

УДК 616.329-003.7-053.2

DOI: 10.15587/2519-4798.2018.128014

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ СТРАВОХОДУ

© О. Ю. Белоусова, Н. В. Павленко, О. Л. Слободянюк

Зацікавленість вчених до проблеми гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби висока, адже за останні 20 років це захворювання еволюціонувало від невідомого і маловивченого до однієї з домінуючих проблем у гастроентерології. В педіатрії, через різноманіття клінічних симптомів, складність у використанні інвазивних методів обстеження, тривають пошуки ранньої діагностики, оптимального лікування та прогнозування перебігу. У статті розглядаються клінічні, симптоми, фактори ризику, особливості перебігу ГЕРХ у дітей шкільного віку

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, діти, діагностика, опитувальник, стравохідні симптоми, позастравохідні симптоми

1. Вступ

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – це захворювання, що має хронічний рецидивуючий перебіг та обумовлене порушенням моторно-евакуаторної функції гастроєзофагеальної зони та характеризується спонтанним і/або регулярним закиданням у стравохід шлункового чи дуоденального вмісту, що призводить до ушкодження дистального відділу стравоходу [1].

ГЕРХ – поліетіологічне захворювання з не до кінця вивченими етіопатогенезом. Провідними факторами патогенезу, на сьогодні, вважаються збільшення частоти гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР) та об'єму рефлюкату в результаті зниження тону нижнього стравохідного сфінктера. Певну роль в розвитку ГЕРХ також відіграє підвищення внутрішньочеревного тиску, переважання факторів агресії над факторами захисту слизової оболонки стравоходу, уповільнення кліренсу стравоходу через моторні порушення.

Окрім вищезгаданих причин, зростання поширеності ГЕРХ у дитячого населення обумовлене великою кількістю факторів ризику, до яких відносять, зокрема, пандемію ожиріння, дисфункцію вегетативної нервової системи (недостатність антирефлюксних механізмів через порушення регуляції стравоходу з боку вегетативної нервової системи (ВНС) [2]), швидке зростання (особливо у підлітково-му віці), спадковість (в деяких дослідженнях йдеться про схильність до успадкування ГЕРХ різних форм ГЕРХ, в т. ч. й таких ускладнень як стравохід Барретта) [3, 4], обтяжений перинатальний анамнез, недиференційну дисплазію сполучно-тканинних структур (НДСТ), а також фактори довкілля та способу життя: наявність надлишкової ваги, хибні харчові звички, відсутність регулярної фізичної активності, вживання алкогольних напоїв, куріння.

До Міжнародної класифікації хвороб X перегляду ГЕРХ офіційно включена у 1999 р. (рубрика K21) і поділяється на ГЕРХ з езофагітом (K21.0) та ГЕРХ без езофагіту (K21.1).

За останні 20 років розповсюдженість ГЕРХ зросла не менше ніж в 3 рази, продовжуючи стрімко зростати зі швидкістю до 5 % на рік. Саме тому, ГЕРХ називають хворобою XXI ст.

Серед дорослого населення поширеність цього захворювання становить від 2,4 % у Китаї до 74 % у Німеччині [5].

В Україні епідеміологічні дані щодо поширеності ГЕРХ у загальній популяції вивчали у м. Львів (2008 р.) та у м. Харкові (2010 р.). За цими даними, поширеність ГЕРХ становила 30 та 26 % від загальної популяції відповідно [6, 7].

2. Обґрунтування дослідження

Актуальність проблеми зумовлена швидким зростанням поширеності як серед дорослого, так і серед дитячого населення, зниженням якості життя у таких пацієнтів та численними ускладненнями хронічного захворювання, а також різноманітністю клінічних проявів. Реальний рівень захворюваності на ГЕРХ дослідити вкрай складно, адже ГЕРХ може маніфестувати не лише стравохідними симптомами, але й позастравохідними, такими як отоларингологічні, бронхолегеневі, стоматологічні, кардіологічні [8, 9].

