



УДК 616.32/.33-002-053.3/.5

КРЮЧКО Т.О., НЕСІНА І.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ОСОБЛИВОСТІ ПОЗАСТРАВОХІДНИХ ПРОЯВІВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

Резюме. Стаття присвячена огляду сучасних наукових поглядів на перебіг гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) у дитячому віці, обговорюються різні патогенетичні механізми формування позастравохідних симптомів. Наведені власні дані про діагностику, частоту та клінічні особливості позастравохідних проявів ГЕРХ у дітей.

Ключові слова: гастроєзофагеальна хвороба, діти, діагностика, позастравохідні симптоми.

Постійний інтерес до симптоматики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) зумовлений насамперед тим, що, незважаючи на багаторічну історію вивчення, останні передові досягнення медичної науки у визначенні етіопатогенетичних факторів, вона залишається не до кінця вирішеною проблемою сучасної медицини. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба — багатофакторне захворювання. В основі патогенезу ГЕРХ лежить порушення рухової функції стравоходу і шлунка, а також пригнічення захисних механізмів, таких як антирефлюксна бар'єрна функція гастроєзофагеального з'єднання і нижнього стравохідного сфінктера, езофагеальний кліренс, нормальна резистентність слизової оболонки стравоходу, своєчасна евакуація шлункового вмісту, контроль кислотоутворюючої функції шлунка. У результаті цього рефлюктат зі шлунка та/або дванадцятипалої кишки агресивно впливає на слизову оболонку стравоходу через контакти слизової оболонки стравоходу з кислотою і пепсином [4–6].

Наявність великої кількості стертих та атипичних клінічних форм, відсутність загальноприйнятих підходів до діагностики ГЕРХ у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку утруднює діагностику гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, робить її несвоечасною та призводить до появи і прогресування ускладнень, з іншої сторони — до гіпердіагностики таких захворювань, як різні види аритмій, остеохондроз та ін. [1, 2, 5, 8, 9].

Клінічна картина ГЕРХ представлена стравохідними та позастравохідними симптомами. В

останні роки все більшу увагу вчених і практикуючих лікарів привертають позастравохідні прояви ГЕРХ [1, 2, 6]. Серед них виділяють 4 основні групи: 1 — оториноларингологічні (ларингіт, фарингіт, сухість, пирхота в горлі, отит); 2 — бронхолегеневі (стійкий кашель, підкашлювання, осиплість голосу, аспіраційна пневмонія, бронхіальна астма (БА)); 3 — кардіальні (біль у ділянці серця, аритмії, тахікардія, рефлекторне центральне апное); 4 — стоматологічні (витончення зубної емалі, рецидивуючий карієс, афтозний стоматит, періодонтит). У педіатричній практиці частіше зустрічаються бронхолегеневі і оториноларингологічні позастравохідні прояви [5, 6, 11].

Діагностика ГЕРХ у дітей старшого віку залишається досить складною, насамперед, через існування, окрім класичного варіанта перебігу ГЕРХ, багатьох позастравохідних проявів хвороби. Перебіг ГЕРХ у ряді випадків має хвилеподібний характер, із періодами загострення й відносної ремісії. Симптоми ГЕРХ у дітей можуть загострюватися на тлі приєднання інфекційних захворювань, наприклад простудних або інших інфекцій. У новонароджених до екстраєзофагеальних проявів ГЕРХ зараховують симптоми ураження бронхолегеневої та серцево-судинної систем, захворювань лор-органів.

