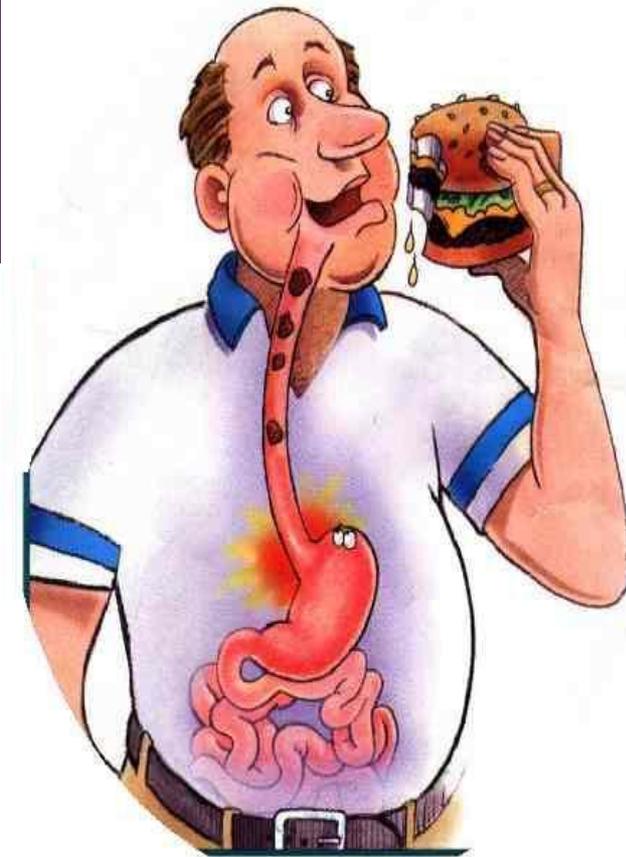


Эзофагит и ГЭРБ

ПОДГОТОВИЛА:
ТАРАЗАНОВА Е.А.

Эзофагит

- ▶ заболевание пищевода, сопровождающееся воспалением его слизистой оболочки.



Классификация:

По течению:

- ▶ Острый, подострый и хронический;

По характеру воспаления:

- ▶ Катаральный
- ▶ Эрозивный
- ▶ Геморрагический
- ▶ Псевдомембранозный
- ▶ Панкреатический (у детей встречается редко)

Этиология и патогенез

Основные причины

Желудочно-пищеводный рефлюкс является основной причиной возникновения эзофагита. Он приводит к повреждению слизистой пищевода вследствие воздействия кислотно-пептического фактора.

Подострые и хронические эзофагиты чаще всего возникают в результате рефлюкса активного желудочного сока в пищевод вследствие недостаточности кардии— так называемый рефлюкс-эзофагит.

Причиной гастроэзофагеального рефлюкса могут быть:

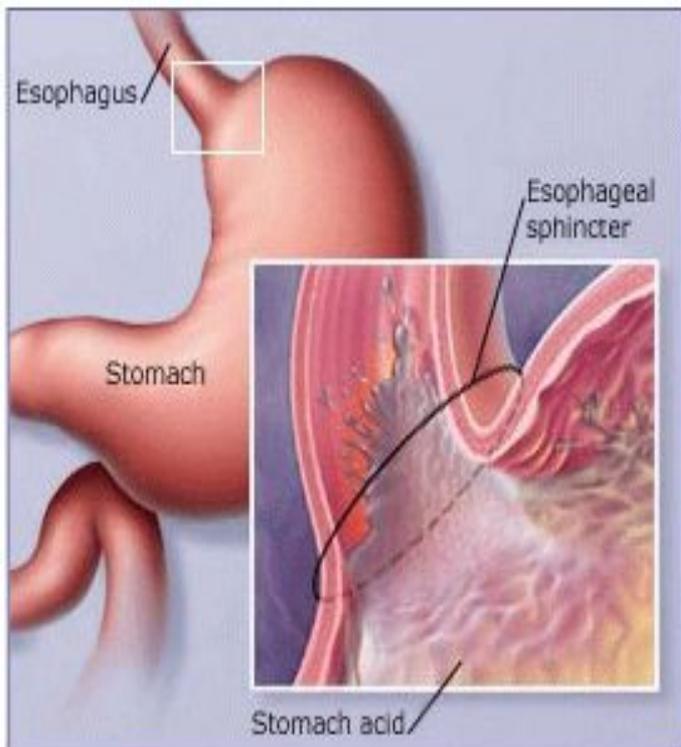
- ▶ заболевания гастроэзофагеальной области:
 - ▶ недостаточность нижнего пищеводного сфинктера;
 - ▶ грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
 - ▶ врожденный короткий пищевод (болезнь Баррета);
- ▶ нейроциркуляторная дисфункция, чаще с ваготонией;
- ▶ заболевания позвоночника (сколиоз, остеохондроз и т. д.)