За даними різних авторів, частота ГЕРХ у дітей достеменно не відома, оскільки застосування інвазивних методів обстеження (рН-метрії та ендоскопії), особливо в дітей молодшого віку, суттєво обмежено. У структурі гастроентерологічної захворюваності, вона складає від 8 до 25 % [9].

Окрім того, діагностика даного захворювання в педіатричній практиці ускладнена відсутністю самостійних виражених клінічних скарг у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку та у зв'язку з переважанням нетипових стравохідних та позастравохідних симптомів, що маскують ГЕРХ та, відповідно, відтермінують ранню діагностику і початок лікування. Це призводить до виявлення хвороби вже з наявністю не лише рефлюкс-езофагіту, а й ерозивної ГЕРХ різного ступеню [10, 11].

Згідно з даними літератури типові симптоми ГЕРХ можна достовірно визначити у дітей, віком

старше 8 років. До того ж, деякі автори згадують про те, що найтипівший симптом гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби – печія та відрижка найчастіше зустрічається у дітей 14–15 років [12].

Більше ніж 60 % дітей скаржаться на ниючий біль у надчеревній ділянці та за грудиною, що виникає відразу після приймання їжі, посилюється при нахилах тулуба та дещо зменшується через 1,5–2 год. [13, 14].

Варіабельність клінічних проявів ГЕРХ у дітей та складність використання у діагностиці інвазивних методів обстеження, обумовлюють необхідність подальших пошуків та аналізу клінічних симптомів ГЕРХ задля оптимізації ранньої діагностики, індивідуалізації ведення хворого [15] та прогнозування перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.

3. Мета дослідження

Вивчення основних клінічних симптомів у дітей шкільного віку та аналіз перебігу захворювання у дітей з різними формами ГЕРХ та факторами ризику.

4. Матеріали і методи

Під спостереженням перебували 93 дитини шкільного віку, які були оглянуті гастроентерологом та госпіталізовані зі скаргами та клінічними проявами, характерними для патології гастродуоденальної зони для обстеження та лікування до Харківської міської дитячої лікарні № 19 у 2015–2018 рр. Вік пацієнтів склав від 6 до 18 років (середній вік склав $14,2 \pm 0,63$ роки), серед них було 28 дівчат (30,10 %), 65 хлопців (69,89 %).

Обстеження дітей передбачало детальний збір анамнезу (сімейний анамнез, перинатальний анамнез, інфекційний анамнез, час маніфестації та характер клінічних симптомів, їх інтенсивність, зв'язок з прийомом їжі, фізичним навантаженням, психотравмуючими ситуаціями). При співбесіді з батьками та дитиною визначали характер харчування дитини та регулярність прийому їжі, режим дня, наявність та інтенсивність фізичного навантаження, наявність хронічного стресу (психотравмуючих ситуацій), тривалість сну, наявність шкідливих звичок, хибних харчових звичок. З анамнезу життя також з'ясовували тривалість грудного вигодовування та початок введення прикорму.

Клінічне обстеження пацієнтів включало розрахунок норми ваги і зросту дитини за допомогою таблиць ВООЗ, індекс маси тіла визначали за формулою Кетле: $IMT = MT / зріст^2$, де IMT – індекс маси тіла, $кг/м^2$; MT – маса тіла, $кг$; $зріст$ пацієнта, $м$.

Показники маси тіла оцінювали як: нормальна маса тіла, надлишкова маса тіла, ожиріння різного ступеню чи дефіцит маси тіла, відповідно до віку за таблицями ВООЗ.

Оцінку стану вегетативної нервової системи проводили за допомогою опитувальника А. М. Вейна (2003). Синдром вегетативної дистонії визначали при кількості балів більше 15. Для визначення стану вегетативної нервової системи використовували індекс Кердо, В нормі цей показник близький до одиниці. Позитивні значення індексу вказують на перевагу

симпатичної регуляції тону судин, від'ємні – вплив вегетативної нервової системи на тонус.

