



КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ ТА МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕЗОФАГІТУ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБІ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ФОНОВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Городиловська М.І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Вступ

Одна з актуальних проблем сучасної медицини, яка привертає пильну увагу педіатрів та дитячих гастроентерологів, – це захворювання верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ), що зумовлено значною розповсюдженістю даної патології і тенденцією до її зростання серед дитячого населення [1].

Езофагіт – це ураження слизової оболонки стравоходу запально-дегенеративного характеру з поступовим залученням у патологічний процес глибших шарів стравоходу.

За останні роки уявлення про захворювання стравоходу докорінно змінилися. Рефлюкс-езофагіт модифікувався в гастроєзофагальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ). Від початку XXI століття спостерігається чітка тенденція зростання частоти ГЕРХ у всіх вікових групах [2, 3, 4, 5, 6, 7]. Достовірних даних про поширеність ГЕРХ у дітей в Україні немає [8, 9, 10]. Частота виявлення рефлюкс-езофагіту у дітей із захворюваннями травної системи становить від 9% до 17% [11, 12].

Достатньо часто ГЕРХ поєднується з іншими патологіями, наприклад, харчовою алергією (ХА) та вегетативною дисфункцією.

Гастроінтестинальна алергія – це складова частина харчової алергії і є ураженням ШКТ внаслідок імунного відгуку на компоненти їжі з клінічними проявами алергічних реакцій з боку органів травлення і можливим ушкодженням різних відділів по усій довжині [13].

Гастроінтестинальні прояви ХА характеризуються неспецифічними симптомами, клінічно часто дуже виражені, через що перш ніж запідозрити ХА проводиться виключення інших патологічних станів з боку ШКТ, що відтерміновує своєчасну діагностику та правильну тактику лікування і профілактики цієї патології [14]. У зв'язку з цим частка діаг-

ностичних помилок серед хворих цієї групи дотепер залишається високою.

Регуляція функцій ШКТ – складний процес, який визначається багатьма факторами, пов'язаними між собою. За даними О.М. Вейна (1998) та Г. Раффа (2001), механізми регуляції ШКТ включають кору та підкоркові утворення, в яких локалізуються вищі центри вісцеральної нервової системи – гіпоталамо-гіпофізарні структури, які здійснюють вплив на функціональний стан травного тракту через вегетативну нервову систему, а також за рахунок гуморальних та ендокринних механізмів [15].

Відомо, що нервова система, а саме – вегетативна нервова система, суттєво впливає на функціональну активність верхніх відділів ШКТ [16]. Вегетативний дисбаланс може бути причиною порушення секреторної та моторно-евакуаторної функцій, гіпоксії слизової оболонки, може ускладнювати клінічний перебіг захворювання, затримувати регенерацію та загоєння дефектів слизової оболонки, а також впливати на ефективність терапії [16].

Тому вивчення проблеми фонові патології при ГЕРХ залишається актуальним на сьогоднішній день. А корекція супутніх станів може значущо впливати на перебіг ГЕРХ та на результати її лікування.

Мета дослідження

Визначити основні клініко-ендоскопічні та морфологічні особливості езофагіту при гастроєзофагальній рефлюксній хворобі у дітей шкільного віку з фоновією патологією.

Матеріали і методи

Під нашим спостереженням знаходилося 60 дітей із гастроєзофагальною рефлюксною хворобою у віці 8–18 років (середній вік – 14,6±0,7 року), які лікувалися на базі кому-

нальної міської дитячої клінічної лікарні м. Львів. Усім дітям була проведена ендоскопічна фіброгастродуоденоскопія, під час якої брали біопсійний матеріал із трьох відділів стравоходу для подальшої верифікації діагнозу.

Діти були розподілені на три групи по 20 осіб – першу, другу та порівняння. Групи не відрізнялися за віком, важкістю перебігу, основними медико-соціальними характеристиками.

