

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Т.О. Крючко, М.М. Писич, Г.М. Нестра, М.О. Рухаченко,
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Робота є фрагментом НДР «Вивчити патогенетичну роль порушень імунітету при функціональних та органічних розладах травлення у дітей раннього віку та розробити методи їх аліментарної корекції», номер держреєстрації 01.08Ю001059.

За даними нашого дослідження формуванню гастроєзофагальної рефлюксної хвороби у дитячому віці сприяють – обтяженість перинатального періоду, висока сімейна обтяженість запальними захворюваннями слизової оболонки шлунку та дванадцятипалої кишки, тривалий перебіг гастродуоденальної патології. У дітей з гастроєзофагальною рефлюксною хворобою доволі часто виявляються маркери дисплазії сполучної тканини, що може бути однією з причин дисфункції нижнього стравохідного сфінктеру і сприяти виникненню гастроєзофагального рефлюксу з подальшим розвитком гастроєзофагальнорефлюксної хвороби.

Ключові слова: гастроєзофагальна рефлюксна хвороба, діти, недиференційована дисплазія сполучної тканини, гастродуоденальна патологія.

Патологія органів травлення займає значне місце в структурі дитячої соматичної захворюваності, при чому в усьому світі, в тому числі і в високо розвинутих країнах. Її частота на сьогодні в Україні складає 148,41 на 1000 дітей та має тенденцію до зростання. В структурі гастроентерологічних захворювань дітей різного віку перше місце належить хворобам верхніх відділів травної системи, вони складають 49,1% всієї патології органів травлення [4].

Проблема гастроєзофагальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) є однією із актуальних проблем дитячої гастроентерології. Це пов'язано з широкою розповсюдженістю, в тому числі і серед дітей, різноманітністю клінічних проявів (включаючи велику кількість „позастравохідних” скарг, які утруднюють своєчасну постановку діагнозу), можливістю розвитку серйозних ускладнень (синдрому Баррета), необхідністю тривалого медикаментозного лікування. Частота виникнення ГЕРХ в популяції населення складає від 7 до 20% [1, 2, 3], а у дітей коливається, за даними різних авторів, від 8,7 до 60% [3]. У зв'язку з появою останнім часом великої кількості публікацій про гастроєзофагальний рефлюкс (ГЕР) і його наслідки, ГЕРХ і захворювання стравоходу діагностуються все частіше. Але на жаль, в педіатричній практиці, на сьогодні відсутні дані епідеміологічних досліджень поширеності даного захворювання серед дитячого населення України, що передусім зумовлено особливостями клінічного перебігу даної патології.

Метою роботи було вивчення вікових особливостей клінічного перебігу гастроєзофагальної рефлюксної хвороби у дитячому віці.

Матеріал та методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилося 49 дітей в віці 7-15 років, які лікувались в педіатричному відділенні №1 обласної дитячої клінічної лікарні м.Полтави з приводу загострення хронічної гастродуоденальної патології. Верифікація діагнозу проводилась на основі поглибленого клініко-лабораторного та інструментального обстеження хворих дітей. Всім дітям проведена езофагогастродуоденоскопія (ендоскопом фірми "Olympus"), інтраєзофагальна і інтрагастральна рН-метрія, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, ехокардіографія. При встановленні діагнозу ГЕРХ використовувалась ендоскопічна класифікація рефлюкс- езофагіту по Savari-Miller в модифікації G.N.J.Tytgat et al.(1990) (Бабак О.Я., Фадєєнко Г.Д., 2000), пр. встановленні діагнозу хронічний гастродуоденіт і виразкова хвороба - класифікація А.В.Мазурина (1984). Прояви синдрому дисплазії сполучної тканини (ДСТ) оцінювались по клінічним і анамнестичним даним. В якості зовнішніх фенотипічних ознак визначались різні аномалії опорно-рухового апарату, ротової порожнини, шкіри, очей. Прояви НДСТ зі сторони внутрішніх органів виявлялись при ультразвуковому дослідженні жовчного міхура, нирок, серця і великих судин.

