

**Гастроэзофагеальная  
болезнь в аспекте  
недифференцированной  
дисплазии соединительной  
ткани у детей**



## **Актуальность темы**

**За последние десять лет значительно увеличилось число заболеваний ЖКТ у детей. Количество поражений пищеварительной системы возросло за последние 3 года с 8000 до 12000 на 100000 детского населения. Большая часть патологии органов пищеварения приходится на воспалительные изменения слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта. В широком спектре хронических воспалительных заболеваний ЖКТ, отмечаемых у детей разного возраста, всё большее место занимают поражения пищевода. В спектре хронических воспалительных заболеваний органов пищеварения изолированные эзофагиты занимают чуть меньше 1,5%. Чаще воспаление пищевода сочетается с поражением других органов и систем. В частности при гастритах сочетанное поражение пищевода определяется у 15% детей, при гастродуоденитах – у 38%. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки эзофагит встречается практически у всех детей.**



**По данным ряда авторов, гастроэнтерологическая патология у детей с соединительнотканной дисплазией встречается в 68% случаев. Считается, что дети с дисплазией в большей степени подвержены развитию воспалительных заболеваний гастродуоденальной зоны, в том числе эрозивно-язвенных процессов. Также часть авторов отмечает предрасположенность детей с дисплазией к развитию гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюксов.**