Першу групу склали 20 дітей (7 хлопців та 13 дівчат), середній вік – $14,0 \pm 2,4$ року, з діагнозом гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, які на фоні базисного лікування отримували елімінаційну або гіпоалергенну дієту (залежно від результатів харчових алергопроб), левоцетиризин в дозі 5 мг 1 раз на добу вранці натще, пробіотичні бактерії *Lactobacillus reuteri* Protectis в дозі 108 життєздатних бактерій 1 раз на добу незалежно від прийому їжі. Дана схема використовувалась у дітей, у яких на момент огляду або в анамнезі були прояви харчової алергії. Препарати починали застосовувати з моменту включення у дослідження терміном 1 місяць.

Другу групу склали 20 дітей (10 хлопців та 10 дівчат), середній вік – $14,7 \pm 1,81$ року, з діагнозом гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, які на фоні базисного лікування отримували ноотропний препарат фенібут (Ноофен®, Olain Farma, Латвія) у дозі 250 мг 2 рази на добу. Дана схема використовувалась у дітей з ознаками вегетативної дисфункції. Препарат починали застосовувати

з моменту включення у дослідження терміном 21 день.

Групу порівняння склали 20 дітей (6 хлопців та 14 дівчат), середній вік – $15,1 \pm 1,83$ року, з діагнозом гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, які отримували базисну терапію відповідно до наказу МОЗ України №59 від 29.01.2013 року «Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення».

Результати досліджень

За нашими даними клінічна симптоматика езофагіту у дітей була неспецифічна. Основними скаргами при первинному обстеженні були біль у надчеревній ділянці різної інтенсивності (100% дітей трьох груп), зниження апетиту (75% дітей першої групи, 80% дітей другої групи та 75% дітей групи порівняння), печія (65%, 70% та 60% дітей відповідно), періодична регургітація (50%, 50% та 45% дітей відповідно), нудота (25%, 35% та 30% дітей відповідно), блювання (10%, 10% та 15% дітей відповідно) та дисфагія (10% дітей першої та 5% дітей групи порівняння).

При об'єктивному обстеженні в усіх дітей спостерігався біль при пальпації у надчеревній ділянці різної інтенсивності.

За даними ендоскопічного обстеження, в усіх дітей були виявлені вогнищева або дифузна еритема та набряк слизової оболонки, у 100% дітей першої та 60% групи порівняння – множинні білуваті налети, у 15% дітей першої групи, 70% дітей другої та у 35% дітей групи порівняння – ерозивні зміни (рис. 1).



Рис. 1. Структура ендоскопічних змін слизової оболонки стравоходу у школярів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою.



При морфологічному дослідженні біоптатів слизової оболонки стравоходу були виявлені такі зміни: дистрофія епітеліоцитів – у 90% дітей першої групи, у 75% дітей другої групи та 65% дітей групи порівняння, деструкція гранул кератогіаліну – у 60%, 40% та 50% дітей відповідно, гіперемія судин мікроциркуляторного русла (СМР) – у 90%, 90%

та 85% дітей відповідно, діapedезного характеру крововиливи – у 65%, 50% та 65% дітей відповідно, периваскулярна поліморфноклітинна інфільтрація – у 35% дітей першої групи та 5% дітей групи порівняння, вогнищеві інтраепітеліальні крововиливи – у 25% та 5% дітей відповідно, набряк строми – у 10% дітей другої групи (рис. 2).

