

## К ВОПРОСУ О РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

А.М. Тухватуллин, А.П. Пигалов

Кафедра поликлинической педиатрии (зав. - проф. А.П. Пигалов) Казанского государственного медицинского университета

Клапанные расстройства пищеварительного тракта, объединенные термином “функциональная диспепсия”, характеризуются собственными этиологическими и патогенетическими механизмами, на основе которых они выделены в особую группу заболеваний [2]. К ним относятся дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) и гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). ДГР определяется у каждого третьего ребенка с патологией желудка и двенадцатиперстной кишки. Рефлюкс выявляется чаще при распространенных формах гастрита и дуоденита, особенно при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка. В литературе имеется небольшое число разноречивых сообщений о влиянии возраста и пола пациента на частоту рефлюкса [1, 5]. Горголь В.А. и соавт. [1], напротив, отмечают, что пол не оказывает существенного влияния на частоту возникновения ДГР. Частота ГЭРБ варьирует от 2 до 4%. При эндоскопическом исследовании верхних отделов ЖКТ ее выявляемость увеличивается до 6 - 12% [3].

Нами были изучены результаты 1182 фиброгастродуоденоскопических исследований у детей школьного возраста г. Казани (см. табл.).

Различные варианты рефлюксной болезни были обнаружены у 240 (20,3%) детей, при этом ни у одного ребенка в направлении не было указаний на его наличие. Наиболее часто (в 17,1%) выявлялись различные проявления ДГР, преимущественно у девочек (20,7%). У мальчиков ДГР встречался реже - в 13,7% случаев ( $P < 0,05$ ). Наши данные свидетельствуют о зависимости частоты выявления ДГР от пола и возраста детей. У

мальчиков и девочек наблюдается рост патологии с возрастом, однако во всех трех возрастных периодах у девочек данные нарушения развиваются чаще ( $P < 0,05$ ). Наиболее часто различные проявления ДГР сочетаются с поверхностным гастродуоденитом (50,0 1,4%) или гастритом (25,4 1,0%): у девочек - в 53,0 1,5% случаев, у мальчиков - в 60,0 1,4%.

ГЭРБ обнаружена у 40 (3,4%) детей, причем чаще у девочек, чем у мальчиков, — соответственно у 3,9% и 2,7% ( $P < 0,05$ ). ГЭРБ выявлена только на ранних стадиях (I ст.) в виде дистального поверхностного эзофагита. Низкая частота выявления ГЭРБ обусловлена тем, что на ранних стадиях гастро-эзофагеальный рефлюкс (ГЭР) не приводит к изменению эндоскопической картины слизистой оболочки.

У мальчиков 9—12 лет ГЭР обнаруживается в 7 раз чаще, чем у девочек, в то время как ДГР в этом возрасте встречается преимущественно у девочек ( $P < 0,05$ ). Однако возрастная динамика у девочек и мальчиков носит разнонаправленный характер. Частота ГЭРБ у девочек с возрастом увеличивается, а у мальчиков - снижается ( $P < 0,05$ ). Мы склонны это объяснять возрастными особенностями становления вегетативной нервной системы у мальчиков и девочек [3].

Было изучено влияние различных факторов на развитие патологии верхних отделов пищеварительного тракта у детей методом анкетирования 328 родителей. Анкеты содержали сведения о наследственной предрасположенности, неблагоприятных социальных факторах, дру-

Частота выявления ДГР и ГЭРБ у детей разного пола и возраста (%)

Функциональное нарушение	Возраст					
	9—12 лет		12—15 лет		15—18 лет	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки	мальчики	девочки
ДГР	9,41	13,5	16,67	22,65	16,38	23,81
ГЭРБ	2,97	0,42	3,13	4,21	1,72	6,35

гих заболеваниях органов пищеварения. При этом нами сравнивались анкетные сведения о детях с выявленными заболеваниями и о детях, у которых при ФГДС патологические изменения не обнаружены.