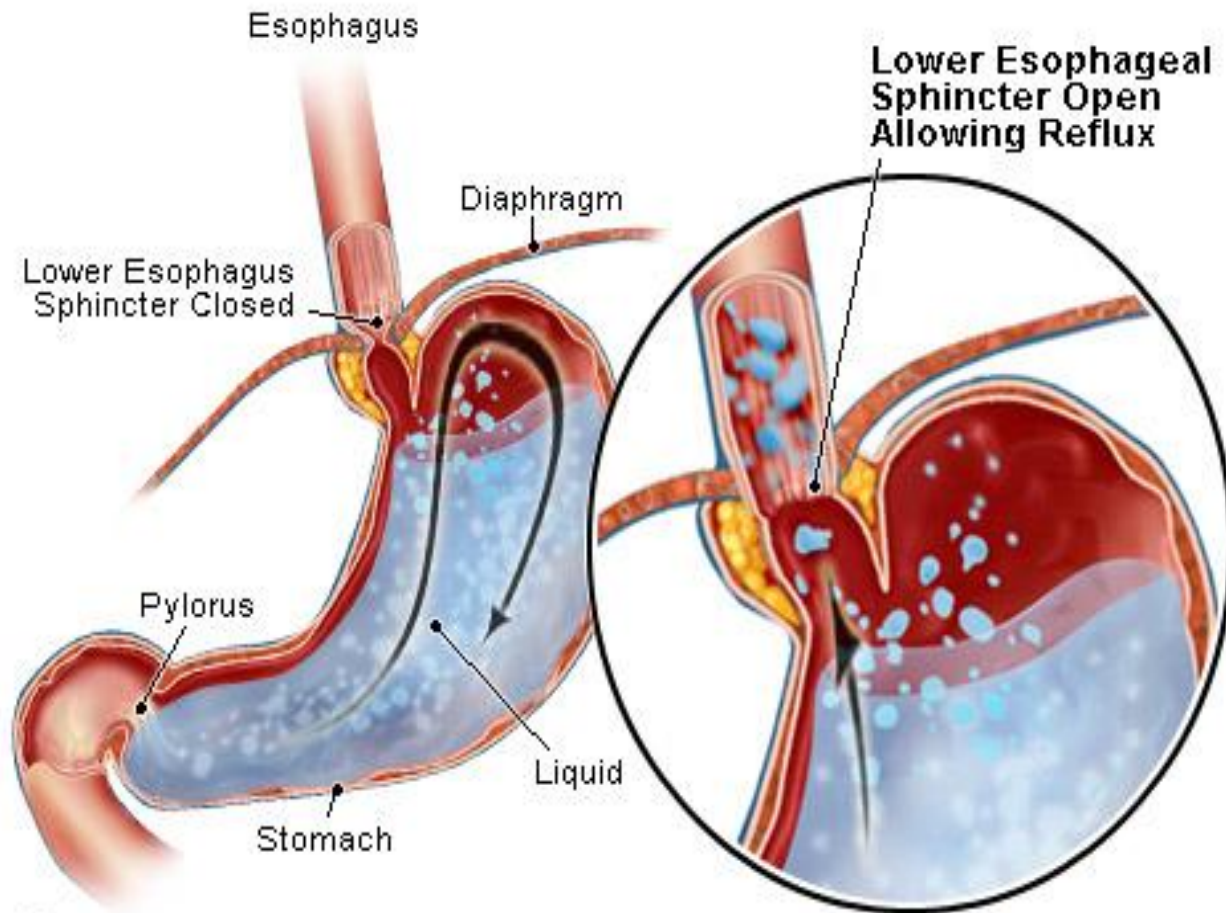


## Понятие о гастроэзофагеальном рефлюксе и дисплазии соединительной ткани

*Под гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) понимают спонтанное, регулярно повторяющееся возникновение заброса в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, что приводит к возникновению характерных пищеводных и экстрапищеводных симптомов.*

*Основной механизм развития ГЭРБ-гастроэзофагеальный рефлюкс. ГЭР наблюдается в течении дня и ночью, эпизоды продолжительные и частые. Вследствие повреждающего действия соляной кислоты на слизистую оболочку пищевода развивается эзофагит, появляется клиническая симптоматика.*

