

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ВНЕПИЩЕВОДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ СЕВЕРНОЙ ОСЕТИИ

Матвеева У.В., Бораева Т.Т.

*ГОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России»,
Владикавказ, Россия, (362019, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40), e-mail: iuliana-matveeva@rambler.ru*

Данная статья посвящена актуальной проблеме гастроэнтерологии детского возраста – гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Значительная часть проявлений ГЭРБ носит внепищеводный характер. Частота внепищеводных проявлений ГЭРБ зависит от возраста детей и длительности заболевания. Состояние желудочно-кишечного тракта при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни может влиять на сердечно-сосудистую, дыхательную системы, ЛОР-органы. В статье показана взаимосвязь вегетативных и электрофизиологических изменений в организме ребенка. Стоматологические повреждения обусловлены степенью ацидификации слюнной жидкости и изменением физико-химических свойств слюны (минерального состава, вязкости). Учитывая высокую частоту моторных нарушений гастродуоденальной зоны у детей для своевременных мероприятий по первичной профилактике необходимо проведение мониторинга данных по обращаемости в первичное звено учреждений здравоохранения с учетом экологической обстановки. Наблюдение за детьми с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на педиатрическом участке необходимо осуществлять при участии кардиолога, пульмонолога, стоматолога, ЛОР-врача.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, внепищеводные проявления, дети.

QUESTIONS OF DIAGNOSTICS THE SUPRAOESOPHAGEAL MANIFESTATIONS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN CHILDREN NORTH – OSSETIAN

Matveeva U.V., Boraeva T.T.

North-Ossetian State Medical Academi, e-mail: iuliana-matveeva@rambler.ru

Article is devoted to an actual problem of gastroenterology of children's age - gastroesophageal reflux disease. The significant part of displays gastroesophageal reflux disease have got supraesophageal character. Frequency supraesophageal displays gastroesophageal reflux disease depends on age of children and duration of disease. Conditions of a gastroenteric path at gastroesophageal reflux disease can influence on intimate - vascular, respiratory systems, ENT-bodies. In article the interrelation of vegetative and electrophysiological changes in an organism of the child is shown. Stomatologic damages are caused by a degree of acidity a salivary liquid and change of physical and chemical properties of a saliva (mineral structure, viscosity). Considering high frequency of motor infringements gastroesophageal zones at children for duly actions on primary preventive maintenance carrying out of monitoring of data on attendance in a primary part of establishments of public health services in view of ecological conditions is necessary. Supervision over children with gastroesophageal reflux disease on a pediatric site is necessary for carrying out at participation of the cardiologist, the lung specialist, the stomatologist, the ENT-doctor.

Key words: gastroesophageal reflux disease, supraesophageal manifestations, children.

Введение

Несмотря на то что за последние 20 лет значительно увеличилось число работ, посвященных гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), количество исследований по внепищеводным проявлениям ГЭРБ остается небольшим, а изучению данных аспектов не уделяется должного внимания [3; 4].

Большинство исследований по изучению взаимосвязи ГЭРБ с патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, ЛОР-

органов и полости рта проводилось лишь в последние годы, что обусловлено расширением технических возможностей [1; 2; 5].

Значительная часть проявлений ГЭРБ носит внепищеводный характер, недооценивание которых может привести к неадекватной терапевтической тактике [6].

Цель исследования: изучить частоту и усовершенствовать алгоритмы диагностики внепищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей в РСО–Алания, ГЭРБ.

Материал и методы исследования

Проведено обследование 125 детей в возрасте от 6 до 17 лет с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и сопутствующим гастродуоденитом в стадии обострения. Пациентов отбирали по клиническим и эндоскопическим особенностям в соответствии с целью исследования. Все больные поступали в стационар по направлению гастроэнтерологов поликлиники и/или участковых педиатров с целью углубленного гастроэнтерологического обследования и проведения терапии выявляемой патологии. По половому признаку обследованный контингент детей разделился следующим образом: 70 (56%) мальчиков и 55 (44%) девочек (рис. 1).