Фізикальне обстеження було спрямоване також на виявлення, так званих, симптомів тривоги «red flags», як можуть свідчити про наявність ускладнень чи органічної патології.

Згідно з Наказом МОЗ України від 29.01.2013 № 59 «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення» було проведено загальні клінічні аналізи, біохімічний аналіз крові, ліпідний профіль. Для верифікації патології стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) проведено фіброєзофагодуоденоскопію (ендоскопічні зміни оцінювали за класифікацією Tugtат) з одночасним визначенням показників рН в стравоході (інтрагастральна ендоскопічна рН-метрія), тілі та антральному відділі шлунку. У всіх хворих оцінювали стан слизової оболонки стравоходу, наявність чи відсутність моторних порушень (ГЕР, ДГР).

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою пакету програм Microsoft Excel 2016 при використанні t-критерію Стьюдента.

5. Результати дослідження

Усі пацієнти були розподілені на 2 групи. До першої групи (1 група – С, Children) увійшли 19 (20,4 %) дітей віком 6–11 років, з них 14 (73,7 %) хлопчиків та 5 (26,3 %) дівчат. Середній вік склав $9,6 \pm 3,0$. До другої групи (2 група – А, Adolescents) – 74 (79,6 %) дитини віком 12–18 років, середній вік склав $15,2 \pm 2,9$ (дівчат – 23 (31,1 %), хлопців – 51 (68,9 %)). Розподіл клінічних симптомів представлений в табл. 1.

На основі ендоскопічного дослідження було виділено 3 підгрупи: діти з ГЕРХ без езофагіту, ГЕРХ з езофагітом (катаральний езофагіт) та ГЕРХ з езофагітом (ерозивний езофагіт). У групі С (6–11 років) переважали діти з незміненою слизовою оболонкою стравоходу – 63,15 %, ендоскопічно позитивні форми ГЕРХ становлять 36,85 %, серед них більшість склали діти з I ст. езофагіту. В групі А (12–18 років) у однакової кількості дітей були діагностовані ГЕРХ без езофагіту та ГЕРХ з катаральним езофагітом – по 34,2 %, у 31,6 % дітей цієї групи був виявлений ерозивний езофагіт. При порівнянні основних груп пацієнтів визначено, що діти з групи А майже в 2 рази частіше скаржились на печію (64,4 %) ніж діти з групи С. Скарги ж на відрижку кислим та/чи повітрям були виявлені у 100 % дітей з I групи, тоді як у другій групі ця цифра склала 91,7 %. Переважна більшість дітей скаржилась на виникнення болю в епігастральній області: 68,4 % дітей з групи С та 86,4 % дітей з групи А. У I групі значно частіше діти скаржились на відчуття першіння в горлі (89,5 %), ніж пацієнти 2 групи (67,6 %). Скарги на виникнення регургітації були лише у 4,05 % дітей з групи А. Щодо позастравохідних симптомів, які можуть бути пов'язані з ГЕРХ, найчастіше зустрічались рецидивуючі болі в горлі/вухах (36,8 % у I групі, та 35,1 % у 2 групі) та карієс (94,7 % у групі С та 81,0 % у групі А).