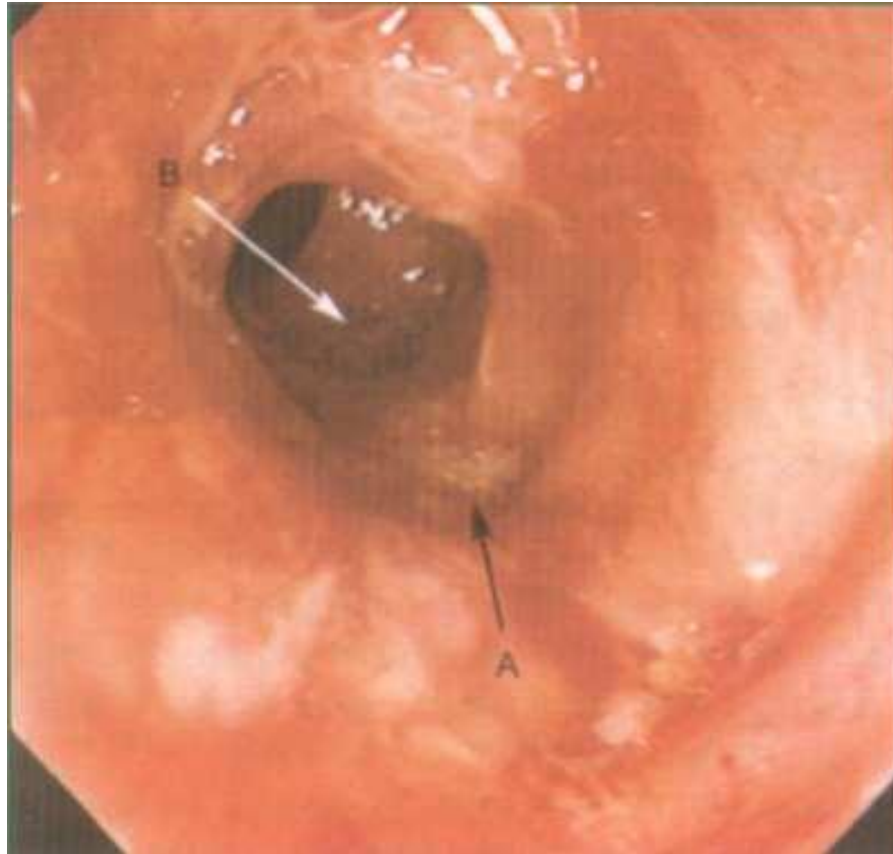




© MedicineNet.com 2004

## Gastroesophageal Reflux





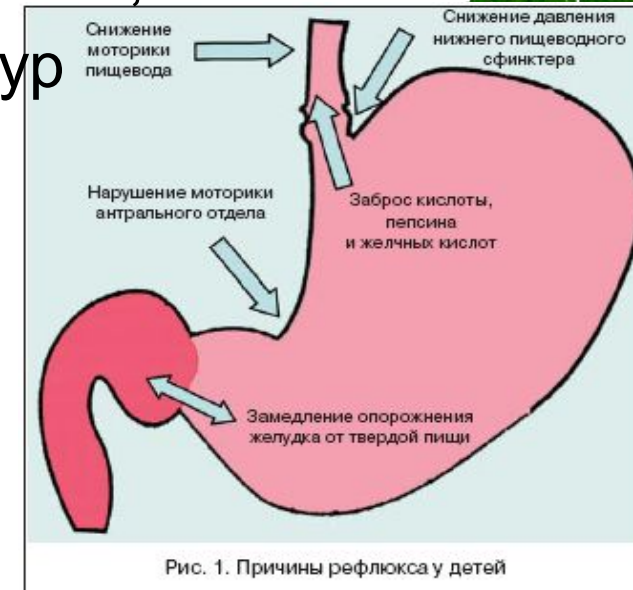
Рефлюкс-эзофагит. Стрелка (А) указывает на изъязвление слизистой оболочки пищевода, стрелка (В) – на стриктуру пищевода.



# ГЭРБ- многофакторное заболевание.

## Факторы, влияющие на развитие ГЭРБ:

- ▶ нарушение нормального функционирования нижнего пищеводного сфинктера;
- ▶ снижение клиренса пищевода и резистентности слизистой оболочкой;
- ▶ увеличение частоты и продолжительности эпизодов рефлюкса;
- ▶ дисфункция Вегетативной нервной системы;
- ▶ слабость соединительнотканых структур организма.



**Соединительнотканная дисплазия-** это нарушение развития СТ в эмбриональном и постнатальном периодах вследствие генетически изменённого фибриллогенеза внеклеточного матрикса, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфофункциональных дефектов висцеральных и локомоторных органов с прогрессирующим течением.

При наследственных заболеваниях СТ достаточно часто встречается поражение пищеварительной системы, при этом наиболее яркими проявлениями являются симптомы со стороны пищевода.

Дисплазии СТ подразделяют на:

- ▶ дифференцированные
- ▶ недифференцированные (НДСТ)





# СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННЫЕ ДИСПЛАЗИИ

## Дефференцированные

- Синдром Морфана
- Синдром Эдерса-Данлоса
- несовершенный онтогенез
- синдром вялой кожи и др.