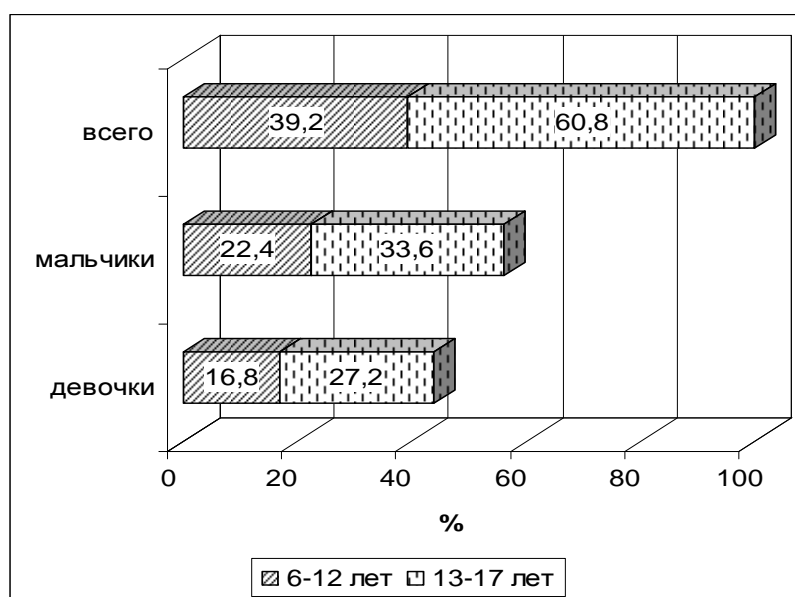


Рис. 1. Распределение детей, больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, по полу и возрасту.

Длительность гастроэнтерологических жалоб у обследованных детей составила: до 1 года – 72 (57,6%) человека, более 1 года – 53 (42,4%) человека.

Всем детям проводилось полное клиническое и инструментальное обследование. Состояние слизистой оболочки пищевода оценивалось по модифицированной классификации M. Savary & G. Miller с учетом протяженности воспалительных изменений

слизистой оболочки пищевода. Для верификации ГЭРБ больным проводили 24-часовое мониторирование рН пищевода и желудка с помощью аппарата «Гастроскан-24» (НПО «Исток», Фрязино, Московская область).

ГЭРБ (рефлюкс-эзофагит 1-А степени) была диагностирована у 112 (89,6%) детей, ГЭРБ (рефлюкс-эзофагит 2-В степени) – у 13 (10,4%) детей.

Состояние сердечно-сосудистой системы оценивали по качественным показателям ЭКГ, характеристикам вариабельности сердечного ритма.

Диагностика бронхолегочных проявлений ГЭРБ осуществлялась путем тщательного изучения жалоб, анамнеза, проведения рентгенологического исследования органов дыхания с целью исключения возможной патологии, исследования функции внешнего дыхания.

Результаты и их обсуждение

Выявлена прямая зависимость между состоянием среды проживания детей и патологией верхних отделов пищеварительного тракта. Районы республики Северная Осетия – Алания по степени выявляемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезни распределились по мере убывания следующим образом: Пригородный, Алагирский, Ардонский, Кировский, Правобережный, Ирафский, Дигорский, Моздокский районы ($p < 0,05$). Данный факт связан с экологической обстановкой (наиболее загрязненными являются Пригородный и Алагирский районы); недостаточной обеспеченностью детского населения врачами-педиатрами; несвоевременным выявлением жалоб, специфичных для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и направлением в стационар. Районы г. Владикавказ по степени выявляемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезни распределились следующим образом (по мере убывания): Промышленный район – выбросы вредных веществ в окружающую среду составили 2,106 тыс. т/год, Северо-Западный район – выбросы составили 1,635 тыс. т/год, Затеречный – 1,575 тыс. т/год, Иристонский – 1,522 тыс. т/год. Заболеваемость ГЭРБ выше в Промышленном – наиболее экологически загрязненном районе города (1,635 тыс. т/год).

Анализ данных показал, что у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью внепищеводные изменения распределились следующим образом (рис. 2).

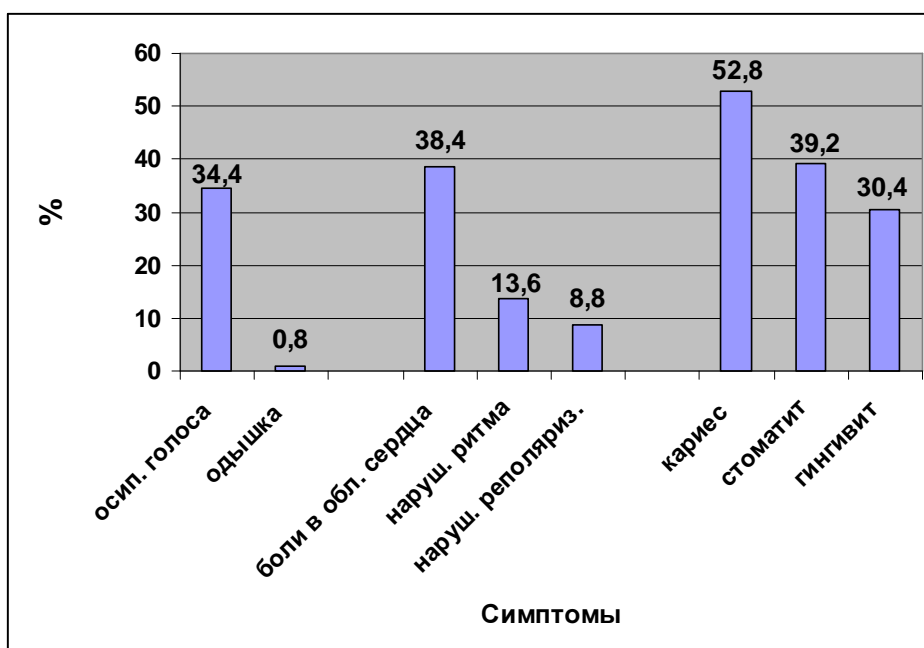


Рис. 2. Распределение внепищеводных симптомов.