Таблиця 1

Клінічні симптоми ГЕРХ у дітей різного віку

Симптоми ГЕРХ	1 група С		2 група А	
	Хлопці (n=14)	Дівчата (n=5)	Хлопці (n=51)	Дівчата (n=23)
Печія	5 (35,7 %)	1 (20 %)	32 (62,7 %)	15 (65,2 %)
Відрижка	14 (100 %)	5 (100 %)	46 (88,5 %)	21 (91,3 %)
Нудота/Блювання	3 (21,4 %)	2 (40 %)	13 (25,5 %)	6 (26,1 %)
Регургітація	0	0	3 (5,9 %)	0
Неприємний запах з роту/присмак в роті	5 (35,7 %)	2 (40 %)	15 (29,4 %)	12 (52,1 %)
Біль в епігастрії	10 (71,4 %)	3 (60 %)	44 (86,3 %)	20 (87,0 %)
Дискомфорт у верхній половині живота/відчуття раннього насичення	2 (14,2 %)	0	15 (29,4 %)	7 (30,4 %)
Біль за грудиною	3 (21,4 %)	0	6 (11,8 %)	1 (4,3 %)
Кашель/періодичне покашлювання	5 (35,7 %)	1 (20 %)	11 (21,6 %)	5 (21,7 %)
Першіння в горлі	12 (85,7)	5 (100 %)	36 (70,6 %)	14 (60,9 %)
Осиплість (періодична)	0	0	8 (15,7 %)	4 (17,4 %)
Відчуття «комка» в горлі	4 (28,6 %)	0	4 (7,8 %)	0
«Утруднене дихання»	0	0	1	0
Болі в області серця	0	0	4 (7,8 %)	1 (4,3 %)
Рецидивуючі болі в горлі/вухах	4 (28,6 %)	3 (60 %)	16 (31,4 %)	10 (43,5 %)
Карієс	14 (100 %)	4 (80 %)	39 (76,5 %)	21 (91,3 %)

Також було оцінено наявність факторів ризику в обох групах залежно від форми ГЕРХ. Як у групі С (діти 6–11 років), так і в групі А (діти 12–18 років) у пацієнтів з ерозивним езофагітом виявлено частіше введення прикорму у віці до 6 місяців. У пацієнтів обох групи з ГЕРХ без езофагіту введення прикорму було здійснено як до 6 міс, так і у 6–8 міс приблизно в однаковій кількості дітей, тому цей фактор ризику не мав суттєвого значення. Аналізуючи групу С та групу А, нами було визначено, що нераціональне харчування в 2 рази частіше зустрічалось у дітей з 2 групи, тоді як нерегулярне харчування значно переважало над регулярним в обох групах (1 група – 89,47 %, 2 група – 97,2 % дітей з нерегулярним харчуванням). Недостатнє фізичне навантаження здебільшого переважало (від 52 % до 75 %) в обох вікових групах з різними формами ГЕРХ, окрім пацієнтів 1 групи з ГЕРХ без езофагіту, де лише 25 % дітей мали недостатнє фізичне навантаження. Спостерігається тенденція до зменшення тривалості сну у дітей 2 групи: якщо у 1 групі тривалість сну менше 9 годин становила 26,32 %, то у 2 групі цей показник становив 73,97 %. Хибні харчові звички (фастфуд, «їда на ходу», «їда перекусами», вживання газованих напоїв, кави та ін.) були виявлені у переважній більшості дітей з обох груп (від 83,3 % у дітей 1 групи з ГЕРХ без езофагіту до 100 % у 1 групі дітей з ендоскопічно позитивними формами ГЕРХ та в 2 групі у дітей з ерозивним езофагітом).

Показники маси тіла оцінювали як: нормальна маса тіла, надлишкова маса тіла, ожиріння різного ступеню чи дефіцит маси тіла, відповідно до віку за таблицями ВООЗ. Відповідно до цього нормальну масу тіла було виявлено у 73,65 % пацієнтів 1 групи і 75,34 % у пацієнтів другої групи; надлишкову масу тіла 10,53 % у першій групі і 10,96 % у другій групі; дефіцит маси тіла у пацієнтів 1 групи становив 15,79 %, а у пацієнтів 2 групи 15,07 %. При цьому ІМТ вище норми не було виявлено у жодного пацієнта з ГЕРХ без езофагіту в обох групах спостереження.

У обох дослідних групах було проведено опитування за допомогою опитувальника А. М. Вейна (2003). Синдром вегетативної дистонії було визначено у 88,04 % від загальної кількості пацієнтів (кількість балів за опитувальником становила більше 15).

