



УДК 616.329-002-053.2

І. Л. Бабій

## ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНИЙ РЕФЛЮКС — ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ПОРУШЕННЯ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ

Одеський державний медичний університет

Проблема функціональних порушень органів травлення у дітей і підлітків завжди знаходилась і знаходиться в центрі уваги педіатрів та гастроентерологів [1; 2]. Починаючи з 90-х років минулого століття, якщо взяти до уваги кількість опублікованих за цей час наукових праць, інтерес до функціональних порушень значно підвищився. Виходячи з визначення функціональних порушень, промовленого вустами авторитетного вченого в цій галузі D. Drossman (1994), останніми можна вважати різноманітну комбінацію гастроінтестинальних симптомів без структурних або біохімічних порушень. Тут одне з провідних місць посідає гастроєзофагальний рефлюкс (ГЕР) — мимовільне затікання або закидання шлункового або шлунково-кишкового вмісту в стравохід, що відбувається внаслідок функціональної недостатності сфінктерів порожнинних органів та (або) в результаті зміни градієнта тиску в них [3].

Прийнято розрізняти фізіологічний і патологічний ГЕР. При першому з них спостерігається рідке та короткочасне закидання кислого вмісту зі шлунка в стравохід без ураження слизової оболонки стравоходу і відповідно без будь-якої клінічної симптоматики. Фізіологічний рефлюкс проявляється здебільшого після пе-

регодовування або під час сну.

При ГЕР відбувається зниження тону нижнього стравохідного сфінктера, підвищення тиску в шлунку, яке має дизрегуляторний характер. Певного значення набувають зниження моторики стравоходу, порушення моторики антрального відділу шлунка, сповільнення випорожнення шлунка від твердої їжі, закидання кислоти, пепсину, жовчних кислот.

### Матеріали та методи дослідження

У наших дослідженнях фізіологічний ГЕР визначався у 316 (60,8 %) здорових дітей перших 6 міс життя (із 520 анкетованих та обстежених). До 3 років недостатність нижнього сфінктера стравоходу значно зменшувалась і становила всього 5,3 %. До 13–14 років частота ГЕР знову зростала до 8,5 % за рахунок диспропорцій росту стравоходу і тіла дитини у цьому віковому періоді. Високу частоту ГЕР в немовлят і дітей першого року життя можна пояснити анатомо-фізіологічними особливостями стравоходу та шлунка у цьому віці:

— ліycopодібна форма стравоходу у немовлят, розширення, як правило, звернуто вгору;

— анатомічні звуження виявляються слабо;

— недостатній розвиток м'язового шару;

— розпушеність, тендітність клітинних утворень і зв'язкового апарату;

— кут Гіса наближається до 90°;

— зона підвищеного тиску над нижнім стравохідним сфінктером становить усього 0,5–1,1 см (у дорослих — 1,5–2,0 см);

— ніжки діафрагми не щільно охоплюють стравохід;

— добрий розвиток пілоричного відділу шлунка при відносно слабо розвинутому кардіальному відділі.

Фізіологічний ГЕР, за відсутності несприятливих факторів, не впливає на ріст і розвиток дитини. Клінічна картина в багатьох випадках визначається віком дитини (таблиця).

На першому році життя домінують «позастравохідні» прояви, що маніфестують респіраторними розладами: кашель (особливо вранці), дисфонія, напади задухи, синдром блювання та зригування. У дітей раннього віку проявом пасивної регургітації є симптом «мокрої подушки».

У дітей дошкільного і, особливо, шкільного віку переважають «стравохідні» симптоми рефлюксу. Багато авторів їх описують як диспепсичні прояви так званої «верхньої диспепсії». До них належать: порушення ковтання (дисфагія), відригування (кислим повітрям або з'їденою їжею), періодично



виникаюча гикавка, нудота, зригування, блювання.

У дитини з патологічним ГЕР приєднуються й інші симптоми: печія, біль в епігастральній зоні та за грудиною, в ділянці шиї та спини, тривка дисфагія. Ці симптоми виявляються вже при запальних змінах слизової оболонки стравоходу.

Нині ГЕР діагностують на підставі таких даних:

— результатів клінічного дослідження (скарги, анамнез, об'єктивне обстеження);

— езофагогастроуденоскопії (за необхідності — прицільна біопсія слизової оболонки стравоходу);

— внутрішньостравохідної рН-метрії та сфінктероманометрії;

— сцинтиграфії з використанням колоїду сульфату техніцію (сповільнення езофагального кліренсу виявляється при затримці ізотопу в стравоході більш ніж на 10 хв).

