

Руководителям
Муниципальных образований
лечебных учреждений
края

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

**Гастроэзофагеальная рефлюксная
болезнь у детей.**

ГЭР впервые описан Quinke в 1879 году. И, несмотря на такой длительный срок изучения данного патологического состояния, проблема остается до конца не разрешенной и достаточно актуальной. Прежде всего, это обусловлено **широким спектром осложнений**, которые вызывает ГЭР. Под **гастроэзофагальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ)** понимается развитие широкого спектра поражений пищевода, а также экстрапищеводных проявлений, причиной которых является патологический заброс содержимого желудка в пищевод. Она развивается вне зависимости от того, возникают ли морфологические изменения в пищеводе или нет.

ГЭРБ - наиболее часто встречающаяся гастроэнтерологическая патология. Имеющиеся на сегодняшний день эпидемиологические данные свидетельствуют о ее высокой частоте как среди детей, так и среди взрослых. Согласно данным различных авторов, симптомы ГЭРБ встречаются у 30-50% населения. При эндоскопическом исследовании верхних отделов ЖКТ это заболевание обнаруживают в 15-20% случаев. Согласно современным данным, у 15-20% пациентов, имеющих воспалительные изменения слизистой оболочки пищевода, обнаруживается такое грозное осложнение как пищевод Баррета.

Данные о распространенности данного заболевания в детской популяции свидетельствуют о неуклонном нарастании его частоты. Согласно данным В.А. Таболина, 10 лет назад проявления ГЭРБ регистрировали у 2-4%.

Современные данные свидетельствуют о частоте, сравнимой с таковой у взрослых, и достигают, согласно данным некоторых авторов, 50%.

ГЭР обычное физиологическое явление у детей первых трех месяцев жизни и часто сопровождается привычным срыгиванием или рвотой. Помимо недоразвития дистального отдела пищевода, в основе рефлюкса у новорожденных лежат такие причины как незначительный объем желудка и его шарообразная форма, замедление опорожнения. В основном физиологический рефлюкс не имеет клинических последствий и проходит спонтанно, когда эффективный антирефлюксный барьер постепенно устанавливается с введением твердой пищи. Однако в настоящее время даже у детей первых лет жизни клиницисты наблюдают воспалительные изменения слизистой оболочки пищевода.

Рефлюкс, как таковой, представляет собой перемещение жидкого содержимого в любых сообщающихся полых органах в обратном, антифизиологическом направлении. Это может произойти как в результате функциональной недостаточности клапанов и/или сфинктеров полых органов, так и в связи с изменением градиента давления в них. Гастроэзофагальный рефлюкс (ГЭР) означает непроизвольное затекание или заброс желудочного, либо желудочно-кишечного содержимого в пищевод. В основном, это нормальное явление, наблюдаемое у человека, при котором не развиваются патологические изменения в окружающих органах.

Физиологический ГЭР обычно отмечается после приема пищи, характеризуется отсутствием клинических симптомов, незначительной

продолжительностью эпизодов ГЭР, редкими эпизодами рефлюксов во время сна.

Помимо физиологического ГЭР, при длительной экспозиции кислого желудочного содержимого в пищеводе, может возникать патологический ГЭР, который наблюдается при ГЭРБ. При этом, нарушается физиологическое перемещение химуса, которое сопровождается поступлением в пищевод и далее, в ротоглотку, содержимого, способного вызвать повреждение слизистых оболочек. Для патологического ГЭР характерны частые и продолжительные эпизоды рефлюксов, наблюдаемые днем и ночью и обуславливающие возникновение симптомов, свидетельствующих о поражении слизистой оболочки пищевода и других органов. Кроме того, в пищевод попадает несвойственная для него микробная флора, которая может также вызвать воспаление слизистых оболочек.