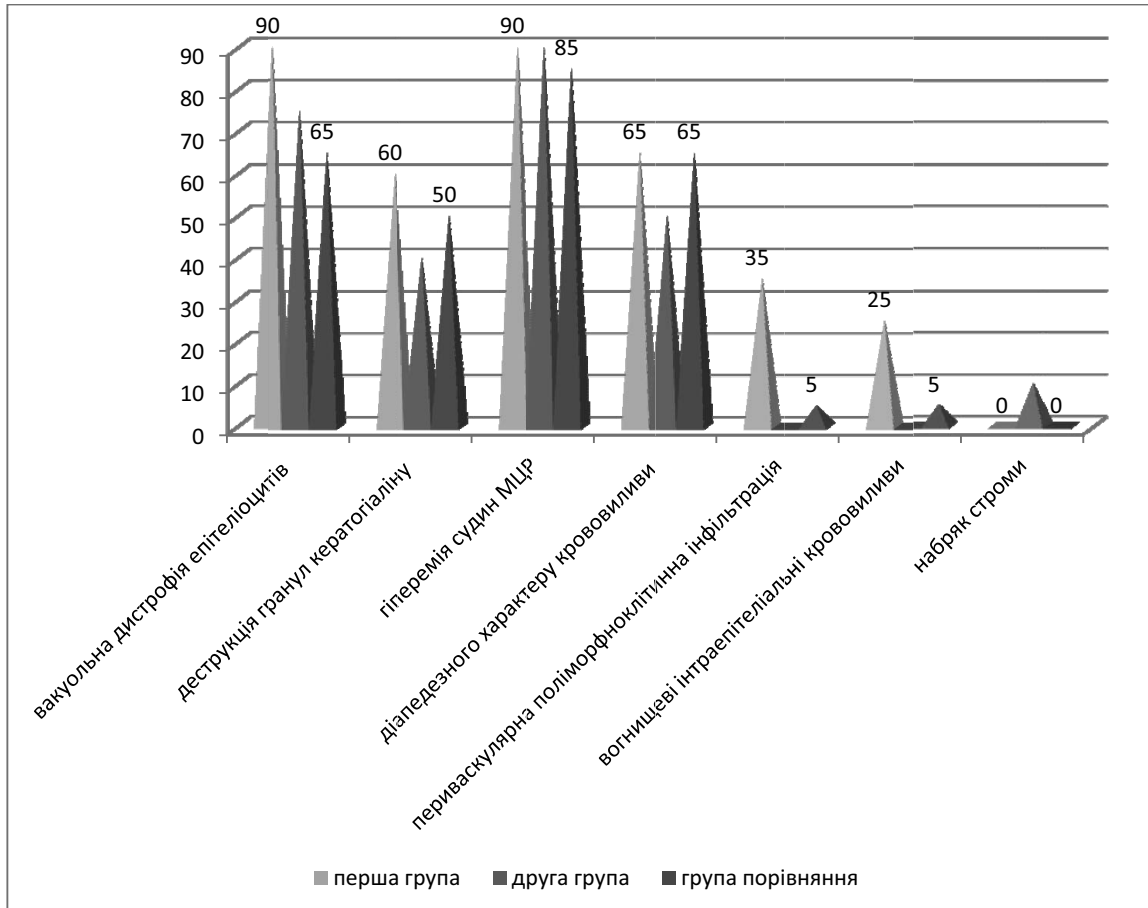


Рис. 2. Результати морфологічного дослідження біоптатів слизової оболонки стравоходу школярів із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою.

Після курсу лікування спостерігалася позитивна динаміка у дітей усіх груп, проте ступінь її вираженості був різним (табл. 1). Скарги на біль в епігастральній ділянці утримувалися у 10% дітей першої групи, 20% дітей другої групи та у 25% дітей групи порівняння, зниження апетиту – у 25%, 40% та 45% дітей

відповідно, печію – у 10%, 30% та 30% дітей відповідно, періодичну регургітацію – у 5%, 10% та 15% дітей відповідно, нудоту – у 5% дітей другої групи та у 5% дітей групи порівняння. Скарги на блювання та дисфагію були відсутні в усіх групах.

Таблиця 1

Клінічна характеристика школярів із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою через місяць після отримання додаткової терапії

Ознака	Групи дослідження		
	перша (n=20)	друга (n=20)	порівняння (n=20)
Біль в епігастральній ділянці, % (n)	10 (2)	20 (4)	25 (5)
Язик, обкладений налетом, % (n)	10 (2)	15 (3)	30 (6)
Зниження апетиту, % (n)	25 (5)	40 (8)	45 (9)
Печія, % (n)	10 (2)	30 (6)	30 (6)
Відрижка кислим і/або повітрям, % (n)	10 (2)	20 (4)	25 (5)
Періодична регургітація, % (n)	5 (1)	10 (2)	15 (3)
Неприємний запах із рота, % (n)	10 (2)	10 (2)	20 (4)
Нудота, % (n)	0	5 (1)	5 (1)

Середня тривалість болю в епігастральній ділянці була достовірно меншою у дітей першої та другої груп, які отримували додат-

кове лікування на відміну від дітей групи порівняння, які його не отримували (табл. 2).

