

УДК 616.33/.34-002-053.2-009-02-085

## ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

А. Н. Давыдова

*Кафедра педиатрии и неонатологии ФУВ ВолГМУ*

В статье анализируются особенности клинико-эндоскопической картины и данных рН-мониторинга при различных вариантах вегетативных дисфункций, обсуждаются возможные пути коррекции выявленных нарушений с учетом возрастных особенностей пациентов.

*Ключевые слова:* гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, вегетативные дисфункции, рН-мониторинг, антисекреторная терапия, вегетотропные препараты.

В структуре заболеваний органов пищеварения у детей доминирует патология верхних отделов пищеварительного тракта [5]. При этом, по данным П. Л. Щербакова (1999), у 53,1 % детей она носит сочетанный характер. Изолированные поражения отдельных органов встречаются значительно реже: гастрит у 29,4 %, дуоденит — у 16,2 %, эзофагит — у 16,2 % [5]. Пик распространенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) приходится на подростковый возраст Бельмер: для мальчиков это период — 13—17 лет, и для девочек — 12—16 лет [5, 9, 11, 12].

Нейроэндокринная перестройка организма подростков обуславливает уровень здоровья и качество жизни и, в немалой степени, определяет риск развития многих заболеваний [5, 8]. Нестабильность вегетативной и эндокринной регуляций приводят к формированию морфофункциональных изменений пищеварительного тракта, в том числе — верхних его отделов [9, 10, 13]. Помимо регуляторного дисбаланса, у многих современных подростков, в связи с малоподвижным образом жизни, развивается гипокинетический синдром, в генезе которого лежат выраженные гомеостатические нарушения, связанные с дисфункцией центральных и местных механизмов регуляции; наряду с уменьшением двигательной и мышечной активности, эти процессы ведут к дисбалансу деятельности других органов и систем, в том числе органов пищеварения [4, 6, 14]. Более того, морфофункциональные нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта во многом являются следствием перинатальных поражений ЦНС, дезадаптационного синдрома, что в дальнейшем увеличивает риск развития хронических заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в 4,9 раза [3—5, 11].

Особого внимания заслуживает лечение пациентов с ГЭРБ, так как это заболевание чаще всего манифестирует именно у детей в пре- и пубертатном возрасте на фоне синдрома вегетативной дисфункции. Кроме того, в современной литературе отсутствуют данные об эффективности и це-

лесообразности вегетотропной терапии у пациентов, страдающих ГЭРБ, при назначении базисных препаратов.

Ранняя и адекватная коррекция рефлюксной болезни у детей необходима для профилактики осложнений ГЭРБ: язв и стенозов пищевода, пищевода Барретта, злокачественных новообразований.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Обосновать необходимость изучения направленности изменений вегетативного гомеостаза и включения вегетотропных средств в комплексное лечение детей школьного возраста, страдающих ГЭРБ.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе использованы материалы, полученные при обследовании 178 детей в возрасте от 10 до 17 лет, страдающих ГЭРБ различной степени тяжести. Количество пациентов в возрасте от 10 до 12 лет составило 73 человека, из них 31 девочка (42,5 %) и 42 мальчика (57,5 %); от 13 лет и старше — 105 пациентов, из них 38 девочек (36,2 %) и 67 мальчиков (63,8 %).

Все больные были распределены на группы в зависимости от проводимой терапии (стандартная или комбинированная), основывавшейся на степени тяжести ГЭРБ (по результатам эндоскопического обследования, от I до IV степени тяжести по классификации Tytgat в модификации В. Ф. Приворотского, 1999), характера рефлюктанта (по данным внутрислостного суточного рН-мониторинга) и состояния вегетативной нервной системы.

Первую — основную группу (115 детей) составили пациенты с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и вегетативной дисфункцией, которые получали вегетотропные препараты на фоне терапии обволакивающими препаратами или антацидами (в зависимости от степени тяжести ГЭРБ и характера рефлюктанта). Во вторую — группу сравнения — были включены 63 ребенка с рефлюксной болезнью, получавшие стандартную те-

рапию (антациды или антисекреторные средства, прокинетики). Внутри каждой группы пациенты разделены на две возрастные категории — дети 10—12 лет и 13—17 лет. Такая возрастная градация обусловлена особенностями гомеостатических изменений у детей препубертатного и пубертатного периодов жизни, которые в дальнейшем могут проявляться различными морфофункциональными нарушениями различных органов и систем, в том числе и пищеварительной.

Для верификации диагноза использовали общеклинические и специальные инструментальные методы обследования (ЭГДС, рН-мониторинг, УЗИ органов брюшной полости), проводили оценку вегетативного статуса с использованием кардиоинтервалографии, опросника А. М. Вейна [1, 4, 6, 7].