В основе первичной несостоятельности антирефлюксных механизмов у детей раннего возраста, как правило, лежат нарушения регуляции деятельности пищевода со стороны вегетативной нервной системы. Вегетативная дисфункция, чаще всего, обусловлена гипоксией головного мозга, развивающейся в период неблагоприятно протекающих беременности и родов. У детей более старшего возраста к ретроградному забросу пищи могут привести такие факторы, как увеличение объема желудочного содержимого (обильная еда, избыточная секреция соляной кислоты, пилороспазм и гастростаз), горизонтальное или наклонное положение тела, повышение внутрижелудочного давления (при ношении тугого пояса и употреблении газообразующих напитков). Вторичная несостоятельность может быть обусловлена грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, пилороспазмом и/или пилоростенозом, стимуляторами желудочной секреции, склеродермией, желудочно-кишечной псевдообструкцией и т.д. Давление нижнего пищеводного сфинктера также снижается под влиянием гастроинтестинальных гормонов (глюкагона, соматостатина, холецистокинина, секретина, вазоактивного интестинального пептида, энкефалинов), ряда медикаментозных препаратов: антихолинергических веществ, кофеина, блокаторов бета-адренорецепторов, нитратов, теофиллина, блокаторов кальциевых каналов (верапамила, нефидипина), опиатов и пищевых продуктов (алкоголя, шоколада, кофе, жиров, пряностей, никотина). **Диагностика.** Наиболее достоверным методом диагностики патологии пищевода является эндоскопическое исследование. ЭГДС дает возможность оценить характер и степень выраженности воспалительных изменений пищевода, определить наличие осложнений, произвести прицельную биопсию слизистой оболочки пищевода, а также установить состояние нижележащих отделов желудка, двенадцатиперстной кишки. Рентгенологическое исследование дает возможность оценить скорость прохождения контрастного вещества по пищеводу, его тонус, наличие или отсутствие диафрагмальной грыжи и регургитации, выявить осложнения ГЭРБ.

Суточная внутрипищеводная рН-метрия является наиболее чувствительным и специфичным методом диагностики ГЭРБ, позволяющим получить достоверную количественную информацию о степени выраженности и продолжительности ГЭР.

Классификация. ГЭРБ подразделяется на эндоскопически негативную и позитивную в зависимости от наличия визуальных признаков воспалительных изменений слизистой пищевода. Наибольшее распространение и практическое применение получила эндоскопическая классификация эзофагитов, в соответствии с которой различают 4 степени воспалительно-деструктивных изменений и 0 степень, соответствующую интактной слизистой оболочке пищевода (табл. 1).

Таблица 1. Эндоскопическая классификация эзофагитов у детей (по Савари-Миллер, 1978)

Степень эндоскопических изменений	Характер эндоскопических
0 степень	Нормальная
I степень	Отек и гиперемия дистальных отделов пищевода, возможны отдельные несливающиеся эрозии, занимающие не более 10% поверхности слизистой
II степень	Продольные сливающиеся эрозии пищевода, занимающие до 50% поверхности дистального отдела пищевода
III степень	Циркулярные сливающиеся эрозии, занимающие практически всю поверхность слизистой оболочки пищевода
IV степень	Подобно предыдущей степени, но имеются осложнения: язвенные поражения, стриктуры или развитие метаплазии слизистой оболочки (синдром Баррета, аденокарцинома)

Пример формулировки диагноза

Диагноз основной: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (рефлюкс-эзофагит II степени), среднетяжёлая форма.

Осложнение: постгеморрагическая анемия.

Диагноз сопутствующий: бронхиальная астма, неатопическая, среднетяжёлая форма, межприступный период. Хронический гастродуоденит с повышенной кислотообразующей функцией желудка, хеликобактернегативный, в стадии клинической субремиссии.

Клиническая картина ГЭРБ у детей характеризуется упорными рвотами, срыгиваниями, отрыжкой, икотой, утренним кашлем. В дальнейшем, присоединяются такие симптомы как чувство горечи во рту, изжога, боли за грудиной, дисфагия, ночной храп, поражение зубной эмали. Как правило, такие симптомы как изжога, боли за грудиной, в области шеи

и спины наблюдаются уже при воспалительных изменениях слизистой оболочки пищевода, т.е. при рефлюкс-эзофагите. Полезно выяснить, какие факторы усиливают или ослабляют симптомы рефлюкса: положение тела, особенности питания, прием лекарственных препаратов.

У детей 1-го года жизни ГЭРБ обычно проявляется синдромом рвоты и срыгивания. Частые респираторные заболевания у ребенка могут быть следствием рефлюксной болезни.

ГЭРБ может проявляться также и другими экстраэзофагеальными симптомами, такими как охриплость голоса, бронхобструктивный синдром, хронический синусит. Дети, имеющие симптомы ГЭРБ, имеют риск развития воспалительных изменений в пищеводе и других осложнений. Многие авторы подчеркивают, что рефлюкс-эзофагит является причиной возникновения болей, напоминающих стенокардию, но не связанных с заболеваниями сердца. Для этого проявления рефлюкс-эзофагита характерно возникновение боли при горизонтальном положении тела и купирование болей приемом антацидов.

