

Буриштын В.А., Мизгер Е.Д.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ. ЭТИОЛОГИЯ. ПАТОГЕНЕЗ. ПРОЯВЛЕНИЯ.

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Кучук Э.Н.

Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) представляет собой перемещение желудочного содержимого в пищевод с наличием или отсутствием регургитации и рвоты.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – это хронического патологическое состояние, при котором ГЭР приводит к симптомам, которые вызывают клинические осложнения за пределами пищевода.

Данное состояние встречается довольно часто в детском возрасте, особенно у детей первого года жизни. Но это может приносить сложность в диагностике, так как у детей в возрасте до 1 года ГЭР является физиологическим состоянием и, наряду с ГЭРБ, зачастую имеет единственное проявление – срыгивание. Это и другие проявления ГЭРБ имеют тенденцию к снижению с увеличением возраста. Так, по данным исследований симптомы ГЭРБ регистрируются у 25,5% детей в возрасте 1 месяца жизни, и данный показатель снижается до 1,6% к году.

Этиология ГЭРБ у детей в настоящий момент до конца неизвестна, но есть ряд предрасполагающих факторов, которые могут приводить к данной патологии. Атрезия пищевода и другие анатомические дефекты существенно повышают риск развития ГЭРБ у детей. Так, у детей с корригированной атрезией частота встречаемости ГЭРБ, по данным разных способов диагностики, варьирует от 47,1% до 64,7%. Также факторами, предрасполагающими к данному состоянию, являются нарушения нейромышечной проводимости, недоношенность ребенка, аллергия на белок коровьего молока, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и поражение пищевода при системной склеродермии.

ГЭРБ развивается при поражении антирефлюксного барьера, который по сути является физиологическим сфинктером и состоит из нижнего пищеводного сфинктера (НПС), пищеводного отверстия диафрагмы и угла Гиса (угол, образованный конечным отделом пищевода и дном желудка). Основным звеном патогенеза ГЭРБ является развитие такого состояния, как абнормальная переходная релаксация нижнего пищеводного сфинктера (АПРНПС). В норме за фазой глотания следует расслабление НПС и прохождение пищевого комка в желудок. При патологии расслабление НПС наблюдается независимо от глотания, что позволяет свободно перемещаться желудочному содержимому обратно в пищевод. Повышение внутрипищеводного давления, вызванное в результате плача, вздутия желудка или респираторных заболеваний может стимулировать АПРНПС. Также снижается или может практически отсутствовать подвижность желудка и пищевода из-за нарушения пищеводного клиренса от рефлюксата в процессе перистальтики и/или продукции нейтрализующего секрета, который образуются вследствие попадания желудочного сока и смешивания его со слюной. Дефект слизистой пищевода, возникающий из-за сопутствующих заболеваний, может снижать её чувствительность. Дисфункция верхнего пищеводного сфинктера может привести к попаданию рефлюксата в верхние дыхательные пути.

Главным проявлением ГЭРБ у детей является срыгивание. Также наблюдается отказ от кормления, синдром Сандифера (неэпилептическое пароксизмальное состояние, характеризующееся дистоническими движениями головы, шеи, глаз и туловища во время срыгивания), руминация, хронический кашель, стридор неясной этиологии, хрипы, осиплость голоса.

В заключение, можно сказать о важности диагностики ГЭРБ у детей первого года жизни, так как характер проявлений заболевания может соответствовать физиологическому состоянию ребенка и могут возникнуть трудности в постановке диагноза.