Поєднаний перебіг БА та ГЕРХ у дітей супроводжується посиленням тяжкості клінічних

© Крючко Т.О., Несіна І.М., 2013

© «Здоров'я дитини», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

проявів захворювання з вірогідним почастішанням загострень в 1,6 раза та збільшенням середніх строків перебування в умовах стаціонару в 1,3 раза порівняно з ізольованим перебігом БА [1, 6, 10]. Патогенетичні взаємозв'язки ГЕРХ і БА досить неоднозначні. З одного боку, ГЕРХ, безумовно, сприяє розвитку БА за рахунок бронхоспазму, який обумовлений рефлекторними вагусними механізмами, а також гіперактивністю бронхів, що виникає у відповідь на вплив соляної кислоти, мікро- і макроаспірації. З іншого боку, власне БА може визначати схильність до розвитку ГЕРХ унаслідок збільшення градієнта тиску між черевною та грудною порожнинами, наявності гриж стравохідного отвору діафрагми у хворих, широкого застоювання бронходилататорів, що знижують тонус нижнього стравохідного сфінктера [7, 8, 11].

Консенсус у Монреалі (2006) підтвердив зв'язок між хронічним кашлем, хронічним ларингітом, астмою та ГЕРХ, але також визнав, що ці захворювання зазвичай багатofакторні і гастроезофагеальний рефлюкс (ГЕР) може бути найважливішим кофактором у їхньому виникненні.

Найбільш доведений зв'язок ГЕР із такими стоматологічними проявами, як ерозія емалі [3]. Механізм стоматологічних ушкоджень при ГЕРХ зумовлений ступенем закислення слинної рідини (рН нижче 7,0) і зміною фізико-хімічних властивостей слини (мінерального складу, в'язкості). Слина в нормі збагачена кальцієм, фосфатами, містить карбонати, натрій, калій, магній і має лужні властивості; при низькому рН, особливо при значеннях 6,2–6,0, призводить до вогнищевої демінералізації емалі зубів із появою ерозій твердих тканин зубів і утворенням в них порожнин (карієсу) [3].

Постановка діагнозу ГЕРХ ґрунтується на сукупності діагностичних критеріїв: клінічних, ендоскопічних, гістологічних, рН-моніторингу, рентгенологічних, манометричних, ультразвукових. З діагностичною метою у дорослих використовується фармакологічний тест з інгібіторами протонної помпи (ІПП). Препарати призначають у вигляді короткої (10–14 днів) терапії *ex juvantibus*. Зниження продукції соляної кислоти значно підвищує рН шлунка й усуває усі прояви ГЕРХ, у тому числі і позастравохідні. Особливої цінності набуває даний тест у пацієнтів із позастравохідними проявами ГЕРХ, які мають поєднану патологію.

Під нашим спостереженням знаходилось 69 дітей віком 7–15 років, які лікувались в педіатричному відділенні № 1 обласної дитячої клінічної лікарні м. Полтави з приводу загострення хронічної гастродуоденальної патології. Аналізуючи дані ендоскопічного дослідження дітей із ГЕРХ, ми встановили, що у 42 хворих був виявлений рефлюкс-езофагіт (РЕ) та у 27 дітей, які склали групу порівняння, — хронічний гастродуоденіт (ХГД).

Серед дітей першої групи хлопчиків було суттєво більше (62,5 %), ніж дівчаток, у той час як у групі порівняння хлопчики превалювали незначно (52,9 %). Серед хворих основної групи питома вага дітей старше 11 років виявилась суттєво вищою (66,7 %, $p < 0,05$), ніж у групі порівняння, де кількість школярів була приблизно однаковою.