Проявления ГЭРБ у детей отличаются от таковых у взрослых. Общие симптомы включают регургитацию или рецидивирующую рвоту (которая может вести к потере веса или плохой прибавке в массе), абдоминальную боль и кашель. Дети более старшего возраста чаще имеют симптомы ГЭРБ, характерные для взрослых: включая хроническую изжогу, отрыжку, нарушения глотания. В то же время, отказ от еды, согласно данным Rudolph CD et al., наиболее часто наблюдают у 1-5-летних детей.

Осложнениями ГЭРБ могут быть воспалительные изменения слизистой оболочки пищевода (рефлюкс-эзофагит), вплоть до развития язв и даже стриктур пищевода с кровотечениями. Нередки различные респираторные проявления с развитием приступов удушья, хронического кашля, воспалением слизистой оболочки полости рта и верхних дыхательных путей, поражением зубной эмали

целью лечения детей с ГЭРБ является купирование основных симптомов (и уменьшение, таким образом, тяжести заболевания), лечение эзофагита (при его наличии) и экстраэзофагеальных проявлений. У детей, имеющих отставание в физическом развитии, целью лечения является также нормализация веса и роста.

Терапия ГЭРБ, учитывая многокомпонентность данного патофизиологического феномена, комплексная. Она включает диетотерапию, постуральную, медикаментозную и немедикаментозную терапию, хирургическую коррекцию (так называемая, “step-терапия”). Выбор метода лечения или их комбинация проводится в зависимости от причин рефлюкса, его степени и спектра осложнений.

Основные принципы консервативного лечения рефлюкс-эзофагита включают:

- рекомендацию больному определенного образа жизни и диеты;
- назначение препаратов, подавляющих желудочную секрецию (антациды, адсорбенты);

- назначение препаратов, стимулирующих моторно-эвакуаторную функцию пищеварительного тракта (прокинетики);
- использование препаратов, оказывающих протективное действие на слизистую оболочку пищевода.

Для детей старшего возраста общие рекомендации по режиму и диете предусматривают частое и дробное питание (5 – 6 раз в день), прием механически и химически щадящей пищи. Последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 3 – 4 ч до сна. Необходимо избегать употребления продуктов, усиливающих ГЭР (кофе, жиры, шоколад и т.д.). При выраженном рефлюксе рекомендуют принимать пищу стоя, после еды проходить в течение получаса.

У детей грудного возраста используют молочные смеси с загустителями (камедью) «Фрисовом», «Нутрилон». Клейковина рожкового дерева (камедь) - это гель образующий комплекс углеводов (галактоманнан). Ее приготавливают из семян белой акации, которая растет в ряде Средиземноморских стран. Клейковина акации в отличие от каш и рисовых отваров обладает слабительным эффектом, обусловленным волокнистой структурой. Она не имеет пищевой ценности, так как не гидролизуется ферментами желудочно-кишечного тракта. Это является преимуществом перед добавлением каш, так как позволяет избежать нежелательного добавления калорий. Родителей необходимо предупреждать, что «Нестаргель» может быть причиной частого студнеобразного стула, наличие которого может сделать необходимой его временную отмену.

Постуральная терапия – неотъемлемый этап лечебных мероприятий. Она направлена на уменьшение степени рефлюкса и способствует очищению пищевода от желудочного содержимого, уменьшая риск возникновения эзофагита и аспирационной пневмонии. Все мероприятия должны быть направлены на уменьшение риска заброса кислого желудочного содержимого в пищевод. Исключаются глубокие наклоны, поднимание тяжестей, напряжение мышц передней брюшной стенки. Рекомендуют сон с приподнятым головным концом, исключение курения (в т.ч. пассивного). Исключение накопления избыточной массы тела. Кормление грудного ребенка ребенка должно проходить в положении сидя под углом 45-60°. Этот угол наклона может поддерживаться с использованием ремней и кресла с жесткой спинкой. Ношение ребенка в вертикальном положении после кормления в течение короткого промежутка времени совершенно бесполезно. Постуральное лечение должно поддерживаться в течении дня и также ночью, когда нарушается очищение нижнего отдела пищевода от аспирата, вследствие отсутствия перистальтических волн (вызванных актом глотания) и нейтрализующего эффекта слюны.

Медикаментозная терапия ГЭРБ у детей имеет ряд особенностей. Важно также, чтобы лечение включало в себя воздействие на все звенья патологического процесса. Прежде всего, необходима нормализация моторных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта, которые именно у детей являются первопричиной всех последующих изменений. Необходимо восстановление структуры слизистой оболочки пищевода и

борьба с имеющимися воспалительными изменениями. И, наконец, неотъемлемой частью лечения является нормализация и поддержание на нормальном уровне кислотообразующей функции желудка.