Обробка числових даних здійснювалася загальноприйнятими в медичній статистиці математичними методами. Вираховували показники середніх величин (М), помилок середніх величин (m) досліджуваних показників. Статистичну вірогідність обчислювали, використовуючи критерій t Ст'юдента. Різницю показників вважали вірогідною при значенні $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналізуючи дані ендоскопічного дослідження дітей з ГЕРХ ми встановили, що у 32 хворих був виявлений рефлюкс-езофагіт (1 група) та у 17 дітей - ендоскопічно негативна форма ГЕРХ, які склали групу порівняння (2 група). Серед дітей першої

групи хлопчиків було суттєво більше, ніж дівчаток (62,5%), в той час, як в групі порівняння хлопчики превалювали незначно (52,9 %). Серед хворих основної групи питома вага дітей старше 11 років виявилась суттєво вищою ($p < 0,05$), ніж в групі порівняння, де кількість школярів була приблизно однаковою. Аналіз анамнезу життя показав, що 62,5% дітей першої групи були народжені від матерів у яких мав місце патологічний перебіг вагітності, 37,5 % — від патологічних родів; а у 43,8 % при народженні була діагностована патологія періоду новонародженості. Крім того, звертає на себе увагу висока обтяженість ($p < 0,05$) сімейного анамнезу обох груп по захворюванням травної системи ($62,5 \pm 6,1\%$ і $58,8 \pm 8,1\%$). На відміну від хворих 2 групи у дітей з езофагітом майже втричі частіше є близькі родичі, які страждають на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки і алергічні захворювання, в родинах цих дітей частіше спостерігається дисфункції вегетативної нервової системи. Найбільш часто хворі обох груп скаржились на зниження апетиту, підвищену втомлюваність, головний біль, головокружіння, біль в животі, нудоту, печію та ін. (табл. 1). Вивчення скарг і об'єктивних даних не виявило суттєвих відмінностей клінічних проявів захворювання у дітей 1-ї і 2-ї груп. Виключенням є печія, скарги на яку у дітей основної групи відзначались достовірно частіше, ніж у хворих групи порівняння ($p < 0,01$).

Таблиця 1

Клінічні симптоми у обстежених хворих (%)

Скарги	Перша група (n=32)	Друга група (n=17)
Зниження апетиту	$43,8 \pm 6,0$	$52,9 \pm 8,2$
Цефалгії	$75,0 \pm 5,0$	$76,5 \pm 7,8$
Головокружіння	$46,9 \pm 5,0$	$35,3 \pm 7,8$
Нудота, блювота	$59,4 \pm 5,9$	$70,6 \pm 7,1$
Відрижка	$81,3 \pm 4,7$	$64,7 \pm 7,8$
Печія	$68,8 \pm 5,2^*$	$41,2 \pm 8,2$
Болі в животі	$84,4 \pm 4,2$	$94,1 \pm 3,8$

Примітка: * - різниця достовірна у порівнянні з показниками дітей другої групи.

В результаті клініко-лабораторного та інструментального дослідження хворих обох груп були діагностовані супутні захворювання гастроудоденальної зони, жовчовивідної системи та підшлункової залози. Частіше мало місце поєднання ГЕРХ з хронічним гастроудоденітом (65,6% та 52,9% відповідно) і виразковою хворобою дванадцятипалої кишки (21,9% та 17,6% відповідно). У хворих групи порівняння частіше виявлявся хронічний гастрит (11,8%). Звертає на себе увагу, що у дітей 1-ї групи майже в 2 рази частіше, ніж у хворих 2-ї групи, разом з гастроезофагеальним рефлюксом діагностувався і дуоденогастральний (28,1%).

Таблиця 2

Ознаки недиференційованої дисплазії сполучної тканини

Ознаки	Перша група (n=32)	Друга група (n=17)
Порушення осанки	$65,6 \pm 5,7^*$	$41,2 \pm 8,2$
Плоскоступість	$25,0 \pm 5,1^*$	$5,8 \pm 3,8$
Міопія	$34,4 \pm 4,3^*$	$17,6 \pm 2,8$
Дизморфізм вушних раковин	$21,8 \pm 5,2$	$23,5 \pm 6,9$
Низьке положення пупкового кільця	$40,6 \pm 5,9^*$	$23,5 \pm 6,9$
Неправильний привкус	$6,3 \pm 2,4$	$5,8 \pm 3,8$
Гіпермобільність суглобів	$15,6 \pm 4,2$	$11,8 \pm 5,2$
Пролапс мітрального клапану	$43,8 \pm 6,0^*$	$17,6 \pm 2,8$
Аномальна хорда в порожнині лівого шлуночку	$9,4 \pm 3,4$	$5,8 \pm 3,8$
Деформація жовчного міхура	$21,8 \pm 5,2$	$35,3 \pm 10,2$
Оксалурія	$53,1 \pm 5,9^*$	$29,4 \pm 7,4$
Патологічна рухливість нирок	$18,6 \pm 3,3^*$	$5,8 \pm 3,8$

Примітка: * - різниця достовірна у порівнянні з показниками дітей другої групи.