У всіх обстежених дітей спостерігалася висока частота скарг астеничного характеру, однак при РЕ частота скарг на дратівливість (40,4 і 22,2 %, $p < 0,01$) і метеозалежність (28,6 і 11,1 %, $p < 0,05$) були вірогідно вищими, ніж у дітей із ХГД. Із диспептичних скарг у пацієнтів із РЕ вірогідно частіше, ніж у дітей із ХГД, зустрічалися відрижка (66,7 і 18,5 %, $p < 0,01$), печія (64,3 і 7,4 %, $p < 0,001$), кислий присмак у роті (33,3 і 0 %, $p < 0,001$), галітоз (52,4 і 14,8 %, $p < 0,01$), симптом «мокрої плями» ($p < 0,01$). Необхідно відзначити, що такі типові симптоми, властиві патологічному ГЕР, як печія та відрижка, були характерні не для всіх дітей із РЕ. Тільки у дітей із РЕ діагностувалася щоденна печія (7,2 %) з частотою кілька разів на тиждень (26,2 %). Однак не було отримано кореляційного взаємозв'язку між ступенем тяжкості рефлюкс-езофагіту у дітей та частотою й вираженістю печії ($r = 0,23$, $p > 0,05$), що може бути пов'язано з індивідуальним рівнем больового порогу рецепторів стравоходу до впливу ГЕР. Виявлено прямий кореляційний зв'язок між віком і вираженістю таких диспептичних симптомів у дітей із РЕ, як відрижка ($r = 0,88$, $p < 0,001$), печія ($r = 0,87$, $p < 0,001$), кислий присмак у роті ($r = 0,8$, $p < 0,01$), гіркий присмак у роті ($r = 0,64$, $p < 0,05$), тяжкість в епігастрії ($r = 0,65$, $p < 0,05$), відчуття швидкого насичення ($r = 0,69$, $p < 0,05$). Дані скарги були найбільш характерні для дітей 14–15 років. Провідним у клінічній картині в усіх обстежених дітей був абдомінальний больовий синдром, причому типовими були скарги на болі в епігастрії та параумбікальній ділянці. Вірогідних відмінностей у локалізації болю і характері больового абдомінального синдрому у дітей із РЕ та ХГД виявлено не було. У той же час біль у животі тривалістю до 20 хвилин відмічався при РЕ у 1,7 раза рідше ($p < 0,05$), а біль тривалістю кілька годин у — 2 рази частіше, ніж у дітей із ХГД. Виявлені особливості больового синдрому у дітей із РЕ, можливо, пояснюються більш високою частотою хелікобактеріозу та дифузного дуоденіту за даними ФЕГДС.

При огляді порожнини рота виявлено, що інтактна слизова оболонка зустрічалася вірогідно рідше в дітей із РЕ ($p < 0,05$), ніж у дітей із ХГД. При вивченні стану слизової оболонки язика в обстежених групах було відзначено, що у дітей із РЕ набряклість язика (54,7 і 18,5 %, $p < 0,001$), сліди зубів (38,1 і 14,8 %, $p < 0,01$), «географічний» язик (16,6 і 7,4 %, $p < 0,05$) зустрічалися вірогідно частіше, ніж у дітей із ХГД. Частота каріозних уражень твердих тканин зубів різного ступеня тяжкості у дітей із РЕ була також вірогідно вищою, ніж у ді-

тей із ХГД (90,5 і 77,8 %, $p < 0,05$). Частота системної гіпоплазії емалі зустрічалась у 3 рази частіше у дітей із РЕ, ніж у дітей із ХГД ($p < 0,05$). Виявлено прямий кореляційний зв'язок між віком і частотою таких уражень порожнини рота, як набряклість язика ($r = 0,76$, $p < 0,01$), сліди зубів на язичку ($r = 0,82$, $p < 0,01$), карієс різного ступеня тяжкості ($r = 0,71$, $p < 0,01$), катаральний гінгівіт ($r = 0,58$, $p < 0,05$).