Рефлюкс – индуцированная патология ЛОР-органов и респираторного тракта диагностирована у 44 (35,2%) детей: осиплость голоса – у 43 (34,4%) детей, одышка – у 1 (0,8%) ребенка. В патогенезе имели место два основных патогенетических механизма. Первый механизм объясняется попаданием рефлюктата непосредственно в дыхательные пути, т.о. происходит микроаспирация, вызывающая хроническое воспаление в слизистых оболочках. Рефлекторный обусловлен стимулированием хеморецепторов дистального отдела пищевода агрессивными компонентами рефлюктата, в результате чего развивается ваговагальный рефлекс, обуславливающий бронхоспазм.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы отмечались у 48 (38,4%) детей. Из них боли в области сердца – у 20 (38,4%) детей. Нарушение ритма выявлено у 17 (13,6%) больных (блокады – 4 (3,2%) человека, экстрасистолы – 2 (1,6%) человека), нарушение реполяризации – у 11 (8,8%) детей. Нарушения ритма в 100% случаев сопровождались вегетативными признаками: чувством страха, тревоги, жара или ознобом, головокружением, потливостью ($p < 0,05$).

Данные изменения связаны с раздражением рецепторов слизистой оболочки пищевода желудочным содержимым при его попадании в пищевод, нарушением моторной функции, хаотическими непропульсивными сокращениями и спазмом нижней трети пищевода, являющимися причиной болевых ощущений за грудиной.

Нарушения сердечного ритма при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни объясняются возбуждением кислым рефлюксатом рефлексогенной зоны дистальной части пищевода, задействованием вагуса и развитием висцеро-висцеральных рефлексов.

К стоматологическим внепищеводным проявлениям ГЭРБ относятся поражения мягких тканей (афты слизистой оболочки полости рта, изменения сосочков языка, жжение языка), воспалительные заболевания тканей пародонта (гингивиты, пародонтиты), некариозные поражения твердых тканей зубов (эрозии эмали).

В нашем исследовании стоматологические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни встречались у большинства детей. Кариез был диагностирован у 66 (52,8%) детей, стоматит – у 49 (39,2%), гингивит – у 38 (30,4%) человек. Стоматологические повреждения обуславливались степенью кислотности слюнной жидкости и изменением минерального состава и вязкости слюны.

В большинстве случаев (104 детей – 83,2%) внепищеводные изменения у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью диагностировались при длительности заболевания более 1 года ($<0,01$).

Заключение

Частота внепищеводных проявлений ГЭРБ зависит от возраста детей и длительности заболевания. С возрастанием загрязнения окружающей среды неизбежно возрастает риск возникновения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Учитывая высокую частоту моторных нарушений гастродуоденальной зоны у детей для своевременных мероприятий по первичной профилактике, необходимо проведение мониторинга данных по обращаемости в первичное звено учреждений здравоохранения с учетом экологической обстановки. Наблюдение за детьми на педиатрическом участке необходимо осуществлять при участии кардиолога, пульмонолога, стоматолога, ЛОР-врача не реже 1 раза в год.

Список литературы

1. Иванова О.В. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Болезни органов пищеварения. – 2004. – № 2. – С. 15-21.
2. Ковалева Н.А., Пасечников В.Д., Алферов В.В. и др. Диагностика внепищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский медицинский журнал. – 2004. – № 3. – С. 15-18.
3. Маев И.В. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2005. – № 5. – С. 56-67.
4. Рощина Т.В. Супраэзофагеальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2003. – № 1 – С. 27-30.

5. Трухманов А.С., Ивашкин В.Т., Шептулин А. и др. Трудности диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Врач. – 2003. – № 5. – С. 10-13.
6. Malagelada J.R. Review article: supraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease / Aliment. Pharmacol. Ther. – 2004. – Vol. 19. – Suppl. 1. – P. 43-48.

Рецензенты

Калоева З.Д., д.м.н., профессор, зав. кафедрой поликлинической педиатрии с детскими болезнями лечебного факультета ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России», г. Владикавказ.

Лазарев В.В., д.м.н., доцент, зав. кафедрой детских инфекционных болезней с пропедевтикой детских болезней ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России», г. Владикавказ.