## Недифференцированные

Истинно малые СТД

Изолированные СТД

Синдром СТД

Изменения ЦНС и ВНС

Синдром СТД сердца

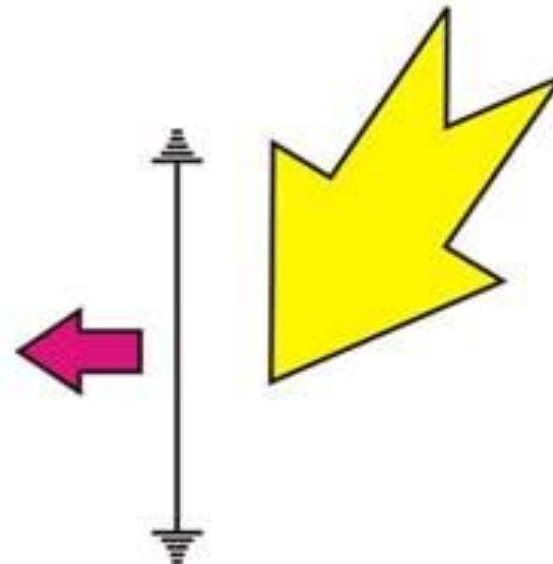
СТД бронхолегочной системы

СТД желудочно-кишечного тракта

СТД мочевой системы

Изменения системы гомеостаза

Иммунный дисбаланс



- ◆ НДСТ- это генетически гетерогенная группа, которая служит основой формирования различных хронических заболеваний.
- ◆ НДСТ являются причиной диспластических изменений СТ различных органов и систем.
- ◆ В их основе лежат мультифакториальные воздействия на плод, способные вызвать дефекты генетического аппарата.

В настоящее время имеются данные, свидетельствующие о роли экзогенных факторов в развитии дезорганизации СТ.

К ним относятся: неблагоприятная экологическая обстановка, неадекватное питание, стрессы.



# Клинические проявления ГЭРБ

## ***пищеводные***

### ***симптомы:***

- изжога
- отрыжка
- боль за грудиной
- дисфагия
- тошнота
- рвота
- икота

## ***внепищеводные***

### ***симптомы:***

- хронический кашель
- дисфония
- першение в горле
- симптомы бронхообструкции

Особенностью клинической картины ГЭРБ является *позиционный* характер симптомов.



# Методы диагностики недифференцированной дисплазии СТ у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

## Диагностика проводится с учётом:

1. клинико-anamнестической картины
2. данных суточной рН-метрии
3. Эзофагогастродуоденоскопии
4. УЗИ органов брюшной полости



Суточное мониторирование рН проводится в течении суток с помощью портативного монитора «Гастроскан-24» в условиях свободной активности обследуемого с последующей расшифровкой записи на персональном компьютере с помощью программы «Исток-Система».

# Лечение ГЭРБ



Лечение строится на трёх основных принципах:

- 1. Диетотерапия;**
- 2. Постуральная терапия;**
- 3. Медикаментозная терапия, направленная на:**
  - а) нормализацию перистальтической деятельности пищевода и желудка;**
  - б) восстановление и нормализацию кислотообразующей функции желудка;**
  - в) восстановление структуры слизистой оболочки пищевода, борьбу с воспалительными изменениями, возникающими в слизистой оболочке.**

# Постуральная терапия

- ▶ **терапия положением**, направленная на уменьшение степени рефлюкса, скорейшее опорожнение пищевода от желудочного содержимого, что уменьшает риск развития воспаления и респираторных осложнений.

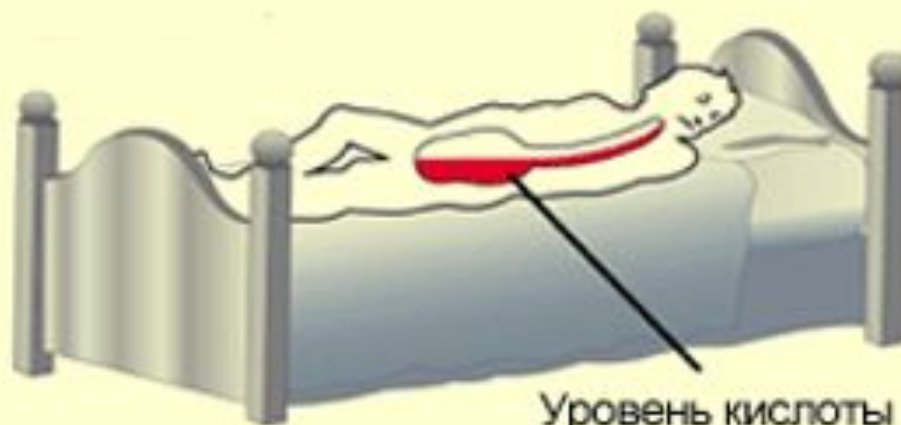
Кормление грудных детей целесообразно проводить в положении сидя по углом 45-50, который поддерживается с помощью специальных детских кресел.