Патологія з боку лор-органів також вірогідно частіше діагностувалась у дітей із РЕ, ніж у дітей із ХГД (90,5 і 55,6 %, $p < 0,01$). У дітей із РЕ на відміну від хворих із ХГД превалювали скарги на відчуття клубка в горлі (40,5 і 22,2 %, $p < 0,05$) та захриплість голосу (52,4 і 29,6 %, $p < 0,05$). При проведенні фарингоскопії у дітей із РЕ вірогідно частіше визначались гіперемія та гіпертрофія піднебінних мигдалин I–II ступеня, гіперемія м'якого піднебіння ($p < 0,05$). При оцінці стану задньої стінки глотки в обстежених групах було виявлено, що у дітей із РЕ гіперемія задньої стінки глотки зустрічалась в 3 рази частіше, ніж у дітей із ХГД ($p < 0,05$). У дітей із РЕ хронічний фарингіт (45,2 і 18,5 %, $p < 0,05$) і хронічний тонзиліт (73,8 і 48,2 %, $p < 0,05$) діагностували вірогідно частіше, ніж у дітей із ХГД. У дітей із РЕ виявлений прямий кореляційний зв'язок між віком і частотою таких лор-проявів, як захриплість голосу ($r = 0,67$, $p < 0,05$), клубок у горлі ($r = 0,75$, $p < 0,01$), хронічний фарингіт ($r = 0,81$, $p < 0,01$), хронічний тонзиліт ($r = 0,57$, $p < 0,05$). Скарги на захриплість голосу і клубка в горлі були найбільш характерні для дітей із РЕ віком 13–15 років. Хронічний фарингіт і тонзиліт частіше діагностувалися у дітей вікової групи 11–15 років. Відзначено прямий кореляційний зв'язок між ступенем тяжкості ушкодження стравоходу у дітей із РЕ і частотою таких уражень лор-органів, як захриплість ($r = 0,23$, $p < 0,23$), біль у горлі ($r = 0,34$, $p < 0,01$), клубок у горлі ($r = 0,42$, $p < 0,001$), гіперемія задньої стінки глотки ($r = 0,46$, $p < 0,001$), гіперплазія фолікулів задньої стінки глотки ($r = 0,28$, $p < 0,01$), хронічний тонзиліт ($r = 0,38$, $p < 0,001$), хронічний фарингіт ($r = 0,29$, $p < 0,01$), аденоїди I–III ступеня ($p = 0,51$, $p < 0,01$). У дітей із РЕ частота поєднаної патології з боку порожнини рота і лор-органів була вірогідно вищою, ніж у дітей із ХГД (85,7 і 33,3 %, $p < 0,01$).

У дітей із РЕ частота скарг на втомлюваність, непереносимість фізичних навантажень, напади серцебиття, перебої в роботі серця, завмирання серця, болі в ділянці серця були вірогідно вищими (54,8 %) порівняно з групою дітей, які страждають від ХГД, де такі скарги відзначені лише в 14,8 % випадків ($p < 0,05$). Отримано вірогідні відмінності між обстеженими групами за частотою скарг на відчуття перебоїв у роботі серця (19,1 і 7,4 %, $p < 0,05$) і болі в ділянці серця (14,3 і 3,7 %, $p < 0,05$).

При аналізі функції зовнішнього дихання (ЖЕЛ, ОФВ₁, МОШ₂₅, МОШ₅₀, МОШ₇₅, індекс

Тіффно) знижені показники були виявлені у 19,1 % дітей групи РЕ і 7,4 % дітей групи ХГД без вірогідних відмінностей за частотою обструктивних, рестриктивних і змішаних вентиляційних порушень між обстеженими групами. Однак був отриманий зворотний кореляційний зв'язок між ступенем тяжкості ушкодження стравоходу у дітей із РЕ і такими показниками функції зовнішнього дихання, як ОФВ₁ ($r = -0,46$, $p < 0,01$), МОШ₂₅ ($r = -0,47$, $p < 0,01$), МОШ₅₀ ($r = -0,37$, $p < 0,05$) і МОШ₇₅ ($r = -0,38$, $p < 0,05$), які характеризують обструктивні порушення.

У нашому дослідженні розрахунок діагностичної чутливості використання ІПП-тесту виявив, що в обстежених дітей він становив 86 %, а діагностична специфічність — 60 %. Прогностична цінність позитивного результату в нашому дослідженні становила 90 %, а прогностична цінність негативного результату — лише 38 %.

Отже, типові стравохідні симптоми з найбільшою частотою (94,2 %) виявляються у віці 14–15 років, при цьому залежності між ступенем ураження стравоходу і печією немає. При рефлюкс-езофагіті у дітей із частотою 92,9 % відзначаються різні захворювання порожнини рота, з частотою 90,5 % захворювання лор-органів, і в 83,3 % їх поєднання, при цьому частота стоматологічних та оториноларингологічних проявів корелює з віком дітей і тяжкістю рефлюкс-езофагіту. Для дітей із рефлюкс-езофагітом характерна наявність кардіологічних скарг, є тенденція до зниження показників функції зовнішнього дихання, що характеризують порушення за обструктивним типом при більш тяжкому ушкодженні стравоходу в дітей.