Серед пацієнтів обох груп за результатами адаптованого опитувальника GerdQ кількість балів складала від 6 до 18 балів (середній бал склав 11,28). Діагноз ГЕРХ з езофагітом встановлений у 59 (62,8 %) пацієнтів з сумою балів ≥ 8 .

У 35 (37,2 %) дітей середня сума балів складала 9,4. У цих пацієнтів після проведення ФЕГДС з рН-метрією у таких пацієнтів було встановлено діагноз ГЕРХ без езофагіту, відмічали моторні порушення та помірне підвищення кислотоутворюючої функції.

6. Обговорення результатів дослідження

Дані, отримані в результаті нашого дослідження, свідчать, що типові стравохідні симптоми з більшою частотою (64,4 %) виявляються у віці 12–18 років, хоча чіткої залежності між вираженістю симптомів та вираженістю змін слизової оболонки стравоходу не спостерігалось. В обох групах у дітей з ендоскопічно позитивними формами ГЕРХ частіше відмічалось нерегулярне та нерациональне харчування, введення прикорму у віці до 6 місяців, недостатнє фізичне навантаження, недостатня тривалість сну, наявність хибних харчових звичок. Незалежно від віку та ступеню гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у більшості дітей був виявлений синдром вегетативної дистонії за допомогою опитувальника Вейн (2003).

За даними дослідників, необхідність раннього виявлення та своєчасного лікування ГЕРХ у дітей сприятиме покращенню якості життя пацієнтів, легкому перебігу захворювання та зменшенню частоти рефрактерних форм даного захворювання [7, 9]. Враховуючи це, важливо запідозрити ГЕРХ на первинному етапі надання медичної допомоги, для чого необхідно чітко диференціювати основні клінічні симптоми у дітей та підлітків.

Допомогти у систематизації скарг пацієнтів шкільного віку може адаптований опитувальник по типу GERDQ, який включає в себе окрім типових стравохідних симптомів, також позастрвохідні симптоми, та симптоми, що ймовірно можуть бути пов'язані з ГЕРХ. Особливістю використання даного опитувальника є те, що у дітей молодшого шкільного віку його застосування буде ефективним лише в разі допомоги з відповідями після роз'яснення дітям

дорослими – батьками чи лікарем. Візуалізація скарг допомагає дитині визначити скарги що турбують.

Таким чином, гастроєзофагеальний рефлюкс і ГЕРХ є однією з найпоширеніших патологій в гастроентерології дитячого віку. Обізнаність лікарями педіатричного профілю щодо клінічних симптомів цього захворювання у дітей різних вікових груп сприятиме своєчасній діагностиці та визначенню оптимального лікування. Знання ймовірних факторів ризику допоможе індивідуалізувати підхід до лікування, призначити спрямовані методи немедикаментозного лікування та спрогнозувати перебіг захворювання у конкретного пацієнта.

Системний підхід, який полягає у одночасному застосуванні медикаментозної терапії з модифікацією способу життя, корекцією міри фізичного навантаження, нервово-психічного навантаження, сприятиме зменшенню кількості важких форм та ускладнень гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей.

7. Висновки

1. В результаті проведеного дослідження показано різноманітність основних клінічних симптомів ГЕРХ у дітей двох вікових груп: 6-11 років та 12-18 років. Показані основні фактори ризику у дітей та підлітків з різними формами ГЕРХ.

2. Оптимізація первинної скринінгової діагностики ГЕРХ може бути досягнена завдяки використанню адаптованого дитячого опитувальника по типу GERDQ, що включає не лише питання по типових стравохідних клінічних симптомах, але й позастрвохідних та атипичних симптомах ГЕРХ.