Гастроэзофагеального рефлюкса могут

следующие факторы:

- ▶ алиментарные: нерегулярное питание, быстрая смена питания, еда всухомятку, переедание, злоупотребление рафинированными продуктами, свиным и бараньим жиром, грубой клетчаткой, грибами, специями, употребление слишком горячей и холодной пищи;
- ▶ тяжелые физические нагрузки, вибрации, перегревание;
- ▶ нервно-психические расстройства;
- ▶ экологические причины (состояние питьевой воды, наличие ксенобиотиков в пище, содержание нитратов в почве);
- ▶ прием медикаментов (холинолитики, седативные, снотворные, нитраты, теофиллин, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов и др.);
- ▶ курение;
- ▶ пищевая аллергия.

Патогенез хронического эзофагита



В основе - заброс в пищевод агрессивного желудочного содержимого, способного оказать повреждающее воздействие на слизистую оболочку. Имеют значение:

частота (более 3 эпизодов в сутки) и продолжительность гастроэзофагеального рефлюкса;

замедление скорости, с которой пищевод способен освобождаться от забрасываемой кислоты (закисление пищевода более 5 мин), вследствие:

- ▶ нарушения активной перистальтики пищевода (дискинезии пищевода, эзофагоспазм);
- ▶ снижения ощелачивающего действия слюны и слизи, ослабление местного бикарбонатного барьера и регенерации слизистой оболочки.

Классификация хронического эзофагита

В соответствии с эндоскопической классификацией Савари и Миллера различают четыре степени эзофагита:

- ▶ I степень - гиперемия дистальных отделов пищевода;
- ▶ II степень - эрозии пищевода, не сливающиеся друг с другом;
- ▶ III степень - сливающиеся эрозии;
- ▶ IV степень - хроническая язва пищевода, стеноз.

Симптомы хронического эзофагита у детей

Изжога (ощущение жжения в эпигастрии и за грудиной). Изжога обычно усиливается после погрешностей в диете (жирной, жареной пищи, кофе, газированных напитков), переедания.

- ▶ боли за грудиной, за мечевидным отростком, обычно носят приступообразный характер, могут иррадиировать в область сердца, шею, межлопаточное пространство.
- ▶ отрыжка воздухом, кислым, горьким (примесь желчи), по ночам в результате регургитации может появляться «пятно на подушке».
- ▶ нередко респираторные нарушения (ларингоспазм, апноэ у детей первых месяцев жизни, бронхоспазм, ночные приступы бронхиальной астмы, повторные пневмонии) как вследствие воздействия на рецепторы средней и верхней трети пищевода, так и аспирации желудочного содержимого.

Диагностика хронического эзофагита у детей

- ▶ Основной метод диагностики эзофагита - **эндоскопический**, позволяющий оценить состояние кардии и слизистой оболочки пищевода, взять прицельную биопсию.
- ▶ Длительная *pH*-метрия пищевода (*pH*-мониторинг - «Гастроскан-24») позволяет оценить частоту, продолжительность и выраженность рефлюкса. В норме *pH* в пищеводе равна 7,0-7,5, при рефлюксах - 4,0 и ниже.
- ▶ Рентгеноскопия пищевода с барием позволяет оценить скорость прохождения контрастной массы по пищеводу, его тонус, наличие регургитации, диафрагмальной грыжи.