Исходя из вышеизложенных задач, лечение ГЭРБ у детей должно проводиться комплексно. В лечении, исходя из степени выраженности моторных, воспалительных изменений, а также нарушений кислотообразования, используются прокинетики, цитопротекторы, альгинаты, антацидные средства и антисекреторные препараты.

Важность эффективного контроля кислотопродукции в лечении ГЭРБ определяется прямой связью между частотой симптомов рефлюкса и временем внутрипищеводного рН ниже 4 в течение суток. Поэтому ключевым моментом эффективной терапии рефлюкс-эзофагита является длительность поддержания внутрижелудочного рН выше 4 в течение суток. Согласно имеющимся данным, ИПП являются более эффективными, чем H₂-блокаторы, в контроле кислотобразования. Они более быстро и у большего числа пациентов способствуют купированию симптомов эзофагита. Именно поэтому они рекомендуются в качестве терапии первой линии для лечения ГЭРБ.

Согласно рекомендациям NASPGHAN, ингибиторы протонной помпы являются наиболее эффективными препаратами в лечении ГЭРБ у детей. Безусловно, необходимо рекомендовать соблюдение определенной диеты и определенных рекомендаций в отношении режима дня и образа жизни. Антацидные средства могут быть рекомендованы как краткосрочная терапия при умеренно выраженных проявлениях ГЭРБ, длительное лечение ими не рекомендуется. Значительное количество клинических испытаний подтвердили эффективность ИПП в лечении ГЭРБ у детей, причем, в соответствии с данными некоторых зарубежных исследователей длительное применение их не только эффективно, но и безопасно.

Следует помнить о том, что выбор объема и длительности медикаментозной терапии зависит от тяжести эзофагита (табл. 3).

Таблица 3. Схема медикаментозной терапии при эзофагитах

Степень тяжести	Медикаментозные препараты	Длительность лечения
ГЭРБ без эзофагита	антацидные препараты (фосфалюгель) + прокинетики (мотилиум)	2-3 недели
ГЭРБ I ст.	антацидные препараты (фосфалюгель) + прокинетики (мотилиум)	3-4 недели. Курс повторить через месяц
ГЭРБ II ст.	ИПП (омепразол, некسيوم) или H ₂ блокаторы	3 недели

	+ прокинетики (мотилиум)	3-4 недели Курс повторить 3-4 недели
	антацидные препараты (фосфалюгель) - после отмены антисекреторных препаратов	3-4 недели
ГЭРБ III ст.	Ингибиторы протонной помпы (омепразол, некسيوم)	3 недели (затем поддерживающий курс до 6-8 недель)
	+ прокинетики (мотилиум)	3-4 недели
	антацидные препараты (фосфалюгель) - после отмены антисекреторных препаратов	2-3 недели

При острых эзофагитах, особенно геморрагическом и псевдомембранозном, а также при абсцессе и флегмоне пищевода показана неотложная госпитализация в хирургическое отделение. Хирургическое лечение показано при неэффективности медикаментозной терапии. Антирефлюксное хирургическое вмешательство также проводят при повторных кровотечениях, пептических стриктурах пищевода, развитии синдрома Баррета.

Реабилитация пациентов с ГЭРБ.

- Диета №1 и специальные режимные мероприятия весь год после обострения;
- вегетотропные препараты (с учетом вегетативных дисфункций);
- антациды(альмагель,маалокс,фосфалюгель и др.) через 1,5-2 часа после приема пищи и перед сном-2-3 нед.;
- прокинетики(мотилиум)-10-14 дней (3 курса в год);
- препараты,улучшающие защитные свойства слизистой(вентер)- 4-6 нед.;
- витамины группы В(В1,В2,В6),А,Е чередуя курсами по 2-3 нед.;
- ФТЛ-электрофорез с цинком,бромом на воротниковую зону №10;
- минеральная вода слабой минерализацией курсами по 2-3 нед. -3 раза в год.;
- осмотр педиатром 1 раз в квартал,затем 2 раза в год;
- ЭГФДС в конце года наблюдения;
- РН-метрия-1-2 раза в год(весна,осень);
- противорецидивное лечение 2 раза в год-в конце зимы и лета.

Главный детский внештатный
гастроэнтеролог

Долбнева О.В.