Загальну кількість епізодів протягом доби, а також їх тривалість дає можливість виявити 24-годинна рН-метрія стравоходу. Нормальні показники рН у стравоході — 5,5–7,0, у разі рефлюксу — менше 4

Діагноз гастроєзофагеального рефлюксна хвороба є обґрунтованим, якщо у дитини наявне підвищення загальної кількості рефлюксів (більше ніж 50 за добу) або при рН у стравоході нижче 4 протягом понад 1 год.

### Результати дослідження та їх обговорення

Фізіологічний ГЕР медикаментозного лікування не потребує. Втім, є деякі особливості догляду за такими дітьми, а саме слід дотримуватися двох основних принципів:

- 1) дієтотерапія;
- 2) постуральна терапія.

Головний принцип дієтотерапії — часте дробне годування з використанням хімічної та механічної обробки їжі, густа їжа, зменшення частки тваринних жирів, які знижують тонус нижнього стравохідного сфінктера.

Останній прийом їжі має бути не пізніше ніж за 3–4 год до сну. Сьогодні ці та деякі інші завдання у дітей грудного віку можна розв'язати за допомогою спеціальних сумішей, наприклад: «Фрісовом», «Семпер», «Енфаміл AR», «Нутрилон антирефлюкс» тощо. Особливістю «Нутрилону» є підвищений вміст казеїну, який згортається у шлунку, підвищуючи таким чином густоту суміші. З цієї метою до складу суміші вводять боби ріжкового дерева (камедь), які забезпечують сталість консистенції, стимулюють моторику. У цій суміші також знижений вміст жиру. Все вищезазначене гарантує антирефлюксний ефект завдяки підвищенню густоти суміші, збільшенню тонусу нижнього стравохідного сфінктера і прискоренню випорожнення вмісту шлунка у дванадцятипалу кишку.

У дітей старшого віку потрібно виключати продукти, які підсилюють перистальтику і ГЕР (кава, шоколад, жирна та гостра їжа). На тонус кардіального сфінктера несприятливо впливають тютюновий дим, алкоголь, жувальна гумка.

Постуральна терапія (терапія положенням) є основною в лікуванні дітей з фізіологічним ГЕР. Її мета — зменшення проявів рефлюксу, більш швидко вивільнення стравоходу від вмісту шлунка. Постуральну терапію потрібно застосовувати не тільки під час годування і після нього, але і протягом усієї доби — і вдень, і вночі.

Під час годування дитини першого року життя рекомендовано тримати її в положенні під кутом 45–60° або використовуючи для цього спеціальне дитяче крісло.

Дітям шкільного віку при вираженому рефлюксі приймати їжу рекомендується стоячи. Для запобігання затіканню шлункового вмісту у стравохід дітям (особливо старшого віку) доцільно спати на ліжку з піднятим на 20 см головним кінцем.

Медикаменти у комплексній терапії застосовують при діагностиці патологічного ГЕР [4; 5]. При помірних клінічних проявах можна застосовувати тільки препарати, які нормалізують перистальтику органів травлення.

Застосування метаклопраміду (церукал, реглан) у педіатричній практиці навряд чи доцільне, оскільки у дітей він спричинює виражені екстрапірамідні реакції з боку ЦНС.

Поряд з вищезазначеним, у дитячій гастроентерології добре себе зарекомендував домперидон (мотиліум), який підсилює моторику антрального відділу шлунка і сприяє підвищенню тонусу нижнього стравохідного сфінктера.

Останнім часом великої популярності в терапії дискінетичних порушень набув цизаприд (препульсид, координакс).

У дітей з найбільшими проявами клінічної симптоматики патологічного ГЕР разом з препаратами, які сприяють підвищенню тонусу та моторики органів травлення, показано за-

Таблиця

Клінічні прояви гастроєзофагеального рефлюксу відносно віку дитини

Перший рік життя	Дошкільний і шкільний вік
«Позастравохідні прояви»	«Стравохідні прояви»
Симптоми ранковий кашель дисфонія напади задухи блювання зригування «мокрої подушки»	Симптоми дисфагія відригування гикавка нудота зригування блювання



стосування засобів, які регулюють процеси кислотоутворення. Препаратами першого ряду є антациди. Перевагу слід віддавати антацидам другого і третього покоління. При недостатній активності антацидів показано застосування антисекреторних препаратів: блокаторів H<sub>2</sub>-рецепторів гістаміну і блокаторів Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>-АТФ-ази.