После лабораторно-инструментального обследования детей выявлено наличие не только нарушения кислотообразования и моторной функции верхних отделов пищеварительного тракта, но и вегетативных дисфункций. В связи с этим, в схему терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни были включены вегетотропные средства [2—4, 10]. Все пациенты из основной группы получали комбинированную терапию (терапия ГЭРБ в зависимости от степени тяжести и вегетотропные препараты).

При смешанных формах вегетативной дисфункции основным препаратом для коррекции вегетативных нарушений был фенибут, который уменьшает проявления астении и вазовегетативные симптомы, оказывает антиоксидантное действие, обладает ноотропными свойствами, оказывает транквилизирующее действие, снижает уровень тревоги и напряженности, улучшает сон; фенибут «выравнивает» активность и взаимодействие симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы (ВНС), не подавляя их, т. е. обладает свойствами адаптогена.

Пациенты из группы сравнения получали медикаментозную коррекцию по общепринятой схеме, включающей антисекреторные средства, прокинетики и невсасывающиеся антациды.

Оценка эффективности терапии осуществлялась через 6 и 12 месяцев путем анализа динамики клинических проявлений, вегетативных показателей при проведении кардиоинтервалографии, а также состояния слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта (по данным ЭГДС) и наличия рефлюксов, по данным внутриполостной рН-метрии.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При эндоскопическом обследовании в основной группе у детей 10—12 лет чаще встречалось

легкое течение рефлюксной болезни (I—II степени тяжести), больных с множественными эрозиями или осложненными формами ГЭРБ не выявлено. В подгруппе В (дети 13—17 лет) количество пациентов с легкой степенью преобладало над числом больных более тяжелыми формами ГЭРБ, однако достоверно чаще в этой подгруппе встречались пациенты с II—III степенью тяжести рефлюксной болезни ( $p < 0,05$ ).

В группе сравнения при эндоскопическом обследовании были выявлены следующие результаты: из 28 пациентов 10—12 лет ГЭРБ I ст. тяжести диагностирована у 26 детей (41,27%), ГЭРБ II ст. — у 2 (3,17%). В подгруппе В 23 ребенка (36,51%) страдали рефлюксной болезнью легкой степени, больных ГЭРБ II степени было 8 (12,70%), у 4 детей (6,35%) выявлена ГЭРБ III степени тяжести.

Следовательно, данные эндоскопического обследования свидетельствуют о том, что более тяжелое течение рефлюксной болезни достоверно чаще ( $p < 0,005$ ) встречается у пациентов в возрасте 13—17 лет (подгруппа В) в основной и контрольной группах, что обусловлено особенностями вегетативного гомеостаза, изменением нейрогуморальных регуляций, характером питания, свойственных детям в пубертатном периоде.

Проведенный рН-мониторинг выявил следующее: в основной и группе сравнения рефлюкс компонентов желудочного сока (в частности, соляной кислоты) достоверно чаще ( $p < 0,01$ ) встречался в подгруппе А (возраст пациентов 10—12 лет). Смещение уровня рН в щелочную сторону преобладало у детей в возрасте от 13 до 17 лет в обеих группах ( $p < 0,01$ ), что связано дисфункцией вегетативной нервной системы и наличием у пациентов дуоденогастроэзофагеального рефлюкса. В результате выраженной антиперистальтической волны со слизистой оболочкой пищевода контактируют не только кислые, но и щелочные компоненты (желчные кислоты, лизолецитин, трипсин) рефлюктанта.

Следовательно, состав рефлюктанта во многом определяется возрастом пациента и характером вегетативного дисбаланса, так как несбалансированность и напряженность обменных процессов, становление нейрогуморальной и эндокринной регуляций, несовершенство иммуногенеза чаще всего проявляются именно в пубертатном периоде.

После оценки вегетативного статуса всем пациентам основной группы подбиралась вегетотропная терапия с учетом индивидуальных и возрастных особенностей (см. табл.).