Таблиця 2

Середня тривалість больового синдрому у дітей шкільного віку з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою

Прояви	Групи дослідження		
	перша (n=20)	друга (n=20)	порівняння (n=20)
	тривалість (днів±σ)		
Біль у животі	10,95±7,0*	12,45±9,4**	18,9±7,5

Примітки: *достовірно щодо групи порівняння ($p < 0,01$); **достовірно щодо групи порівняння ($p < 0,05$).

Отримані нами результати дозволяють стверджувати, що діти першої та другої груп, які в комплексній терапії приймали додаткові препарати, мали достовірно кращу динаміку

одного з основних симптомів ГЕРХ – болю в животі, на відміну від дітей групи порівняння (рис. 3). Істотної різниці між показниками першої та другої групи нами не визначено.



Рис. 3. Середня тривалість (днів) больового синдрому у школярів із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою в групах дослідження залежно від лікування.



При повторному ендоскопічному обстеженні теж спостерігалася чітка позитивна динаміка (рис. 4). Так, вогнищева еритема та набряк слизової оболонки утримувалися у 20% дітей першої і другої груп та у 50% дітей групи порівняння, дифузна еритема та набряк СО – у 10% дітей другої групи та групи порівняння, множинні білуваті налети по типу «крипт-

абсцесів», які були виявлені при первинній ЕФГДС, повністю регресували у 75% дітей першої групи та 50% дітей групи порівняння, у 25% та 50% дітей відповідно – частково. У дітей першої групи ерозивних змін виявлено не було, в той час як у 5% дітей другої групи та 15% дітей групи порівняння вони все ще утримувалися.

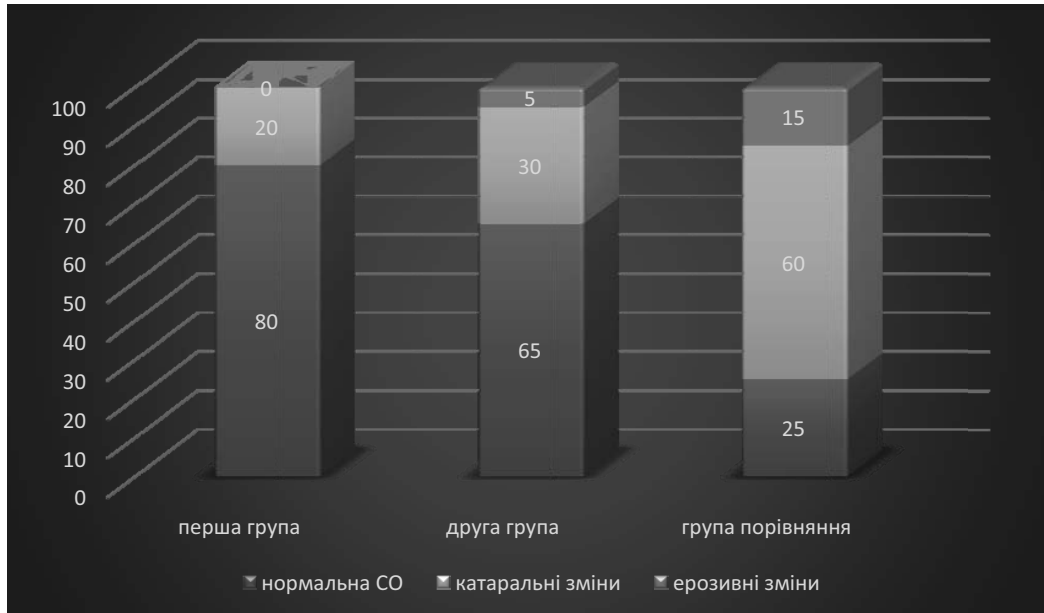


Рис. 4. Структура ендоскопічних змін слизової оболонки стравоходу у школярів із ГЕРХ після курсу лікування.