Оцінюючи дані анамнезу захворювання ми встановили, що у всіх обстежених дітей мала місце патологія гастроудоденальної зони. Тривалість даної патології коливалась в широких межах – від 1 року до 10 років. У більшості хворих першої групи тривалість захворювання склала більше 2 років (56,3 %). В середньому тривалість захворювання органів травлення у дітей 1-ї групи склала $4,8 \pm 0,47$ роки, а у дітей групи порівняння – $3,4 \pm 0,43$ роки ($p < 0,05$). Представлені дані свідчать, що

збільшення тривалості гастродуоденальної патології сприяє розвитку ендоскопічно позитивної форми ГЕРХ. При об'єктивному дослідженні дітей разом з симптомами, що маніфестують при основному захворюванні, звертала на себе увагу велика кількість фенотипічних проявів недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ). Враховуючи, що при ГЕРХ не останнє місце в розвитку рефлюксу займає слабкість сполучнотканинних структур, ми оцінили поширеність зовнішніх і внутрішніх ознак НДСТ у дітей з цією патологією (див. табл. 2).

Найпоширенішими проявами ДСТ у дітей всіх груп були порушення осанки (сколіоз, кіфоз, лордоз), плоскостопість, гіпермобільність суглобів, міопія, пролапс мітрального клапану, низьке положення пупкового кільця та ін. При цьому у дітей з ендоскопічно позитивною формою ГЕРХ ознаки ДСТ визначалися частіше.

Висновок

Таким чином, отримані результати дозволяють зробити наступні висновки: - ризик формування ГЕРХ у дітей визначався вище при супутній гастродуоденальній патології, обтяженій спадковості, неблагоприємному перебігу перинатального періоду; - у дітей з гастроєзофагальною рефлюксною хворобою доволі часто виявляються маркери дисплазії сполучної тканини, що може бути однією з причин дисфункції нижнього стравохідного сфінктера; - дітям з гастродуоденальною патологією на тлі сполучнотканинної дисплазії, необхідно проводити превентивні профілактичні заходи для запобігання розвитку ГЕРХ.

Перспективи подальших розробок у даному напрямку. Вивчення поширеності та захворюваності ГЕРХ серед дитячого населення Полтавської області.

Література

1. Бабак О.Я. Новые стандарты ведения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / О.Я. Бабак // Здоров'я України. — 2006. — № 23–24. — С. 66–67.
2. Белоусов Ю.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в детском возрасте / Ю.В. Белоусов // Здоров'я України. — 2005. — №5. — С.24–25
3. Хавкин А.И. Современные представления о гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей / А.И.Хавкин, Н.С. Жихарева // Consilium Medicum. — 2002. — Том 4. — №3. — С.43–44.
4. Шадрин О.Г. Педиатрические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / О.Г. Шадрин // Здоров'я України. — 2009. — №6/1. — С. 11.

Резюме

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

**Крючко Т.А., Пеший М.М., Несина И.Н.,
Румянцева М.А.**

По данным нашего исследования формированию гастроэзофагальной рефлюксной болезни в детском возрасте способствуют – патология перинатального периода, высокая семейная заболеваемость воспалительными заболеваниями слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, длительное течение гастродуоденальной патологии. У детей с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью достаточно часто определяются маркеры дисплазии соединительной ткани, что может быть одной из причин дисфункции нижнего пищеводного сфинктера и способствовать возникновению гастроэзофагального рефлюкса с последующим развитием гастроэзофагальнорефлюксной болезни.

Ключевые слова: гастроэзофагальная рефлюксная болезнь, дети, недифференцированная дисплазия соединительной ткани, гастродуоденальная патология.

FEATURES OF FLOW OF GASTROEZOFAGAL REFLYUKS ILLNESS IN CHILD'S AGE

**Kruchko T.A., Pechil N.N., Nesina I.N.,
Rumyantseva M.A.**

From data of our research to forming of gastroezofagal'noy reflyuksnoy illness in child's age promote is pathology of perynatal'nogo period, high domestic morbidity by the inflammatory diseases of mucous membrane of stomach and duodenum, protracted flow of gastroduodenal'noy pathology. At children with gastroezofagal'noy reflyuksnoy illness the markers of dysplazyy of connecting fabric are often enough determined, that can be one of reasons of disfunction of lower gullet sfynktera and be instrumental in the origin of gastroezofagal'nogo reflyuksa with subsequent development of gastroezofagal'noreflyuksnoy illness.

Key words: gastroezofagal'naya reflyuksnaya illness, children, undifferentiated dysplazyya of connecting fabric, gastroduodenal'naya pathology.

Стаття надійшла 19.04.10