**Схема вегетотропной терапии пациентов, страдающих ГЭРБ**

Исходный вегетативный тонус			
Эйтония	Ваготония	Симпатикотония	Гиперсимпатикотония
10–12 лет			
1. С гиперсимпа-тиготонической ВР: - экстракт валерианы 1 месяц. 2. С асимпати-котонической ВР: - адаптогены растительного происхождения – 1 месяц; - фенибут – 1 месяц	1. С нормальной ВР: - фенибут – 1 месяц. 2. С гиперсимпа-тиготонической ВР: - фенибут – 1 месяц; - беллатаминал – 1 месяц; 3. С асимпати-котонической ВР: - адаптогены растительного происхождения – 1 месяц; - беллатаминал – 1 месяц.	1. С нормальной ВР: - экстракт валерианы – 1 месяц. 2. С гиперсимпа-тиготонической ВР: - экстракт валерианы – 1 месяц; - фенибут – 1 месяц; 3. С асимпати-котонической ВР: - адаптогены растительного происхождения – 1 месяц; - экстракт валерианы – 1 месяц.	1. С нормальной ВР: - экстракт валерианы – 2 месяца.
13–17 лет			
1. С гиперсимпа-тиготонической ВР: - экстракт валерианы или персен – 2 месяца. 2. С асимпати-котонической ВР: - адаптогены растительного происхождения – 1 месяц; - фенибут – 3 месяца.	1. С нормальной ВР: - фенибут – 2 месяца. 2. С гиперсимпа-тиготонической ВР: - фенибут – 2 месяца; - беллатаминал – 1 месяц. 3. С асимпати-котонической ВР: - адаптогены растительного происхождения – 1,5 месяца; - беллатаминал – 1,5 месяца.	1. С нормальной ВР: - экстракт валерианы или персен – 2 месяца. 2. С гиперсимпа-тиготонической ВР: - экстракт валерианы или персен – 1 месяц; - фенибут – 3 месяца. 3. С асимпати-котонической ВР: - адаптогены растительного происхождения – 1,5 месяца; - экстракт валерианы или персен – 1 месяц.	1. С нормальной ВР: - экстракт валерианы или персен – 2 месяца.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Таким образом, у всех детей школьного возраста, страдающих ГЭРБ, выявляются изменения вегетативного статуса (исходного тонуса и/или реактивности), а наиболее выраженные изменения слизистой оболочки пищевода, выявляемые при эндоскопическом обследовании, возникают вследствие патологических рефлюксов с преобладанием щелочного компонента.

Выполненное исследование показало, что формирование различных типов патологических рефлюксов верхних отделов пищеварительного тракта происходит на фоне нарушений деятельности ВНС; рефлюксы с преобладанием щелочного компонента чаще диагностированы у пациентов с исходной ваготонией и гиперсимпатикотонической реактивностью); кислые рефлюксы чаще выявляются у детей с исходной симпатикотонией и асимпатикотонической реактивностью.

В ходе работы было показано, что направленность вегетативных нарушений у детей школьного возраста определяет характер и длительность течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. У пациентов с доминирующей активностью парасимпатического отдела ВНС период обострения продолжался в среднем  $5 \pm 1,2$  недели. Использование вегетотропных препаратов в основной группе позволило сократить этот период до  $1,5 \pm 0,7$  недель.

Следовательно, в алгоритмы диагностики ГЭРБ у детей необходимо включить оценку функционального состояния вегетативной нервной системы с целью ранней диагностики вегетативных нарушений. Терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни должна быть комплексной; в качестве базисных рекомендуется назначать препараты, корригирующие вегетативный дисбаланс с учетом индивидуальных особенностей пациента.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Алхасов А. Б., Разумовский А. Ю. и др. // Детская хирургия. — 2000. — № 1. — С. 47–50.
2. Белоконь Н. А., Кубергер М. Б. Болезни сердца и сосудов детей: в 2 т. — М.: Медицина, 1987. — Т. 1. — 447 с.
3. Брызгунов И. П., Михайлов А. Н. // Педиатрия. — 1999. — № 4. — С. 106–108.
4. Вегетативные расстройства / Под ред. А. М. Вейна. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 749 с.
5. Гастроэнтерология детского возраста: в 2 т. / Под ред. С. В. Бельмера, А. И. Хавкина. — М.: Медпрактика, 2003. — Т. 2. — 360 с.
6. Генералов В. О., Крымский В. А., Котельникова Т. М. // Рос. педиатр. журнал. — 2002. — № 3. — С. 21–23.
7. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А. // Рус. мед. журнал. — 2003. — № 14. — Режим доступа: [http://www.rmi.ru/main.htm/rmi\\_till/n14/839.htm](http://www.rmi.ru/main.htm/rmi_till/n14/839.htm)

8. Панкова Т. Б., Бородулина Т. А. // Рос. педиатр. журнал. — 2002. — № 3. — С. 16.

9. Прахин Е. И., Поливанова Т. В. // Педиатрия. — 2001. — № 2. — С. 80—83.

10. Преображенская И. С., Москвин А. В. // Рус. мед. журнал. — 2002. — № 25. — С. 3—6.

11. Voige N. // Arch Pediatr. — 2001. — № 8. Suppl. 2. — P. 449—451.

12. Chelimsky G., Boyle J. T., Tusing L., et al. // Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. — 2001. — Vol. 33. — P. 47—53.

13. Davidson G. P. // Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. — 2000. — Vol. 14, № 5. — P. 839—855.

14. Estevao-Costa J., Campos M., Dias J. A., et al. // Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. — 2001. — Vol. 32. — P. 471—474.