У всех детей, у которых эндоскопически были выявлены нарушения функции верхних отделов ЖКТ, суммарная величина неблагоприятных факторов в анамнезе была выше, чем у здоровых детей ( $P < 0,05$ ). У детей с язвенной болезнью доминировала наследственная предрасположенность (7,7 0,02%;  $P < 0,05$ ). При воспалительных заболеваниях желудка, двенадцатиперстной кишки и рефлюксной болезни чаще встречались алиментарные факторы ( $P < 0,05$ ). У детей без патологии этот показатель был в 2 раза ниже (3,0 0,17%).

Социальный анамнез был оценен по 21 фактору, в том числе по условиям жизни ребенка, качеству питания, психологической обстановке в семье и в коллективе. У детей с рефлюксной болезнью количество неблагоприятных социальных факторов было достоверно выше, чем при язвенной болезни, гастритах и у детей без патологии.

Ведущим фактором при нарушениях верхнего отдела пищеварительного тракта является питание. По нашим данным, значимость его по мере убывания располагается в следующей последовательности: язвенная болезнь - гастриты - рефлюкс. Нарушения диеты, режима питания и однообразия рациона питания служат важным фактором в развитии патологии органов пищеварения, но большее значение этот фактор имеет для развития воспалительных и язвенных заболеваний, нежели рефлюксной болезни. Второе место в формировании патологии органов пищеварения занимают стрессовые ситуации (конфликты в семье, школе, потеря близких, друзей, родственников, большая учебная нагрузка и др.). Роль стрессов в этиологии отдельных заболеваний разная. Больше всего они влияют на формирование рефлюксной болезни и меньше - на заболеваемость язвенной болезнью и гастритами. Полученные результаты показывают, что формирование рефлюксной болезни у детей в возрасте от 9 до 18 лет происходит разными тем-

пами и зависит от пола, возрастного периода и неблагоприятных наследственных, биологических и социальных факторов.

## ВЫВОДЫ

1. Частота ДГР у мальчиков и девочек увеличивается с возрастом, однако во всех возрастных периодах у девочек данная патология встречается чаще.

2. Возрастная динамика ГЭРБ у девочек и мальчиков носит разнонаправленный характер: ее частота у девочек увеличивается, а у мальчиков - снижается.

3. ДГР и ГЭРБ отличаются ведущими неблагоприятными факторами. Для ДГР характерно наличие воспалительного заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, а для ГЭРБ - отрицательный психо-эмоциональный фон.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Горголь В.А., Мусиенко А.П., Щербань И.В. // Врач. дело.-1987.-№ 11.- С. 56-58.
2. Ивашкин В.Т., Нечасов В.М. // РМЖ. - 2000. - Т.2. - № 2. - С. 20—22.
3. Хавкин А.И. Клинико-инструментальная характеристика гастроэзофагального и дуоденогастрального рефлюксов у детей и их связь с функциональным состоянием вегетативной нервной системы: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. - М., 1989.
4. Kato S, Nakagawa H. et al. // Acta Paediatr Jpn.— 1991. - Vol. 33. - P. 36—42.
5. Kawahara H, Dent J., Davidson G. // Gastroenterology. - 1997. - Vol. 113. - P. 399—408.

Поступила 13.07.01.

## TO THE PROBLEM ON THE REFLUX DISEASE IN CHILDREN

*A.M. Tukhvatullin, A.P. Pigalov*

### S u m m a r y

The data of 1182 fibrogastroduodenoscopic examinations in children of Kazan are analyzed. Various variants of the reflux disease are revealed in 20,3% of children. Three age periods should be noted according to the incidence and localization of the reflux disease in boys and girls: aged 9 to 11, 12 to 15 and 15 to 17. The dependence of the revealing the duodenogastral reflux on sex and age of children is established: it increases with age, however in all age groups this pathology more frequently occurs in girls. The leading unfavourable social factor in children with the reflux disease is psychoemotional stress.