При повторному морфологічному дослідженні було виявлено 20% зразків нормальної гістологічної будови у дітей першої групи

та 15% – у дітей другої групи. У всіх зразках дітей групи порівняння утримувалися зміни (табл. 3).

Таблиця 3

Динаміка найпоширеніших морфологічних змін біоптатів слизової оболонки стравоходу після проведеного лікування у дітей

Морфологічна ознака	Перша група n = 20		Друга група n = 20		Група порівняння n = 20	
	на початку дослідження	після лікування	на початку дослідження	після лікування	на початку дослідження	після лікування
гіперемія інтраепітеліальних судин МЦР	90%	45%	90%	35%	85%	65%
вакуольна дистрофія епітеліоцитів	90%	65%	75%	60%	65%	80%
діapedезного характеру крововиливи	65%	20%	50%	15%	65%	15%
деструкція гранул кератогіаліну	60%	10%	40%	15%	50%	0%
периваскулярна поліморфноклітинна інфільтрація	0%	0%	35%	0%	0%	0%



Висновки

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба займає домінуючу позицію у структурі хронічних езофагітів у дітей шкільного віку. У дітей із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою на фоні харчової алергії та вегетативної дисфункції симптоматика є неспецифічною. Основними скаргами є біль в епігастральній ділянці, печія, зниження апетиту. При ендоскопічному дослідженні виявляються еритема, набряк та ерозивні зміни. Найбільш характерні ерозивні зміни при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі на фоні вегетативної дисфункції. Основні мор-

фологічні зміни – вакуольна дистрофія епітеліоцитів, гіперемія інтраепітеліальних судин мікроциркуляторного русла, діapedезного характеру крововиливи та деструкція гранул кератогіаліну.

Модифікація лікування ГЕРХ у дітей на фоні харчової алергії з обов'язковим застосуванням елімінаційної дієти, антигістамінних та пробіотичних препаратів, а також ГЕРХ на фоні вегетативної дисфункції із застосуванням вегетостабілізуючих середників сприяє швидшій позитивній динаміці перебігу захворювання та кращим результатам лікування.

Резюме. Обстежено 60 дітей віком 8–18 років, у яких можна було запідозрити езофагіт. Усім дітям проводилось ендоскопічне обстеження, під час якого брали біоптати із стравоходу для подальшої верифікації діагнозу. Діти були розподілені на 3 групи: перша група – 20 дітей з діагнозом гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, у яких на момент огляду або в анамнезі були прояви харчової алергії, і їм призначалась стандартна протирефлюксна терапія та елімінаційна або гіпоалергенна дієта, левоцетиризин, пробіотичні бактерії *Lactobacillus reuteri*; друга група – 20 дітей із діагнозом гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, у яких були прояви вегетативної дисфункції, і їм призначалась стандартна протирефлюксна терапія та вегетостабілізуючий препарат – фенібут; група порівняння – 20 дітей із діагнозом гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, які отримували стандартну протирефлюксну терапію. Курс лікування тривав місяць, після чого проводилась повторна ендоскопія. Після проведеного лікування ми отримали однонаправлені зміни клінічних, ендоскопічних та морфологічних показників у всіх групах, проте в першій та другій групах вони були більш виражені. Тому супутня харчова алергія або вегетативна дисфункція вимагають модифікації основного лікувального комплексу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.

Ключові слова: школярі, езофагіт, ГЕРХ, харчова алергія, вегетативна дисфункція

Clinical, endoscopic and morphological features of esophagitis in schoolchildren with gastroesophageal reflux disease and background pathology

Horodylovs'ka M.I.

Summary. We observed 60 8-18 years old children who could have suspected features of esophagitis. Endoscopy of the esophagus was performed to all the children, during which the biopsy samples were taken. The children were divided into 3 groups: the first group – 20 children with gastroesophageal reflux, who had some signs of food allergy at that time or in the past, they had standard antisecretory therapy and elimination or hypoallergenic diet, levocetirizine, probiotic bacteria *Lactobacillus reuteri*; the second group – 20 children with gastroesophageal reflux and autonomic dysfunction, who received antisecretory therapy and Phenibut; control group – 20 children with gastroesophageal reflux, who received standard antisecretory therapy. The course of treatment lasted for a month, then endoscopy was repeated to determine the efficacy of the treatment. After the treatment we received unidirectional changes in clinical, endoscopic and morphological parameters in all groups, but changes in the first and second one were more pronounced. Therefore, concomitant food allergy or autonomic dysfunction require modification of the main therapeutic complex of gastroesophageal reflux disease.