При виникненні запальних змін або ерозій на поверхні стравоходу рекомендується призначати репаранти слизової оболонки — сукральфат (вен-тер, сукрат) терміном до 1 міс.

### Висновки

Таким чином, GER — дуже поширена патологія, яка маніфестує вже у дитячому віці. Правильні підходи до діагностики GER, своєчасне і регулярне спостереження за хворими дітьми й згодом розпочата терапія сприяють зменшенню кількості дітей, хворих на езофагіти та гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Бельмер С. В., Гасилова Т. В. Функциональные нарушения верхнего отдела пищеварительной системы у детей // Рос. педиатр. журнал. — 2001. — № 5. — С. 50-54.
2. Патогенез и лечение гастроэзофагеального рефлюкса у детей / В. Ф. Приворотский, Н. Е. Луппова, В. А. Александрова и др. // Дет. больница. — 2001. — № 1. — С. 27-34.
3. Щербаков П. Л. Гастроэзофагеальный рефлюкс у детей — актуальная проблема детской гастроэнтерологии // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктологии. — 2002. — № 1. — С. 62-67.
4. Прахин Е. И., Поливанова Т. В. Этиопатогенетические и клинические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей // Педиатрия. — 2001. — № 2. — С. 80-83.
5. Петрова О. А., Шильяев Р. Р., Копилова Е. Б. К проблеме синдрома срыгиваний и рвот у новорожденных и грудных детей // Дет. доктор. — 2000. — № 4. — С. 27-30.

УДК 616-089:616.12-008.331.1:612.15

О. В. Беляков, В. Т. Селиваненко, О. О. Свірський,  
Ю. В. Грубнік, П. І. Пустовойт, О. В. Добруха

## ФОРМУВАННЯ ГІПЕРФУНКЦІЇ МІОКАРДА ПРАВОГО ШЛУНОЧКА У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ З ПОРТАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Одеський державний медичний університет  
Міська клінічна лікарня № 11, Одеса

У найближчому післяопераційному періоді системна пост-агресивна реакція на больовий синдром, гіповолемію та порушення усіх видів обміну забезпечує організмові хворого стан резистентності [4; 6]. У хворих з таким вихідним порушенням регіонарним кровотоком, як портальна гіпертензія, зміни часто набувають патологічного характеру типу розладів гемодинаміки у великому колі кровообігу та гострої міокардіальної недостатності (ГМН) [3; 5]. При цьому вид гемодинамічного перевантаження міокарда визначає форму його гіперфункції і темп пристосовної реакції регіонарного кровотоку [1], але не дає чіткого уявлення про залежність стану скоротливості міокарда від рівня та виду перевантаження серця. Тому найбільш перспективним методом такої оцінки є катетеризація порожнини серця з подальшою характеристикою латентної стадії правошлуночкової недостатності.

За детального вивчення серцевого циклу окремими авторами [2; 6] на фоні післяопераційного стресу доведено первинність змін фази діастолі, які призводять до розладів у гетерометричному механізмі регуляції міокарда з порушенням тону судин.

Особливо важко у післяопераційному періоді буває хворим із супровідною ішемічною хворобою серця (ІХС), позаяк ішемічне ушкодження серця

значно знижує еластичність міокарда з одночасним підвищенням його жорсткості (ЖМ) [2; 7; 8]. Водночас за хірургічних втручань при гострих запальних процесах черевної порожнини краще наповнюється кров'ю печінка [3], знижується портальна гіпертензія (ПГ) і покращується регіонарний кровотік, а динамічне спостереження за гіперфункцією серцевого м'яза дозволяє своєчасно розпочати лікування ГМН й оптимізувати органний кровообіг.

Проте функція ослабленого міокарда після операції вивчена недостатньо і продовжує цікавити хірургів та анестезіологів. Тому метою дослідження було вивчити в найближчому післяопераційному періоді характер формування компенсаторної гіперфункції міокарда правого шлуночка (ПШ) у хворих з вихідною ПГ і супровідною ІХС.

### Матеріали та методи дослідження

Із 622 пацієнтів, оперованих з приводу гострого холецистити, у 12 % випадків відзначали супровідний хронічний гепатит (недостатність печінки) як причину виникнення портальної гіпертензії. Стан цих хворих оцінювався ASA II-III. З них I групу (контроль) склали 19 пацієнтів; 37 осіб страждали на супровідну ІХС, у 20 з яких (II група) показники центральної гемодинаміки були задовільними, а у 17 осіб (III група) кон-