Таким чином, гастроєзофагеальний рефлюкс і гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба є дуже поширеною патологією дитячого віку. Знання практикуючими лікарями особливостей клінічного перебігу даного захворювання у дітей в різних вікових групах дозволило провести своєчасну діагностику і в ранні строки призначити лікування. Комплексне застосування лікарських препаратів сумісно з модифікацією образу життя, нормалізацією фізичних і нервово-психічних навантажень дозволить значно зменшити кількість езофагітів і інших ускладнень GERX у дитячому віці.

Список літератури

1. *Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.В. Маев, Г.Л. Юрнев, С.Г. Бурков [и др.] // Терапевтический архив. — 2007. — № 3. — С. 57–66.*
2. *Кардіальні прояви гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби: тактика ведення пацієнтів: метод. рекомендації / За ред. проф. М.Б. Щербиніна, І.Я. Будзак. — К., 2008. — 23 с.*
3. *Стоматологические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.В. Маев, Г.М. Барер, Г.А. Бусарова [и др.] // Клиническая медицина. — 2005. — № 11. — С. 33–38.*
4. *Фадеенко Г.Д. Эпидемиологические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Г.Д. Фадеенко, И.Э. Кушнир, М.О. Бабак // Сучасна гастроентерологія. — 2008. — № 5 (43). — С. 12–16.*

5. Шадрин О.Г. Педиатрические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / О.Г. Шадрин // Здоров'я України. — 2009. — № 6/1. — С. 11.

6. Щербаков П.Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей / П.Л. Щербаков // Болезни органов пищеварения. — 2007. — Т. 9, № 2. — С. 42-47.

7. Acid gastroesophageal reflux in convalescent preterm infants: effect of posture and relationship to apnea / Bhat R.Y. Rafferty G.F., Hannam S., Greenough A. // *Pediatr. Res.* — 2007. — Vol. 62. — P. 620-3.

8. Apnea, bradycardia a desaturation in preterm infants before and after feeding / Slocum C., Arko M., Di Fiore J. [et al.] // *J. Perina.* — 2009. — Vol. 29. — P. 209-12.

9. Gastro-esophageal reflux disease in children and adults in primary care / Ruigomez A., Wallander M.A., Landborg P. [et al.] // *Scand. J. Gastroenterol.* — 2010. — Vol. 45. — P. 139-46.

10. Michail S. Gastroesophageal reflux / S. Michail // *Pediatrics in Review.* — 2007. — Vol. 28. — P. 101-110.

11. Poets G.E. Myth: Gastroesophageal reflux is a pathological entity in the preterm infant / G.E. Poets, P.E. Brockmann // *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 2011, doi: 10.1016/j.siny.2011.05.001.

Отримано 05.06.13 □

Крючко Т.А., Несина И.М.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

ОСОБЕННОСТИ ВНЕПИЩЕВОДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Резюме. Статья посвящена обзору современных научных взглядов на течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в детском возрасте, обсуждаются различные патогенетические механизмы формирования внепищеводных симптомов. Представлены собственные данные о диагностике, частоте и клинических особенностях внепищеводных проявлений ГЭРБ у детей.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная болезнь, дети, диагностика, внепищеводные симптомы.

Kryuchko T.O., Nesina I.M.

Higher State Educational Institution of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy», Poltava, Ukraine

FEATURES OF EXTRAESOPHAGEAL MANIFESTATIONS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN CHILDREN

Summary. Article deals with the review of current scientific views on the clinical course of gastroesophageal reflux disease (GERD) in children; the different pathogenetic mechanisms of extraesophageal symptoms are discussed. Own data on the diagnosis, prevalence and clinical features of extraesophageal manifestations of GERD in children are presented.

Key words: gastroesophageal disease, children, diagnosis, extraesophageal symptoms.