Key words: schoolchildren, esophagitis, GERD, food allergy, autonomic dysfunction

**ЛІТЕРАТУРА**

- 1 Белоусов Ю.В. Гастроэнтерология детского века / Ю.В. Белоусов. – К., 2007. – 400 с.
- 2 Эндоскопическая и морфологическая диагностика гастроэзофагеального рефлюкса / М.М. Абакумов, И.Е. Галанкина, Т.П. Пинчук [и др.] // Вестник хирургии. – 2004. – Т. 163, №6. – С. 11–16.
- 3 Бельмер С.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / С.В. Бельмер // РМЖ. – 2008. – Т. 16, №3. – С. 144–147.
- 4 Маев И.В. Достижения в диагностике и лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый // Фарматека. – 2007. – №2. – С. 49–52.
- 5 Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: спорные и нерешенные вопросы / А.А. Шептулин // Клиническая медицина. – 2008. – №6. – С. 8–12.
- 6 Gold B.D. Outcomes of pediatric gastroesophageal reflux disease: in the first year of life, in childhood, and in adults... Oh, and should we really leave Helicobacter pylori alone? / B.D. Gold // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2003. – Vol. 37. – S. 33–39.
- 7 Маев И.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – болезнь XXI века / И.В. Маев, Е.С. Вьючнова, М.И. Щекина // Лечащий врач. – 2004. – № 4. – С. 1–5.
- 8 Шаламай М.О. До проблеми сучасних поглядів на гастроэзофагеальну рефлюксну хворобу у дітей / М.О. Шаламай, В.Г. Майданник // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2010. – №15. – С. 277–280.
- 9 Шадрін О.Г. Ефективність застосування інгібіторів протонної помпи для ерадикаційної терапії у дітей з гастроэзофагеальною рефлюксною хворобою / О.Г. Шадрін, Л.В. Ігнатко, С.І. Герасимюк // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – №1. – С. 81–85.
- 10 Шадрін О.Г. Застосування еспумізану в комплексній терапії гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей / О.Г. Шадрін, Л.В. Ігнатко, С.І. Герасимюк // Современная педиатрия. – 2012. – №34. – С. 149–152.
- 11 Приворотский В. Ф. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей (проект стандартов диагностики и лечения) / В.Ф. Приворотский, Н.Е. Луппова // Материалы XIV Конгр. детских гастроэнтерол. России [«Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей»]. – М., 2007. – С. 75–90.
- 12 Боярська Л.М. До питання про частоту та особливості проявів гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей / Л.М. Боярська, К.О. Іванова // Современная педиатрия. – 2010. – №2. – С. 162–163.
- 13 Охотнікова О.М. Гастроінтестинальна харчова алергія у дітей / О.М. Охотнікова // Алергія у дитини. – 2012. – №11–12. – С. 11–20.
- 14 Meyer R.A. Review of the Diagnosis and Management of Food induced Gastrointestinal Allergies / R. Meyer, C. Schwarz, N. Shah // Curr. Allergy Clin. Immunol. – 2012. – Vol. 25, № 1. – P. 10–7.
- 15 Полковниченко Л.М. Роль вегетативної нервової системи в розвитку функціональних захворювань кишечника у дітей раннього віку (огляд літератури) / Л.М. Полковниченко // Український медичний часопис. – 2009. – №6. – С. 77–80.
- 16 Благовещенська А.В. Вплив вегетативної дисфункції на формування порушень гастропептидної гормональної регуляції у студентів з Нр-асоційованими захворюваннями / А.В. Благовещенська // Світ медицини та біології. – 2008. – №1. – С. 6–11.