При выраженном рефлюксе у детей старшего возраста принимать пищу рекомендуется стоя.

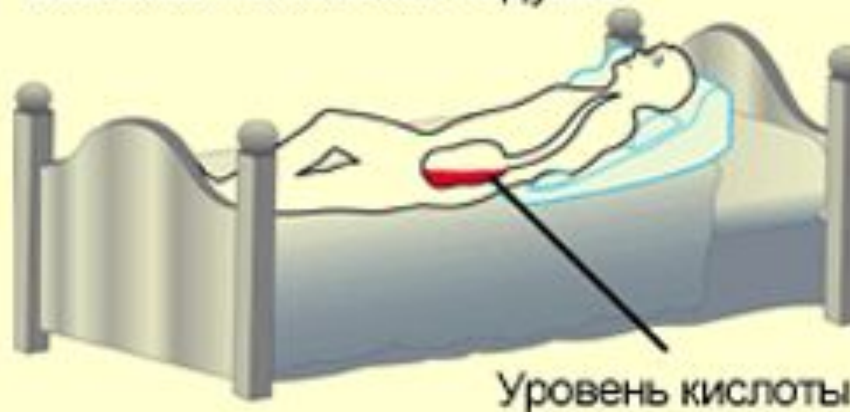


# Положение подушки при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Стандартное положение подушки



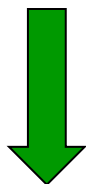
Высокое положение подушки



# Медикаментозная терапия ГЭРБ

## Прокинетики:

- метоклопрамид (церукал)
- домперидон (мотилиум)



усиливают моторику антрального отдела желудка, что способствует быстрейшему опорожнению и, тем самым повышению тонуса нижнего пищеводного сфинктера.



**!** при назначении метоклопрамида у детей раннего возраста могут наблюдаться экстрапирамидные реакции.



В последние годы широкое распространение для лечения дискинетических нарушений ЖКТ получил **цизаприд** (препульсид, координакс). В основе фармакологического действия препарата лежит усиление физиологического высвобождения АЦХ на уровне мезентериального нервного сплетения, что способствует повышению тонуса и моторики ЖКТ.

Курс антирефлюксной терапии обычно составляет 10-14 дней.



# Антациды- препараты, регулирующие процессы кислотообразования

**Фосфалюгель**  
**Маалокс**



«МЯГКО» воздействуют на кислоту, обладают цитопротективным и репаративным действиями.

Эти лекарственные препараты могут назначаться детям любого возраста ввиду практически полного отсутствия у них побочных эффектов.

Курс лечения антацидами зависит от степени выраженности ГЭР, воспалительных изменений пищевода и составляет в среднем от 10 до 21 дня.


# Антисекреторная терапия

- \* Наиболее эффективным препаратом, успешно контролирующим выработку соляной кислоты в течении суток независимо от стимула, воздействующего на рецепторы париетальных клеток, является- **омепразол** (лосек).
- \* Его применение не вызывает развития толерантности и синдрома «рикошета» после отмены.
- \* Принимается в суточной дозе 10 мг в течении 6-8 недель однократно на ночь.



# Сукральфат (вентер, сукрат-гель)

- способствует скорейшей репарации дефектов слизистой оболочки.

 Назначается детям с 4-х летнего возраста по 1 г 3 раза в сутки и перед сном

 Курс лечения до 28 дней.



*Таким образом,* гастроэзофагеальный рефлюкс и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь является широко распространенной патологией уже в детском возрасте. Знание особенностей клинического течения этого заболевания у детей в разных возрастных группах позволяет провести своевременную диагностику и в ранние сроки назначить адекватную терапию. Комплексное применение лекарственных препаратов в сочетании с нормализацией физической и нервно-психической нагрузки позволяет значительно уменьшить количество эзофагитов и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и снизить развитие осложнений, возникающих при этой патологии у детей.

