

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ

Деялтовская М.Г.¹, Аксёнич М.Г.², Мараховский К.Ю.²

¹ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и Дитя» г.Минск, Республика Беларусь, ²ГУ Республиканский научно-практический центр «Детской хирургии» г.Минск, Республика Беларусь

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) у детей является патологией, характеризующейся широким распространением и трудностями ранней диагностики. У детей дошкольного возраста отсутствует типичная симптоматика заболевания, что приводит к поздней диагностике патологии. В настоящее время рН-импеданс-мониторинг является международным стандартом обследования ГЭРБ [1]. Основан на измерении сопротивления (импеданса), которое оказывает переменному электрическому току содержимое, попадающее в просвет пищевода. При проведении 24-часовой рН-импедансометрии мы получаем данные, позволяющие определить процент ацидификации (защелачивания) пищевода (рефлюкс-индекс), зарегистрировать все эпизоды пищеводных рефлюксов (желудочного и дуоденального содержимого), и детально их описать.

ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить функциональные характеристики состояния пищевода у пациентов детского возраста с эрозивной и неэрозивной формами ГЭРБ, оценить преобладающие проявления и сопутствующую патологию у детей дошкольного возраста с ГЭРБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объект исследования: пациенты детского возраста с жалобами пищеводного и/или внепищеводного характера. Критерии включения: изменения, выявленные при проведении суточной рН-импедансометрии, детский возраст от 3 до 6 лет. Критерии исключения: оперативные вмешательства на органах брюшной полости, эозинофильный эзофагит. Сформирована общая группа из 39 пациентов дошкольного возраста, у которых при проведении внутрипищеводной суточной рН-импедансометрии получены данные, позволяющие верифицировать диагноз ГЭРБ: рефлюкс-индекс (РИ) > 7,0% и/или количество рефлюксов > 70 за сутки. По результатам эндоскопического исследования пациенты разделены на 2 группы: 1-я - пациенты с эрозивной формой ГЭРБ (эндоскопические изменения в виде эзофагита А или В - 38,5% (15 пациентов); 2-я - пациенты с неэрозивной формой ГЭРБ (эндоскопические изменения в виде рефлюкс-эзофагита отсутствуют) - 61,5% (24 пациента). Пациентам проведены исследования: видеоэндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта, суточная внутрипищеводная рН-импедансометрия. Статистическая обработка результатов выполнялась с использованием программы MedCalc® version 18.11.3 Copyright 1993-2019©

РЕЗУЛЬТАТЫ

Таблица 1 - Сравнительная характеристика данных суточной рН-импедансометрии у пациентов в 1-й и 2-й группах.

Показатель	1-я (n=15)	2-я (n=24)	Достоверность различий между группами по U-критерию Манна-Уитни
Рефлюкс-индекс ацидификации, в %	9,70 (95% ДИ=5,53-12,28)	7,1 (95% ДИ=3,37-12,15)	0,497
Индекс DeMeester	35,0 (95% ДИ=19,95-51,14)	28,25 (95% ДИ=15,47-44,40)	0,553
Количество рефлюксов	78 (95% ДИ=62,12-112,79)	78,5 (95% ДИ=58,0-86,25)	0,583
Количество проксимальных рефлюксов	25,0 (95% ДИ=11,85-38,74)	32,0 (95% ДИ=18,48-36,51)	0,828
Длительность самого длительного рефлюкса, мин	27,5 (95% ДИ=7,59-35,32)	21,9 (95% ДИ=7,92-29,05)	0,394
ВАС(клиническая ассоциация с ГЭР), в % (>95%), да/нет	6/9	6/18	

Таблица 2 - Клинические проявления и симптомы у пациентов в 1-й и 2-й группах

Симптомы	1-я (n=15)	2-я (n=24)
Пищеводного характера	3	4
Внепищеводного характера	5	10
Сочетание пищеводных и внепищеводных проявлений (смешанные проявления)	7	10

Таблица 3 - Сопутствующая патология у пациентов в 1-й и 2-й группах

Сопутствующая патология	1-я (n=15)	2-я (n=24)
Сердечно-сосудистая (врождённые пороки развития сердца, малые аномалии развития сердца)	2	6
Аллергическая (пищевая и медикаментозная аллергия, поллиноз, атопический дерматит)	3	15
ЛОР-патология (аденоиды, хронический тонзиллит, гипертрофия небных миндалин)	-	7
Бронхолегочная (бронхиальная астма, рецидивирующие пневмонии, врождённые пороки развития лёгких, обструктивный синдром)	6	8
Заболевания глаз (миопия, астигматизм)	1	1
Патология желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит и гастроудоденит)	2	-
Болезни опорно-двигательного аппарата (сколиоз, плоскостопие, болезнь Шляттера)	1	1

ВЫВОДЫ

1. При сравнении клинических проявлений оказалось, что у двух групп пациентов внепищеводные и смешанные проявления (в частности бронхолегочные) являются преобладающими над пищеводными.
2. В группе пациентов с эрозивной и неэрозивной формой преобладают пациенты мужского пола (66,7%-в 1-й группе, и 58,3% во 2-й).
3. В качестве сопутствующей патологии чаще всего выступают бронхолегочные заболевания и аллергическая патология.
4. У группы пациентов с эрозивной формой ГЭРБ отмечаются тенденция к более высоким показателям рефлюкс-индекса и времени наиболее продолжительного рефлюкса. Количество проксимальных (высоких) рефлюксов выше у группы пациентов с неэрозивной формой ГЭРБ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN); J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018 March ; 66(3): 516–554.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

marina.aksionchik@gmail.com