endoscopic peculiarities in children with heartburn. 75 children (66 with main complaints to heartburn) were examined. The frequency of heartburn was from episodic to daily. Thus the correlation between the heartburn frequency and endoscopic changes was detected. Esophageal endoscopic changes were combined with moderate inflammation signs of stomach and duodenum.

Key words: heartburn, gastroesophageal reflux disease, endoscopic changes, children and adolescents.

Рекомендованная литература:

1. Вдовиченко В.І., Бичков М.А., Ковальчук Г.І., Острогляд А.В. Специфічність анкетування та ендоскопії під час діагностики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби // Сучасна гастроентерологія. – 2007. - № 4 (36). - С.20-22.
2. Вдовиченко В.І., Острогляд А.В. Гастроєзофагальна рефлюксна хвороба: нерозв'язані питання і перспективи в світлі консенсусу “Gerd 2003” //Сучасна гастроентерологія – 2004. - №3. – С. 18-21.
3. Гнатенко О.П., Харченко Н.В. Використання препарату «Урсофальк» у лікувальних схемах при гастроєзофагеальній рефлюксійній хворобі // Сучасна гастроентерологія. — 2009. - № 1. - С. 40-45.
4. Исаков В.А. Эпидемиология ГЭРБ: восток и запад // Экспер. и клин. отоларингология. Спец.выпуск. – 2004. - №5. – С.2–6.
5. Колісник С.П., Чернобровий В.М. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба: актуальні питання сучасної діагностики, лікування та профілактики // Сучасна гастроентерологія. – 2006, – № 1(27). – С. 93-97.
6. Нагорна Н.В., Острополець С.С. та інші. Метод реабілітації дітей молодшого шкільного віку з функціональною патологією шлунково-кишкового тракту // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2004. - №6. – с.53-56.
7. Разумов А.Н. Восстановительная медицина - новое профилактическое направление медицинской науки и практического здравоохранения // Вестник восстановительной медицины. - 2006. - № 3. - С.4-6.
8. Скрипник І.Н., Емельянова Н.Ю. Взаимосвязь стоматологических и фаринголарингеальных проявлений у пациентов с ГЭРБ // Сучасна гастроентерологія. – 2009. - С.24-27.

9. Ткач С.М. Европейские и американские рекомендации по лечению ГЭРБ: практические уроки // Здоров'я України. – 2009. – №6/1. – с.20.
10. Чернявський В.В. Клінічні, рНметричні та ендоскопічні паралелі при різних формах гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби // Сучасна гастроентерологія. - 2004. - №5(19). - С. 32—36.
11. Allescher HD. Diagnosis of gastroesophageal reflux // Schweiz Rundsch Med Pract. – 2002. - №91(18). – P.779–90.
12. Vakil N., Zanten van S. V., Kahrilas P., Dent J., and Jones R. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus // The American Journal of Gastroenterology. - 2006. - vol. 101. - p.1900–1920.