хронического эзофагита у детей

- ▶ Пептическая язва пищевода обычно возникает при болезни Баррета (врожденном коротком пищеводе). Характерны интенсивные загрудинные боли, дисфагия, нередко рвота с кровью или скрытое кровотечение, приводящее к анемии. Диагностируют эндоскопически.
- ▶ Стеноз пищевода - упорные рвоты и регургитация сразу после еды, снижение массы тела, выявляют рентгенологически либо эндоскопически.
- ▶ Врожденная ахалазия пищевода. Первые симптомы (дисфагия, регургитация) появляются у детей старше 3-5 лет. При эндоскопии (или рентгеноскопии) пищевода выявляют отсутствие расслабления при глотании находящегося в состоянии гипертонуса нижнего пищеводного сфинктера.

детей

Рекомендуют коррекцию диеты и режима :

- ▶ избегать обильной пищи, не есть на ночь;
- ▶ после еды в течение 1,5-2 ч не ложиться, не работать в наклонном положении;
- ▶ ограничить потребление продуктов, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера (жиры, жареное, кофе, шоколад, цитрусовые, газированные напитки), а также содержащих грубую клетчатку (свежий лук, чеснок, капуста, перец, редис);
- ▶ спать с приподнятым (на 15 см) головным концом кровати;
- ▶ избегать приема лекарств, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера (холинолитики, седативные, транквилизаторы, бета-блокаторы, ингибиторы кальциевых каналов, теофиллин, простагландины, нитраты).

Медикаментозное лечение хронического эзофагита у детей направлено на:

1. снижение агрессии желудочного сока (антациды и антисекреторные препараты);
 2. нормализацию моторики пищевода (прокинетики).
- ▶ *Селективными антацидами для лечения рефлюкс-эзофагита являются препараты, содержащие альгиневую кислоту, - топалкан (топаал) и протаб, которые оседают на поверхности слизистой оболочки пищевода. Антациды обычно назначают 3-4 раза в день через 1 - 1,5 ч после еды и на ночь, а дополнительно - при изжоге и за грудиных болях.*
 - ▶ *Антисекреторные средства показаны при эрозивно-язвенном эзофагите. Применяют H₂-гистаминоблокаторы II или III поколений (ранитидин или фамотидин) или ингибиторы H⁺-K⁺-АТФазы (омепразол, ланцепрозол, пантопрозол), курс 2-4 недели.*
 - ▶ *Прокинетики усиливают тонус нижнего пищеводного сфинктера и ускоряют эвакуацию из желудка. Используют блокаторы дофа-рецепторов (метоклопрамид, мотилиум из расчета 1 мг/кг/сут. в 3 приема за 30 мин до еды); холиномиметики (цизаприд, координакс, препульсид из расчета 0,5 мг/кг/сут.).*

Выбор схемы терапии зависит от тяжести эзофагита:

- ▶ при I степени - прокинетики + антациды, курс 2 недели;
- ▶ при II степени - H₂-гистаминоблокаторы + прокинетики, курс 2-4 недели;
- ▶ при III-IV степенях - ингибиторы H⁺K⁺АТФазы + прокинетики, курсом до 4-6 недель.

Диспансеризация

- ▶ Кратность наблюдения: после стационарного лечения, при проведении санаторного лечения в условиях поликлиники необходимо наблюдение у врача каждые 10 дней, при проведении восстановительного лечения – 1 раз в год; при использовании курортного лечения – 1 раз в неделю, в последующем – 1 раз в 6 месяцев. С учета ребенок снимается через 2 года после курортного лечения.
- ▶ Наблюдения других специалистов (стоматолога, отоларинголога) проводятся 1 раз в год, остальных – по показаниям.