Література

1. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: GERD // Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease. 2015. URL: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/gastroesophageal-reflux-disease/gastroesophageal-reflux-disease-english>
2. Зубаренко О. В., Кравченко Т. Ю. Сучасний погляд на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу у дітей // Перинатологія і педіатрія. 2013. № 1. С. 114–122.
3. Диференціальна діагностика езофагітів у школярів / Няньковський С. Л. та ін. // Здоров'я ребенка. 2016. № 8 (76). С. 56–61. doi: 10.22141/2224-0551.8.76.2016.90825
4. Genetic influences in gastro-oesophageal reflux disease: a twin study / Mohammed I. et. al. // Gut. 2003. Vol. 52, Issue 8. P. 1085–1089. doi: 10.1136/gut.52.8.1085
5. Фадеєнко Г. Д., Кушнір І. Є., Бабак М. О. Епідеміологічні аспекти гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби // Сучасна гастроентерологія. 2008. № 5 (43). С. 12–16.
6. Jung H.-K. Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease in Asia: A Systematic Review // Journal of Neurogastroenterology and Motility. 2011. Vol. 17, Issue 1. P. 14–27. doi: 10.5056/jnm.2011.17.1.14
7. Палій І. Г., Заїка С. В., Янковецька А. Г. Поширення гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби серед хворих з патологією органів травлення, провокуючі чинники та ефективність блокаторів Н+/К+ АТФази (за результатами анкетування амбулаторних хворих) // Сучасна гастроентерологія. 2015. № 2. С. 85–96.
8. Шардрін О. Г., Ігнатко Л. В. Сучасні підходи до діагностики та лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей // Здоров'я України. Спец. випуск «Гастроентерологія, гематологія, колопроктологія». 2016. № 3 (41). URL: <http://health-ua.com/article/4328-suchasn-pdhodi-dodagnostiki-talkuvannya-gastroezofagealno-reflyuksno-hvorob>
9. Зубаренко О. В., Кравченко Т. Ю., Лосєва К. О. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба у дітей: сучасний погляд на патогенез і клініку // Здоров'я дитини. 2012. № 1 (36). С. 112–117.
10. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition / Rosen R. et. al. // Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2018. Vol. 66, Issue 3. P. 516–554. doi: 10.1097/mpg.0000000000001889

11. Pediatric Gastroesophageal Reflux Disease: Developing Drugs for Treatment; Draft Guidance for Industry; Availability // Federal Register. 2017. Vol. 82, Issue 207. P. 49837–49838. Available at: <https://www.federalregister.gov/d/2017-23436/p-3>
12. Davies I., Burman-Roy S., Murphy M. S. Guideline Development Group. Gastro-oesophageal reflux disease in children: NICE guidance // BMJ. 2015. Vol. 350. P. 7703–7703. doi: 10.1136/bmj.g7703
13. Prevalence and management of gastroesophageal reflux disease in children and adolescents: a nationwide cross-sectional observational study / Martigne L. et. al. // European Journal of Pediatrics. 2012. Vol. 171, Issue 12. P. 1767–1773. doi: 10.1007/s00431-012-1807-4
14. Gastroesophageal Reflux Disease and Tooth Erosion: A Cross-Sectional Observational Study / Farahmand F. et. al. // Gut and Liver. 2013. Vol. 7, Issue 3. P. 278–281. doi: 10.5009/gnl.2013.7.3.278
15. Lifestyle Intervention in Gastroesophageal Reflux Disease / Ness-Jensen E. et. al. // Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2016. Vol. 14, Issue 2. P. 175–182. doi: 10.1016/j.cgh.2015.04.176

Дата надходження рукопису 27.02.2018

Белоусова Ольга Юрївна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри, кафедра педіатричної гастроентерології та нутриціології, Харківська медична академія післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, м. Харків, Україна, 61176
E-mail: olga.yu.belousova@gmail.com

Слободянюк Олександра Леонідівна, аспірант, кафедра педіатричної гастроентерології та нутриціології, Харківська медична академія післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, м. Харків, Україна, 61176
E-mail: oleksandra.slobodianiuk@gmail.com

Павленко Наталія Володимирівна, кандидат медичних наук, доцент, кафедра педіатричної гастроентерології та нутриціології, Харківська медична академія післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, м. Харків, Україна, 61176
E-mail: pavlenko.nat.v@gmail.com